

psicopuglia

n. 16 - dicembre 2015

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia



In questo numero

Editoriale del Presidente

- 1 Cerimonia di giuramento degli psicologi: un impegno solenne per un alto valore professionale
- 3 XV Premio Nazionale di Medicina Santi Medici. Coscienza di se', coscienza degli altri e neuroscienze

Iniziative del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update

- 5 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini
- 6 Commissione di Etica e Deontologia
- 8 Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza
- 11 Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Ricerche

- 12 Dolore e stato psicologico: Dati preliminari
- 15 "Medicina Narrativa per il sollievo del dolore"
- 18 Disturbi dell'Alimentazione in età evolutiva: attività di

- screening in una scuola del sud est barese
- 22 Vanità di vanità: uno studio sulla relazione tra psicopatia e mortality salience in carcere
- 28 Intelligenza emotiva e psicopatia in detenuti a fine pena. Uno studio presso la casa circondariale di Bari
- 38 La dimensione sociale del trauma: l'esperienza del terremoto in Abruzzo
- 46 Convivere, vivere, sopravvivere: il terremoto e il disturbo post traumatico da stress
- 55 Aspetti motivazionali nella pratica sportiva. Un contributo empirico: "Amatori e agonisti a confronto"

Rassegna e approfondimenti tematici

- 60 Stress e Trauma nei bambini. Fattori di rischio e di protezione
- 69 Congruenza intima psicofisiologica e Motivazione Intrinseca Strutturale
- 77 Disturbo d'ansia per la salute secondo il modello cognitivo di

- Salkovskis
- 82 Il fenomeno dell'immigrazione

Esperienze sul campo

- 96 Essere Adolescenti Considerazioni su un'esperienza di Educazione Affettiva e Sessuale nelle Scuole
- 105 La Fluency Verbale come precursore dell'iniziale declino delle funzioni cognitive
- 110 Comunità Educative e minori. Analisi di 110 indagini psicodiagnostiche su minori con problemi di devianza
- 118 L'intervento psicologico in caso di IVG nell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
- 122 La Wahnstimmung dell'istituzione o del destino della perplessità istituzionale
- 129 Cibo e psiche, corpo, expo-2015, alimenti
- 135 Rassegna stampa
- 145 Novità in libreria
- 156 Notizie dalla Segreteria

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

Antonio Di Gioia

L'edizione 2015 del Mese del Benessere promossa dal nostro Ordine regionale è stata fortemente improntata al tema della integrazione tra benessere fisico e psicologico.



“Il corpo umano non è riducibile alla semplice somma di funzioni e di organi, i medici devono interessarsi alle sensazioni di alienazione associate alla malattia, considerare la psicologia e l'esperienza personale dei pazienti”, le parole del giornalista francese Frédéric Joignot parlando del pensiero del neurologo britannico Oliver Sacks sono la conferma che le diverse discipline scientifiche che si prendono cura della salute devono farlo in maniera univoca, interconnessa e coordinata.

Non poteva esserci dunque occasione più opportuna per suggellare la collaborazione interprofessionale tra l'Ordine degli Psicologi della Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi, entrambi impegnati nella promozione di una migliore qualità della vita, che la conferenza stampa di presentazione del Mese del Benessere, durante il corso della quale è stato siglato il protocollo d'intesa tra l'Ordine degli Psicologi della Puglia, presieduto da Antonio Di Gioia e l'Ordine Nazionale dei Biologi, presieduto da Ermanno Calcatelli.

Durante l'incontro, avvenuto lo scorso 28 settembre a Bari, le linee guida del protocollo d'intesa sono state esposte da Antonio Di Gioia e da

Marisa Campanile, commissario della delegazione di Bari dell'Ordine Nazionale dei Biologi.

Una collaborazione che già durante il Mese del Benessere psicologico 2015 ha trovato una applicazione pratica, potendo accedere non solo ad un percorso di conoscenza di se stessi e delle buone pratiche di una vita sana, ma anche avvalersi della professionalità dei biologi.

Ovviamente, l'intento è continuare nella promozione di iniziative e proposte come questa, in particolare, pensando ad una sua applicazione che non sia limitata solo alla nostra regione, ma si estenda a tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo è continuare a salvaguardare il benessere dei cittadini attraverso il sapere scientifico di professionisti che appartenendo a branche differenti ed eterogenee ma credono in una collaborazione multidisciplinare.

Qui di seguito è possibile leggere il Protocollo.

PROTOCOLLO D'INTESA

Concernente la collaborazione per attività di progettazione, formazione e sviluppo professionale

TRA

**IL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI
PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA,**

con sede in Bari Via Fratelli Sorrentino n.6, nella persona del Presidente del Consiglio Regionale Ordine Psicologi Puglia Dott. Antonio Di Gioia

e

**IL CONSIGLIO DELL'ORDINE NAZIONALE
DEI BIOLOGI**

con sede in Roma Via Icilio n.7, nella persona del Presidente del Consiglio Ordine Nazionale Biologi Dott. Ermanno Calcatelli

PREMESSO CHE

- L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi ritengono necessario il consolidamento e la collaborazione interistituzionale e interprofessionale tra le professioni della salute e del benessere;

- L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi convengono di agire di concerto, nell'ambito delle rispettive missioni istituzionali, per promuovere azioni ed iniziative coordinate di progettazione congiunta per lo sviluppo formativo e professionale dei propri iscritti;
- L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi ritengono indispensabile promuovere iniziative di collaborazione professionale tra biologi e psicologi per lo sviluppo e la promozione del benessere e della salute dei cittadini;
- L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi considerano fondamentale promuovere iniziative di sviluppo professionale nei confronti degli iscritti appartenenti ai relativi ordini professionali, attraverso attività di indirizzo e di coordinamento, al fine di qualificare l'operato professionale in termini di interdisciplinarietà:

CONVENGONO QUANTOSEGUE

Art. 1

Oggetto e finalità

Il presente protocollo d'intesa stabilisce una cooperazione attiva tra le parti, nelle loro rispettive responsabilità, competenze e capacità, volte:

- a) alla salvaguardia e al miglioramento del benessere e della qualità della vita dei cittadini,
- b) alla prevenzione di comportamenti non salutari della popolazione,
- c) alla pianificazione strategica di azioni congiunte per la promozione del benessere e della qualità di vita
- f) alla promozione professionale degli iscritti relativi ai rispettivi ordini professionali.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi intendono collaborare per la predisposizione di iniziative ed interventi previsti in premessa per attività di progettazione, formazione e sviluppo professionale dei propri iscritti.

Art. 2

Ambito applicativo

Fatte salve le rispettive competenze e responsabilità la collaborazione, tra le parti è estesa ma non limitata, alle seguenti attività:

- Stesura di un manifesto congiunto per definire termini e linee guida per l'integrazione e la collaborazione professionale tra biologi e psicologi;
- Organizzazione congiunta di attività informative e formative a favore degli iscritti ai relativi ordini

professionali per lo sviluppo di competenze professionali nell'ottica di una integrazione interprofessionale e multidisciplinare;

- Progettazione di interventi ed iniziative per la tutela e il mantenimento della salute e della qualità di vita e la prevenzione di comportamenti non salutari della popolazione;

Art. 3

Obbligo delle parti

Le parti si impegnano a cooperare nell'ambito delle rispettive competenze e capacità per dare piena ed effettiva applicazione al presente Protocollo d'Intesa, con l'obiettivo finale di promuovere attività di progettazione, formazione e sviluppo professionale dei propri iscritti e favorire momenti di scambio e confronto interprofessionale e tra biologi e psicologi.

Aspetti Generali

Art. 4

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi si impegnano a divulgare il presente Protocollo d'Intesa pubblicizzandolo tra i propri iscritti tramite i rispettivi siti internet e gli altri canali Istituzionali, compresi i mass-media.

Art. 5

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

Art. 6

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

Art. 7

Gli eventuali oneri connessi all'attuazione del presente protocollo sono a carico delle rispettive amministrazioni.

Disposizioni finali

Il presente Protocollo d'Intesa non ha l'effetto di modificare le rispettive competenze e capacità delle parti.

Il presente Protocollo è redatto in 2 copie originali.

Letto confermato e sottoscritto.

XV Premio Nazionale di Medicina Santi Medici Coscienza di se', coscienza degli altri e neuroscienze

La giornata del 23 ottobre scorso, dedicata al XV Premio Nazionale di Medicina e Psicologia Santi Medici e al convegno "Coscienza di sé, coscienza degli altri e neuroscienze", è stata densa di emozioni e ricca di temi di importanza vitale.

Per il primo anno il Premio, che solitamente è dedicato ai soli medici, si apre agli psicologi, segnando un passo fondamentale nel processo di integrazione tra le due scienze nell'ottica di una cura completa della persona che si occupi dell'aspetto fisico e psicologico in maniera interconnessa.

L'appuntamento di Bientone è stato anche occasione per riflettere sui temi della cura e del riconoscimento del valore umano del malato.

La cultura occidentale, dai pensatori ellenici fino alla scienza moderna, è da sempre caratterizzata dalla dicotomia tra anima e corpo, tra spiritualità e materialismo, tra collettività e individuo.

Questa scissione, questa difficoltà a leggere come collegati, interdipendenti aspetti, ambiti che sono sempre stati considerati separati, è rimasta alla base anche degli studi più moderni: da un lato studi che si occupano del corpo nella sua dimensione prettamente fisiologica, cellulare, biochimica, dall'altro la *psiche, l'essere e la sua capacità (o incapacità) di relazionarsi con gli altri e con il mondo circostante.*

Ma con i più recenti studi di neuroscienze e neuropsicologia si è iniziato un nuovo percorso,

che travalica gli ambiti tradizionalmente considerati di competenza esclusiva per divenire possibilità di riflessione e superamento del modello dualistico *psiche - soma.*

Negli ultimi anni, i risultati delle ricerche hanno provocato una vera rivoluzione scientifica, a partire da documentate evidenze scientifiche (basti pensare alle recentissime ricerche che confermano che la psicoterapia ha effetti fisici sul cervello).

Cambiano, dunque, acquistano nuovo senso e significato termini come *corpo e mente, cervello e coscienza* che devono essere riletti se-



condo una visione **unitaria** dell'essere umano e non più scissa se non addirittura contrapposta.

E questo è il nuovo punto di partenza per il dialogo e il confronto tra le varie scienze. Le neuroscienze, la psicologia, alla ricerca di un terreno comune, di un elemento unificatore, possono trovare tracce comuni di linguaggio e di comunicazione.

L'importanza di mettere in relazione studi e discipline scientifiche che troppo a lungo si sono fronteggiate senza trovare un terreno co-

mune di confronto è evidente, ad esempio, nel quadro dei disturbi cognitivi, o neuropsicologici.

Si parla di deficit di vario genere e di diversa entità a carico delle funzioni cognitive: l'apprendimento e la memoria, l'attenzione, il linguaggio, la percezione, ai quali si accompagnano, anche, delle alterazioni significative della coscienza.

Lo studio del comportamento umano, delle emozioni, della mente, del cervello in funzione della visione unificatrice non può prescindere dallo studio di come le relazioni e la storia personale di ciascun individuo plasmino lo sviluppo del cervello e delle sue connessioni nervose,



il cui risultato è il nostro "io".

E quando si parla di dolore e malattia, se non si può prescindere dal dato bio-medico che ne costituisce la base, non v'è dubbio che si tratti di esperienze complesse che coinvolgono la sfera emozionale, relazionale, sociale, etica. E solo la comprensione dell'unicità soggettiva e le sue implicazioni possono guidare ad una ristorazione del corpo oltre che della mente.

Come Ordine regionale siamo lieti di aver contribuito a dare forma e sostanza a questo XV premio Nazionale di Medicina e Psicologia Santi Medici, contributo sottolineato dalla presenza del Presidente del Consiglio dell'Ordine

Nazionale Dott. Fulvio Giardina.

In particolare, attraverso la partecipazione di 43 concorrenti, provenienti da tutta Italia, con lavori altamente professionali nell'ambito della ricerca e della operatività caratterizzato dallo studio di aspetti multidisciplinari e multiprofessionali.

E tra le sei giovani laureate premiate nell'ambito di questa ultima edizione ci sono le dottoresse in psicologia che hanno presentato rispettivamente i seguenti lavori:

Dott.ssa CINZIA MUSARÒ, di Scorrano (LE)

Titolo: Il "test your memory". Lo screening cognitivo nel Mild Cognitive Impairment

Motto: Lo studio è la migliore previdenza per la vecchiaia

Dott.ssa ELENA MAKOVAC, di Roma.

Titolo: L'utilizzo dei biomarcatori di neuroimaging strutturale e funzionale nella diagnosi precoce della malattia di Alzheimer

Motto: ADMAK_84

Dott.ssa STEFANIA RUBECHI, di Città di Castello (PG).

Titolo: L'esperienza della cura nella malattia di Alzheimer. Domande e risorse nei caregiver primari.

Motto: L'azione parla più forte delle parole

In Puglia la collaborazione tra medici e psicologi sta diventando una realtà sempre più solida grazie alle iniziative avviate da Ordine dei Medici di Bari e Ordine degli Psicologi della Puglia.

Stiamo tracciando una via che è senz'altro lo sviluppo più interessante e dinamico delle nostre professionalità in un'ottica innovativa ed efficace.

Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Coordinatore: Massimo Frateschi

(Luglio - Dicembre 2015)

Componenti: Paola Annese, Marisa Yildirim

La Commissione "ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI" per il periodo luglio - dicembre (II semestre) 2015 ha sviluppato ulteriormente la programmazione del 2014 e del I semestre del 2015 procedendo 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. La programmazione è stata sviluppata secondo gli obiettivi, le funzioni e la metodologia già avviata favorevolmente nell'anno 2014 e nel I semestre dell'anno 2015, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva, motivata ed interessata, di tutta la comunità professionale degli psicologi. Inoltre, vengono tenuti presenti costantemente i riferimenti legislativi, le norme e le Linee guida del CNOP.

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

1. Giornata di studio dal titolo: "*PSI Psicologia Sviluppo Impresa*" organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, con il Patrocinio Confindustria Bari e Barletta-Andria-Trani, presso la Fiera del Levante, sala Leccio, Bari, il giorno 17.09.2015;
2. Evento ECM dal titolo: "*I percorsi di cura del trauma: l'EMDR*", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, tenutosi il giorno 30.09.2015, presso Il Grand Hotel Tiziano, Lecce.
3. Evento ECM dal titolo: "*Psicoterapia dinamica interpersonale (D.I.T.)*", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con A.R.I.R.I. Scuola di Formazione in Psicoterapia Psicoanalitica, tenutosi il giorno 09.10.2015, presso l'hotel Villa Romanazzi Carducci, Bari.
4. Evento ECM dal titolo: "*XV Premio Nazio-*

nale di Medicina e Psicologia Santi Medici - Coscienza di Sé, coscienza degli altri e neuroscienze", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Fondazione Opera Santi Medici Cosma e Damiano -ONLUS-Bitonto tenutosi il giorno 23.10.2015, presso Auditorium "E. e A. Degennaro" - Fondazione Opera Santi Medici Cosma e Damiano -ONLUS-Bitonto.

5. Evento ECM dal titolo: "*La cura del legame sociale*", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia COIRAG, tenutosi il giorno 31.10.2015, presso l'hotel Villa Romanazzi Carducci, Bari.
6. Evento ECM dal titolo: "*Dalla consulenza psicoforense al trattamento degli offender: questioni di metodo*", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con Università degli Studi di Bari, Master di Psicologia Giuridica, Ordine degli Avvocati, previsto per il giorno 17.11.2015, presso l'hotel Villa Romanazzi Carducci, Bari.

L'organizzazione dei convegni in sinergia con le funzioni delle attività formative e culturali si è articolata su temi psicologici di rilevanza significativa per la comunità e la società civile, e per il progresso umano, scientifico e tecnico, con nuove forme di comunicazione, partecipazione e interazione, sia all'interno della comunità professionale degli psicologi, sia interagendo in progressiva collaborazione con le comunità professionali regionali.

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

Commissione di Etica e Deontologia

Coordinatore: Geremia Caprioli

Componenti: Anna Gasparre, Paola Annese, Victor Laforgia, Anna Loiacono

Il Codice Deontologico degli psicologi italiani è il fondamento valoriale, normativo e culturale del professionista e ne rappresenta il segno concreto del riconoscimento sociale, oltre che giuridico.

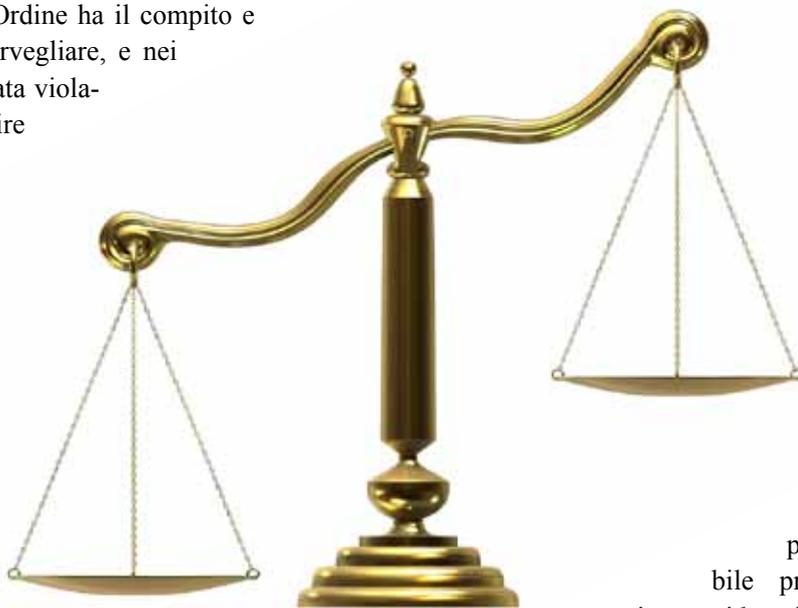
La Commissione di Etica e Deontologia dell'Ordine si occupa di conciliare la tutela del paziente, o utente, con gli interessi dell'intera comunità professionale. Nei confronti degli iscritti l'Ordine ha il compito e il dovere di sorvegliare, e nei casi di riscontrata violazione, intervenire

con sanzioni disciplinari proporzionali alla gravità e alle circostanze in cui avviene la violazione. Le sanzioni sono, come indicato dall'art. 26 della legge n. 56 del 1989:

l'avvertimento, la censura, la sospensione dall'esercizio professionale per un periodo non superiore ad un anno, e nei casi più gravi, la radiazione dall'albo. Non va dimenticato comunque che la deontologia non si riduce al solo momento disciplinare o punitivo, ma rappresenta anche una guida indispensabile nell'agire professionale, tanto quanto la competenza tecnica.

Come funziona la Commissione di Etica e Deontologia

La Commissione prende in considerazione tutte le segnalazioni autografe, corredate dalla fotocopia di un documento di identità, relative a presunte scorrettezze nell'esercizio della professione. E' importante che le segnalazioni riportino la firma del ricorrente, poiché non è



possibile prendere in considerazione le segnalazioni anonime. Le segnalazioni in forma anonima, non contribuiscono ad una crescita della coscienza e della cultura professionale da parte degli iscritti né ad una concreta difesa della immagine degli psicologi all'esterno.

Le procedure adottate

1. La segnalazione autografa pervenuta all'Ordine è acquisita dalla Commis-

- sione.
- Viene avviata la fase istruttoria; della segnalazione s'informa per iscritto l'interessato, comunicandogli i propri diritti. Se la Commissione lo ritiene opportuno per l'acquisizione di ulteriori elementi, può convocare l'interessato, e/o il ricorrente, per mezzo di comunicazione scritta, presso la sede ordinistica per una audizione alla quale possono aggiungersi testimonianze e/o documenti.
 - Conclusa questa prima fase dei lavori gli atti della Commissione sono trasmessi al Consiglio che decide per l'archiviazione o per l'apertura di un Procedimento Disciplinare. In quest'ultimo caso i lavori ritornano, per competenza, alla Commissione.
 - Sia l'avvenuta archiviazione sia l'apertura di un Procedimento vengono anch'esse comunicate in forma scritta sia al resistente sia al ricorrente.
 - La Commissione convoca il resistente e, qualora si reputi necessario, il ricorrente per un'audizione.
 - Al resistente è consentito presentare le proprie contro-deduzioni e nei suoi confronti è possibile, in caso di necessità, procedere in contumacia.
 - Completata questa fase, tutti i documenti acquisiti dalla Commissione, compresi i verbali di audizione, sono comunicati al Consiglio dell'Ordine.
 - Il Consiglio valuta i risultati dei lavori della Commissione e può procedere ad un'ulteriore audizione dell'interessato, per valutare con completezza l'intera istruttoria.
 - Esaurita questa fase il Consiglio può disporre l'archiviazione del procedi-

mento disciplinare o comminare una sanzione al resistente.

- L'esito del Procedimento Disciplinare stabilito dal Consiglio dell'Ordine è comunicato, in forma scritta, ad entrambi gli interessati.

I dati

Delle 11 istruttorie aperte nello scorso anno, 6 si sono concluse con un'archiviazione, 1 è stata inviata per competenza ad altro Ordine, 1 è stata sospesa in quanto è in corso un procedimento giudiziario, e 3 sono ancora in corso.

Nel corrente anno e fino al 31 ottobre sono stati presentati 12 nuovi esposti. Di questi 8 sono ancora in fase istruttoria, 2 si sono conclusi con un'archiviazione, 1 è stato inviato per competenza ad altro Ordine perché il collega segnalato è iscritto in un'altra Regione, 1 è stata sospesa in quanto è in corso un procedimento giudiziario.

Inoltre è in corso un monitoraggio di 3 procedimenti disciplinari aperti e sospesi negli anni passati, in quanto sono ancora in corso dei procedimenti giudiziari.

In generale le tipologie di esposti presentati si possono raggruppare in:

- Esposti di pazienti nei confronti del professionista;
- Esposti di psicologi nei confronti di colleghi;
- Procedimenti giudiziari.

La Commissione ha vagliato anche diverse richieste di pareri riguardo attività e ambiti dello psicologo, presentate dagli iscritti. Alla maggior parte delle richieste è stata data risposta, alcune delle quali anche grazie al parere del consulente legale.

Commissione Promozione del Benessere e Psicologia dell'Emergenza

Coordinatore: Marisa Yildirim

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

Mese del Benessere Psicologico 2015: i dati di questa 5ª edizione

L'iniziativa Ottobre Mese del Benessere Psicologico si è conclusa ufficialmente il 31 ottobre scorso con grande interesse e partecipazione dei cittadini

È giunta al termine la quinta edizione del Mese del Benessere Psicologico 2015, organizzato dall'Ordine degli Psicologi di Puglia durante il mese di ottobre. 4000 presenze registrate, 360 incontri organizzati, 400 specialisti coinvolti e 200 location sparse per tutto il territorio pugliese: ecco i numeri di quest'ultima edizione.

Grande partecipazione da parte del pubblico, vero protagonista dell'iniziativa, che ha dimostrato notevole interesse agli incontri gratuiti organizzati in tutta la regione pugliese, dal 1° al 31 ottobre scorso, su differenti tematiche: apprendimento e sviluppo, violenza e bullismo, dipendenze, relazioni familiari, lavoro e formazione.

Promuovere e sensibilizzare la cultura del benessere è stata l'indiscussa finalità del Mese del Benessere Psicologico, con il conseguente obiettivo di migliorare la qualità della vita di quella fetta di popolazione restia al cambiamento e vittima del pregiudizio sociale che vede chi si affida allo psicologo come pazzo o malato; per abbattere questa barriera tanti psicologi pugliesi si sono messi a disposizione di tutti i cittadini, per rendere il benessere uno stato mentale concretamente raggiungibile.

Tutti gli appuntamenti previsti nel mese sono stati quotidianamente elencati sui canali web dell'iniziativa, sito (www.mesedelbenesserepsicologico.it)

e pagina Facebook (Ordine Psicologi Puglia), che hanno raggiunto circa 36.000 visualizzazioni totali e livelli d'interazione molto elevati.

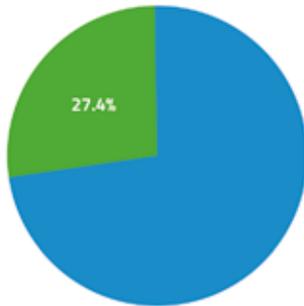
Dati bollettino mese del benessere psicologico

- adesione diretta di più di 300 psicologi
- + 98% di like sulla pagina Facebook Ordine Psicologi Puglia
- +2680 like sulla pagina Facebook Ordine Psicologi Puglia
- ~20.000 persone al giorno raggiunte su Facebook
- ~50 condivisioni di post Ordine Psicologi Puglia al giorno su Facebook
- 36.000 visualizzazioni di pagina sul sito www.mesedelbenesserepsicologico.it
- >500 clic da annunci su Google diretti a www.mesedelbenesserepsicologico.it
- saturazione con posizione media 1,2 delle ricerche sull'argomento psicologia e psicologi in Puglia
- mediamente al terzo posto* in Italia su Google cercando "mese del benessere psicologico" per il portale www.mesedelbenesserepsicologico.it
- 3 minuti di media per visita** sul sito www.mesedelbenesserepsicologico.it
- 72,6% nuove visite sul totale sul sito www.mesedelbenesserepsicologico.it
- >30% delle visite da link esterno dal Corriere del Mezzogiorno

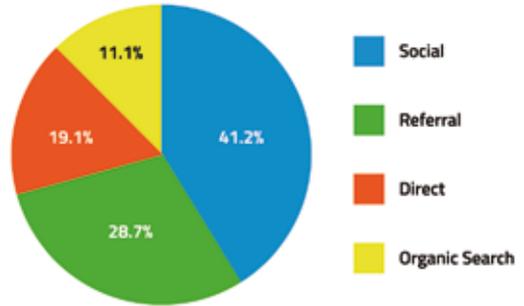
*dato prima metà novembre 2015

**maggior p.e. del sito di l'Espresso con 2 minuti e 22 - dati Audiweb 2014/2015

■ New Visitor
 ■ Returning Visitor



Canali Principali



Acquisizione

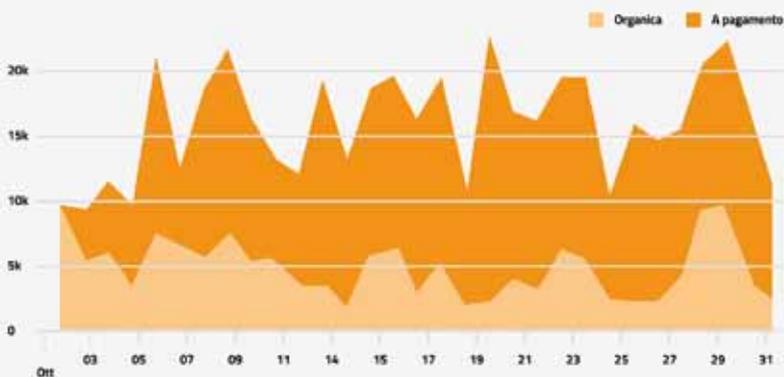
	Sessioni	Nuove Sessioni
	9.291	72,56%
■ Social	3.826	
■ Referral	2.663	
■ Direct	1.771	
■ Organic Search	1.031	

Numero totale di "Mi piace" ad oggi: 5554



Copertura dei post

Il numero di persone a cui è stato mostrato il tuo post.



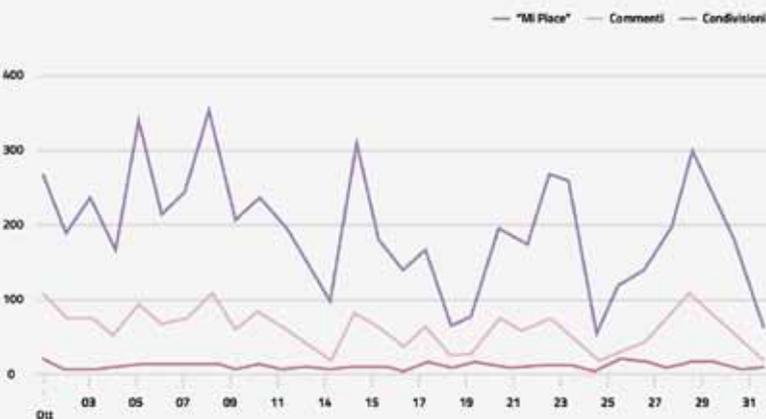
Copertura totale

Il numero di persone a cui sono state mostrate attività relative alla tua Pagina, compresi post, post sulla Pagina di altre persone, inserzioni con funzionalità "Mi piace" per la Pagina, menzioni e registrazioni.



"Mi piace" commenti e condivisioni

Queste azioni ti permetteranno di raggiungere più persone.



Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Coordinatore: Antonio Calamo-Specchia

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

La Commissione Comunicazione, gestione del web e trasparenza ha lavorato nel corso del semestre principalmente nella gestione e nel coordinamento dei lavori riguardanti NPOP (Nuovo Portale Ordine Psicologi) ed in maniera congiunta con la Commissione Promozione del benessere e psicologia dell'emergenza nella gestione dell'apparato comunicativo legato al Mese del benessere psicologico, edizione 2015.

Per quel che riguarda NPOP, proprio a dicembre cadono i nove mesi dal momento del lancio: un traguardo evocativo che ci permette di osservare con attenzione questa nuova creatura.

Incoraggiati da diversi stimoli, (due invii massivi di email, un video-tutorial, un annuncio presente in prima pagina nella nuova Agenda 2016), moltissimi iscritti hanno già effettuato il loro primo accesso alla Pagina Personale e questo ha consentito di dare avvio al processo di rinnovamento dei dati auspicato dal Consiglio dell'Ordine tutto. Proprio grazie alla partecipazione attiva degli iscritti ed alla loro piena collaborazione, siamo oggi riusciti – insieme con il webmaster del Nuovo Portale – a ripristinare molte situazioni di incongruenza nei dati di riferimento in possesso della Segreteria.

Risolvere le incongruenze tecniche quali numeri di telefono ed indirizzi email errati o multipli ha significato (e sta significando) una sempre maggiore fluidità nella comunicazione con gli iscritti ed un accesso più diretto alle informazioni ed ai servizi necessari; pertanto l'occasione è utile per ricordare di effettuare l'accesso al Profilo Professionale, creato appositamente su NPOP per ciascun iscritto e che contiene i dati forniti al momento dell'iscrizione all'Ordine. Con i codici già inviati per email, è possibile collegarsi alla pagina <http://ordine.psicologipuglia.it/cas/login> per rettificare autonomamente i propri dati e comunicarli in Segreteria.

A nove mesi dal lancio, il Nuovo Portale dell'Ordine può dirsi ormai uno strumento testato e funzionante; anche la prima fase di conoscenza è infatti superata, come dimostra il numero di accessi da parte degli psicologi, di andamento sempre crescente negli ultimi 6 mesi.

La Commissione ha operato poi congiuntamente

alla Commissione Promozione del benessere e psicologia dell'emergenza, nella promozione ed organizzazione dei lavori riguardanti l'apparato comunicativo dell'annuale edizione del Mese del benessere.

Nella storia del nostro Ordine professionale, è la prima volta che ci si avvale di un team di professionisti della comunicazione, per supportare le strategie comunicative e di marketing legate alla promozione di una rassegna tanto significativa come quella del Mese del benessere.

E' stata ideata una nuova grafica, con un logo-tipo specifico per il Mese del benessere. Si è dato avvio al sito www.mesedelbenesserepsicologico.it, uno spazio che raccoglierà tutto il materiale legato all'iniziativa. Sono stati realizzati dei video, una campagna stampa ad hoc, degli shoot fotografici, dei post specifici condivisi sui principali social network, con l'obiettivo dichiarato di aumentare la visibilità dell'Ordine e dell'iniziativa Mese del benessere, rendendola nota alla cittadinanza e supportandola così nel raggiungimento del fondamentale obiettivo rappresentato dall'accrescimento, da parte della popolazione, della conoscenza della figura dello psicologo: della sua professionalità, della sua competenza, dei suoi campi di azione.

E' un passaggio importante e necessario, che testimonia la crescita di un settore – quello della comunicazione – in grande via di sviluppo e dal carattere sempre più specialistico.

Proprio in virtù di questo legame, che ci auguriamo di poter stringere sempre più forte, fra il Mese del benessere, nuovi strumenti e nuove strategie di comunicazione, probabilmente si spiega il picco assoluto di accessi registrati su NPOP, datato alla fine di Ottobre. In qualche maniera i dati raccolti iniziano a raccontarci degli effetti che il ricorso a nuove strategie e strumenti sta portando.

In conclusione si ricorda che per qualsiasi difficoltà tecnica nell'utilizzo del Nuovo Portale dell'Ordine, è possibile contattare: dott. Antonio Vangi – webmaster NPOP (info@idlweb.net) o Dott. Antonio Calamo-Specchia – Coordinatore Commissione comunicazione, gestione del web e trasparenza (a.calamospecchia@gmail.com).

Dolore e stato psicologico: Dati preliminari

Francesca Lacerenza*, Valentina Monticelli**, Elisabetta Martucci***

*Servizio di Psicologia Hospice Don Uva - Bisceglie

**Servizio di Psicologia Hospice Don Uva - Bisceglie

***Responsabile Servizio di Psicologia Don Uva – Bisceglie

Riassunto

Nell'ambito delle cure palliative, l'interesse per lo studio del dolore fisico associato al dolore psicologico riveste ultimamente un ruolo centrale, ponendo attenzione alla persona vista nella sua totalità e non considerando soltanto la sua malattia. I dati preliminari, relativi a tale ricerca, suggeriscono che un maggior livello di consapevolezza della diagnosi riduca stati d'ansia e di angoscia.

Parole chiave: carico emozionale, consapevolezza, cure palliative, dati preliminari, dolore, KPS, malattia, psiche, valutazione, VAS.

ciata a un effettivo o potenziale danno tissutale". Tale definizione pone l'accento soprattutto sulla natura soggettiva della sensazione dolorosa: il dolore è sempre soggettivo, il dolore fisico è solo una delle cause di sofferenza, essendo una esperienza spiacevole, alla componente somatica del dolore si accompagna anche una "carica emozionale", può quindi essere definito come dolore totale, in quanto fisico, psicologico, sociale, e culturale.

Con la **Legge 38/2010** il dolore rientra come fondamentale parametro clinico da rilevare e monitorare, tutelando il diritto del cittadino ad

accedere alla terapia del dolore/cure palliative. Il dolore è fisiologico, un sintomo vitale esistenziale, ovvero un sistema di difesa, quando rappresenta un segnale d'allarme per una lesione tissutale, essenziale per evitare un danno, mentre diventa dolore "inutile" quando cronicizza. Il dolore non può essere descritto come un fenomeno sensoriale, bensì deve essere visto come la composizione di 4 componenti: nocicettivo (attivazione diretta dei recettori della nocicezione), neuropatico

(da interessamento del sistema nervoso centrale e/o periferico), psichico (attivato da stazioni psico-relazionali) e misto (con la presenza di tutte le componenti precedenti). Quando il dolore diventa consapevole si trasforma in sofferenza e



Introduzione

Nel 1979 l'International Association for the Study of Pain (IASP) ha definito il dolore "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, asso-

pian piano nel tempo e con una sempre maggiore comprensione si può monitorare riducendone l'angoscia.

La *sofferenza consapevole* muta in una grande forza che sorregge chi l'ha provata e chi viene a contatto con chi l'ha provata.

Obiettivi

L'intento del gruppo di lavoro è quello di dimostrare, come la conoscenza del proprio stato di salute e l'informazione relativa ad essa prima del ricovero, sia fondamentale e di supporto per fronteggiare la malattia da un punto di vista psico – fisico.

Tale sperimentazione ha permesso di elaborare i seguenti obiettivi:

- consolidare il rapporto medico-paziente;
- incrementare la partecipazione attiva ed il processo di cura;
- migliorare i percorsi clinici e le scelte cliniche-assistenziali;
- favorire una maggiore aderenza alla terapia;
- riduzione di stati d'ansia e di angoscia legati all'esperienza di malattia;
- riduzione o miglioramento del dolore fisico;
- incrementare i livelli di consapevolezza per affrontare al meglio il dolore psico – fisico.

Materiali e metodi

Nell'ambito del Sistema Computerizzato di Rete di Clinical Documentation, è stata predisposta una sezione per la valutazione psicologica.

Il sistema di immissione dei dati è intuitivo, prevede la raccolta dei seguenti dati / parametri, suddivisi in 5 macro-aree:

1. consapevolezza personale di diagnosi e prognosi;
2. valutazione dell'informazione ricevuta circa il proprio stato, precedentemente al ricovero;
3. valutazione dello stato emotivo al momento del ricovero;
4. bisogni ed aspettative;
5. valutazione della sfera sociale e familiare.

L'interfaccia predisposta, permette di effettuare operazioni logiche e di data minig sui dati

immessi (attraverso dei filtri si ha la possibilità di esportare i dati in programmi di statistica).

L'intero database è in formato MySQL.

Risultati

E' stato valutato il *Karnofsky Performance Status KPS* (scala di valutazione sanitaria dei pazienti con tumori maligni, utilizzata per osservare ed esaminare la qualità della vita del paziente attraverso la valutazione di tre parametri: limitazione

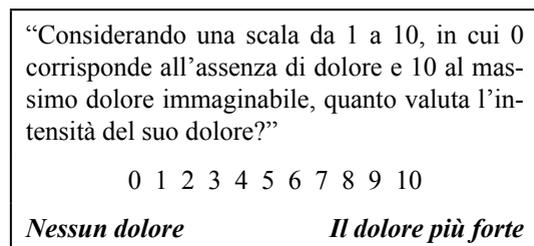


Fig. 1 - Scala Analogica Visiva VAS

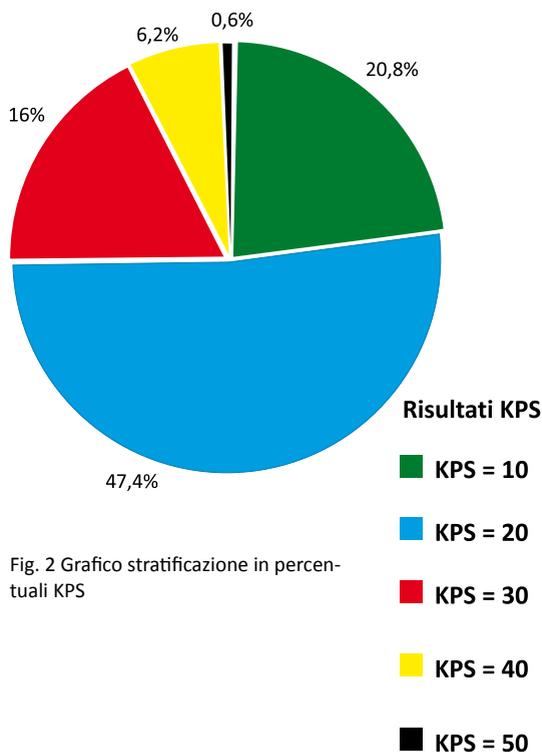


Fig. 2 Grafico stratificazione in percentuali KPS

dell'attività, cura di se stessi e autodeterminazione) per ogni persona ricoverata su un totale di 605 pazienti, ottenendo la seguente stratificazione: KPS 50 = 0,6%, KPS 40 = 6,2%, KPS 30 = 16%, KPS 20=47,4%, KPS 10 = 20,8%, successivamente è stata rilevata la *Scala Analogica Visiva (VAS)* basale e la VAS incidente per tutti i Pazienti con KPS > 20 (79% del totale dei Pazienti).

Per i Pazienti con KPS 20, solo il 75% delle volte è stato possibile rilevare la VAS. Valutando in itinere gli item all'interno delle schede psicologiche e convertendoli in percentuale si è ottenuto che: il 12,6% del totale dei Pazienti era a conoscenza della diagnosi ma non della prognosi, il 33,1% dei Pazienti non era a conoscenza né della diagnosi né della prognosi, al momento del ricovero e il 7,5% dei Pazienti era a conoscenza sia della diagnosi che della prognosi.

Discussioni e conclusioni

I risultati statistici, mostrano che solo un Paziente su dieci fosse a conoscenza del proprio stato di salute.

L'83% delle persone a conoscenza di diagnosi e prognosi, al momento del ricovero, appariva emotivamente tranquilla, mentre il 30% delle persone non a conoscenza del proprio stato di salute, oppure non sufficientemente informate prima del ricovero, appariva sofferente, agitata, ansiosa e preoccupata.

I dati preliminari suggeriscono che le persone ancora dubbiose circa il proprio stato di salute, oppure non consapevoli del tutto, siano maggiormente soggette ad ansia, angoscia e dolore fisico.

Per la chiusura dei lavori, importante è ricordare la frase di un paziente oncologico:

“... ho sempre in mente il giorno in cui mi sono reso conto di aver appreso tutto, tutto quello che c'era da apprendere... e d'un tratto mi sono sentito più forte, più consapevole.”

Bibliografia

- Altieri, L.(2002). Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità, in Salute e società. Milano: Franco Angeli.
- Amadori, D.& De Conno, F. (2002). Libro Italiano di Cure Palliative. Roma:Poletto Editore.
- Bardelli, M.G. (2012).La guarigione è dei pazienti. Padova:Età dell'Aquario Edizioni.
- Bobbio, M. (2010). Il malato immaginato. I rischi di una medicina senza limiti. Torino: Einaudi;
- Bonetti, M., Rossi, M. & Viafora, C.(2003). Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita. Milano: Franco Angeli.
- Bucci,R.(2006). Manuale di medical humanites. Roma: Zadig.
- Ciavarelli,M.(2013). Sentieri di consapevolezza.



- Roma: Armando Editore.
- Ghirotti, G. (2003). Centro di ascolto psico – sociale Il sollievo. La cura del dolore in tutte le sue dimensioni. Milano: Franco Angeli.
- Kubler-Ross E., (1984). La morte e il morire. Assisi: Cittadella editore.
- Mercadante, S., & Ripamonti C. (2000). Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro. Milano: Masson.
- Moja, E. A. (2000). La visita medica centrata sul paziente. Milano: Cortina Editore.
- Molinari, E. & Castelnuovo, G. (2010). Psicologia clinica del dolore. Milano: Springer.
- Sontag, S. (1992). Malattia come metafora, Aids e cancro. Torino: Einaudi.

“Medicina Narrativa per il sollievo del dolore”

Monticelli Valentina* Francesca Lacerenza** Elisabetta Martucci***

*Servizio di Psicologia Hospice Don Uva- Bisceglie

**Servizio di Psicologia Hospice Don Uva- Bisceglie

***Responsabile Servizio di Psicologia Don Uva- Bisceglie

Riassunto

Per Medicina Narrativa, si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento che permette l'interazione dei diversi punti di vista che intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la co-costruzione di un percorso personalizzato per il sollievo del dolore, attraverso l'uso di vari strumenti idonei, tutelandone la privacy dei soggetti coinvolti, per migliorare l'efficacia di cura.

Parole chiave: consapevolezza, cura, dolore, equipe, fiducia, malattia, medicina narrativa, narrazione, persona, processo catartico, sostenibilità, storia, vissuto emotivo.

Introduzione

La Medicina Narrativa, offre l'opportunità di pensare ed affrontare le malattie in termini di “disease”, ovvero conoscenza clinica della malattia; ma anche di “illness”, ovvero il vissuto emotivo e soggettivo del paziente e di “sickness”, ovvero percezione sociale della malattia stessa, per garantire cicli di comunicazione fatti di ascolto ed azione.

La medicina è protagonista di una straordinaria evoluzione scientifico-tecnologica, ma allo stesso tempo si è sentita l'esigenza di recuperare il rapporto medico-paziente, dove la narrazione della condizione di sofferenza è considerata alla pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. Anche nella vita di tutti i giorni, peraltro, utilizziamo la nostra capacità narrativa per raccontarci agli altri, per dire qualcosa di noi, del nostro passato ma anche delle nostre aspettative future. Il paziente racconta all'equipe sanitaria la “propria storia di malattia”, e questa è la descrizione più completa del suo malessere.

Si vuole dimostrare, come la parola possa migliorare l'efficacia di cura costruendo un rapporto

di fiducia operatore-utente. L'idea di fondo, è che la Medicina Narrativa si basa su due concetti fondamentali: la *Relazione* e l'*Ascolto attivo ed empatico*, favorendo un autentico racconto catartico, che includa l'individuo come attore-protagonista, la malattia e il suo vissuto emotivo, la cura.

La peculiarità di questo lavoro è quella di nascere da una pluralità di voci, che provengono dalla ricerca e dalla formazione, combinando



medicines basate sulle evidenze e medicine basate sulla narrazione del dolore e della sofferenza psico-fisica. La parola chiave che attraversa l'operato è dunque “Sostenibilità”, in grado di portare ad una ricostruzione di un modello assistenziale e gestionale, orientato al miglioramento del pro-

cesso di cura.

Fino ad oggi, la Medicina Narrativa è stata utilizzata in diversi ambiti clinici, cercando di stabilire differenti obiettivi rivolti a pazienti, operatori sanitari, familiari/caregiver.

Il Servizio di Psicologia Hospice Don Uva di Bisceglie, ha partecipato e contribuito al progetto “*Medicina Narrativa-la parola che cura*”, attuato



dalla *Asl Bat*, che ha permesso di applicare tale metodologia anche nel campo delle cure palliative, per dare sollievo al dolore. La scelta di applicare tale metodologia all'interno di un hospice, nasce dall'esigenza di dover integrare gli aspetti medici con quelli psicologici legati ad una malattia.

Obiettivi

L'intento del gruppo di lavoro, è quello di garantire uno spazio narrativo che possa dar voce alla storia di una persona e al vissuto emotivo legato a tale esperienza di malattia.

Tra i principali obiettivi è possibile ricordare:

- consolidare il rapporto medico-paziente;
- incrementare la partecipazione attiva ed il processo di cura;
- migliorare i percorsi clinici e le scelte cliniche-assistenziali;
- favorire una maggiore aderenza alla terapia;
- apertura di spazi narrativi con un aumento della consapevolezza/sensibilizzazione;

- lotta allo stigma sociale;
- riduzione del dolore e della sofferenza;
- fornire materiale utile da analizzare per nuove strategie di cura;
- esprimere stati d'animo, disagi e bisogni;
- condividere testimonianze utili ad altri medici, pazienti ed utenti;
- ottimizzare le risorse a disposizione del sistema sanitario, riducendo atti di medicina difensiva.

Il fine è quello di restituire anche in minima parte, un sollievo del dolore, dell'angoscia che risulta essere dominante. La Medicina Narrativa, si concentra sul ruolo relazionale e terapeutico del racconto, dell'esperienza di malattia da parte dell'utente. Risulta essere fondamentale la condivisione dell'esperienza per una esaustiva e completa elaborazione del racconto, permettendo al protagonista di riflettere sulla propria condizione e di ricostruire una propria identità.

Materiali e Metodi

Per la raccolta dei dati, nell'ambito delle cure palliative, è stata predisposta una serie di strumenti (condivisi con l'equipe di lavoro della Aslbat, impegnata nel progetto):

- Diario Narrativo, con un massimo di 5 mila caratteri, nel caso in cui l'utente abbia capacità narrative autonome, che viene messo a disposizione di pazienti, operatori e familiari/caregiver.
- Intervista semi-strutturata, composta da 13 items a cura del Servizio di Psicologia Hospice Don Uva di Bisceglie, nel caso in cui l'utente abbia bisogno di un aiuto per la narrazione.
- Registrazione audio-video.
- Cartella Clinica Parallela, che si affianca alla cartella clinica ordinaria, all'interno della quale vengono riportate impressioni e riflessioni sulla base del racconto del paziente.

I soggetti sono tutelati da un consenso informato **Decr. Leg. Dlg. 196 del 30 giugno del 2003-**

Codice della Privacy, mantenendo l'anonimato in caso di richiesta, utilizzando così una sigla o nomi di fantasia.

Risultati

I risultati ottenuti, nell'ambito delle cure palliative, presentano un'adesione e una compliance pari al **100%**.

Il risultato registrato appare interessante, poiché sottolinea l'esigenza di voler liberare emozioni, angosce, pensieri, paure e speranze. Gli strumenti elencati sono stati utilizzati dai **pazienti** al **30%** del totale; dai **familiari/caregiver** al **50%** del totale e dagli **operatori sanitari** al **20%** del totale.

Si vuole dimostrare come tale lavoro possa essere un processo catartico del vissuto emotivo legato ad una malattia, accrescendo la consapevolezza di tali processi.

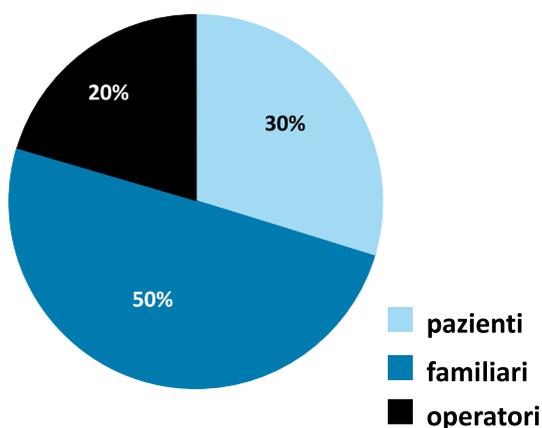


Fig. 1 grafico stratificazione in percentuale adesione: pazienti, familiari operatori

Conclusioni

La comunicazione aiuta il paziente a prendere decisioni, aumentando la riflessione e rinforzando l'importanza e la potenza della narrativa con una partecipazione attiva, ponendo il focus sulla persona e non soltanto sulla malattia.

Narrare l'esperienza di malattia, è una strategia che può aiutare il paziente a "ricomporre i pezzi", ovvero quelle parti di sé che la malattia stessa ha frammentato.

Questo prezioso atto narrativo con grandi potenzialità terapeutiche, è reso possibile dal soggetto che vive e racconta la sua storia di malattia, ma anche dall'interlocutore che lo ascolta.

Soddisfacente il risultato ottenuto dalla raccolta dei dati e dalla disponibilità degli utenti, dato che sottolinea l'esigenza reale di volersi raccontare e di considerare anche la parola una forma di cura, attribuendo ad essa un potere terapeutico.

Per la chiusura dei lavori, meritevole di attenzione è la frase di un paziente oncologico molto giovane, scomparso nell'aprile del 2015, *"...la figura che mi è stata più vicina... è il coraggio, il coraggio di dire agli altri che ce la posso fare...!"*.

Bibliografia

- Altieri, L. (2002). Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità, in Salute e società. Milano: Franco Angeli.
- Amione F. & Chicco, L. (2003). Narrazione e ascolto. L'autobiografia come strategia di intervento nelle relazioni. Roma: Carocci Faber.
- Ammaniti, M. & Stern, D.N. (1991). Rappresentazioni e narrazioni. Bari: Laterza.
- Benedetti, F. (2013). Il caso di G. la medicina narrativa e le dinamiche nascoste della mente. Roma: Carocci Editore.
- Bert, G. (2003). Parole di medici, parole di pazienti, counselling e narrativa in medicina", Firenze: il Pensiero scientifico.
- Biasini, G. (2013). Scrivere fa bene: narrare la malattia, curarsi con un blog. Firenze: Ed. Zona.
- Bobbio, M. (2010). Il malato immaginato. I rischi di una medicina senza limiti. Torino: Einaudi.
- Bucci, R. (2006). Manuale di medical humanites. Roma: Zadig.
- Good, B. (1999). Narrare la malattia, lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente. Milano: Edizioni di Comunità.
- Marin, M. G. & Arreghini, L. (2012). Medicina Narrativa per una sanità sostenibile Milano: Ed. ISTUD.
- Moja, E. A. (2000). La visita medica centrata sul paziente. Milano: Cortina Editore.
- Moxley, G., Clementi, G. & Franceschi V. (2011). Controvento. Roma: Ed. HEALTH COMMUNICATION.
- Nesi, E. (2012). La medicina narrativa in ambito oncologico, dalla narrazione di sé alla cura della persona. Savona: Sorbello Editore.
- Polvani, S. & Sarti, A. (2014). Medicina Narrativa in terapia intensiva. Milano: Ed. Franco Angeli.

Disturbi dell’Alimentazione in età evolutiva: attività di screening in una scuola del sud est barese

Francesca Affatati^{***}, Tommaso Colonna^{****}, Antonia Nardulli^{*****}

^{*}Associazione Nutri.Ente, Mola di Bari

^{**}Psicologa-Esperta in Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità

^{***}Psicologo-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

^{****}Biologa Nutrizionista

Riassunto

Studi epidemiologici evidenziano un abbassamento dell’età di esordio dei Disturbi dell’Alimentazione (DCA) fino a interessare i bambini in età scolare (Robergeau, Jill, e Silber, 2006). Inoltre il rapporto maschi/femmine, finora stimato a 1:9, si sta modificando a causa dell’aumento del numero dei maschi in età pre-adolescenziale e adolescenziale che sviluppano tali patologie e della comparsa di nuovi disturbi tipici del sesso maschile come la Bigoressia.

I professionisti dell’Associazione *Nutri.Ente*, nell’ambito del progetto “Noi e il Cibo”, sviluppato presso le classi terze di una scuola superiore di primo grado del sud est barese, hanno svolto un’attività di screening e di prevenzione primaria dei Disturbi dell’Alimentazione.

Obiettivo del presente contributo è di esporre le attività svolte e di proporre alcune riflessioni a partire dai risultati emersi.

Parole chiave: *Disturbi dell’Alimentazione, Prevenzione, Screening precoce*

I Disturbi dell’Alimentazione

I disturbi dell’alimentazione sono definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica e il funzionamento psicosociale e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta (Fairburn e Harrison, 2003). Accanto all’alterazione del comportamento alimentare vi è un’eccessiva valutazione del peso, delle forme corpo e del controllo alimentare.

Il manuale statistico e diagnostico per i disturbi mentali nell’ultima versione, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th, 2014), inserisce i disturbi dell’alimentazione all’interno della categoria diagnostica dei disturbi

della nutrizione e dell’alimentazione definendoli come disturbi caratterizzati da un persistente disturbo dell’alimentazione e/o di comportamenti connessi all’alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.

All’interno di questa categoria diagnostica, il DSM-V, classifica con specifici criteri diagnostici quei disturbi che nella versione precedente del manuale, DSM IV-TR, rientravano nella grande categoria dei disturbi dell’Alimentazione NAS, ovvero non altrimenti specificati.

Nel dettaglio i Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione definiti nel DSM V sono: 1) Pica; 2) Disturbo di ruminazione; 3) Disturbo da evitamento/restrizione dell’assunzione di cibo; 4) Anoressia nervosa; 5) Bulimia nervosa; 6) Disturbo da alimentazione incontrollata; 7) Altri disturbi della nutrizione e dell’alimentazione specificati; 8) Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione non specificati.

I Disturbi dell’Alimentazione in età evolutiva

Fino a non molti anni fa, quando si parlava di disturbi della nutrizione e del comportamento alimentare infantile, si faceva riferimento a condizioni che si presentavano quasi esclusivamente nella prima infanzia come la Pica, il disturbo di ruminazione, il disturbo della nutrizione e della condotta alimentare. Oggi, a queste forme piuttosto rare, si affiancano, in numero sempre maggiore, casi di bambini e preadolescenti con alterazioni del comportamento alimentare e relativi quadri

clinici molto simili a quelli osservabili nell'adolescente e nell'adulto.

E' importante tenere presente che l'infanzia e l'adolescenza rappresentano periodi cruciali per lo sviluppo neurale e la crescita fisica quindi la malnutrizione e le complicanze mediche annesse ai DCA potrebbero causare severe conseguenze psicofisiche durante l'età giovane e adulta. Pertanto per quanto riguarda la diagnosi e il trattamento dovrebbero essere definiti criteri specifici per questa fascia di età, al fine di riconoscere la presenza del DCA il prima possibile e intervenire tempestivamente, prima che i sintomi diventino pervasivi nelle aree di vita (Bravender, 2010).

Come è facile intuire, è la scuola il luogo migliore per avere accesso alla maggior parte della popolazione degli adolescenti (Dalle Grave, 2003), pertanto riteniamo importante sviluppare progetti che abbiano la finalità di svolgere attività di screening da affiancare ad attività di prevenzione, così da individuare ed eventualmente intervenire nelle fasi embrionali della psicopatologia al fine di evitarne il suo sviluppo.

Il progetto che ora presentiamo procede in questa direzione, con precise finalità di prevenzione primaria.

Il progetto: “Noi e il Cibo”

Il progetto “Noi e il Cibo”, curato dai professionisti dell'Associazione *Nutri.Ente*, è stato articolato in un incontro formativo svolto in ogni classe terza di una scuola secondaria di primo grado del sud est barese, seguito da due giornate di sportello di consulenza nutrizionale e psicologica per alunni, genitori e insegnanti. Gli obiettivi sono stati: a) incrementare le conoscenze sui Disturbi dell'Alimentazione (DCA), b) far apprendere i principi di uno stile di vita sano, c) favorire la conoscenza dei percorsi di cura e l'informazione relativa alle risorse ambientali sui DCA.

Durante l'incontro formativo sono stati somministrati due questionari in forma anonima. Il primo costruito ad hoc, composto da 10 item di cui 9 indicatori del livello di conoscenza dei DCA e un item riferito alle aspettative dei partecipanti

rispetto al progetto. Il secondo questionario è un test di screening dei Disturbi dell'Alimentazione, l'EAT-26 (Eating Attitude Test-26), validato dalla comunità scientifica (Gardner, 1982; Dotti e Lazari, 1998), che, tramite il superamento di un valore soglia (punteggio ≥ 20), identifica le persone che potenzialmente presentano un elevato rischio di sviluppare un Disturbo dell'Alimentazione.

L'Eating Attitude Test-26 è stato usato in molte ricerche come strumento di screening per identificare precocemente le persone affette da disturbi dell'alimentazione. Inoltre questo test è il più usato per misurare i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione come l'impulso alla magrezza, gli episodi bulimici e il controllo dell'alimentazione.

L'EAT-26 da solo non permette di fare una diagnosi specifica di un disturbo dell'alimentazione ma contribuisce all'identificazione precoce dei sintomi, e può portare ad iniziare un percorso di cura più rapidamente e a migliorare la prognosi dei disturbi dell'alimentazione.

Risultati e Conclusione

Dai risultati del primo questionario somministrato agli alunni si evince una conoscenza superficiale e talvolta inesatta della psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione, infatti il 55,2% ha risposto correttamente all'item che riguarda la definizione generale dei DCA, e il 36,9% ha risposto correttamente al quesito su cosa è l'Anoressia mentre il 41,3% ha risposto in maniera esatta alla successiva domanda sulla definizione di Bulimia.

Dai risultati del test di screening EAT-26 sui fattori di rischio dei Disturbi dell'Alimentazione, è emerso che ben il 25,7% del totale dei partecipanti mostra un punteggio pari o superiore al valore soglia e si colloca nella fascia di “alto rischio”, dunque meritevole di ulteriori indagini e approfondimenti diagnostici specialistici; il 34,3% si colloca invece nella fascia di “basso rischio” e il restante 40% non presenta al momento nessun rischio di sviluppare una sindrome DCA-correlata (Figura 1).

Effettuando una differenziazione per genere

emerge che il 35,3% delle femmine si colloca nella fascia di “alto rischio”, il 27,5% nella fascia di “basso rischio” e il restante 37,3% in quella di “nessun rischio” (Figura 2). Per quanto riguarda i maschi, il 16,7% presenta un “alto rischio” di sviluppare un DCA, il 40,7% presenta un “basso rischio”, e il restante 42,6% non presenta al momento nessun rischio (Figura 3). Tali dati, in linea con la letteratura attuale (Currin, 2006), evidenziano come l’età di insorgenza dei DCA si stia abbassando colpendo non solo la fascia di età adolescenziale ma anche quella della pre-adolescenza, oltre a confermare il dato già ampiamente noto della maggior prevalenza di tali disturbi nella popolazione femminile.

Ai dati registrati per mezzo del questionario e del test di screening, si affiancano le richieste emerse durante le giornate di sportello: le ragazze si mostrano preoccupate sia per il loro corpo che cambia, che per le pressioni esterne e interne rispetto all’ideale di magrezza, e chiedono non solo una dieta equilibrata ma soprattutto consigli su come imparare a “controllare” il proprio corpo e le sue modificazioni. Anche i ragazzi si mostrano preoccupati per le forme del proprio corpo, per il controllo dell’alimentazione e del peso. Inoltre si rileva che, in una percentuale piuttosto elevata, la valutazione personale, sia maschile che femminile, è in molti casi definita dal peso e dalla forma del corpo.

In conclusione, dall’intervento formativo e dalla partecipazione mostrata dagli alunni durante le giornate di sportello possiamo rilevare come il bisogno di formazione, prevenzione e trattamento dei DCA sia sempre più presente nelle nostre comunità e per soddisfare tali richieste, è necessario offrire servizi professionali adeguati.

Partendo da queste evidenze l’Associazione Nutri.Ente, a Mola di Bari, propone le seguenti attività: a) informazione, formazione e prevenzione sul territorio, b) sportello di consulenza psicologica, c) trattamento clinico in equipe multidisciplinare, d) intervento psicoeducazionale rivolto alle famiglie, e) sportello di nutrizione umana. Tra gli obiettivi, oltre alle su citate forma-

zione, prevenzione e cura dei DCA, rientrano la collaborazione con Enti, Istituzioni e Associazioni, e la creazione di una rete di professionisti che si occupano di tematiche affini.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Quinta edizione (DSM-5). Raffaello Cortina editore, 2014.
- Bravender, T., Bryant-Waugh R., Herzog D., Katzman D., Kriep, R., & Lask B. (2010). Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review*, 18, 79-89.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005) Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.
- Dalle Grave, R. (2003). School-Based Prevention Programs for Eating Disorders: Achievements and Opportunities. *Disease Management and Health Outcomes*, 11, 579-593.
- Dotti, A., & Lazzari, R., (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating & Weight Disorders*, 3, 188-194.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C.G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578.
- Casey, B.J, Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62-77.
- Robergeau, K., Jill, J., & Silber, T.J. (2006). Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the state of New York. *Journal Of Adolescent Health*, 39, 806-810.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavioral Research & Therapy*, 41, 509-528.
- Murray, S.B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., Dawson, R.T., & Touyz, S.W. (2012). A Comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9, 193-200.

Campione Totale

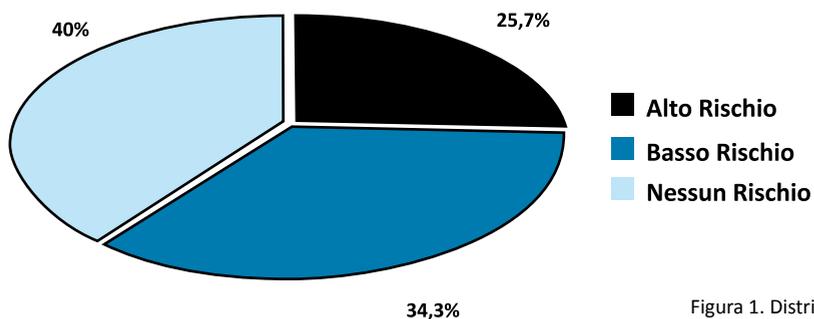


Figura 1. Distribuzione in percentuale del campione totale (N=105) nelle tre fasce di rischio definite dall'EAT-26.

Maschi

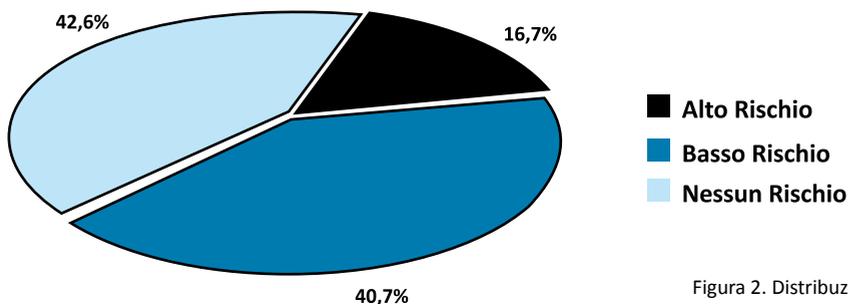


Figura 2. Distribuzione in percentuale dei maschi (N=54) nelle tre fasce di rischio definite dall'EAT-26.

Femmine

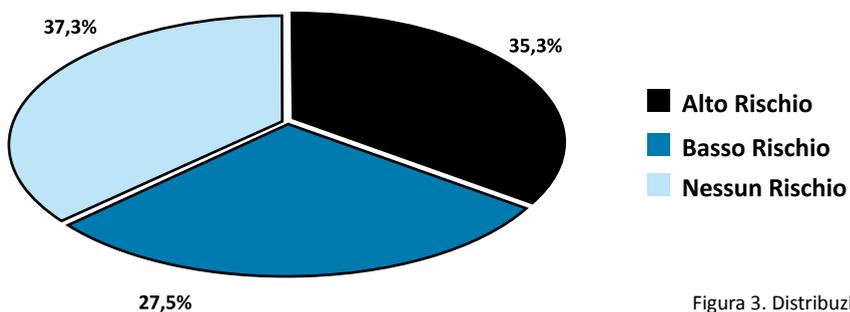


Figura 3. Distribuzione in percentuale delle femmine (N=51) nelle tre fasce di rischio definite dall'EAT-26.

Vanità di vanità: uno studio sulla relazione tra psicopatia e mortality salience in carcere.

Valentina Luccarelli, Emanuela Soleti, Antonietta Curci

Dipartimento di scienze della formazione, psicologia, comunicazione, Università di Bari Aldo Moro

La psicopatia è il primo disturbo di personalità individuato dalla psichiatria.

La psicopatia è stata ampiamente descritta e trattata da diversi autori nel XX secolo. All'inizio degli anni '70, Robert Hare pubblicò uno studio in cui sintetizzava le ricerche sulla psicopatia e, nel 1975, iniziò a lavorare per la formulazione di una Checklist per la rilevazione della Psicopatia. Dopo una prima edizione, nel 1985, ci fu la nuova stesura della Hare Psychopathy Checklist- Revised, che subì due ulteriori revisioni, con la pubblicazione delle due versioni più recenti nel 1991 e 2003, ancora oggi considerata Golden Standard internazionale per la rilevazione degli aspetti che compongono la psicopatia.

La Psicopatia è caratterizzata da una costellazione di caratteristiche che sono state raggruppate in due fattori interconnessi: il primo che descrive le componenti interpersonale e affettiva; il secondo, che descrive gli aspetti impulsivi e antisociali. Questi fattori possono essere suddivisi ulteriormente in quattro sotto-componenti (Hare, 2003):

1. La componente Interpersonale comprende: la superficialità, la capacità di manipolazione e la capacità patologica di mentire;
2. La componente Affettiva comprende: la mancanza di empatia e di senso di colpa, il deficit emotivo e l'insensibilità;
3. Lo stile di vita impulsivo è caratterizzato da: impulsività e ricerca di stimolazioni;
4. L'aspetto Antisociale è caratterizzato da comportamento criminale.

Una caratteristica esclusiva della psicopatia è quella di essere associata ad un crescente tasso di aggressività strumentale (Blair, 2007b). L'aggressività strumentale, chiamata anche aggressività proattiva o dei predatori, è controllata e premeditata per raggiungere un obiettivo esterno fortemente voluto (ad esempio, per ottenere denaro o droghe), ma non è preceduta da una situazione

fortemente emotiva che potrebbe provocare una reazione.

Gli individui psicopatici presentano aggressività reattiva in aggiunta all'aggressività proattiva (Flight & Forth, 2007; Hare, 2003; Reidy, Zeichner, Miller & Martinez, 2007); è proprio la propensione all'aggressività strumentale che distinguerebbe loro dagli individui antisociali e che creerebbe gravi implicazioni.

Inoltre, il loro egocentrismo, la grandiosità, l'impulsività, l'assenza di inibizione di alcuni comportamenti e il bisogno di potere e controllo costituiscono ciò che potrebbe essere considerato come una prescrizione per commettere un atto antisociale o criminale (Hare, 2003; Porter e Porter, 2007).

Diversi studi hanno preso in considerazione l'idea secondo cui la psicopatia potesse rappresentare una strategia evolucionistica alternativa che consiste, soprattutto, nel mettere in atto un comportamento opportunistico (Barr e Quinsey, 2004; Crawford e Salmon, 2002; Mealey, 1995; Raine, 1993). Secondo questa visione, le componenti emotive, comportamentali e cognitive degli psicopatici sono considerate come meccanismi organizzati e specifici, che facilitano una strategia sociale riproduttiva durante la storia dell'evoluzione umana (Crawford e Salmon, 2002).

In alcuni casi, gli psicopatici potrebbero essere capaci di mantenere con successo un atteggiamento totalmente ingannevole come strategia di adattamento evolucionistico. Alcune caratteristiche tipiche degli psicopatici, come atteggiamento manipolativo, deficit empatico, assenza di rimorso o senso di colpa, aggressività rivolta ad un obiettivo preciso o attuazione di comportamenti rischiosi e altri ancora, sono tutti elementi che favoriscono gli psicopatici nel mettere in atto una strategia simile (Raine e Yang, 2006b).

Dunque, tenendo in considerazione il filone di

ricerche che concettualizza, nell'ambito evoluzionistico, la Psicopatia come un disturbo "adattivo" che permetterebbe all'individuo di salvarsi mettendo in atto condotte violente o antisociali a danno della vittima prescelta, dove si colloca il limite che lo Psicopatico potrebbe non superare?

La presenza di un grave deficit emotivo (freddezza emotiva, ribellione antisociale, mancanza di paura, Lilienfeld, 1997), che induce l'individuo psicopatico a non curarsi della sua sorte, della sorte delle vittime o della possibilità di arrecare un danno irreversibile a sé e agli altri, getta le basi per una curiosità, finora rimasta inesplorata dalla letteratura scientifica: come potrebbe essere vissuta e gestita da questi individui la sensazione di vivere una situazione di maggiore pericolo, un pericolo tale da implicare addirittura la morte?

La curiosità scientifica alla base del presente studio ha animato, sin dalla disamina teorica, l'indagine e l'analisi delle relazioni esistenti tra i costrutti di *Psicopatia* e *Mortality Salience*.

La *Mortality Salience* è un costrutto utilizzato nell'ambito della TMT (*Terror Management Theory*) come ipotesi sperimentale per verificare se nell'uomo è presente una potenziale preoccupazione (o ansia) per la morte, dovuta proprio alla compresenza della consapevolezza di essere mortali e l'istinto di sopravvivenza, tipico di ogni animale (Greenberg, Pyszczynski, e Solomon, 1986).

Il meccanismo alla base della TMT, che si attiva per gestire il Terrore della morte, è presente in ogni uomo, bambino o anziano che sia, ma cosa accade negli individui Psicopatici? Gli Psicopatici temono almeno la morte?

Il concetto di *Mortality Salience* potrebbe essere un fattore di mediazione per gli individui psicopatici che danno sfogo alla mancanza di emotività, incuranti del futuro che attende loro? Si può parlare di *Salienza della Mortalità* e, dunque, di timore per la morte in riferimento ad un individuo psicopatico oppure il suo deficit emotivo è talmente grave da renderlo immune anche al timore di poter morire?

Due concetti che, fino ad ora, navigano parallelamente in ambiti di ricerca differenti potrebbero avere un anello di congiunzione, proprio come ci può essere un trait d'union tra l'onnipotente convinzione di uno psicopatico di poter gestire tutto e tutti attraverso la mera freddezza calcolatrice e la

morte, che ricollega ogni essere vivente al mondo concreto, che contempla la morte.

Nella letteratura scientifica, ad oggi, non sono presenti studi che indagano la relazione tra *Psicopatia* e *Mortality Salience*, ma la natura multidimensionale della psicopatia induce a pensare che alcune delle dimensioni da cui è composta (Lilienfeld, 1997), indagate con le sottoscale del *PPI-R*, potrebbero essere correlate con la paura di stare per morire o la paura per la propria o altrui morte, dimensioni indagate, invece, con le sottoscale della *Collett-Lester Fear of Death Scale* (Collett-Lester, 1990).

Il campione del presente studio è composto da 26 uomini (M_{age} 34,9; $SD=$ 10,6), detenuti nella Casa Circondariale di Bari: il 42,3% ha età compresa tra 20-30 anni, 23,1% di età compresa tra 31-40 anni, il 26,9% di età tra 41-50, e solo il 7,7% ha un'età superiore ai 50 anni. I procedimenti penali che interessano tutti i soggetti del campione hanno superato tutti i tre gradi di giudizio. Dall'intervista anamnestica è emerso che nessuno dei partecipanti allo studio è un primario. In riferimento al livello di istruzione la maggior parte dei soggetti che compongono il campione ha la licenza media (80,8%). Pochi, invece, sono i soggetti con titolo di studio elementare (15,4%) o senza alcun titolo di studio (3,8). Nessun dei soggetti è diplomato o laureato. Più della metà del campione, nel periodo precedente alla detenzione, svolgeva un lavoro alle dipendenze di un datore o un'azienda, la maggior parte dei quali erano assunti in qualità di operai (57,7%). Elevata la percentuale dei disoccupati (34,6%) tra i detenuti: questo dato rimanda a diversi studi presenti in letteratura che evidenziano un'alta correlazione e una proporzionalità diretta tra l'aumento del tasso di criminalità e la condizione di disoccupazione per diverse fasce d'età e in diversi Paesi Europei e non (Lin et al., 2008).

La raccolta dati è stata effettuata mediante somministrazione individuale di una batteria di test ai detenuti, selezionati sulla base dell'elenco stilato mensilmente dal capo dell'area trattamentale, dal quale sono stati scelti i nomi dei detenuti con un fine pena a breve termine.

La batteria somministrata è composta da:

- *PPI-R* (Lilienfeld, 1997), destinato a valutare l'intera gamma di tratti psicopatici con

le varie scale di contenuto;

- *BDI* (Beck, 1961), uno degli strumenti di autovalutazione per la depressione più noto, ancora oggi fra quelli più utilizzati.
- *Collett-Lester scale* (Collett-Lester, 1990), utilizzata per indagare la paura della morte mediante quattro scale: *Paura della propria morte*; *Paura della morte degli altri*; *Paura di stare per morire*; *Paura che un altro stia per morire*.

L'intera batteria è stata utilizzata per la raccolta dati che si colloca in un ampio progetto di ricerca europeo per l'individuazione di buone prassi per l'inclusione sociale (Grundtvig, 2013- 2015).

Ciascuna scala è stata compilata individualmente, nei giorni predisposti per la somministrazione, dai 26 soggetti che compongono il campione e, successivamente, i dati raccolti sono stati codificati e analizzati, facendo riferimento alle ipotesi formulate, con il software statistico SPSS.

Dall'analisi anamnestica emerge che: nessuno degli individui che compongono il campione sono soggetti primari, ovvero incarcerati per unico reato, ma la totalità del campione è composto da soggetti recidivi, con cumulo di reato. In particolare, tra i reati primari commessi dalla maggior parte dei detenuti vi sono Rapina e Spaccio, per i quali sono stati condannati il 23,1% dei soggetti che compongono il campione. L'11,8% dei detenuti, invece, è stato condannato per Estorsione, mentre solo 2 soggetti per Detenzione di armi illegali (7,7%) e altri 2 per Furto (7,7%). I restanti detenuti (22,8% ovvero 6 individui, ognuno dei quali condannati per diverse tipologie di reato) sono stati incarcerati per: Associazione a delinquere, Attività Mafiosa, Lesioni, Omicidio, Scippo, Tentato Furto e Usura.

Il campione del nostro studio presenta, complessivamente, punteggi di psicopatia (espressi in punti T) in media più alti ($M=57.15$, $ds=9.52$) rispetto alla media della popolazione generale ($M=50$, $ds=10$). Rispetto alle dimensioni della psicopatia, i punteggi medi più alti ottenuti alle scale del PPI sono: *Egocentrismo Machiavellico* (*ME*: $M=46.79$, $DS=9.52$) e *Influenza Sociale* (*SOI*: $M=46.80$, $DS=11.53$). I punteggi medi più bassi ottenuti alle scale del PPI, invece, sono: *Freddezza emotiva* (*C*: $M=28.46$ e $ds=5.74$) e *Mancanza di pianificazione* (*CN*: $M=32.96$ $DS=6.74$).

Rispetto alle scale della *Collett-Lester*, emerge che i punteggi medi più alti ottenuti dal campione sono quelli delle sottoscale *Own* e *Other Dying* (rispettivamente $M=3.88$ e $M=3.73$), che indagano, in ordine, il timore per la percezione di stare per morire e il timore che gli altri stiano per morire, due dimensioni salienti nel nostro campione.

I dati raccolti con la *Collett-Lester scale* nel nostro campione non presentano alcuna associazione con il punteggio totale di psicopatia, ottenuti dalla compilazione del PPI-R. I due costrutti sembrerebbero, pertanto, indipendenti.

In particolare, la scala dell'*Egocentrismo Machiavellico* (*ME*) non è associata ai punteggi ottenuti all'*Own Death*, in quanto la correlazione non è significativa.

Anche la scala dell'*Esternalizzazione della Colpa* (*BE*) non presenta un'associazione significativa con la scala dell'*Own Death* e dell'*Own* e *Other Dying*.

La scala della *Mancanza di Paura* (*F*) è l'unica dimensione che correla inversamente e significativamente con le sottoscale *Own Dying* e *Other Dying* della *Collett-Lester scale* rispettivamente con valori di Pearson pari a $r=-.20$, $p=.05$ e $r=-.43$, $p<.05$. Questo dato suggerisce che i soggetti del nostro campione che risultano "temerari", ovvero non provano alcun tipo di paura, non temono né di stare per morire né temono che gli altri stiano per morire.

Anche le scale dell'*Anticonformismo Ribelle* (*RN*- *Rebellious Nonconformity*), della *Freddezza Emotiva* (*C*- *Coldheartedness*) e dell'*Immunità allo Stress* (*STI*- *Stress Immunity*) non presentano correlazioni significative con le sottoscale della *Collett-Lester scale*.

Vi è una correlazione statisticamente significativa e positiva tra la scala che indaga il timore che gli altri stiano per morire (*Own Dying*) e la capacità dei soggetti di dare delle *Risposte Virtuose* (*VR*) con $r=.45$, $p<.05$.

Inoltre, dalle analisi correlazionali tra i punteggi ottenuti dai soggetti del nostro campione al *BDI-II* e i punteggi delle sottoscale della *Collett-Lester scale*, è emerso che non vi è alcuna relazione tra la Depressione e la Paura della morte. L'assenza di correlazioni statisticamente significative permette di dedurre che, rispetto ai dati raccolti nel nostro campione, tra di essi non vi sia alcun

tipo di associazione e, dunque, che i due costrutti sono indipendenti.

Poiché dalle analisi correlazionali è emerso che la maggior parte delle correlazioni tra i punteggi ottenuti alle sottoscale della *Collett-Lester scale* e le dimensioni della Psicopatia e i punteggi del BDI-II non sono statisticamente significative, abbiamo suddiviso il campione tra psicopatici primari e secondari per effettuare un'analisi discriminante, un metodo utile a classificare i soggetti in gruppi massimizzando le differenze tra gli stessi.

In letteratura esiste la suddivisione tra psicopatici primari e secondari, una differenza data dal livello di ansia degli individui (Vidal e coll., 2010; Skeem, Johansson, Andershed, 2007; Newman, MacCoon e coll., 2005; MacKay, Romney e coll., 2003). Per tale ragione abbiamo fatto ricorso alla stessa procedura di Vidal e coll. (2010), dividendo il campione complessivo in tre gruppi (high-Anxiety psychopathy, low-Anxiety psychopathy e low-psychopathy), per cercare di individuare le variabili che meglio contraddistinguono i tre diversi profili. Pertanto, abbiamo utilizzato l'Analisi Discriminante.

Il PPI-R include una sottoscala di *Immunità dallo Stress (STI-Stress Immunity)* per definire il

livello di psicopatia, ma i punteggi totali del *PPI-R* potrebbero fallire nell'identificare i soggetti con "alto livello di ansia" o i soggetti con "bassa psicopatia" (psicopatici secondari). Per rimediare a questi problemi è stato rimosso il punteggio dell'ansia dai punteggi totali del *PPI-R* prima di creare i sottogruppi tra gli individui psicopatici (Vidal et al., 2010). In particolare, è stato sottratto dal punteggio totale del *PPI-R* il punteggio ottenuto da ciascun soggetto alla sottoscala *STI (Stress Immunity subscale)*.

Il campione è stato suddiviso, rispetto alla media ($M=273$), in due gruppi di soggetti con "alta psicopatia" ($n=13$) e "bassa psicopatia" ($n=13$), come mostrato in Fig. 1.

L'ansia è stata rilevata con la sottoscala *STI (Stress Immunity)* del *PPI-R*. La sottoscala *STI* è correlata significativamente con le misure esterne di ansia (-0.76 , PAI Anxiety Subscale, Morey, 1991). I soggetti del gruppo con "alta psicopatia" sono stati suddivisi, rispetto alla media ($M=42$), creando due sottogruppi: psicopatici con alto livello di ansia ($n=5$) e psicopatici con basso livello di ansia ($n=8$), come rappresentato in Fig. 1. Il gruppo dei soggetti con "bassa psicopatia" ($n=13$), invece, è un gruppo di controllo.

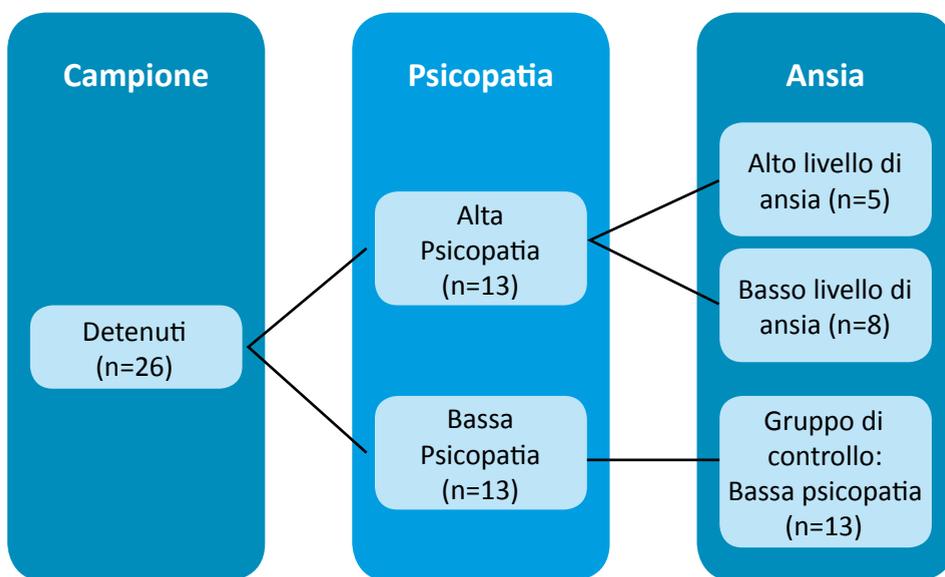


Fig.1 - Scomposizione del campione in sottogruppi di psicopatici primari con alto livello di ansia, psicopatici primari con basso livello di ansia e psicopatici secondari (controllo).

A causa dell'esiguità campionaria, la suddivisione in tre gruppi (psicopatici secondari e psicopatici primari con alto/basso livello d'ansia), come riportato in Fig.1, non ha permesso che venissero "estratte" due funzioni discriminanti per spiegare le differenze tra i tre sottogruppi, soprattutto perché il sottogruppo degli individui con alta psicopatia e alti livelli d'ansia ha n=5 soggetti.

Dunque, abbiamo preso in considerazione la suddivisione del campione rispetto ad alta/bassa psicopatia (due gruppi di n=13).

Dall'analisi discriminante è emerso che:

- il valore della *Lambda di Wilks*, una misura del potere discriminante di ogni funzione non è significativo e indica che le funzioni non hanno potere discriminante tra i vari gruppi.
- Il valore di *F di Fisher* non è significativo. Un basso livello di significatività indica che i risultati osservati nel campione non dipendono dal caso e che quindi è lecito attendersi che si ripetano uguali nella popolazione.
- La *correlazione canonica*, un autovalore che indica la correlazione multipla tra i predittori e la funzione discriminante, ovvero la percentuale di varianza spiegata (R^2), nel nostro caso è .22 e suggerirebbe che il modello spiega circa il 44% della varianza nei due gruppi (alta vs bassa psicopatia), se si avessero valori significativi della *F di Fisher* e del *Lambda di Wilks*.

La comunità scientifica, ad oggi, non ha mai presentato studi che indagassero la relazione tra *Psicopatia* e *Mortality*. La curiosità che ha animato il presente studio è quella di indagare in che

modo tale consapevolezza di dover morire si intersecasse con il livello di Psicopatia, rilevato in un campione di detenuti c/o la Casa Circondariale di Bari.



Contrariamente alle attese, i due costrutti non presentano correlazioni statisticamente significative e la maggior parte delle ipotesi formulate non sono state confermate, poiché non supportate da evidenze empiriche.

Il limite principale del nostro studio è dovuto alla dimensione campionaria

(n=26), che ci ha ostacolati nell'utilizzo di molti Test statistici. Sulla scia del presente studio, infatti, sarebbe interessante replicare la ricerca con un campione di detenuti più numeroso per controllare l'effetto dell'esiguità campionaria ed esplorare, nuovamente, la presenza o meno di associazioni significative tra le dimensioni che compongono i due costrutti.

Alla luce di quanto emerso, possiamo concludere che la Psicopatia e la Mortality Salience sono due costrutti che non presentano alcun tipo di correlazione e, per tale ragione, da considerare indipendenti. Ma, allora, si può inferire che il comportamento di un soggetto Psicopatico non sia limitato neanche dalla consapevolezza di essere mortali? Sono proprio quelle domande e quegli spunti di riflessione nuovi, che si auto-generano, ad alimentare la curiosità che spinge a fare ricerca. Se davvero si crede in quello che si indaga e se davvero si vuole indagare qualcosa in cui si crede, approcciandosi con occhi critici e atteggiamento falsificazionista, si potrà conoscere ed esplorare qualunque ambito che, altrimenti, renderebbe l'uomo "finito", proprio come finito è il limite imposto dalla sua stessa natura.

Bibliografia

- Barr, K.N. & Quinsey, V.L. (2004). Is psychopathy a pathology or a life strategy?. In C. Crawford & C. Salmon (a cura di). *Evolutionary psychology, public policy, and personal decisions* (pp. 293-317). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 555 Academic Court.
- Blair, R.J.R., Mitchell, D.G.V., Peschardt, K.S., Colledge, E., Leonard, R.A., Shine, J.H., Murray, L.K. & Perrett, D.I. (2004). Reduced sensitivity to others' fearful expressions in psychopathic individuals. *Personality and Individual Differences*, 37, 1111-1122.
- Burke, B.L., Martens, A., Faucher, E.H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14 (2), 155-195.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
- Flight, J.I., & Forth, A.E. (2007). Instrumentally violent youths: The role of psychopathic traits, empathy, and attachment. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 739-751.
- Greenberg, J., Pyszczynski T., & Solomon, S. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. In Zanna, P.M. (a cura di), *Advances in experimental social psychology* (pp. 61-141). San Diego, CA: Academic Press.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., & Lyon, D. (1990). Evidence for terror management theory: II. The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or blaster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 308-318.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of Consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 627-637.
- Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Chatel, D. (1992). Terror Management Theory and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 212-220.
- Hare, R.D. & Neumann, C.S. (2009). Psychopathy: Assessment and Forensic Implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 791-802.
- Hare, R.D. & Neumann, C.S. (2010). The Role of Antisociality in the Psychopathy Construct: Comment on Skeem and Cooke. *Psychological Assessment*, 22, 446-454.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Canada: Multi- Health Systems, Inc.
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25-54.
- Hare, R.D. (1998). Psychopathy, affect and behavior. In D.J. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (a cura di), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 105-137). Netherlands: Kluwer Academic Publishing.
- Hare, R.D., Clarck, M.A., Grann, M. & Thornton D. (2000). Psychopathy and the Predictive Validity of the PCL-R: An International Perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-645.
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death: The original version and a revision. *Death studies*, 14, 451-468.
- Maheswaran, D., & Agrawal, N. (2004). Motivational and cultural in Mortality Salience Effects: Contemplations on Terror Management Theory and Consumer Behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 14, 213- 218.
- Meloy, J.R. (1995). Antisocial Personality Disorder. In G. Gabbard (Ed.) *Treatments of psychiatric disorders* (2 ed., pp. 2273-2290). Washington DC: American Psychiatric.
- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Herve, H., Birt, A.R. & Boer, D.P. (2000). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Criminal justice and Behavior*, 27, 216-223.
- Pyszczynski, T. (2004). What are we so afraid of? A Terror Management Perspective Theory on the politics fear. *Social Research*, 71, 827-848.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130, 435-468.
- Raine, A. (2003). *The psychopathology of crime: Criminal Behavior as a clinical disorder*. San Diego, CA: Academic Press.
- Reidy, D.E., Zeichner, A., Miller, J. D., & Martinez, M.A. (2007). Psychopathy and aggression: Examining the role of psychopathy factors in predicting laboratory aggression under hostile and instrumental conditions. *Journal of Research in Personality*, 41, 1244-1251.
- Vidal, S., Skeem, J., Camp, J. (2010). Emotional Intelligence: Painting Different paths for low-anxious and high-anxious psychopathic variants. *Law Hum Behavior*, 34, 150-

Intelligenza emotiva e psicopatia in detenuti a fine pena. Uno studio presso la casa circondariale di Bari

Fabiana Perosce, Emanuela Soleti, Antonietta Curci

Dipartimento di scienze della formazione, psicologia, comunicazione, Università di Bari Aldo Moro

Riassunto

Gli individui psicopatici vengono definiti predatori intraspecie che usano fascino, manipolazione, intimidazione e violenza per controllare il prossimo e soddisfare i propri egoistici bisogni; mancando di morale ed empatia; riescono freddamente a prendere e a fare ciò che vogliono, violando norme e divieti sociali senza il minimo senso di colpa o rimpianto (Hare, 2003). Letteratura recente suggerisce che questi individui presentino difficoltà nelle interazioni sociali e nei compiti emotivi (Salovey, Ermer, Kahn, Kiehl; 2012), cioè deficit legati all'intelligenza emotiva (IE). L'IE è un aspetto dell'intelligenza legato alla capacità di percepire e gestire in modo consapevole le proprie ed altrui emozioni (Salovey, Mayer e Caruso, 2002). Questo studio si propone di replicare l'impianto di uno studio di Ermer e coll. di recente pubblicazione (2012) che indaga la relazione tra psicopatia e abilità di intelligenza emotiva in un campione di detenuti e la relazione tra tratti psicopatici e manifestazioni di disordini clinici quali ansia e depressione. I risultati ottenuti indicano che 19 partecipanti su 26 sono psicopatici e presentano difficoltà nel gestire le proprie emozioni influenzando il benessere dell'individuo e la sua capacità di comportarsi efficacemente anche nelle situazioni di stress, non riuscendo a moderare le emozioni negative e a valorizzare quelle positive, ai fini di un migliore adattamento. Un'ulteriore risultato che si è riusciti a replicare è che i punteggi ottenuti nella IE sono significativamente inferiori a quelli della media della popolazione normale.

***Parole chiave:** Psicopatia, intelligenza emotiva, detenuti*

Introduzione

La psicopatia è caratterizzata da un distacco emotivo e da un disturbo emozionale che sono state a lungo considerate caratteristiche chiave del disturbo psicopatico. Gli individui con tratti

psicopatici sono caratterizzati da una generale mancanza di empatia, vergogna e senso di colpa (Blair, 2005; Leonard, Morton e Blair, 2006). La presenza di distacco emotivo e anomalie nel processo emotivo ha motivato i ricercatori a investigare la relazione tra psicopatia e intelligenza emotiva. Vidal e coll. (2010) affermano che la relazione tra psicopatia e IE è spiegata dal fattore impulsività del PPI-R e dalla relazione con l'area strategica della IE. Nel 1985, Hare compie i primi studi sulla Psychopathy Checklist (PCL), uno strumento utile ad effettuare una valutazione clinica del grado di psicopatia di un individuo. La PCL-R (revised) valuta il livello di Psicopatia sulla base di due fattori e quattro componenti. I due fattori principali (Fattore 1 e Fattore 2) individuano **due aree della personalità psicopatica: l'area Interpersonale/Affettivo e l'area della Devianza sociale**. Nel Fattore 1 si distinguono la componente Interpersonale (loquacità/fascino superficiale senso grandioso di sé, mendacità patologica, tendenza alla connivenza/manipolazione) e quella Affettiva (assenza di rimorso o di colpa, affettività superficiale, callosità/assenza di empatia, incapacità di riconoscere la responsabilità delle proprie azioni), mentre nel Fattore 2 si distinguono la componente Stile di vita (bisogno di stimoli/propensione alla noia, stile di vita parassitario, assenza di obiettivi realistici, a lungo termine, impulsività, mancanza di senso di responsabilità) e quella Antisociale (scarso controllo comportamentale, problematiche comportamentali precoci, comportamenti antisociali in età giovanile, revoca della libertà condizionale, versatilità criminale).

Alla fine degli anni '80 Lilienfeld, mette a punto un nuovo strumento per la misurazione della psicopatia, definito Psychopathic Personality Inventory (PPI), in seguito rivisto, per potenziarne l'utilità clinica e di ricerca (Lilienfeld, 1991). Il PPI-R valuta i tratti di psicopatia sulla base di 8 sottoscale che compongono tre fattori: Dominanza priva di paura corrispondente alla tendenza verso una mancanza di ansia, bassi livelli di tensione e preoccupazione scarso evitamento di danni e alti livelli di dominanza dal punto di vista interpersonale; Impulsività autocentrata corrispondente alla tendenza a centrarsi su di sé, ad usare gli altri senza pietà, a infrangere apertamente i valori tradizionali; ad attribuire la colpa ad altri per i propri errori e ad agire impulsivamente senza preoccuparsi delle conseguenze e Freddezza emotiva corrispondente all'incapacità di mantenere nel tempo relazioni con altre persone, assenza di sensi di colpa e empatia.

Il PPI-R è uno strumento valido e attendibile, di rapida somministrazione, in grado di effettuare una rilevazione globale della psicopatia e dei singoli tratti che la compongono. Questo strumento consente di valutare la personalità psicopatica come un costrutto complesso e multifattoriale, ed è solo in parte sovrapponibile al modello teorico di Hare (1991) della PCL-R, poiché non considera il fattore comportamentale legato alla devianza come dimensione centrale del costrutto. In particolare, il fattore della dominanza priva di paura del PPI-R corrisponde al fattore 1 della PCL-R, mentre il fattore dell'Impulsività autocentrata del PPI-R corrisponde al fattore 2 della PCL-R. Poytress, Edens e Lilienfeld (1998) hanno esaminato la relazione tra il PPI e la PCL-R trovando una correlazione moderatamente alta. Ancora più importante, il punteggio totale del PPI correlava con il fattore 1 e il fattore 2 della PCL-R, suggerendo che il PPI potrebbe essere la prima misura self-report della psicopatia ad essere associata al nucleo interpersonale e ai tratti affettivi della psicopatia. Inoltre, una analisi di correlazione parziale tra il PPI e ogni fattore della PCL-R, ha rilevato che il PPI

è selettivamente associato con il fattore 1 della PCL-R piuttosto che con il fattore 2.

L'IE viene concettualizzata come una capacità di processare in maniera adeguata informazioni emotive e di utilizzarle, in associazione alle attività cognitive, per agire adeguatamente nell'ambiente. Salovey e Mayer (1990) per primi definirono l'IE come l'abilità di gestire i sentimenti e le emozioni proprie e degli altri, di distinguerle tra di loro e di usare tali informazioni per guidare i propri pensieri e le proprie azioni: emozione e pensiero intelligente sarebbero dunque tra loro combinati. In questo senso, non solo le emozioni non disturbano l'efficace approccio razionale alla risoluzione dei problemi ma, al contrario, forniscono importanti conoscenze sulla relazione della persona con il mondo esterno. Il modello originale di Salovey e Mayer (1990) implica tre diverse abilità che corrispondono a tre distinti processi mentali: valutazione ed espressione delle emozioni (appraisal and expression of emotion), regolazione dell'emozione (regulation of emotion) e utilizzo dell'emozione (utilization of emotion). Studi successivi (Mayer e Salovey, 1997; Mayer, Salovey e Caruso, 2000) hanno ampliato la definizione originaria attribuendo maggiore enfasi alle caratteristiche cognitive del costrutto e proponendo quattro categorie fondamentali: 1. percepire, valutare ed esprimere le emozioni; 2. usare le emozioni per facilitare il pensiero; 3. capire le emozioni nelle diverse situazioni sociali; 4. gestire e regolare le emozioni. Il primo ramo fa riferimento alla capacità di percepire le emozioni in se stessi e negli altri. Si tratta di un'abilità molto importante in quanto una corretta valutazione delle emozioni mette gli individui nelle condizioni di distinguere tra espressioni emotive reali o simulate, idonee o meno alla situazione. Si tratta dell'accuratezza con cui gli individui possono identificare le emozioni e il contesto emotivo (Mayer e Salovey, 1997). Il secondo ramo fa riferimento alla capacità di utilizzare le emozioni per potenziare e dirigere il pensiero e per favorire la creatività e la risolu-

zione di problemi. In altre parole, si tratta della capacità di coinvolgere le emozioni nei processi percettivi e cognitivi. Le emozioni influenzano i processi cognitivi agendo sul problem-solving e sui processi decisionali. Se talvolta esse possono esercitare un'influenza negativa (ad esempio, nel caso dell'ansia), altre volte esse possono facilitare il pensiero, aiutando l'individuo a riconoscere ciò che è rilevante in una situazione data e a scegliere le strategie risolutive più idonee e vantaggiose. Il terzo ramo fa riferimento alla capacità di comprendere le combinazioni di emozioni diverse e le transizioni emotive, ovvero il modo in cui un'emozione può trasformarsi in un'altra, e di analizzare le emozioni nelle loro parti. Si tratta della capacità di distinguere tra le varie emozioni, di comprendere le relazioni tra esse, di identificare le cause e le conseguenze delle emozioni, di comprendere le emozioni complesse, gli stati emozionali contraddittori e le concatenazioni emotive (Mayer e Salovey, 1997). Il quarto ramo fa riferimento alla capacità di gestire e regolare le emozioni proprie e degli altri. Si tratta di un'abilità molto importante in quanto influenza il benessere dell'individuo e la sua capacità di comportarsi efficacemente anche nelle situazioni di stress, moderando le emozioni negative e valorizzando quelle positive, ai fini di un migliore adattamento (Mayer e Salovey, 1997).

Questi quattro rami vengono suddivisi dagli autori in due aree: esperienziale (Experiential Emotional Intelligence) e strategica (Strategic Emotional Intelligence). L'area esperienziale (che comprende i primi due rami) riguarda l'abilità di una persona di percepire, rispondere e manipolare l'informazione emotiva senza necessariamente comprenderla. Essa indica quanto accuratamente un individuo può leggere ed esprimere le emozioni e confrontarle con altri tipi di esperienze sensoriali. L'area strategica (che comprende gli ultimi due rami) riguarda l'abilità di un individuo di comprendere e gestire le emozioni senza necessariamente percepirle bene o sperimentarle pienamente.

Obiettivo dello studio e ipotesi

Questo studio si propone di replicare l'impianto di uno studio di Ermer e coll. di recente pubblicazione (2012) che indaga la relazione tra psicopatia e abilità di intelligenza emotiva in un campione di detenuti. Gli autori utilizzano la Psychopathic Checklist-Revised (PCL-R, Hare, 2003) per valutare la psicopatia e il Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, Mayer, Salovey, e Caruso, 2002) per valutare l'IE. Gli autori ipotizzano che la psicopatia sia associata ad un deficit dell'IE. Nello specifico, ipotizzano che l'area 1, quella esperienziale, sia correlata con il fattore 1 della PCL-R, dimensione affettivo-interpersonale e che ci sia invece un'assenza di correlazione con il fattore 2, comportamento deviante. Inoltre ipotizzano che l'area 2, quella strategica della IE, sia correlata con il fattore 2 e che ci sia un'assenza di correlazione con il fattore 1. I risultati confermano l'esistenza di una modesta ma significativa associazione tra psicopatia e abilità di IE. In particolare, emerge una mancanza di correlazione tra la psicopatia e l'area esperienziale, mentre è emersa una correlazione negativa tra i tratti psicopatici e l'area strategica della IE, in particolare nel ramo della gestione delle emozioni. Nello specifico emerge una correlazione tra il fattore 2 e l'area strategica della IE, ma un'assenza di correlazione tra quest'ultima e il fattore 1.

In linea con lo studio di Ermer e coll. (2012) e quanto descritto rispetto alle dimensioni valutate attraverso il PPI, ipotizziamo che:

1. possano emergere correlazioni negative tra il punteggio totale del PPI-R con il quarto ramo della IE;
2. possa verificarsi una correlazione negativa tra il fattore dell'impulsività autocentrata e il quarto ramo della IE, area strategica;
3. che ci possa essere un'assenza di correlazione tra il punteggio totale del PPI-R e l'Impulsività autocentrata con l'area esperienziale della IE.

Inoltre, si intende indagare la relazione tra

tratti psicopatici e manifestazioni di disordini clinici quali ansia e depressione. Vari studi (Benning, Patrick, Salekin et al., 2005; Blonigen, Hicks, Krueger, Patrick, e Iacono, 2005; Patrick et al., 2006) dimostrano che la dominanza priva di paura e l'impulsività autocentrata hanno relazioni rispettivamente, negative e positive con depressione e ansia.

In relazione alla letteratura, si ipotizza che:

1. La dominanza priva di paura dovrebbe essere correlata negativamente con bassa ansia;
2. L'impulsività autocentrata dovrebbe correlare positivamente con elevata ansia;
3. La sottoscala RN del PPI-R potrebbe essere correlata negativamente con elevata depressione.

METODO

Campione

Il campione è costituito da 26 partecipanti, tutti maschi, di nazionalità italiana, ($M_{età} = 34,9$; $DS = 10,6$), reclusi presso la Casa Circondariale di Bari nella sezione di media sicurezza. Al momento della compilazione della batteria dei test, i procedimenti penali che interessano il campione hanno superato tutti i gradi di giudizio, presentando una posizione giuridica definitiva. Dall'intervista anamnestica è emerso che nessuno dei soggetti, tra coloro che hanno partecipato allo studio, è un soggetto primario. La tipologia dei reati rilevata come primo reato, riferito all'esecuzione della condanna al momento dello studio, fanno riferimento a: spaccio di sostanze stupefacenti (23,1%), rapina (23,1%), estorsione (11,8%), detenzione di armi (7,7%), furto (7,7%), associazione mafiosa (3,8%), tentato furto (3,8%), usura (3,8%), omicidio (3,8%), lesione personale (3,8%) e scippo (3,8%). Per quanto riguarda la frequenza specifica in base al cumulo di reato, l'attività illegale di spaccio di sostanze stupefacenti presenta una maggiore frequenza (11%).

Procedura

La raccolta dati è stata effettuata mediante somministrazione individuale della batteria di test all'interno di un Progetto Europeo avente lo scopo di rilevare una buona prassi per l'inclusione sociale. I partecipanti sono stati, selezionati sulla base dell'elenco stilato mensilmente dal capo dell'area trattamentale, dal quale venivano scelti i nomi dei detenuti con un fine pena più prossimo. I criteri di inclusione nel campione sono stati la posizione giuridica definitiva e la detenzione presso la Casa Circondariale di Bari. Da un campione totale di 87 soggetti che hanno partecipato al primo colloquio, 61 sono stati esclusi a causa di: a) trasferimenti o per accesso a misure alternative alla detenzioni; o presso altri istituti penitenziari; b) rifiuto da parte dei detenuti che hanno scelto di non proseguire nelle attività di ricerca.

La partecipazione al progetto era volontaria ed è stato comunicato ai detenuti che i risultati non sarebbero stati utilizzati per modificare la loro situazione giuridica.

Ad ogni soggetto che ha partecipato allo studio è stato fatto firmare un foglio di consenso informato. Durante il primo colloquio individuale è stata compilata una scheda anamnestica che ha consentito sia di raccogliere informazioni sulla storia personale e familiare che per stabilire un rapporto di fiducia con il detenuto. Nei consecutivi colloqui individuali è stata somministrata la batteria ed approfondita la storia individuale.

Strumenti

PPI-R (Lilienfeld, 1997), si tratta di uno strumento self-report completo e teoricamente destinato a valutare l'intera gamma di tratti psicopatici e tratti antisociali. Il PPI produce un totale punteggio che indica tratti psicopatici globali e otto sottoscale per rappresentare componenti distinte della psicopatia. Alcuni studi hanno suggerito che il PPI è uno strumento affidabile e valido per valutare la psicopatia in entrambi i campioni non incarcerati e incarcerati (Lilien-

feld e Andrews, 1996; Poythress, Edens, e Lilenfeld, 1998). Le otto sottoscale che rappresentano le componenti della psicopatia sono:

Egocentrismo Machiavellico (ME): propensione a manipolare gli altri per obiettivi personali e una visione cinica, severa e strumentale della natura umana. Il contenuto degli item di questa scala riflette la tendenza ad alterare le regole, a scavalcare gli altri, a mentire per il proprio guadagno e a percepire se stesso come migliore del resto delle altre persone.

Anticonformismo Ribelle (RN): tendenza verso la non convenzionalità, atteggiamenti contro l'autorità e la resistenza alle norme sociali. Il contenuto degli item di questa scala riflette la percezione di se stesso come un "ribelle senza motivazione", come suscettibile alla noia e propenso a vagabondare.

Esternalizzazione della Colpa (BE): percezione del soggetto nei confronti del mondo esterno, di quanto lo avverta ostile e quanto reputi le altre persone responsabili dei propri problemi. Il contenuto degli item di questa scala riflette la percezione di sé come una vittima innocente delle circostanze esterne, nonché una tendenza a considerare i propri fallimenti come il prodotto della cattiva sorte e delle cattive intenzioni da parte degli altri.

Mancanza di Pianificazione (CN): propensione alla mancanza di pianificazione e una tendenza a ignorare considerazioni prudenti optando per soluzioni alternative. Il contenuto degli item di questa scala riflettono una tendenza ad agire prima di pensare, a fallire nell'imparare dai propri errori e a concedere poco tempo verso scopi a lungo termine nella propria vita.

Influenza Sociale (SOI): propensione a essere affascinanti, attraenti e abili nell'influenzare gli altri. Il contenuto degli item di questa scala riflette la tendenza a vedere se stessi come sicuri di sé, verbalmente disinvolti, abili nel dare subito una prima buona impressione agli altri e ampiamente svincolati da ansia sociale.

Mancanza di Paura (F): mancanza di ansia anticipatoria riguardo a danni fisici e all'aspira-

zione a intraprendere attività rischiose. Il contenuto degli item di questa scala riflette la percezione di sé come di una persona che ama il rischio e che non è impaurita da danni fisici.

Immunità allo Stress (STI): tendenza a mantenere la calma di fronte a stimoli ansiogeni e una mancanza di tensione sotto pressione. Il contenuto degli item di questa scala riflette un'abilità a rimanere "distaccati" in concomitanza di circostanze difficili e a essere in modo minore soggetti a essere stressati/nervosi.

Freddezza Emotiva (C): assenza di legami e di sentimenti profondi come senso di colpa, empatia, nonché l'incapacità di mantenere nel tempo relazioni con altre persone. Il contenuto degli item di questa scala riflette un'assenza di affettuose emozioni sociali e una completa incapacità a mettersi nei panni dell'altro.

MISCEIT (Mayer, Salovey e Caruso, 2002) test di performance per la misurazione di abilità dell'IE e si può somministrare dai 17 anni in poi. È composto da 141 item suddivisi in otto compiti di intelligenza emotiva, raggruppati a coppie in quattro *rami* (Percezione delle emozioni, facilitazione del pensiero, comprensione delle emozioni e gestione delle emozioni) che a loro volta sono riuniti in due aree, esperienziale e strategica. Le varie scale e sottoscale contribuiscono a determinare un punteggio totale di intelligenza emotiva, formato dalla combinazione dei punteggi di area, ramo e compito.

Beck Depression Inventory (BDI, Beck, 1961) strumento self-report che consente di valutare la gravità della depressione in pazienti adulti e adolescenti di almeno 13 anni di età. Il test, composto da 21 item, restituisce un punteggio totale e due punteggi relativi alle aree:

Somatico-Affettiva, che riguarda le manifestazioni somatiche-affettive della depressione quali perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, ecc. Cognitiva, che riguarda le manifestazioni cognitive quali pessimismo, senso di colpa, autocritica, ecc.

State Anxiety Inventory (STAI, Spielberger,

1989) strumento per rilevare e misurare l'ansia di stato e di tratto. Il questionario è formato da 40 item, ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità (da "quasi mai" a "quasi sempre"). Gli item sono raggruppati in due scale focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente, o su quello che invece provano in momenti particolari. Le due scale sono:

Ansia di stato, concepita come esperienza particolare, un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito che può condurre o alla preoccupazione oppure alla fuga e all'evitamento;

Ansia di tratto, che consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere alle varie situazioni che si presentano.

ANALISI

Descrittive

La tabella 1 mostra i punteggi medi della IE globale (M=85,6; DS=11,00) e delle branche che la compongono. Inoltre, una serie di Z test sul campione unico mostrano che sia l'IE globale ($t_{25}=39,65$ $p<0,001$) che i quattro rami rispettivamente percezione ($t_{25}=32,69$ $p<0,001$), facilitazione ($t_{25}=35,62$ $p<0,001$), comprensione ($t_{25}=52,41$ $p<0,001$) e gestione ($t_{25}=29,60$ $p<0,001$), sono significativamente inferiori a quelli della media della popolazione normale.

TAB. 1 - Statistiche descrittive IE (m=100; ds=15)

	M _{EDIA}	DS
IE TOT	85,61	11
AREA ESPERIENZIALE		
Percezione delle emozioni	91,96	14,34
Facilitazione del pensiero	88,26	12,63
AREA STRATEGICA		
Comprensione delle emozioni	85,23	8,29
Gestione delle emozioni	91,5	15,76

I punteggi ottenuti nel PPI-R, dimostrano che il 76,7% del campione presenta tratti psicopatici. Come si può osservare dalla tabella 2, la media sul punteggio totale del PPI-R espresso in punti t, è risultata essere pari a 57,15 (DS=9,52) mentre la media rispettivamente dei fattori Impulsività autocentrata pari a 48,96 (DS=13,45), Dominanza priva di paura pari a 70,57 (DS=19,55) e Freddezza emotiva pari a 46,38 (DS=9,31). Rispetto alle dimensioni che caratterizzano la psicopatia (Cfr tab 2) espressi in punteggi grezzi, si può osservare che la media più alta si presenta per la sottoscala SOI (M=46,80; DS=11,53) che indica una consapevolezza della propria capacità di influenzare e manipolare gli altri; e nella sottoscala ME (M=46,76; DS=9,96) che indica la presenza di atteggiamenti narcisistici e spietati

TAB. 2 - Statistiche descrittive Psicopatia

	M _{EDIA}	M _{EDIA}
Psicopatia (punti t)	57,15	9,52
Impulsività autocentrata (punti t)	48,96	13,45
Dominanza priva di paura (punti t)	70,57	19,55
Freddezza emotiva (punti t)	46,38	9,31
ME	46,73	9,96
RN	36,42	7,92
BE	42,88	5,55
CN	32,96	6,74
SOI	46,8	11,53
F	38,88	8,09
STI	40,42	5,64
C	28,46	5,74

ti nel funzionamento dei rapporti interpersonali. La media più bassa si presenta nella sottoscala C (M=28,46; DS=5,74), questo dato potrebbe suggerire che nel nostro campione non si rileva mancanza di insensibilità, di empatia, sensi di colpa o l'incapacità di mantenere relazioni con altre persone.

TAB. 3 - Correlazioni tra psicopatia e IE

	Percezione	Facilitazione	Comprensione	Gestione	IETot
Psicopatia Tot	-0,335	-0,166	-0,239	-0,394*	-0,374
ME	-0,167	0,166	-0,226	-0,496**	-0,290
RN	-0,268	-0,026	0,068	-0,633**	-0,296
BE	-0,083	0,000	0,098	-0,289	-0,121
CN	-0,101	-0,096	-0,358	-0,288	-0,252
SOI	-0,228	-0,087	0,034	-0,062	-0,123
F	-0,153	-0,162	-0,344	0,005	0,188
STI	-0,132	-0,288	-0,078	0,068	-0,131
C	-0,214	-0,153	0,219	0,197	-0,128
FATTORI					
Impulsività autocentrata	-0,121	-0,023	-0,160	-0,603**	-0,339
Dominanza priva di paura	-0,249	-0,212	-0,153	-0,016	-0,119
Freddezza emotiva	-0,214	-0,153	-0,219	0,197	-0,128

*P< 0,001 ** P<0,005

Correlazioni

Le analisi correzionali (Tabella 3) confermano che il punteggio totale della psicopatia correla con l'area strategica della IE, mentre non si rileva nessuna associazione con l'area esperienziale. Nello specifico, il punteggio totale della psicopatia mostra una correlazione con il quarto ramo della IE, "Gestione delle emozioni" ($r=-0,394$ $p<0,001$). Conseguentemente, si rileva una correlazione significativa tra l'area strategica della IE con alcune sottoscale della psicopatia. L'associazione tra la sottoscala ME e il quarto ramo della IE ovvero la gestione delle emozioni rileva una significativa correlazione ($r=-0,496$ $p<0,005$). Pertanto, ritroviamo la stessa significatività nella correlazione tra il ramo della gestione delle emozioni con la sottoscala RN ($r=-0,633$ $p<0,005$). Il fattore dell'Impulsività autocentrata mo-

stra una significativa correlazione con il ramo della gestione delle emozioni, area strategica della IE ($r=-0,603$ $p<0,005$), e non rileva nessu-

TAB. 4 - Correlazione psicopatia e ansia di stato/tratto – depressione

	STAI-ST	STAI-TR	DEPRESSIONE
Psicopatia Tot	-0,275	-0,292	0,387
ME	-0,005	0,132	0,293
RN	-0,119	-0,152	0,459*
BE	-0,104	-0,182	0,292
CN	0,502**	0,480*	0,305
SOI	-0,365	-0,453*	0,119
F	-0,208	-0,327	0,180
STI	-0,524**	-0,511**	-0,056
C	-0,319	-0,167	-0,052
FATTORI			
Impulsività autocentrata	-0,081	-0,104	0,458*
Dominanza priva di paura	-0,477*	-0,580**	0,135
Freddezza emotiva	-0,319	-0,167	-0,053

*P< 0,001 ** P<0,005

na associazione con rami dell'area esperienziale della IE.

Valutando le correlazioni di ansia di stato e di tratto e di depressione, confermiamo le relative ipotesi (tabella 4), in quanto i risultati mostrano che l'Impulsività autocentrata è positivamente correlata con elevata depressione, mentre la Dominanza priva di paura è correlata negativamente in modo significativo con alta ansia di stato e di tratto. Ulteriormente rispetto le dimensioni che caratterizzano la psicopatia (cfr.4) la sottoscala CN correla positivamente con ansia di stato e di tratto rispetto la sottoscala STI che correla negativamente. Infine, la sottoscala RN correla negativamente con alta depressione.

Discussioni

I risultati ottenuti in questo studio, mostrano che il 76,7% presenta tratti psicopatici. Tutte le nostre ipotesi sono state confermate, riuscendo a replicare in maniera esaustiva e significativa lo studio di Ermer e coll. (2012) su un piccolo campione (N=26). La prima ipotesi conferma che vi è una relazione tra il punteggio totale della psicopatia con un deficit nella gestione delle emozioni, indicando che 19 partecipanti su 26 sono psicopatici e presentano difficoltà nel gestire le proprie emozioni influenzando il benessere dell'individuo e la sua capacità di comportarsi efficacemente anche nelle situazioni di stress, non riuscendo a moderare le emozioni negative e a valorizzare quelle positive, ai fini di un migliore adattamento. Confermando la seconda ipotesi, si rileva che vi è una relazione tra fattore dell'Impulsività autocentrata con deficit nella gestione delle emozioni, mostrando che una tendenza a centrarsi su di sé, ad usare gli altri senza pietà, a infrangere apertamente i valori tradizionali; ad attribuire la colpa ad altri per i propri errori e ad agire impulsivamente senza preoccuparsi delle conseguenze è funzionale con la presenza di deficit nella gestione delle proprie emozioni. La terza ipotesi confermata, dimostra che i partecipanti sia nei punteggi ottenuti nella psicopatia totale sia per il fattore dell'impulsività, non

presentano una relazione con deficit nell'area esperienziale e quindi con la presenza di deficit nelle abilità di una persona di percepire, rispondere e manipolare l'informazione emotiva senza necessariamente comprenderla. Ulteriormente, questo studio indica che i partecipanti con tratti psicopatici presentano una propensione a manipolare gli altri e hanno la tendenza ad alterare le regole, a mentire per il proprio guadagno personale e a percepire se stessi come miglior del resto delle altre persone e ancora, percepiscono se stessi come sicuri di sé, abili nel dare una buona impressione agli altri. I risultati inoltre, ci suggeriscono che i partecipanti non sono incapaci di mantenere legami o di provare sensi di colpa o empatia. Infine, confermando l'ipotesi 4 e 5, i partecipanti presentano elevata ansia in associazione ad una propensione alla mancanza di pianificazione e ad una tendenza ad agire prima di pensare, a non riuscire ad imparare dai propri errori e a concedere poco tempo verso scopi a lungo termine nella propria vita. Specularmente risulta che i livelli di ansia sono più bassi in presenza della propensione ad essere affascinanti, attraenti e abili nell'influenzare gli altri, oltre che in presenza di una tendenza ad rimanere distaccati in concomitanza di circostanze difficili.

Quanto appena esposto, suggerisce che l'IE può giocare un ruolo importante nelle abilità individuali di gestire effettivamente situazioni sociali, infatti un'ulteriore risultato che si è riusciti a replicare è che i punteggi ottenuti nella IE sono significativamente inferiori a quelli della media della popolazione normale.

Hare (1993), basandosi su un'ampia gamma di studi e ricerche effettuati su individui psicopatici, ha suddiviso la psicopatia in tre diverse categorie: psicopatici primari, psicopatici secondari o psicopatici nevrotici e psicopatici dissociali. Sulla base delle analisi dei risultati ottenuti nel nostro studio, dalle caratteristiche emerse e dalla letteratura considerata, possiamo ipotizzare un collegamento con la terza categoria individuata da Hare (1993). Gli individui che fanno parte della terza categoria, quella degli psico-

patici dissociati, sono descritti da Hare (1993) come persone spinte a compiere atti devianti nell'ambiente sociale in cui vivono, atti appresi dalle persone significative della loro vita in seguito alla strutturazione di modelli operativi interni disfunzionali. La caratteristica fondamentale di questi individui, che li distingue da altri tipi di psicopatici, è la capacità di provare sensi di colpa e di instaurare relazioni affettive, e secondo Hare (1993), questi individui possono essere compresi attraverso la teoria dell'apprendimento sociale di Bandura. L'autore (Bandura, 1977) evidenziò come l'apprendimento non implicasse esclusivamente il contatto diretto con gli oggetti, ma avvenisse anche attraverso esperienze indirette, sviluppate attraverso l'osservazione di altre persone. Bandura ha adoperato il termine "modellamento" per identificare un processo di apprendimento che si attiva quando il comportamento di un individuo che osserva si modifica in funzione del comportamento di un altro individuo che ha la funzione di modello. Quindi il comportamento è il risultato di un processo di acquisizione delle informazioni provenienti da altri individui. Dunque, il loro comportamento può trovare origine nella cultura e nell'ambiente che li circonda. In relazione a quanto appena esposto, Roberts e Coid (2007) hanno rilevato che la psicopatia è associata con atti criminali commessi in età adolescenziale.

Conseguentemente, Hare, Hart e Harpur (1991) in una analisi teorica, empirica e clinica del concetto di psicopatia notano che uno dei tratti della personalità psicopatica è la presenza di un'elevata autostima. Così gli autori hanno notato non solo l'importanza della stima di sé, ma hanno anche sottolineato la sua influenza sul funzionamento dei psicopatici. Inoltre, affermano che le persone psicopatiche hanno un grande bisogno di mantenere alta la loro autostima, concludendo che il livello di autostima riflette la modalità di vivere e di gestire le emozioni, e quindi può essere correlato a stili di gestione dello stress emotivo. Ciò può avere un duplice aspetto: positivo (reagiamo con emozioni po-

sitive a quello che facciamo, diciamo e siamo) e negativo (reagiamo con le emozioni negative su noi stessi). Pastwa-Wojciechowska (2004) indicano che alcune caratteristiche chiave dei psicopatici sono rappresentate da: mancanza di obiettivi realistici, incoscienza, mancanza di responsabilità per le proprie azioni. In altre parole, gli psicopatici si considerano efficaci, ma ciò viene interpretato dalla letteratura clinica come un meccanismo di difesa che consente loro di mantenere alta la propria autostima. In realtà, gli psicopatici non possono prefissare degli obiettivi a cui non possono dare piena attuazione in modo responsabile. Lo stile di gestione dello stress è una disposizione degli individui che utilizzano per far fronte a situazioni di stress, e gli psicopatici tendono ad non saper gestire le proprie emozioni o di evitarle totalmente. Hare (1991) afferma che gli psicopatici sono egocentrici, focalizzati sulle proprie esperienze e reagiscono con aggressività ad eventuali ostacoli e frustrazioni.

Considerando che i partecipanti provengono da contesti devianti e vivevano, fino al momento dell'arresto, in zone ad elevata concentrazione criminale, che dalla storia personale è emersa una elevata presenza di eventi stressanti, è possibile che sia l'apprendimento da esperienze indirette e osservato da altre figure, sia una mancanza di gestione delle emozioni dinanzi a eventi caratterizzati da stress emotivo, abbiano contribuito a generare l'acting criminale. Questo perché i partecipanti mostrano una capacità di provare sensi di colpa, empatia e di instaurare legami, ma reagendo ad un evento stressante in modo negativo, non sapendo gestire le proprie emozioni e influenzati dall'ambiente di appartenenza, sono propensi a reagire con aggressività ad eventuali ostacoli e frustrazioni per mantenere alto il livello di autostima.

Sebbene quanto appena esposto possa essere di notevole interesse, è necessario approfondire la possibile esistenza di un nesso tra mancanza di strategie di coping e i tratti psicopatici e comportamento antisociale con ulteriori ricerche.

Limiti e presupposti

Questo studio manca di una misura cognitiva e di intelligenza eseguita dal campione, ma resta il valore di aver replicato uno studio (Ermer e coll., 2012) e di aver ottenuto gli stessi risultati in maniera significativa, soprattutto utilizzando un altro strumento (PPI-R) che consente di valutare la personalità psicopatica come un costrutto complesso e multifattoriale e non considera il fattore comportamentale legato alla devianza come dimensione centrale del costrutto; oltre che lo stesso studio è stato eseguito su un piccolo campione. I limiti evidenziati, incoraggiano a svolgere ulteriori ricerche per comprendere il funzionamento degli psicopatici e mettere a punto misure di prevenzione per prevenire la recidiva in relazione allo scopo del trattamento penitenziario. Con l'entrata in vigore della legge 354/75 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure preventive e limitative della libertà" e con i suoi successivi regolamenti di esecuzione, il legislatore italiano definì un corpus normativo ispirato ad una concezione della pena soprattutto rieducativa, (Serra, 2000), seguendo quindi i principi proposti dalla normativa internazionale in materia di diritti umani. Si tenta pertanto, di indirizzare la totalità degli interventi verso la riabilitazione sociale del detenuto. Per la precisione, è stata la scuola positiva a proporre lo studio del reato come azione umana, prefiggendosi non solo lo studio del delitto in sé ma, principalmente dell'uomo delinquente, usufruendo dei dati sperimentali dell'antropologia, fisiopatologia, psicopatologia e della statistica criminale per lo studio scientifico della personalità del delinquente. Il principio fondamentale del pensiero positivista è la non-responsabilità del soggetto, che agisce determinato nelle sue azioni, da ciò si deduce che il reato deve essere considerato come un fatto umano individuale che trova la sua causa nella struttura biopsicologica del delinquente (Martino Beltrani Scalia, 1867).

Quanto appena esposto, dimostra la necessità di uno studio approfondito sul funzionamento di

coloro i quali compiono atti criminali, per poter raggiungere lo scopo principale del trattamento penitenziario riducendo la recidiva.

Bibliografia

- Blair, R. J. R., Jones, L., Clark, F., & Smith, M. (1997). The psychopathic individual: A lack of responsiveness to distress cues? *Psychophysiology*.
- Blair R. J. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious. Cogn.*
- Ermer, E., Kahn, R. E., Salovey, P., Kiehl, K. A. (2012). Emotional intelligence in incarcerated men with psychopathic traits. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Hart, S. D. & Hare, R. D. (1996) Psychopathy and antisocial personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*, 2nd ed. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Lilienfeld SO, Andrews BP. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*.
- Lilienfeld, S. O., & Widows, M. R. (2005). *Psychopathy Personality Inventory Revised (PPI-R)*. Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Lilienfeld, S. O., Patrick, C. J., Benning, S. D., Berg, J., Sellbom, M., & Edens, J. F. (2012). The role of fearless dominance in psychopathy: Confusions, clarifications, and fruitful new directions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
- Mayer, JD.; Salovey, P.; Caruso, DR. (2002) *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, Ontario, Canada: MHS.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*.
- Patrick CJ, Bradley MM, Lang PJ. (1993). Emotion in the criminal psychopath: Startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Salovey, P., and J. D. Mayer. 1990. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*.
- Vidal, S., Skeem, J., & Camp, J. (2010). Emotional intelligence. Painting different paths for low-anxious and high-anxious psychopathic variants. *Law and Human Behavior*.

La dimensione sociale del trauma: l'esperienza del terremoto in Abruzzo

Anna Gasparre*, Elena Bratta**, Elisabetta Bratta**

* Ph.D, Psicologa - Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Presidente EMPEA: Centro Clinico e di Ricerca in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

** Psicologa- Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale in Formazione, Tirocinante presso Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, Bari

Riassunto

Le persone che sperimentano in maniera comunitaria un'esperienza traumatica, subiscono delle conseguenze sia a livello soggettivo, sia a livello collettivo.

Il presente contributo intende indagare la relazione esistente tra la partecipazione ai riti, il coping collettivo, il clima emozionale, la condivisione sociale e il benessere psicofisico percepito dalle vittime (N=158) del terremoto accaduto in Abruzzo nel 2009.

I risultati hanno mostrato come la partecipazione alle diverse forme di rito era associata alla tendenza ad utilizzare strategie di coping collettive. Per quanto riguarda il clima emozionale è emersa una correlazione negativa tra la percezione di un clima di aggressività e l'inserimento in un'associazione pre-esistente finalizzata al soccorso, cioè tanto più una persona percepiva un clima aggressivo tanto meno si impegnava in forme di associazionismo. Inoltre, la tendenza ad impegnarsi in strategie di coping collettive, la partecipazione ai riti e la percezione di un clima emozionale positivo erano associate in modo differente al recupero sulle misure di benessere psico-fisico al follow-up. Infatti, chi recuperava sulle misure di benessere psico-fisico tendeva anche a percepire il clima sociale più solidale. Chi invece mostrava di non recuperare sulle misure del benessere al follow-up tendeva a mettere in atto maggiori strategie di coping collettive quali volontariato e associazionismo. Questo dato insieme all'osservazione che le persone che percepivano un clima aggressivo e ansioso tendevano anche a sentire un maggiore bisogno sociale di condivisione e affiliazione sono coerenti con l'assunto che in situazioni di ansia e minaccia, vi è un forte bisogno di affiliarsi al fine di confrontare socialmente la propria condizione emotiva e trovare un senso alla propria esperienza (Schachter, 1959).

Parole chiave: Trauma, partecipazione ai riti, coping collettivo, clima emozionale

Introduzione

E' noto come l'esposizione ad un evento trau-

matico abbia un impatto distruttivo sulla vita di una persona e determini un'intensa crisi psicologica (Janoff-Bulman, 1992). Il trauma può verificarsi sia ad un livello individuale che collettivo. Esso può essere causato dall'uomo (es. guerra, terrorismo, genocidio ecc.) o da calamità naturali (es. terremoto, uragani ecc.). In letteratura sono riportati numerosi studi che valutano le conseguenze psichiche in seguito a diverse tipologie di disastri (naturali, personali, tecnologici e provocati volontariamente dall'uomo) ed è stato dimostrato come eventi diversi abbiano un impatto differente sulla salute mentale (Norris *et al.*, 1996). Il disturbo più frequentemente esperito è il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). Il DSM-IV individua tra le caratteristiche diagnostiche del DSPT lo "sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo, fuori dai limiti dell'esperienza umana usuale". I sintomi tipici del PTSD (Riesperienza, Evitamento, Iperattivazione) possono perdurare a lungo e spesso manifestarsi a distanza di mesi dall'evento.

Accanto alle conseguenze di natura individuale di un'esperienza traumatica, un evento traumatico, soprattutto se di natura collettiva quale ad esempio un terremoto, un alluvione ecc. determina delle conseguenze sull'intera collettività. Negli eventi collettivi subentrano fattori che influiscono sull'esperienza emotiva collettiva, come la condivisione di condotte ritualizzate e simboliche (riti religiosi, riunioni politiche, ecc.). Ad es. un'esperienza traumatica è quasi sempre indissolubilmente associata, in chi l'ha vissuta, ad una propensione a tradurla in parole e a condividerla socialmente (Erslund *et al.*, 1989; Pennebaker, 1989, 1990; Rimé, 2005; Schachter, 1959). Questa propensione è chiamata "Social Sharing of Emotions" (Rimé, 1989). Questo bisogno è una

tendenza generale che si verifica subito dopo aver esperito un'emozione (Rimé 1989; Rimé, Mesquita, Philippot e Boca, 1991). Sono anche numerosi i contributi di ricerca che hanno mostrato gli effetti della condivisione durante la partecipazione a manifestazioni collettive. Nello studio condotto da Páez, Basabe, Ubillós e Gonzales (2007), è emerso che, una maggiore partecipazione alle dimostrazioni contro la guerra e il terrorismo, da parte delle vittime dell'attentato dell' 11 Marzo di Madrid, prediceva lo sviluppo di un clima emozionale positivo a due mesi dopo l'attacco terroristico. Le interazioni di condivisione rinforzano l'integrazione sociale, le credenze sociali positive e la costruzione di un clima emozionale positivo (Rimé, 2005). È stato anche dimostrato che la partecipazione a manifestazioni pubbliche aiuta le persone a ritrovare la propria forza interiore (Rimé 2005), ad enfatizzare gli aspetti positivi delle esperienze collettive nel periodo immediatamente successivo ad un trauma (Janoff-Bulman, 1992), e che la semplice condizione di "essere con" altre persone diminuisce l'impatto di eventi stressanti (Stroebe e Stroebe, 1991).

Questi studi sono in linea con il modello teorizzato da Durkheim nel 1912, per il quale le manifestazioni emozionali intense, di persone che pubblicamente condividono esperienze traumatiche, provocano un forte sentimento di empatia nei partecipanti e nello stesso tempo favoriscono la condivisione delle emozioni. La partecipazione ai riti, è risultata inoltre essere associata a maggiori livelli di *coping*, a condotte altruistiche, alla ricostruzione di reti di supporto sociale, al *coping* religioso, e a più elevati livelli di *social sharing*. La partecipazione ai riti sembra anche essere un potente facilitatore del recupero e della crescita post-traumatica. Il terremoto è una delle catastrofi che maggiormente influiscono, in maniera traumatica, su una collettività. Questo perché il terremoto, non solo determina la perdita di persone care, della propria casa e del normale susseguirsi

delle attività quotidiane, ma anche un senso di spaesamento, dovuto alla perdita dei punti di riferimento a livello sociale e ambientale. Per queste ragioni, strategie di coping collettive e di condivisione sociale potrebbero rivelarsi fondamentali per il recupero emotivo delle persone sottoposte ad una tale catastrofe. In questo studio cercheremo di mettere in luce le relazioni esistenti tra le varie forme di coping, la partecipazione ai riti, la condivisione sociale delle emozioni e la qualità del clima emozionale percepito dalle vittime del terremoto accaduto in Abruzzo nel 2009.



Obiettivi ed ipotesi di ricerca

L'obiettivo del presente studio è indagare la relazione esistente tra le varie forme di coping collettivo, la partecipazione ai riti, la qualità del clima emozionale percepito e la condivisione sociale delle emozioni, e tra queste variabili, con outcomes di benessere psicofisico e di impatto dell'evento in vittime del terremoto accaduto in Abruzzo nel 2009. Ci aspettiamo di rilevare associazioni positive tra la partecipazione ai riti, misure di coping collettivo e clima emozionale positivo e *social sharing*. Ci aspettiamo inoltre che miglioramenti sugli outcomes di salute psicofisica e una riduzione delle misure di impatto traumatico dell'evento al follow-up siano associati con livelli più elevati di partecipazione ai riti, con l'utilizzo di strategie di coping comunitari e con la perce-

zione di un clima più positivo.

Metodo

Disegno

Lo studio è del tipo *within subject*: due settimane dopo il terremoto (T1) vs. sei mesi dopo la prima somministrazione (T2).

Partecipanti e procedura

La ricerca ha coinvolto 158 persone, che hanno vissuto in prima persona l'esperienza del terremoto in Abruzzo, di età compresa tra i 12 e i 78 anni ($M=36,89$; $DS=14,67$). Dei 158 partecipanti, che componevano il campione al momento della prima rilevazione, sono state prese in considerazione, in tutta la fase di elaborazione ed interpretazione dei risultati, soltanto 76 (di cui 40 donne) di età compresa tra i 16 e i 69 anni ($M=37,21$; $DS=12,2$) che hanno partecipato anche al follow up (T2). La prima somministrazione è stata eseguita a 14 giorni di distanza dal verificarsi del terremoto. La somministrazione è avvenuta nel territorio colpito dal terremoto, cioè L'Aquila e dintorni. In particolare il maggior numero degli strumenti di misura sono stati somministrati negli Hotel lungo la costa (Montesilvano, Pescara), che ospitavano gli sfollati. Altri strumenti sono stati somministrati in alcune tendopoli dell'Aquila.

Ai partecipanti si chiedeva se volessero prendere parte ad una ricerca volta ad indagare la loro esperienza relativa al terremoto. L'adesione allo studio è stata libera. E' stata richiesta massima sincerità nel rispondere. E' stato, inoltre, richiesto di indicare un recapito telefonico o un indirizzo di posta elettronica, in modo da poter essere ricontattati per il follow-up.

I partecipanti sono stati rassicurati sull'assoluta riservatezza delle informazioni fornite, sull'utilizzo dei dati per fini esclusivamente scientifici e sulla possibilità di abbandonare la ricerca in qualsiasi momento lo avessero ritenuto opportuno. Il presente studio si avvale di un metodo di ricerca longitudinale, che si sviluppa in due tempi: pre-test e follow-up.

A distanza di 6 mesi, ci siamo recati nuovamente nella regione colpita. Come avevamo anticipato, abbiamo ricontattato tutti coloro che

avevano compilato il questionario nel T1. In questa occasione 76 vittime sono state nuovamente sottoposte al protocollo sperimentale in cui erano aggiunte ulteriori scale di misura (si veda il paragrafo "Strumenti" per dettagli). La consegna per la compilazione era la stessa adottata al momento della prima rilevazione

Strumenti

Il protocollo somministrato al T1 e al T2 è costituito da scale di misura indaganti differenti aspetti di benessere psico-fisico e di funzionamento cognitivo.

Le scale utilizzate sono le seguenti:

Variabili Socio-Demografiche: età, stato civile, livello di istruzione e posizione lavorativa.

Aspetti relativi all'evento del terremoto: se hanno riportato ferite, se hanno perso qualcosa a causa del disastro, se sono rimasti sotto le macerie.

Grado di Sconvolgimento provato al momento dell'evento (Rimé et al., 1992). Ai partecipanti, si è chiesto di valutare su una scala a 11 punti (*per nulla sconvolto (0)/del tutto sconvolto(10)*) il livello di sconvolgimento emotivo, al momento in cui era accaduto l'evento doloroso.

Grado di sconvolgimento ancora provato. (Rimé et al., 1992). Ai partecipanti si è chiesto di valutare su una scala a 11 punti (*per nulla sconvolto (1)/del tutto sconvolto (6)*), il livello di sconvolgimento emotivo che ancora provavano.

Differential Emotional Scale (DES). I partecipanti dovevano valutare, su di una scala da 0 a 6 punti (*per niente (0)/del tutto (6)*), il grado di intensità delle emozioni di base come Attenzione, Gioia, Sorpresa, Tristezza, Risentimento, Delusione, Paura, Vergogna, Senso di colpa, Disprezzo, Ansia, Sdegno (Izard et al., 1977), provate tuttora nel ripensare all'evento.

Scale di misura della condivisione sociale (Rimé et al., 1992). Ai partecipanti si chiedeva di valutare se avevano effettivamente parlato dell'evento e avvertito il *bisogno* di condivisione, su due scale da 0 (*mai*) a 4 (*molto spesso*); *la latenza* di condivisione su una scala a sei punti (0=immediatamente dopo, 1=lo stesso giorno, 2=la stessa settimana, 3=lo stesso mese, 4=più tardi, 5=mai); *il numero dei partner* della condivisione su una

scala a sei punti (0=nessuno, 1= un partner, 2= due partners, 3=tre-quattro partners, 4=cinque-sei partners, 5=oltre sei partners) e *la frequenza* della condivisione su una scala a cinque punti (0=mai, 1=una volta, 2=due-tre volte, 3= quattro-cinque volte, 4=sei o più volte).

Impact of Event Scale (IES, Horowitz et al., 1979): La IES è una scala a 15 items che valuta l'adattamento cognitivo ad eventi di vita stressanti. Si tratta di uno strumento spesso utilizzato nella valutazione dell'impatto traumatico di disastri o di gravi eventi in genere. Alle persone si chiede di valutare su una scala a 4 punti (0 = mai / 3 = spesso), con quale frequenza ogni risposta è stata vissuta dopo l'evento. Come indicatori si considerano i pensieri intrusivi e il livello di evitamento di ricordi e sentimenti relativi all'evento stressante. Si utilizzano pertanto le due sottoscale dell'Intrusione e dell' Evitamento le quali, sebbene siano altamente intercorrelate, sono state considerate separatamente (Zilber, Weiss, e Horowitz, 1982). La IES si è rivelata una scala valida e attendibile.

Indice psicologico del benessere generale (PGWBI: Psychological General Well Being Index; Dupuy, 1984). Il PGWBI è una scala bipolare che valuta sia lo stato psicopatologico che quello normale. E' un indice composto da 22 items di autorappresentazione del proprio benessere psico-fisico. Ogni affermazione è valutata su una scala a sei punti (da 0 a 5), il cui punteggio è proporzionale alla positività del benessere riferito. Il PGWBI è formato da sei scale: *l'ansia, la depressione, l'ottimismo ed il benessere, l'autocontrollo, lo stato generale di salute, la vitalità*. Le scale con il polo negativo sono state invertite, cosicché i punteggi totali variassero da 0 (benessere soggettivo peggiore) a 110 (benessere soggettivo migliore). *L'alpha di Cronbach* era significativa da .90 a .94 (Dupuy, 1984).

Nella seconda somministrazione sono state utilizzate le stesse scale della prima somministrazione con in più l'aggiunta delle scale che valutano le strategie di coping, la partecipazione ai riti e la percezione del clima sociale.

Strategie di Coping: Per la valutazione delle strategie di coping è stata utilizzata uno strumento ideato ed utilizzato da Páez e collaboratori costituita da 7 items che indagano le diverse strategie di coping utilizzabili sia di tipo *individuale* che

collettivo su una scala a 4 punti (da 0 "mai", 3 "spesso"): Donazione di sangue, di denaro, volontariato, associazionismo, portare fiori alle vittime, impegno politico, impegno per la ricostruzione. L'alpha di Cronbach è 0,51.

Partecipazione ai riti: Per la valutazione delle misure di partecipazione ai riti è stata utilizzata una scala costituita da 5 item. Le domande indagavano circa la partecipazione al rito funebre, a manifestazioni organizzate per la raccolta fondi e la partecipazione al rito della perdonanza, che è tipico del contesto in cui è avvenuto il terremoto. L'alpha di Cronbach è 0,21.

Clima emozionale: Per valutare come veniva percepito il clima emozionale collettivo all'interno del proprio paese, è stata utilizzata una scala comprendente 9 item riguardanti la situazione economica, la speranza, la solidarietà, la fiducia, la paura, la rabbia, la tristezza, l'allegria e la tranquillità. La valutazione veniva fatta su una scala a 5 punti (da 1 "per niente" a 5 "molto"). L'alpha di Cronbach è uguale a 0,31.

Risultati

Analisi descrittive

Per quanto riguarda le variabili socio-demografiche, è emerso che il 45% dei partecipanti è in possesso del diploma come più alto titolo di studio conseguito, il 39% è single e il 35% è sposato, il 59% ha un impiego full-time e solo il 5,3% disoccupati.

Per quanto riguarda le perdite subite a causa del terremoto, risulta che il 31,6% ha perso conoscenti, il 25,% ha perso la casa, il 14,4% ha perso conoscenti e casa, il 10,5% non ha perso nulla, il 2,6% ha perso parenti.

Dai dati risulta che il 90,8% non ha riportato ferite e che, fortunatamente, solo il 5,3% è rimasto bloccato sotto le macerie per un tempo medio di 6 minuti.

Analizzando i risultati ottenuti dall'analisi dei dati raccolti nel T1, emerge uno sconvolgimento emozionale elevato al momento del disastro (M=7,80; DS=1,95). Lo sconvolgimento è relativamente minore al momento della compilazione del questionario (M=6,64; DS=2,40). Dall'analisi della DES, emerge come le emozioni maggiormente presenti e rappresentative a seguito

dell'esposizione al terremoto siano: l'attenzione ($M=4,50$; $DS=1,50$), l'ansia ($M=3,66$; $DS=1,92$), la paura ($M=3,34$; $DS=1,96$) seguite da tristezza ($M=3,29$; $DS=1,93$) e sorpresa ($M=3,00$; $DS=2,00$).

Per quanto riguarda le misure di sharing, il 100% del campione ha condiviso la propria esperienza e il 31,6% dei soggetti esaminati afferma di aver provato spesso il bisogno di condividere con altri il racconto della propria esperienza riguardo il terremoto ($M=2,80$; $DS=1,07$). Invece il 72,4% afferma di averne effettivamente parlato molto spesso ($M=3,64$; $DS=0,62$). Il 75,0% ne ha parlato immediatamente dopo (a meno di due ore dall'accaduto) ($M=0,30$; $DS=0,63$) e dal momento in cui è occorso il disastro, la condivisione è avvenuta in 6 o più occasioni (89,5% dei casi, $M=3,86$; $DS=0,48$), coinvolgendo oltre 6 persone diverse (89,5% dei casi, $M=4,80$; $DS=0,67$). Nel 31,6% dei casi la persona con cui è stata condivisa maggiormente l'esperienza è stato il partner, invece nel 25% è stato un amico.

Analizzando i risultati ottenuti dall'analisi dei dati raccolti nel T2 emerge che c'è uno sconvolgimento abbastanza elevato ($M=4,9$; $DS=2,71$). Dall'analisi della DES nel T2, emerge come le emozioni più presenti e rappresentative a seguito dell'esposizione al terremoto siano: l'attenzione ($M=4,32$; $DS=1,5$), l'ansia ($M=3,45$; $DS=1,83$), la paura ($M=2,88$; $DS=2,07$) seguite da tristezza ($M=2,68$; $DS=1,83$) e sorpresa ($M=2,59$; $DS=1,83$). Sulle misure di sharing, le analisi descrittive mostrano come il 98,7% del campione ha condiviso la propria esperienza e il 36,8% dei soggetti esaminati afferma di aver provato talvolta il bisogno di condividere con altri il racconto della propria esperienza riguardo il terremoto ($M=2,24$; $DS=1,14$). Invece il 46,1% afferma di averne effettivamente parlato molto spesso ($M=3,24$; $DS=0,82$). Il 67,1% ne ha parlato immediatamente dopo (a meno di due ore dall'accaduto) ($M=0,46$; $DS=0,82$) e dal momento in cui è occorso il disastro, la condivisione è avvenuta in 6 o più occasioni (78,9% dei casi, $M=3,68$; $DS=0,69$), coinvolgendo oltre 6 persone diverse (81,6% dei casi, $M=4,62$; $DS=0,92$). Anche al T2 nel 32,9% dei casi la persona con cui è stata condivisa maggiormente l'esperienza è stato il partner, invece nel 30,3% è stato un amico.

Infine, relativamente alle misure di partecipazione ai riti somministrate solo al T2, risulta che il 28,9% delle persone intervistate ha partecipato al rito della perdonanza, mentre il 21,1% ha partecipato al rito del funerale. Risulta inoltre, che le persone intervistate, hanno partecipato, in media, molto raramente ($M=0,70$; $DS=0,46$) ad attività di volontariato (donazione di sangue e di denaro, aggregazione ad associazioni pre-esistenti che forniscono aiuto, ecc.).

Dall'analisi dei risultati circa il clima emozionale, notiamo che in generale i partecipanti valutano la situazione del proprio paese sui diversi item in media con la risposta "normale" ($M=2,90$; $DS=0,45$).

Correlazioni tra le misure di partecipazione ai Riti, Coping collettivo e Clima emozionale.

E' stata condotta un'analisi correlazionale tra le misure di partecipazione ai riti, le misure di coping collettivo e le misure di clima emozionale. Dai risultati (Tabella 1), emergono correlazioni significative positive tra la partecipazione alle diverse forme di rito (rito del funerale, manifestazioni volte alla raccolta fondi e rito della perdonanza) con molte delle strategie di coping collettivo, quali la donazione di sangue per le vittime del terremoto, l'inserimento in associazioni pre-esistente finalizzate al soccorso, il compimento di azioni rituali come, portare fiori e accendere candele in onore delle vittime, l'impegno politico ($0,05 < p < 0,001$). Per quanto riguarda il clima emozionale rileviamo una correlazione negativa tra la percezione di un clima di aggressività e l'inserimento in un'associazione pre-esistente finalizzata al soccorso ($p < 0,05$), cioè tanto più una persona percepisce un clima aggressivo tanto meno si impegna in forme di associazionismo.

Correlazione tra misure di Sharing e misure di partecipazione ai riti, coping collettivo e clima emozionale.

E' stata condotta un'analisi correlazionale tra le misure di Sharing e le misure di partecipazione ai riti, di coping collettivo e di clima emozionale. Sono emerse due correlazioni positive

	RITI			COPING							CLIMA								
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9
RITI																			
1. Funerale	-	1,39	0,38**	0,29**	-0,67	0,21	0,31**	0,39**	-0,12	0,70	0,01	-0,09	-0,15	0,00	0,17	0,05	0,20	-0,06	-0,20
2. Manifestazione	1,39	-	-0,04	0,11	0,24*	0,02	0,21	0,18	0,38**	0,17	-0,12	0,00	0,34	0,04	-0,10	0,00	-0,01	-0,04	-0,12
3. Perdonaanza	0,38**	-0,04	-	0,03	-0,08	-0,01	0,04	0,24*	-0,12	0,17	0,06	-0,05	-0,08	0,11	0,07	0,02	0,13	-0,18	-0,07
1. Sangue	0,29**	0,11	0,03	-	0,34**	0,19	0,25*	0,17	0,16	0,27*	0,47	0,14	0,12	0,14	-0,13	-0,18	-0,05	0,22	0,17
2. Denaro	-0,67	0,24*	-0,08	0,34**	-	-0,09	0,04	0,31**	0,07	0,18	0,81	-0,02	0,08	0,17	-0,09	-0,03	-0,17	0,03	0,09
3. Volontariato	0,21	0,02	-0,01	0,19	-0,09	-	0,37**	-0,10	0,08	0,14	0,37	-0,03	-0,08	0,00	-0,13	-0,10	-0,08	0,18	0,03
4. Associazione	0,31**	0,21	-0,01	0,25*	0,04	0,37**	-	0,00	0,00	0,27*	0,78	-0,03	-0,14	-0,19	-0,21	-0,24*	-0,10	0,11	-0,06
5. Fiori	0,39**	0,18	0,24*	0,17	0,31**	-0,10	0,00	-	0,12	0,45	0,44	-0,24*	-0,10	-0,06	0,04	0,10	0,23*	-0,17	-0,29**
6. Politico	-0,12	0,38**	-0,12	0,01	0,07	0,08	0,00	0,12	-	0,32**	0,65	0,01	0,10	0,11	-0,03	-0,21	-0,13	0,15	0,01
7. Ricostruzione	0,70	0,17	0,17	0,27*	0,18	0,14	0,27*	0,04	0,32**	-	0,04	0,14	-0,08	0,13	-0,22	-0,17	-0,09	0,18	0,15
1. Economico	0,01	-0,12	0,06	0,47	0,81	0,37	0,78	0,44	0,65	0,04	-	0,15	0,26*	0,37**	-0,12	-0,19	0,19	0,36**	0,22
2. Speranza	-0,09	0,00	-0,05	0,14	-0,02	-0,03	-0,03	-0,24*	0,01	0,14	0,15	-	0,21	0,20	-0,27*	-0,15	-0,27*	0,37**	0,47**
3. Solidarietà	-0,15	0,34	-0,08	0,12	0,08	-0,08	-0,14	-0,10	0,10	-0,08	0,26*	0,21	-	0,37**	0,09	-0,04	-0,19	0,22*	0,29*
4. Fiducia	0,00	0,04	0,11	0,14	0,17	0,00	-0,19	-0,06	0,11	0,13	0,37**	0,20	0,37**	-	0,09	-0,04	-0,12	0,28*	0,13
5. Ansia	0,17	-0,10	0,07	-0,13	-0,09	-0,13	-0,21	0,04	-0,03	-0,22	-0,12	-0,27*	-0,01	0,09	-	0,45**	0,42**	-0,23*	-0,34**
6. Aggressività	0,05	0,00	0,02	-0,18	-0,03	-0,10	-0,24*	0,10	-0,21	-0,17	-0,19	-0,15	-0,81	-0,04	0,45**	-	0,38**	-0,35**	-0,33**
7. Passività	0,20	-0,01	0,13	-0,05	-0,17	-0,08	-0,10	0,23*	-0,13	-0,09	-0,19	-0,27*	-0,19	-0,12	0,42**	0,38**	-	-0,48**	-0,46**
8. Allegria	-0,06	-0,04	-0,18	0,22	0,03	0,18	0,11	-0,17	0,15	0,18	0,36**	0,37**	0,22*	0,28*	-0,23*	-0,35**	-0,48**	-	0,53**
9. Tranquillità	-0,20	-0,12	-0,07	0,17	0,09	0,03	-0,06	-0,29**	0,01	0,15	0,22	0,47**	0,29*	0,13	-0,34**	-0,33**	0,46**	0,53**	-

Tabella 1. Correlazione tra misure di Partecipazione ai riti, Coping Collettivo e Clima emozionale

* p < 0,05; ** p < 0,001; ^ p > 0,05

significative tra le misure di clima emozionale e quelle di sharing. In particolare c'è una correlazione significativa tra la percezione di un clima emozionale di ansia e il bisogno di condividere l'evento negativo ($r=0,30$; $p<0,05$). In altre parole, chi ha percepito un clima di ansia e paura ha sentito maggiormente il bisogno di condividere l'evento emozionale negativo. E' emersa anche una correlazione significativa tra la percezione di un clima di aggressività e il bisogno di condividere ($r=0,35$; $p<0,001$). Cioè chi ha percepito il clima emozionale come aggressivo, ha sentito un maggiore bisogno di condividere. Per concludere, abbiamo una correlazione tra le misure totali di sharing e la percezione di un clima di aggressività ($r=0,27$; $p<0,05$).

Test T sulle misure di partecipazione ai riti, coping collettivo e clima emozionale per il gruppo Recovery e No Recovery.

Al fine di indagare se il miglioramento o peggioramento da T1 a T2 sui vari outcomes di benessere, impatto e sharing siano associati con livelli più elevati di partecipazione ai riti, con l'utilizzo di strategie di coping comuni e con la percezione di un clima più positivo, abbiamo calcolato gli scarti (T1-T2) sulla misura di impatto (IES), benessere (PGWBI) e Sharing e ricodificato gli scarti in "0" (no recupero) e "1" (recupero). Abbiamo quindi condotto dei T-test sulle misure di partecipazione ai riti, coping collettivo e clima emozionale per ciascuna variabile ricodificata in recupero vs. no recupero (IES recovery vs. no recovery; PGWBI recovery vs. no recovery, Sharing recovery vs. no recovery).

Dai risultati è emerso che chi mostra una riduzione delle tendenze all'evitamento, dell'impatto traumatico dell'evento, della depressione e un miglioramento sulla scala del PGWBI dell'autocontrollo, al follow-up tendono anche a percepire il clima sociale come di solidarietà tra le persone e mettono in atto strategie di coping collettive, come un maggiore coinvolgimento nell'impegno politico ($p>0,05$).

Chi mostra, invece, una riduzione della positività, della vitalità e del benessere psico-fisico generale da T1 a T2, al follow-up riferisce anche di aver messo in atto un maggior numero di atti-

vità di *coping* collettivo quali: donare denaro per le vittime, svolgere azioni di volontariato e impegnarsi politicamente ($p>0,05$).

Discussione

L'obiettivo del presente studio è stato indagare la relazione tra le varie forme di coping collettivo, la partecipazione ai riti, il clima emozionale e tra queste variabili e la condivisione sociale delle emozioni in vittime del terremoto accaduto in Abruzzo nel 2009.

I risultati hanno mostrato associazioni positive tra la partecipazione ai riti (rito del funerale, manifestazioni volte alla raccolta fondi e rito della perdonanza) e le misure di coping collettivo (la donazione di sangue per le vittime del terremoto, l'inserimento in associazioni pre-esistenti finalizzate al soccorso, il compimento di azioni rituali come portare fiori e accendere candele in onore delle vittime, l'impegno politico). Lo studio ha confermato, in accordo con la letteratura (Gaspare et al., 2011; Paez et al., 2007; Pargament 1997 ecc.) che la partecipazione ai riti è legata all'esigenza da parte della comunità di risolvere problemi comunitari mettendo in atto strategie di coping focalizzate a migliorare la condizione dell'intera comunità di appartenenza, attraverso condotte altruistiche e volontarie.

Coerentemente con le nostre ipotesi è emerso inoltre come le vittime che mostrano di recuperare sulle misure dell'impatto traumatico dell'evento, del livello di depressione e di autocontrollo tendono anche a percepire il clima sociale come più solidale tra le persone. Chi invece, mostra peggioramenti sullo stato generale di benessere psicofisico ed in particolar modo nei domini della vitalità e della salute tende in misura maggiore a mettere in atto strategie di coping collettive quali azioni di volontariato, associazionismo e tendenze ad impegnarsi politicamente. Questo dato insieme all'osservazione che le persone che percepivano un clima aggressivo e ansioso tendevano anche a sentire un maggiore bisogno sociale di condivisione e affiliazione sono coerenti con l'assunto che in situazioni di ansia e minaccia, vi è un forte bisogno di affidarsi al fine di confrontare socialmente la propria condizione emotiva e trovare un senso alla propria esperienza (Schachter, 1959).

In conclusione ponendosi in linea con il modello proposto da Páez e collaboratori (2007), la presente ricerca ha mostrato come le manifestazioni emozionali intense, di persone che pubblicamente condividono esperienze traumatiche, sviluppano un forte sentimento di empatia nelle vittime e nello stesso tempo favoriscono la condivisione delle emozioni. La partecipazione ai riti, la tendenza ad impegnarsi in strategie di fronteggiamento collettivo e la percezione di un clima sociale positivo e solidale, se da una parte contribuiscono al rafforzamento della coesione del gruppo, dall'altra favoriscono un innalzamento del benessere psicofisico.

Bibliografia

- Dupuy H. J. (1984). The Psychological General Well Being (PGWB) Index. In: N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furberg, J. Elinson (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. New York: Le Jacq Publishing Inc, 170-83.
- Durkheim, E. (1912). *Le forme elementari della vita religiosa*. Milano: Comunità.
- Ersland, S., Weisoeth, L., & Sund, A. (1989). The Stress upon Rescuers involved in an oil rig disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80, 38-49.
- Gasparre, A. Bellelli, G., & Paez, D. (2011). *Cognitive and social consequences of participation in rituals among genocide survivors in Guatemala*. In Symposium at the International Conference of "(Non) Expression of Emotions in Health and Disease", University of Tilburg.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Janoff-Bullman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. Towards a New Psychology of trauma. New York: The Free Press.
- Norris J, Nurius PS, & Dimeff LA (1996). Through her eyes: Factors affecting women's perception of and resistance to acquaintance sexual aggression threat. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 123-145.
- Páez, D., Basabe, N., Gonzales, J.L., Ubillos, S. (2007). *Social Sharing, Participation in Demonstrations, Emotional Climate, and Coping with Collective Violence after the March 11th Madrid Bombings*. *Journal of Social Issues*.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S. Gasparre, A., Iraurgui, I. & Sezibera V. (2007). *Crecimiento Post Estrés Y Post-Traumático: Posibles Aspectos Positivos Y Beneficiosos De La Respuesta A Los Hechos Traumáticos*. In D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe Y J. De Rivera (Eds.), *Superando La Violencia Colectiva Y Construyendo Cultura De Paz*, Madrid: Ed. Fundamentos.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford. Press.
- Pennebaker, J. (1990). *Opening up*. New York: Morrow and Co.
- Pennebaker, J.W. (1989). *Confession, Inhibition and Disease*. In L. Berkowitz (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* 22, 211-244. New York: Academic Press.
- Rimé, B. (1989). *Le partage social des émotions*. In B. Rimé, & K. R. Scherer, (Eds.), *Les émotions*, 271-303. Neufchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé.
- Rimé, B., (2005) *Le portage social des émotions -The social sharing of emotions*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rimé, B., (2007) *The Social Sharing of Emotion as an Interface Between Individual and Collective Processes in the Construction of Emotional Climates*. *Journal of social issues*, 2, 307-322.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. & Philippot, P.(1998). *Social Sharing of Emotion: New evidence and New Questions*. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* , 9, 145-189. Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P., & Boca, S. (1991). *Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion*. *Cognition & Emotion*, 5, 436-466.
- Rimé, B., Noël, M.P., & Philippot, P. (1991). *Episode émotionnel, réminiscences mentales et réminiscences sociales*. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 11, 93-104.
- Rimé, B., Philippot, P., Boca, S., & Mesquita, B. (1992). Long lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* 3, 225-258. Chichester: Wiley.
- Rimé, B., Philippot, P., Yzerbyt, V., 2007. *Collective Rituals, Emotional Climate and Intergroup Perception: Participation in "Gacaca" Tribunals and Assimilation of the Rwandan Genocide*. *Journal of Social Issues*
- Rimé, B., Philippot.; Boca, S. & Mesquita, B. (1992). *Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination*. In W. Stroebe e M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* , 3, 225-258. Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*.

Convivere, vivere, sopravvivere: il terremoto e il disturbo post traumatico da stress

Giovanna Teresa Pontiggia*, Maria Maggi**

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

**Laurea Magistrale in Psicologia Clinica - Università degli studi di Bari "Aldo Moro"

Riassunto.

Una catastrofe naturale come quella del terremoto, provoca, in coloro che ne sono "protagonisti", degli effetti psicologici o conseguenze psicologiche significative. Tali conseguenze sono legate all'insorgere di patologie gravi conseguenti alla cronicizzazione della paura che, diventa angoscia, quando l'evento sismico non si esaurisce in tempi brevi, ma si protrae nel tempo. Un disturbo frequente che fa seguito ad una catastrofe come il terremoto è il Disturbo Post Traumatico da Stress. Con il presente lavoro di ricerca si è cercato di indagare quali fossero i pensieri, le emozioni e le reazioni delle persone presenti a L'Aquila la notte del terremoto e nei giorni precedenti e successivi ad esso, al fine di osservare l'eventuale presenza della sintomatologia del DPTS nel campione.

Parole chiave: Disturbo Post Traumatico da Stress, Terremoto L'Aquila, Indagine sul campo

Le conseguenze psicologiche del terremoto e il disturbo post traumatico da stress.

Una catastrofe naturale come quella del terremoto, provoca, in coloro che ne sono "protagonisti", degli effetti psicologici o conseguenze psicologiche significative.

Storicamente uno tra i primi a mettere in relazione i due elementi è Seneca che, con grande intuizione, pone in luce alcuni aspetti chiave del rapporto, inversamente proporzionale, tra la mancanza di conoscenza di un fenomeno "naturale" e l'amplificazione della paura.

Per le persone che ignorano la verità, tutti i fatti sono più terribili, soprattutto quelli la cui rarità accresce la propria paura: i fenomeni più familiari, appaiono meno impressionanti, quelli insoliti, innescano una maggiore paura. Non è assolutamente facile, restare "lucidi" in presenza di grandi

catastrofi. E' facile immaginare che essere travolti da un evento catastrofico come quello del terremoto sia un'esperienza che mette a dura prova la capacità di adattamento e la salute psicologica delle persone. Le reazioni di stress sono considerate: reazioni normali a eventi non normali.

Le conseguenze psicologiche sono legate all'insorgere di patologie gravi conseguenti alla cronicizzazione della paura che, diventa angoscia, quando l'evento sismico non si esaurisce in tempi brevi, ma si protrae nel tempo.

Il terremoto produce nelle persone uno choc emozionale intenso che prende il nome di paura e ansia che può diventare panico. La prima si può definire come la risposta emotiva ad una minaccia o ad un pericolo ben riconoscibili, di solito esterni, ed è caratterizzata dal riconoscimento del pericolo presente e dal sufficiente accordo con lo stimolo. Le cause della paura sono extrapsichiche, cioè esterne e facilmente individuabili. L'ansia è l'apprensione, o spiacevole tensione, data dall'intimo presagio di un pericolo imminente e di origine in gran parte sconosciuta. Quello che prova il soggetto è sproporzionato a qualsiasi stimolo noto, alla minaccia o al pericolo che lo sovrasta. Le cause dell'ansia sono intrapsichiche. L'ansia cronica può durare mesi e anche anni, i suoi sintomi si manifestano con continuità ed è caratterizzata da nervosismo, apprensione, paura, allarme, attesa ansiosa. Cognitivamente, il soggetto si aspetta che accada qualcosa di grave pur non sapendo descriverne la natura. Fisicamente si verificano reazioni quali sudorazione, palpitazioni, mal di stomaco, sensazioni di freddo, disorientamento. Dal punto di vista comportamentale la persona manifesta fuga, reazioni di evitamento. Se gli evitamenti si ripetono, possono strutturarsi vere e proprie fobie, legate a paura irrazionale, generata da un'ansia

cronicizzata.

Il panico, o l'attacco di panico, consiste in un attacco di ansia acuta ed improvvisa; il soggetto che lo subisce, viene colto da uno stato di forte inquietudine, sentendosi fisicamente eccitato o teso, con la convinzione che stia accadendo qualcosa di terribile anche se non sa cosa.

Un disturbo frequente che fa seguito ad una catastrofe come il terremoto è il Disturbo Post Traumatico da Stress.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) è stato disconosciuto da molti psichiatri americani dalla nomenclatura diagnostica ufficiale, tanto che la maggior parte dei clinici non lo includevano nelle diagnosi differenziali di sindromi associate all'ansia.

Alcuni autori considerano il Disturbo Post Traumatico da Stress come una variante di altri disturbi psichiatrici, in particolare della depressione maggiore e dei disturbi dissociativi. Altri autori, invece, hanno proposto di costituire una nuova classe di disturbi, chiamata Disturbi da Risposta allo Stress, nella quale inserire accanto al DPTS, il Disturbo Acuto da Stress, il Lutto Complicato e Non Complicato¹. Horowitz², osservò che le vittime di un trauma alternano la negazione dell'evento e la sua ripetizione attraverso flash back ed incubi. Questo dimostrava che la mente cerca di rielaborare gli stimoli opprimenti e, a tal proposito, Horowitz individuò otto tematiche psicologiche riconducibili a gravi traumi: dolore o tristezza; colpa per i propri impulsi di rabbia o distruttività; paura di diventare distruttivi; sentimento di colpa per essere sopravvissuti; paura di identificarsi con le vittime; vergogna rispetto al sentimento di impotenza o di vuoto; paura di rivivere il trauma; intensa rabbia diretta verso la causa del trauma³. Per un corretto inquadramento diagnostico è possibile far riferimento ai criteri diagnostici del DSM 5⁴.

Nella quinta e ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM; Diagnostic and Statistical Manual of Men-

tal Health), l'Associazione degli psichiatri americani (APA; American Psychiatric Association), ha incluso la diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress o DPTS (PTSD; Post-Traumatic Stress Disorder) nel capitolo denominato Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

Nel DSM-5, si riscontra un allargamento della definizione circa che cosa possa essere definito come traumatico (Criterio A) e vengono previsti e meglio articolati, rispetto alle edizioni precedenti, i raggruppamento dei sintomi. In particolare:

- Sintomi intrusivi dell'evento traumatico o degli eventi traumatici (Criterio B);
- Sintomi di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico o agli eventi traumatici (Criterio C);
- Sintomi di alterazioni cognitive ed emotive quali incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico e convinzioni o aspettative negative, persistente ed esagerate su se stessi, gli altri e il mondo – ad es., “Non ci si può fidare di nessuno”, “Sono cattivo” (Criterio D);
- Sintomi di iperattivazione e reattività quali comportamento irritabile, ipervigilanza, difficoltà di concentrazione e del sonno (Criterio E).

Il fattore principale del DPTS è la ripresentazione del vissuto traumatico che, solitamente, si manifesta sotto forma di ricordi dell'evento vissuti dal soggetto con una partecipazione affettiva più o meno intensa. Meno frequentemente l'esperienza traumatica si ripresenta con flash back, ovvero episodi dissociativi, durante i quali il soggetto pensa di rivivere l'evento senza poter controllare le sue azioni. In riferimento a questo fenomeno, sono da menzionare i sogni o gli incubi che la persona può fare, in cui rivive il trauma.

L'esposizione a stimoli collegati al trauma stesso, provoca reattività fisiologica collegata a disagio psicologico. Generalmente il soggetto vive una sensazione di terrore accompagnata da sudorazione, tremore, tachicardia.

In condizioni normali, in seguito alla presentazione dello stimolo stressante, l'organismo reagisce con un'attivazione automatica che permette al soggetto di affrontare adeguatamente la situazione contingente. Questo non accade in pazienti con DPTS, in cui il meccanismo adattivo risulta

¹ Conti, 2000.

² Horowitz, 1976.

³ Gabbard, 1995.

⁴ DSM 5, 2014.

compromesso, pertanto si assisterà alla medesima risposta sia di fronte agli stressor di bassa intensità, che a quelli di elevata intensità. In queste persone il livello di arousal è sempre elevato e questo determina una sensazione di minaccia costante da parte dallo stressor che ha provocato il disturbo. Di conseguenza, questi pazienti non riescono a valutare adeguatamente il contesto in cui si trovano, non dando così risposte adeguate agli stimoli. Essi, inoltre, evitano gli stimoli associati al trauma, in modo da non rivivere le stesse paure e lo stesso disagio del momento vissuto⁵.

Il disturbo post traumatico da stress e il terremoto de l'Aquila: Una indagine sul campo.

Obiettivi e ipotesi di ricerca

A tre anni di distanza dalla terribile notte del 6 Aprile 2009, diversi studi si sono occupati del fenomeno anche con l'obiettivo di tracciare un bilancio non solo sugli interventi fatti, le case ricostruite o sui beni persi, bensì sull'aspetto emotivo di chi ha vissuto quell'esperienza. L'esposizione diretta ad un evento simile ha come conseguenza immediata un profondo senso di angoscia e terrore, non soltanto per l'accaduto in sé, ma anche per il significato di perdita che assume. A livello psicologico, un trauma di tale portata può provocare diverse reazioni, quali un iniziale senso di disorientamento, manifestazione di ansia e, in casi più gravi, l'emergere del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS).

Con il presente lavoro di ricerca si è cercato di indagare quali fossero i pensieri, emozioni e reazioni delle persone presenti a L'Aquila la notte del terremoto e nei giorni precedenti e successivi ad esso, al fine di osservare l'eventuale presenza della sintomatologia del DPTS nel campione.

Campione

Il campione è costituito da 100 persone, di età compresa tra i 19 e 60 anni, di origini abruzzesi e non (studenti o lavoratori fuori sede, che si trovavano nel territorio aquilano al momento del terremoto o nei giorni precedenti). Ai partecipanti

è stata illustrata la finalità dell'indagine ed è stato garantito loro l'anonimato.

I partecipanti sono stati suddivisi in due categorie per fasce di età: la prima categoria, Ragazzi, di età compresa tra i 19 e 34 anni, mentre la seconda categoria, Adulti, di età compresa tra i 35 e 60 anni. Il campione è costituito in misura maggiore da donne (65/100) e da persone non coniugate (69/100).

Su 100 persone, solo 33 hanno compilato entrambi i questionari, pertanto il campione definitivo consiste di 33 persone, di cui 26 ragazzi (età media 23 anni) e 7 adulti (età media 52 anni).

Strumenti di ricerca

Sono stati somministrati due questionari. Un primo questionario, costruito *ad hoc*, con 14 domande semichiusure, per dare la possibilità di poter esprimere un pensiero diverso dalle alternative di risposta date. Il questionario è centrato sul terremoto a L'Aquila con lo scopo di rilevare emozioni e sentimenti di chi ha vissuto gli eventi sismici di quel periodo. Inoltre è suddiviso in quattro aree tematiche, in cui si cerca di osservare in primo luogo i vissuti emotivi riferiti ai giorni precedenti al 6 Aprile 2009 e successivamente quelli relativi alla notte del 6 Aprile; infine, i pensieri e le sensazioni attuali.

Successivamente al campione è stato somministrato un secondo questionario, il Revised Impact of Event Scale – (IES)⁶. Il questionario è composto da una serie di affermazioni fatte da persone che hanno vissuto eventi traumatici nella loro vita, al quale è possibile rispondere attraverso la scala Likert, scegliendo tra quattro alternative: mai, raramente, qualche volta, spesso. Scopo del questionario è di osservare se e con quale frequenza il campione in questione si è ritrovato in uno stato corrispondente a quelle affermazioni e ha avuto pensieri collegati ad esse negli ultimi sette giorni.

Elaborazione dei dati

Al fine di verificare l'ipotesi che l'evento sismico possa essere correlato con l'emergere di disturbi d'ansia e, nei casi più gravi, allo sviluppo

⁵ Conti, 2000.

⁶ Horowitz e collaboratori, 1979

del Disturbo Post Traumatico da Stress, sono stati osservati ed elaborati i dati più significativi in questo senso.

Una prima analisi dei dati è stata ottenuta dal confronto tra il numero dei partecipanti a cui sono stati somministrati i questionari e il numero di partecipanti che hanno risposto a entrambi i questionari.

I risultati della Tab. 1 mostrano che la risposta ai questionari è pervenuta da 26 ragazzi non abruzzesi che hanno vissuto l'evento su 40 sottoposti ai questionari e che non è pervenuta risposta dai 20 ragazzi abruzzesi. Per la categoria adulti, è pervenuta risposta solamente dai 7 adulti non abruzzesi che hanno vissuto l'evento sottoposti ai questionari e non è pervenuta dai 33 adulti abruzzesi. Il numero totale di partecipanti che hanno risposto ai questionari è di 33 su 100.

Questo aspetto andrebbe, in qualche modo, a confermare l'ipotesi che, dopo aver vissuto un evento traumatico nel proprio territorio, i partecipanti cerchino di evitare di ricordarlo, tanto da non volersi sottoporre a un'indagine centrata sull'evento stesso.

PARTECIPANTI SOTTOPOSTI AI QUESTIONARI	N° PARTECIPANTI	N° PARTECIPANTI CHE NON HANNO RISPOSTO	N° PARTECIPANTI CHE HANNO RISPOSTO
RAGAZZI ABRUZZESI	20	20	0
RAGAZZI NON ABRUZZESI	40	14	26
ADULTI ABRUZZESI	33	33	0
ADULTI NON ABRUZZESI	7	0	7
TOTALE	100	67	33

Tab. 1 – Confronto tra risposte ottenute e provenienza dei partecipanti

L'analisi del primo questionario si è concentrata sui dati relativi a stati d'animo, pensieri e ricordi di quei momenti. Il questionario è suddiviso in quattro aree di indagine.

La prima area del primo questionario cerca di indagare i pensieri dei partecipanti durante le scosse dei giorni precedenti al 6 Aprile, di intensi-

tà minore, e quelle del 6 Aprile stesso.

CATEGORIA	SI PENSIERI	NO PENSIERI	TOTALE
RAGAZZI	26	0	26
ADULTI	7	0	7
TOTALE	33	0	33

Tab. 2a - Area 1: Presenza pensieri durante le scosse

I risultati della Tab. 2a mostrano che tutti hanno dei pensieri sia nel momento in cui sentivano il boato che preannunciava la scossa e sia nel momento in cui la terra tremava.

Alla domanda "A cosa pensavi?", i partecipanti hanno risposto come riportato dalla Tab. 2b:

CATEGORIA	FERMATI, FERMATI	NON VOGLIO MORIRE	TOTALE
RAGAZZI	20	6	26
ADULTI	4	3	7
TOTALE	24	9	33

Tab. 2b – Area 1: Pensieri prodotti durante le scosse

I risultati della Tab. 2b mostrano che 20 ragazzi su 26 e che 4 adulti su 7 tendeva a sperare che le scosse finissero presto, 6 ragazzi su 26 e 3 adulti su 7 pensavano al fatto di non voler morire.

Una ragazza ha descritto così la scossa della notte del 6 Aprile:

"Vedevo l'armadio venire verso di me, ma pensavo fosse una suggestione. Mi sono alzata e ho capito che era il terremoto. Ma non riuscivo a scendere per strada, ero come immobilizzata!"

La seconda area del primo questionario cerca di indagare se e quanto i partecipanti riuscissero a reagire dopo le scosse e, in particolare cosa facevano, e i pensieri successivi alla scossa.

Alla domanda "Una volta che la scossa terminava, qual era la prima cosa che facevi?", i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	RISPOSTA A-B CHIAMARE PARENTI E AMICI	RISPOSTA C CERCARE CONFORTO NEL VICINATO	RISPOSTA D NULLA	RISPOSTA E ALTRO	TOTALE
RAGAZZI	22	3	1	0	26
ADULTI	3	4	0	0	7
TOTALE	25	7	1	0	33

Tab. 3a - Area 2: Pensieri prodotti subito dopo le scosse

I risultati della Tab. 3a mostrano che al termine delle scosse i partecipanti cercavano di chiamare qualcuno per raccontare l'accaduto e ricevere supporto. I ragazzi chiamavano parenti e amici, mentre gli adulti cercavano conforto nel vicinato.

Alla domanda "Quali erano i tuoi pensieri subito dopo la scossa?", i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIE	RISPOSTA A FINALMENTE E' FINITA	RISPOSTA B SONO ANCORA VIVO	RISPOSTA C BESTEMIAVO	RISPOSTA D ALTRO	TOTALE
RAGAZZI	15	11	0	0	26
ADULTI	2	3	1	1	7
TOTALE	17	14	1	1	33

Tab. 3b - Area 2: Pensieri prodotti subito dopo

I risultati della Tab. 3b mostrano che sia i ragazzi che gli adulti pensavano al fatto che la scossa fosse finita e che loro fossero ancora vivi.

La terza area cerca di indagare in generale i sentimenti derivati dall'aver vissuto la scossa del 6 Aprile e dall'aver assunto consapevolezza dell'evento accaduto.

Alla domanda "6 Aprile 2009, ore 3:32, dove eri?", i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	RISP. A CASA MIA A L'AQUILA	RISP. B CASA AMICI	RISP. C CASA VICINI	RISP. D CASA PARENTI	RISP. E FUORI L'AQUILA	RISP. D ALTRO	TOTALE
RAGAZZI	3	3	2	5	13	0	26
ADULTI	4	0	1	2	0	0	7
TOTALE	7	3	3	7	13	0	33

Tab. 4a - Area 3: Sentimenti prodotti il 6 Aprile

I risultati della Tab. 4a mostrano che la metà dei ragazzi era a L'Aquila quella notte e l'altra metà era fuori L'Aquila, mentre gli adulti erano tutti a L'Aquila.

Alla domanda "Cosa hai provato?", i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	RABBIA	TRISTEZZA	NOSTALGIA	NIENTE	PAURA	ALTRO	TOT.
RAGAZZI	4	3	1	0	12	6	26
ADULTI	3	1	0	0	3	0	7
TOTALE	7	4	1	0	15	6	33

Tab. 4b - Area 3: Sentimenti prodotti il 6 Aprile

I risultati della Tab. 4b mostrano che le emozioni prevalenti erano di rabbia e paura. I ragazzi riportano più frequentemente di provare paura, mentre negli adulti prevalgono paura e rabbia.

Alla domanda "Quando hai realizzato quello che era successo?", i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	SUBITO	QUALCHE ORA DOPO	NON HO ANCORA REALIZZATO	QUALCHE TEMPO DOPO	RISP.D ALTRO	TOTALE
RAGAZZI	4	11	3	8	0	26
ADULTI	2	3	0	2	0	7
TOTALE	6	14	3	10	0	33

Tab. 4c - Area 3: Sentimenti prodotti il 6 Aprile

I risultati della Tab. 4c mostrano che i partecipanti affermano di aver realizzato ciò che era accaduto in città qualche ora dopo, poiché al momento era solo necessario mettersi in salvo e cercare i propri cari dispersi.

La quarta area cerca di indagare i pensieri e sentimenti riferibili ad oggi, prendendo in considerazione se e in quale modo coloro che hanno assistito a quel tragico evento sono riusciti a superare lo stato di angoscia e terrore che ha segnato tutto il periodo successivo al sisma.

Alla domanda “Ti capita di ripensare all’accaduto?”, i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	SI	NO	TOTALE
RAGAZZI	18	8	26
ADULTI	5	2	7
TOTALE	23	10	33

Tab. 5a - Area 4: Pensieri e sentimenti di oggi

I risultati della Tab. 5a mostrano che sia ai ragazzi che agli adulti capita di ripensare ancora oggi all’accaduto.

Alla domanda “A cosa ripensi in particolare?”, i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	RISP. A AL MOMENTO DELLA SCOSSA	RISP. B ALLA PAURA PROVATA	RISP. C ALLA CITTA'	RISP.D ALTRO	TOTALE
RAGAZZI	13	10	1	2	26
ADULTI	3	3	1	0	7
TOTALE	16	13	2	2	33

Tab. 5b - Area 4: Pensieri e sentimenti di oggi

I risultati della Tab. 5b mostrano che sia i ragazzi che gli adulti pensano al momento della scossa e alla paura provata.

Un ragazzo ha riportato i suoi pensieri circa l'accaduto:

“Penso a come tutto sia cambiato, a quello che non c’è più, ai disagi post-sisma e a quelli che persistono tutt’ora”.

Alla domanda “Cosa provi a distanza di quasi 3 anni parlandone?”, i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	RABBIA	TRISTEZZA	NOSTALGIA	NIENTE	PAURA	ALTRO	TOT.
RAGAZZI	4	7	13	0	2	0	26
ADULTI	3	2	1	0	1	0	7
TOTALE	7	9	14	0	3	0	33

Tab. 5c - Area 4: Pensieri e sentimenti di oggi

I risultati della Tab. 5c mostrano che i ragazzi, successivamente all’evento, provano più nostalgia, mentre gli adulti provano più rabbia.

Un adulto ha così descritto quello che prova a distanza di 3 anni dall’accaduto:

“Provo tanta tristezza e tantissima rabbia, perché ancora c’è tanta gente che è “parcheggiata” in hotel sulla costa o alla caserma della finanza”.

Alla domanda “E’ cambiata la tua vita dal 6 Aprile del 2009?”, i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	SI	NO	TOTALE
RAGAZZI	21	5	26
ADULTI	5	2	7
TOTALE	26	7	33

Tab. 5d - Area 4: Pensieri e sentimenti di oggi

I risultati della Tab. 5d mostrano che sia per i ragazzi che per gli adulti la vita dopo il 6 Aprile 2009 è cambiata.

Alla domanda “Vivi ancora a L’Aquila?”, i partecipanti hanno così risposto:

CATEGORIA	SI	NO	TOTALE
RAGAZZI	0	26	26
ADULTI	0	7	7
TOTALE	0	33	33

Tab. 5e - Area 4: Pensieri e sentimenti di oggi

I risultati della Tab. 5e mostrano che nessun soggetto vive più a L’Aquila, e questo dato è più evidente nella categoria Ragazzi, trattandosi in numero maggiore di studenti fuori sede.

Una terza analisi deriva dall’elaborazione del secondo questionario, il Revised Impact of Event Scale – (IES) il quale ha dato i seguenti risultati:

RISPOSTE	RAGAZZI	ADULTI	TOT./ CAMPIONE
Ripensare all’evento senza averne intenzione	16	5	21/33
Cercare di non sentirsi turbato	13	4	17/33
Cercare di rimuovere l’evento dalla memoria	23	3	26/33
Avere difficoltà nell’addormentamento	18	4	22/33
Provare forti emozioni legate all’evento	19	5	24/33
Fare sogni relativi all’evento	20	4	24/33
Evitare ciò che fa ricordare l’evento	17	3	20/33
Avere la sensazione che non fosse accaduto	22	6	28/33
Cercare di non parlare dell’evento	24	5	29/33
Avere la comparsa di immagini improvvise nella mente	17	4	21/33
Essere portati da altri pensieri a ricordare l’evento	15	5	20/33
Avere ancora emozioni legate all’evento	23	5	28/33
Cercare di non pensarci	16	4	20/33
Avere ricordi che rievocano emozioni	18	4	22/33
Avvertire le emozioni dell’evento come uno stordimento	22	6	28/33

Tab. 8 – Risultati questionario Revised Impact of Event Scale – (IES)

I risultati della Tab. 8 permettono di ipotizzare la presenza di sintomatologia riferibile al DPTS nei partecipanti intervistati. Dai dati emerge infatti che: 29 partecipanti hanno affermato di evitare di parlare dell'evento (item 9), 24 di provare tuttora forti emozioni legate all'evento e di continuare a fare sogni relativi ad esso (item 5-6), 28 hanno avuto la sensazione che l'evento non fosse accaduto (item 8) manifestando la tendenza alla negazione, stesso atteggiamento mostrato nell'item 13, dove i partecipanti hanno affermato di non voler pensare all'evento. Altri dati degni di nota risultano essere quelli degli item 14 e 15, in cui rispettivamente molti partecipanti hanno rilevato di avere ancora ricordi che rievocano emozioni e sostengono di avvertire un senso di stordimento legato alle emozioni vissute.



Considerazioni conclusive

Dall'indagine condotta, finalizzata ad osservare emozioni e pensieri di coloro che sono stati vittime del sisma in Abruzzo del 2009, si è rilevato che i partecipanti che hanno risposto ai questionari vivevano un forte senso di angoscia durante i giorni immediatamente precedenti la scossa del 6 aprile, durante i quali ogni giorno c'erano scosse di minore intensità. Questa angoscia si è accentuata subito dopo.

Questo senso di turbamento è, a distanza di 3 anni ancora presente in quelle persone. Tale vissuto è accompagnato da un forte senso di rabbia, per

i ridotti interventi di aiuto ricevuti durante questi tre anni dalle popolazioni colpite dal terremoto, e da nostalgia e tristezza per ciò che i partecipanti hanno perduto nella tragedia. Per alcuni di loro è difficile elaborare queste perdite e molti ricordi sono indelebili e vividi.

Degno di nota è il fatto di aver ricevuto risposta ai questionari solo da 33 persone, rispetto ai 100 partecipanti a cui erano stati somministrati, questo perché probabilmente rievocare e rivivere la tragedia, fa riemergere un senso di dolore. In particolare modo, questo è evidente nelle persone che risiedono a L'Aquila e nel resto del territorio abruzzese. Questo dato potrebbe essere associato al fatto che gli abruzzesi hanno perso tutto quello che li legava alla loro terra, come beni materiali, casa, ecc. Tale perdita ha suscitato in loro una sensazione di vuoto e instabilità,

oltre a reazioni di sfiducia e timore di non poter più tornare a vivere la propria vita con le stesse certezze del passato.

Queste sensazioni di angoscia e tristezza non sono state vissute da coloro che, essendo fuori sede, sono ben presto ritornati nelle proprie sedi di origine e hanno potuto continuare la vita altrove. Sarebbe interessante approfondire questo elemento anche in altri contesti, analizzando nello specifico, anche attraverso un'indagine di follow up, il campione su cui è stata rivolta

l'indagine, per verificare in modo longitudinale gli effetti di un evento traumatico come quello del terremoto.

Bibliografia

- Allen, S.N., & Bloom S.I., (1994). Group and family treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clin North America*, 17, 425-37, in *Noos-Aggiornamenti in Psichiatria* 45, vol. 12, n° 2 maggio-agosto 2006.
- Altindag A., e cool. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive Psychiatry* 46 328 – 333 (2005).
- American Psychiatric Association, (2014). *Manuale*

- Diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM 5. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Bagoglu, M., & coll. (2004). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression in Earthquake Survivors in Turkey: An Epidemiological Study, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, No. 2, April 2004, pp. 133 - 141.
- Bellodi, L., & Cadirola, D. (2006). Psicologia e fenomenica del re-experiencing e della memoria. *Noos-Aggiornamenti in Psichiatria* 44: 2006, vol 12, n° 2, maggio-agosto 2006.
- Bonanno, G. A., (2004). Loss, Trauma and Human Resilience. Have we Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, January.
- Bossini, L., Fernandez, I., & Mantero, M. (2006). Approcci Psicoterapeutici specifici. *Noos-Aggiornamenti in Psichiatria* 45: 2006, vol 12, n° 3, settembre- dicembre 2006.
- Cannavici, M., & Donvito, M. (2004). Disturbo Post-Traumatico da Stress: fattori di rischio e fattori protettivi. *Giornale di Medicina Militare*, A. 154, fasc. 1-2, gennaio - aprile 2004.
- Chao-Yueh, Su (2010). A three-year follow-up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post-traumatic stress disorder in Taiwan Chi-Chi earthquake survivors, *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2010; 64: 239 – 248.
- Colossi, S., Lombardelli, A., & Pieraccini, F. (2006). Il quadro clinico del DPTS e lo spettro traumatico. *Noos-Aggiornamenti in Psichaitria* 44: 2006, vol 12, n° 2, maggio-agosto 2006.
- Connor, K.M., & Butterfield, M.I. (2003). in *Noos – Aggiornamenti in Psichiatria* 45: 2006, vol 12, n° 3, settembre-dicembre 2006.
- Conti, L. (2000). Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria. Tomo terzo, Firenze.
- Di Iorio, R., & Biondo, D. (2009). Sopravvivere alle emergenze. Roma, Edizioni Ma.Gi.
- Falabella, M. (2007). *ABC della Psicopatologia*. Roma. Ed. Magi.
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden and Build Theory of Positive Emotions. *NIHPA Author Manuscripts, AM Psychol.* March, 56(3): 218-226.
- Gabbard, G.O. (1995). *Psichiatria psicodinamica*. Milano. Ed. Cortina.
- Giannantonio, M. (2001). Eye Movement Desensitization and re processing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress: considerazioni cliniche e linee di tendenza. *Rivista di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 2001, 1:5-23.
- Kirchlechner, B., & Garber, K. (2008). Trauma e tecniche immaginative. Affinità e differenze nel trattamento nei due orientamenti: orientamento cognitivo-comportamentale e orientamento narrativ. Una prospettiva. *Reflektierte Praxis*, 2008 (1): 46-77.
- Kocak, e coll. (2009). Memory and prefrontal functions in earthquake survivors: differences between current and past post-traumatic stress disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 2009: 119: 35–44.
- Meichenbaum, D. (1996). *Stress Inoculation Training for Coping with Stressors*. *The Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Nasar Sayeed Khan, M. (2007). Frequency of post-traumatic stress disorder and its association with types of physical injuries and depression in earthquake victims. *Pak J Med Sci* May - June 2007 Vol. 23 No. 3 386-389.
- Nooshin Parvaresh, MD. (2009). Post-Traumatic Stress Disorder in Bam-Survived Students Who Immigrated to Kerman, Four Months after the Earthquake. *Arch Iranian Med* 2009; 12 (3): 244 – 249.
- North, C.S., Suris, A.M., Davis, M., & Smith, R.P. (2009). Toward validation of the Diagnosis oh Post Traumatic Stress Disorder. *Reviews and Overviews*, January, 2009.
- Padmal De Silva (1993). Post-Traumatic Stress Disorder: Cross-Cultural Aspect. *Internatioal Review Of Psychiatry*, 5, 217-229 (1993)
- Paganucci, C., e coll. (2007). Un contributo alla validazione italiana al Children's Post Traumatic Disorder – Reaction Index (CPTSD-RI). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 253, 62-69 (2007)
- Pietrantonio, L., & Prati, G. (2009). *Psicologia dell'Emergenza*. Bologna, Edizioni Il Mulino.
- Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, n° 4 settembre 2010.
- Soldatos (2006). Early post-traumatic stress disorder in relation to acute stress reaction: An ICD-10 study among help seekers following an earthquake. *Psychiatry Research* 143 245– 253 (2006).
- Wen Wan C., e coll. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Adult Survivors of the 2008 Sichuan Earthquake in China, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 24, No. 3, June, pp. 295–302 (2011)
- Xingli Zhang, e coll. (2010) Personality Predictors Of Posttraumatic Stress Disorder In Orphaned Survivors Of The Sichuan Earthquake. *Social Behavior And Personality*, 38(8), 1057-1060, 2010.
- Zhang Ying e coll. (2011) Clinical Study On Treatment Of The Earthquake-Caused Post-Traumatic Stress Disorder By Cognitive-Behavior Therapy And Acupoint Stimulation. *Journal Oftraditional Chinese Medicine*, March; 3(1), 60-63, 2011.
- Axia, V. (2006). *Emergenza e Psicologia*. Bologna, Edizioni Il Mulino.

Aspetti motivazionali nella pratica sportiva. Un contributo empirico: “Amatori e agonisti a confronto”

Andrea Simone*, Luciana Picucci*

*Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”

Riassunto

L'obiettivo della presente ricerca è quello di verificare la presenza di differenze tra agonisti ed amatori della pratica sportiva del calcio in funzione di alcune variabili psicosociali come l'età, la motivazione, l'ansia e l'ambizione. I risultati mostrano principalmente come gli agonisti sia complessivamente più motivati allo sport rispetto agli amatori sia in termini di motivazione intrinseca che estrinseca, quest'ultima più presente nella fase iniziale della carriera.

Parole chiave: *motivazione, cba sport, agonisti e amatori*

Introduzione

La psicologia dello sport negli ultimi anni sta dando un enorme contributo alla comprensione del ruolo dello sport nello sviluppo della persona, evidenziando come possa considerarsi un'esperienza di crescita e consapevolezza del proprio corpo, dello stare bene con se stessi e gli altri.

La letteratura sul tema, oltre a consentire una migliore comprensione degli aspetti psicologici connessi alla pratica sportiva, fornisce agli operatori del settore un notevole corpus di indicazioni operative volte al miglioramento delle metodologie di allenamento e dei metodi di promozione dell'attività motoria e di insegnamento dello sport stesso (Cei, 1998). La ricerca qui proposta si pone l'obiettivo di approfondire lo studio di variabili psicologiche strettamente connesse al successo nella pratica sportiva con una particolare attenzione al loro andamento in relazione all'età degli atleti. Sebbene molti studi abbiano riconosciuto alla motivazione, all'ambizione e all'ansia il ruolo di modulare la performance sportiva (e.g. Vallerand, 2004; Drust and Green, 2013; Blecharz et al., 2014), sono ancora pochi gli studi che hanno valutato il peso di tali variabili in relazione all'e-

tà dell'atleta. Questo approfondimento si rende particolarmente opportuno se si pensa al fatto che allenatori e coach lavorano spesso, anche contemporaneamente, con atleti di età differenti. Attivare programmi individualizzati volti a migliorare la performance del singolo rappresenta una delle attività essenziali al buon andamento della squadra. (e.g. Bordoli, Robazza, 2000).

L'importanza di questo studio è principalmente verificare la presenza di eventuali differenze tra amatori e agonisti in termini di età e motivazione a praticare sport, al fine di individuare eventuali programmi di rinforzo e sostegno finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita dell'atleta stesso e del contesto entro cui è inserito. La motivazione nella pratica sportiva ha stimolato negli anni lo sviluppo di numerose ricerche e teorie aventi ognuna implicazioni diverse nel riconoscimento dei diversi fattori implicati nell'aumento della performance e del benessere psico-fisico dell'individuo. Lo sviluppo di quest'area è dovuto alla necessità di fornire risposte concrete in campo applicativo ai molti quesiti e richieste di aiuto provenienti soprattutto dagli allenatori. Fortier, Vallerand, Brière e Provencher (1995) hanno esaminato le differenze motivazionali in atleti agonisti e amatori. I risultati rivelarono un potenziale effetto negativo della competizione sulla motivazione intrinseca. Uno dei limiti della ricerca fu la scarsa differenziazione delle categorie degli agonisti. Se la competizione riduce la motivazione intrinseca e promuove alti livelli di motivazione estrinseca, è logico pensare che gli agonisti, a differenza degli amatori, mostrano alti livelli di motivazione estrinseca e bassi livelli di motivazione intrinseca. Chantal et al. (1996) esaminarono la motivazione di 98 atleti agonisti bulgari. Inaspettatamente però non furono trovate

differenze significative a riguardo. Forzoni e Karageorghis (2001) esaminarono la motivazione in calciatori agonisti. Interessante fu vedere come la motivazione intrinseca era relativamente alta per tutti i soggetti. Gli autori affermarono che gli agonisti non sempre sono necessariamente motivati da ricompense come i soldi. Una spiegazione può essere che dopo un po' di tempo, ricompense finanziarie per gli agonisti perdono importanza e la ricerca dello star bene diventa un buon fattore di motivazione.

Questi studi hanno dimostrato come gli atleti agonisti hanno una molteplicità di motivazioni sia intrinseche che estrinseche. E' comune trovare atleti che racchiudono entrambi i tipi di spinta. Un aspetto chiave e di particolare importanza sarà dunque quello di individuare programmi di allenamento specifici e mirati ai bisogni di ogni singolo atleta.

Materiali e metodo

Partecipanti

Alla ricerca hanno partecipato 50 giocatori di calcio suddivisi in categoria agonisti (N=25; m=24,84 anni) militanti nei campionati federali (Federazione Italiana Giuoco Calcio) di Serie D, Eccellenza e Promozione, e amatori (N=25; m=24,72 anni) che giocano a calcio con frequenza bisettimanale. Per ognuna delle due categorie sono stati reclutati soggetti all'interno di 5 classi d'età: 18-20, 21-23, 24-26, 27-29 e 30-32 anni.

Strumenti

Per la realizzazione della ricerca ci si è avvalsi di due strumenti differenti:

1) CBA-SPORT: strumento indicato per lo studio delle caratteristiche psicologiche degli atleti e per la rilevazione di problematiche connesse all'attività sportiva e motoria (Vidotto, Turchi e Rossi 1996; Del Corno e Lang 1997).

2) SPORT MOTIVATION SCALE (SMS-28) (Brière et al, 1995;.. Pelletier et al, 1995): strumento composto da 28 items spesso utilizzato per valutare la motivazione nello sport per atleti sia amatori che agonisti, di diverse fasce di età e cultura. La

scala è composta da sette sottoscale che misurano le differenti forme di motivazione stabilite dalla Self-Determination Theory (Deci e Ryan, 1985).

Procedura

La ricerca ha previsto la somministrazione di questionari a tutti i partecipanti presso strutture e impianti sportivi. I partecipanti, debitamente informati hanno acconsentito al trattamento dei dati.

Analisi statistiche e risultati

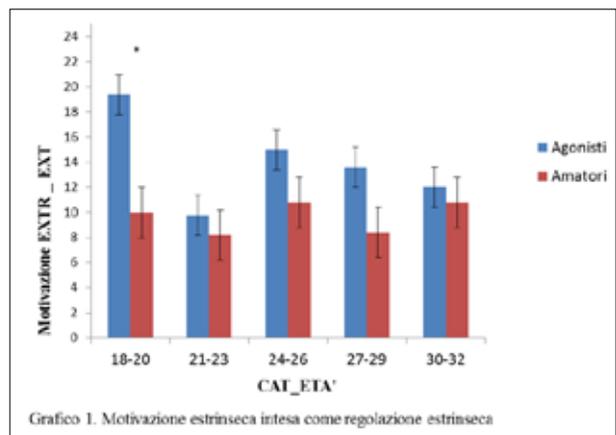
Al fine di indagare la relazione tra investimento sportivo (amatoriale e agonistico) ed età abbiamo condotto una serie di ANOVA fattoriali 2 x 5 adottando come variabili indipendenti le categorie sportive (amatori / agonisti) e le classi di età (18-20, 21-23, 24-26, 27-29, 30-32) e come variabili dipendenti le variabili oggetto di studio. Nel successivo paragrafo verranno riportati solo i risultati significativi.

Risultati

Sport Motivation Scale

Motivazione estrinseca

Emergono differenze statisticamente significative nella dimensione amatori/agonisti [$F(1,40)=14,76$ $p<0.05$]. Infatti gli agonisti ($M=13,96$) risultano in possesso di una maggiore motivazione estrinseca intesa come *regolazione estrinseca* rispetto agli amatori ($M=8,6$). Analizzando le medie dei gruppi attraverso i confronti



pianificati emerge una differenza tra amatori e agonisti significativa nella fascia d'età 18-20. (grafico 1)

Motivazione intrinseca

Emergono differenze statisticamente significative nella dimensione amatori/agonisti [F(1,40)=8,6216 p<0.05]. Infatti gli agonisti (M=19,56) risultano in possesso di una maggiore motivazione intrinseca verso la conoscenza rispetto agli amatori (M=14,8). L'effetto non può considerarsi riferibile ad una sola categoria di età, ma rappresenta una tendenza comune a tutti i giocatori agonisti. (grafico 2)

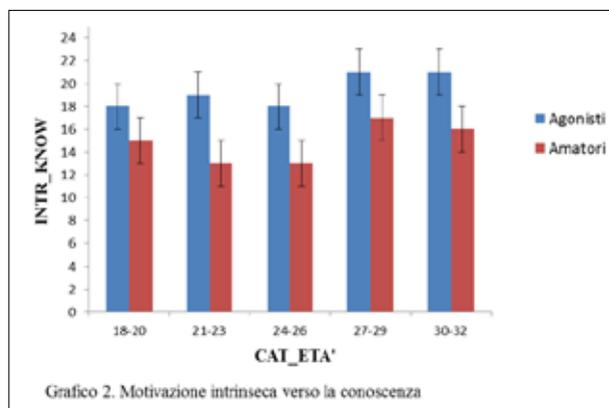


Grafico 2. Motivazione intrinseca verso la conoscenza

Cognitive Behavioural Assessment - Sport

Ansia sociale in gara

Emergono differenze statisticamente significative nella dimensione amatori/agonisti [F(1,40)=4,23 p<0,05]. Infatti gli amatori (M=1,36) appaiono più ansiosi in gara rispetto agli agonisti (M=0,64). I confronti tra le medie ci consentono di osservare che tale differenza in termini di ansia sociale al momento della gara è presente a partire dai 27 anni. Prima non appaiono differenze in termini di ansia sociale. (grafico 3)

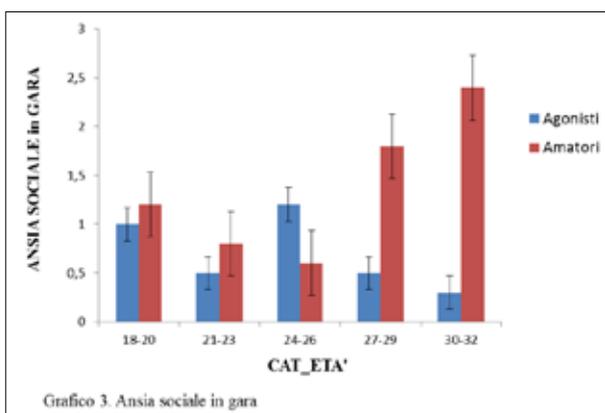


Grafico 3. Ansia sociale in gara

Ambizione

Emergono differenze statisticamente significative nella dimensione amatori/agonisti [F(1,40)=4,58 p<0,05]. Infatti gli agonisti (M=5,88) appaiono più ambiziosi degli amatori (M=4,96). I confronti tra le medie ci consentono di osservare che tale differenza in termini di ambizione distingue i gruppi solo nella fascia d'età dai 24 ai 29 anni. In particolare possiamo notare dal grafico 4 come ci sia un calo sostanziale dell'ambizione al gioco per gli amatori, mentre si mantiene sostanzialmente costante quella degli agonisti.

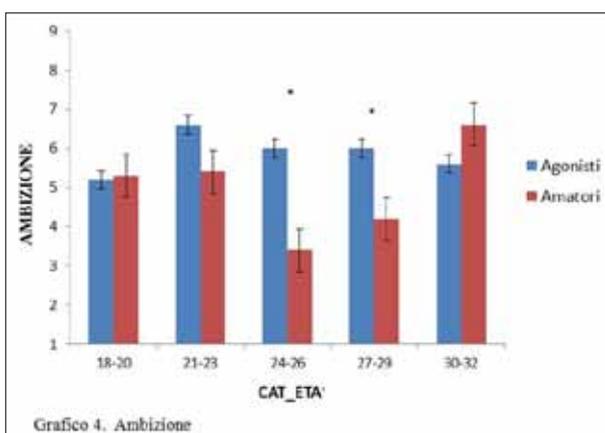


Grafico 4. Ambizione

Discussioni e Conclusioni

I risultati emersi dal lavoro di ricerca consentono di osservare come il gruppo di agonisti sia

complessivamente più motivato allo sport rispetto al gruppo di amatori. Questo dato è riferibile tanto alla motivazione estrinseca che a quella intrinseca. Gli agonisti fanno dello sport il loro mezzo di notorietà e sostentamento, a differenza degli amatori, dove, invece, il divertimento e il piacere derivanti dalla pratica dell'attività sportiva fanno sì che la componente motivazionale esterna risulti minore. Riferendoci alla letteratura per motivazione estrinseca si intende il corpus di attività che vengono mosse da una ricompensa che consista in qualcosa di materiale come denaro, premi, riconoscimenti o in un rinforzo di tipo psicologico, come l'approvazione da parte del mister o di persone significative (e.g. Martens, 1991). Questi rinforzi vengono percepiti dagli agonisti come indicatori utili a motivare la pratica sportiva. Questo fa sì che i giocatori agonisti abbiano a loro disposizione un set di motivatori estrinseci che gli amatori non hanno ed è questo elemento che spiegherebbe la differenza riscontrata nel nostro studio.

E' da notare che la motivazione estrinseca di cui si è sopra discusso appare rilevante a stabilire una differenza tra amatori ed agonisti soprattutto all'inizio della carriera dello sportivo. Riferendosi alla motivazione estrinseca il dato è confermato dalla letteratura. Si è notato infatti come i giovani hanno bisogno di premi per mantenere alti i livelli di motivazione (e.g. Inceoglu, Segers e Bartram, 2011). Possiamo vedere come nella fascia di età 18-20 gli agonisti risultano più motivati estrinsecamente rispetto agli altri. Questo dato appare legato alla particolare fase di inizio carriera dell'atleta, dove il compenso economico è ritenuto essere la prima forma di guadagno e di mantenimento per questa tipologia di atleti. Mentre la motivazione estrinseca contribuisce alla differenza tra agonisti e amatori nella fascia di età dei più giovani, la motivazione intrinseca accompagna maggiormente gli agonisti, per tutta la durata della carriera. L'effetto dunque non può considerarsi riferibile ad una sola categoria di età, ma rappresenta una tendenza comune a tutti i giocatori agonisti. La motivazione intrinseca verso la conoscenza fa riferimento al fatto di praticare uno sport per il piacere di imparare qualcosa di nuovo o di saperne di più rispetto a una data attività. Questo dato è sicuramente riconducibile alle numerose esercitazioni messe in atto dagli agonisti e

all'ambiente sportivo al quale appartengono, dove sono più frequenti stimoli ed incentivi che consentano un maggior apprendimento di conoscenze e abilità.

Rispetto alla variabile ansia sociale in gara, gli amatori appaiono più ansiosi rispetto agli agonisti. L'ansia sociale è intesa come il senso di apprensione e di preoccupazione legato ai giudizi e alle valutazioni degli altri nei nostri confronti. Questa sembra derivare dall'autoconsapevolezza pubblica, in quanto presuppone, da parte del soggetto, un'attenzione verso gli aspetti del sé più manifesti. Secondo alcuni dati, gli atleti impegnati in discipline sportive inserite in contesti fortemente pubblici (vedi stadi, palazzetti dello sport) ottengono punteggi più bassi al costrutto di ansia sociale rispetto a coloro che praticano discipline sportive non inseriti in contesti a carattere pubblico (e.g. Turchi, 1996).

E' evidente come gli agonisti, siano quindi più abituati ad avere un maggior contatto con la gente e il pubblico a differenza degli amatori che sono meno portati a vivere queste situazioni. I confronti tra le medie ci consentono di osservare che tale differenza in termini di ansia sociale al momento della gara è presente negli amatori a partire dai 27 anni. Una possibile spiegazione è riconducibile al fatto che, con il declino delle abilità motorie, gli amatori si sentano meno all'altezza di affrontare la gara e quindi si verifica un relativo aumento in termini di ansia sociale, dovuto alla paura di essere mal giudicati e di comportarsi in maniera imbarazzante ed umiliante a differenza degli agonisti, dove i continui allenamenti e gare cui sono sottoposti, permettono di mantenere valide le prestazioni.

Proseguendo l'exkursus dei risultati emerge come gli agonisti mantengano elevato il proprio livello di ambizione durante tutta la loro carriera. Ciò non accade per gli amatori per i quali osserviamo un calo di ambizione tale da consentirci di riscontrare, nella fascia dai 24 ai 29 anni, una differenza significativa tra i due gruppi di atleti. La parola ambizione rimanda al desiderio di eccellere, di migliorare la propria posizione sociale o professionale. Questa caratteristica può essere ricondotta al modo di intendere la pratica sportiva da parte degli agonisti e al desiderio sempre costante di raggiungere mete e traguardi sempre più

elevati. Infatti a differenza degli amatori, i quali praticano sport per puro gioco e divertimento, gli agonisti al contrario sono considerati come persone impegnate in una meta relativa al sé non ancora raggiunta che porta a compiere grandi sforzi nel tentativo di giungere a certi standard di successo e questo spiegherebbe perché i valori rimangono così elevati. In conclusione, riconoscere l'esistenza di processi psicologici alla base del successo e del mantenimento nella pratica sportiva è il primo passo per la costituzione di programmi volti a migliorare le competenze professionali, personali e sociali degli atleti. Il ruolo giocato dalla motivazione estrinseca nelle fasi di avvio della carriera suggerisce la possibilità di ampliare la gamma di incentivi (economici e non) volti a rafforzare l'impegno del giovane atleta agonista. L'impegno verso la conoscenza come apprendimento, esplorazione e comprensione appare l'elemento motivante per eccellenza in grado di accompagnare l'agonista per tutto l'arco della sua carriera calcistica. Sarà dunque importante aiutare l'atleta a comprendere, analizzare e verificare eventuali elementi che incidano negativamente sulla prestazione, attraverso metodologie di allenamento e strumenti che stimolino l'acquisizione di consapevolezza e, pertanto, l'aumento della capacità di anticiparli e fronteggiarli per far sì che l'atleta dia il meglio di sé ogniqualvolta si trovi ad affrontare una nuova sfida.

Bibliografia

Blecharz, J., Luszczynska, A., Scholz, U., Schwarzer, R., Siekanska, M., & Cieslak, R. (2014). Predicting performance and performance satisfaction: mindfulness and beliefs about the ability to deal with social barriers in sport. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(3), 270-287.

Bortoli, L., Robazza, C. (2000). *La motivazione allo sport nei giovani, una ricerca nella regione Veneto*. CONI, Comitato regionale veneto, Scuola dello sport Veneto.

Bye, D., Pushkar, D., Conway, M. (2007). Motivation, Interest, and Positive Affect in Traditional and Nontraditional Undergraduate Students. *Adult Education Quarterly*, 57, 141-158.

Cei, A. (1998). *Psicologia dello sport*. Bologna: Il Mulino.

Deci, E.L. (1972). The effects of contingent and non-contingent rewards and controls on intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Per-*

formance, 8, 217-229.

- Deci, E.L. e Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*, New York, Plenum.
- Deci, E.L. e Ryan, R.M. (2008). Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Drust, B., & Green, M. (2013). Science and football: evaluating the influence of science on performance. *Journal of sports sciences*, 31(13), 1377-1382.
- Inceoglu, I., Segers, J., Bartram, D. (2011). Age-related differences in work motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 85, 300-329.
- Mallett, C., Hanrahan S. (2004). Elite athletes: why does the 'fire' burn so brightly? *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 183-200
- Martens, R. e Bump, L. (1991). *Psicologia dello sport*. Roma: Edizioni Borla.
- Pelletier, L., Fortier, M., Vallerand, R., Tuson, K., Brière, N., e Blais, M. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: the sport motivation scale (SMS). *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 17, 35-54.
- Ryan, R.M. e Deci, E.L. (1997). Nature and autonomy: An organizational view on the social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728.
- Ryan, R.M. e Deci, E.L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74, 1557-1586.
- Ryan, R.M., e Deci, E.L. (2007). *Active human nature: self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health*. In M. S. Hagger e N. L. D. Chatzisarantis (Eds), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 1-19). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sanavio E. (2002). *Le Scale CBA*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vallerand, R. J. (2004). Intrinsic and extrinsic motivation in sport. *Encyclopedia of applied psychology*, 2(10).

Sitografia

www.figc.it
www.psicologiasportiva.it
www.aipsweb.it
www.societaitalianapsicologiasport.it
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Stress e Trauma nei bambini. Fattori di rischio e di protezione

Paola Serravezza*, Barbara Palaia **

* Psicologa, Psicoterapeuta, Supervisore e Facilitator EMDR, Lecce.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Accredited Practitioner in EMDR, Brindisi.

Riassunto

In occasione dell'iniziativa "Ottobre Mese del Benessere Psicologico in Puglia. Ascoltare, Comprendere, Prendersi Cura di Sé: gli Psicologi promotori del Benessere" edizione 2014, promossa dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, sono state organizzate nelle città di Brindisi e Casarano (LE) delle conferenze aperte alla cittadinanza sul tema dell'impatto del trauma nello sviluppo del bambino. Le conferenze hanno ottenuto il patrocinio dell'Associazione EMDR Italia. L'articolo raccoglie i contributi proposti in queste sedi da relatori con professionalità diverse: psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri, pediatri.



Parole chiave: trauma, bambini, EMDR

Introduzione

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 ad elaborare. Eventi stressanti e di natura violenta (es. morte di una persona cara, separazione dei genitori, malattia, violenze, ecc.) e una serie di microtraumi relazionali avvenuti nelle prime fasi dello 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.

La vulnerabilità nei bambini: fattori di rischio e di protezione

Il contesto intersoggettivo che si sviluppa fra madre e bambino si costruisce già a partire dalla gravidanza. La madre, infatti, inizia ad immaginare se stessa come genitore del proprio bambino e ad "avere in mente" il proprio figlio.

Durante il primo anno di vita le madri e i padri si prendono cura con sensibilità dei bisogni del figlio, lo proteggono per garantire la sopravvivenza e infine promuovono il suo senso di sicurezza (Bowlby, 1972, 1992). Insieme favoriscono la

creazione di un campo intersoggettivo col figlio, basta osservare la coordinazione reciproca del comportamento materno col figlio, la sincronizzazione dei movimenti, il ritmo interattivo condiviso definito “*turntaking*”. Lo aiutano ad acquisire progressivamente un’autoregolazione fisiologica, affettiva e comportamentale (Sander, 1972), svolgendo la funzione di oggetto-sé, ossia figure con cui il bambino si sente fuso in un legame idealizzante e da cui si sente confermato.

Osservano e interpretano gli stati mentali e le intenzioni del figlio (Fonagy, 1998), stimolando in lui le capacità di mentalizzazione.

Pertanto i genitori sostengono le capacità del bambino nel costruire e condividere un ritmo relazionale, che fa pensare ad una danza ritmica, che costituisce la matrice degli scambi sociali e del dialogo verbale futuro, intervengono nel realizzare col figlio un sistema comunicativo affettivo (Tronick, 1989), ossia a creare un lessico indispensabile per capire se stessi e gli altri (Stern, 1998).

Attraverso il “*motherese*”, la particolare intonazione del linguaggio materno, avviene lo scambio affettivo.

Secondo Erikson, nella sua teoria dello sviluppo, il primo stadio dello sviluppo è l’acquisizione della fiducia. Con una madre buona abbastanza il bambino impara attraverso una serie di esperienze che l’adulto si prenderà cura di lui e che il mondo è un posto sicuro. L’attaccamento e la sicurezza sono correlati e quando i bambini si sentono insicuri cercano conforto e protezioni nelle loro figure di attaccamento primarie.

L’imprinting facciale della madre (che risulta disponibile o non) con i suoi scambi e sguardi regolano l’arousal. In questo modo si trasferiscono i modelli e gli stati interni della madre.

L’emisfero destro della madre è un pattern per lo sviluppo dell’emisfero destro del bambino.

Possiamo affermare che il bambino con attaccamento sicuro mostra un senso di:

- Padronanza: “*posso controllare l’ambiente e il comportamento della mamma*”
- Fiducia: “*posso fidarmi e affidarmi*”
- Resilienza: “*se succede qualcosa posso riprendermi*”
- Autonomia
- Vitalità
- Socializzazione

Il trauma può alterare questa prospettiva. Questo significa che la prima promessa è stata infranta: il mondo non è un luogo sicuro e non c’è qualcuno che si prende cura di loro.

Naturalmente il trauma può distruggere l’attaccamento in parte perché le figure di attaccamento hanno fallito la loro missione di protezione ed hanno permesso che accadessero “cose brutte”.

Stress tollerabili come morti, malattie gravi, interventi chirurgici, disastri naturali, incidenti, estrema povertà, abuso fisico ed emozionale, trascuratezza cronica, depressione materna grave, abuso di sostanze, violenza familiare possono influire negativamente sull’architettura cerebrale, se il bambino non ha un ambiente supportivo, disorganizzano l’architettura cerebrale e determinano un abbassamento della soglia allo stress, aumentando il rischio di disturbi psichici e mentali. Infatti, relazioni supportive facilitano il coping adattivo e danno al cervello la possibilità di recuperare dagli effetti potenzialmente lesivi.

Quando, invece, le figure di accudimento mostrano negligenza o abbandono e permettono che il bambino subisca una violenza o quando è proprio la figura di accudimento che diventa fonte di abuso, si creano le maggiori fonti di rischio per la salute mentale del bambino.

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. Spesso *il trauma non elaborato crea un accumulo di sentimenti non elaborati che includono: colpa, vergogna, rabbia, senso di solitudine e tristezza.*

Quando accade un evento stressante anche di minor intensità le idee negative ed i sentimenti accumulati dall’esperienza passata producono un elevato livello di attivazione ed una reazione esagerata.

Il nuovo stress tocca un punto dolente e i sentimenti si riattivano.

Quando il bambino sta sperimentando una reazione intensa che include un’interpretazione distorta di quanto sta accadendo, ed i sentimenti

diventano intollerabili, ha un alto rischio di acting-out e di comportamenti impulsivi. In sintesi i problemi di comportamento possono essere attivati da eventi presenti di minore intensità che scatenano una eccessiva reazione collegata al trauma passato.

Quando incontriamo un bambino spesso ci viene detto solo qual'è il problema. E' importante saper cosa significa quel problema per il bambino come soddisfa i suoi bisogni.

Il trauma sarebbe quindi il risultato di una funzione in cui ognuno dei vari aspetti che caratterizzano l'evento può avere un peso diverso; quando la "sommatoria" interattiva di questi aspetti raggiunge un certo livello, supera una certa soglia, allora si verifica il disturbo.

Non è detto che un evento potenzialmente traumatico, anche se seguito da una reazione emozionale intensa e sconvolgente o da assenza di emozioni, necessariamente comporti conseguenze patologiche chiaramente diagnosticabili. La traumaticità di un evento è quindi una funzione delle caratteristiche dell'evento stesso più la predisposizione individuale, che comprende: l'ampiezza, l'intensità e la precocità del trauma; le caratteristiche della personalità dell'individuo; gli aspetti di vulnerabilità e resilienza; la capacità di contenimento e di elaborazione della rete di relazioni affettive e sociali.

I bambini che hanno esperienze traumatiche in genere in infanzia e adolescenza non hanno un

modello positivo di coping con la vita e non conoscono le sensazioni di sicurezza, amore e stima.

Manifestazioni delle reazioni da stress e trauma nei bambini

Subito dopo un'esperienza traumatica particolarmente spaventosa i bambini vanno spesso incontro a reazioni di forte disagio, paura, pianto e shock. Hanno bisogno di protezione e sicurezza: devono essere riuniti alla famiglia quando è possibile.

Quasi immediatamente, la maggior parte dei bambini è colta da pensieri intrusivi e ripetitivi che riguardano l'evento, che possono verificarsi in qualsiasi momento, ma particolarmente nei momenti di calma, come quando stanno per andare a dormire. A volte, i pensieri ed i ricordi sono scatenati da stimoli ambientali che richiamano alla memoria il trauma. Sono comuni flashback vividi (il bambino riferisce di rivivere l'evento come se stesse accadendo nuovamente). Particolarmente diffusi sono i disturbi del sonno nelle prime settimane con sogni angosciosi, risvegli notturni. Sono comuni la paura del buio.

La seguente è una lista di problemi che hanno i bambini e che potrebbero essere legati ad un trauma: comportamenti distruttivi, scarsa tolleranza alle frustrazioni, depressione, scarsa concentrazione ed ansia, perdita d'interesse nel raggiungimento degli obiettivi, attitudine a non prendersi cura di se, rabbia, assenze da scuola, abuso di sostanze, comportamenti devianti.

I bambini descrivono alterazioni cognitive: difficoltà nella concentrazione, problemi di memoria, sia nella fissazione di nuovi concetti sia nella rievocazione di abilità. Entrano in uno stato di allerta nel loro ambiente, risultando negativamente colpiti dalle cronache di altri disastri. I sopravvissuti ad un evento critico capiscono che la vita è molto fragile, questo può portare ad una perdita di speranza per il futuro.



Molti di essi provano senso di colpa, riguardante: cosa hanno fatto di male, il loro essere vivi mentre altri sono morti, cosa avrebbero potuto fare di più per aiutare le persone coinvolte.

L'ansia da separazione è frequente anche tra gli adolescenti: per i primi giorni i bambini non vogliono perdere di vista i genitori; alcuni diventano più irritabili ed arrabbiati del solito sia con gli adulti (genitori ed insegnanti) sia con i coetanei. Gli adolescenti riportano alti livelli di depressione ed un numero significativo di essi diventa molto ansioso dopo un evento critico.

Sebbene i bambini provino il desiderio di parlare dell'esperienza, paradossalmente trovano difficile comunicare con genitori ed amici. Spesso non vogliono turbare gli adulti e così i genitori possono non rendersi conto del grado di sofferenza del proprio figlio. I coetanei desistono dal chiedere cosa è successo per paura ed il bambino spesso percepisce questo atteggiamento come un rifiuto.

Chi ha subito traumi ha spesso convinzioni errate su se stesso e su eventuali persone coinvolte nel trauma stesso. Questo è particolarmente vero quando tali eventi accadono in età infantile e risultano ancora interpretati alla luce delle conoscenze e delle capacità affettivo-cognitive di un bambino.

Quando manca l'informazione viene impedita un'adeguata integrazione dell'accaduto e possono quindi coesistere nel pensare e nel sentire di un adulto, convinzioni, emozioni e schemi comportamentali dissonanti, pieni di sensi di colpa e di autosvalutazione, strategie interpersonali infantili e distruttive ed emozioni destabilizzanti.

I genitori preoccupati possono essere travolti da risposte emozionali e comportamentali che fanno parte della loro memoria implicita e man mano che il bambino cresce può rievocare, a livello implicito o esplicito, diversi aspetti dei loro ricordi infantili.

Se l'adulto non è in grado di riconoscere questo legame, rischia di riprodurre senza consapevolezza comportamenti appresi e risposte emotive che diventeranno dominanti nel suo atteggiamento nei confronti del figlio e giocheranno un ruolo fondamentale nel determinare le esperienze di attaccamento del bambino.

Esiste una relazione diretta tra le influenze che le esperienze infantili hanno esercitato sugli ele-

menti della memoria implicita e le modalità con cui questi elementi vengono riattivati nel contesto della relazione genitore-figlio.

Il Trauma e il lutto nel genitore porta ad un attaccamento disorganizzato. Per questo è fondamentale fare prevenzione aiutando i genitori a rielaborare i loro blocchi.

I circuiti cerebrali si sviluppano con modalità direttamente legate alla loro attivazione. Le nostre esperienze possono quindi influenzare in maniera significativa le connessioni neuronali e l'organizzazione delle attività del nostro cervello e così quelle che si verificano durante i primi anni di vita e i traumi svolgono un ruolo particolarmente importante (Siegel 2002).

L'esperienza dà la forma al cervello attraverso la neuroplasticità (cambiano le connessioni del cervello e questo cambia il cervello stesso). Il modo in cui avvengono le connessioni neurali determina come funziona il cervello. Ci sono nuove connessioni sinaptiche costantemente mentre impariamo.

Secondo il modello EMDR le informazioni sono immagazzinate in reti mnemoniche che contengono pensieri, immagini, emozioni e sensazioni, con collegamenti tra reti mnemoniche associate.

Si suppone che le reti sono organizzate intorno all'evento più precoce e che i ricordi di un evento recente può contenere elementi collegati a esperienze precedenti.

I ricordi traumatici sono immagazzinati in modo diverso, nell'emisfero destro, in una forma frammentata e non integrata, separata dal centro del linguaggio. L'ippocampo ha un ruolo speciale nella deposizione di ricordi legati a episodi o dati che qui vengono immagazzinati per circa un anno e poi trasferiti in altre strutture, in altre zone della corteccia. Noi abbiamo la più grande corteccia associativa, ed è questo che ci dà i vantaggi cognitivi. La ricerca ormai ha confermato che esperienze avverse precoci e lo stress cronico possono causare alterazioni nel funzionamento di strutture neuroendocrine e del sistema nervoso centrale.

È stata riscontrata una forte relazione causa-effetto tra l'ampiezza di esposizione alle Adverse Childhood Experiences (ACEs) e i fattori di rischio tra le varie cause principali di morte negli adulti. Malattie quali attacco ischemico cardia-

co, cancro, malattia cronica polmonare, fratture scheletriche, malattie al fegato, così come scarsa autovalutazione della salute hanno mostrato una relazione all'ampiezza delle esposizioni infantili. I risultati suggeriscono che l'impatto di esperienze infantili negative sulla salute da adulti sia forte e cumulativo (Felitti, et al., 1998).

Cambiamenti cronici in queste reti durante periodi critici dello sviluppo possono avere effetti irreversibili sulla crescita e lo sviluppo. Infatti, durante il vissuto di un evento traumatico, le risposte biochimiche da esso elicitate (adrenalina, cortisolo, ecc.) bloccherebbero il sistema innato del cervello di elaborazione dell'informazione, lasciando isolate in una stasi neurobiologica le informazioni collegate al trauma, intrappolate in una rete neurale con le stesse emozioni, convinzioni e sensazioni fisiche che esistevano al momento dell'evento.

Nel nostro cervello esiste un meccanismo innato capace di elaborare le esperienze negative, stressanti o traumatiche. In alcuni casi questo meccanismo si blocca e il ruolo dell'EMDR è di fornire uno stimolo affinché nel cervello si possa riattivare questo naturale processo di guarigione. L'obiettivo è la riorganizzazione del ricordo nella memoria in modo che venga immagazzinato in modo funzionale, cioè in modo da non causare più disturbo o sofferenza.

La ricerca scientifica sull'EMDR ha stabilito che è un trattamento supportato empiricamente ed evidence-based per il trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress

La focalizzazione dell'EMDR è sul ricordo dell'esperienza o esperienze traumatiche che hanno contribuito a sviluppare la patologia o il disagio che presenta il paziente. Il ricordo traumatico viene trattato terapeuticamente. C'è un cambiamento significativo nell'attivazione delle aree dopo la terapia con EMDR, da regioni limbiche

con una valenza emotiva elevata a regioni corticali con una valenza associativa. Questo offre una base neurobiologica forte nel (Pagani et al., 2012).

Con l'Elaborazione Adattiva dell'Informazione si osserva come i movimenti oculari tendono a stimolare il meccanismo che riattiva la capacità del sistema di elaborazione dell'informazione, permettendogli di recuperare l'informazione da una rete mnemonica diversa dove il paziente troverà insight e comprensione e consapevolezza.

La base dell'EMDR è la stimolazione alternata dei due emisferi cerebrali. Durante la seduta di EMDR l'elaborazione in genere avviene attraverso una rapida progressione di connessioni intrapsichiche come emozioni, insights, sensazioni e ricordi che emergono e cambiano ad ogni nuovo set di stimolazione bilaterale. I meccanismi d'azione includerebbero l'assimilazione di informazioni adattive trovate in altre reti mnemoniche che si collegano alla rete che conteneva prima l'evento disturbante isolato.



L'ospedalizzazione nei bambini. Le patologie che lasciano il segno

La permanenza in ospedale può turbare un bambino, può favorire l'emergere di paure e stati di agitazione, fino ad arrivare a sintomi ansiosi o depressivi perché i bambini possono non avere

raggiunto la piena maturazione delle competenze cognitive, emozionali e relazionali come conseguenza dell'età o di altri fattori. Il ricovero di un bambino in ospedale rappresenta quindi, per lui e per i genitori, un momento estremamente delicato, spesso doloroso e difficile da affrontare e non sempre i genitori sono adeguatamente preparati a gestire queste emozioni.

Per molto tempo, genitori, insegnanti e professionisti della salute mentale hanno sottovalutato o ignorato i sintomi ansiosi nei bambini e negli adolescenti, in parte anche a causa della difficoltà di questi ultimi a raccontare le proprie emozioni ed esprimere verbalmente un eventuale stato di malessere psicologico (Yule, 2000). Se per lungo tempo si è pensato che i bambini non fossero in grado di comprendere e di cogliere gli aspetti stressanti di una determinata situazione, e dunque non soffrissero, ricerche più recenti hanno mostrato che i bambini (anche in età prescolare) non solo hanno capacità di comprensione superiori a quanto si credeva, ma possono anche presentare risposte ansiose tutt'altro che transitorie.

Ovviamente non tutti coloro che sono esposti a una situazione stressante sviluppano reazioni di marcato disagio: la maggior parte dei bambini e degli adolescenti, infatti, si adatta e reagisce in modo positivo. Confusione, paura e tristezza costituiscono una risposta normale e possono scomparire in breve tempo, grazie anche al supporto e alla vicinanza fisica/emotiva degli adulti di riferimento. Alcuni bambini, però, possono manifestare reazioni di particolare disagio e sofferenza, che si protraggono nel tempo. La patologia che più frequentemente si associa a un'esperienza altamente stressante è stata definita "Disturbo Post-Traumatico da Stress" e viene frequentemente rilevata anche nelle situazioni di ospedalizzazione e malattia in età evolutiva (Lewis, Vitulano, 2003).

Le reazioni di bambini e adolescenti a eventi stressanti variano a seconda dell'età.

Nei lattanti la reazione si manifesta principalmente su un piano somatico, con possibili alterazioni nell'alimentazione e nei ritmi sonno veglia.

I bambini in età prescolare manifestano generalmente paure generalizzate, come ansia da separazione dai genitori e timore degli sconosciuti, rifiuto di tutto ciò che ricorda l'evento spiacevole, disturbi del sonno. Possono, inoltre, ripetere nei

loro giochi l'esperienza che è per loro fonte di stress (per esempio, giocare al dottore). Sono particolarmente diffusi i "comportamenti regressivi", che sono tipici di fasi evolutive precedenti e che si ripresentano nonostante il bambino li avesse già abbandonati (per es. succhiarsi il pollice, bagnare il letto, paura del buio). I bambini di questa età, inoltre, sembrano essere più sensibili alla reazione dei genitori, alle loro ansie e paure, che all'evento in sé.

Nei bambini in età scolare possono emergere nuove paure, quelle già presenti possono intensificarsi, alcune già superate possono riattualizzarsi. I bambini possono sentirsi indifesi e vulnerabili e percepire il mondo come un luogo insicuro e imprevedibile; in particolare, la paura può manifestarsi come difficoltà di separazione dai propri genitori, ma anche come oppositività, aggressività e distruttività. Non di rado, i bambini di questa età rappresentano l'evento stressante nei giochi, nei disegni, nelle verbalizzazioni.

Negli adolescenti la reazione agli eventi stressanti è molto più simile a quella degli adulti anche se con alcune differenze. In particolare, può presentarsi associata a depressione, abuso di sostanze, disturbi alimentari (anoressia/bulimia); spesso, inoltre, compaiono comportamenti impulsivi e aggressivi.

In alcuni casi, l'ansia del bambino può dipendere da una rappresentazione della malattia come punizione per una colpa commessa. È possibile, infatti, che il bambino sia convinto che la malattia non abbia una causa indipendente da lui, ma sia invece la conseguenza di una sua trasgressione alle regole genitoriali. È importante tenere in adeguata considerazione tutti questi aspetti (ansie, paure, sensi di colpa ecc.) perché possono indebolire la forza del bambino e la sua adesione al trattamento.

Paure più frequenti nell'infanzia

- *La paura del dolore.* I bambini sono generalmente spaventati dall'esperienza del dolore. In particolare, possono temere gli esami medici invasivi, tra i quali la comune "puntura". Questa paura è più facilmente riscontrabile nei bambini tra i 6 e i 12 anni.
- *La paura dell'abbandono.* Questa può essere meglio compresa e spiegata se si pensa che una visita medica, e a maggior ragione

un ricovero, possono comportare momenti di separazione dai propri genitori, risvegliando, soprattutto nei più piccoli, il timore di essere abbandonati. I bambini, per esempio, possono temere che i genitori li lascino da soli nella stanza della visita, insieme a persone che non conoscono. Questa paura è più evidente nei bambini al di sotto dei 7 anni, ma si può presentare anche fino ai 12-13 anni.

- *La paura del dottore.* Una delle paure più frequenti nei bambini può riguardare la figura del medico, che non solo è “sconosciuto”, ma indossa un camice e utilizza strumenti che possono incutere timore. È importante ricordare che un bambino spaventato può anche arrivare a fraintendere gli atteggiamenti e i movimenti del medico, intendendoli come severità, distacco o rifiuto.
- *La paura della morte.* I bambini di età inferiore ai cinque anni possono concepire la morte come un evento temporaneo e reversibile. Successivamente, però, il concetto di morte acquista valenze più personali e può sollecitare nel bambino un sentimento di forte vulnerabilità, da cui può scaturire un’intensa risposta ansiosa. Per questo motivo, i bambini in ospedale, anche a fronte di disturbi di lieve entità, possono temere di avere qualcosa di molto grave, arrivando a credere che a causa della malattia dovranno morire.

L’adolescenza con le rapide trasformazioni sul piano fisico, psicologico e relazionale, rappresenta una fase particolarmente delicata dello sviluppo. L’adolescente, infatti, deve rispondere a tutta una serie di compiti evolutivi finalizzati alla conquista dell’autonomia e di un’identità, anche corporea. A causa dei normali cambiamenti fisiologici, in questo periodo l’immagine corporea si modifica rapidamente e richiede continui adattamenti nella ricerca di una nuova identità personale. Eventi come incidenti e malattie possono incidere profondamente sull’equilibrio dell’adolescente, proprio perché rendono ancora più complessa la definizione dell’identità corporea. Negli adolescenti ospedalizzati si evidenziano le seguenti paure:

- *La paura di mostrarsi debole.* Un adolescente può sentirsi a disagio all’idea di mo-

strarsi spaventato, fragile, o più in generale di manifestare reazioni “infantili”, a causa di procedure mediche dolorose e spiacevoli.

- *La paura di mostrare il proprio corpo.* Il doversi spogliare può diventare per un adolescente un momento carico di tensione, soprattutto se nella stanza sono presenti più persone.
- *La paura di essere sfigurati.* Il timore di rimanere “segnati per sempre” o “sfigurati” da qualche particolare procedura medica/intervento, di non poter più godere della piena autonomia e dell’integrità corporea (come nel caso di fratture), caratterizza questa fase evolutiva in cui l’attenzione al corpo è particolarmente viva.
- *La paura di morire.* È normale che un adolescente nel percorso di sviluppo e di costruzione della propria identità, si ponga degli interrogativi sul significato dell’esistenza, sulla vita e sulla morte. Questa riflessione può essere particolarmente sollecitata dall’esperienza della malattia e del ricovero, che possono dare origine ad un sentimento di forte vulnerabilità e a un’intensa paura di morire. Spesso questa paura è dovuta a un fraintendimento della propria condizione fisica: per esempio, una normale stanchezza può essere interpretata come un sintomo particolarmente grave.

Dunque, in primo luogo, è necessario riflettere su tutte quelle variabili che possono turbare il benessere del bambino in ospedale, ma anche su quelle che lo proteggono e lo aiutano ad affrontare momenti difficili come quelli della malattia e del ricovero (i cosiddetti “fattori di protezione”).

In linea generale, ciò che rassicura maggiormente un bambino/adolescente è:

- sapere che cosa gli sarà fatto e sapere che i genitori sono sinceri con lui: dire a un bambino che non proverà alcun dolore durante una data procedura medica, per esempio, può essere fuorviante.
- poter esprimere liberamente sentimenti e paure;
- avere la possibilità di porre domande – anche se agli adulti possono apparire banali – e ricevere risposte chiare e non svalutanti;
- avere genitori pazienti e capaci di non so-

- vaccinarlo con le proprie paure;
- sentire che gli adulti che lo circondano parlano e agiscono in modo calmo e sereno;
- sapere che il personale medico è sempre disponibile ad aiutarlo;
- avere la possibilità di mantenere il più possibile le proprie abitudini e disporre di momenti ludici/di svago, che li aiutino a distogliere l'attenzione dalla malattia.

Occorre, quindi, promuovere e valorizzare – in accordo con i principi contenuti nella Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo (1989) e la Carta Europea dei bambini degenti in ospedale – sia il ruolo della famiglia, con la sua funzione di protezione e di cura, sia quello delle numerose figure presenti all'interno dell'ospedale (medici, infermieri, volontari, la scuola ecc.) nella promozione e nella tutela del benessere di bambini e adolescenti.



Come aiutare i bambini: suggerimenti per gli adulti

Il coinvolgimento della famiglia, dei medici, della 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. I bambini provano dolore come gli adulti quando accadono eventi tragici. 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. A riguardo, infatti, permangono ancora molti luoghi comuni. La sofferenza psicologica e morale di un bambino viene spesso minimizzata con frasi del tipo:

- *“I bambini non soffrono per le perdite”*
- *“I bambini devono essere molto protetti dalla perdita e dal distacco”*
- *“I bambini si riprendono molto facilmente e con velocità”*
- *“I bambini sono segnati in modo indelebile dalle perdite”*
- *“I bambini vanno a giocare e dimenticano tutto”*

- *“I bambini sono troppo piccoli per capire. Perché opprimerli con pensieri più grandi di loro? È meglio risparmiargli la sofferenza degli adulti”.*

Molto spesso i bambini non parlano con gli adulti di quanto hanno vissuto e gli adulti colludono non parlando con loro: *“meglio che dimentichi non gli dico niente per non fargli tornare in mente pensieri tristi, magari non ha capito cosa è successo o se ne è già dimenticato”.*

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 risposta 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.

I genitori sono le persone più indicate per informare e preparare il bambino ad affrontare situazioni critiche e potenzialmente traumatiche. Quando questo non è possibile (es. morte di un genitore e l'altro è sofferente) deve farlo una persona che il bambino conosce bene, di cui si fida.

È importante che i genitori trovino o 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. Deve esserci il tempo e la tranquillità necessaria per parlare. L'adulto deve ascoltare le domande del bambino e rispondere con sincerità, accettare e rispettare le sue emo-

zioni. Deve essere consapevole delle possibili reazioni dei bambini poiché essi possono reagire in modo diverso: alcuni piangono o protestano oppure negano la realtà, altri dimostrano apatia e si comportano come se non avessero sentito quello che gli è stato appena spiegato ma devono avere la possibilità di riprendere l'argomento con le loro domande e ricevere delle risposte sincere. Se non ci sono risposte allora bisogna dirlo: i bambini questo lo capiscono.

Riassumiamo alcuni suggerimenti per gestire la loro reazione:

- trovare il tempo e la tranquillità necessari per stare insieme ai bambini e parlare con loro;
- ascoltare le loro domande, anche se ripetitive e insistenti, rispondendo con sincerità;
- evitare il più possibile di mostrare di fronte a loro ansia e preoccupazione;
- scegliere parole semplici utilizzando esempi concreti e comprensibili per spiegare quello che sta succedendo e cosa si sta facendo per superare le difficoltà;
- rispettare le emozioni e le paure dei bambini, anche se possono sembrare eccessive o irrazionali;
- evitare che i bambini siano esposti a situazioni che ricordano l'evento traumatico vissuto: ne è un esempio essere ripetutamente esposti a immagini televisive che ricordano loro quanto accaduto;
- prestare attenzione alla maniera in cui l'ansia può esprimersi nei bambini: mal di testa o mal di pancia ricorrenti, senza che sia identificata alcuna causa organica, possono essere sintomi del trauma vissuto.

Quando il bambino ha meno di 6 anni è inoltre, consigliabile evitare separazioni a meno che non sia strettamente necessario, rassicurarli facendoli sentire protetti, comunicando tranquillità e padronanza; in questi casi può essere di aiuto dedicarsi insieme ad attività rilassanti, come leggere una fiaba, passeggiare, giocare, ascoltare la musica.

I bambini in età scolare vanno aiutati a dare un nome alle emozioni, per riuscire a definirle e quindi a gestirle; vanno inoltre rassicurati sul fatto che è del tutto normale sentirsi tristi e arrabbiati e che non si devono sentire "cattivi" o "sbagliati" se sperimentano queste emozioni.

Con i preadolescenti e gli adolescenti è di aiuto un atteggiamento differente: supportare e rispettare sempre il loro punto di vista e le loro emozioni anche facendoli sentire importanti nel processo di ritorno alla normalità, valorizzando il loro aiuto e le loro capacità; prestare attenzione a eventuali comportamenti aggressivi, autodistruttivi o ad un eventuale abuso di alcol o droghe.

Conclusioni

I bambini non recuperano dal trauma senza intervento. Genitori, medici, comunità e 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, sono in grado di rispondere ai propri figli e aiutarli a superare tale momento difficile. L'obiettivo è quello di ripristinare l'equilibrio nella vita di questi bambini e nella vita delle loro famiglie.

Bibliografia

- Caffo, E., (2003). *Emergenza nell'infanzia e nell'adolescenza, Interventi psicoterapeutici e di comunità*, Milano, McGraw-Hill.
- Bowlby, J., (1972, 1992). *Attaccamento e perdita, vol. I e vol. II*, Boringhieri, Torino.
- Felitti, V.J. et al. (1998). "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal Prev Med*: 14(4): 245-258.
- Lewis, M., L. A., & Vitulano, (2003). "Biopsychosocial issues and risk factors in the family when the child has a chronic illness", *Child and Adolescent Psychiatry Clinic* 12, 389-399.
- Pagani, M., et al. (2012). "Substrato neurobiologico della terapia con EMDR", *Supplemento alla Rivista di psichiatria*, 47 (2): 16-18.
- Siegel, D.J., (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Milano.
- Siegel, D.J., & Hartzell, M. (2005). *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori*, Cortina, Milano.
- Shapiro, H.(2000). *EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*, McGraw-Hill, Milano.
- Stern, D.N. (1998). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Cortina, Milano.
- Yule, W. (2000). *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, McGraw-Hill, Milano.

Congruenza intima psicofisiobiologica e Motivazione Intrinseca Strutturale

Massimo Frateschi

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

Riassunto

L'autore presenta due concetti fondamentali della psicoevoluzione: la congruenza intima psicofisiobiologica e la Motivazione Intrinseca Strutturale. La scienza e tecnica psicologica può contribuire insieme ad altre discipline scientifiche e tecniche a visioni più ampie e, nel contempo, approfondite dell'essere umano nel mondo. Lo studio e la ricerca psicodinamica psicoevolutionista analizza e compone principi e concetti che appartengono alla storia della scienza psicologica e ad altre scienze, sviluppando approfondimenti, teorie e tecniche. Le risultanti interdisciplinari possono essere utilizzate in molteplici ricerche e applicazioni per promuovere la salute e il benessere dell'essere umano nella società moderna.

Parole chiave: *Psicofisiobiologia, psicodinamica psicoevolutionista, motivazione.*

La psicofisiobiologia può fornire contributi importanti per lo studio, la ricerca e l'uso di informazioni, correlazioni e metodi della psicologia, della fisiologia, della biologia, ed eventualmente anche della anatomia, della biochimica, della fisica, dell'elettronica, dell'ingegneria e di altri campi di ricerca, a partire dallo studio dell'unità cellulare, dal nucleo alla membrana cellulare, e dell'organismo pluricellulare, dal protoplasma all'organizzazione delle cellule specializzate dipendenti e interdipendenti, dalle strutture e dinamiche psichiche agli stadi di evoluzione dell'essere umano.

“Tutti gli organismi, per vivere bene, debbono assorbire le sostanze nutrienti ed evitare gli ambienti dannosi. Gli organismi più semplici riescono a sopravvivere abbastanza bene se sono posti in un ambiente nutritivo e se si riproducono rapidamente quando le condizioni sono buone, di modo che almeno una parte della loro progenie abbia la possibilità di raggiungere altri ambienti favorevoli e di sopravvivere per riprodursi a sua volta. Tali organismi hanno anche bisogno, come minimo, di un sistema riproduttivo e di sistemi enzimatici per trarre energia e materiale nutritivo dal

loro ambiente. Qualsiasi mutazione che privasse la prole di questi sistemi sarebbe letale. Per prosperare in ambienti molto favorevoli, gli animali possono contare su mutazioni che li forniscono di sistemi motivazionali più complessi e solo quegli animali che acquisiscono o ereditano tali sistemi riescono a sopravvivere in certi ambienti. I sistemi motivazionali sorgono per caso e si riscontrano negli animali attualmente esistenti appunto perché gli animali privi di essi furono eliminati nel processo di selezione naturale” (Milner P.M., 1970).

Nella natura, ogni organismo è una entità che si costruisce da sé, per interazioni costruttive interne molecolari, simultanee al riconoscimento di altre molecole (funzione teleonomica di proteine, DNA, RNA). Ora, inizio a descrivere come viene incluso nella psicoevoluzione il concetto della *congruenza intima psicofisiobiologica* (Frateschi M., 1997) per la specie umana. Ogni organismo umano viene alimentato dal mondo esterno a partire dalle energie delle proteine fino alle energie affettive. Già nello stadio embrionale, e poi, nello stadio fetale vengono assorbiti alimenti per la crescita biologica e psichica; il feto, quindi, assorbe e immagazzina una moltitudine di alimenti composti biologici e psichici, tali da procurare sensazioni ed emozioni primordiali congrue al grado di evoluzione (Frateschi M., 2012). Negli esseri umani, durante la vita intrauterina, così come possono presentarsi *configurazioni globali di quadri normali e quadri subclinici*, con esordi silenti o lievissimi di segni clinici, per ambiti fisiologici, biologici, neurologici, in pari misura, possono presentarsi per l'ambito psicologico.

Ma come si compone l'equilibrio interno nell'organismo tra questi ambiti?

“Gli animali superiori, in modo particolare l'uomo, acquisiscono bisogni connessi a diverse condizioni prive originariamente di valore per la sopravvivenza: l'approvazione degli altri, i simboli di status e così via. Una volta acquisiti tali

bisogni, la mancanza delle condizioni specifiche per la soddisfazione di essi determina delle alterazioni dell'equilibrio interno dell'individuo. Che sia innata o acquisita, una condizione di bisogno determina uno stato di bisogno, cioè l'insieme dei cambiamenti dell'equilibrio «interno» causati da fattori «innati» o «acquisiti». Uno stimolo attivatore è quell'aspetto di uno stato di bisogno che mette in moto un meccanismo motivazionale nel SNC" (Leukel F., 1976).

Può risultare utile chiarire alcuni tratti distintivi e alcune correlazioni tra istinto, pulsioni, bisogni e motivazione. Freud (1914) esprime sull'istinto degli esseri umani: "Ammettendo che l'uomo possieda egli pure un patrimonio istintivo del genere, non vi sarà da meravigliarsi che questo concerna in modo del tutto particolare i processi della vita sessuale, sebbene nulla obblighi, d'altra parte, a limitarsi a questi. Questo patrimonio istintivo costituirebbe il nucleo dell'inconscio. Esso sarebbe quella attività mentale primitiva che viene detronizzata e sommersa, più tardi, all'avvento della ragione umana, ma che tanto spesso, forse in noi tutti, conserva la forza di attrarre a sé processi psichici più elevati". Quindi, Freud (1938), definisce le pulsioni, così: "Chiamiamo *pulsioni* [*Triebe*] le forze che supponiamo presenti dietro le tensioni dei bisogni dell'Es. Esse rappresentano le pretese corporee nei confronti della vita psichica. Sebbene costituiscano la causa ultima di ogni attività, esse sono di natura conservativa. Da ogni stato che un organismo ha raggiunto nasce, non appena esso sia stato abbandonato, una tendenza a ristabilirlo. Si può dunque distinguere un numero indeterminato di pulsioni, e ciò che si fa anche abitualmente. Per noi è importante conoscere se queste molteplici pulsioni possano essere ricondotte a un numero circoscritto di pulsioni fondamentali [*Grundtriebe*]. Abbiamo appreso che le pulsioni possono mutare la loro meta (mediante spostamento), e anche che possono sostituirsi l'uno con l'altra, in quanto l'energia di una pulsione passa nell'altra. Quest'ultimo processo è ancora poco compreso. Dopo lungo indugio e indecisione ci siamo decisi ad ammettere solo due pulsioni fondamentali: l'*Eros* e la *pulsione distruttiva* [*Destruktionstrieb*]. (L'opposizione tra pulsione di autoconservazione e pulsione di conservazione della specie, così come quella tra amore dell'Io

e amore dell'oggetto, ricade all'interno dell'Eros). La meta della prima è produrre unità sempre maggiori e mantenerle in vita, dunque legare. Al contrario la meta dell'altra è sciogliere legami e distruggere così le cose. Per quanto riguarda la pulsione distruttiva possiamo ritenere che la sua meta ultima sia condurre il vivente allo stato inorganico. La chiamiamo perciò anche *pulsione di morte* [*Todestrieb*]"

La distinzione tra istinto e pulsioni può essere delineata anche secondo quanto intende Hartmann, così come riferito da Brenner (1955): "Un istinto è la capacità o la necessità innata di reagire ad un determinato insieme di stimoli in maniera stereotipata o costante, maniera che costituisce di solito un comportamento notevolmente più complesso di ciò che chiamiamo un semplice riflesso per esempio il patellare. Come un semplice riflesso, tuttavia, un istinto, in un animale dotato di sistema nervoso centrale, è composto presumibilmente di uno stimolo, di una eccitazione centrale di qualche tipo e di una risposta motoria, la quale segue un corso predeterminato. D'altra parte ciò che nell'uomo chiamiamo pulsione non include la risposta motoria, ma solo lo stato di eccitazione centrale in risposta alla stimolazione. L'attività motoria che segue questo stato di eccitazione viene mediata da una parte altamente differenziata della « psiche » che è conosciuta nella terminologia psicoanalitica col nome « Io ». Essa consente la possibilità che la risposta allo stato di eccitazione che costituisce la pulsione o la tensione istintuale, venga modificata dall'esperienza e dalla riflessione, anziché essere predeterminata, come nel caso degli istinti caratteristici degli animali inferiori" (Hartmann, 1948).

Occorre introdurre un'altra caratteristica distintiva tra stimolo fisiologico e stimolo pulsionale che può condurci ad un passo in avanti sulla comprensione del bisogno.

Freud, infatti, prima di discutere su alcuni termini usati a proposito del concetto di pulsione, come ad esempio, "spinta", "meta", "oggetto", "fonte" della pulsione, descrive le differenze tra lo stimolo pulsionale e lo stimolo fisiologico. Freud (1915) afferma: "Siamo giunti dunque a disporre del materiale atto a differenziare lo stimolo pulsionale dagli altri stimoli (fisiologici) che agiscono sulla psiche. In primo luogo lo stimolo

pulsionale non proviene dal mondo esterno ma dall'interno dello stesso organismo. È per questo che incide anche in modo differente sulla psiche, ed esige, per essere eliminato, azioni di natura diversa. Inoltre, tutti gli elementi essenziali dello stimolo [fisiologico] sono dati se supponiamo che esso agisca come un singolo urto: in tal caso può essere liquidato mediante un'unica azione appropriata, quale si ha in modo tipico con la fuga motoria dalla fonte dello stimolo stesso. Naturalmente questi urti possono anche ripetersi e sommarsi, ma ciò non porta alcun mutamento nella concezione del processo e nelle condizioni che presiedono all'eliminazione dello stimolo. La pulsione al contrario non agisce mai come una forza d'urto momentanea, bensì sempre come una forza costante. E, in quanto non preme dall'esterno, ma dall'interno del corpo, non c'è fuga che possa servire contro di essa. Indichiamo più propriamente lo stimolo pulsionale col termine "bisogno"; ciò che elimina tale bisogno è il "soddisfacimento". Il soddisfacimento può essere ottenuto soltanto mediante una opportuna (adeguata) modificazione della fonte interna dello stimolo"

Nell'organismo umano ogni bisogno fisiologico e biologico, dunque, è in relazione non solo con altri bisogni fisiologici e biologici, bensì anche con bisogni psicologici. I bisogni psicologici possono anche precedere, in quanto emergenze, quelli fisiologici e biologici o ancora essere simultanei, o nuovamente successivi. Malgrado i bisogni fisiologici e biologici sembrano dominare, a volte si può riscontrare una sovradeterminazione psicologica nell'attivazione del bisogno.

"All'interno della sfera dei determinanti motivazionali ogni comportamento tende ad essere determinato da molti o tutti i bisogni fondamentali simultaneamente e non da uno solo di essi. La determinazione dovuta ad un solo bisogno sarebbe piuttosto un'eccezione. Il mangiare può essere motivato in parte dall'intento di riempire lo stomaco ed in parte per cercar conforto e per soddisfare altri bisogni. Si può far l'amore non solo per soddisfare il sesso, ma anche per convincersi della propria mascolinità, per fare una conquista, per sentirsi potente, per ottenere maggiore affetto" (Maslow A.H., 1954).

Si potrebbe descrivere un singolo atto di un essere umano, individuando i bisogni fisiologici,

di sicurezza, di amore, di stima, di autorealizzazione. Talvolta confluiscono tra di loro come un fiume in piena, poi si dividono in rivoli, per ricomporsi, infine, nel mare dei bisogni.

"Tutti gli organismi viventi sono formati da sostanze chimiche, e ciò è ovvio perché tutta la realtà che ci circonda ha questa caratteristica. Se pur è rilevante conoscere la composizione chimica di un sasso o quella dell'atmosfera o quella dell'acqua che beviamo e ancora più rilevante conoscere la composizione chimica degli organismi viventi poiché quasi tutto il loro comportamento, a qualunque livello venga esaminato, dipende in qualche modo dalla maniera di reagire dei composti di cui sono formati" (Dellantonio A., Omodeo P., Saviolo N., 1980).

L'evoluzione, determinatasi per variazione casuale e selezione naturale, ha causato un aumento di specializzazione e complessità degli organismi pluricellulari, come gli esseri umani. Leukel descrive che: "Le attività di una parte del corpo sono sempre coordinate con quelle di altre parti di esso. È necessario un alto livello di organizzazione per consentire i livelli di interdipendenza che mostrano cellule, tessuti e organi molto diversi tra di loro. Questo livello di organizzazione è necessario anche a mantenere costanti le condizioni dell'ambiente interno nonostante all'esterno esistano forti variazioni di temperatura, di disponibilità di cibo e di altri fattori. La necessaria integrazione delle attività corporee è garantita soprattutto in tre modi: 1) l'organizzazione dei tessuti e degli organi in sistemi permette una certa coordinazione delle singole funzioni generali come la digestione o la circolazione; 2) le ghiandole endocrine contribuiscono alla coordinazione attraverso i loro prodotti di secrezione che vengono trasportati in tutto l'organismo dal flusso sanguigno disperdendosi ampiamente nei tessuti e 3) il sistema nervoso è completamente devoluto alla coordinazione delle molte e differenti funzioni degli altri organi e sistemi del corpo. Potenzialmente, le attività di quasi tutte le parti del corpo possono stimolare un cambiamento nell'attività di qualsiasi altra parte di esso grazie ad uno stretto collegamento mantenuto attraverso le connessioni del sistema nervoso" (Leukel F., 1976).

La congruenza intima psicofisiobiologica è già presente nell'integrazione delle risposte omeosta-

tiche adattive, molto complesse. Il feto, in quanto *campo organismo*, è strutturato, organizzato e funzionante, nel flusso dinamico di stimoli e alimenti molteplici biologici, sensoriali, emotivi, ecc., in divenire, del *campo organismo madre*.

Ora, proseguiamo sulla specificità umana di produzione e rappresentazione immaginativa correlata ai bisogni e alla motivazione, nella ricerca psicodiagnostica e clinica.

Sui bisogni, la motivazione e le produzioni immaginative Nuttin J., Fraisse P., Meili R., (1963) sostengono quanto segue: “a) *Bisogni psicogeni*. I lavori sul livello di aspirazione studiano la motivazione sul piano dell’attività cosciente e reale. Certi autori hanno creduto di trovare nelle produzioni immaginative una via privilegiata per lo studio della motivazione. Questa corrente trova la sua ispirazione sia nelle idee freudiane sulla funzione dei sogni e il meccanismo della proiezione, che in certe ricerche sull’elemento immaginativo o proiettivo che entra nella percezione. Due gruppi di ricercatori hanno lavorato in modo particolare con le tecniche d’esame delle produzioni immaginative. Il primo è quello della clinica psicologica di Harvard sotto la direzione di Murray (1938), che annovera, fra gli anni trenta e quaranta i nomi di Sears, Rosenzweig, MacKinnon, Sanford, Frank, Beck, Ovsiankina, White, ecc., ricercatori che hanno attualmente al loro attivo importanti lavori nel campo della motivazione. Il lavoro classico di questo gruppo (Murray, 1938) ha aperto nuove vie allo studio della motivazione e contiene, fra le altre, le prime ricerche con il metodo dell’appercezione tematica, pur mettendo in evidenza certi bisogni specificamente umani (psicogeni) come per esempio il bisogno di *performance* o la motivazione al successo (*need for achievement = n ach*), il bisogno di affiliazione (*n affiliation*), il bisogno di conoscenza e di esplorazione, ecc.

b) *Il bisogno di performance o la motivazione al successo*. La seconda équipe di ricercatori, che del resto non è completamente indipendente dall’altra, si raggruppa intorno ai lavori di McClelland (1953) sul bisogno di affiliazione, e, soprattutto, sul bisogno di *performance* o di motivazione al successo (*n achievement*)”.

Altri psicologi si riferiscono alla motivazione in termini di mobilitazione di energia. Un’ipotesi sostenuta da Hebb (1949) pone in evidenza

l’attività naturale del sistema nervoso. La cellula nervosa non ha bisogno, per essere attiva, di una stimolazione proveniente dall’esterno, la cellula nervosa non è fisiologicamente inerte e la sua attività naturale costituirebbe un sistema di auto motivazione. Hebb ritiene di identificare lo stato generale di motivazione con la funzione di vigilanza (arousal) che emana dalla formazione reticolare del tronco cerebrale. Egli considera il «sistema di vigilanza» (formazione reticolare) come una via secondaria grazie alla quale l’eccitazione sensoriale raggiunge la corteccia (Hebb, 1955).

Le ricerche sui disturbi della percezione dei rapporti spaziali sono stati oggetto di studio, e di correlazione nelle mie ricerche cliniche, fin dall’inizio, per la psicoevoluzione, in quanto correlate in modo specifico con molti concetti e aspetti, di particolare rilevanza psicologica clinica, psicodiagnostica e psicoterapeutica, che ho avuto modo di trattare personalmente. Una traccia di analisi, valutazione e interpretazione clinica dei principi dei campi di forza e delle leggi di unificazione formale, proviene dall’elaborazione della variabile integrazione tra le informazioni dello spazio corporeo, cioè dello spazio interno (mondo interno) e dello spazio extracorporeo, ovvero dello spazio esterno (mondo esterno). Le informazioni relative al nostro spazio interno sono continuamente disponibili, in condizioni normali, ed anche molte informazioni e condizioni del mondo esterno sono prevedibili a priori (Frateschi M., 2012).

Per i disturbi della percezione dei rapporti spaziali, Spinnler, afferma che: “Ad essi viene imputato il comportamento di un cerebroleso, che dimostri di non riuscire a cogliere talune caratteristiche dello spazio extracorporeo, più o meno arbitrariamente isolate in quanto ritenute cruciali ai fini del corretto orientamento spaziale ... Un modo possibile – non certo l’unico anche se è correntemente proposto – è quello di concepire la strutturazione del nostro spazio interno secondo un sistema tridimensionale di coordinate cartesiane costruite attorno alle strutture ed alle afferenze visive e vestibolari (egocentriche). La localizzazione degli stimoli extracorporei consiste così nella rapida e automatica definizione dei loro parametri rispetto alle coordinate visive (il principale strumento di percezione spaziale degli stimoli esterni) e, immediatamente dopo, rispetto a quelle

somatiche. L'analisi dell'orientamento, pertanto, è essenzialmente una descrizione di come il comportamento sia regolato dalla cognizione dei reciproci rapporti che vengono ad intercorrere tra spazio esterno e spazio interno" (Spinnler H. R., 1977).

Nell'approfondimento psicoevoluzionista si configura, al posto del sistema tridimensionale di coordinate cartesiane, un sistema a quattro dimensioni, quindi, con l'inclusione della dimensione tempo, simultaneo - successivo, insieme alle tre dimensioni spaziali singole e in intercorrelazione. Ne consegue che, nei casi normali, la congruenza intima psicofisiologica rivela, secondo le leggi di unificazione formale, maggior grado di "pregnanza", "esperienza passata" e "buona continuazione (o direzione)". Solo attraverso un sistema a quattro dimensioni è possibile riconoscere la dinamica, le forze in campo agenti e reagenti. Infatti, ciò si verifica, sia nei fenomeni che appaiono nella simultaneità, e ciò al limite di un ipotetico fermarsi istantaneo, monofenomenico o multifenomenico, sia nella successione dei fenomeni, rispetto alle tre dimensioni spaziali che, in realtà, non possono essere presenti in condizione di stasi assoluta, nel campo organismo, ma vanno osservate con la successione temporale dei fenomeni. In questa dinamica, un'ulteriore considerazione, va disposta circa la congruenza intima dei sistemi difensivi strategici fisici e psichici, che, come vedremo anche in seguito, sono in continua interazione, per comporre le azioni e reazioni difensive psicofisiche, non in uno spazio interno senza tempo, bensì, nello spazio-tempo interno, quindi sia nella simultaneità, che nella successione dei fenomeni. Per esempio, presentandosi un'interferenza visiva nel mondo esterno, o presentandosi una perturbazione percettiva nel mondo interno, l'osservazione non potrebbe essere svolta senza un *tempo - durata*, del fenomeno o dei fenomeni; l'osservazione, tra l'altro non riguarderebbe solo l'oggetto, eventualmente presente e visto nel mondo esterno, ma anche le dimensioni interne spazio-tempo, che creano continuamente rappresentazioni mentali di figure e sfondi nel mondo interno, riguardanti parti di una autopercezione, oltre che di una percezione verso il mondo esterno. Il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo elabora sicuramente l'interferenza visiva, an-

che se presente per una durata di una frazione infinitesimale di tempo, perché non crei squilibri psichici, pur minimi o lievi, dando correzione immediata segnaletica agli altri sistemi complessi del campo organismo, e tendendo all'equilibrio dinamico percettivo ed emotivo (Frateschi M., 2012).

Sulla base di quanto esposto finora, posso procedere verso alcuni aspetti specifici sulla motivazione ed in particolare sulla Motivazione Intrinseca Strutturale che è causa di dinamica, di direzione e di spinta evolutiva dell'organismo umano, attraverso una configurazione globale dinamica di istinti, pulsioni, bisogni. Lo "slancio originario" nella natura degli esseri viventi, può corrispondere nella specie umana alla "motivazione originaria" che io chiamo: "Motivazione Intrinseca Strutturale - M.I.S." (Frateschi M., 1997), che è un tipo di motivazione originata dalla specificità della gestalt psico-fisio-biologica interna alla struttura dell'organismo vivente; la teoria della "Motivazione Intrinseca Strutturale" è congruente al principio dell'isomorfismo psicofisico e alle leggi di unificazione formale della Psicologia della Gestalt. Un'osservazione «spontanea» di ogni modo di agire di un uomo può farci immaginare che sia regolato da uno scopo per realizzare o arrivare ad un oggetto-meta; l'uomo ricerca anche oggetti-meta non ancora presenti o inesistenti e le capacità intellettive, cognitive, emotive e immaginative permettono all'essere umano di costruire l'inesistente e, quindi, le costruzioni immaginative nelle ricerche sulla motivazione umana sono molto importanti, così come la funzione simbolica di "simulazione".

Kurt Lewin fu tra i primi psicologi ad avviare la ricerca moderna nel campo della motivazione, sul legame associativo e l'effetto dinamico (1917, 1922). Egli giunse alla conclusione che il legame associativo in sé stesso non ha effetto dinamico: «siffatte connessioni non sono mai causa di un avvenimento» (Lewin, 1926).

Maslow ha delineato una prospettiva teorica per lo stato motivazionale, sostenendo che: "Le correnti concezioni della motivazione procedono ordinariamente o almeno sembrano procedere sulla base che uno stato motivazionale è uno stato speciale, nettamente distinto da ogni altra cosa che può accadere nell'organismo. Al contra-

rio una valida teoria motivazionale deve supporre che la motivazione è costante, non finisce mai, è oscillante e complessa e che è una caratteristica di quasi ogni stato di cose organismico” (Maslow A. H., 1954).

White (1959) sostiene l'esistenza di una “*motivazione alla competenza*” (effectance), fin dalla nascita con una determinante funzione adattiva. Lo stato motivazionale definito come “*esperienza di flusso*” o “*flow experience*” (Csikszentmihalyi M., 1993) è caratterizzato dal fluire dell'attività senza ostacoli o paure e dalla percezione di essere un tutt'uno con essa. De Beni e Moè (2000) ritengono che: “la motivazione è un insieme strutturato di esperienze soggettive che spiega l'inizio, la direzione, l'intensità, e la persistenza di un comportamento diretto a uno scopo”.

La psicodinamica psicoevolutionista studia come i significati dei vari comportamenti dell'organismo umano sono correlati in un modo soggettivo; per cui non viene studiato il comportamento “calmo”, ma i significati della “calma” in relazione con tutto l'organismo. L'organismo umano è una gestalt campo dinamico di forze “chiuso” dal confine epidermico, nel senso di una gestalt a sé stante, ma simultaneamente “in contatto flessibile e variabile” col mondo esterno. Ciò si può dimostrare sul piano psicofisiobiologico. Infatti, il *campo organismo* è flessibile poiché un essere umano può prendere contatto con la punta dell'indice o con gran parte della superficie epidermica con un oggetto o una persona, ed è variabile poiché un oggetto o una persona possono introdursi in un essere umano, ad esempio, una lama di coltello, o un dito in gola (Frateschi M., 2011). Nel campo organismo, la congruenza intima psicofisiobiologica è strettamente correlata alla Motivazione Intrinseca Strutturale che è la spinta prenucleare interna strutturante l'evoluzione umana che ora descriverò.

La Motivazione Intrinseca Strutturale determina lo scenario originario più profondo dell'inconscio, che si costruisce gradualmente nello stadio embrionale e nello stadio fetale come “*matrice primaria dinamica*” (Frateschi M., 1997). Ogni struttura psichica ed intrapsichica si costituisce ed evolve, attraverso una spinta prenucleare interna strutturante, che è prima e principale forza vettoriale di matrice psichica: la Motivazione

Intrinseca Strutturale, che compone e scompone figure e sfondi energetici del campo organismo, in evoluzione nello stadio fetale. Nella fase prenatale, la spinta procreatrice insita negli esseri umani, diviene vitale per la divisione e moltiplicazione cellulare, costruisce un campo organismo dinamico di processi strutturanti psico-fisio-biologici e, quindi, i complessi sistemi strategici difensivi psichici e fisici per la sopravvivenza della specie stessa. Il circuito vitale di specie è determinato dalle spinte straordinarie di procreazione e di sopravvivenza, attraverso flussi di forze vettoriali energetiche, che strutturano organismi viventi. Dunque, la Motivazione Intrinseca Strutturale, probabilmente, attiva ad uno stadio prenucleare inconscio, sia gli istinti, le pulsioni, i bisogni, sia l'intelligenza, la percezione, le emozioni, come figure, che dinamicamente sono agenti nel campo organismo, in sintonia o in conflitto, in quanto forze in movimento, in evoluzione continua, nello sfondo che ho denominato appunto “*matrice primaria dinamica*”. Queste figure, agenti all'interno della matrice primaria dinamica, possono sviluppare scene inconse multiple, simultanee, successive, ovunque nel campo organismo, che deve, come totalità dinamica organizzata, perciò, autoregolarsi verso l'equilibrio, sia delle tensioni del mondo interno, sia dalle pressioni del mondo esterno. La Motivazione Intrinseca Strutturale, componendosi nella specie umana, con una traccia per ciascun essere umano specifica nella gestalt psico-fisio-biologica, si avvia nello stadio embrionale, e si sviluppa nello stadio fetale, nel “campo organismo fetale” all'interno del “campo organismo madre”; perciò, non è mai secondaria agli istinti, alle pulsioni o ai bisogni, bensì, è principale, indipendente e spesso causa determinante gli istinti, le pulsioni e i bisogni (Frateschi M., 2006). La Motivazione Intrinseca Strutturale non è presente solo ai livelli superiori, ma anche ai livelli inferiori, ritengo fino al livello di origine del sistema motivazionale, quindi, fino ai fondamentali sistemi e processi di regolazione del mondo interno, e di relazione con il mondo esterno. I sistemi e i processi di regolazione della percezione, delle sensazioni, della temperatura, della pressione, della fame, della sete, della veglia, del sonno, implicano una capacità strategica sia dei sistemi difensivi fisici e psichici, sia di direzione del si-

stema motivante intrinseco strutturale, attraverso configurazioni organizzate in totalità dinamiche, estremamente complesse, con attivazioni e inibizioni, innate e apprese, simultanee e successive, prefigurate su sfondi di differenziazione cellulare, altamente specializzati, per la sopravvivenza e l'evoluzione già nello stadio fetale. Sistemi e processi complessi come: il sistema ipotalamico, il sistema limbico, il sistema dopaminergico, il sistema endorfinergico, presiedono i processi delle reazioni difensive, di fuga, di paura, ecc. Di conseguenza, confermo che, lo "slancio originario" nella natura degli esseri viventi, corrisponde nella specie umana alla Motivazione Intrinseca Strutturale – M.I.S.

Per comprendere da quali altri contributi psicodinamici e, in particolare, psicoanalitici, sono giunto alla dimostrazione della Motivazione Intrinseca Strutturale è necessario ripartire da Freud. Se proviamo a richiamare i riferimenti freudiani alla pulsione come rappresentante psichico degli stimoli che nascono all'interno del corpo, l'oggetto va inteso come oggetto esterno reale. Questo oggetto esterno non sarebbe presente all'esordio della vita psichica, piuttosto verrebbe interiorizzato successivamente all'incontro nella realtà, diventando utile per soddisfare i bisogni di una specifica area somatica. In tal senso il soddisfacimento pulsionale sarebbe la motivazione primaria che spingerebbe il bambino verso l'altro. Occorre, però, avanzare verso la tesi sostenuta da Melanie Klein per avviare l'ampliamento della motivazione primaria alle relazioni con oggetti interni fantasmatici. Klein sostiene che il desiderio del bambino di possedere un seno resta sempre presente, in quanto non deriva soltanto dal bisogno di cibo e dalla necessità di soddisfare la libido, bensì dalla spinta ad ottenere la prova dell'amore della madre, che è radicata nell'angoscia; dunque, il bambino ha «dentro di sé» un'immagine dell'oggetto, funzionale al suo soddisfacimento, ed inoltre si attua un rapporto di influenzamento tra l'immagine dell'oggetto e l'oggetto reale, di conseguenza, appare la motivazione nella relazione con l'altro (Klein M., 1957). Spunti interessantissimi ho potuto cogliere da Kohut, fondatore della Psicologia del Sé, che ipotizza il Sé nucleare che costituisce i fondamenti del nostro senso di essere, un centro indipendente di iniziativa e di percezione e de-

scrive gli oggetti-Sé del bambino. Dalle teorie di Klein, Kohut, Spitz, Fairbairn, Sullivan, Bowlby, fino ai «sistemi motivazionali» di Lichtenberg, ho sviluppato un progressivo ampliamento e approfondimento dello studio della spinta prenucleare interna strutturante l'evoluzione umana, della Motivazione Intrinseca Strutturale. Aggiungo che la Motivazione Intrinseca Strutturale non è l'unica forza vettoriale di matrice psichica presente nel campo organismo.

Come la Motivazione Intrinseca Strutturale, M.I.S., è una forza presente nel campo organismo, già con l'esordio della vita, ed è derivante nell'essere umano dalla necessità di slancio vitale verso l'indipendenza, così è presente e si contrappone la seconda forza vettoriale di matrice psichica, il "Condizionamento Arcaico – C.A." (Frateschi M., 1997), che è una forza derivante dalla necessità, insita nell'essere nel mondo, del ritorno alla dipendenza. Questa seconda forza vettoriale è quasi pari alla prima forza vettoriale, per volume ed intensità di energia che produrrà per tutta la vita. Le due necessità sono presenti continuamente nel corso dell'esistenza umana. L'essere umano può attraversare gli stadi della vita con gradi variabili di queste due necessità. La "Necessità di dipendenza" è al massimo grado, per volume ed intensità di energia, nello stadio di vita fetale, poi, in condizioni normali, dovrebbe diminuire lentamente di grado, negli stadi evolutivi successivi. La "Necessità di indipendenza" è al minimo grado, per volume ed intensità di energia, nello stadio di vita fetale, quindi, normalmente, dovrebbe aumentare lentamente di grado, con la crescita. Il Condizionamento Arcaico costruisce i primi echi percettivi, sensoriali, fisici, emotivi, ecc., nello stadio di vita fetale; suoni, rumori, pressione, temperatura, e innumerevoli altri stimoli provenienti dal mondo esterno, possono trovare nell'ambiente placenta, una cassa di risonanza, che invia input al campo organismo fetale; questi segnali grezzi, prima caotici, vanno a depositarsi, quindi, sul primo sfondo evocativo di memoria dell'essere, al momento della nascita, determinato da un evento preciso e ineludibile: il trauma causato dal passaggio da una condizione di immersione, in un mondo liquido, protetto sia dalla placenta, sia dal campo organismo madre, all'emersione immediata e definitiva in un mondo

d'aria, senza alcuna protezione liquida o solida, a diretto contatto con il mondo esterno. Con la Scena della Nascita il Condizionamento Arcaico è ancora una forza all'apice della sua potenza, per la necessità di dipendenza, ma, finalmente, si affaccia la Motivazione Intrinseca Strutturale con una forza in campo dell'organismo, per un primo slancio vitale della necessità di indipendenza nel mondo esterno. Queste due forze si contrapporranno, in tutte le fasi dell'esistenza, per divergenza opposta di direzioni nel campo organismo. La forza del Condizionamento Arcaico si dirigerà sempre verso l'involutione, spazio-tempo indietro-passato, e la forza della Motivazione Intrinseca Strutturale, invece, andrà in direzione opposta sempre verso l'evoluzione, spazio-tempo avanti-futuro (Frateschi M., 2012).

Bibliografia

- Brenner, C. (1955). *An elementary textbook of Psychoanalysis*. International Universities Press. New York. Tr. It. *Breve corso di psicoanalisi*. G. Martinelli. Firenze, 1967.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self: A psychology for the third millennium*. New York, Harper Collins.
- De Beni, R. e Moè, A. (2000). *Motivazione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna.
- Dellantonio, A., Omodeo, P., Saviolo, N. (1980). *Corso introduttivo alla psicologia fisiologica*. Edizioni Libreria Cortina, Padova.
- Frateschi, M. (1997). *L'evoluzione in Psicologia*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.
- (2006). *La psicoterapia psicoevolutionista: psicodinamica e analisi delle difese degli adolescenti*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione dell'identità nell'adolescente", A.I.E.P., Bari.
- (2011). *Psicoevoluzione, prevenzione e benessere: l'intervento psicodinamico psicoevolutionista*. Comunicazione presentata al Seminario "Psicoevoluzione, Prevenzione, Benessere: dalla Psicologia della Salute alla Psicologia Scolastica", A.I.E.Psi., Bari.
- (2012). *Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista*. Armando Editore, Roma.
- Freud, S. (1914). *Dalla storia di una nevrosi infantile. (Caso clinico dell'uomo dei lupi)*. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1915). *Metapsicologia. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- (1938). *Compendio di psicoanalisi. Opere di Sigmund Freud*. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- Hartmann, H. (1948). *Comments on the psychoanalytic theory of instinctual drives*. In *Essays on Ego Psychology*, International Universities Press, New York, 1964, pp.69-89.
- Hebb, D. O. (1949). *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. Wiley, New York.
- (1955). *Drives and the C.N.S. (Conceptual nervous system)*. «Psychol. Rev.», 62, 243-54.
- Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude. A study of Unconscious Sources*, New York, Basic Books; trad. It. *Invidia e gratitudine*, Firenze, Martinelli, 1969.
- Leukel, F. (1976). *Introduction to physiological psychology*, C. V. Mosby Company, Saint Louis. Tr.it. *Psicologia fisiologica*. Nicola Zanichelli Editore S.p.A., Bologna, 1980.
- Lewin, K. (1917). *Die psychische Tätigkeit bei der Hemmung von Willensvorgängen und das Grundgesetz der Assoziation*. «Z. Psychol.», 77, 212-47.
- (1922). *Das Problem der Willensmessung und das Grundgesetz der Assoziation*. «Psychol. Forsch.», 1, 191-302; 2, 65-140.
- (1926). *Vorsatz, Wille und Bedürfnis*. «Psychol. Forsch.», 7, 294-329 e 330-385.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row, Publisher, Inc. New York. Tr. It. *Motivazione e personalità*. Editore Armando Armando, Roma, 1973.
- Mcclelland, D. C., Atkinson J. W., Clark R. A., Lowell E. L. (1953). *The Achievement Motive*. Appleton Century Crofts, New York.
- Milner, P. M. (1970). *Physiological Psychology*. Rinehart and Winston, Inc. Holt. Tr. It. *Psicologia fisiologica*. Nicola Zanichelli S.p.A., Bologna, 1973.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*, Oxford University Press, New York. Tr. It. *Teorie della personalità*. Boringhieri, Torino, 1968.
- Nuttin, J., Fraise, P., Meili, R. (1963). *Traité de Psychologie Expérimentale, v. Motivation, émotion et personnalité*. Presses Universitaires de France, Paris. Tr. it. *Trattato di psicologia sperimentale*, a cura di Paul Fraise e Jean Piaget. Motivazione, emozione, personalità. Giulio Einaudi editore, Torino, 1974.
- Spinnler, H. R. (1977). In Bisiach E., Denes F., De Renzi E., Faglioni P., e altri. *Neuropsicologia clinica*. F. Angeli Editore, Milano.
- White, R. W. (1959). *Motivation reconsidered: The concept of competence*. in "Psychological Review", Sep; 66. pp. 297- 333.

Disturbo d'ansia per la salute secondo il modello cognitivo di Salkovskis

Lorenza Maddalena Bracci

Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Riassunto

Nel più recente sistema di classificazione dei disturbi psichiatrici, il DSM-V, l'ipocondria ha mutato nome (high health anxiety o disturbo d'ansia per la salute), ma ha anche avuto un rinnovamento concettuale, essendo state sottolineate le analogie emerse tra tale disturbo e i disturbi d'ansia.

In particolare, la concettualizzazione cognitivista del disturbo ha sottolineato come il disturbo d'ansia per la salute è sostenuto da un funzionamento interno molto vicino ai disturbi ansiosi, dove il meccanismo centrale è attribuito ad una erronea interpretazione dei segnali corporei in direzione catastrofica, con bias e fattori di mantenimento che concorrono a strutturare e mantenere il disturbo nel tempo, esacerbandolo.

Parole chiave: ipocondria, DSM-V, interpretazioni erronee, attenzione selettiva focalizzata, rassicurazioni, circoli viziosi.

Premessa

La descrizione di un disturbo caratterizzato da forti preoccupazioni riguardo la salute del corpo affonda le sue radici nei tempi remoti, già al tempo di Ippocrate e negli scritti relativi a quell'epoca.

Nel corso della storia varie sono state le ipotesi circa l'eziologia di questo disturbo, chiamato ipocondria, e differenti le concettualizzazioni teoriche.

Per quanto riguarda i moderni sistemi di classificazione delle malattie, dobbiamo aspettare l'uscita del DSM-II per vedere apparire tale sindrome con il nome di *nevrosi ipocondriaca*, e

successivamente il DSM-III e ICD-IX come *ipocondria*.

In tempi più recenti l'ipocondria è stata descritta come un processo cognitivo rappresentato da una paura patologica alle malattie e un'esagerata attenzione alle sensazioni corporee (Barsky e Wyshak, 1989; Kellner, 1987).



Con l'uscita del DSM-V nel Maggio del 2013 in USA e in Italia nel 2014, si è assistito ad un mutamento terminologico, che ha visto sostituire al termine ipocondria, ormai obsoleto e stigmatizzante (spesso questi pazienti sono stati definiti malati immaginari), il termine *high health anxiety* o disturbo d'ansia per la salute, che appare più accettabile per i pazienti e sottolinea le analogie emerse negli ultimi anni tra tale disturbo e i disturbi dello spettro ansioso, sia nella concettualizzazione teorica che nel relativo trattamento (Bunmi, Deacon e Abramowitz, 2009).

Il disturbo

Descrizione clinica

Nel Disturbo d'ansia per la salute (high health anxiety) centrale è la paura di avere una grave malattia, nonostante tale assunto sia smentito da ripetute e svariate valutazioni mediche obiettive che accertano il contrario. Questo aspetto centrale è supportato da un'interpretazione sbagliata o da un'attenzione esagerata di sintomi fisici minori.

Per poter effettuare diagnosi, secondo il DSM-V, è necessario che la convinzione di avere una grave malattia non sia di tipo delirante e presente per almeno 6 mesi.

Inoltre tali preoccupazioni non devono essere attribuite ad altri disturbi (disturbo d'ansia generalizzata, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo somatoforme).

L'assenza di riscontri fisici obiettivi, soprattutto dopo l'effettuazione di numerosi accertamenti medici, è utile a supportare la diagnosi.

Il livello di consapevolezza del disturbo può variare da persona a persona, passando da soggetti che riconoscono di avere dei timori esagerati di cui non riescono a liberarsi, fino a persone che sono convinti che una grave malattia sia in atto e che si sentono incompresi.

Questo disturbo causa grandi sofferenze ai soggetti colpiti, ma anche alla loro rete sociale, per la continua richiesta di rassicurazioni cui far fronte con relativo senso di incapacità nell'alleviare le sofferenze della persona cara.

Epidemiologia

Essendoci una grande varietà di consapevolezza della malattia, variegata sono le reazioni dei soggetti: vi sono persone che consultano una grande varietà di medici di varie branche della medicina, vi sono persone che tendono ad evitare di contattare medici anche per problemi fisici minori, vi sono poi coloro che non hanno alcun genere di contatto con l'intero spettro del campo medico, compreso il medico di base, al fine di abbassare il livello d'ansia in previsione dell'accertamento di gravi malattie.

Dunque non vi sono dati clinici affidabili, ma è stato stimato che nella medicina generale vi sia una prevalenza indicata tra lo 0,8 e l'8,5% (Magarinos et al., 2002; Gureje, Ustun e Simon, 1997; Creed e Barsky, 2004).

In Italia, in uno studio di popolazione condotto a Firenze, è stata riscontrata una prevalenza a 12 mesi del 4,5% (Favarelli e coll., 1997); la prevalenza *lifetime* del disturbo è stata rilevata fra i pazienti psichiatrici intorno all'1% (Altamura e coll., 1998).

I sintomi possono esordire a qualunque età, sebbene più comunemente possono apparire tra i 20 e i 30 anni; non vi sono differenze di genere né nell'esordio, né nella distribuzione della popolazione.

Cause e fattori predisponenti

Il disturbo d'ansia per la salute può essere ascritto a molteplici cause:

- Fattori genetici. Gli studi non hanno dimostrato una trasmissione genetica del disturbo; tuttavia tra i parenti di soggetti con disturbo d'ansia per la salute è stato rilevato, con frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale, il disturbo di somatizzazione e disturbo d'ansia generalizzato (Fallon et al., 2000), il disturbo di dismorfismo corporeo e disturbo ossessivo-compulsivo (Bienvenu et al., 2000).
- Fattori biologici. I deficit neurochimici associati al disturbo d'ansia per la salute appaiono simili a quelli riscontrati nell'ansia e nella depressione. In uno studio sui marker biologici condotto sui soggetti con disturbo d'ansia per la salute è emerso, rispetto ai controlli su soggetti sani, una diminuzione del plasma dei livelli di neurotrofina 3 (NT-3) e dei livelli di serotonina nelle piastine (5-HT) (Brondino et al., 2008).
- Esperienze familiari di gravi malattie o morte. L'ansia per la salute viene frequentemente correlata a esperienze traumatiche (morte o gravi malattie) avvenute a familiari e amici stretti, durante l'infanzia e nell'età adulta.

- **Apprendimento sociale.** Genitori e persone care che hanno un atteggiamento di forte timore verso i temi legati al livello di salute, possono trasmettere messaggi e modelli comportamentali tali da portare il bambino ad assumere le medesime strategie disfunzionali di coping (Barsky et al., 2001).
- **Influenza dei media.** Spesso i messaggi trasmessi da tv e internet circa malattie gravi possono essere non accurati, assolutistici, mancanti di informazioni specifiche sui fattori di rischio tali da indurre in soggetti vulnerabili l'evento scatenante (esordio) del disturbo o ad esacerbare paure già presenti.

Decorso, prognosi e comorbilità

Il decorso del disturbo d'ansia per la salute non è omogeneo, con episodi che possono durare da alcuni mesi ad anni, ed essere separati da periodi di quiescenza lunghi.

Da studi longitudinali è emerso come il disturbo assume un andamento cronico e disabilitante per il 60% dei pazienti (Barsky e Wyshak, 1989; Escobar, 2009).

Una buona prognosi appare essere associata a elevate condizioni socio-economiche, all'esordio acuto sintomatologico, all'assenza di un disturbo di personalità, all'assenza di affezione patologica non psichiatrica correlata.

I pazienti affetti da tale disturbo presentano elevati tassi di comorbilità con: depressione maggiore, distimia, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo (Barsky, 1992; Barsky, Wyshak e Klerman, 1992).

Questi soggetti hanno una probabilità 3 volte superiore alla popolazione generale di avere un disturbo di personalità, tra cui i più frequenti sono: disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, seguito dal disturbo evitante di personalità (Barsky, Wyshak e Klerman, 1992; Sakai et al., 2010).

Diagnosi differenziale

Il disturbo di ansia per la salute deve essere distinto da condizioni mediche non psichiatriche i cui sintomi non sono facilmente diagnosticabili, quali: AIDS, endocrinopatie, sclerosi multipla, neoplasie occulte, malattie degenerative del sistema nervoso .

Per quanto riguarda le patologie psichiatriche, vari sono i disturbi da tenere in considerazione: Disturbi somatoformi, depressione, disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato, disturbi psicotici.



Concettualizzazione teorica cognitiva

Nell'ipotesi cognitivo-comportamentale del disturbo d'ansia per la salute, il meccanismo centrale è costituito da una tendenza relativamente costante a interpretare erroneamente i sintomi corporei, le normali variazioni fisiologiche e altre informazioni ritenute importanti per la salute come prove dell'esistenza di una grave malattia.

Le origini e lo sviluppo di queste interpretazioni erronee poggiano le loro basi su una serie di assunti di base che hanno preso corpo in seguito a informazioni e precedenti di malattia vissuti dal paziente in maniera diretta o tramite l'esperienza di persone care. Questi assunti di base predispon-

gono la persona a sviluppare tale disturbo nel momento in cui incidenti critici interagiscono con gli assunti disfunzionali, dando il via all'insorgenza di interpretazioni erronee specifiche. Più specificatamente, gli assunti di base sono convinzioni rigide ed estreme, spesso universali o condivise da un gruppo sociale e culturale, alcune volte sono convinzioni personali profonde: in ogni caso possono costituire una costante fonte d'ansia ed essere attivate da eventi critici in soggetti vulnerabili.

Il meccanismo centrale del disturbo è sostenuto da una serie di bias e meccanismi di mantenimento.

Per quanto riguarda i primi, un errore tipico è costituito dal *bias confirmatorio*, cioè la tendenza a interpretare in maniera erronea variazioni corporee o informazioni sulla salute quali segni di gravi malattie sulla base dell'attivazione di assunti di base. In questo modo sensazioni fisiche innescate da un aumento di vigilanza verso il corpo (ansia secondaria) possono essere interpretate come una conferma dei dubbi circa la propria salute. Queste convinzioni trovano terreno fertile nella teoria naif del paziente sul „corpo silente“: il corpo solitamente è muto, non invia messaggi di alcun genere; laddove arrivano dei segnali dal corpo, ciò significa che qualcosa non va.

Un altro tipo di errore sistematico è rappresentato dal *bias di conferma*, laddove l'attenzione selettiva del soggetto è focalizzata in maniera massiva sulle informazioni che potrebbero essere compatibili con la condizione di essere malati, mentre tutto il resto delle informazioni è scartato o ignorato, essendo irrilevante. L'attenzione selettiva focalizzata può anche portare ad errori sistematici nell'interpretazione delle informazioni fornite dai medici.

L'attribuzione di significati catastrofici alle sensazioni corporee comporta un aumento dell'aurosal fisiologico, che generalmente è soggetto ad ulteriori interpretazioni di tipo catastrofico, in un circolo vizioso che si autoalimenta, mantenendo il disturbo.

Dinanzi ad una simile escalation di ansia, il soggetto tenderà ragionevolmente a cercare di

prevenire il danno o almeno cercare di limitare i danni, attraverso comportamenti di rassicurazione, come ad esempio riduzione di attività fisica, lettura di testi medici, ricerche su internet, visite mediche frequenti, ripetuti esami di laboratorio, controllo particolareggiato del corpo, ricerche di rassicurazioni dai familiari.

Tali comportamenti di rassicurazione possono contribuire ad accrescere i sintomi che costituiscono il cuore delle interpretazioni erronee e quindi far aumentare l'ansia, in quanto ciò che il soggetto ricerca è la certezza assoluta di non avere una grave malattia, certezza che non può essere raggiunta. Probabilmente la ricerca di rassicurazioni è il comportamento più importante e problematico del disturbo d'ansia per la salute, costituendo un importante fattore di mantenimento del disturbo. Le conoscenze più recenti supportano il punto di vista cognitivo-comportamentale (Salkovsky e Warwick, 1986), secondo il quale le rassicurazioni, per un paziente con tale disturbo, si rivelano essere inefficaci o addirittura controproducenti.

Infine le interazioni tra convinzioni negative e disturbi affettivi, in modo particolare ansia e depressione, costituiscono un ulteriore fattore di mantenimento del disturbo: il disturbo affettivo aumenta i pensieri negativi, che a loro volta accrescono il disturbo affettivo. Probabilmente questi processi stimolano le preoccupazioni ruminative sulle implicazioni delle conseguenze temute.

Conclusioni

La concettualizzazione cognitiva del disturbo d'ansia per la salute appare assai simile alla concettualizzazione di altri disturbi dello spettro ansioso (DP, DAG, DAS), con un oggetto specifico d'attenzione che è il corpo e lo stato di salute.

Il fatto che il DSM-V, che per definizione è un sistema nosografico ateorico, che si prefigge lo scopo di classificare i disturbi psichici da un punto di vista strettamente descrittivo, la dice lunga su come, ad oggi, la concettualizzazione di questo disturbo in chiave cognitivo-comportamentale sia largamente accreditata.

Saranno futuri studi sistematici sui differenti trattamenti, tra cui quello di tipo cognitivo-comportamentale, utilizzati per aiutare i pazienti con tale tipo di diagnosi, a fare una ancor più chiara luce su questo disturbo e sui meccanismi che lo sostengono.

Bibliografia

- Altamura, A.C., Carta, M.G., Musazzi, A., & Pioli, M.R. (1998). Prevalence of somatoform disorders in a psychiatric population: An Italian nationwide survey. Italian Collaborative group on Somatoform Disorders, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, pp.267-271.
- Barsky, A.J., & Klerman, G.L., (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles, *American Journal of Psychiatry*, 140, pp.273-283
- Barsky, A.J., Wyshak, G., & Klerman, G.L. (1992). *Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis*, *Archives of General Psychiatry*, 49, (2), pp.101-108.
- Barsky, A.J., Wyshak, G., Klerman, G.L., & Latham, K.S., (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 14, pp.89-94.
- Barsky, A.J., Ettner, S.L., Horsky, J., & Bates, D.W. (2001). *Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization*, *Medical Care*, 39 (7), pp.705-715.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L., (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, New York, Basic Books.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., & Riddle, M.A., (2000). The relationship of obsessive compulsive disorders to possible spectrum disorders: Results from a family study, *Biological Psychiatry*, 48, pp. 287-293.
- Brondino, N., Lanati, N., & Barale, F. (2008). Decreased NT-£ plasma levels and platelet serotonin content in patients with hypochondriasis, *Journal of Psychosomatic Research*, 65 (5), pp.435-439.
- Bummi, O., Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorders?, *British Journal of Psychiatry*, 194, pp.481-482.
- Creed, F., & Barsky, A.J., (2004). A sistematic review of the epidemiology of somatisation disorders and hypochondriasis, *Journal of Psychosomatic Research*, 56, pp. 391-408.
- Escobar, J.I. (2009). *Somatoform disorders*. In B.J. Sadock (a cura di), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, vol.I.
- Fallon, B.A., Qureshi, A.I., Laje, G., & Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive compulsive disorders, *Psychiatric Clinics of North America*, 23, pp.605-616.
- Favarelli, C., Salvatori, S., & Gallassi, F. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, pp. 24-29.
- Gureje, O., Ustun, T.B., & Simon, G.E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: A coss national study in primary care, *Psychological Medicine*, 27, pp.1001-1010.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization, *JAMA*, 258 (19), pp.2718-2722.
- Magarinos, M., Zafar, U., Nissenon, K., & Blanco, C. (2002). Epidemiology and treatment of Hypochondriasis, *CNS Drugs*, 16 (1), pp. 9-22.
- Sakai, R., & Nestoriuc, Y. (2010). The prevalence of Personality disorders in hypochondriasis, *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (1), pp. 41-47.
- Salkovskys, P.M., (1989). *Somatic problems*. In K.Hawton, P.M. Salkovskys, J.Kirk e D.M.Clark (a cura di), *Cognitive therapy for psychiatric problems: A practical guide*, Oxford, Oxford University Press, pp. 235-276.
- Salkovskys, P.M. (1991). *The importance approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsessions*. In P.M. Salkovskys (a cura di), *Frontiers of cognitive therapy*, New York, Guilford, pp.48-74.
- Salkovskys, P.M., & Bass C., (1997). *Hypochondriasis*. In D.M. Clark e C.G. Fairburn (a cura di), *The science and practice of cognitive-behaviour therapy*, Oxford, Oxford University Press, pp. 313-339.
- Salkovskys, P.M., & Clark D.M., (1993). Panic disorders and hypochondriasis, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 15, pp.23-48.
- Salkovskys, P.M., & Rimes K.A. (1997). Predictive genetic testing: Psychological factors, *Journal of Psychosomatic research*, 44, pp.477-487.
- Salkovskys, P.M., & Warwick H.M.C. (1986). Morbid preoccupation, health anxiety and reassurance: A cognitive-behaviour approach to hypochondriasis, *Behavior Research and Therapy*, 24, pp.597-602.
- Wells A., Clark D.M., & Salkovskys P.M. (1996). Social phobias: The role of in-situation safety behaviour in maintaining anxiety and negative beliefs, *Behaviour Therapy*, 26, pp. 153-161.

Il fenomeno dell'immigrazione

Gruppo di lavoro "Ambiti emergenti" Ordine Nazionale Psicologi

Beppe Latilla

Psicologo-psicoterapeuta giudice onorario presso il tribunale per i minorenni di Bari

I minori stranieri non accompagnati in Italia

Ogni anno le comunità di accoglienza per minori in Italia segnalano al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per l'Immigrazione la presenza di circa 7.000 minori stranieri non accompagnati. Si tratta di minori che non hanno cittadinanza italiana o di altri Paesi europei e che si trovano in Italia da soli, senza un adulto di riferimento che sia per loro legalmente responsabile. La maggior parte sono ragazzi che hanno un'età compresa tra i 15 ed i 17 anni.



I minori stranieri non accompagnati (MSNA) sono bambini e adolescenti che, per varie ragioni, diventano attori di un progetto di migrazione indipendente. È un fenomeno antico, per comprendere le ragioni del flusso che investe l'Italia dagli anni Novanta (porto di Bari) occorre considerarlo in relazione ai processi di internazionalizzazione che, accanto alle esplosioni di guerre e acuti conflitti locali, hanno condizionato l'entità del fenomeno e i Paesi di provenienza di questi minori.

Il fenomeno dei cosiddetti "minori stranieri non accompagnati" è diventato un problema urgente, che non ammette più ritardi, o risposte parziali ed inefficaci, che non può essere reale solo sulla spinta emotiva dell'emergenza, e ci spinge ad interrogarci, come società civile, in relazione

alla capacità di una comunità di garantire i diritti essenziali ai soggetti più fragili e vulnerabili. Il nostro paese fatica a strutturare risposte sistematiche su questa realtà che affrontino le varie tutele di cui necessitano, ed un quadro legislativo che si integri maggiormente a quello europeo.

Al 30 maggio 2013 sono presenti nelle comunità 5.656 minori non accompagnati. Il dato relativo alla presenze è sottostimato in quanto non comprende i minori non accompagnati comunitari (tra cui quindi anche i rumeni che prima dell'ingresso della Romania in Europa erano tra i più numerosi), i minori non accompagnati che hanno

chiesto protezione internazionale e quelli che restano invisibili alle Istituzioni perché non accedono al sistema di protezione. Si tratta, in quest'ultimo caso, dei ed. "minori in transito", ragazzi, che raggiungono le coste adriatiche, principalmente nascosti a bordo di auto e tir su traghetti provenienti da Paesi in guerra, in cui raccontano di

aver subito violenze e maltrattamenti e che, fin dal loro ingresso in Italia, cercano di non essere identificati in Italia per poter più facilmente raggiungere Paesi del Nord Europa. Manca, dunque, una rilevazione complessiva relativamente al numero dei minori stranieri senza adulti di riferimento presenti in Italia.

Uno spaccato di questa realtà è rappresentato dai minori non accompagnati che arrivano via mare (con gli "sbarchi").

Ogni anno, secondo le statistiche ufficiali, sono in media circa 2.000, pari al 10-15% dei migranti in arrivo via mare.

Sono minori che rischiano la propria vita, come hanno purtroppo dimostrato i naufragi che si sono verificati al largo delle coste di Lampedusa e del

Salento. Ma è l'intero viaggio, non solo quello in mare, a esporli a gravi rischi. I minori stranieri non accompagnati che arrivano in Italia hanno infatti alle spalle tragitti che talvolta sono durati anni, durante i quali hanno vissuto esperienze drammatiche e traumatiche, subito violenze di ogni tipo e che sentono il peso della responsabilità di dover restituire al più presto la somma di denaro corrispondente al debito contratto personalmente o dalle loro famiglie per compiere il viaggio.

Un primo dato fondamentale che emerge è la necessaria e quanto mai opportuna presenza di una équipe in emergenza durante le fasi di sbarco e quindi di prima accoglienza in cui è determinante la presenza della figura specialistica dello psicologo.

Sono 3.707 i minori stranieri arrivati in Italia e scomparsi nel 2014 dai centri di accoglienza, su un totale di 14.243 sbarcati sulle nostre coste al 31 dicembre del 2014. Solo in Sicilia i minori stranieri non accompagnati scomparsi dai centri sono 1.882 su 4.628 registrati.

Quello che preoccupa è la sorte di chi scompare dai centri. «Questi minori hanno diritto a una protezione rafforzata sia in base alla legge nazionale che a quella internazionale e lo Stato italiano nei loro confronti ha una grande responsabilità: è grave che ne scompaiano più di 10 al giorno.

Emergenza Minori Stranieri non Accompagnati: Occorre fare Meglio

Il fenomeno dei MSNA descritto precedentemente, ci riporta in via preliminare al dettato normativo internazionale vigente in materia di minori stranieri non accompagnati (MSNA), in particolare l'art.3 della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo, in base al quale: "In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente";

L'art. 1 della Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea del 26 giugno 1997, definisce i MSNA come "cittadini di paesi terzi di età inferiore ai 18 anni, che giungono nel territorio degli Stati membri non accompagnati da un adulto per essi responsabile in base alla legge o alla consue-

tudine e fino a quando non ne assuma effettivamente la custodia un adulto per essi responsabile".

Il numero pesante di minori scomparsi e ritenuti irreperibili è veramente molto grave in quanto costituiscono potenziali vittime di sfruttamento sessuale, lavorativo e accattonaggio forzato.

Un dato significato come punto critico è riscontrare e osservare una situazione sempre più drammatica e di difficile gestione e soprattutto non tutelante nei confronti di questi ragazzi:

1. comunità di accoglienza sature o insufficienti rispetto al grande numero di arrivi di MSNA sul territorio e di conseguenza numerosi giovani che rimangono senza collocazione, spesso in strada, ed esposti a forti rischi di sfruttamento;
2. minorenni inseriti in strutture per adulti in condizioni precarie, senza regole e non tutelanti;
3. impossibilità di proseguire i progetti anche dopo il compimento dei 18 anni...

Forte disagio anche per le comunità costrette ad accogliere i ragazzi vedendosi riconosciuti contributi assolutamente non sufficienti per offrire gli standard di qualità previsti e necessari, vittime inoltre di forti ritardi nei pagamenti e lentezze burocratiche.

Le comunità si trovano così ad affrontare gravi problemi organizzativi e gestionali che possono avere ripercussioni sulla qualità dei progetti educativi e sui livelli di assistenza garantiti ai ragazzi accolti.

Basti guardare a questi dati riferiti alla sola regione Sicilia: sono presenti oltre 4 mila minori stranieri non accompagnati, di questi solo 880 vivono in strutture conformi alle normative in materia di accoglienza residenziale di minorenni, 2.800 si trovano in tendopoli non autorizzate e più di trecento si sa che sono sbarcati, ma si trovano in alloggi di fortuna [Dati della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche sociali].

Normativa Internazionale e Nazionale

Con riferimento alla normativa nazionale ed internazionale, con la Legge 451/1997 è stata istituita la Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ed è stato creato l'Osservatorio Nazionale per l'infanzia, quest'ultimo con il com-

pito di predisporre ogni 2 anni un piano d'azione nazionale di interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Viene inoltre creato il Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

Sempre su di un piano di Governance, è invece più recente l'Istituzione e la successiva nomina di un Garante Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. Previsto dalla Legge 112/2011, e raccomandato dal Comitato ONU, è considerato a livello internazionale uno degli strumenti principali per la protezione dei diritti dell'infanzia e ha compiti di monitoraggio e di promozione dei diritti dei bambini. Analoga figura a livello regionale è prevista normativamente in tutte le regioni italiane, ad eccezione di Valle d'Aosta e Abruzzo, ma ad oggi sono 13 i Garanti effettivamente nominati.

Sul fronte tutela e protezione, è con la Legge 269/1998, "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù", che vengono previste più aspre sanzioni riguardanti fenomeni purtroppo molto diffusi quali la pedo pornografia, lo sfruttamento e la prostituzione minorile. A questa nel 2006 seguirà poi un'altra importante legge di contrasto allo sfruttamento sessuale e pedo pornografia, (Legge 38/2006).

Sempre nello stesso anno importanti disposizioni, nello specifico riguardanti i minori stranieri arrivano dal cosiddetto Testo unico sull'immigrazione (Dl. 25 luglio 1998, n. 286 convertito in Legge 40/1998). Prima del Testo unico i minori in condizione di irregolarità presenti nel territorio ricevevano lo stesso trattamento degli adulti ed erano quindi soggetti ad espulsione. E' grazie alla riforma che si afferma il principio di inespellibilità dei minori stranieri e il loro diritto al permesso di soggiorno fino alla maggiore età. Nello specifico si stabilisce che i minori stranieri non accompagnati non possano essere espulsi fatto salvo i casi di ordine pubblico o il diritto di seguire il genitore o l'affidatario espulso.

In particolare, tutti i minori stranieri non accompagnati hanno diritto di ottenere un permesso di soggiorno per minore età. Tale permesso non potrà essere convertito, al compimento della maggiore età, in permesso per studio o lavoro ma

potrà essere convertito in permesso di soggiorno per affidamento, in seguito ad un provvedimento di «non luogo a provvedere al rimpatrio» del Comitato per i Minori stranieri e successivo provvedimento di affidamento del Tribunale per i Minorenni.

Il permesso di soggiorno per affidamento può essere convertito in permesso per studio o lavoro, al compimento dei 18 anni.

I minori stranieri affidati ad un cittadino straniero regolarmente soggiornante, che convivono con l'affidatario, vengono iscritti nel permesso di soggiorno del medesimo fino al compimento dei 14 anni e ricevono un permesso di soggiorno per motivi familiari al compimento dei 14 anni. Anche tale permesso può essere convertito in permesso per studio o lavoro, al compimento dei 18 anni.

Occorre tener presente e ritenere fondamentale, a tutela di tutti i minori non accompagnati la risoluzione del Parlamento europeo del 12 settembre 2013 che rammenta: «un minore non accompagnato è innanzitutto un bambino potenzialmente a rischio e che la protezione dei bambini, e non le politiche dell'immigrazione, deve essere il principio guida degli Stati membri e dell'Unione Europea a tal riguardo, rispettando il principio di base dell'interesse superiore del bambino;

- ricorda che per bambino e di conseguenza per minore si intende qualsiasi persona, senza alcuna eccezione, che non abbia ancora completato il diciottesimo anno di vita;
- rileva che i minori non accompagnati, in particolare le giovani, sono due volte più suscettibili di essere confrontati con difficoltà e problemi rispetto agli altri minori;
- osserva che essi sono particolarmente vulnerabili, nella misura in cui essi hanno le stesse esigenze degli altri minori e rifugiati con cui condividono esperienze analoghe;
- sottolinea che le ragazze e le donne sono particolarmente vulnerabili alle violazioni dei loro diritti nel corso del processo migratorio e che le ragazze non accompagnate sono particolarmente a rischio in quanto sono spesso il principale oggetto dello sfruttamento sessuale, degli abusi e della violenza;
- rammenta che nell'UE i minori non accom-

pagnati sono spesso trattati dalle autorità come delinquenti che hanno violato le leggi sull'immigrazione, anziché come individui con diritti in funzione dell'età e delle circostanze particolari».

Da ultimo la Risoluzione del Parlamento europeo del 12 settembre 2013 sulla situazione dei minori non accompagnati nell'UE (2012/2263(1 NI): «deplora l'inadeguatezza e la natura invadente delle tecniche mediche utilizzate per valutare l'età in alcuni Stati membri, che possono causare traumi, e la natura controversa e i grandi margini di errore di alcuni metodi basati sulla maturità delle ossa o la mineralizzazione dei denti;

- invita la Commissione a includere negli orientamenti strategici standard comuni basati sulle pratiche migliori, riguardanti il metodo di accertamento dell'età, che dovrebbero consistere in una valutazione multidimensionale e multidisciplinare, essere effettuati in modo scientifico, a misura di minore, sensibile al genere ed equo, con particolare attenzione alle ragazze, e svolti solo da professionisti ed esperti qualificati e indipendenti;
- ricorda che l'accertamento dell'età deve essere effettuato nel rispetto dei diritti del bambino, dell'integrità fisica e della dignità umana e che ai minori deve essere sempre riconosciuto il beneficio del dubbio;
- ricorda inoltre, che gli esami medici devono essere effettuati solo quando gli altri metodi di valutazione dell'età siano stati esauriti e che dovrebbe essere possibile presentare ricorso contro i risultati di detta valutazione;
- accoglie con favore i lavori dell'Ufficio europeo di sostegno per l'asilo (EASO) al riguardo, che dovrebbero essere estesi a tutti i minori;
- chiede agli Stati membri di designare, fin dall'arrivo di un minore sul territorio europeo e fino al raggiungimento di una soluzione sostenibile, un tutore o una persona responsabile con il compito di accompagnarlo, assisterlo e rappresentarlo in tutte le

procedure e di dargli la possibilità di beneficiare di tutti i suoi diritti in tutte le procedure;

- chiede inoltre che tale persona riceva una formazione specifica sulle problematiche legate ai minori non accompagnati, la tutela dell'infanzia e i diritti dei bambini, nonché sulla normativa in materia di asilo e di immigrazione, e agisca in piena indipendenza;
- ritiene che queste persone debbano ricevere una formazione continua e adeguata, ed essere sottoposte a controlli regolari e indipendenti;
- invita la Commissione a includere nelle linee strategiche norme comuni basate sulle migliori prassi riguardanti il mandato, le funzioni, le qualità e le competenze di tali persone».

Come si evince dal predetto editto Europeo per l'infanzia e l'adolescenza e come di seguito sottolineato, è fondamentale la realizzazione di interventi psicologici e multidisciplinari .



Le tantissime storie di questi ragazzi, minori di età, ma al tempo stesso costretti a diventare precocemente «adulti» ci riporta ad una realtà soggettiva complessa fatta di dolore e di speranza che prima di tutto va accolta, capita, riparata e guidata.

La varie associazioni impegnate (Save the Children, Terre des Hommes etc.,) ci parlano di questa complessità e dell'attenzione necessaria nell'incontro con culture, aspettative diverse, ma soprattutto con esperienze spesso traumatiche ed un bisogno di essere ascoltate con rispetto, accolte nel senso ampio del termine.

E' fondamentale che si comprendano le varie necessità, che ci sia la competenza e la professio-

nalità psicologica di saper ascoltare per rispondere ai molti bisogni, con un'attenzione alla situazione psicologica dei ragazzi che arrivano pieni di speranze ma che hanno sperimentato maltrattamenti, abusi, minacce, che hanno assistito a volte impotenti alla morte dei loro compagni.

Sono pertanto essenziali interventi psico-sociali di prima emergenza per realizzare la prima accoglienza e di équipe psico, educative e sanitarie per facilitare la integrazione e la realizzazione di interventi primari, e interventi di prevenzione secondaria e terziaria nella seconda accoglienza presso comunità e/o famiglie affidatarie, specie in Sicilia.

Quali sono i loro bisogni

Il sistema di accoglienza

In Italia a differenza di altri paesi, il sistema di accoglienza si configura più strutturato da politiche migratorie ed è regolato maggiormente per interventi nell'ambito di una emergenza-urgenza; manca ancora, infatti, l'approvazione di una legge, attualmente in discussione, che regoli in maniera organica la risposta al fenomeno migratorio dei minori, così come manca una legge organica in materia di asilo.

Il sistema di accoglienza italiano prevede una protezione e tutela dei minori migranti e così i MSNA finiscono per rappresentare una sorta di paradosso: sono minori da tutelare ma anche migranti da controllare. La realtà dei MSNA è complessa e multiforme: comprendono coloro che scappano da guerre e dalla povertà in cerca di una vita migliore, così come giovani vulnerabili adescati e sfruttati da reti criminali. Ciascun minore ha comunque una storia a sé, un mandato migratorio unico che spesso si modifica nel corso del tempo. Per molti giovani l'Italia rappresenta soltanto un paese di transito verso i Paesi del Nord Europa, dove ricongiungersi con reti amicali o familiari, o usufruire di un sistema di accoglienza e di integrazione percepito come migliore.

Azioni di supporto psicosociale sono indispensabili per accompagnarli nella realizzazione del proprio progetto migratorio, valorizzando risorse individuali, familiari e sociali presenti sul territorio, nonché per proteggerli dai rischi cui possono essere esposti in quanto migranti e minorenni.

Il perché del viaggio

Per comprendere le ragioni del percorso migratorio di questi ragazzi è utile considerare:

- il contesto di partenza (push factors)
- il contesto di arrivo (pull factors)

senza mai dimenticare il viaggio in se stesso, durante il quale il progetto è spesso modificato.

La migrazione infantile contemporanea trova le sue ragioni in più direzioni, da un lato di natura politica ed economica, e ideativa dall'altro.

Infatti, i minori che arrivano in Italia provengono da aree in cui la politica economica non è stata in grado di rispondere alle esigenze delle popolazioni e la migrazione diventa spesso scelta obbligata di sopravvivenza. La provenienza sociale è un altro fattore che orienta la scelta migratoria degli adolescenti. Molti minori che arrivano in Italia lasciano il proprio paese facendosi portatori di un desiderio di riscatto collettivo. Per questa gioventù la migrazione rappresenta la possibilità, seppure rischiosa, di ricollocarsi socialmente e riqualificare almeno la condizione economica della propria famiglia.

Si può affermare anche, che fra i minori che arrivano in Europa Occidentale troviamo coloro che hanno intrapreso il viaggio costretti da una drammatica situazione contingente, come la guerra o minacce personali; per questa ragione essi non hanno potuto costruire una rappresentazione del proprio futuro che andasse molto al di là della fuga dalla situazione che li minacciava.

Altra motivazione a migrare da parte di MSNA è rappresentata da chi, invece, ha avuto le condizioni e il tempo necessario ad elaborare un progetto nel quale le prospettive di una vita in un altrove più ricco di opportunità e di sicurezza sono ben rappresentate.

I ragazzi che già nel loro Paese sperimentavano una marcata difficoltà personale e/o instabilità nei rapporti familiari o sociali, rappresentano un'altra tipologia, numericamente più esigua dei precedenti; in questi ragazzi la rappresentazione del proprio futuro è poco pianificata.

Il confronto con situazioni estreme, il dovere effettuare autonomamente delle scelte in tempi rapidi, induce nei ragazzi uno stato di allerta costante, essendo costretti a reagire su un registro di attacco/fuga fondato su una diffidenza maturata nei confronti dell'ambiente esterno, che permane

spesso anche al loro arrivo.

È possibile quindi che il rapporto con gli operatori, prime figure di riferimento in Italia, risenta della difficoltà di questi ragazzi a costruire relazioni basate sulla fiducia.

Questi adolescenti oscillano tra la necessità di dimostrare - anche a se stessi - un' autonomia totale e il bisogno, non sempre esplicitato, di dare spazio alle incertezze e alle paure che vivono dentro di loro.

Gli operatori, riconoscendo questi «movimenti» e facendone occasione di scambio, possono aiutare i ragazzi ad accettare le proprie incertezze come lecite e ad elaborarle attraverso gli strumenti, a seconda del caso, più idonei. Attività che aiutino a riacquisire la capacità di fidarsi dell'altro e il senso di controllo sul proprio spazio possono svolgere una funzione positiva.

Valorizzare i vissuti e le competenze del minore può aiutarlo ad entrare in contatto con le proprie fragilità senza che ciò comprometta l'immagine forte di sé che il minore ha dovuto costruire.

Tutto questo si rende possibile solo attraverso un lavoro di équipe professionali e specialistiche stabili, in cui ruolo determinante ha lo psicologo durante le fasi di emergenza di prima accoglienza e il percorso di ristrutturazione di personalità nella seconda fase di accoglienza presso comunità o famiglie.

Tra i motivi per cui un minore straniero emigra è il progetto di Inversione generazionale.

Facendosi carico di riscattare lo status della propria famiglia i minori migranti contemporanei sono protagonisti di una vera e propria «inversione generazionale». Il denaro non è soltanto uno strumento per migliorare le condizioni di vita materiali, ma serve soprattutto a riqualificare dal punto di vista sociale l'autorevolezza dei genitori «rimasti indietro». Dai loro racconti emerge con forza l'entità delle responsabilità che si assumono: «devo salvare la mia famiglia... devo lavorare per aiutare i miei fratelli/sorelle... devo inviare soldi per fare curare i miei parenti... per pagare il debito contratto per il mio viaggio...».

In questa ampia diversificazione del fenomeno della migrazione minorile, avvicinarsi alla duplice identità dei bambini e adolescenti, sia minori che migranti, è cruciale per pensare ad un intervento che risponda davvero alle loro esigenze e non

ne favorisca indirettamente la fuga, che si verifica nella maggior parte dei casi proprio nella fase della prima accoglienza, in cui è importante che i soggetti siano ascoltati e rassicurati concretamente circa la possibilità di un percorso in cui possano valorizzarsi. Non si può prescindere dall'ascolto del minore da parte di psicologi, da mediatori culturali in sintonia d'équipe con assistenti sociali ed educatori professionali, proprio nell'ascolto e nella riproduzione di un rapporto empatico che possa far superare al minore situazioni di sofferenza in modo resiliente e dinamico.

Il concetto di “minore età” per i minori stranieri non accompagnati e la funzione del mediatore culturale

Il concetto di minore età non ha soltanto una valenza giuridica e sociale per il migrante, ma ne ha soprattutto una di carattere culturale, e questa si scontra necessariamente con quanto previsto dall'ordinamento del Paese di arrivo. Il mediatore svolge un ruolo chiave nell'aiutare il migrante a comprendere la portata di questo concetto 'nuovo' e del suo valore e conseguenze che esso comporta nella nuova società. Per trasmettere ogni tipo di informazione il mediatore deve prima instaurare una buona relazione di fiducia ed empatia con il minore e questo prevede ad esempio la valorizzazione della sua cultura e dei suoi valori (soprattutto se identica a quella del mediatore), della sua identità, della lingua, non senza la presenza della figura dello psicologo.

Il ruolo del mediatore è pertanto, il ponte tra due culture.

Il mediatore culturale infatti, svolge un ruolo chiave in tutti quei delicati interventi in cui è prevista un'interlocuzione tra culture diverse, come nel caso di progetti di accoglienza ed assistenza di minori migranti, in cui i beneficiari si trovano ad approcciare una realtà completamente nuova e lontana da quella di appartenenza.

Il fine principale del ruolo del mediatore è, infatti, agevolare la comunicazione tra gli operatori impegnati nell'accoglienza e i migranti, favorendo da entrambe le parti il superamento di barriere linguistico-culturali, che impediscono la comprensione di concetti fondamentali utili al beneficiario nel suo inserimento nel nuovo contesto.

Il mediatore, pertanto, sempre valorizzando la lingua e la cultura di origine del migrante, deve al contempo promuovere la cultura del nuovo contesto di arrivo, spiegando valori e consuetudini, diritti e doveri che egli/ella assume dal momento in cui entra nel nuovo Paese.

Per favorire l'incontro tra questi due mondi il mediatore ha il delicato compito di supportare il migrante nell'espressione dei suoi bisogni, che devono essere 'tradotti' in concetti corrispondenti al tessuto sociale di accoglienza. Fondamentale quindi è la capacità del mediatore che supportato dallo psicologo, potrà realizzare il giusto approccio comportamentale e comunicazionale nell'interpretare fedelmente e tradurre non solo la comunicazione verbale ma anche i concetti propri del sistema linguistico-culturale e i valori e i principi culturali propri della cultura di appartenenza, quali ad esempio, il significato della malattia e della sua guarigione; il concetto di terapia e cura; il concetto di "minore età", ecc.

Cosa chiedono le istituzioni pubbliche, del terzo settore e le comunità agli psicologi

Modello di supporto psicologico

Terre des Hommes ha realizzato a Lampedusa nel 2013 il primo progetto di supporto psicologico e psicosociale in favore dei minori migranti e delle famiglie con bambini giunti nel CPSA, per accompagnarli nella delicata fase di incontro con il nuovo sistema di accoglienza.

Il progetto ha i seguenti obiettivi:

- valorizzare le strategie di resilienza, attivando le risorse individuali e di gruppo, attraverso una metodologia finalizzata a cogliere i bisogni e le istanze dei minori per facilitare sia il loro orientamento nel presente sia la progettualità futura
- riattivare, in un momento di passaggio e sospensione come quello dell'arrivo a Lampedusa, il legame con i diversi sistemi di appartenenza positivi (affettivi, culturali, religiosi...), spesso "rimossi" o "sospesi" durante il viaggio, per favorire la presa in cura di sé.

Questi obiettivi sono coerenti con l'approccio della etno psicologia che, come scrive Tobie Na-

than, considera le persone, il loro funzionamento psicologico individuale e le modalità delle loro interazioni a partire dai loro attaccamenti multipli a lingue, luoghi, divinità, antenati, modi di fare...

I diversi livelli di intervento mirano a:

1. Orientare i ragazzi nel contesto del CPSA (Centro Primo Soccorso e Accoglienza) sia attraverso l'interesse nei confronti del modo in cui lo percepiscono, sia spiegandone il funzionamento e la natura.
2. Offrire spazi di confronto liberi o semi-strutturati per consentire ai ragazzi di simbolizzare lo stato emotivo presente ed elaborare il passaggio dalla condizione passata a quella attuale.
3. Dare la possibilità di parlare del viaggio, indagarne il senso collettivo e individuale.
4. Riflettere assieme sulle loro aspettative e sui loro progetti di studio e lavoro facendo emergere le loro competenze e valorizzando il patrimonio che portano con sé.
5. Riattivare le connessioni interne con le figure di riferimento importanti e valorizzare le loro strategie efficaci nell'affrontare le difficoltà.
6. Offrire un sostegno psicologico individuale quando se ne rilevi l'esigenza e segnalare casi vulnerabili per un rapido trasferimento in comunità a cui inviare relazioni tecniche utili a una presa in carico psicologica.
7. Offrire servizi concreti: prestito di libri, lezioni di avvicinamento alla lingua italiana, giochi da tavolo, carta e pennarelli per scrivere o per disegnare;

In linea con i principi chiave della psicologia dell'emergenza, l'intervento psicologico e psicosociale messo in campo da Terre des Hommes si adatta all'ambiente in cui si inserisce, dove la sicurezza resta l'interesse primario, e si integra con gli altri servizi rivolti ai minori. È dimostrato infatti come l'ambiente di prima accoglienza in seguito ad esperienze potenzialmente traumatiche possa svolgere un ruolo importantissimo nell'attivazione di risorse utili all'elaborazione del vissuto dei soggetti coinvolti.

Il sistema di primo soccorso e accoglienza italiano, essendo pensato per grandi numeri può risultare "spersonalizzante". Un intervento psicologico e psicosociale deve quindi promuovere il

riconoscimento e l'attenzione al "soggettivo".

L'équipe, costituita da uno psicologo psicoterapeuta e da un mediatore linguistico culturale è costantemente presente al Centro sette giorni su sette e si offre come punto di riferimento per i minori dal momento dell'ingresso nel CPSA fino alla partenza di essi.

Il focus degli interventi si concentra sul presente e sul futuro, ma prestando anche attenzione a quanto le persone vogliono condividere della propria vicenda appena trascorsa.

Agli approcci su descritti di tipo psicosociale può realizzarsi un intervento metodologico che si avvale, anche, della impostazione dei principi della psicologia dell'emergenza nella prima fase di accoglienza e successivamente. Infatti con gli MSNA e stranieri in genere, si attua un intervento di primo soccorso psicologico, con l'ausilio di mediatore culturale, di accoglienza, attraverso la erogazione di beni di prima necessità (coperte, alimenti, bevande, vestiario, etc), garantendo assistenza, la risoluzione di bisogni primari e igienico-sanitari, oltre al supporto emotivo mediante tecniche di defusing, (entro le prime 48 ore o nel primo contatto con i superstiti MSNA), al fine di stabilizzare le reazioni traumatiche del momento e contestualmente aiutare i minori in genere a ricongiungersi con eventuali figure di riferimento. Per i MSNA favorire un contatto telefonico o altro con familiari lasciati nei loro paesi di origine.

In un secondo momento l'équipe, qualora le condizioni lo rendano possibile, utilizzerebbe il debriefing, al fine di favorire l'elaborazione degli eventi traumatici vissuti durante l'emigrazione e gestire lo stress, conseguenti alla fase migratoria.

L'équipe, quindi, prende inoltre, contatto con i gruppi di minori già costituiti e presenti nello spazio comune, cercando di sfruttare i legami che si sono rafforzati durante il percorso migratorio. Propone quindi un primo incontro, momento principale per costruire una relazione. Essendo il tempo di permanenza breve, attraverso questo intervento semi strutturato, si trasmette un messaggio chiaro circa le modalità con cui i ragazzi possono rivolgersi ai servizi preposti.

Pur concentrandosi sul presente e sul futuro lo staff deve mettersi in risonanza con quanto dell'esperienza migratoria il gruppo è in grado di elaborare a livello collettivo, facendo attenzione a

non entrare eccessivamente nelle storie individuali, la cui narrazione potrebbe nuovamente traumatizzare alcuni.

Fondamentale è la definizione della «minore età»: confronto sulle rappresentazioni dell'infanzia e dell'adolescenza, dei doveri e dei diritti di queste fasi nei loro contesti di provenienza. Questo passaggio è importante per iniziare ad orientarsi in un sistema che li considera come «minori» mentre molti di loro si sentono già «adulti», specialmente dopo il viaggio sostenuto. Tale azione psicologica può nel metodo influire positivamente e limitare i margini di errore rivenienti dall'esame osteometrico.

Con i ragazzi sottoposti all'esame osteometrico, che spesso trascorrono maggiore tempo nel centro, si può rivelare utile riflettere insieme su questa procedura, sull'immaginario di controllo che essa evoca. Si può così lavorare sull'importanza di focalizzarsi sul proprio progetto, indipendentemente dalla minore/maggiore età, e di usare nel modo migliore le proprie risorse e strategie all'interno del sistema di accoglienza.

Supporto psicologico individuale a breve termine

Obiettivo: fornire un sostegno individuale a minori che esprimono una domanda di ascolto diretta e a chi manifesta particolari vulnerabilità.

Poiché l'intervento è di brevissima durata, esso ha una finalità di contenimento e di orientamento per richiedere un supporto psicologico all'arrivo nelle Comunità deputate. In questo caso, vengono stilate relazioni circa la condizione in cui il minore è arrivato es. a Lampedusa, che saranno inviate tramite Ente Gestore presso la Comunità di destinazione.

Cosa sono le "Comunità di accoglienza per minori"

Si tratta di comunità dedicate a tutti i minori che hanno bisogno di tutela; non si occupano quindi soltanto di stranieri. Questa è una scelta in linea con l'impostazione dei servizi per l'infanzia in Italia, fondata sul principio della non differenziazione della risposta di base a seconda delle problematiche, cosa che facilita sia gli ope-

ratori che gli utenti al confronto con la varietà delle differenze nella ipotesi che questo confronto favorisca disponibilità e tolleranza verso l'altro, fondamento della coesione sociale e premessa di ogni possibile integrazione.

La finalità delle strutture di accoglienza per minori è quella di accogliere bambini e adolescenti fornendo risposte tempestive e concrete ai loro bisogni di rassicurazione, accudimento, formazione scolastica e lavorativa; di favorire la loro autonomia personale e sociale e, nel caso di minori stranieri, di operare per la loro integrazione. Questa finalità comune alle strutture per minori, nel caso dei MSNA, sarà diversamente articolata in quelle di prima o seconda accoglienza, perché sono differenti le loro finalità.

In prima accoglienza sono fondamentali la rassicurazione rispetto ai traumi subiti nel percorso di arrivo e il sostegno nel primo impatto con il sistema di accoglienza; quindi la risposta ai bisogni primari (alimentazione, sonno, vestiario); a questo si accompagna la prima osservazione in funzione del futuro passaggio in seconda accoglienza.

Nelle strutture di seconda accoglienza, la finalità principale è, invece, quella della autonomia personale e sociale, che si articola nel percorso scolastico, nella formazione e inserimento al lavoro, nell'integrazione sociale.

Gli elementi raccolti in questa fase vengono utilizzati anche per la definizione del profilo del ragazzo in vista del suo passaggio ad una comunità di seconda accoglienza

Aree standard secondo le quali articolare l'osservazione e raccogliere i dati:

- A. Profilo comportamentale
 - A1. partecipazione/adattamento alle routine quotidiane
 - A2. grado di autonomia personale e sociale
- B. Profilo affettivo-relazionale
 - B1. Relazione con i pari
 - B2. Relazione con gli adulti
- C. Prima alfabetizzazione scolastica
- D. Vulnerabilità pre-esistente
- E. Dimensione culturale

Le comunità di seconda accoglienza

L'obiettivo che di solito perseguono le comunità è quello dell'autonomia personale e sociale del

ragazzo, un'autonomia che dovrà misurarsi con la necessità che, lasciata la comunità al compimento del diciottesimo anno, il ragazzo sia in grado di mantenersi autonomamente. Per questa ragione l'attenzione è rivolta alla formazione scolastica per quel che è da completare, alla formazione e all'inserimento lavorativo, al favorire e rinforzare la conoscenza del contesto di vita, delle sue regole e consuetudini.

Punti più significativi ai fini della valutazione del percorso di autonomia secondo i quali poter registrare le osservazioni che si raccolgono in questa fase:

A. Come sa orientarsi nel territorio

Questo aspetto comporta la capacità di orientarsi con la toponomastica, di chiedere e utilizzare informazioni per raggiungere i luoghi a cui è diretto. Altrettanto importante è la capacità di trasferire su altri campi quanto appreso da una specifica e limitata esperienza (questa capacità tende a coincidere con quella di astrarre e generalizzare)

B. Come è capace di gestire il denaro

Compito particolarmente impegnativo per i minori che devono destreggiarsi con il poco denaro a disposizione fra il desiderio di acquistare cose per sé e la necessità di inviare soldi a casa

C. Come sa curare la propria camera

D. Motivazione alla scuola e al lavoro

Ciò che di solito viene osservato in proposito è se il ragazzo è in grado di svegliarsi da solo, se è puntuale, se è interessato alle attività che deve svolgere all'esterno

E. Come gestisce le relazioni al di fuori della comunità

La partecipazione ad attività sportive è un aspetto particolarmente significativo, al pari della frequentazione dei gruppi omo- ed etero-culturali

F. Quali rapporti mantiene con la famiglia

Il suo legame con la famiglia, il progetto migratorio condiviso con essa, le pressioni o il sostegno che da essa il ragazzo riceve, sono alcuni dei punti raccolti sotto questa voce.

Migliorare la qualità dell'intervento psico-educativo a favore dei minori stranieri non accompagnati

I MSNA ci appaiono, e sono, adolescenti forti perché sono stati capaci di tollerare scelte estreme

come quella di lasciare gli affetti e le sicurezze di casa e capaci di sopportare i traumi del viaggio irregolare. Sono così forti da riuscire a soddisfare la pretesa che la nostra legge attualmente richiede: imparare in poco tempo la lingua e frequentare con successo la scuola media in modo da ottenere il diploma, poi apprendere un mestiere e quindi trovare un lavoro. Per capire quanta forza occorre per fare questo, basta pensare quali compiti sociali chiediamo di assolvere ai nostri adolescenti fra i 16 e i 18 anni. Sono forti, dunque, ma al tempo stesso fragili per i segni che l'esperienza della migrazione ha lasciato dentro di loro.

C'è bisogno quindi di supportare queste fragilità per tutti questi ragazzi, perché tutti hanno subito i traumi della migrazione clandestina. E' importante anche la presenza dello psicologo per supportare lo stress degli stessi operatori, educatori, mediatori, ass. sociali, volontari.

C'è bisogno di curare la psiche di questi ragazzi quando le ferite sono gravi, quando il loro malessere supera una certa soglia e diventa una condizione patologica, ed è necessario allora prevedere l'intervento dello psicologo e dello psichiatra dell'età evolutiva., anche attraverso tecniche di EMDR la cui efficacia e appropriatezza è stata validata.

Disporre di questa possibilità di intervento specialistico permette di rispondere anche a situazioni come quelle conseguenti agli eventi traumatici più gravi che alcuni ragazzi hanno subito. Il diritto ad essere curati è garantito in particolare dall'articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia che l'Italia ha fatto propria nel 1991.

Curare e Prevenire

È sicuramente importante curare, ma tutti sappiamo quanto sia importante prevenire l'insorgere della patologia. Nel campo della salute mentale dei minori, come degli adulti, l'azione di prevenzione coincide in buona parte con la tutela dei diritti. La nostra Carta Costituzionale e la Convenzione dei Diritti dell'Infanzia sanciscono come diritti condizioni di rispetto e attenzione alla persona e al suo contesto di vita, che rappresentano altrettanti presupposti per la tutela della salute mentale. In particolare, dal punto di vista della salute mentale, prevenire significa:

- Fare una buona accoglienza; il che comporta anche assicurare una buona qualità del lavoro dell'equipe multi disciplinare.
- Ridare ai minori stranieri non accompagnati l'adolescenza che non hanno avuto a casa loro. Dobbiamo assumere nei loro confronti un punto di vista evolutivo e un punto di vista transculturale. Dobbiamo quindi, aver sempre presente che sono adolescenti e chiederci quale adolescenza abbiano vissuto e stiano vivendo.
- Evitare che i percorsi di vita dei MSNA si orientino e si strutturino nella devianza, con costi personali pesanti per loro, e costi economici e sociali altrettanto pesanti per tutti. Ciò si persegue garantendo la possibilità di fare un buon lavoro di sostegno, facilitando il loro inserimento scolastico, lavorativo e sociale.
- Assicurare la regolare disponibilità di fondi in bilancio destinati ai minori stranieri non accompagnati. In assenza di questo, continuando nella attuale condizione emergenziale o straordinaria della disponibilità di risorse, è evidente che non si può garantire la continuità degli interventi educativi e sanitari, compromettendo gravemente percorsi di vita.

Quando si tratta di spese a favore dei bambini e degli adolescenti, si deve parlare di investimenti e non di costi.

Un modello di integrazione possibile

L'integrazione vera dovrebbe riferirsi ad un processo che consenta ad un tempo di mantenere la specificità degli immigrati, garantendo loro i diritti di cittadinanza, favorendo così la loro condivisione, e partecipazione alla collettività degli autoctoni, e facendo in modo che questi ultimi possano acquisire nella loro dimensione collettiva elementi apportati dalla multiculturalità.

Bisogna realizzare quindi, non un modello statico ma a un processo dinamico in cui vari interventi possano favorire la cooperazione tra i soggetti, contribuendo a costituire una dimensione di diritti, di doveri e di valori condivisa così da favorire l'espressione della identità di ciascuno e nel contempo la dimensione di una appartenenza

collettiva.

Punti critici. Il trattenimento illegittimo di minori stranieri e conseguente danni psicologici ed esistenziali. Quando e perché?

Nella realtà italiana i meccanismi di tutela e di protezione previsti subiscono significative eccezioni che espongono di fatto i minori al rischio di una rilevante compressione dei loro diritti fondamentali. La mancata identificazione come minorenni, così come la mancata apertura della tutela per i non accompagnati, costituiscono elementi di discriminazione nella scelta della normativa applicabile, producendo rilevanti conseguenze sotto il profilo giuridico. Molti minori sono stati trattati come fossero adulti, quindi come soggetti che possono essere espulsi e trattenuti. I vari casi di privazione della libertà verificatisi sia nelle strutture di prima accoglienza sia nei centri di detenzione amministrativa per i migranti irregolari adulti sono appunto il prodotto di malfunzionamenti del sistema d'accoglienza italiano.

I trattenimenti di minori nei centri di identificazione ed espulsione (una realtà residuale, ma rilevante per la grave illegittimità che la caratterizza) sono stati determinati nella quasi totalità dei casi dall'erronea identificazione dei minorenni come maggiorenni.

In questi casi, il mancato riconoscimento dei minori è dovuto all'inesistenza di una procedura uniforme e consolidata per la loro individuazione e presa in carico. Le prassi usate nel Paese sono disomogenee per la durata della procedura di identificazione, per la presenza di mediatori culturali e legali, e la modalità impiegata per l'accertamento dell'età dichiarata. In caso di dubbio sull'età, le questure generalmente sottopongono il presunto minore all'esame auxologico del polso che, tuttavia, ha un margine d'errore di circa \pm due anni.

Molto spesso nei referti medici tale margine di errore è dovuto principalmente a tre ordini di motivi:

- a) la variabilità della maturazione tra soggetti coetanei,
- b) l'errata assunzione del fatto che la maturazione scheletrica di persone appartenenti a culture diverse e con diverse condizioni di vita e di salute proceda in egual modo a quella dei soggetti su cui è stato calibrato il metodo di rilevazione dell'età usato,

c) la soggettività della valutazione che non viene indicata, come anche non viene indicato il tipo di test usato.

Ovviamente sino ad oggi in tali situazioni non è contemplata la presenza di specialisti psicologi, che come su descritto possono contribuire, invece, a rendere maggiormente obiettivo la identificazione dell'età del minore straniero.

Molto spesso I minori, dal momento del loro arrivo in Italia e durante la prima accoglienza fino al loro inserimento nel territorio, attraversano una serie di fasi di accoglienza e permanenza spesso confuse e disorientanti. Essi spesso non capiscono le ragioni dei vari trasferimenti da una struttura all'altra e non vengono informati dei propri diritti e opportunità. Tale situazione li spinge ad abbandonare le comunità per minori e a rendersi irreperibili, a svanire nella «clandestinità» e sovente a essere assorbiti in circuiti illegali. Tale fenomeno è sempre crescente. Si pensi che, secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 30 novembre 2013, un minore straniero non accompagnato su quattro fa perdere notizie di sé, finendo spesso nei racket criminali presenti sul territorio nazionale. Molti di loro vengono segnalati per un reato commesso che li porta a far ingresso in strutture detentive da dove, una volta scontata la pena loro comminata, se nel frattempo non sono identificati come minorenni vengono spostati in un centro di identificazione ed espulsione in cui attendono di venire rimpatriati.

Una volta trattenuti nei detti centri, indipendentemente dal percorso che li ha condotti lì, è difficile che essi siano individuati e tutelati come minori. Non sempre c'è la piena consapevolezza dell'importanza di far luce sull'età e quindi sul più idoneo trattamento giuridico da riservare loro.

E' stato denunciato da vari avvocati dell'Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione (ASGI) che spesso, in caso di dubbio sull'età dei trattenuti nei centri di identificazione ed espulsione, le questure non abbiano seguito il principio del favor minoris per cui la minore età è presunta a ogni effetto (art. 8, comma 2, disp. proc. pen. min.), che porta a privilegiare la condizione giuridicamente più favorevole. Le questure hanno, invece, preferito trattenere nei centri il soggetto e, solo dopo aver espletato le procedure di accertamento dell'età, che talvolta

hanno richiesto mesi, hanno provveduto al suo rilascio.

Nei centri di accoglienza gli stranieri permanono il «tempo strettamente necessario» all'adozione dei provvedimenti questorili (art. 23 D.P.R. n. 349/1999). La normativa, quindi, non indica con precisione il limite temporale oltre il quale i migranti non possono più permanervi, né definisce le modalità di trattenimento e i diritti delle persone ivi presenti.

Tuttavia, l'incerta natura giuridica di questa tipologia di strutture fa sì che i migranti vi permangano per lungo tempo (in media tra i 20 e i 30 giorni e, talvolta, addirittura fino a due mesi), in una condizione di effettiva privazione della libertà personale che in realtà non è imposta da alcun provvedimento e opera al di fuori di qualsiasi controllo giurisdizionale.

Questo si riflette negativamente sulla condizione dei minori stranieri non accompagnati, che talvolta vengono accolti in istituti per l'infanzia abbandonata, privi di figure professionali specificamente formate per il sostegno legale e psicologico di minori stranieri.

Anche le procedure di accoglienza dei minori non accompagnati devono essere standardizzate.

Quanto a quest'ultimo profilo delle procedure, una norma prevede che la pubblica autorità a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia colloca in un luogo sicuro qualunque minore che sia moralmente o materialmente abbandonato, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione (art. 403 cod. civ.). Questa disposizione di pronto soccorso ha oggi una applicazione dilatata soprattutto per i minori stranieri non accompagnati che, giunti da soli, non trovano chi si occupa del loro presente e del loro futuro e che sull'immediato vengono in qualche modo sistemati in una comunità o, nell'attesa di un loro collocamento, trattenuti in centri di prima accoglienza sovraffollati e non idonei (come a Lampedusa). Il problema si pone sul chi, dopo questa prima collocazione di emergenza, debba provvedere loro in modo ancora temporaneo o definitivo. La normativa prevede una sovrapposizione di competenze tra il giudice tutelare, quindi il giudice ordinario, ed il Tribunale per i minorenni, con la conseguenza che nella prassi, sovente accade che ciascun organo giudiziario nomini un tutore, e

che si allunghino così i tempi necessari per la nomina di un unico tutore che possa concretamente operare nell'interesse del minore.

Punti critici esperienziali

Un primo effetto dell'eccezionale afflusso di minori stranieri non accompagnati è stato in Sicilia il mutamento delle prassi giudiziarie adottate. Il Tribunale per i minorenni di Catania non ha proceduto più ad avviare i procedimenti di adottabilità per i minori ultra sedicenni, che costituiscono la maggior parte dei ragazzi che sbarcano sulle nostre coste, per l'evidente impossibilità di definirli in tempi così ristretti; in questi casi, il Tribunale si limita ad assumere solo i provvedimenti urgenti relativi al collocamento (applicabili ai minori stranieri che si trovano in situazioni di abbandono ex art. 37-bis legge n. 184/1983), tra i quali il collocamento in una struttura idonea e l'affidamento ai servizi sociali ex art. 336, comma 3, cod. civ., ovvero assume un provvedimento di proroga amministrativa previsto dall'art. 25 del R.D. n. 1404/1934 che autorizza il ragazzo a permanere nel territorio nazionale anche oltre al compimento della maggiore età. A sua volta per gli ultra sedicenni la Procura della Repubblica per i minorenni di Catania trasmette gli atti al giudice tutelare, affinché provveda all'apertura della tutela e alla nomina del tutore.

Il giudice tutelare, quando ne ha notizia, apre una tutela e in essa provvede l'eventuale affidamento del minore ad una famiglia o ad un parente ex art. 371 cod. civ. Oppure i servizi sociali dispongono l'affidamento con un provvedimento che sarà reso esecutivo dal giudice tutelare previo consenso dello stesso minore e del suo tutore (art. 4 legge n. 184/1983): percorso quest'ultimo difficile da seguire, stante l'urgenza di provvedere nelle more della nomina o del giuramento del tutore.

Per risolvere il problema dovuto alla temporanea doppia nomina di tutori, il Tribunale per i minorenni di Catania, relativamente ai minori infra sedicenni) per quali viene aperta la procedura di adottabilità, procede a revocare il tutore provvisorio e a confermare il tutore nominato dal giudice tutelare.

Resta invece aperto il problema dei minori ul-

tra sedicenni, per i quali non viene aperta la procedura di adottabilità: in tali casi il giudice tutelare, a differenza del Tribunale per i minorenni, non dispone il loro affidamento al servizio sociale del comune ove gli stessi vengono collocati, pertanto non vengono prontamente disposte le relazioni e i percorsi di inserimento sociale degli stessi minori.

Chi è Il Tutore

- Tutore: è la persona, nominata dall'autorità giudiziaria che ha la cura della persona del minore, lo rappresenta in tutti gli atti civili e ne amministra i beni;
- Protutore: è la persona, nominata dall'autorità giudiziaria per rappresentare il minore in caso di conflitto di interesse tra quest'ultimo e il tutore;

Sino a poco tempo fa il fenomeno era circoscritto ai minori italiani in stato di abbandono e la maggior parte delle tutele riguardava il coinvolgimento delle cosiddette tutele burocratiche: sindaci, responsabili dei servizi ecc..

Negli ultimi anni il problema dei minori stranieri non accompagnati e della loro assistenza ha determinato un incremento dell'istituto della tutela, portando altresì alla luce le problematiche connesse ad un suo utilizzo meramente formale.

Tutelare le condizioni dei minori clandestini significa anche intervenire in modo costruttivo incidendo su situazioni che possono aggravare il loro stato.

Vi è di positivo peraltro che per qualche regione, come in Puglia e in Veneto egli non è solo, ma è circondato da una coraltà di interventi a favore del minore straniero solo, che possono aiutarlo e sostenerlo.

Il tutore dovrebbe possedere una formazione pluri - disciplinare e che si estenda a competenze extra - giuridiche, estese alla psicologia dell'età evolutiva, relazioni familiari, tecniche di mediazione, nonché un'adeguata motivazione.

La funzione del tutore è di particolare importanza sotto il profilo psicologico e dell'accoglienza per il minore straniero non accompagnati e neo-maggiorenne.

Infatti la presenza del tutore costituisce un momento fondamentale di sicurezza per il minore in situazioni cruciali relative all'accoglienza dello

stesso, ad esempio durante le procedure di identificazione e accertamento dell'età.

In conclusione il ruolo del tutore in relazione al minore straniero, che è suo pupillo, è particolarmente impegnativo ed esige una qualificazione specifica anche in relazione a possibili affidamenti familiari.

Alcune raccomandazioni

Come emerge dalle criticità descritte, la mancanza di standard, di procedure e di regole condivise per la presa in carico dei minori stranieri non accompagnati è all'origine dei vari errori e delle scelte inadeguate effettuate nella prima fase d'accoglienza e che poi si traducono nella violazione dei diritti degli interessati, come il loro trattenimento nei centri di identificazione ed espulsione.

Riflettendo su tale realtà, è possibile individuare alcune raccomandazioni essenziali a migliorare il sistema d'accoglienza dei minori, garantendone la tutela e i diritti.

Sarebbe dunque auspicabile una legge organica che disciplini le varie questioni che interessano i minori stranieri, in particolare la protezione dei minori stranieri non accompagnati.

Dovendosi prendere in considerazione con carattere di priorità il superiore interesse del fanciullo (art. 28, comma 3, T.U. n. 286/1998) sarebbe importante:

1. introdurre una normativa organica e specifica a tutela del MSNA dinanzi ad un unico ed autonomo organo giudiziario specializzato secondo le Linee Guida del Consiglio d'Europa "Per una giustizia a misura di minore" del 2010 .
2. uniformare a livello nazionale le procedure di identificazione e di accertamento dell'età, nel supremo interesse del minore, creando una task force di personale specializzato multidisciplinare (medici, psicologi, mediatori culturali, educatori professionali, assistenti sociali);
3. rendere consapevoli le questure della non validità (medica e giuridica) dei referti relativi all'esame radiologico del polso in cui non è indicato il margine di errore;
4. istituire un sistema nazionale d'accoglienza per individuare luoghi idonei per l'im-

- mediato collocamento dei minori;
5. incentivare e incrementare l'utilizzo dello strumento già esistente dell'affido etero-familiare, previsto sia dal richiamo dell'art. 33 del Testo Unico sull'immigrazione, alla disciplina della legge sull'affidamento e l'adozione, nonché dall'art. 32 del medesimo Testo Unico per la regolarizzazione dei MSNA, al fine dell'integrazione sociale, ossia l'accoglienza di MSNA a famiglie disponibili ad accoglierli;
 6. stabilire una procedura nazionale per il rilascio di un documento di identità e per la registrazione dei singoli in banche dati che si occupano della gestione dei minori stranieri non accompagnati;
 7. creare, d'intesa con il Ministero degli esteri e le diverse organizzazioni umanitarie coinvolte, percorsi di emigrazione assistita per i minori stranieri non accompagnati che desiderano trasferirsi in altri Paesi europei in cui hanno contatti familiari;
 8. istituire un fondo nazionale specifico per l'accoglienza la cui erogazione sia mantenuta costante e conforme alle reali esigenze;
 9. rifinanziare il programma nazionale di protezione dei minori stranieri non accompagnati gestito dall'Anci, sperimentato con esiti positivi tra il 2008 e il 2011;
 10. imporre stretti limiti temporali per la nomina di un tutore;
 11. istituire un'autorità di controllo che segnali gli illegittimi casi di trattenimento.

A tali proposte si potrebbe aggiungere l'avvio di percorsi di formazione es. sostegno psicologico ad hoc per il personale militare e civile, che opera nei punti di accesso del Paese (come porti e frontiere) e nelle varie comunità per minori stranieri, nonché l'attivazione di procedure di accreditamento delle varie comunità per minori che si basino su criteri oggettivi di ordine economico, gestionale e di risorse umane e professionali.

La realizzazione dei suddetti punti propositivi, permetterebbe di ridurre significativamente la permanenza dei minori nei centri di primo soccorso e accoglienza e di diminuire il rischio di eventuali trattenimenti nei centri di identificazione ed espulsione.

Per concludere, da un'attenta analisi di quanto descritto sin qui, riferito alle problematiche delle immigrazioni, in particolare dei MSNA, emerge chiaramente che la carenza e la mancanza di interventi psicologici adeguati e specialistici ha creato e crea gravissimi scompensi comportamentali in minori, spesso disillusi dal loro obiettivo iniziale di voler "migrare". Migrare significa guardare oltre la propria storia e rigiocare l'identità in nuovi contesti culturali.

Al fine di evitare questi traumi conseguenti al venir meno di progetti di realizzazione lavorativa, economica, sociale ed affettiva, l'approccio psicosociale, trattandosi di minori in una situazione di emergenza complessa, consente di mettere il minore in sicurezza mitigando, attraverso un'accoglienza che cura la riattivazione di sintomi post-traumatici e l'isolamento sociale, mettendo al centro il minore ed esplorando le azioni possibili che avviano il percorso di interventi di supporto più facilmente accessibili e di contenimento per favorire la rielaborazione della propria storia. Seguirà, il momento di affrontare l'esperienza traumatica e le sue conseguenze, l'adattamento a nuovi percorsi culturali che questi bambini e adolescenti devono avviare nel nostro Paese, in un contesto che non riattiva i traumi, ma un luogo di crescita post-traumatica dove sia possibile riavviare il percorso migratorio guardando oltre, verso il futuro.

Bibliografia

- Rivista "Minoriustizia" 2/2014: - BAMBINI STRANIERI, QUALE INTEGRAZIONE di F.sco Vittrano.
- Rivista "Minoriustizia" 1/2006 – 1/2008 : - IL CURATORE, IL RAPPRESENTANTE E L'AVVOCATO DEL MINORE – di Maria Giovanna Ruo.
- Testo "Psicologia generale e dello sviluppo" – di Canestrari – Editrice GLUEB – Bologna.
- Testo "Conta su di me" - di Anna Oliverio Ferraris – GIUNTI Editore.
- Testo "Il pensiero evolutivo" di Jean Piaget – GIUNTI Editore.
- Testo "Lo sviluppo mentale nelle ricerche di Piaget" – GIUNTI Editore.
- Circolari Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione.
- Report Nazionali – Minori stranieri non accompagnati anno 2014.
- Guida sociale per operatori impegnati con MSNA-FARO Terre del Hommes.

Essere Adolescenti

Considerazioni su un'esperienza di Educazione Affettiva e Sessuale nelle Scuole

Claudia Poppa*, Vito Calabrese*, Rosarita Quaranta**, Giuseppe Redavid***

* Psicologa e Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo presso il Consultorio Familiare di Noicattaro, ASL BARI DSS 11

** Psicologa, Psicoterapeuta in Formazione, Tirocinante presso il Consultorio Familiare di Noicattaro, ASL BARI DSS 11

*** Dottore in Psicologia Clinica, Tirocinante presso il Consultorio Familiare di Noicattaro, ASL BARI DSS 11.

Riassunto

Lo scritto è una riflessione su una esperienza di educazione affettiva e sessuale svolta nelle classi terze di tutte le scuole secondarie di primo grado presenti sul territorio di Noicattaro nell'anno 2014/2015. Tale esperienza si iscrive all'interno di un progetto di prevenzione, promosso dal Consultorio Familiare di Noicattaro ASL BA. L'obiettivo è stato quello di favorire una maggiore consapevolezza dei cambiamenti fisici, psicologici e relazionali che la fase adolescenziale comporta, con particolare attenzione alla sfera sessuale e affettiva. L'intervento è stato svolto per gruppi classi, si è avvalso dell'utilizzo di un questionario e di un approccio interattivo di discussione. Una prima elaborazione del questionario è avvenuta all'interno di ogni classe: le risposte più frequenti sono state discusse assieme ai ragazzi evidenziandone le specificità e soprattutto gli aspetti critici. Questa scelta di intervento ha permesso di rendere i ragazzi protagonisti dell'incontro nonché i primi "esperti" degli argomenti trattati e fruitori di una elaborazione collettiva. La modalità utilizzata per l'analisi dei questionari proposti, è di tipo qualitativo: è stato interessante esplorare i vissuti dei ragazzi partecipanti al progetto e confrontarli con i nostri costrutti teorici.

Parole chiave: *Adolescenza, Educazione all'affettività e alla sessualità, Scuola, Analisi Qualitativa, Consultorio Familiare, Prevenzione.*

Introduzione

Questo scritto nasce dall'esigenza di riflettere sul Progetto di Educazione Affettiva e Sessuale proposto per le Classi Terze delle Scuole Secondarie di Primo Grado presenti nel territorio di Noicattaro. Tale esperienza ha coinvolto 254 studenti, tutti "nativi digitali"¹.

È stata un'occasione preziosa di entrare in contatto con le caratteristiche affettive e relazionali degli adolescenti odierni.

Contenitore formativo dialogico

Come Consultorio Familiare, già da anni abbiamo avviato corsi di educazione all'affettività e alla sessualità nell'ambito degli interventi di prevenzione primaria. Quest'anno partendo da una riflessione sugli stereotipi con cui vengono spesso descritti negativamente gli adolescenti odierni (immaturi, distesi, anestetizzati sul piano dei valori, irresponsabili, ecc.) ci siamo confrontati sull'utilità di strutturare un contenitore teso al dialogo con i ragazzi, capace di catturare le grandi trasformazioni culturali degli ultimi decenni nell'ambito della famiglia e della genitorialità. Se vogliamo comprendere perché gli adolescenti di oggi sono così diversi da quelli di pochi decenni fa dobbiamo in primo luogo considerare i profondi cambiamenti, iniziati negli anni '70, che hanno determinato il *passaggio dalla Famiglia delle regole alla Famiglia degli affetti*. Oggi si è passati dalla famiglia con un "ruolo normativo" in cui si trasmettevano principi morali e norme sociali, alla famiglia "affettiva" orientata a negoziare tutto e a soddisfare i bisogni individuali dei figli, a evitargli sofferenze e frustrazioni. La famiglia normativa era ed è basata sulla trasmissione dei valori dai genitori ai figli, senza che que-

suo *Digital Natives, Digital Immigrants* pubblicato nel 2001. In questo articolo, l'espressione viene utilizzata per indicare un nuovo gruppo di adolescenti nati dopo il 2000 che accedono già nelle prime fasi di vita al sistema digitale.

¹ L'espressione è stata coniata da Marc Prensky nel

sti possano mettere in discussione i principi e gli stili di vita acquisiti dalla famiglia di origine. Una famiglia, cioè, in cui il polo normativo prevaleva su quello affettivo, esprimendosi in una cultura educativa basata più sulla capacità di *sostenere la frustrazione* che sulla *soddisfazione dei bisogni*. La famiglia affettiva è caratterizzata dalla volontà di aiutare e sostenere il figlio a diventare quello che interiormente desidera essere. La nuova famiglia tende dunque a rappresentare se stessa come luogo privilegiato di accudimento e protezione; suo scopo fondamentale è quello di fornire amore e sicurezza ai figli, soddisfacendone ogni bisogno affettivo, economico e sociale. A questo nuovo modo di intendere la famiglia si aggiunge un diverso equilibrio che si esprime in una relativa sovrapposizione di ruoli fra le figure parentali e che si traduce in una maggiore libertà nei rapporti fra i componenti della famiglia, in una maggiore reciprocità, in una accresciuta disponibilità e apertura al dialogo. Tutto questo ha comportato dei cambiamenti nei rapporti fra i ragazzi e il mondo scolastico. Sarebbe esagerato ed anacronistico rimpiangere la figura genitoriale autoritaria che impartiva divieti ed obblighi, così come risulterebbe eccessivo da parte della famiglia considerare come primario l'aspetto affettivo e delegare alla scuola il compito di insegnare le regole. Per questo abbiamo cercato di rendere maggiormente protagonisti i ragazzi passando dalla mera informazione ad un confronto relazionale che tenga conto dei bisogni e delle aspettative dei giovani, offrendo loro risposte di senso, e apprendendo da loro i contenuti che avremmo dovuto affrontare, come i cambiamenti fisici e psicologici legati all'adolescenza, la sessualità e l'amore, e ancora sull'importanza del gruppo dei pari, e ai rapporti conflittuali con i genitori. Abbiamo lavorato con il gruppo classe, favorendo la comunicazione all'interno del microcosmo rappresentato dalla classe, come evidenziato da Matteo Lancini. Piuttosto che rimanere ancorati alla prevedibilità ed alla sicurezza di una "lezione" frontale, abbiamo proposto una disposizione in cerchio in modo da coinvolgere l'intero gruppo e creare una condizione orizzontale di comunicazione, rendendo protagonisti ognuno di noi e passare dal dare informazioni sulla sessualità ad educare all'affettività e alla sessualità.

I compiti evolutivi nell'adolescenza

L'adolescenza si presenta come un'età carica di ansie e tensioni sia per i ragazzi che la stanno vivendo in prima persona sia per gli adulti di riferimento (genitori, insegnanti, ecc.) che la vivono di riflesso. La difficoltà insita in questo periodo è legata sostanzialmente alla presenza di alcuni ineludibili compiti che l'adolescente deve affrontare:

- sul piano dello sviluppo fisico, c'è una forte crescita del corpo;
- nel processo della crescita intellettuale, vi è la conquista del pensiero formale;
- sul piano del rapporto con i genitori, si staglia la ricerca di una sempre maggiore autonomia e della difficoltà di gestire questa porzione di indipendenza conquistata;
- nel rapporto con il mondo degli adulti con cui si viene sempre più a contatto, bisogna fare i conti con importanti scelte di vita (es. scelta della scuola media superiore);
- sul piano personale, diventa fondamentale la costruzione di una propria identità e il confronto con quella che è l'idea del sé;
- sul piano relazionale, il compito fondamentale è quello di stabilire, in varie forme, dei buoni rapporti con i propri coetanei.

Le trasformazioni corporee

L'adolescenza comporta una modificazione del corpo, non solo nelle sue dimensioni, ma anche nella forma delle sue parti (es. la forma del viso, dei fianchi, cambiamento della voce). Vi è la maturazione puberale, con l'apparire delle prime mestruazioni e la crescita del seno nelle ragazze, e la crescita degli organi genitali, le prime eiaculazioni e la comparsa della barba nei ragazzi. Lo sviluppo fisico ha dei contraccolpi sul piano psicologico: si possono creare, infatti, forti preoccupazioni ed ansie di vario genere, ad es. quelle derivanti dal fatto di essere in ritardo rispetto agli altri o dal timore che alcune parti del corpo non siano soddisfacenti o che gli altri possano intuire una condizione personale come lo stato mestruale che si vorrebbe tener segreto. Le trasformazioni corporee inoltre si accompagnano al riaffiorare delle pulsioni sessuali, che superano la fase di latenza tipica dell'infanzia.

Rapporti con i coetanei

Durante l'infanzia un bambino ha quotidianamente rapporti con altri bambini della sua età, tali interazioni si basano principalmente sul gioco e sugli impegni scolastici, ma quando tali attività hanno termine anche i legami con loro si allentano. Hanno maggior rilievo nel suo spazio di vita gli adulti, in particolare genitori e insegnanti.

In età adolescenziale, le cose cambiano radicalmente, i coetanei diventano un punto di riferimento e sostegno nella difficile conquista dell'indipendenza e nella visione della realtà diversa dai propri genitori. Fondamentale è il confronto e il giudizio degli altri coetanei, utile per la formazione dell'identità dell'adolescente e dell'idea di sé. L'interazione inoltre non è più limitata al gioco ma si estende a molti aspetti della vita, diventa costante e più profonda.

Rapporto con i genitori

Le relazioni con i coetanei accompagnano e sostengono l'adolescente anche nel processo di separazione dalle figure genitoriali, favorendo l'acquisizione di un'identità autonoma. L'adolescente tende a diversificarsi dalle figure genitoriali, evitando di diventare la fotocopia del proprio padre o della propria madre, sviluppando interessi e gusti sempre più personali e cercando di conquistare una sempre maggiore autonomia sul piano decisionale, quali per esempio abbigliamento, amici, attività per il tempo libero o il corso di studi. Il distacco dai genitori si realizza attraverso processi che implicano innanzitutto distanziamento, rabbia e sensi di colpa per giungere infine all'equilibrio e al senso dell'indipendenza.

Amore e sessualità

È in questo periodo dello sviluppo che si verificano i primi incontri sentimentali e la scoperta dell'intimità sessuale costituisce un potente catalizzatore emotivo.

L'esperienza dell'innamoramento comporta una modificazione della percezione di sé e della persona amata, e una trasformazione della realtà: vi sono esperienze che assumano una forte connotazione emotiva e una rilevanza psicologica straordinaria. L'innamoramento possiede un carattere

di esperienza totalizzante, basata sull'idealizzazione della persona amata, e si riverbera su tutti gli aspetti della vita. Dobbiamo precisare, però, che nell'adolescente non sempre questa esperienza viene vissuta ad un alto livello di intensità e di pienezza. Vi sono adolescenti per i quali le componenti emotive (es. desiderio di convivere le stesse esperienze con il proprio partner) e quelle costituite dall'attrazione fisica sono compresenti. Altri adolescenti invece vivono esclusivamente le componenti sentimentali dell'amore, ad es. l'amore segreto o platonico; in altri invece prevale l'aspetto fisico. Tali differenze possono avere radici nella struttura di personalità dell'adolescente o possono essere il risultato dell'influenza dell'ambiente culturale di appartenenza o di un certo tipo di educazione.

Allo stesso tempo, il desiderio di intimità fisica nell'adolescente si accompagna spesso al timore, resistenza o paura per l'intimità fisica, soprattutto nelle sue forme più coinvolgenti, per ragioni diverse, come il timore più o meno conscio di uscire definitivamente dalla propria infanzia, l'idea che l'intimità debba essere riservata alla persona ideale che si incontrerà nella propria vita o l'idea che si tratta di forme di comportamento negativo.

Campione

Il campione preso in esame è costituito da 254 studenti di terza media (età media 13- 14 anni) di cui 140 maschi e 114 femmine appartenenti a 15 classi dei due istituti scolastici di Noicattaro.

Metodologia e strumenti

Si è organizzato un incontro per classe di durata di due ore. I ragazzi disposti in cerchio, dopo una breve presentazione degli operatori del consultorio familiare, dei servizi offerti dallo stesso, hanno partecipato attivamente al dibattito sulla tappa evolutiva adolescenziale, che ingloba una grande varietà di tematiche quali la famiglia, le relazioni, la sessualità, l'innamoramento, l'amore, l'amicizia.

È stato presentato ai ragazzi un breve questionario, costituito da sette domande:

1. *In che cosa ti senti diverso da quando eri bambino/a?*
2. *Quali sono le paure più forti che hai verso te*

stesso, il tuo corpo e le sue manifestazioni?

3. Cosa è cambiato nella relazione con i tuoi genitori?
4. Com'è cambiato il tuo modo di scegliere gli amici?
5. Con chi ritieni di poter parlare tranquillamente dei tuoi problemi?
6. L'amore è...
7. La sessualità è...

Ogni studente doveva rivolgere queste domande al compagno seduto accanto. Tale metodo di intervista è stato utile ai ragazzi affinché si confrontassero su questioni delicate prima intimamente con un compagno, e poi con l'interno gruppo.

Per poter analizzare qualitativamente le risposte dei ragazzi, abbiamo usufruito dell'ausilio del software *Atlas.ti*® (ver. 5.01).

Nell'ambito dell'analisi dei testi, *Atlas.ti* si configura come un software utile e versatile messo a punto con lo scopo di rendere più agevole l'indagine qualitativa dei contenuti oggetto di una ricerca.

La prima versione di *Atlas.ti* è stata prodotta nel 1994 da Thomas Muhr, ed è stata commercializzata dalla società Scientific Software di Berlino. Negli anni successivi sono state prodotte versioni via via più aggiornate del software, che è ora ampiamente utilizzato in diversi paesi del mondo ed è apprezzato per le sue doti di versatilità e facilità di impiego.

Il programma, grazie alla caratteristica struttura a rete, facilita l'organizzazione formale dei dati e la sintesi dei risultati sulla base delle linee guida formulate dal ricercatore.

La scelta delle parti del documento, ritenute rilevanti ai fini dell'indagine, è stata a discrezione del ricercatore e della sua capacità interpretativa, proprio come un lettore decide quali passaggi sottolineare ed evidenziare, del testo che sta leggendo. I vantaggi dell'impiego di *Atlas.ti* nella ricerca qualitativa sono molteplici e derivano proprio da alcune caratteristiche peculiari del programma.

In primo luogo la facilità con cui le citazioni tratte dai testi vengono recuperate e archiviate rende estremamente agile il confronto interno tra i vari documenti e favorisce l'analisi simultanea dei significati che emergono dai testi; lo strumento permette al ricercatore di seguire un percorso

molto vicino a quello di una codifica "carta e matita", ma con il vantaggio di rendere tutte le operazioni molto più veloci e sistematiche.

Per quanto riguarda i presupposti epistemologici alla base di questo programma, è bene dire che questi si riferiscono a quel paesaggio della ricerca qualitativa che riguarda la natura "costruttiva" del linguaggio, sia nelle elaborazioni proprie della ricerca scientifica sia nelle interazioni sociali della vita quotidiana.

Si assume, infatti, che la ricerca scientifica sia un processo di costruzione sociale della realtà effettuato dai ricercatori all'interno di una determinata comunità linguistica. Tale assunzione è resa più complessa dal fatto che lo scopo della ricerca qualitativa è quello di comprendere il significato di altre costruzioni sociali della realtà, quelle elaborate dai soggetti produttori dei testi che si intendono realizzare.

"*Atlas.ti* è stato costruito per facilitare lo sviluppo di un modello teorico saldamente fondato sul testo, cioè per produrre conoscenza scientifica facendo interagire le categorie di analisi del ricercatore con i significati costruiti dai soggetti nel discorso" (Muhr, 1997).

Da un punto di vista metodologico, le procedure messe in atto durante la ricerca dovrebbero raggiungere la comprensione dei contenuti elaborati dai soggetti e, nello stesso tempo, garantire l'accuratezza durante le diverse fasi dell'analisi; a questo scopo risulta indispensabile un lavoro continuo di contatto e confronto con i testi oggetti di studio.

Il criterio che abbiamo utilizzato per questa ricerca, si avvale di strategie che si muovono in direzione top-down, cioè che deducono il sistema di codici dai contatti chiave di teorie già esistenti.

Si scelgono, quindi, categorie di analisi già esistenti a livello teorico che orienteranno poi la ricerca di citazioni nei testi da analizzare.

Analisi delle interviste

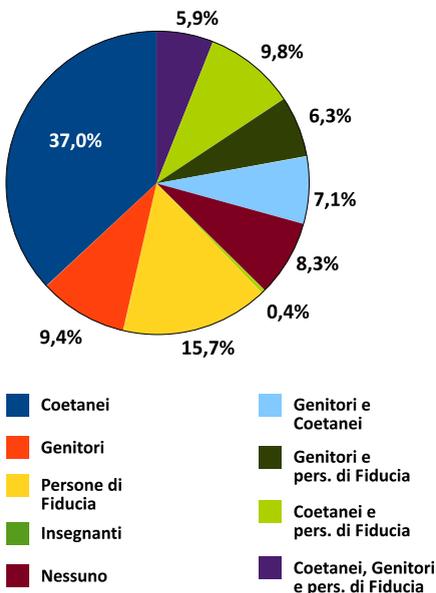
Una volta raccolte le 254 interviste le abbiamo analizzate all'interno del programma *Atlas.ti* ed abbiamo esplorato le varie risposte evidenziando tutte quelle frasi o parole che potessero rientrare all'interno di un determinato codice.

Dall'unica domanda a risposta chiusa *Con chi*

ritieni di poter parlare tranquillamente dei tuoi problemi è emerso che:

- Il 37% degli studenti dichiara che tende a confidarsi esclusivamente con i *coetanei*;
- Il 9,4 % degli studenti riferisce che tende a confidarsi esclusivamente con i propri *genitori*;
- Il 15,7 % dei ragazzi riferiscono di confidarsi solamente con *persone di fiducia*;
- Lo 0,7% tende a confidarsi esclusivamente con un *insegnante*;
- L'8,3% degli studenti dichiara di non avere *nessuno* con cui confidarsi;
- Il 7,1% riferisce che tende a confidarsi *indistintamente con genitori e coetanei*;
- Il 6,3% dei ragazzi tende a confidarsi *indistintamente con genitori e persone di fiducia*;
- Il 9,8% dei ragazzi dichiara che tende a confidarsi con *coetanei e persone di fiducia*;
- Il 5,9% dei ragazzi riferisce di confidarsi indistintamente con *coetanei, genitori e persone di fiducia*;

Confidenti

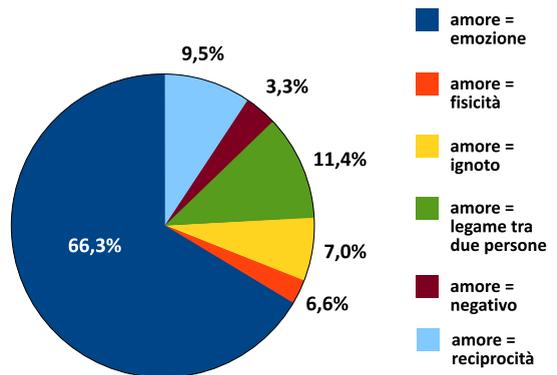


riflettere anche la tendenza a non confidarsi con nessuno, indice di una temporanea chiusura relazionale, mancanza di fiducia nell'altro, l'indisponibilità ad aprirsi o la mancanza di una rete sociale responsiva).

Alla richiesta di definizione di "amore" sono stati collegati i seguenti codici. In dettaglio definiremo per ognuno di essi alcune delle risposte associate.

- Amore come *Emozione*: "sentimento che provi quando ti innamori di qualcuno", "un sentimento bello che ti fa sentire speciale", "quella famosa sensazione delle farfalle nello stomaco", "una sensazione bellissima che ti rende inspiegabilmente felice".
- Amore come *Fisicità*: "provare attrazione per qualcuno", "baciare una ragazza".
- Amore come *Reciprocità*: "condividere le cose", "aiutarsi a vicenda", "confrontarsi", "scambio", "fiducia", "sincerità".
- Amore come *Ignoto*: "non so", "un mistero", "indefinibile".
- Amore come *Legame tra due persone*: "avere qualcuno accanto a sé", "avere una persona accanto a te che ti consola, ti aiuta in tutto e ti ama", "un rapporto affettuoso tra due persone".
- Amore come *Qualcosa di negativo*: "paura", "una rottura di scatole".

Categorie dell'amore



In linea con la teoria di riferimento, dall'intervista emerge il ruolo chiave che assumono i coetanei nella condivisione dei propri vissuti. Fa

Dal grafico emerge che per gli adolescenti intervistati l'amore è un sentimento talmente forte da risultare quasi indescrivibile, speciale. Vi è

un'idealizzazione del sentimento amoroso, che sembra essere astratto e poco definito. Solo in pochi riportano l'esperienza di averlo già sperimentato, in molti, infatti, lo riconducono ad un'età più adulta. Anche se in minima parte, emerge una visione dell'amore come unicamente legata all'attrazione fisica e alla sessualità.

Alla richiesta di definizione di "sessualità" sono stati collegati i seguenti codici:

- Sessualità come *Differenza tra sessi*: "fattore che determina la differenza tra due persone di sesso opposto", "la differenza tra maschio e femmina".
- Sessualità come *Fisicità*: "un rapporto fisico", "sesso", "donare la verginità".
- Sessualità come *Incomprensibile*: "non so", "una cosa incomprensibile", "una cosa che non ho ancora provato e non so definire".
- Sessualità come *Intimità*: "un rapporto intimo", "una cosa privata".
- Sessualità come *Necessità*: "necessità".
- Sessualità come *Nuova esperienza*: "una cosa da scoprire", "una cosa che non ho ancora provato", "un passo avanti".
- Sessualità come *Riproduzione*: "la riproduzione della specie", "un modo per fare figli".
- Sessualità come *Qualcosa di superfluo*: "un rapporto superfluo".

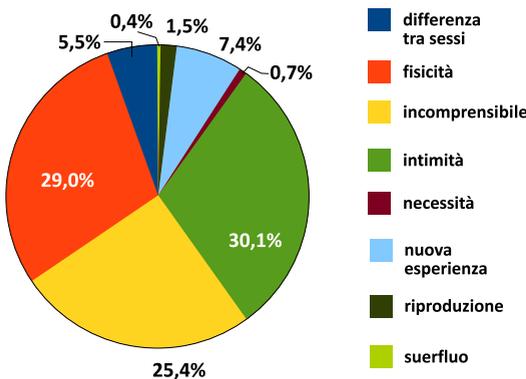
che la sessualità possa essere considerata solo come un rapporto meccanico tra due persone e dall'altro invece evidenzia come l'idea del sesso non sia completamente slegata da una relazione affettiva.

Anche in questo caso emerge l'assenza di un'esperienza diretta della sessualità e del suo significato. In minima parte emerge l'idea della sessualità come un'esigenza riprovevole e superflua, che fa riflettere su come spesso la nostra cultura modelli una visione negativa della sessualità, non rispondente ad un bisogno naturale ed umano.

Alla domanda "In cosa ti senti diverso da quando eri bambino?" sono stati collegati i seguenti codici:

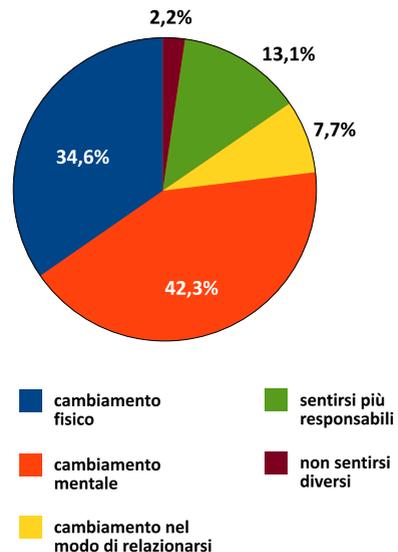
- *Avvertire un cambiamento di tipo fisico*: "il cambiamento della voce", "altezza", "il mio aspetto fisico".
- *Avvertire un cambiamento di tipo mentale*: "modo di pensare", "il mio atteggiamento", "mentalità", "carattere".
- *Avvertire un cambiamento nel modo di relazionarsi*: "mi sento diversa [...] nel fare amicizia", "comportamento con la famiglia", "sono cambiato nei rapporti con la gente, con gli amici e la famiglia".
- *Sentirsi più responsabili rispetto a prima*: "mi sento più grande", "mi sento più sicuro".

La sessualità è...



Dal grafico emerge come i due aspetti della sessualità che maggiormente sono stati evidenziati dagli adolescenti siano quello fisico e quello dell'intimità. Ciò rispecchia da un lato il rischio

Sentirsi diverso



di me”, “seno di poter prendere delle decisioni”, “mi sento più maturo”.

- *Non sentirsi diversi*: non avvertire alcun cambiamento.

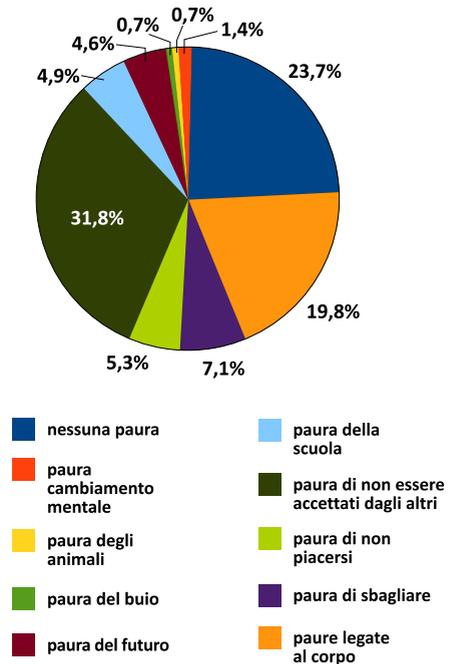
Dalle interviste emerge che i cambiamenti maggiormente percepiti sono quelli a livello mentale e fisico. Nello specifico, i ragazzi sono consapevoli della diversità di pensiero, di se stessi e del modo di relazionarsi al mondo. I cambiamenti mentali evidenziati sono soprattutto cambiamenti in positivo: sentirsi più coraggiosi, più forti, più aperti. I cambiamenti fisici sono cambiamenti in divenire, legati allo sviluppo dei caratteri sessuali. Tale analisi si ricongiunge alla seguente sezione sulle paure.

Alla domanda “Quali sono le paure più forti e frequenti verso te stesso, il tuo corpo e le sue manifestazioni?” sono stati collegati i seguenti codici:

- *Nessuna paura*
- *Paura del cambiamento mentale*: “del modo di pensare”, “cambiamento radicale della personalità”
- *Paura degli animali*
- *Paura del buio*
- *Paura del futuro*: “cambiamenti tipici del diventare uomo/donna”, “di diventare grandi”, “di non farcela”.
- *Paura della scuola*: “di andare male a scuola”, “di non impegnarmi abbastanza al liceo”.
- *Paura di non essere accettati dagli altri*: “di litigare”, “di perdere/ferire gli altri”, “dell’amore”, “di rimanere solo”.
- *Paura di non piacersi*: “di non essere se stessi”, “di non capirsi”.
- *Paura di sbagliare*: “di commettere errori”, “di fare qualcosa di grave”.
- *Paure legate al corpo*: “di ingrassare”, “dei cambiamenti del corpo”, “di non crescere/crescere troppo”.

Dal grafico emerge che le paure più rilevanti sono quella di non essere accettati dagli altri e quella riguardante la propria esteriorità. Questi risultati sono in stretto collegamento con la letteratura, secondo la quale la presenza del gruppo

Paure



dei pari diventa un aspetto fondamentale in questa fase dello sviluppo. La minaccia della perdita del gruppo di riferimento anticipa nell’adolescente un vissuto di abbandono e solitudine.

Inoltre, è rilevante il dato legato alla paura del cambiamento fisico: la paura di non crescere con le stesse tempistiche dei propri coetanei e, allo stesso tempo, la paura derivante dalle trasformazioni che il proprio corpo sta subendo (ad esempio, si evidenzia la paura legata allo sviluppo dei caratteri sessuali come il ciclo mestruale e le prime rotondità, probabilmente non in linea con i modelli di bellezza proposti dai media negli ultimi anni).

Un dato evidente è anche la mancanza riferita di paure, il che potrebbe essere spiegato sulla base di un modello culturale in cui non è permesso esprimere le proprie debolezze.

Alla domanda “cosa è cambiato nella relazione con i tuoi genitori?” sono stati attribuiti i seguenti codici:

- *Cambiamenti in positivo*: “mi confronto di più con loro”, “maggiore confidenza”, “parlare spesso con loro”.

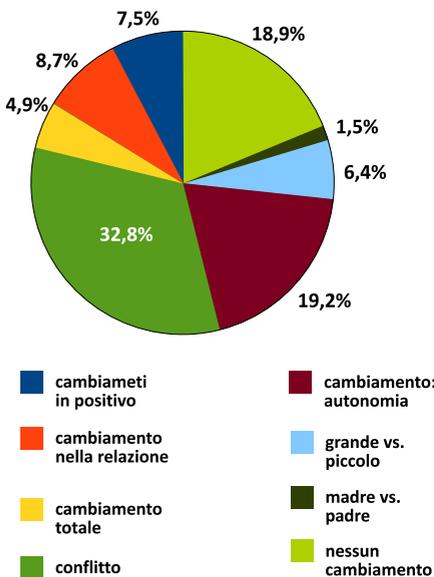
- *Cambiamento nella relazione con i genitori*: “il modo di dialogare”, “il mio modo di relazionarmi con loro”.
- *Cambiamento totale nelle relazioni familiari*: “non è più come prima”, “tutto”.
- *Cambiamenti in negativo (conflitto)*: “litigo sempre”, “sono pesanti”, “ci sono incomprensioni”, “è un rapporto difficile”.
- *Cambiamento - autonomia*: “più responsabile”, “sono più riservato”, “prima decidevano loro”, “ora decido io”, “chiedo più libertà”.
- *Grande vs. piccolo*: “mi trattano più da grande”, “a volte mi trattano da grande”, “altre volte da bambino”.
- *Madre vs. padre*: “sento di dover parlare solo con la mia mamma di tutto”, “ho un rapporto migliore con mia madre rispetto a quello con mio padre”, “il rapporto con mio padre è diventato freddo”.
- *Nessun cambiamento nelle relazioni familiari*.

esprimono la necessità di un distacco, anche conflittuale, dal legame genitoriale e il bisogno di ricercare una propria identità e autonomia. Nello specifico, emergono vissuti diversi rispetto alle due figure genitoriali, laddove risulta importante rilevare quanto il rapporto conflittuale risulta essere quello con la figura paterna, vissuta come lontana e non comprensiva. Allo stesso tempo, una parte degli intervistati ammette di non aver vissuto una drastica modificazione rispetto al rapporto con i propri genitori.

Alla domanda “Come è cambiato il tuo modo di scegliere gli amici?” sono stati attribuiti i seguenti codici:

- *Scelta amici basata sull’affidabilità*: “scelgo gli amici di cui ci si può fidare”, “in base alla loro sincerità nei miei confronti”.
- *Scelta amici basata sull’affinità*: “in base agli interessi comuni”, “in base a come sono fatta io”, “in base alla presenza di cose in comune”.
- *Scelta amici basata sull’aspetto fisico*: “in base alla bellezza”, “in base all’aspetto fisico”.
- *Scelta amici basata su come si avvicinano a me*: “evito coloro che mi prendono in giro”, “dal modo in cui si comportano con me”, “in base all’influenza che hanno su di me”.
- *Scelta amici basata sull’esperienza pregressa*: “ora cerco di imparare a conoscerli meglio prima di scegliere”.
- *Scelta amici in base al modo di essere*: “in base al carattere”, “in base alla simpatia”, “in base al loro modo di non essere convenzionali”, “in base al loro modo di pensare”.
- *Nessun cambiamento scelta amici*.

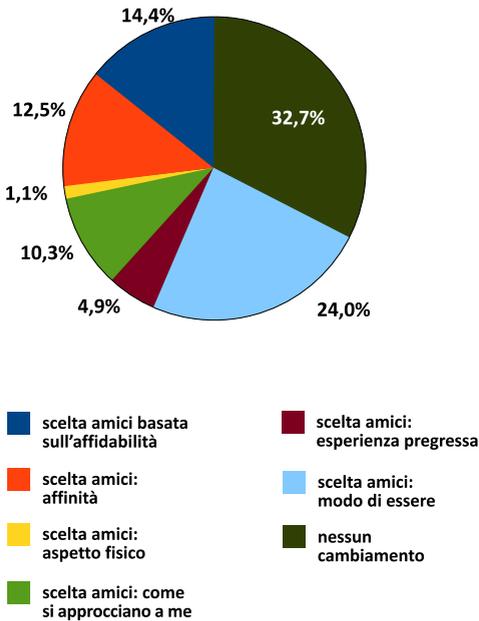
Cambiamenti nelle relazioni familiari



Dall’analisi dei dati emerge soprattutto un cambiamento in negativo, in linea con le nostre conoscenze sul mondo adolescenziale. I ragazzi

L’amicizia sembra essere un legame affettivamente importante da non subire alcun cambiamento rispetto al passato. Da un’analisi più specifica emerge che la ricerca dell’amico si basa in primis sulle caratteristiche di personalità (sincerità, simpatia), sull’affidabilità e dunque il senso di fiducia e, in percentuale minore, sulle affinità caratteriali o di interessi e su specifiche modali-

Cambiamento nella scelta degli amici



tà di approccio. In questo ambito si evidenziano i cambiamenti negli adolescenti odierni che “ sono sempre in contatto con le loro protesi identitarie, costituite da tablet, PC, smartphone. Ormai per loro la rete è divenuta una «terza famiglia» insieme a quella naturale e quella sociale, costituita dal gruppo dei pari in carne e ossa. Il mondo virtuale costituisce un ulteriore spazio di incontro e di relazione, un luogo potenziale, luogo non luogo in cui nascono si costruiscono e si gestiscono relazioni, affetti, conflitti, comunicazioni”. (Lancini, 2015).

Conclusioni

Alla fine di questa rassegna di dati, visto il riscontro positivo ricevuto da parte dei ragazzi nella discussione di queste tematiche, sarebbe auspicabile una riproposizione di questa esperienza all'interno di una formula che non comprenda un singolo incontro, di per sé insufficiente a sviluppare tutte le tematiche affrontate, ma in un ciclo di incontri specifici per tema proponendo un contesto elaborativo anche per i genitori.

In sintesi, da un'analisi incrociata dei vari codici emersi possiamo sicuramente sostenere di

aver ampliato le nostre conoscenze sul mondo adolescenziale e al contempo stimolato nei ragazzi un'elaborazione ad ampio spettro dei loro cambiamenti fisici e psicologici con particolare attenzione alle dinamiche affettive e relazionali tipiche della nuova fase, favorendo così la costruzione di una nuova identità attraverso la differenziazione dei legami familiari e il riconoscersi diversi rispetto all'età infantile. La libertà e l'autonomia sono per l'adolescente dei veri e propri bisogni necessari a prendere coscienza di sé e del proprio ruolo sociale.

La sfera relazionale del mondo adolescenziale si concentra in maniera quasi esclusiva alla ricerca dei propri coetanei attraverso un'ampia gamma di strumenti e di modalità. Dalla sicurezza del legame genitoriale i ragazzi scelgono di passare all'incerto mondo dei pari, in cui al bisogno di affiliazione si affianca il rischio di non essere accettati.

Rilevante è anche l'indefinitezza del concetto di amore e sessualità. Determinati vissuti sono ancora per gli adolescenti incomprensibili e legati ad un futuro ignoto visto con paura. I ragazzi, per quanto consapevoli di trovarsi in una fase di transizione, non sono per la maggior parte ancora pronti alle nuove esperienze che sembrano essere lontane, e forse premature e rischiose.

Sono proprio questi aspetti di inesperienza e di paura a rendere questo intervento di educazione affettiva e sessuale importante e fondamentale da affrontare con i ragazzi attraverso un coinvolgimento attivo degli stessi affinché possano mettersi in gioco e affrontare questi argomenti confrontandosi con i propri pari, supportati dagli esperti.

Bibliografia

- Barone, L. (2009). *Manuale di Psicologia dello Sviluppo*, Carocci Editore, Roma.
- Lancini, M. (2014). *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Erickson, Trento.
- Muhr, T. (1997). *Atla.ti short user's guide, Scientific software development*, Berlin.
- Petter, G. (2007). *Amicizia e innamoramento nell'adolescente*, Giunti, Milano.
- Pietropolli, C., & Aime, M. (2014). *La fatica di diventare grandi*, Einaudi, Torino.

La Fluenza Verbale come precursore dell'iniziale declino delle funzioni cognitive

Sonia Rossetti*, Dora Chiloiro**

*Membro volontario del gruppo di Ricerca in Neuropsicologia Clinica ASL TA

**Direttore Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva DSM ASL di Taranto

Riassunto

Obiettivo dello studio è valutare se esiste una relazione statisticamente significativa tra il deficit di fluenza e il deterioramento cognitivo generale e/o frontale. A questo scopo è stato reclutato un campione di 62 soggetti con età media di 66,73 anni. Le caratteristiche del campione sono varie: soggetti cognitivamente sani, con Mild Cognitive Impairment, con meccanismi degenerativi in corso e affetti da degenerazione senile. Sono tutti stati sottoposti ad una precisa valutazione neurocognitiva con i seguenti test: Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, versione italiana (Pigliautile et al., 2011), Frontal Assesment Battery (Apollonio et al., 2005), Test della Fluenza (Novelli et al., 1986). Una volta raccolti i dati si è proceduto al calcolo delle correlazioni utilizzando il Coefficiente di Pearson.

Le analisi condotte dimostrano un coinvolgimento della fluenza fonologica nel quadro cognitivo generale e un deficit a suo carico si rileva anche in quadri cognitivi non ancora compromessi. Questo dato ci induce a pensare che la fluenza fonologica possa svolgere un ruolo critico nell'anticipazione del danno cognitivo evidente. Queste conclusioni ci spingono ad andare avanti nello studio in vista di un ampliamento del campione e dell'applicazione di ulteriori analisi statistiche.

Parole Chiave: *Fluenza Verbale, Deterioramento cognitivo, Demenza, Deficit Frontali.*

Introduzione

La fluenza verbale è un'abilità cognitiva che permette il richiamo di informazioni e comporta la produzione verbale del materiale richiesto. In relazione allo stimolo target, che può riguardare il richiamo di parole appartenenti ad una specifica categoria semantica o parole che iniziano con una lettera specifica, la persona è chiamata a produrre quante più parole possibili in un intervallo di tempo di un minuto.

Inizialmente, la fluenza verbale è stata ricondotta al dominio cognitivo linguistico proprio perché sfrutta il canale verbale. La maggiore pro-

duzione di studi scientifici relativi all'argomento hanno, invece, dimostrato che la fluenza ha una propria autonomia strutturale ed è assimilabile al dominio cognitivo delle funzioni esecutive. Essa, infatti, poggia su un più vasto spettro di abilità cognitive che comprende la memoria, l'attenzione, la denominazione verbale e il processo articolatorio.

Gli studi di neuroimaging hanno anche aggiunto che la fluenza chiama in causa le strutture cognitive ed anatomiche proprie del lobo frontale con ampie connessioni corticali e sottocorticali con altre regioni e strutture cerebrali.

Classicamente, si distinguono due distinte componenti di fluenza verbale:

- *Fluenza Fonologica:* consiste nel chiedere al soggetto di dire quante più parole gli vengono in mente che iniziano con una lettera specifica in 60 secondi;
- *Fluenza Semantica:* consiste nel chiedere al soggetto di dire quante più item possibili che appartengono ad una specifica categoria semantica in 60 secondi.

Molti studi hanno evidenziato che le due componenti siano indipendenti l'una dall'altra, sfruttino abilità diverse e poggino su differenti strutture cerebrali. La maggior parte dei ricercatori conviene nel considerare la fluenza fonologica dipendente dalle strutture frontali sinistre e la fluenza semantica dalle strutture temporali sinistre anteriori (Mummery et al., 1996; Gourovitch et al., 2000), nonostante ambedue determinino l'attivazione anche di altre strutture corticali e sottocorticali, tra cui la corteccia parietale, l'insula, il putamen, il talamo (Baldo e coll., 2006).

Le prove di fluenza sono state inizialmente utilizzate per la valutazione dei pazienti cerebrolesi e successivamente estese anche alla valutazione cognitiva di pazienti affetti da malattie

degenerative. Soprattutto la fluenza semantica è stata utilizzata per identificare pazienti affetti da Malattia di Alzheimer, in quanto sembrava poter differenziare chiaramente tali pazienti da soggetti cognitivamente sani. La maggior parte degli studi scientifici internazionali mostra un grave deficit semantico in pazienti Alzheimer dovuto piuttosto ad un rallentamento nel recupero degli elementi semantici che ad una compromissione della memoria semantica. Gli studi successivi hanno voluto indagare se le due componenti della fluenza avessero una differente compromissione in presenza di lesioni specifiche, giungendo a conclusioni interessanti che verranno adeguatamente illustrate successivamente nel presente lavoro.

Questo studio intende indagare la presenza di un deficit specifico di fluenza in un quadro di deterioramento generale delle funzioni cognitive e/o di una compromissione delle funzioni frontali attraverso l'impiego di una batteria di screening cognitivo e di facile impiego da parte di personale adeguatamente formato.

A questo scopo è stato reclutato un campione di 62 soggetti, tutti sottoposti alla medesima valutazione diagnostica. I risultati sono molto stimolanti e interessanti.

Obiettivi

Obiettivo dello studio è verificare se esiste una relazione statistica tra il deficit di fluenza e il deterioramento delle funzioni cognitive e/o frontale.

La fluenza verbale in questo studio viene assunta come variabile di cui si cerca di identificare le relazioni con altre abilità cognitive e viene indagata nelle sue diverse componenti, fonologica e semantica.

Le ipotesi che si vogliono verificare sono le seguenti:

$H_{(a)}$: Il deficit di fluenza si associa a deterioramento cognitivo

$H_{(b)}$: Il deficit di fluenza si associa a compromissioni di tipo frontale

Si vuole valutare in primo luogo se il deficit di fluenza si associ a deterioramento cognitivo. Se l'ipotesi venisse confermata si procederà a vedere se ci sono specifiche abilità cognitive che risultano maggiormente compromesse e che, quindi, potrebbero essere in relazione con il deficit prima-

rio. In secondo luogo si valuterà se esiste una corrispondenza tra il deficit di fluenza e la positività per compromissioni frontali.

Si valuterà se c'è una dissociazione cognitiva tra le due componenti della fluenza come evidenziato dalla letteratura internazionale.

Si ha disponibilità di alcuni referti di neuroimaging che riguarda solo una parte del campione e saranno utilizzati solo per valutare se il deficit di fluenza e le sue relazioni trovano un supporto neuroanatomico relativamente alla sede lesionale.

Campione e Metodologia

Il campione dello studio si compone di 62 soggetti (29 uomini, 33 donne), con età media di 66,73 anni e deviazione standard di 12,43. La scolarità media è di 7,95 anni e deviazione standard di 4,36. Il campione arruolato comprende 41 pazienti visitati presso la Struttura Complessa di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva della ASL di Taranto (gruppo clinico) e 21 persone che volontariamente si sono sottoposti alla valutazione neurocognitiva (gruppo volontario) (Tabella 1). Questi ultimi non si configurano come gruppo di controllo, pertanto, non ci si aspetta che essi siano cognitivamente sani, allo stesso modo in cui i pazienti clinici non sono necessariamente compromessi. Le analisi condotte riguardano l'intero campione senza distinzione tra i diversi sistemi di arruolamento del campione.

Tutti sono stati sottoposti alla medesima valutazione neurocognitiva.

Tabella 1: Caratteristiche demografiche del campione

	Numero	Età media	Scolarità media	Media MMSE	Media FAB
Campione maschile	29	63,51	8,79	25,00	13,41
Campione femminile	33	69,54	7,21	23,44	12,82
Gruppo clinico	41	66,31	8,41	23,61	12,22
Gruppo volontario	21	67,52	7,04	25,25	14,80
Uomini clinici	20	63,15	8,7	23,62	11,70
Donne cliniche	21	69,33	8,14	23,61	12,71
Uomini volontari	9	64,43	9	28,06	17,21
Donne volontarie	12	69,91	5,58	23,15	13,00
Totale	62	66,73	7,95	24,17	13,09

Gli strumenti utilizzati sono:

- Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, Versione Italiana, ACE-R (Pigliautile et al., 2011), che ingloba al suo interno il punteggio del MMSE;
- Frontal Assesment Battery, FAB (Apollonio et al., 2005);
- Test della Fluenza (Novelli et al., 1986).

Analisi dei dati

Allo scopo di confermare o invalidare le ipotesi del presente studio, si è proceduto ad analisi di tipo statistico-correlazionale attraverso l'utilizzo del programma statistico computerizzato SPSS-17.

Il coefficiente di correlazione utilizzato è il coefficiente di Pearson a due code, in quanto trattasi di misure su scale quantitative a intervallo e al fine di rendere la correlazione maggiormente attendibile. Prima di incrociare i dati, i risultati ai test che compongono alla batteria sono stati corretti in base alle norme specifiche.

Si è considerato valido un livello di significatività di $\alpha = 0,01$.

Allo scopo di valutare se esiste correlazione tra il test specifico di fluenza e gli strumenti di screening cognitivo, si è calcolato il coefficiente di Pearson i cui valori sono riportati in Tabella 2.

Tabella 2 : Correlazione ipotesi H_a e H_b (Coefficiente di Pearson)

	MMSE	ACE-R	FAB
Fluenza Fonologica	0,492**	0,555**	0,581**
Fluenza Semantica	0,445**	0,446**	0,528**

** $p < ,01$ (2-code)

I dati sono abbastanza significativi e dimostrano che il deficit di fluenza si associa sia al deterioramento cognitivo che alle funzioni esecutive di tipo frontale valutate con la FAB, per cui le ipotesi risultano entrambe confermate. La fluenza fonologica presenta una correlazione lievemente maggiore sia con l'ACE-R che con la FAB. In entrambi questi test ci sono dei subtest di fluenza fonemica che probabilmente incrementano la correlazione. Tuttavia, anche l'ACE-R ha un test di fluenza semantica eppure la correlazione risulta

modesta. La sua correlazione con la FAB risulta, invece, maggiormente significativa ed è possibile che corredi con le altre funzioni cognitive indagate dal test.

La fluenza semantica nel campione oggetto di studio è risultata pienamente conservata dalla maggior parte dei soggetti sia con declino cognitivo che in quadri cognitivi sani e, pertanto, la scarsa correlazione potrebbe proprio risiedere nel fatto che il deficit semantico è quasi assente nel campione.

Il deficit di fluenza fonologica è, invece, ben rappresentato dal campione di studio dimostrando che questa abilità vada incontro a deterioramento già precocemente e in assenza di un evidente declino cognitivo. Di tutto il campione, 29 soggetti su 62 hanno un punteggio alla fluenza fonologica pari a 0 (patologico) e a 1 (inferiore alla norma), pari al 47% dei partecipanti.

La correlazione tra fluenza fonologica e semantica è risultata modestamente significativa (0,416**) supportando le ricerche scientifiche che evidenziano una dissociazione cognitiva e neuroanatomica nelle due abilità.

Infine, si è proceduto a valutare se esiste correlazione statistica tra i diversi subtest di fluenza nei diversi test di screening e tra i test specifici di fluenza. La cosa interessante è che solo la fluenza fonologica è risultata correlata. Si riportano in Tabella 3 le correlazioni tra i soli subtest di fluenza e la fluenza fonologica.

Tabella 3: Correlazione tra le diverse misure della fluenza (Coefficiente di Pearson).

	Fluenza ACE-R	Fluenza FAB
Fluenza Fonologica	0,769**	0,732**

** $p < ,01$ (2-code)

Quest'ultima analisi è risultata molto significativa e dimostra che i subtest di fluenza di ACE-R e FAB permettono una buona stima della fluenza fonologica. La fluenza semantica non è risultata significativa nonostante l'ACE-R abbia un subtest che indaga sia la fluenza fonologica che quella semantica, ovviamente con correzioni differenti. Ciò potrebbe effettivamente confermare i risultati riportati da altri autori circa la dissociazione esistente tra la componente semantica e fonologica

delle abilità di fluenza. È possibile che la fluenza semantica corredi con gli strumenti di screening per altri motivi o comunque con altri domini cognitivi non esplicitamente legati al dominio cognitivo della fluenza.

Anche la correlazione tra il subtest fluenza FAB e quello ACE-R è risultata statisticamente significativa (0,764**) ed è relativamente confermata anche dall'analisi qualitativa.

Discussione

Lo studio condotto ha lo scopo di valutare se il deficit di fluenza, valutato nelle sue diverse dimensioni, fonologica e semantica, si associ alla presenza di deterioramento cognitivo e a deficit di tipo frontali. I risultati sono particolarmente interessanti.

Ambedue i test di fluenza specifici hanno mostrato delle correlazioni discretamente significative con i test di screening, confermando che il deficit di fluenza sia un'abilità relativamente compromessa in presenza di un generale deterioramento cognitivo e/o di una compromissione frontale.

La fluenza fonologica è risultata maggiormente correlata e trova riscontro anche dalla correlazione con i diversi subtest di fluenza presenti negli strumenti di screening. Tanto l'ACE-R che la FAB hanno dei subtest di fluenza fonologica. Quando la fluenza fonologica assume valore di patologia (punteggio pari a 0), anche l'ACE-R risulta patologico in presenza di deficit multipli che nella maggioranza dei casi investe le abilità di memoria e soprattutto di fluenza. Anche la FAB è patologica quando la fluenza fonologica risulta pari a 0. Ciò potrebbe confermare l'idea che la fluenza verbale sia un'abilità essenzialmente esecutiva e non sia un'abilità linguistica in senso ristretto. Ovvero, la fluenza sfrutta il canale linguistico per la denominazione degli item richiesti, ma poggia su meccanismi esecutivi non linguistici legati alla memoria e all'attenzione. Fisk e Sharp (2004) giunsero alla conclusione che la fluenza verbale fosse legata alla facilità di accesso alle informazioni provenienti dalla memoria a lungo termine e all'impiego della memoria di lavoro.

Dall'analisi qualitativa, infatti, emerge che in presenza di un deficit fonologico specifico i

subtest degli strumenti di screening che hanno valore di patologia siano la fluenza dell'ACE-R e quelli di controllo inibitorio e sensibilità all'interferenza della FAB. Quest'ultimo aspetto trova sostegno nella teorizzazione di Fisk e Sharp (2004) secondo cui la generazione casuale di lettere utilizza la componente di *inhibition*, che fu descritta da Myake e coll. (2000) come quella componente cognitiva che limita gli stimoli interferenti e inibisce le risposte automatiche, tipiche funzioni collegate all'attività del lobo frontale.

Dell'intero campione si ha disponibilità di 27 referti di neuroimaging (TAC e RM) effettuati dai pazienti, da cui emerge che una parte di essi ha una lesione di tipo solo frontale (8 soggetti su 27) che si associa ad un deficit di fluenza fonologica. Solo 2 soggetti (1 con lesione fronto-temporale, 1 con lesione solo temporale) hanno un deficit settoriale a carico della componente semantica. Altri ancora con lesioni parietali, a carico della sostanza bianca o con atrofia corticale e sottocorticale, hanno una compromissione in ambedue le componenti. Nonostante, i referti disponibili non riguardino l'intero campione, queste informazioni confermano gli studi scientifici che riportano deficit fonologici collegati al dominio frontale e deficit semantici legati al lobo temporale (Baldo et al., 2006). Inoltre viene confermato che anche altre regioni tra cui la corteccia parietale e regioni corticali e sottocorticali provocano un deficit di fluenza misto (Gourovitch et al., 2000; Fu et al., 2002; Baldo et al., 2006).

Occorre specificare che la fluenza fonologica è la prima ad essere compromessa in presenza di una perdita cognitiva generale proprio perché, più di quella semantica, richiede l'impiego dei processi di recupero mnesico dal lessico interno.

Spesso, però, la fluenza fonologica si presenta in un contesto di deficit cognitivi misti che spesso hanno solo delle riduzioni di significato non clinico. Questo aspetto, ulteriormente studiato, potrebbe far emergere il ruolo che la fluenza fonologica ha nel predire l'iniziale deterioramento cognitivo.

La fluenza semantica sfrutta più le componenti associative del pensiero che richiedono il recupero di oggetti appartenenti a determinate categorie, per cui tende a comprometersi più lentamente.

Il deficit semantico è stato classicamente associato alla Demenza di Alzheimer a causa di un

deterioramento selettivo delle reti semantiche che compromette sia la fluenza semantica che quella fonologica. Anche altre forme di deterioramento, quale demenza semantica o afasia non fluente, comportano una grave compromissione semantica.

Nonostante l'ACE-R abbia, un subtest di fluenza semantica la correlazione non risulta clinicamente significativa. È possibile che il test specifico abbia delle correzioni più accurate e che non ci sia corrispondenza tra le due rilevazioni, nonostante la fluenza fonologica mostri delle correlazioni molto significative. Inoltre, nel campione studiato non ci sono soggetti con Demenza di Alzheimer conclamata o con Demenza Semantica; sono presenti due pazienti con Afasia non fluente dove tanto la fluenza fonologica che quella semantica sono deficitarie. I motivi per cui la fluenza semantica è risultata meno correlata alla batteria e per nulla correlata ai subtest di fluenza degli strumenti di screening potrebbero essere principalmente due: 1) l'assenza di specifiche patologie degenerative nei soggetti del campione; 2) la dimensione del campione.

Conclusioni

Dalle analisi condotte è emerso che la fluenza verbale si associa a deterioramento cognitivo e a positività per deficit frontali. In particolare la fluenza fonologica sembra rivestire un ruolo specifico. Essa, infatti, è legata agli strumenti di screening e alle diverse valutazioni della fluenza presenti nello studio. Inoltre, spesso, il deficit di fluenza fonologica è isolato, ovvero non necessariamente legato a declino cognitivo. Ciò potrebbe suggerire che il deficit di fluenza fonologica anticipi la manifestazione di un quadro generale di perdita cognitiva.

Il campione è troppo esiguo per fare delle valutazioni più accurate, motivo per cui si andrà avanti nello studio al fine di ottenere risultati più rappresentativi e soddisfacenti.

I risultati sono molto interessanti e indirizzano la ricerca futura. Obiettivi futuri saranno incrementare le dimensioni del campione e vedere che ruolo ha la fluenza all'interno del declino cognitivo. Aumentando il campione e includendovi soggetti con patologie chiaramente dementigene sarà possibile valutare se la fluenza semantica rivestirà, o meno, un ruolo specifico, e se la fluenza

fonologica avrà un ruolo ancora maggiore sulle variabili studiate. In presenza di dati maggiormente significativi sarà possibile applicare una analisi di regressione per valutare l'esistenza di una relazione causale tra la fluenza verbale da un lato e il deterioramento cognitivo e la compromissione frontale dall'altro.

Bibliografia

- Apollonio, I., Leone, M., Isella, V., Piamarta, F., Consoli, T., Villa, M.L., et al. (2005). The Frontal Assessment Battery (FAB) : normative values in an Italian population sample. *Neurol Sci* 26:108–116.
- Baldo, J.V., Schwartz S., Wilkins D. & Dronkers N.F. (2006). Role of frontal *versus* temporal cortex in verbal fluency as revealed by voxel-based lesion symptom mapping. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 896–900.
- Fisk, J. E., & Sharp, C. A. (2004). Age-related impairment in executive functioning: Updating, inhibition, shifting, and access. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26, 874-890.
- Fu, C.H., Morgan, K., Suckling, J., Williams, S.C., Andrew, C., Vythelingum, G.N. et al. (2002). A functional magnetic resonance imaging study of overt letter verbal fluency using a clustered acquisition sequence: Greater anterior cingulate activation with increased task demand. *Neuroimage*, 17, 871–879.
- Gourovitch, M., Kirkby, B., Goldberg, T.E., Weinberger, D.R., Gold, J.M., Esposito, G., et al. (2000). A comparison of rCBF patterns during letter and semantic fluency. *Neuropsychology*, 14, 353–360.
- Miyake, A., Emerson, M. J., & Friedman, N. P. (2000). Assessment of executive functions in clinical settings: Problems and recommendations. *Seminars in Speech and Language*, 21, 169–183.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100.
- Mummery, C.J., Patterson, K., Hodges, J.R., & Wise, R.J. (1996). Generating ‘tiger’ as an animal name or a word beginning with T: Differences in brain activation. *Proceedings. Biological Sciences. The Royal Society*, 263, 989–995.
- Novelli, G., Papagno, C., Capitani, E., Laiacona, N., Vallar, G. & Cappa S.F. (1986). Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti normali. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*; vol. 47 (4): 477-506.
- Pigliatulle, M., Ricci, M., Mioshi, E., Ercolani, S., Mangialasche, F., Monastero, R., et al. (2011). Validation Study of the Italian Addenbrooke’s Cognitive Examination Revised in a Young-Old and Old-Old Population. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011;32:301–307.

Comunità Educative e minori.

Analisi di 110 indagini psicodiagnostiche su minori con problemi di devianza

Stefania Zecca

Psicologa forense, Esperta in Psicodiagnostica, Lecce.

Riassunto

Con il presente lavoro si è voluto evidenziare anzitutto la complessità e l'impegno paziente con i quali gli operatori-educatori della Comunità residenziale ITCA seguono quotidianamente minori adolescenti con problemi di devianza cercando di stimolare la loro maturazione psicologica, relazionale e sociale. Nella gestione ed organizzazione del servizio un momento fondamentale assume l'indagine psicodiagnostica della personalità dei minori, effettuata attraverso colloqui e somministrazione di test specifici.

L'analisi di 110 relazioni psicodiagnostiche relative a minori con problemi di devianza, permette di effettuare alcune considerazioni complessive relativamente ad una "popolazione" caratterizzata da numerose problematiche psicologiche, sociali, relazionali.

Parole chiave: *Adolescenza, Comunità educativa, Devianza, Psicodiagnostici.*

La Comunità Educativa

Tra le Strutture per l'accoglienza residenziale di minori allontanati dalle famiglie di origine con provvedimenti del Tribunale dei minorenni o della Procura, generalmente indicate come Comunità educative, occorre menzionare il Centro Maschile Giovanile "Mons. Amigò". Tale Comunità, diretta dai Religiosi Terziari Cappuccini dell'Addolorata (I.T.C.A.), chiamati anche Amigoniani, (fondati dal Vescovo Cappuccino Mons. Amigò nel 1889 con la missione speciale del servizio ai giovani devianti), riconosciuta dalla Regione Puglia e situata alla periferia di Lecce, è organizzata come una struttura di accoglienza residenziale per una popolazione maschile di minori provenienti prevalentemente dalla Regione Puglia ma anche da altre regioni del sud.

Ulteriori sedi I.T.C.A. si dislocano su tutto il territorio Nazionale, Europeo ed Internazionale

(America, Africa ed Asia).

Il complesso si compone di:

- Edificio Residenziale
- Scuole Professionali
- Centro Attività di tempo libero e sale ricreative.

Il Centro Giovanile è in funzione dal 1964 e ha ospitato, nei vari anni, in regime di convitto e semiconvitto giovani, suddivisi in piccoli gruppi, in base all'età ed alla maturità personale e sociale. Gli interventi sono stati affidati ad operatori professionisti delle diverse discipline. Ogni gruppo di ragazzi è stato seguito da un Educatore Religioso.

Nelle ore antimeridiane si svolgevano le attività di formazione professionale grazie a Corsi, autorizzati e finanziati dalla Regione Puglia, che hanno permesso ai giovani di conseguire un attestato di qualifica professionale valido, a norma di legge, per l'inserimento lavorativo (attualmente i Corsi non vengono più svolti a causa dell'entrata in vigore di nuove normative in materia); per favorire l'integrazione sociale i Corsi professionali erano frequentati anche da giovani dei paesi vicini.

Nelle ore pomeridiane sono state anche organizzate le attività di tempo libero, sportive e culturali; nei giorni festivi, i giovani, quando non tornano in famiglia, partecipano ad escursioni, a spettacoli cinematografici pubblici, ad attività di vita comunitaria.

Il Centro Giovanile, con le sue attrezzature sportive, campi di calcio, tennis, bocce, piscina, pallavolo, pallacanestro, con i suoi ampi spazi verde, ha costituito, e costituisce tuttora, per questi ragazzi, ed anche per gruppi di volontariato e giovani esterni, un importante luogo di incontro e di socializzazione.

Molti ragazzi, con curriculum scolastico caratterizzato da interruzioni della frequenza scolastica o non completamento del corso di studi, hanno potuto frequentare corsi di recupero in Comunità e/o frequentare Istituti Scolastici limitrofi, perseguendo, pertanto, vari titoli di studio.

Il Centro Giovanile ha operato, ed opera tuttora, in stretta collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali e con i Centri di Giustizia Minorile, oltre che con tutte le altre istituzioni interessate, in favore dei minori fra i 14 e i 18 anni, che versano in situazioni di disagio (familiare e sociale), di rischio e di devianza. Giovani che, in seguito a Provvedimenti civili, penali, vengono affidati al Centro Educativo affinché, attraverso una metodologia educativa specifica ed un progetto personalizzato, possano avviarsi progressivamente ad un percorso di maturazione psicosociale e, di conseguenza, anche verso un graduale e totale reinserimento familiare, lavorativo e sociale.

L'equipe psicomopedagogica del Centro, dopo il necessario periodo di osservazione comportamentale, di valutazione psicodiagnostica, prepara un progetto educativo individualizzato, in cui sono impegnati i giovani stessi e la comunità educativa. In questo impegno viene sollecitata la collaborazione e partecipazione della famiglia, affinché il minore possa gradualmente migliorare il suo comportamento, la vita di relazione e l'impegno personale nelle varie attività formative.

Il Servizio di Psicologia

Come già accennato, l'attività professionale psicologica, svolta nei 19 anni (1993-2011), è stata caratterizzata principalmente da indagini psicodiagnostiche finalizzate alla stesura di relazioni di personalità dei minori.

Attraverso l'utilizzo di strumenti quali colloqui clinici, test intellettivi e proiettivi, questionari, è stato possibile redigere, al termine di diversi incontri con ogni singolo minore, un profilo di personalità dello stessi, in grado di fornire agli operatori della giustizia, una valutazione del comportamento ed elementi di conoscenza psicosociale in relazione all'evoluzione della personalità dei minori ed anche di verifica operativa, attraverso aggiornamenti, per eventuali valutazioni circa

l'opportunità della prosecuzione della misura di collocamento in Comunità. Tale relazione psicodiagnostica, inoltre, è stata corredata da indicazioni terapeutiche relative al minore e da suggerimenti agli operatori-educatori della Comunità per ottimizzare l'approccio psicologico al minore stesso. Per quanto riguarda la batteria di test utilizzata per effettuare il profilo di personalità, essa è variata in relazione al minore, alle sue specifiche caratteristiche personali, ad una maggiore o minore disposizione a "tollerare" l'impegno di sottoporsi a test più lunghi o impegnativi, alla gravità/complessità della situazione personale e/o psicologica, alla difficoltà del minore ad aprirsi al colloquio clinico, ecc.

In linea di massima è stato sempre somministrato un test di livello cognitivo (WAIS; WISC; Matrici di Raven) uno o più test proiettivi (test grafici: Kock, Machover, Corman, Test di Rorschach, Favole della Dusse, TAT) questionari clinici e/o di personalità (PNP, 16 PF, MMPI).

La maggior parte di questi adolescenti, alcuni di essi molto giovani (12 anni), con problemi di devianza, presentavano evidenti disagi psicologici e, soprattutto relazionali, pertanto la modalità di interazione con la sottoscritta esaminatrice, mediata dallo scambio attraverso test, ha facilitato l'approccio e la conoscenza del minore, favorito il colloquio clinico permettendo di aggirare le numerose difese e resistenze dei minori stessi comunque provati dalla recente separazione dal nucleo familiare originario e dal contesto sociale di provenienza. Molti di questi minori, infatti, si sono trovati a sperimentare, per la prima volta, l'allontanamento dal loro ambiente ed anche a vivere in un contesto normativo caratterizzato comunque, diversamente dalla loro esperienza pregressa, da limiti, divieti, controlli.

È stato interessante, a tal proposito, rilevare come per questi minori, l'interazione con una figura femminile, durante il periodo di indagine psicodiagnostica, abbia permesso di evidenziare comportamenti, vissuti, aspetti affettivi e modalità relazionali inediti, rispetto alla relazionalità quotidiana caratterizzata da rapporti tra figure maschili (pari ed educatori).

Analisi dei Dati

Di seguito sono presentate tabelle relative a dati oggettivi, dati giudiziari e criminologici dei 110 minori presenti in Comunità ed oggetto delle indagini psicodiagnostiche.

Tab 1: non occorrono osservazioni particolari per commentare questa tabella, data la semplicità di lettura; questi dati riguardano la distribuzione dei minori esaminati secondo la provincia di residenza.

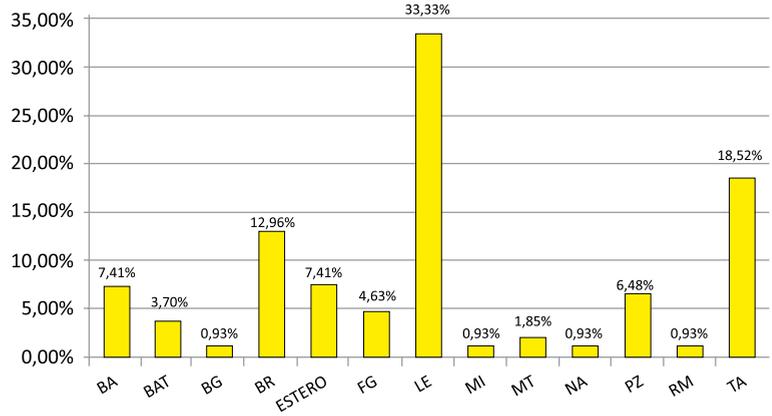
Si rileva che la maggior parte dei minori risiede in Puglia: questo è un dato abbastanza ovvio, essendo l'inserimento in Comunità richiesto per la maggior parte da Uffici giudiziari nell'ambito dei Distretti dei Tribunali per i minori di Lecce, Bari e Taranto.

Una percentuale, anche se esigua, di minori, tuttavia, proviene da altre regioni (es. Basilicata, Campania) (Tab 2).

L'esigenza, in alcuni casi, di offrire al minore un contesto sociale differente rispetto a quello originario, oltre che la disponibilità e validità degli interventi di questa specifica Comunità, può essere stata alla base della scelta di orientare il minore in tal senso.

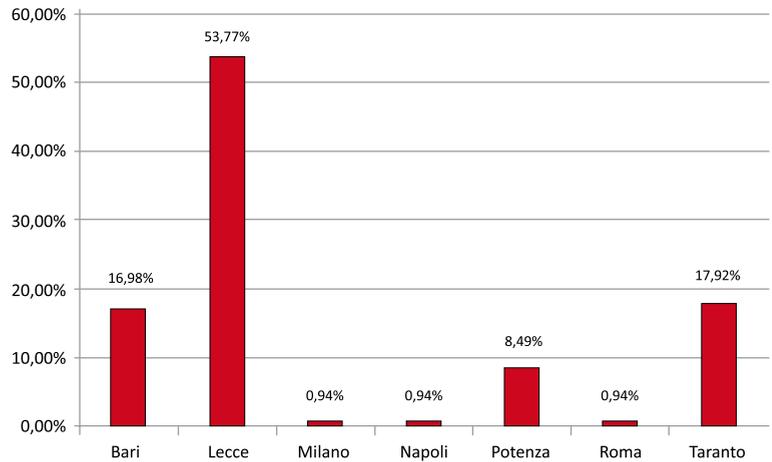
Uno degli elementi, che può interessare preliminarmente, riguarda il tipo di provvedimento che l'Ufficio giudiziario ha disposto relativamente al collocamento del minore in Comunità (Tab 3).

Provincia di residenza dei minori



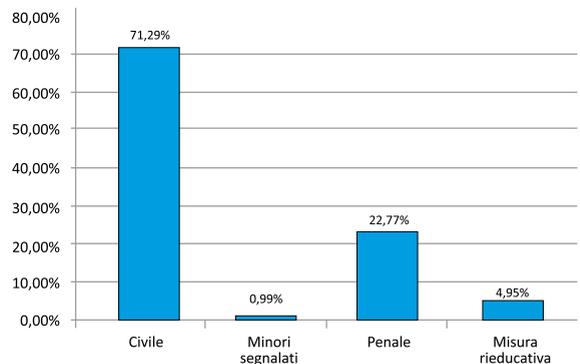
Tab. 1

Tribunale minori di riferimento



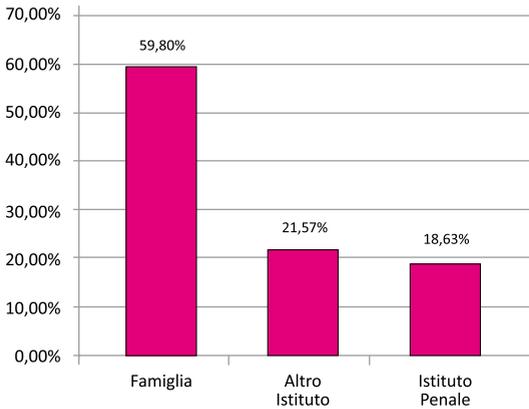
Tab. 2

Tipo provvedimento



Tab. 3

Provenienza dei minori



Tab. 4

Nella maggior parte dei casi i minori sono oggetto di provvedimenti civili e penali. Una percentuale esigua o minima è relativa a quei soggetti, con alcune specificità, oggetto di misura rieducativa.

Un'altra percentuale è, inoltre, quella di minori (o stranieri o minori "rintracciati in strada") segnalati da Autorità Locali (ad es. Polizia).

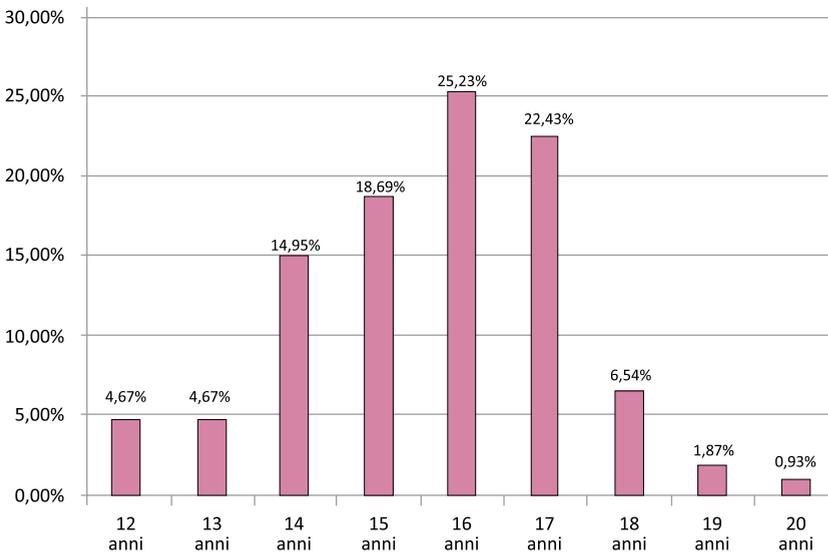
La maggior parte dei ragazzi è alla prima esperienza di allontanamento dal nucleo familiare e dal luogo di residenza. Una percentuale di ragazzi, generalmente di età maggiore, invece, proviene da altre Comunità o anche da Istituti Penali situati sul territorio (tab. 4).

Si tratta di 110 soggetti che appartengono ad una fascia di età compresa tra i 12 ed i 20 anni. La maggior parte dei soggetti esaminati, al momento dell'inserimento in comunità, ha 16-17 anni (48%) (tab. 5).

Entrando nello specifico dei dati personali e psicologici si può osservare come il livello di scolarità dei minori, al momento dell'ingresso in Comunità, sia estremamente basso: la maggior parte dei ragazzi ha interrotto o non completato gli studi a causa dell'irregolarità di vita e dei numerosi episodi di devianza che hanno caratterizzato il loro comportamento; la mortalità scolastica è elevata e molti soggetti non hanno conseguito il diploma di scuola media inferiore.

Vi è inoltre da rilevare che la maggior parte dei ragazzi ha ripetuto, durante il proprio curriculum scolastico, una o più classi. (Tab. 6)

Età Minori all'ingresso in Comunità



Tab. 5

Per quanto riguarda l'uso delle tecniche psicodiagnostiche che hanno permesso di rilevare i valori del Q.I., sono state somministrate o la scala WAIS-R, WISC-R o le Matrici di Raven.

La popolazione dei ragazzi ospitati nella Comunità ITCA ed esaminati con test di livello, sembra dividersi in 2 gruppi. Dall'analisi dei risultati si constata, infatti che complessivamente il 41%

dei minori presentavano un Q.I. nella norma e ai limiti inferiori della norma; il 17% era al limite della deficitarietà e ugualmente il 41% dei minori presentava una disabilità cognitiva di grado medio lieve (Tab.7).

Al di là di dati statistici, relativi a fattori, variabili socio demografiche, a dati criminologici, esposti nei precedenti grafici, è possibile trarre alcune conclusioni generali relative ad aree specifiche psicologiche tratte dalle 110 relazioni redatte dei minori oggetto dell'indagine psicodiagnostica.

Le variabili dello stato psichico dei minori esaminati sono state circoscritte ai seguenti elementi:

1. minori e vita comunitaria;

2. influenze familiari;
3. aspetti intellettivi.

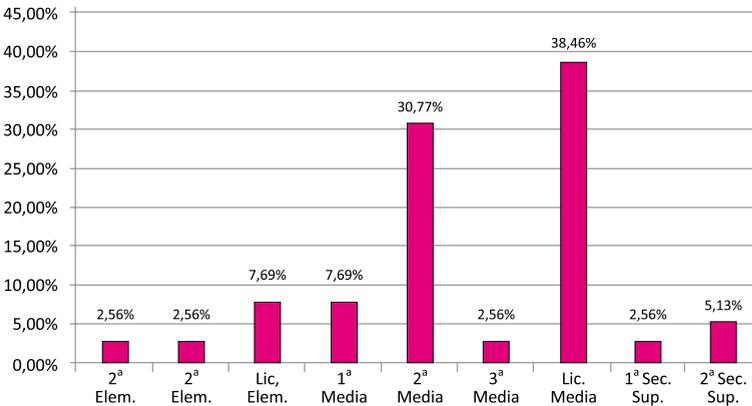
Minori e Comunità

Si tratta di soggetti con difficoltà e ritardo nell'ambito scolastico, caratterizzati da interruzione ed abbandono scolastico, numerosi fallimenti scolastici, che manifestavano frequentemente insofferenza alla vita istituzionalizzata (sfociata spesso in fughe), resistenza all'azione educativa, assenza e/o carenza di normali freni inibitori per cui gli stessi hanno spesso assunto atteggiamenti in contrasto con le regole anche elementari della convivenza. Le carenze e disarmonie nel processo

di socializzazione, o, all'estremo, una vera e propria condizione psicopatologica, sono all'origine di disturbi della condotta dei minori ospiti della struttura.

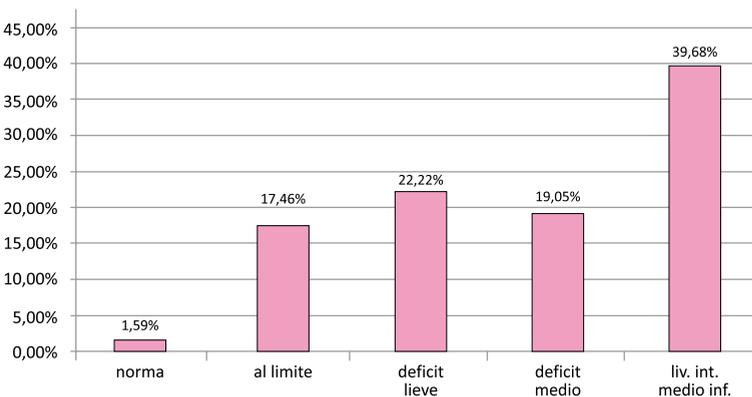
La sofferenza psichica del minore, determinata anche dal cambiamento di vita quotidiana e dall'allontanamento dal nucleo originario, si traduce spesso in un agire ribelle, in un rifiuto di integrazione, o anche in modalità di passiva accondiscendenza, chiusura, ritiro sociale. Il comportamento discontinuo, l'irrequietezza, lo scarso controllo degli impulsi, evidenziati nelle varie attività di vita quotidiana comunitaria, sono in relazione ad una insicurezza profonda, difficilmente controllabile, in cui si avvertono, in molti casi, le carenze affettive, la ricerca di un rapporto oggettuale primario, di protezione e sicurezza. Il passaggio all'atto, quindi, costituisce quindi una difesa dalla sofferenza psichica che esprime il disagio interiore.

Livello di Scolarità



Tab. 6

Q.I. dei minori



Tab. 7

L'integrazione alla vita comunitaria è stata ostacolata, spesso, dalle difficoltà dei minori di stabilire efficaci comunicazioni interpersonali, sia con i pari che con gli educatori, dalla manifestazione di modelli comportamentali culturali dissociati, tipici dell'appartenenza ad un contesto deviante di cui il minore ne ha subito la negativa influenza in considerazione anche, in molti casi, di modeste capacità cognitive, della suggestionalità e vulnerabilità tipica del processo evolutivo e/o da una condizione affettiva spesso compromessa o fragile.

Il fattore intuitivo morale è intatto ma il giudizio morale, formato dall'ambiente circostante, è "contraffatto" dal cumulo di giudizi morali tipici della cultura deviante. I modelli culturali, le regole e gli esempi, sono tipici del contesto familiare-sociale originario. Le figure familiari maschili ed anche il gruppo dei pari originario, deviante, costituisce, fino a questo momento, per il minore, il modello prevalente identitario.

In molti casi i minori, in relazione alle loro condotte devianti, hanno dimostrato scarso senso della realtà o minimizzando la gravità degli atti o considerandosi vittime delle circostanze o ancora attribuendo le proprie responsabilità agli altri, senza giudicare negativamente quanto essi avevano commesso. Dipendenti da situazioni contingenti e momentanee, i minori subiscono sensibilmente gli stimoli ambientali senza opposizione di critica così da seguire passivamente quanto può essere suggerito, ad esempio, dallo stare in gruppo.

La difficoltà a controllare le pulsioni, costituisce un elemento principale tra i vari fattori della genesi del disadattamento sociale e del passaggio all'atto. L'agire costituisce anche una strategia di interazione con l'adulto, spesso per metterlo in difficoltà, per attirarne l'attenzione, per realizzare ciò che l'adulto già realizza; con i coetanei il minore cerca egualmente questa interazione, per appartenere al gruppo, per accrescere, mantenere o difendere la stima di sé.

L'atto deviante quindi rappresenta l'affermazione di sé, in senso di affermazione identitaria, di acquisizione di autorevolezza, ma anche semplicemente il tentativo di mettere alla prova le proprie capacità, per esempio in fatto di destrezza o

competenza psicofisica, soprattutto in questa popolazione maschile impegnata al raggiungimento - completamento di una identità socio sessuale, in cui gli attributi di forza, coraggio, destrezza, abilità, assumono particolare valore all'interno dei contesti sociali maschili descritti precedentemente.

Si tratta di personalità, nella maggior parte dei casi analizzati, in cui le tendenze ed i bisogni sono ancora estremamente infantili ed immaturi: i minori in questione ricercano la gratificazione immediata e sono incapaci di tollerare le frustrazioni. Sono evidenti altresì problematiche infantili irrisolte, anche legate ad incerti processi di identificazione. Come già detto, inadeguati e scarsi risultano i processi di introiezione delle istanze morali: il minore infatti manifesta superficialità ed immaturità, non ha piena consapevolezza del valore morale-sociale delle sue azioni e delle sue possibili conseguenze; tende a realizzare i propri bisogni e desideri nella realtà con scarsa consapevolezza degli spazi che può "prenderli" e dei limiti che inevitabilmente incontra.

Influenze familiari

La famiglia di tali minori è generalmente caratterizzata da una condizione fortemente disgregata della composizione originaria del nucleo familiare con problematiche pedagogiche, affettive e relazionali connesse alle modalità di disadattamento esistenziale del minore, segnato da varie e molteplici esperienze di vita negative e, quasi sempre, da un vissuto familiare globalmente inadeguato e pregiudizievole. La disorganizzazione familiare e i ruoli parentali mal definiti, con conseguenti carenti modelli di identificazione, valori parentali inadeguati, confusi o contraddittori, sono tra i fattori principali alla base della mancanza nel minore, di consistenti ed idonee norme di comportamento.

Ambienti familiari e sociali con basso livello socioeconomico, ipostimolanti e diseducativi o, comunque, incapaci di svolgere il ruolo affettivo e pedagogico cui sono chiamati; si tratta, quindi, di minori provenienti da un contesto sociale in cui, quasi tutti, adolescenti e adulti, vivono le mede-

sime problematiche di emarginazione, disoccupazione e deprivazione culturale.

Frequenti sono i casi di fratelli ospitati, anche contemporaneamente, nella comunità ITCA con esperienze comuni e parallele di devianza.

Aspetti intellettivi

Le possibilità operazionali dei ragazzi ospiti della Comunità ITCA sono dispersive con una migliore risposta, in genere, delle performance, sul piano manuale, più che verbale. Questa dimensione espressiva-verbale appare caratterizzata da povertà e stereotipia, da un “gergo” tipico della subcultura di appartenenza, da difficoltà ad accedere ad un codice universale (Lingua italiana) privilegiando unicamente quello dialettale.

Molti di questi adolescenti sono incapaci di fissare l'attenzione e di canalizzare le loro energie nella realizzazione di un compito, sia di natura pratica che intellettuale: l'investimento in una attività resta superficiale, temporanea e deve essere fonte di soddisfazione immediata. Si tratta, quindi, di soggetti iposcolarizzati, abili nello svolgere semplici attività manuali e dotati di autonomia funzionale nel gestire ed affrontare situazioni di routine, con difficoltà ad esercitare un pensiero di tipo astratto/formale.

Il livello intellettuale, in genere, risulta lievemente al di sotto della norma o al limite della deficitarietà, con disarmonie prestazionali settoriali ed è influenzato da carenze di stimolazioni socio-culturali, da un ritardo scolastico, quindi un pensiero orientato verso i problemi concreti, caratterizzato da uniformità e stereotipia mentale oppure da carenza della capacità di critica e giudizio. A volte i sentimenti etici, scarsamente sviluppati, risentono di queste carenze e limitazioni. Certamente le condizioni affettive tendono a condizionare il rendimento del soggetto, già di per se modesto; i ripetuti insuccessi scolastici determinano non solo una forte demotivazione scolastica, culturale, ma anche una bassa autostima personale. L'inibizione del pensiero, di origine affettiva, altera i poteri di attenzione e concentrazione e limita il rendimento intellettuale.

Pertanto, in considerazione di tutti questi fatto-

ri, molti di questi minori presentavano una disabilità cognitiva valutata specificatamente attraverso test specifici di livello Q.I.

Un profilo psicodiagnostico

Come esempio specifico si riporta il profilo psicodiagnostico di un minore di anni 14 che, all'età di 13 anni viene imputato di omicidio (in gruppo) di un coetaneo, eseguito dallo stesso tredicenne, con modalità particolarmente cruenti.

“Nel corso dell'osservazione, il minore appare educato, rispettoso, “quasi insolitamente sincero”. Disponibile e pronto alla collaborazione, cerca, in tutti i modi, dimostrare di essere corretto, di osservare tutte le regole di vita comunitaria e, a questo scopo, canalizza tutte le sue energie per dare un'immagine positiva di sé.

Le buone doti intellettive sono associate ad efficaci capacità di esprimersi verbalmente. In particolare, risultano buone le capacità di comprensione e di osservazione. Le capacità di critica e di giudizio non si rivelano alterate. Non si rivelano, inoltre, alterazioni di tipo psicopatologico.

La sua apparente disponibilità e i suoi sforzi nel proporre un'immagine positiva sono finalizzate a nascondere la sua personalità e ad evitare le conseguenze di una situazione di cui non comprende la reale gravità. In realtà il minore è attratto, in seno al gruppo, da modelli particolarmente negativi che egli, con iniziative personali, ricerca attivamente.

La sua visione del mondo è viziata da meccanismi di difesa della proiezione: è il mondo che gli è ostile, ingiustamente lo giudica, lo punisce e lo rifiuta; egli minimizza qualsiasi suo comportamento e la gravità dei suoi atti, considerandosi o vittima delle circostanze, oppure assumendo atteggiamenti critici nei riguardi degli altri, a cui attribuisce ogni sua responsabilità.

Il minore manifesta attualmente tratti depressivi nei confronti di un ambiente che lo giudica, ostile, persecutorio, verso il quale tende ad assumere atteggiamenti vittimistici.

In sintesi è possibile evidenziare note di immaturità a carico delle strutture di personalità: inadeguati e scarsi infatti risultano i processi di introiezione delle istanze morali: il minore mani-

fešta superficialità ed immaturità, incapacità ad esprimere una qualche risonanza affettiva verso l'altro, non sente alcun senso di colpa e non ha piena consapevolezza del valore morale delle sue azioni”.

A distanza di 6 mesi viene redatta relazione di aggiornamento:

“... Come si rileva dal profilo psicodiagnostico il minore manifesta buoni poteri cognitivi, affettività abbastanza ricca ed un costante controllo della situazione.

La permanenza in Comunità e, parallelamente, la presenza affettiva e protettiva delle figure parentali, nonché la frequenza costante ad un corso professionale, hanno determinato un'integrazione positiva all'interno del contesto comunitario.

Disponibile ed aperto al colloquio, verbalizza le attuali esperienze, censurando quelle pregresse più sgradevoli. Al momento il minore subisce le conseguenze della sua situazione; egli tende, infatti, ad evidenziare unicamente le numerose difficoltà personali e famigliari, elabora sentimenti di solitudine ed emarginazione dal suo ambiente originario. Non comprende la reazione sociale nei suoi confronti e rifiuta la sua “immagine sociale” negativa.

Comunque sembra non aver elaborato profondamente la gravità del fatto-reato”.

Conclusioni

L'esame psicodiagnostico costituisce un momento di un processo diagnostico in cui gli elementi da esso emersi devono essere integrati con ulteriori dati che provengono da altri strumenti utilizzati dall'esperto al fine di descrivere l'organizzazione ed il funzionamento di personalità, nonché giungere ad una valutazione complessiva del caso. L'indagine psicodiagnostica effettuata su soggetti adolescenti e con problematiche di disadattamento e/o devianza richiede anzitutto conoscenze criminologiche, cliniche, psicopatologiche e psicodinamiche specifiche ed approfondite, ma anche capacità di costruire una relazione orientata al minore esaminato e ai suoi bisogni emotivi, alla sua condizione di soggetto che vive una nuova situazione di vita all'interno di un contesto comunitario educativo. La scelta e l'utilizzo

di una batteria specifica di test per soggetti in età evolutiva, caratterizzati da specificità di tipo sociale, cognitivo, affettivo, relazionale, permette di effettuare una valutazione clinica e di formulare diverse ipotesi interpretative.

E' fondamentale che tali ipotesi conclusive, relative ai minori residenti in Comunità, e formulate dall'esperto psicologo in sede psicodiagnostica, vengano confrontate, triangolate, discusse con le preziose osservazioni e rilevazioni effettuate dagli Operatori Educatori nella quotidianità della vita Comunitaria, nonché con tutte le informazioni provenienti da altre fonti di indagine, al fine di giungere, attraverso un processo di sintesi, alla formulazione di un inquadramento del caso, alla possibilità di predire comportamenti relativi all'evoluzione della personalità dei minori, alla formulazione di interventi e progetti individualizzati.

Bibliografia

- Balloni, A. (1982) *Criminologia e Psicopatologia* Patron Editore- Bologna.
- Bowlby, J. (1982): *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina, Milano.
- Crittenden, P.M. (1994): *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Guerini Reprint, Milano.
- Dell'Antonio, A.M (1987): *La consulenza psicologica per la tutela dei minori*, NIS, Roma.
- Dell'Antonio, A.M. (2002) *La consulenza psicologica per i minori*, Carocci editore, Roma.
- De Leo, G., Malagoli Togliatti, M. (1990) *La perizia psicologica in età evolutiva*, Giuffrè editore, Milano.
- Fornari, U. (1989) *Psicopatologia e psichiatria forense*, Utet.
- Gulotta, G. (2002) *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*, Giuffrè.
- Marcelli, D., De Ajuriaguerra, J. A (1999) *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano.
- Malagoli Togliatti, M., Lavadera, A.L.(2011) *Bambini in Tribunale* Raffaello Cortina.
- Passi Tognazzo, D. (1991): *Metodi e tecniche nella diagnosi di personalità*, Giunti, Firenze.
- Petrini, P., Visconti, N., Casadei, A.(2012) *I disturbi della personalità*, Franco Angeli, Milano.
- Senise, T. (1991) *L'adolescente come paziente*, F. Angeli.
- Telleschi, R., Torre, G. (1988) *Il primo colloquio con l'adolescente*, Raffaello Cortina.

L'intervento psicologico in caso di IVG nell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

Giada Giannone*, Vito Bernardo**, Raffaele Maniglia***

*Dottore Magistrale in Psicologia, Tirocinante Servizio di Psicologia Ospedaliera, P.O. "Vito Fazzi" – Lecce giannonegiada@gmail.com

**Psicologo, Specializzando in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Tirocinante Servizio di Psicologia Ospedaliera, P.O. "Vito Fazzi" – Lecce bernardo.vito@libero.it

*** Psicologo-Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Ospedaliera P.O. "Vito Fazzi" – Lecce. raffaelemaniglia@gmail.com

Riassunto

L'obiettivo dell'inserimento della figura dello psicologo in ospedale è la promozione di un approccio sanitario centrato sulla persona, in cui ai progressi tecnico-scientifici corrisponde analoga evoluzione nell'attenzione ai bisogni emotivi e relazionali dei pazienti, aiutandoli a ridurre i disagi e le sofferenze emotive connesse alle condizioni di ricovero. L'articolo presenta una breve descrizione delle attività svolte dal Servizio di Psicologia Ospedaliera nel reparto di Ginecologia-Ostetricia del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce. L'intervento psicologico in caso di IVG ha lo scopo di offrire supporto alle degenti, aiutarle nel processo di identificazione delle motivazioni della scelta di IVG e delle emozioni presenti nella situazione specifica.

Parole chiave: *psicologia ospedaliera, reparto ostetricia e ginecologia, IVG.*

L'intervento psicologico all'interno dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

Il percorso di vita della donna può imbattersi in problematiche organiche legate alla sfera ginecologica e/o ostetrica che ostacolano l'equilibrio emotivo e relazionale.

Eventi quali interventi chirurgici, patologie dell'apparato riproduttivo, infertilità, aborto, gravidanza, complicanze relative al parto e al periodo immediatamente successivo hanno un impatto emotivo rilevante e rappresentano una minaccia alla qualità di vita della donna e talvolta della sua stessa famiglia.

In questo contesto appare significativa la colla-

borazione con la figura dello psicologo. Un intervento psicologico adeguato può aiutare la paziente ad affrontare meglio le difficoltà emotive che possono insorgere in situazioni problematiche, a favorire i processi di accettazione, adattamento e reazione alla patologia permettendole di ottenere risultati terapeutici qualitativamente migliori e di riacquistare un nuovo equilibrio psicofisico.

La presenza dello psicologo all'interno del reparto:

- mira ad *alleviare, prevenire e gestire il disagio emotivo* e la sofferenza che accompagna la condizione di ricovero;
- offre la possibilità di garantire uno *spazio di ascolto al paziente* indipendentemente dalla natura del problema riscontrato;
- tenta di *sensibilizzare il personale sanitario agli aspetti psicologici* legati allo stato di ricovero favorendo un buon rapporto con le pazienti, contribuendo così al miglioramento della qualità del servizio sanitario.

L'intervento psicologico presso il reparto di ginecologia ed ostetricia è previsto per:

- situazioni specifiche di lutti legati alla gravidanza (poliabortività, morte endouterina prenatale, morte peri-neonatale),
- ricoveri prolungati per patologie della gravidanza,
- specifiche patologie ostetriche ed interventi chirurgici demolitivi di tipo oncologico e non,

- interruzioni volontarie di gravidanza,
- assistenza al parto in situazioni particolari e/o se richiesto dalla paziente.

Le attività svolte nell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce

Nel periodo Settembre 2014/Aprile 2015 il Servizio di Psicologia Ospedaliera in collaborazione con il reparto di Ginecologia-Ostetricia del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce ha offerto alle degenti la propria disponibilità ad interventi di ascolto e sostegno psicologico. A tale scopo sono state svolte le seguenti attività:

- partecipazione al giro visite di reparto per la conoscenza delle degenti e l'individuazione di eventuali casi per cui è necessario un approfondimento psicologico,
- colloqui con le degenti per le quali si è consigliata una consulenza psicologica o per coloro che ne fanno richiesta spontaneamente,
- eventuali interventi da parte del Servizio



Ospedaliero Psicologico dopo la dimissione.

Il frequente bisogno di ascolto, la richiesta di chiarimenti e di sostegno psicologico da parte di donne ricoverate per interruzione volontaria di

gravidanza (IVG), ha portato a prestare maggiore attenzione alle degenti in tale condizione di ricovero.

Ancor prima di descrivere l'intervento effettuato, è opportuno offrire un quadro della situazione normativa italiana in materia di IVG.

L'interruzione volontaria della gravidanza in Italia è regolata dalla legge n.194 del 1978 e consente alla donna di poter interrompere la gravidanza entro i primi novanta giorni (12 settimane) di gestazione, in circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito.

La legge stabilisce che si possa effettuare l'intervento a distanza di una settimana dalla certificazione medica, rilasciata o dal medico di fiducia o dai consultori familiari pubblici, che attesta lo stato di gravidanza e conferma la volontà della donna di interromperla.

Nello specifico, la richiesta di IVG è effettuata personalmente dalla donna ricoverata nel reparto. Nel caso di *minorenni*, è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela. Tuttavia se, entro i primi 90 giorni, chi esercita la potestà o la tutela è difficilmente consultabile o si rifiuta di dare l'assenso, è possibile ricorrere al giudice tutelare. Nel caso in cui la donna sia stata interdetta per

infermità di mente, la richiesta di intervento deve essere fatta anche dal suo tutore o dal marito, che non sia legalmente separato.

Per le pazienti ricoverate è stata dunque garantita la presenza costante dello psicologo. L'intervento si è basato su *colloqui di supporto psicologico* con circa 50 donne di età compresa tra i 13 e i 46 anni che rientravano nei primi 90 giorni di stato di gestazione (per lo più tra la sesta e la settima settimana) e che avevano presentato il certificato di interruzione volontaria di gravidanza.

Durante il colloquio si è posta particolare attenzione:

- alle informazioni di natura socio demografica e familiare,
- alle probabili cause derivanti la richiesta di IVG,
- alla qualità dei servizi offerti dal consultorio familiare del territorio,
- alla comunicazione e percezione sulla qualità offerta dal personale sanitario del reparto.

I dati più significativi emersi dall'osservazione sono riassunti nei seguenti punti:

La *mancata attenzione e precauzione nei rapporti intimi*: molte donne sostengono di non aver pensato alle conseguenze di un rapporto non protetto poiché ripongono piena fiducia nel proprio partner e nel modo di gestire e vivere l'intimità. Alcune riferiscono di provare un forte senso di colpa per l'aborto volontario e di sfogarsi in maniera "scorretta" nei confronti del partner, accusandolo di poca responsabilità e prudenza.

La scelta di non portare a termine la gravidanza deriva per lo più da *motivi economici*. La maggior parte delle donne tra i 35 e i 45 anni ha già più di un figlio e riferisce di non sentirsi in grado sia psicologicamente sia economicamente di crescere altri figli.

Risulta invece meno frequente la richiesta di aborto volontario per *problemi legati ad anomalie o malformazioni del feto o allo stato di salute fisica e psichica della madre*.

Alcune donne prendono autonomamente la decisione di interrompere la gravidanza poiché non hanno *né una relazione stabile né un'occupazio-*

ne lavorativa fissa. Provano vergogna ed hanno paura di essere giudicate dalla propria famiglia, così scelgono di non coinvolgerla.

Dalla storia medica delle pazienti risulta che molte donne hanno avanzato *precedenti richieste di IVG* o subito procedure quali raschiamento o isterosuzione, a causa di *aborti spontanei*.

Nonostante la specifica indicazione della legge, poche donne si rivolgono ai consultori familiari per ottenere la certificazione per l'IVG. La maggior parte delle donne fa riferimento al proprio medico di fiducia, chi si rivolge al consultorio effettua soltanto una visita ginecologica per accertare la gravidanza e solo in pochi casi anche una consulenza psicologica.

La maggior parte delle donne, in particolare chi ha più di un figlio a carico e ha difficoltà economiche, ritiene che il proprio senso di colpa viene amplificato dal contesto ospedaliero: hanno la sensazione di sentirsi giudicate e poco considerate da parte del personale sanitario. Spesso lamentano il fatto di non aver avuto sufficienti spiegazioni e chiarimenti da parte del personale medico e infermieristico sulla procedura dell'aborto e sulla durata della degenza.

Per gran parte delle pazienti la scelta di interrompere la gravidanza e lo stato di ricovero genera un forte stato di ansia e preoccupazione, hanno difficoltà ad affrontare le paure legate alla procedura medica a cui vanno incontro e alle possibili conseguenze emotive che l'evento traumatico porta con sé.

Considerazioni

La presenza costante dello psicologo in reparto ha permesso di osservare un profondo bisogno di ascolto da parte delle donne che decidono di non portare a termine la gravidanza e la necessità di avere chiarimenti e rassicurazioni sulla tecnica di aborto medico da parte del personale sanitario.

Il più delle volte la richiesta di aborto deriva da difficoltà economiche incontrate dalla coppia, dal

forte carico di responsabilità percepito e dal mancato supporto psicologico di cui avrebbero bisogno. Spesso la vergogna e il forte senso di colpa vissuto impedisce di avere un confronto con la propria famiglia e di chiedere sostegno.

Un dato chiaro, da tenere in forte considerazione, risulta essere la mancata e adeguata prevenzione nella vita intima di coppia, e la poca comunicazione con il partner riguardo a tale aspetto.



Un numero rilevante di donne infatti ha già affrontato in passato uno o più aborti volontari.

Il presente lavoro fornisce un chiaro spunto di riflessione sulla notevole richiesta di interruzione volontaria di gravidanza e sugli aspetti psicologici delle donne in questione.

Le cause che spingono la donna a prendere questa scelta, le ansie e le paure espresse durante la permanenza in ospedale e le conseguenze emotive che derivano dalla situazione traumatica, evidenziano la necessità di un'attenta valutazione iniziale sulla consapevolezza e sugli aspetti psicologici della donna, oltre che una riflessione sulla prevenzione e sul modo di vivere l'intimità di coppia.

Risulta perciò significativa la collaborazione tra le figure professionali che operano all'inter-

no del consultorio familiare e il personale medico ospedaliero (non obiettore di coscienza) per favorire l'attuazione di programmi di prevenzione e per ottenere un miglioramento delle tecniche comunicative e relazionali con le pazienti.

Inoltre, sarebbe auspicabile ed utile un modello di intervento medico-psicologico mediante l'integrazione dello psicologo all'interno del reparto con l'obiettivo di porre in primo piano

il concetto di persona intesa nella sua globalità, rivolgendo la stessa attenzione alle necessità fisico-organiche ed ai bisogni emotivi e psicologici, puntare dunque al miglioramento e all'umanizzazione della qualità del servizio.

Bibliografia

- Benedetta, D., & Fiorella, M. (2015). *Ripensare la nascita. Reti di sostegno dalla gravidanza alla genitorialità* (pp. 29-35). Edizioni Pendragon.
- Clerici, C., A., & Veneroni, L. (2014). *La psicologia clinica in ospedale. Consulenza e modelli di intervento*. Il Mulino.
- Legge n.194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", 22 maggio 1978, Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.140 del 22 maggio 1978.
- Mieli, G., & Muscialini, N. (2003). Il lavoro psicologico in Ginecologia e Ostetricia. In De Isabella, G., Colombi, S., Fiocchi, E., Reatto, L. (A cura di), *La psicologia nelle Aziende Ospedaliere e negli IRCSS* (pp. 71-80). Centro Scientifico Editore.
- Righetti, P., & Forleo, R. (2010). *Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento* (pp. 122-134). Franco Angeli.
- Vito, A. (2014). *Psicologi in ospedale. Percorsi operativi per la cura globale di persone* (pp. 25-41). Franco Angeli.
- Zanoio, L., Barcellona, E., & Zacchè, G. (2013). *Ginecologia e ostetricia* (pp.117-122). Edra Masson.

La Wahnstimmung dell'istituzione o del destino della perplessità istituzionale

Paolo Colavero

Psicologo clinico, psicopatologo e psicoterapeuta, Maglie (Le), Scuola di Psicoterapia e Fenomenologia Clinica, Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica, Centro Ricerche Psicoanalisi di Gruppo

Riassunto

Il presente lavoro è la narrazione di una esperienza vissuta in prima persona. Un brutale fatto di sangue sconvolge la vita ordinata di un Centro Psico Sociale della provincia milanese, prendendo nelle sue tragiche spire il primario e il caposala dello stesso. La violenza che colpisce il servizio adiacente la Salute Mentale, contagerà in maniera devastante il campo istituzionale del CPS coinvolto, facendo risalire dal fondo mondano e abituale della clinica istituzionalizzata la spesso muta violenza, incomprensibilità e imprevedibilità degli umani gesti. I fatti e le reazioni degli operatori, dei pazienti e del campo istituzionale vengono qui raccontati e affrontati a partire da una prospettiva binoculare psicoanalitico-istituzionale e psicopatologica.

Parole chiave: *Istituzione, trauma, Wahnstimmung, psicoanalisi istituzionale, fenomenologia.*

“È distintissimo e romantico possedere in proprio una lama di spada ben temprata e fidata, ma se sia la miglior arma per contrastare le comuni batoste del fato, questa è un'altra faccenda”

Joseph Conrad, 1915

“Sottrarsi all'esercizio della scrittura significa negarsi alla fenomenologia”

Lorenzo Calvi, 2010

“Il problema dei Servizi è che nei servizi bisogna far diventare pubblico il privato.

Sembra facile.

Ma come fa un piccolo gruppo a ospitare un sogno?”

Antonello Correale, 2011.

Per circa tre anni ho svolto il mio tirocinio di specialità presso un CPS della cintura meridionale di Milano. Arrivavo da una comunità per adulti psicotici ad alta protezione ed era ora, sen-

tivo il momento essere quello buono mi cimentassi, dopo il tirocinio post lauream, nei servizi pubblici dei quali avevo una esperienza esclusivamente meridionale e adriatica. Mi sono recato quindi su spassionato consiglio di Luca, segretario della Scuola, a chiedere disponibilità al CPS che era alla ricerca di un tirocinante. Il primario dell'ambulatorio, psichiatra e psicoanalista, tiene da qualche anno un gruppo terapeutico in una sala in fondo al corridoio e così, dopo circa un anno di gruppo in SPDC insieme al dottore, mi venne chiesto di intraprendere, in un terreno già fertile e concimato dal pensiero gruppale, la formazione di un gruppo terapeutico. Nell'ambulatorio di seguito anche alcuni casi individualmente.

Quella mattina di fine febbraio 2009 era una mattina piovosa in fondo al corridoio, corridoio lungo il quale c'è la stanza dove si tiene il gruppo, del gruppo, e la porta che separa il CPS dalla neuropsichiatria e dai Servizi sociali del comune. La scala d'ingresso non è la stessa per noi e loro ma i contatti sono molto frequenti ed i pazienti vagano tra l'uno e l'altro ambulatorio ed i Servizi.

È il pomeriggio inoltrato ed il CPS è quasi vuoto. Solo Rino, il primario, ed il caposala Luca lo animano insieme ad un paio di pazienti residui la giornata, uno in colloquio e l'altro in attesa nella sala delle attese.

D'un tratto arrivano le urla, forti. Falciano l'aria, passano attraverso la porta mezza vetri e mezza legno in fondo al corridoio. Rino, con paziente al seguito, e Luca accorrono veloci per come possono. Coprono il corridoio in pochi secondi. Aprono la porta, girano la chiave osservando dalla piccola finestra ad altezza viso quel che succede dall'altra parte della stessa.

Un uomo adulto squarcia il petto di un bambino accasciato a terra, immobile. Irrompono urlando nei locali dei Servizi, in cima alle scale ed

all'ascensore, si avvicinano ma non si lanciano subito sull'uomo. È armato di un lungo coltello da cucina e pare essere fuori di sé. Si armano di sedie e le scaraventano addosso all'uomo, colpendolo, lo lasciano come indifferente; Rino poi si impadronisce di un estintore del quale dirige il getto direttamente in gola all'omicida che resta immobile. Dopo qualche lungo attimo lo stesso poi, da solo, si sposta di lato e principia ad infliggersi alcune coltellate che gli saranno letali, ormai in uno stato confusionale.

Solo allora Rino e Luca possono intervenire per cercare di far qualcosa per riportare il bambino in una condizione prossima alla vita ma è troppo tardi. Non si muove. Non si muoveva già mentre entravano.

“Aveva gli occhi del diavolo ed era in preda a un raptus di follia”, così gli assistenti sociali del Centro socio sanitario descrivono M. B., l'uomo di 53 anni, che ieri ha sparato a bruciapelo al figlio e poi l'ha finito a coltellate, per poi togliersi a sua volta la vita tagliandosi le vene e colpendosi al ventre con un coltello. Secondo quanto ha detto lo stesso capitano dei carabinieri l'ispezione esterna cadaverica, eseguita oggi all'obitorio di Milano sul bambino, ha riscontrato un foro di proiettile di piccolo calibro nella nuca che combacia con il fatto che, vicino ai cadaveri, ieri i militari avevano trovato una pistola semiautomatica calibro 22 e che alcuni testimoni avevano parlato di uno sparo. Secondo la ricostruzione fatta dai carabinieri, verso le 17 di ieri, un assistente sociale aveva accompagnato il bambino al Centro per il colloquio settimanale con il padre; li aveva poi accompagnati in ascensore al primo piano, dove si tengono i colloqui. Ma appena uscito, l'assistente ha sentito il grido del bambino, l'ha visto accasciarsi a terra e il padre avventarsi su di lui, colpendolo più volte al torace con il coltello. L'assistente e un medico del Centro hanno tentato di allontanare l'egiziano dal figlio, usando anche una sedia di plastica e lo spruzzo di un estintore. Ma l'uomo ha cominciato ad infierire su se stesso, tagliandosi le vene e poi colpendosi al ventre con un coltello da cucina. Padre e figlio sono morti poco dopo, dissanguati.” (Ansa, febbraio '09).

La mattina di quel mercoledì tengo il gruppo ed i due colloqui settimanali. Poi vado in studio per i pazienti del pomeriggio, tra le strade ed i viali, ad inquinarmi i pensieri ed i capelli in sella alla mia Vespa bianca, bianco Milano, praticamente grigio. La luce artificiale piano, poi, prende il posto di quella stellare.

Alle ore 19 mi incontro con qualche amico anche lui sopravvissuto alla giornata e per le 20 circa sono a casa, cucino una banalità a base di farro e controllo le nuove sul sito di Repubblica. Automaticamente. Come faccio tutti i giorni.

La notizia non occupa che un posto in fondo alla pagina, la prima pagina elettronica. Leggo di un omicidio suicidio leggo dei Servizi Sociali della città, il nome della strada mi fa raggelare il sangue. Ricordo bene il nome, quel nome, dalla prima volta che mi ci sono perso intorno alla ricerca del CPS. Penso alla contiguità dei locali ma mi tranquillizzo leggendo che non ci sono vittime 'altre', oltre ai due protagonisti, e placo le mie mani fattesi tastiera pensando che il pomeriggio non c'è di solito poi troppa gente in CPS. La serata così passa tranquilla. Un pensiero lontano, solo lontano. Controllo le notizie, nessuna nuova, il nulla osta al sonno. Chiamo Maria Rita, una interurbana transoceanica. Leggo Markaris, un giallo ateniese.

La mattina dopo sono al CPS per le 9 e 10. Fuori le telecamere infestano il marciapiede, antenne e furgoncini griffati riprendono da distanza ravvicinata il cartello palstificato dell'orario di auspicabile apertura dei Servizi del comune. Faccio le scale, arrivo al primo piano, il CPS. Come entro trovo uno strano assembramento di persone davanti la porta. Ferme, immobili. Sono pazienti lasciati aspettare, lasciati come ad asciugare. Passo con difficoltà la porta per l'ufficio di accoglienza. Entro e saluto. Ci sono due infermiere. Mentre mi salutano provo ad intuire un sentire, applico il sentimento di precoce, non di *demenza precoce*, come diceva Rümke (1942), ma qualcosa che mi faccia sentire dove, oggi, sono finito. Si chiedono vicendevolmente se sia o meno al corrente di tutto, quindi si rispondono che non ne so niente. Chiedono me direttamente. Dico che so tutto ma che se so davvero poco. Mi informano che il primo a soccorrere il bambino è stato Rino

e con lui Luca, lo stesso Luca che vedo nella sala infermieri di fronte me ad appuntare qualcosa sui dei fogli. Aggiungono anche che il primario è rimasto molto colpito dall'accaduto, non ha potuto fare nulla per salvare il ragazzino. Luca viene fuori dalla sala infermieri. E' visibilmente scosso e parla ad alta voce: *"Non ho dormito questa notte e chissà per quante notti non dormirò... la cosa peggiore è stata quella di non aver potuto fare nulla per il bambino, non avevamo strumenti. Era lì, steso, e non si muoveva già."*

Mi siedo. Scomodo. Arriva Marco, uno degli psichiatri del servizio, che mi fa solo un cenno con la testa. Si siede. Siamo in attesa. Che qualcosa forse si manifesti. Arriva la psicologa insieme ad una educatrice che si fermano ad ascoltare anche loro ciò che ha da dire Luca. Sono sconvolte. Si vede aggirarsi intanto per il corridoio farsi largo il direttore del Dipartimento di Salute Mentale, taccuino alla mano, farsi largo inseguendo Rino che vedo solo ora per la prima volta, farsi largo tra i pazienti.

Sono le 9 e 30 ed ho una signora da vedere per una eventuale ammissione al gruppo.

La stessa entrando con me, a porta chiusa mi dice: *"Che cose terribili, dottore..."*. Mi parla di questa società che non le piace, prende in prestito temi e tematiche dall'attualità, le mischia alle sue che mi sono note; si capisce bene quali le une e quali le altre. Annuisco solo. Passo l'ora circa di tempo che ci diamo ad ascoltare la signora ed insieme a lei i passi pesanti fuori la porta, i telefoni squillare e le voci rincorrersi come passi pesanti fuori la porta.

Quando finiamo torno nella sala di accoglienza. Ritorno come al mio posto. Nulla è cambiato. Marco seduto, gli altri in piedi. Solo Luca è tornato a suo posto. Rino passa, non guarda in faccia nessuno e, invece di invitarmi al solito caffè, dice: *"Vado a prendere un caffè con questi due signori"*. Esce quindi con due poliziotti.

Ora è la psicologa a prendere la parola. Alza la voce, parla di *responsabilità*, di *paura* e di *recriminazioni*. Il padre del ragazzino è stato seguito da lei per un po' di tempo, alcuni mesi, prima per i test, disposti dal tribunale, in seguito per alcun colloqui.

Esordisce: *"Basta, non possiamo più fare ser-*

vizi per il Tribunale, qui rischiamo davvero la vita, siamo in un luogo aperto, tutti possono entrare. E' un lavoro pericoloso. Io non farò più test per i tribunali. Il direttore deve stare ad ascoltarmi questa volta. Mi rifiuto. E lui poi. Sembrava così tranquillo. Devono concederci l'indennità da rischio".

Qualcuno aggiunge: *"Dobbiamo chiedere di mettere qui fuori una guardia giurata..."*.

"Sì, vero. Nel CPS gemello c'è e ti senti più sicura quando entri. Entri e ti dice: 'Dove va? Ha un appuntamento?'".

Marco prova a riprendere, si schiarisce la voce: *"... ma non è che serva poi a tanto..."*. Viene interrotto: *"Sì ma almeno ti senti sicuro, è lì, con la pistola... ecco un metal detector dobbiamo installare..."*. La discussione va avanti così. Attacchi e contr'attacchi.

I due protagonisti presenti il pomeriggio prima sono gli unici due assenti, giustificati, assenti non a caso. Luca è di là. Come non ci fosse, appunto, in una condizione non meglio specificata e Rino si è assentato, giù.

Arriva Alma: *"Comunque Rino mi ha detto che più di così non poteva fare. Si vede che gli aveva sparato in nuca prima di accoltellarlo. Non si muoveva già mentre il padre gli era su col coltello..."* e aggiunge: *"È stato meglio quando lo ha saputo"*.

Ora che scrivo, a distanza di quasi un mese non si sente più parlare di quel giorno di febbraio. Sembra essere tornata la calma nel CPS e tra le macchine dei caffè, nei locali comunali, non si sente che il sibilo delle monete ed il tonfo del bicchiere di plastica. Dove è finita l'angoscia che si sentiva il giorno dopo e che per i giorni seguenti non ha mancato di far pesare certo la propria impronta sul lavoro degli operatori, sui pazienti? Dove le parole spaventate e quelle urlate, cacciate fuori insieme ai brividi?

Una forte angoscia ha invaso il CPS in quel pomeriggio. Si è passati da una paura per gli stessi operatori, che qualcuno fosse rimasto coinvolto, alla tristezza ed allo sgomento per quegli stessi operatori che nulla avevano potuto per salvare il bambino. Un terremoto aveva attraversato il CPS e solo l'epicentro, leggermente spostato di lato rispetto allo stesso, aveva salvato la situazione

da un crollo certo. Mi chiedo qui, in queste brevi note, quali i possibili destini in acuto, diciamo, dell'angoscia straripata nel CPS, di quello che a ben vedere è stato un cambiamento catastrofico cui l'istituzione si è trovata a far fronte in un pomeriggio di febbraio, piovoso.

Passerò in questo senso da una visione psicopatologico, prodromica, ad una analisi appena abbozzata, insatura, di ordine psicoanalitico in un tentativo di aprire scenari e parallelismi che, da sempre, sento fruttuosi.

In questo senso credo che lo stato nel quale si sia trovato il CPS nei giorni seguenti il fatto di sangue possa essere accostato a quello stato di coscienza che in psicopatologia classica viene detto *Wahnstimmung*. La *Wahnstimmung*, o umore delirante, o stato di perplessità acuto o, ancora, sindrome d'avamposto, è quello stato di coscienza che si ha negli individui che sono in viaggio per la psicosi, ma non solo. Si ha ed è descritto come esperienza terrificante anche in pazienti che poi non arriveranno sino alla psicosi conclamata, sarà una esperienza limite ma che nei limiti rientrerà. Destini della *Wahnstimmung*, tematizzata anche come fase del *trema* da Conrad, possono essere quindi vari. Un principio di psicosi schizofrenica, la psicosi maniaco depressiva, disturbi gravi di personalità o infine la remissione totale dei sintomi, della stessa.

Il soggetto in questione viene preso da quella che una famosa paziente di Wolfgang Blankenburg, Anne Rau, ha definito la caduta della *Evidenza Naturale*, per cui, in una accezione ancora prodromica della psicosi, paucisintomatica, le cose non sono più quelle che erano sino ad un momento fa, appaiono svuotate e prive di quella accezione naturale dell'uso o della familiarità che le rendono problematiche, in un movimento che però non prevede si debba procedere per via diretta a colmare detta mancanza con altri significati o realtà francamente deliranti¹.

Ernesto de Martino (2002) parla a questo proposito, in uno stato invece avanzato della stimung, di *Esperienze di fine del mondo* ed anche Callieri (2001) e Borgna (2002), per gli italiani, con Di Petta (1998), sono andati avanti con la teorizzazione sulla perplessità evidenziando la domanda comune di questi pazienti: "*C'è qualcosa, è accaduto qualcosa, sento che sta accadendo qualcosa... non so cos'è! Dimmi cosa c'è!*", domanda paradigma del vissuto pre schizofrenico: "Una radicale esperienza di estraneità che è contrassegnata dalla perdita di familiarità dell'io, del corpo e del mondo, e dall'evanescenza delle abituali articolazioni mondane e interpersonali con la conseguente dissolvenza della patria originaria" (Borgna 2002).

Gli elementi costitutivi della *Wahnstimmung* sarebbero quindi i seguenti:

1 - la sospensione del compimento di significato rispetto all'intenzione di significare;

2 - la diffusione abnorme dell'intenzione di significato rimasta così, sospesa, ma carica di valenze altrimenti instabili;

3- l'ipertrasferimento soggettivo, cioè la continua esportazione di parti del proprio mondo interno nel mondo esterno e viceversa;

4- la dissoluzione dei contenuti simbolici formali-trascedentali della coscienza del soggetto." (Di Petta 1998).

Seguendo questo breve schema riassuntivo possiamo intendere bene quale sconvolgimento sconvolga chi muove i primi passi sulla via dello sfaldamento del *mondo comune*, della comunanza di destino e si lasci dietro in questo percorso l'essere-con, il *mit-sein*, finendo in questo modo per ritrovarsi da solo in un mondo che ha perso le caratteristiche di comprensibilità, e quindi abitabilità, che gli erano proprie sino a poco tempo pri-

¹ "(...) Perdita dell'evidenza naturale, modificazione che consiste appunto nella perdita dello scrimine spontaneo (e condiviso dagli altri) fra 'evidenza' e non evidenza della realtà. Capacità questa su cui si fonda la costruzione dell'intersoggettività di ciascuno di noi

per cui è 'evidente' che l'Altro che ho di fronte viva (e strutturi un'esperienza di vita) in un modo simile al mio. E chi io lo possa capire perché il suo sentire non è poi tanto diverso dal mio. Questa capacità di esperire l'esperienza naturale è il prerequisito perché l'esperienza del mondo si possa strutturare come 'a comune' con gli altri." (Lorenzi e Pazzagli, 2006)

ma divenendo inospitale e sconosciuto, carico di pericoli e portatore di grande perplessità, intriso di elementi che potremmo anche intendere come familiari-non familiari.

Quale il destino della *Wahnstimmung*, della perplessità, quindi, di quello che in termini bioniani ci possiamo raffigurare come un cambiamento catastrofico che si impone alla totalità della persona e dei suoi rapporti con gli altri, con sé stesso e con il mondo?

Le vie principali sarebbero in definitiva due.

La prima prevede quale uscita dall'angoscia destrutturante della condizione di *trema* l'ingresso nella dimensione totalizzante e, anche per questo, tranquillizzante del delirio (l'*Eureka* delirante). Si rinunciarebbe in pratica all'approvazione sociale per un ritorno ad una condizione di certezza delle cose e del sé che venuto a mancare nella *Wahnstimmung*. La nuova condizione in tutti i casi varia notevolmente nella sua fenomenologia a seconda del modo in cui si giunga a detta consapevolezza delirante, se secondo il dispositivo della *rivelazione* (maggiormente schizofrenico/ bizzarro e che definisce anche più dei contenuti la valenza *primaria* del delirio) o quello della *conferma* (prettamente paranoide e che va, sulla via di una comprensione jaspersianamente trattata, verso una deriva deliroide dell'esperire l'esperienza, comprensibile a partire da un'analisi personologica, via che è stata trattata in seguito con grande attenzione tra gli altri da E. Kretschmer nel suo testo sulla personalità sensitiva del 1918), *conferma* che viene chiamata in causa per lo più per spiegare casi di aggressività e persecuzione di marca paranoide.

La seconda strada è quella della remissione dei sintomi totale e di un ritorno ad una vita nella norma senza nemmeno, a volte, il tempo (comunque solitamente lungo) per il paziente di giungere all'attenzione dei clinici o in virtù di brevi interventi psicoterapeutici con il giusto ausilio dei farmaci, interventi che si compiono in una sorta di prevenzione tardiva per lo più in SPDC e nel qual caso si tratterebbe delle così dette *bouffet deliranti*, dalla remissione rapida, di scuola francese.

La domanda che inizio a farmi oggi è questa. Quale via ha usato, o sta usando più verosimil-

mente, il CPS per uscire dalla perplessità in cui è sprofondata? Quale via stiamo percorrendo?

Prendendo in prestito alcune idee di Kaës sulle istituzioni (Kaës et al. 1991), muovendomi disordinatamente tra il suo testo e la vicenda da me vissuta in febbraio, proverò a disegnare una linea di senso per quello che mi è apparso il percorso del CPS dall'evento chiave sino ad ora.

Mi pare che nella vicenda tragica dell'omicidio sia venuto a mancare come primo ordine di idee la continuità dello spazio istituzionale salvo e scevro dalla indeterminatezza e dalla confusione che regna sovrana nelle cose degli uomini. Si è svelato con l'omicidio il velo che teneva nascosta la reale consistenza degli uomini che frequentano i servizi pubblici per la salute mentale quegli stessi uomini che come dice lo storico dell'arte, scrittore e viaggiatore Bruce Chatwin (1997) sono, alla fin dei conti, tutti stranieri ed in quanto tali *o sono mercanti o sono nemici*.

La consapevolezza di questo basale fondamento umano, messo sotto silenzio dalla mondanità dei rapporti, dalla consuetudine, questa nozione troppo inquietantemente familiare per essere familiare e cosciente è venuta fuori sotto forma di cambiamento catastrofico inquietante ed angoscioso. Siamo vulnerabili da parte dell'altro, altro che dobbiamo accogliere ma che, in definitiva, non potremo mai conoscere o controllare del tutto: "La catastrofe è inerente ad ogni cambiamento che mette in causa l'integrità e la continuità di un sistema. Il concetto non è perciò peggiorativo, ma si capisce che suscita rappresentazioni di distruzione, di negatività. Il fatto è che un cambiamento del genere si accompagna a stati di angoscia, a fantasmi di annientamento, di sofferenza e di minaccia nei confronti di sé, dell'insieme dei legami intersoggettivi e delle rappresentazioni ordinate che assicurano la continuità e la stabilità narcisistica dei sistemi". (Kaës et al. 1991).

In questo senso possiamo pensare che la catastrofe sia dovuta alla caduta di quei patti denegativi inconsci (Kaës et al., 1991) che permettono all'istituzione di investire e di concentrarsi su quanto di utile vi è al suo interno lasciando da parte, in virtù di un patto di diniego, quanto non è rappresentabile e proponendo sostituti ampia-

mente condivisi, come quello dell'obiettivo unico e del compito da svolgere.

Allo stesso modo è venuta a mancare quella protezione contro il negativo, come lo definisce Kaës (1991), che appare indispensabile, basandosi sulla positività del compito, dei singoli componenti e dei suoi dispositivi, a tenere silenti gravi minacce alla sopravvivenza istituzionale, alla vita stessa dell'istituzione, come ad esempio le sue origini mitiche e violente (che nel nostro caso non possono non essere state richiamate in modo chiaro e diretto da un fatto di sangue così violento tra un padre ed un figlio). Possiamo ipotizzare che l'omicidio-suicidio, avvenuto per di più in una istituzione pubblica che si occupa di salute mentale e di rapporti tra le persone e lo Stato, abbia mostrato i limiti dell'istituzione stessa nell'opporre alla irruzione terribile del caos e dell'impensato che, comunque, attanaglia e cinge d'assedio continuo la psiche individuale e collettiva, sempre minacciando la distruzione di quelle che non sono altro che le labili mura della mondanità dei rapporti con le cose o, se vogliamo, del patrimonio della coscienza, dell'Io: "Lo sfondo impercettibile della nostra vita psichica, fino ad ora gestito da garanti metafisici, sociali e culturali della continuità e del senso irrompe violentemente sulla scena psichica e su quella sociale." (Kaës et al. 1991).

Nel nostro caso poi è stato colpito personalmente da quanto accaduto e dal sentimento d'impotenza, che è stato anche dell'istituzione, lo stesso direttore del CPS, colui che di può definire come rappresentante della formazione intermedia, primariato che rappresenta il passaggio indispensabile tra i singoli e l'istituzione, Rino che ha il compito di regolare i rapporti tra le due parti e di contribuire in maniera forte a reggere il patto denegativo.

Il primariato in questo senso ha un ruolo decisivo nella costruzione e nel mantenimento dell'identità dell'istituzione curante, nella regolazione tra il narcisismo ed il socialismo, direi, nell'organizzazione del gruppo di lavoro e nella sua gestione. L'angoscia si è così diffusa per l'intera équipe per una sorta di contagio psichico, emotivo, che è passato dai due operatori coinvolti al resto degli

operatori ed ai pazienti, identificazione dolorosa e fulminea con il loro sentire che è il sentire di due figure fondamentali all'interno dell'équipe (primario e caposala) i quali in questo senso hanno perso anche una buona parte del loro diritto mitico all'idealizzazione onnipotente ovvero non *siamo così al sicuro come credevamo d'essere*.

L'istituzione, uno dei cui compiti è quello di difenderci dal caos e dall'impensabile, ha fallito in maniera drammatica. Cosa fare, cosa farne dell'angoscia che ha allagato il CPS? In qualche modo viene attaccata l'istituzione stessa che ci ha tradito e non è stata in grado di chiudere il vaso di Pandora: "Di fronte alle loro deficienze le attacchiamo perché ci sentiamo traditi, consegnati al caos, abbandonati da esse di cui non percepiamo nemmeno la silenziosa presenza. Il muto e l'immutabile depositati in esse s'impongono, progressivamente al nostro riconoscimento come quella parte di noi stessi che ci era straniera e vi era stata depositata." (Kaës et al. 1991). Quando il compito primario di una istituzione, dice sempre Kaës (1991), pone di fronte a pericoli ed angosce insopportabili, di ritorno viene attaccata l'istituzione stessa.

Quindi, concludendo, le vie che il CPS ha preso, almeno in acuto, per reagire all'angoscia dalla quale è stato invaso, vanno secondo il mio parere in tre direzioni.

A. La via verso il delirio, che prevede di trasformare, tralasciando le convenienze concrete di sicurezza, il CPS in un bunker della psichiatria, sradicandone la tradizionale, sin ora, conformazione fisica, assumendo guardie armate, dotandosi di metal detector e di quant'altro d'efficace (penso a Fornari che parla degli A.B. istituzionali). La realtà con cui sin ora si è vissuti, in un modo normale e quasi tranquillo, è venuta fuori per tutta la sua durezza ed ora, a ben vedere, non va più così bene, si problematizza tutto, adesso.

Si potrebbe dire che abbiamo avuto un contatto diretto con il perturbante, il familiare non familiare², o che la naturalità delle cose, comunque

² Viene facile qui il parallelismo con il *perturbante* freudiano (Freud 1919).

minacciose, sino ad ora nascosta è stata smascherata, risultando presente e vera.

Si è rinnegato, è venuto a galla, l'*atteggiamento naturale* del nostro vivere al mondo. O meglio è affondato. Rifondare l'istituzione è la via dell'altra realtà, della costruzione di un altro posto, un posto alieno: "Quella che si rivela pericolosa è la deviazione dagli enunciati di fondazione: riformare significa rifondare e quindi distruggere, nel fantasma, la comunità istituzionale." (Kaës et al. 1991).

B. La via della negazione, che credo sia stata anche la mia sino all'arrivo al CPS dal momento dell'appresa notizia. Infatti per quasi una giornata non ho chiamato nessuno delle mie conoscenze in CPS, ed ho provato, credo, a dimenticare la storia quando ho visto che non c'erano vittime tra i 'nostri'. Il mattino dopo è bastato poco a farmi crollare: le mura del CPS, le telecamere al piano terra, l'atmosfera da *venerdì santo* in questo senso hanno fatto da deterrente la negazione per cui l'udito e la vista, le parole ed i visi ancora terrorizzati, non potevano che confermare quella che era la realtà, visibile ed udibile. La mia negazione non ha retto alla presenza dell'altro-da-me chiaramente e visibilmente sofferente.

C. La via ossessiva, che per circa due settimane ha agito, a mio parere, nel CPS nel senso che l'infermiera addetta all'organizzazione degli spazi mi ha chiesto con decisione gentile di spostare il gruppo dal mercoledì, giorno del 25 febbraio 09, giorno che è quello del gruppo, il mio, e di quello di Rino da almeno cinque anni, al martedì. Mi sono state date spiegazioni di ragione puramente organizzativa ma in qualche modo arrivo, posso arrivare ad intuire un qualche movimento nascosto, sotto traccia, che punti a far dimenticare come il mercoledì sia parte della settimana, ad annullare, cancellare, ed ecco la marca da negazione/ rimozione, il mercoledì dal calendario. "Con le sue azioni ossessive egli prova a proteggere il suo ultimo nascondiglio da ulteriori invasioni catastrofiche" (Straus 2006) dice l'autore, riferendosi alla disgregazione del mondo dell'ossessivo.

In questo senso saranno da analizzare in un fol-

low-up a breve le possibili e probabili conseguenze sui gruppi terapeutici che sono tenuti in CPS, le strade possibili, gli intoppi ed i problemi, le direzioni imprevedibili di elaborazione di quanto accaduto che saranno osservate nelle sedute dei mesi successivi il fatto.

Questo lavoro, scritto quando ancora il terreno pare come sconvolto da una deflagrazione, si propone di essere un primo contenitore, una parte dell'auspicabile elaborazione del trauma subito dall'istituzione CPS. Vuole rappresentare una prima via scritta di racconto ed una ridefinizione dei fatti e dei possibili movimenti alla ricerca di un possibile senso di quanto sentito ed ascoltato nei giorni successivi l'acuzie istituzionale. Un tentativo, anche appena abbozzato, di rappresentazione di quanto avvenuto o ancora in fieri, in attesa che si formi il desiderio di, come dice Roussillon (1988): "Uno spazio per -trattare- o -contenere- tutto ciò che non ha potuto essere elaborato altrove nella vita istituzionale."

Bibliografia

- Borgna, E. (2002). *Come se finisce il mondo*. Milano: Feltrinelli.
- Callieri, B. (2001). *Quando vince l'ombra*. Roma: E.U.R..
- Chatwin, B. (1997). *Anatomia dell'irrequietezza*. Milano: Adelphi.
- Conrad, J. (1915). *Racconti di mare e di costa*. Torino: Einaudi.
- De Martino, E. (2002). *La fine del mondo*. Torino: Einaudi.
- Di Petta, G. (1998). *Il mondo sospeso*. Roma: E.U.R..
- Freud, S. (1919). *Il perturbante*. OSF 9.
- Kaës, R. et al. (1988). *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla.
- Kretschmer, E. (1918). *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Tricastela.
- Lorenzi, P.e Pazzagli A. (2006). *Le psicosi bianche*. Milano: Franco Angeli.
- Rümke, H. C. (1942). Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praëcox Gefühl". *Zentralblatt für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 102.
- Roussillon, R. (1988). Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio. in R. Kaës et al. *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla.
- Straus, E. (1987). *Sull'ossessione*. Roma: Fioriti.

Cibo e psiche, corpo, expo-2015, alimenti

(Considerazioni, utili per un corretto stile di vita)

Francesco Convertini*, Alessia Laudisa**

*Psicologo

**Psicoterapeuta

Riassunto

Questa esperienza serve a diffondere in modo organico le informazioni sui vari aspetti del cibo che spesso vengono diffuse in modo disorganico; il cibo può diventare istinto di vita e/o istinto di morte? Il cibo è strumento di ricatto di rifiuto o di esplicitazione di stati emotivi, quasi un simbolo del proprio rapporto con gli altri e con se stessi? Nell'intervenire, si deve porre l'attenzione alla persona malata oltre che alla malattia, poiché va curata l'integrità nella sua totalità. Ogni Medico di base dovrebbe essere affiancato da uno Psicologo in quanto è l'unione che fa la forza ed è tempo ormai di creare un movimento d'opinione per l'istituzione dello psicologo di base.

Parole chiave: Cibo, Psiche, Corpo

Premessa

Abbiamo vissuto un'esperienza di condivisione con un gruppo composto da **25** persone alle quali abbiamo trasmesso alcune considerazioni utili per un corretto stile di vita; **siamo consapevoli che trasmettere questa esperienza sia un motivo per diffondere in modo organico le informazioni sui vari aspetti del cibo che spesso vengono diffuse da più parti in modo disorganico.**

Scopo dell'articolo non è solo il raccontare un'esperienza vissuta sul campo ma anche il descrivere una collaborazione tra vari ambiti: una Psicoterapeuta, uno Psicologo, una Cooperativa ed un medio Gruppo di fruitori di ambo i sessi, maggiorenni e di età varie.

Tale opportunità è stata possibile grazie all'ospitalità prestataci in Triggiano (BA) nel maggio 2015 dalla Cooperativa A.L.I.C.E. alla quale rivolgiamo i nostri ringraziamenti per l'occasione offertaci; ciò dimostra che le collaborazioni consentono di sviluppare un approccio idoneo a fornire informazioni "facili da digerire" anche per i non addetti ai lavori.

I contenuti che compongono questa breve trattazione sono scaturiti da nostre riflessioni personali circa l'esperienza vissuta completati da incontri programmatici preparatori e organizzativi che abbiamo tenuto per consentire la migliore riuscita dell'evento.

Pensiamo di fare cosa utile nel pubblicare



quanto sottoriportato poiché la sua conoscenza ha suscitato una richiesta di trasmissione presso diverse realtà che potranno da ora farne tesoro.

Cibo e psiche

Alcuni Psicologi hanno fatto un doppio esperimento: se si imbeve un batuffolo di cotone col latte della madre e un altro col latte di un'altra donna, il neonato si volge verso quello materno e se si mette davanti ad un vitellino un ciuffo di fieno ed una ciotola di un altro cibo, questi va verso il fieno; crescendo, il neonato abbisogna dell'**apprendimento sociale** (*cooperative learning*) e diventa onnivoro; il vitello invece continua a nutrirsi di fieno; è impossibile invertire la loro alimentazio-

ne, pena la loro fine.

Con l'allattamento le donne sono naturalmente e storicamente le prime agenti della nutrizione e occorre cominciare fin dall'infanzia a utilizzare una corretta nutrizione altrimenti il conto viene presentato nella maturità; con lo slattamento, dopo i primi 6 mesi, i bambini possono alimentarsi con frutta, brodo vegetale, crema di riso, mais e tapioca; dopo 1 altro mese possono passare alle pappine di lenticchie rosse decorticate; recentemente è stata individuata persino una correlazione tra l'obesità infantile e la presenza dell'*Alzheimer* nella vecchiaia, che è facilitato anche dall'alluminio degli alimenti in scatola e delle bevande in lattina; non ci sono anziani "sbagliati" perché a sbagliare si inizia da piccoli.

Il cibo può diventare istinto di vita e istinto di morte? Freud parlava di "pulsione di vita e di morte", come istinto ad amare e/o amarsi o ad odiare e/o odiarsi.

Il cibo è anche capace di far male e di ossessionare: se la nostra attenzione diventa ossessione per "cosa mangiare", mania di salutismo anti-obesità e la molteplicità di diete costituisce l'obiettivo di ogni giornata o il tema di ogni conversazione, allora è il caso di preoccuparsi; negli aspetti patologici come l'anoressia e la bulimia, il cibo è strumento di ricatto di rifiuto o di esplicitazione di stati emotivi, quasi un simbolo del proprio rapporto con gli altri e con se stessi; la cura si basa sulla relazione tra Psicologo e Paziente: dalla fiducia che si riesce a creare in questa relazione dipendono scelte e risultati; i pazienti non sono clienti che acquistano una terapia ma persone alle quali sono dovute professionalità competenza relazione e fiducia.

Qual è la differenza tra le parole nutrizione e nutrimento? La prima nutre il corpo; il suo contrario è malnutrizione; e il cibo può nutrire lo spirito?

Le parole sono i nutrimenti fondamentali per il benessere della persona perciò sono definite cibo dell'anima; tuttavia parlare può non solo sostenere ma anche ostacolare il nostro ben-essere nel mondo. Oltre ai comportamenti agro-manuali d'amore ci sono anche quelli per il manuale del disamore; dai primi at-

teggiamenti è possibile capire se la coppia andrà in crisi o meno e se pochi minuti di conversazione fra i due contengono i 5 nemici dell'approccio: iniziare aggressivi, criticarsi, disprezzarsi, fare il muro e mettersi sulla difensiva.

Il nostro bisogno di controllo si ripercuote anche nella ricerca della persona ideale; questa non è quella bella-ricca-alta-giovane-acculturata-sana ma quella con cui si va d'accordo quanto **più spesso** e anche **più a lungo** possibile; quando si è giovani belli attivi e intelligenti è facile farsi amare ma, quando si sfiorirà, chi ci amerà? Ecco perché occorre investire in un rapporto duraturo e non impulsivo, evitando la confusione tra seduzione e rimorchio; **la donna ha bisogno di sentirsi compresa ma difficilmente il partner arriva a capire il suo sbandamento e il suo vissuto emotivo del momento.**

Nel 1820 un bigliettino per San Valentino della corporazione dei fornai recitava: "Oh, la tua dolce carne è soffice come impasto ed io ti impasterò ben presto, lo so".

Ma quante di queste attenzioni non servono anche a placare altre ansie? Nella società contemporanea abbiamo sempre più bisogno di rassicurazioni: c'è una domanda di tracciabilità dei cibi, occorre stare attenti a ogm, pesticidi, antibiotici, antiparassitari, erbicidi, insetticidi e cibi spazzatura.

Cibo e corpo

Anche l'orologio biologico, che alla base del cervello forma il cosiddetto nucleo soprachia-



smatico collocato nell'ipotalamo, è soggetto alle variazioni luce/buio, clima/temperatura e alla diminuzione della produzione di neurotrasmettitori ad effetto euforizzante come la serotonina che, in presenza di buio, sintetizza la melatonina, ormone dall'effetto rilassante ma anche depressivo; in autunno, per un paio di settimane, è piuttosto comune sentirsi afflitti da una leggera astenia e da una lieve sonnolenza; perciò è necessario adottare dei piccoli accorgimenti: rispettare l'orario dei pasti, del sonno e del risveglio.

La luce solare fa secernere la serotonina alla ghiandola pineale; oltre a migliorare l'umore essa interviene nella regolazione del senso di fame e sazietà e del genoma: ecco perché occorre vivere il più a lungo possibile alla luce del sole e all'aria aperta.

L'orologio biologico ha una funzione rilevante nella regolazione dell'appetito e nell'assimilazione del cibo; i disturbi del sonno, che possono essere indotti da difetti dell'orologio cicardiano, possono portare a dormire poco; ciò può avere effetti nocivi sulla nostra *silhouette* in quanto ne consegue un aumento di appetito insieme ad una minore capacità dell'organismo di assimilare i pasti.

Studi recenti indicano anche che i ritmi fisiologici sono influenzati dall'attività fisica e da ingestioni controllate di cibo; è importante condurre una vita con un'attenta igiene alimentare e sufficiente attività fisica per evitare di scombussolare la ritmicità cicardiana del nostro metabolismo.

Ci sembra normale avere percezioni e non accorgersene? Per es. *Salvador Dalí* diceva: "La bellezza sarà commestibile o non sarà" a significare che anche l'occhio vuole la sua parte, come se egli avesse già previsto che il cibo sarebbe diventato una specie di altare iconografico, tra gli aspetti sociali più fotografati, ripresi ed esposti mediaticamente poiché il cibo non è solo mangiare ma anche tavola imbandita, rumore di stoviglie, arredi, frigoriferi, microonde, macchine *Bimbi* e per caffè; oggi l'Occidente impazzisce per i cuochi e per la loro esposizione mediatica tipo *master chef*; si rischia di dimenticare il sapore del cibo per dar valore invece alla sua immagine e al relativo aspetto esteriore.

Dagli anni '80 il cibo da alimentazione passa a simbolo sociale e conquista una connotazione di equilibrio alimentare e di estetica fisica e nuo-

va religione di vita con la tavola che si trasforma nell'altare dove si celebra il culto del corpo; l'attuale globalizzazione ci spinge verso l'omologazione sia nei nostri comportamenti che nella preparazione degli alimenti; siamo la società delle taglie **38** donna e **46** uomo, con la bilancia sempre pronta come testimone d'accusa.

Quando andiamo all'estero diventiamo mr *Hide* e dr *Jeckil*: pretendiamo di trovare il caffè ristretto o il cappuccino con *brioche* e non sopportiamo le brodaglie di acqua calda; e poi, con la scusa che si dovrà scarpinare per le escursioni e le visite, cosa diventa la prima colazione? Piatti colmi di salsicce da *Ocktober Fest*, con prosciutti e salumi da Sagra della porchetta, con formaggi torte tartine *omelette* marmellate, con dosi di colesterolo cattivo, Ldl che promuove la formazione di placche nelle arterie, capaci di stroncare un bue.

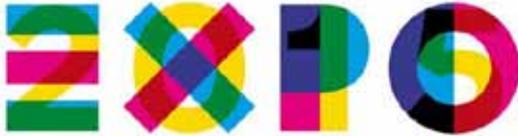
Grazie al contenuto degli acidi cloro genici, **3** tazze di caffè al giorno hanno un modesto potere antiossidante e un blando effetto protettivo dal diabete di tipo **2**, da alcuni tumori, dal morbo di *Parkinson* e anche dal naturale declino cerebrale degli anziani.

Cibo ed Expo 2015 (Nutrire il Pianeta)

L'OMS afferma che, mentre nei Paesi occidentali l'assunzione d'eccesso di calorie porta all'obesità con conseguenze problematiche e patologiche per il cuore e per vari altri organi, nei Paesi meno sviluppati la mancanza di calorie provoca uno sviluppo insano sia nei bambini che negli anziani; le stime dell'OMS attribuiscono ai chili di troppo il **58%** del diabete mellito, il **20%** delle malattie coronariche e l'**8-42%** (a seconda del tipo) dei casi di cancro.

Laos, Cambogia, Vietnam, Corea, Filippine, Giappone e Cina hanno nei loro menu ghiottornerie e specialità come: vino di serpente, tarantola in padella, coccodrillo con patate, fritto di cavallette, scorpioni al forno, insalata di api, zuppa di serpente allo zenzero, pesce palla, meduse marinate o saltate in padella, fiori di loto ed altre "leccornie" energetiche, saporite e a basso prezzo.

C'è da augurarsi che EXPO **2015** sia anche un'occasione di pedagogia alimentare capace di parlare di riduzione dei consumi, in coerenza con l'uso sostenibile delle risorse naturali, e di



MILANO

assicurare cibo e acqua alla nostra ed alle future generazioni nel rispetto delle leggi dell'ecologia perché le attuali leggi dell'economia spingono all'aumento dei consumi.

C'è chi dice che si sarebbero potuti spendere meglio i **12** miliardi di euro.

Oggi il **40%** della produzione di *mais* degli Stati Uniti non viene usata per sfamare le persone ma per produrre biocarburanti; la quantità di cereali necessaria per **1** pieno di **1** Suv (kg **240**) potrebbe nutrire **1** persona addirittura per **1** anno intero.

Abbiamo **1** miliardo di persone in sovrappeso e **1** altro miliardo in denutrizione; verso il **2050** saremo circa **1** miliardo e avremo grossi problemi a causa della scarsità di frumento, riso, cibo e acqua a seguito dell'attuale corsa alla deforestazione, alla cementificazione e alla distruzione delle terre dedicate all'agricoltura; occorrono comportamenti responsabili come la riduzione del consumo di carne e degli sprechi di derrate alimentari poiché un terzo del cibo prodotto viene gettato; il **21/5/15** il Parlamento francese ha approvato una legge contro lo spreco alimentare nella grande distribuzione; negli anni **'80** furono famose le marce della

on. Bonino contro la fame nel mondo mentre è oggi il padiglione della Santa Sede che ha lo slogan "Non di solo pane".

Tutta l'agricoltura inizia con i semi; perciò con l'ingegneria genetica le multinazionali alimentari cercano di controllare i semi che sono alla base della produzione agricola; fra le ingiustizie maggiori ci sono la disomogenea distribuzione alimentare, la contraffazione, le sofisticazioni, la presenza delle agro-mafie e lo sfruttamento del lavoro minorile.

Negli allevamenti intensivi si somministrano massicce dosi di antibiotici per prevenire malattie quali mucca pazza e influenza aviaria o suina: per ogni dose di antibiotici assunta da un essere umano malato, almeno **8** dosi sono somministrate ad un animale sano; un esempio: ogni anno negli Stati Uniti le persone consumano circa **1.360** tonnellate di antibiotici, mentre agli animali da allevamento ne viene somministrata la stratosferica cifra non terapeutica di **11.158** tonnellate che creano negli animali una crescente resistenza antimicrobica.

Le nostre abitudini alimentari influiscono sugli equilibri della Terra; il consumo e la produzione di cibo non dovrebbero solo rispettare il gusto e le necessità economiche del Paese in cui si vive ma dovrebbero tener conto anche dell'impatto a livello globale; c'è differenza tra coltura del cibo e cultura alimentare di un popolo? C'è un legame tra alimentazione e identità? Quali potrebbero essere alcuni cibi con cui identificarci? Per noi Italiani vale la dieta mediterranea, che è ancora unica nel suo genere come modello di sviluppo alimentare, culturale, tradizionale, sociale, storico, gastronomico, ambientale e di costume; ogni piatto è costituito da materie prime, sapori, colori, rumori, preparazione e... tocco personale che danno piacere non solo al palato ma anche alla vista, all'olfatto, al tatto e anche all'udito.

Cibo e alimenti

Feuerbach diceva: siamo ciò che mangiamo; oggi invece si potrebbe dire che siamo ciò che non mangiamo, ciò che non beviamo, ciò che non respiriamo e ciò che invece riusciamo ad assimilare.

Negli anni **'50-'60** le giovani donne venivano preparate, proprio come una pietanza, ad esse-

re brave massaie in cucina; la preparazione del pranzo della domenica cominciava già dalle 6 del mattino; anche la cucina, coincideva spesso con lo stesso ambiente di quello del consumo del pasto della cosiddetta dieta mediterranea.

Oggi invece si tende a tener divisi i 2 ambienti e spesso non si cucina più ma si mangia fuori; allora il cibo significava affetto, condivisione e accoglienza perché se si teneva a qualcuno lo si invitava a mangiare insieme, dato che l'alimentazione degli "umani" non è semplicemente nutrizione: è



convivialità, scambio, piacere e conoscenza.

Chi si alimenta prevalentemente con verdure tende ad avere la pressione arteriosa meno alta; l'ipertensione è collegata anche al lavoro stressante e per turnazioni di operai, infermieri, medici, giornalisti, forze dell'ordine, operatori ecologici, panificatori e lavoratori notturni; essa non è una malattia ma è il fattore di rischio per sviluppare altre malattie quali l'infarto o l'ictus.

Durante la maturità gli uomini hanno una pressione un po' più alta, mentre per le donne aumenta dai 70 anni in sù; quando la pressione arteriosa dà un valore della massima superiore a 120 mmHg o della minima superiore a 80 mmHg, si pone la diagnosi d'ipertensione; la dieta per il contrasto dell'ipertensione si basa sulla riduzione dell'assunzione del cloruro di sodio, il sale da cucina, perché vi è una correlazione epidemiologica tra il suo consumo e i livelli pressori della popolazione.

Un occhio particolare va rivolto alle signore in menopausa che vanno testate per l'idratazione, per il livello funzionale/posturale e per la distribuzione del grasso corporeo che si modifica insieme alla demineralizzazione ossea; negli uomini l'aumento del peso dovuto alla pancia è più pericoloso

del grasso accumulato dalle donne su fianchi glutei e gambe.

Aiutano a prevenire l'ipertensione alimenti con basso contenuto di colesterolo tipo cereali, legumi, pasta o pane integrali, carni bianche, pesce azzurro, tè verde, succo di limone, antiossidanti naturali e vitaminici, frutta, ortaggi verdi gialli arancioni rossi, omega 3 e 6, olio extravergine di olive e yogurt non zuccherato; il potassio, contenuto in pomodori e banane, è utile ai meccanismi della pressione, all'opposto del sodio contenuto

nel sale da cucina della pasta sbiancata e dei cibi spazzatura, caratterizzati da un basso valore nutrizionale e dalla presenza di grassi, zuccheri e colesterolo cattivo; pasta pane e riso integrali contengono sia il magnesio che è un minerale antifatica che la vitamina B6 che

partecipa alla sintesi della serotonina (ved. umore e sazietà); si dovrebbero ridurre i consumi di salumi, carni rosse, burro, formaggi e latticini grassi, bevande zuccherine, alcol, alimenti conservati in scatola e in salamoia, polifosfati, nitrati, glutammato di sodio, grassi saturi come quelli di palma e di cocco, margarina con i pericolosi grassi idrogenati, cereali da colazione e prodotti da forno che sono ricchi di acrilammide.

Un modesto consumo di cioccolato fondente (oltre l'85% di cacao), ricco di polifenoli, è in grado di migliorare la funzione endoteliale e di diminuire la pressione arteriosa; associato ad una normale e corretta dieta alimentare, incrementa la sintesi di ossido nitrico (NO) che è una molecola ad attività antiossidante, antiarteriosclerotica, vasodilatatrice, antitrombotica e di protezione dell'apparato cardiovascolare; il cioccolato è sconsigliato a chi soffre di diabete o di patologie renali.

Gli Italiani in sovrappeso sono 21 milioni e quindi anche responsabili di un eccesso di spesa sanitaria di oltre 780 milioni di euro annui; questo problema si interseca con il diabete di tipo 2 (dell'adulto) del quale sia il sovrappeso che l'o-

besità sono la causa principale; il diabete eleva il rischio di malattie cardiovascolari; negli *under 55* l'obesità grave aumenta di **16** volte il rischio diabete e negli *over 65* la prevalenza di diabete passa dal **12,5%** fra i normopeso al **38,7%** fra i grandi obesi.

Il licopene del pomodoro cotto protegge dal cancro alla prostata che invece viene alimentato da pepe e birra; l'indolo-3-carbinolo delle crocifere (cavoli broccoli verze ravanelli cipolle rucola senape) protegge dal cancro al seno; la catechina del tè verde protegge dai tumori alla pelle al colon al polmone al seno e alla prostata; il resveratrolo dell'uva e del vino rosso protegge da diversi tipi di tumori; le antocianine, che danno il colore rosso alle verdure e alla frutta, proteggono dall'obesità e allungano la vita.

Già *Einstein*, diventato vegetariano negli ultimi anni di vita, dichiarò: "Niente aumenterà la possibilità di sopravvivenza di vita sulla Terra quanto l'evoluzione verso un'alimentazione vegetariana".

Gli alimenti non sono dannosi o protettivi in senso stretto, ma occorre seguire una sana alimentazione, cioè varia ed equilibrata, e un corretto stile di vita; il patrimonio genetico conta solo per il **30%**, mentre l'ambiente sociale e lo stile di vita influiscono per il **70%**: le condizioni in cui viviamo, come famiglia società e stimoli quotidiani che riceviamo, contribuiscono a favorire o ad ostacolare il nostro stato di salute psicofisica.

Con porzioni alimentari ridotte del **25%** si attivano i geni della longevità legati al metabolismo, i quali rallentano le attività dell'organismo e lo fanno entrare in un regime di risparmio energetico; le cellule adipose si riducono, si abbassa il livello degli zuccheri presenti nel sangue e a **60** anni il cuore ritrova l'efficienza dei **45**; questa restrizione calorica fa guadagnare fino a **30** anni di longevità e di vita sana perché la nostra dieta è in grado di regolare l'espressione del genoma e la stessa durata della vita; la scienza continua a portare evidenze che l'alimentazione che ci protegge dalle malattie deve essere frugale semplice e naturale; ma va ricordato che questa modalità non dovrebbe essere ossessiva; oltre che vivere il più a lungo possibile, importa vivere il meglio possibile elaborando modelli nutrizionali sostenibili e profilati sulle diverse fasi della vita.

L'accoppiata età/vitalità va protetta con una motricità adeguata e con **3** principi: pensare positivo, mantenere in equilibrio capacità ed efficienza fisica, preservare l'equilibrio quali-quantitativo fra entrate alimentari e uscite energetiche.

Conclusioni

Questa "esperienza sul campo" ha dimostrato che la collaborazione tra diverse figure e realtà professionali consente di ottenere sinergie capaci di ottimizzare i risultati riportando anche economie di scala nell'organizzazione degli eventi; e ciò, grazie anche all'affiancamento che comporta la suddivisione dei compiti: il merito di questa esperienza risiede nell'aver adottato una posizione contraria all'arroccamento e favorevole alla multidimensionalità e alla multidisciplinarietà; il sapere non è una ricchezza da possedere ma da condividere, sempre nel rispetto delle rispettive competenze.

Fenomeni psichici e somatici sembrano legati; nonostante questa evidenza, la psicologia si è interessata allo studio dell'attività mentale mentre lo studio del soma ha interessato la medicina; entrambe devono prendere consapevolezza del fatto che, per oltre un secolo, hanno curato rispettivamente una persona senza testa e una senza corpo: nell'intervenire, si deve porre l'attenzione alla persona malata oltre che alla malattia, poiché va curata l'integrità nella sua totalità.

Il conflitto tra discipline è la più tenace delle resistenze al riconoscimento delle interazioni poiché vanifica il patrimonio di conoscenze accumulato negli anni e ne isterilisce le potenzialità cliniche e scientifiche; riteniamo che ogni Medico debba essere affiancato da uno Psicologo, anche se oggi questa sinergia sembra difficile da realizzare per un'oggettiva carenza sul territorio di strutture pubbliche di psicoterapia; ma è l'unione che fa la forza: **È TEMPO ORMAI DI CREARE UN MOVIMENTO D'OPINIONE PER L'ISTITUZIONE DELLO PSICOLOGO DI BASE, COSÌ COME ESISTE IL MEDICO DI BASE.**

Bibliografia

Tre saggi sulla teoria sessuale (Sigmund Freud, 1905)
Minuchin, S. (1978). *Famiglie e terapia della famiglia*.
Psicopuglia, n. 2/2010



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro
Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

La quinta edizione del Mese del Benessere Psicologico sarà presentata ufficialmente in conferenza stampa **lunedì 28 settembre alle ore 18** presso la sede dell'Ordine degli Psicologi della Puglia in Via Fratelli Sorrentino 6 a Bari.

Il Mese del Benessere è un'iniziativa dell'Ordine degli Psicologi della Puglia che prevede incontri e consulenze gratuiti per tutto il mese di ottobre, grazie alla preziosa collaborazione di tutti i professionisti che aderiscono al programma al fine di promuovere il benessere e una maggiore conoscenza e interazione tra psicologo e collettività.

Lo Psicologo è un professionista che si occupa non solo di diagnosi, terapia e riabilitazione, ma anche di prevenzione e promozione della salute. Agisce con il fine di accrescere i livelli generali di benessere e aiutare la persona ad individuare e incrementare le proprie potenzialità, attraverso la conoscenza di se stessa e delle proprie risorse, in una prospettiva di benessere sia fisico che psichico.

E' per diffondere una cultura del benessere più ampia e non solo legata al corpo che l'Ordine degli Psicologi invita i cittadini ad usufruire delle tante opportunità proposte dal Mese del Benessere. Sul portale www.mesedelbenesserepsicologico.it sarà possibile verificare quali sono gli



psicologi che aderiscono all'iniziativa e tutti gli eventi, quali convegni, seminari, incontri, dibattiti, organizzati per tutto il mese di ottobre.

“Il corpo umano non è riducibile alla semplice somma di funzioni e di organi, i medici devono interessarsi alle sensazioni di alienazione associate alla malattia, considerare la psicologia e l'esperienza personale dei pazienti”, le parole del giornalista francese Frédéric Joignet parlando del pensiero del neurologo britannico Oliver Sacks sono la conferma che le diverse discipline scientifiche che si prendono cura della salute devono farlo in maniera univoca, interconnessa e coordinata.

E nell'ottica di integrazione tra benessere fisico e psicologico, l'edizione 2015 del Mese del Benessere è occasione per suggellare la collaborazione interprofessionale



tra l'Ordine degli Psicologi della Puglia e l'Ordine Nazionale dei Biologi, impegnato nella promozione di una qualità migliore della vita. Nel corso della conferenza stampa di presentazione del Mese del Benessere sarà sottoscritto il protocollo d'intesa tra il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia e il Presidente dell'Ordine Nazionale dei Biologi Ermanno Calcaterra.



Comunicato stampa

Omicidio Labriola, più attenzione alla sicurezza

Intervista alla Vicepresidente Vanda Vitone

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Il 4 settembre ricorre l'anniversario dell'omicidio della psichiatra Paola Labriola, da parte di un paziente, presso il Centro di salute mentale del Quartiere Libertà di Bari.

“La commemorazione di questo triste evento - afferma la Vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Vanda Vitone - ripropone riflessioni e interrogativi sollevati immediatamente dopo l'effettato delitto ma che si impongono ancora con forza all'attenzione degli amministratori della Sanità, dei professionisti della salute mentale e dei cittadini”.

L'Ordine regionale degli Psicologi, nel commemorare l'evento, intende continuare ad intervenire su tematiche attinenti il disagio mentale, l'organizzazione dei servizi socio-sanitari, la sicurezza nei posti di lavoro, la cultura della prevenzione e la diffusione di buone prassi psico-sociali.

“Nell'attuale società sempre più in crisi dal punto di vista economico e culturale - dice Vitone - gli episodi di violenza, soprattutto nei confronti di donne e minori, diventano sempre più frequenti. Si assiste ad

un ampliamento di patologie psichiche, allo sviluppo di nuove dipendenze con conseguente crescente domanda di salute mentale”.

Una situazione che rende urgente una risposta che si articoli nell'ottica della implementazione dei servizi socio-sanitari, della spesa sanitaria, delle piante organiche di strutture con compiti di prevenzione, cura e riabilitazione di patologie psichiche e del disagio psicosociale.

“Fondamentale - afferma Vitone - è la promozione della cultura del benessere psicologico basata sulla diffusione di un'educazione alle relazioni effettive, sulla valorizzazione di rapporti non violenti nel rispetto di tutte le differenze”.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia auspica che da parte degli amministratori della Sanità venga posta attenzione alla sicurezza nei posti di lavoro affinché assuma un significato quella morte violenta e questa data non si riduca ad una sterile e vuota commemorazione.

Psicologia dell'emergenza per parenti e vittime Buscella

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia si è immediatamente mobilitato in seguito all'esplosione della fabbrica di fuochi pirotecnici di Modugno, per attivare interventi di psicologia dell'emergenza rivolti ai superstiti e ai familiari delle vittime. Il coordinamento degli interventi è stato affidato dal presidente Antonio Di Gioia alla vicepresidente dott.ssa Vanda Vitone che ha incontrato l'assessore ai servizi sociali del comune di Modugno dott.ssa Rosa Scardigno, anche lei psicologa, e la dirigente dei servizi

sociali dott.ssa Maria Battista, assistente sociale, per una prima valutazione dei bisogni delle famiglie delle vittime e per redigere un piano operativo di interventi in loro favore da attuare in collaborazione con le associazioni di psicologia dell'emergenza S. I.P.E.M.-sos Puglia e Psicologia per i popoli sez. Bari e Bat., presiedute rispettivamente dal dott. Giuseppe Latilla e dott.ssa Rossella Colonna. Numerosi colleghi, esperti in emergenza, hanno offerto la loro disponibilità.



Comunicato stampa

“Teoria del gender” o “Studi di genere”?

Intervista alla Vicepresidente Vanda Vitone

Enzo de Gennaro
Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

In questi giorni sono molteplici le manifestazioni contro l'omofobia e il riconoscimento dell'omosessualità come titolare di diritti e di dignità. L'Ordine degli Psicologi della Puglia interviene sull'argomento con le parole del Vicepresidente Vanda Vitone che ricorda come lo stesso Ordine vede nella scuola la risorsa fondamentale per la formazione di una società che riconosca, rispetti e valorizzi l'omosessualità. “L'educazione sessuale e psico-affettiva nelle scuole - afferma Vitone - basata su evidenze scientifiche, è un indispensabile strumento per favorire una libera espressione della propria personalità e prevenire forme di sessismo, omofobia, bullismo e violenza contro le donne”.

Le scuole vanno sostenute in questo compito con la presenza degli psicologi. L'Ordine pugliese della categoria, dice Vitone, “ha sempre valorizzato il ruolo dello Psicologo anche nell'ambito scolastico, finalizzato soprattutto ad una diffusa attività di prevenzione del disagio giovanile e alla promozione della salute e del benessere psicologico dei ragazzi”.

Il Vicepresidente ricorda che da qualche tempo in Italia sta prendendo sempre più piede una vera e propria propaganda contro gli studi sul “genere”, considerati privi di valore scientifico e devianti, volti a negare la distinzione biologica tra i sessi e diretti a guidare i bambini e i ragazzi verso l'omosessualità e la transessualità. “Abbiamo letto e

ascoltato - dice Vitone - svariate dichiarazioni che parlano di bambini strumentalizzati e indottrinati, di pornografia nelle scuole, di una educazione affettiva e sessuale deviante. A prescindere da valutazioni e credo personali, partiamo da un semplice presupposto: non esiste alcuna teoria del genere o ideologia di genere”.

Da diversi anni vengono proposti gli **studi di genere**, effettuati da parte delle maggiori università internazionali secondo i crismi della scientificità, i quali affermano l'esistenza di un sesso biologico che però da solo non basta a determinare la nostra identità, che è una realtà dinamica ed estremamente complessa, costituita dall'interazione tra sesso, genere, orientamento sessuale e ruolo di genere. “Nello specifico - ricorda Vitone - il **sesso** è determinato alla nascita (organi genitali); il genere invece è un costrutto socio-culturale e cioè varia a seconda dell'epoca e della cultura in cui viviamo e delle regole sociali”.

Le società hanno costruito nel tempo ruoli per l'uomo e ruoli per la donna, il genere è acquisito attraverso modelli appresi di differenziazione tra maschio e femmina. **L'identità di genere** è la percezione che l'individuo ha di sé come uomo o donna; a volte non coincide con il sesso. In questi casi si parla di “*disforia di genere*”.

L'orientamento sessuale è definito come l'attrazione sessuale e sentimentale che un individuo prova verso l'altro da sé: per esempio dell'altro sesso, dello stesso o di entrambi.

“E' fondamentale - afferma Vitone - educare al genere, sostenere lo sviluppo psico-fisico, sessuale e relazionale affinché i bambini e i ragazzi possano sviluppare una personalità armonica, al di là delle aspettative sulla propria mascolinità e femminilità e nel rispetto reciproco tra sessi e orientamenti diversi. L'attività di prevenzione nella scuola può essere un anello della catena indispensabile al superamento di stereotipi di genere, ancora troppo radicati nella nostra società”.

A livello nazionale l'insegnamento scolastico deve farsi promotore “della promozione del rispetto delle identità di genere, del superamento di stereotipi sessisti attraverso la diffusione dell'educazione affettiva e sessuale, rispondendo altresì all'esigenza di attuare i principi di pari dignità e non discriminazione sanciti dalla Costituzione”.



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Con il Consiglio Regionale Sanitario la nostra regione ha l'opportunità di dotarsi di un organismo multidisciplinare che ha competenze sulla gestione della salute e la promozione del benessere fisico, psicologico e sociale. Grazie alla collaborazione tra diversi ambiti professionali, il Consiglio Regionale Sanitario, diventerebbe un'istituzione in grado di interpretare e valutare con completezza le esigenze e le emergenze in campo sanitario, offrendo risposte ed interventi che sono la somma e l'integrazione di differenti ambiti professionali.

In questi giorni la III Commissione del Consiglio Regionale della Puglia ha avviato la valutazione della proposta di legge di istituzione del Consiglio Regionale Sanitario. L'Ordine regionale degli Psicologi e l'Ordine di pari grado degli Assistenti Sociali hanno

accolto con interesse l'avvio dei lavori, riscontrando però un'imperfezione nella valutazione delle figure professionali da coinvolgere: la Commissione ha convocato per delle audizioni i rappresentanti dell'Ordine dei Medici Chirurghi, dei Farmacisti e dei Veterinari ed un coordinamento dell'PAVSI. Esclusi da



queste audizioni gli psicologi e gli assistenti sociali, figure professionali che non possono essere marginalizzate se l'auspicio è quello di creare una rete di professionisti della salute.

Gli psicologi rappresentano il profilo dirigenziale più

proficuo dopo i medici ed operano in un ambito della salute che interagisce con il benessere fisico. Gli Assistenti Sociali lavorano a stretto contatto con le famiglie e con le loro necessità non solo relazionali ed economiche ma anche di assistenza sanitaria. Inoltre, perché la multidisciplinarietà sia davvero un'opportunità per chi vive situazioni di carenza di salute si auspica al coinvolgimento di tutte le associazioni che si inseriscono nell'area dei diritti del malato e della cittadinanza attiva.

Psicologi ed Assistenti Sociali confidano in una prossima convocazione nelle procedure di pianificazione del nuovo organismo ricordando che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità".



Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Psicologia, Sviluppo e Impresa è il titolo del convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Puglia e da Confindustria Bari e Bat per **giovedì 17 settembre** prossimo presso la sala Leccio della **Fiera del Levante**. A partire dalle ore 8.30 esperti in psicologia del lavoro e dell'organizzazione, imprenditori e rappresentanti delle Istituzioni regionali discuteranno su un tema di grande attualità: la competenza d'impresa, in un momento in cui si parla di crisi dell'impresa e, più in generale, di crisi dell'intero sistema economico.

All'evento, oltre al Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia **Antonio Di Gioia** e al Presidente di Confindustria Bari e Bat **Domenico De Bartolomeo**, sono stati inviati il Presidente della Regione Puglia **Michele Emiliano**, l'Assessore allo Sviluppo Economico della Regione Puglia **Loredana Capone**, l'Assessore allo Sviluppo Economico e alle Politiche del Lavoro **Sebastiano Leo**, l'Assessore al Welfare e alle Politiche del Benessere Sociale **Salvatore Negro**, il Presidente dell'Anci Puglia **Sen. Luigi Perrone**, il Sindaco di Bari **Antonio De Caro**, l'Assessore al Welfare del Comune di Bari **Francesca Bottalico**, l'Assessore alle Politiche Giovanili del Comune di Bari **Paola Romano**.

In un momento storico nel quale l'economia



stenta a riprendere un corso virtuoso, sottolinea Di Gioia, le buone idee rappresentano l'opportunità di intraprendere nuovi percorsi, rotte inedite di imprenditorialità, non solo nella produzione innovativa di beni e servizi, ma anche nella gestione delle stesse imprese in un'ottica di valorizzazione delle risorse umane.

“Psicologia, Sviluppo e Impresa” è soprattutto l'invito ad essere imprenditori di se stessi, ad inventare un nuovo modo di sviluppare la propria professionalità con creatività e intraprendenza. Nel corso del convegno verrà conferito un riconoscimento da parte dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia a tutti i professionistiche hanno elaborato progetti di eccellenza e ai professionistiche hanno ottenuto l'assegnazione delle borse di studio previste dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.



Comunicato stampa

A proposito della cosiddetta “Ideologia del gender”

Intervista alla Vicepresidente Vanda Vitone

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Nota a cura dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia sulla rilevanza scientifica degli studi di genere e sulla loro diffusione nelle scuole.

Stiamo assistendo ad accese polemiche, sia a livello nazionale sia locale, sulla questione dell’educazione sessuale nelle scuole e della cosiddetta “Ideologia del Gender”. Si impone una riflessione da parte di una categoria professionale, come quella degli Psicologi, da sempre impegnata nella diffusione di una cultura basata sul rispetto reciproco tra gli individui e sulle buone prassi educative.

L’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia intende fare chiarezza sul significato dell’educazione sessuale, concetto ultimamente “abusato” e strumentalizzato a scopi di propaganda false e prive di fondamento scientifico, al fine di creare panico tra genitori ed educatori ed annullare o almeno rallentare un inevitabile progresso scientifico e culturale nell’ambito delle relazioni umane.

Il Presidente Antonio Di Gioia e la Vicepresidente Vanda Vitone affermano che “Educare alla sessualità vuol dire prima di tutto educare all’affettività, all’espressione delle emozioni, al rispetto dell’altro e delle differenze tra gli individui; significa stimolare la conoscenza e la consapevolezza di sé e del proprio corpo e del-

le normali fasi evolutive. Conoscere le proprie emozioni e saper parlare di sentimenti, inoltre, migliora la capacità di comunicare e stimola lo



sviluppo cognitivo”.

“L’educazione affettiva e sessuale, basata su evidenze scientifiche, è un indispensabile strumento per favorire una libera espressione della personalità e prevenire forme di sessismo, bullismo, omofobia e violenza contro le donne e i minori”.

“Educare alle differenze - affermano Di Gioia e Vitone -, spiegare ai bambini e ai ragazzi che l’omosessualità è una condizione che non si può modificare e l’orientamento sessuale non si sceglie, non vuol dire creare confusione circa l’identità di genere ma prevenire forme di bullismo omofobico e i numerosi suicidi di ragazzi

discriminati e maltrattati in quanto omosessuali”.

“Il sesso è determinato alla nascita, il genere è invece un costrutto socio-culturale che varia a seconda dell’epoca e della cultura in cui viviamo e delle regole sociali. L’identità di genere è la percezione che l’individuo ha di sé come uomo o donna; a volte non coincide con il sesso. In questi casi si parla di ‘disforia di genere’ o transessualismo. L’orientamento sessuale è definito come l’attrazione sessuale e sentimentale che l’individuo prova verso l’altro: per esempio dell’altro sesso, dello stesso o di entrambi”.

“Insegnare ai bambini e ai ragazzi che non esistono ruoli prestabiliti, ovvero che le donne possono accedere a lavori considerati nel passato maschili o che gli uomini possono esprimere emozioni e sentimenti o svolgere lavori domestici, un tempo considerate prerogative femminili, non vuol dire spingerli a cambiare orientamento sessuale. Far riflettere sulla parità - continuano Presidente e Vicepresidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia - significa smontare i pregiudizi e la paura del confronto tra i sessi e prevenire la violenza contro le donne e il bullismo ormai dilagante che crea tantissima sofferenza ai ragazzi e alle loro famiglie. Il bullo, infatti, è colui che non riconosce le proprie e altrui emozioni, incapace di «empatia», di rapportarsi all’altro, confrontarsi con l’altro sesso”.

“Educare alla sessualità non vuol dire incitare i bambini o gli adolescenti a ‘praticare il sesso’, significa piuttosto insegnare a coniugare affettività e corporeità, a rispettare le proprie fasi di crescita, a saper ‘dire di no’ a

richieste sessuali improprie o formulate da coetanei e adulti e violenti e a sapersi proteggere da gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmesse”.

“Non esiste ‘l’ideologia gender’, è falso che nelle scuole vengono organizzati corsi sul «gender» che negherebbero le differenze tra uomo e donna e in cui si insegnerebbe ai bambini a toccarsi, a masturbarsi e che esistono tanti tipi di sesso o che negherebbero l’istituto della famiglia”.

L’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia nel mese del Benessere Psicologico (Ottobre 2015) invita i dirigenti scolastici, gli insegnanti e tutti i professionisti della salute a vigilare e a dare massima diffusione dell’educazione affettiva e sessuale che si basi su evidenze scientifiche e degli studi di genere svolti dalle maggiori associazioni scientifiche e professionali internazionali e nazionali e sia attuata da operatori preparati che attingano ai dettati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Solo il superamento della paura dei cambiamenti sociali, dell’evoluzione della famiglia e soprattutto del confronto costruttivo tra l’uomo e la donna potrà comportare una reale riduzione della violenza di genere e rendere i bambini di oggi, gli adulti sani di domani.





Comunicato stampa

Intervista alla Vicepresidente Vanda Vitone

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia

Il 25 novembre, si celebra la Giornata Internazionale contro la violenza sulle donne.

Un'occasione per riflettere, anche in chiave psico-sociale. «Tale forma di violenza si sviluppa all'interno di relazioni intime ed è trasversale a tutte le età ed i livelli sociali» rammenta l'Ordine degli Psicologi della Puglia.

«Rappresenta un problema di enorme dimensione ed è un'emergenza riguardante la salute pubblica. Affonda le sue radici nella società in continua evoluzione, nella famiglia che cambia, nel processo di emancipazione femminile, nel mutamento dei ruoli di genere in quanto meno definiti rispetto al passato».

«Attualmente - afferma la vicepresidente dell'ordine, Vanda Vitone - tale fenomeno si inserisce in un contesto sociale caratterizzato da violenza ed aggressività diffuse. La famiglia nucleare, al contrario delle famiglie allargate di un tempo, è meno protettiva, priva di punti di riferimento alternativi e quindi di filtri nei confronti degli stimoli ne-



gativi provenienti dal mondo esterno».

«La violenza di genere - aggiunge - non va confusa con “la conflittualità tra partner”, in quanto il suo scopo è di dominare e annientare “costantemente” l’altro. La relazione è asimmetrica e, a differenza di quanto avviene nelle conflittualità, nella relazione viene minata l’identità dell’altro e la donna viene ridotta all’impotenza».

Una forma di violenza sottovalutata, perché invisibile, è quella psicologica. «Si manifesta in forma subdola ed è basata su dinamiche comunicative finalizzate alla continua svalorizzazione, all’isolamento, alla limitazione della libertà professionale e decisionale dell’altro», dice la Vitone. «La donna vittima di violenza - sottolinea ancora - sviluppa gravi problemi psicologici come insicurezza, perdita dell’autostima, depressione, “dissociazione” come meccanismo di difesa, fino ad avere idee suicidarie».

La violenza di genere spesso coinvolge i figli diventando «violenza assistita». «Assistere ai maltrattamenti - afferma la vicepresidente degli psicologi pugliesi -, alla sopraffazione di un genitore sull’altro, percepire il clima di tensione e l’angoscia delle madri può arrecare gravi danni psicologici ai minori che spesso fanno da “scu-

do” al genitore maltrattato. La violenza assistita, inoltre, comporta l’apprendimento di tali comportamenti, la tendenza ad interiorizzare i modelli genitoriali con la conseguente identificazione con il maltrattante e a sviluppare la convinzione che la donna è vittima e che l’uomo è legittimato all’uso della forza».

Per gli psicologi pugliesi, la violenza di genere va combattuta in una chiave di prevenzione primaria, a li-

Vitone - che la donna sia educata a non inibire la propria forza intesa come affermazione di sé nel mondo esterno e che all’uomo non venga negata l’espressione della tenerezza, delle emozioni positive, della fragilità e dei bisogni profondi. L’integrazione tra i due aspetti permette un sano processo di mentalizzazione, intesa come capacità di autoregolazione, evitando il passaggio all’atto; al contrario, la forza in assenza



vello culturale, attraverso la diffusione dell’educazione al rispetto ed alla non violenza, al superamento della scissione tra i ruoli di genere. Il contrasto del fenomeno della violenza non può prescindere da un profondo cambiamento dei modelli di espressione dell’aggressività, ancora rigidi nei due sessi.

«È necessario - conclude la

della tenerezza spesso si traduce in violenza e aggressività. Solo il superamento della paura dei cambiamenti sociali, dell’evoluzione della famiglia e soprattutto del confronto costruttivo tra l’uomo e la donna potrà comportare una reale riduzione della violenza di genere e rendere i bambini di oggi gli adulti sani di domani».

“Quando la parola cura attraverso la relazione ed il tenero animo umano, nascosto tra le rocce, viene portato alla luce da un delicato e dedicato lavoro di esplorazione dello psicoterapeuta/ speleologo”

Poesia dedicata alla professione di psicoterapeuta

Si nutre di lacrime, non ha mai fame, mangia ricordi frullati di pensieri

La passione per te

Gente come noi
che ama la gente
anzi l'adora
da tuffarsi nei dolori dell'anima
nei conflitti, tra spigolosi traumi
può esserci masochismo
o è amore
abbracciare le croci altrui
c'è una dedizione per l'uomo
come uno speleologo
per le profondità
ma se lo fai come tecnico
sei molto lontano
come uomo
sei molto vicino
vulnerabile equilibrio professionale
equilibrista sul filo della parola
del gesto, delle sensazioni e delle emozioni
quando le accogli
ti commuovi, ti coinvolgi, piangi, ridi
se le senti senza partecipare
come puoi capirle
sei da solo,
se non ti accompagna e non dice
e quando entri
rischi di legarti al suo dolore
a chi era un tempo
e tu invece la vedi proiettata nel futuro
più forte di oggi
perché se vuole
saprai come sciogliere i suoi nodi
ma resiste,
il suo dolore la coccola
si nutre di lacrime
non ha mai fame
mangia ricordi
frullati di pensieri
flussi di parole tutte uguali
a volte la strattoni
le vorresti far provare
il tuo slancio per la vita
e ti prende dentro e ti tocca oltre
arpeggia l'anima
suona una musica nota
la osservi
e ti guardi allo specchio

per quante cose simili
hai curato e sofferto
la vedi lontano
come brillerebbe
tu sai cosa dire, come fare, dove andare
ma la senti lontana da se
allora vorresti fonderli
confonderli
coinvolgerli
da strapparla dal buio
quale elevata partecipazione
per poter cambiare
ti senti padrone di mille risposte
e lavori come un chirurgo
per intercettare
il suo nervo affogato
la sua parte forte
ma non puoi farci nulla
se non lo vuole e non dice
allora puoi farti male
afferrandola con forza
perché non ceda al baratro
e ti fa male
vederla venire e allontanare
è un rischio tutto da correre
salvarle la vita
la vorresti amare,
odiare, graffiare,
per farla svegliare,
per farla arrabbiare
per farla reagire
come ami la vita
tuffandoti dentro
per portarla fuori
delicatamente da non farle male
petali confusi tra le spine
fedele al buio
ma turbata dalle emozioni
potresti diventare suo rivale
se le cambi la vita
se non comprende
che l'adori così com'è
bella così com'è
e non vorresti cambiare nulla di sé
se non togliere il pianto
e farla tornare alla vita
che splende

Dr. Giorgio Burdi

Titolo: **Capitale relazionale e creatività in azienda**

Autore: **Laura Conte psicologa, psicoterapeuta in formazione**

Anno: **2014**

Pagine: **175**

Prezzo: **€ 22,00**

“L’uomo non è una sostanza, ma una fitta trama di rapporti e di relazioni”

M. Buber

Il tema trattato nel libro trova interesse nell’ambito della psicologia applicata al mondo del lavoro. L’orientamento seguito è stato quello studiare la qualità delle dinamiche relazionali in azienda e, in caso di qualità negativa, porvi rimedio. Le tipologie di relazioni tra colleghi e soprattutto tra responsabili e collaboratori sono fondamentali per il benessere organizzativo dei singoli lavoratori e della capacità che hanno le organizzazioni di innovare e di affrontare il cambiamento.

L’obiettivo del libro è articolato:

- dare una definizione empirica di come la fonte della creatività non è

il singolo individuo che opera in un settore, ma la/le relazioni fra due o più individui che operano sullo stesso tema;

- individuare le caratteristiche disfunzionali degli individui che rendono le relazioni interpersonali povere e metifiche con un impoverimento del patrimonio culturale dell’ambiente
- sottolineare la differenza tra relazioni simmetriche in cui i protagonisti si vivono allo stesso livello e relazioni asimmetriche in cui uno dei componenti occupa una posizione gerarchica superiore agli altri.

Il capitale relazionale è l’insieme delle relazioni interpersonali potenzianti tra i membri del gruppo di lavoro e con il loro leader. *Una dinamica relazionale è potenziante quando, grazie al confronto tra le persone,*

si generano piani di azione, idee e soluzioni «innovative» non contemplate prima dagli individui protagonisti dei processi comunicativi. Inoltre la qualità di una dinamica interpersonale potenziante è riscontrabile anche dal senso di benessere psicologico e di soddisfazione professionale che provano coloro che si confrontano. Insomma se la relazione che unisce due o più individui è potenziante il senso di benessere che ne deriva nutre i protagonisti.

Nella dinamica relazionale potenziante si sviluppa uno spazio relazionale condiviso in cui l’altro esiste,



esprime idee e bisogni indipendentemente dalla volontà egoistica di ciascuno. Nello stesso tempo ciascuno in questo spazio relazionale propone la propria volontà egoistica, cioè desidera che siano realizzati i propri desideri e soddisfatti i propri bisogni grazie al supporto dell'altro. L'esperienza relazionale ha quindi la caratteristica di entrambe le forme di realtà, la realtà individuale che ciascun membro porta nella relazione e dalla quale «esige qualcosa» e una realtà intersoggettiva condivisa, da cui nasce qualcosa di utile per entrambi.

Questo processo permette lo sviluppo della capacità di vivere nella realtà intersoggettiva riuscendo però a conservare il nucleo dell'onnipotenza infantile soggettiva (Winnicott, 2005) (illusione di poter manipolare l'ambiente a proprio piacimento), che permetterà l'espressione dell'originalità e della passione nell'individuo adulto. Per Winnicott, infatti, l'esperienza relazionale intersoggettiva trova le basi psicologiche nella relazione con la madre, la quale costruisce, con il bambino che cresce, uno spazio relazionale in cui coesiste sia la realtà interna di entrambi (esigenze personali) sia la realtà esterna (esigenze dell'altro) (*ibidem*). Già da allora il cucciolo dell'uomo scopre che la madre non è più disponibile a esaudire ogni suo desiderio automaticamente. Attraverso il gioco, le figure di accudimento, infatti, propongono una serie di negoziazioni tra i desideri del bambino e i propri. Il gioco tra figure di accudimento e il bambino Winnicott lo ha chiamato spazio transizionale, spazio in cui si transita da un individuo all'altro. Per questo motivo, Winnicott assimila le «esperienze culturali» umane alle esperienze transizionali dell'infanzia. Cultura come «insieme di conoscenze che concorrono a formare la personalità e ad affinare le capacità ragionate di un individuo» (Sabatini Coletti, dizionario).

In ogni caso, lo spazio transizionale non è solo una fase evolutiva dello sviluppo psicologico del bambino, è soprattutto lo *spazio potenziale* tra individuo e ambiente. Nello spazio potenziale si modella, in «tutte le età successive dell'uomo» ogni forma di processo mentale creativo, che permette di sviluppare, nell'incontro con l'altro, l'autonomia riflessiva personale e di cogliere l'opportunità di mettere a frutto la propria passione e creatività senza strumentalizzazione dell'altro, ma tenendo conto della presenza dell'altro. Preservare lo spazio relazionale potenziale è importante affinché l'individuo manifesti nel gruppo di lavoro tutto il suo potenziale creativo, necessario per perseguire l'obiettivo. *La forza della dinamica relazionale potenziante è quella dunque di liberare i potenziali creativi di ciascuno, la passione e la determinazione di ciascun membro moltiplicandola con quella di tutti. L'innovazione e il cambiamento nelle organizzazioni sono la conseguenza di potenziale creativo canalizzato poi in progetti e azioni concrete.*

Nella prima parte del libro “L'uomo e l'azienda” l'autrice dà spazio alla riflessione sul tipo di legame psicologico che unisce l'uomo di oggi al mondo del lavoro, o meglio al gruppo di lavoro di cui fa parte.

Abitare il lavoro è un'espressione metaforica con cui si vuole descrivere l'esperienza lavorativa come lavoro all'interno del quale la persona vive tutto il suo bagaglio di esperienze di vita personale e professionale che concorrono ad arricchire o a impoverire la Rappresentazione del proprio Sé. Gli eventi di vita che toccano le corde del proprio sé psicologico sono quelli in cui la persona vive un'esperienza di profondo coinvolgimento emotivo e mentale per cui si tratta di esperienze che incidono profondamente sul Sé psicologico. Il lavoro è qui inteso come

un susseguirsi continuo di esperienze lavorative in cui le persone vivono un profondo legame psicologico. Nel capitolo l'autrice descrive due tipologie di legame: legame di rispecchiamento (legame improntato sul bisogno di riconoscimento che ci si aspetta dall'ambiente) e legame di attaccamento (legame improntato sul bisogno di appartenere, di far parte di una squadra). I due tipi di legame sono presenti entrambi ma in rapporto differente tra le varie persone.

Luigi Pagliarani (Pagliarani, 1975) definisce il lavoro come «momento di connessione tra mondo interno e mondo esterno attraverso la mediazione del principio di realtà». Per alcuni lavorare è un'esperienza di vita attraverso il quale trovano soddisfazione i bisogni motivazionali come la crescita professionale e la realizzazione delle proprie «vocazioni» professionali strettamente connesse con la realizzazione del proprio Sé. Per altri individui il lavoro soddisfa bisogni di affiliazione e appartenenza al gruppo, sentimenti di appartenenza anch'esse connesse con la realizzazione del proprio Sé.

Murray (Murray, 1938), psicologo statunitense, fu il primo a definire la motivazione dell'individuo come elemento della personalità.

Quali sono i bisogni psicologici profondi dell'individuo? McClelland (McClelland, 1985), riprendendo il lavoro di Murray, individua tre grandi categorie di bisogni che alimentano la motivazione al lavoro: alcune persone sono motivate maggiormente dal soddisfacimento del loro bisogno di potere e ricerca di status sociale, altre trovano motivazione nel soddisfare maggiormente il bisogno di affiliazione e appartenenza, altre ancora nel lavoro trovano stimolante soddisfare maggiormente il bisogno di successo. Il *bisogno di potere* si esprime nel bisogno di influenzare e dirigere gli altri, colui che è maggiormente motivato dal bisogno di

potere preferisce conseguire posizioni sociali prestigiose. Il *bisogno di affiliazione* si esprime nella ricerca di rapporti interpersonali positivi, e le persone con intenso bisogno di affiliazione esprimono particolare attenzione alle interazioni personali. Il *bisogno di successo* si esprime nella gestione di compiti complessi e incarichi molto competitivi, le persone con maggiore bisogno di successo amano chiudere gli incarichi al massimo delle possibilità, desiderano ricevere feedback positivi e amano incarichi professionali ad un rischio calcolato alle loro possibilità.

Laddove l'ambiente lavorativo non voglia o non sia in grado di soddisfare questi bisogni motivazionale gli individui tentano manovre relazionali di negoziazione per la conquista delle proprie aspettative motivazionali. Per esempio se il gruppo non riconosce il valore o il contributo dato, l'individuo attiva strategie comunicative o organizzative per ottenere questo riconoscimento senza distruggere la positività del confronto e quindi della relazione. In alcuni casi però, alcuni individui adottano comportamenti «predatori», ossia attivano comportamenti finalizzati ad ottenere il riconoscimento del proprio valore a scapito di quello dell'interlocutore o di altri colleghi.

La seconda parte del libro è dedicata alla Relazione.

Il confronto con gli altri è il momento in cui il proprio punto di vista, il proprio sentimento e le proprie emozioni entrano in rapporto con quelli di una o più persone, individui con pensieri, sentimenti ed emozioni differenti. Il confronto tra due mondi interiori non è mai privo di tensione. Winnicott descrive così il problema essenziale dell'essere umano: «Nessun essere umano è libero dalla tensione di mettere in rapporto la realtà interna con la realtà esterna, e il sollievo da

questa tensione è generata da un'area intermedia di esperienza che non viene messa in dubbio» (Winnicott, 2005). In tale tensione, nei due casi estremi, se si dà troppo spazio alla propria realtà interna (visione e bisogni personali) ritirandosi dal confronto sociale si rischia un impoverimento dello spirito creativo intrappolato in uno stile arrogante e saccente. Al contrario se si dà troppo spazio alla realtà esterna (visione e bisogni dell'altro o dell'organizzazione) si rischia un impoverimento dello spirito creativo soffocato dalla compiacenza verso gli altri e accettazione passiva dei limiti che la realtà impone.

Lo spazio relazionale non appartiene al mondo interno delle persone che vi partecipano, se così fosse saremmo in presenza di un Sé onnipotente, cioè di un individuo che pretende di controllare i punti di vista, i bisogni e le percezioni degli altri. Questo spazio relazionale non è uno spazio completamente esterno alle persone che sono in relazione, se così fosse saremmo in presenza di un Sé impotente cioè senza nessun anelito a «prendersi» ciò di cui ha bisogno. È uno spazio intermedio in cui coesiste la spinta creativa a cambiare le cose e la consapevolezza dei limiti proposti dall'altro.

Se durante uno scambio comunicativo uno dei due soggetti «pretende» che l'altro risponda esattamente a determinate aspettative, faccia determinate cose proprio come lui se le aspettava, sta vivendo lo spazio relazionale in termini soggettivi (onnipotenti), cioè ha invaso questo spazio comune con il suo modo di vedere e di pensare, senza lasciare possibilità all'altro di proporsi con le sue percezioni e le sue idee. Fra persone che collaborano e sono reciprocamente vincolate da un'attività comune si crea uno spazio che non è organizzabile o pensabile esattamente secondo i livelli di percezione soggettivi, in quanto è un'area che appartiene anche all'altro, nella quale l'altro ci mette il suo modo

di intervenire e di agire. Solo chi si trova in una condizione di illusione di onnipotenza, senza saperlo, dirige risorse motivazionali a imporre punti di vista univoci che non sortiscono alcuna esperienza creativa, ma generano solo demotivazione.

Nello spazio relazionale vale la regola del «qui ed ora» (capacità di seguire l'evoluzione del confronto così come accade). Quando qualcosa è diverso da quello che ci si aspetta si scopre la distanza tra se stessi e l'ambiente, la diversità tra se stessi e gli altri. Queste sono occasioni di crescita perché esperienze di adattamento creativo all'ambiente relazionale stimolano la scoperta di nuove modalità con cui realizzare i propri bisogni e desideri. La discrepanza tra sé e gli altri è occasione di esplorazione di risorse motivazionali ancora inesplorate.

Per l'adulto maturo, i sentimenti di sicurezza e di benessere possono essere sentimenti conquistati grazie alla condivisione di obiettivi e di interessi con l'altro, anziché essere ottenuti attraverso l'illusione che gli altri aderiscano totalmente alle proprie argomentazioni, come, a volte, per i bambini molto piccoli che pretendono dai genitori il soddisfacimento di ogni loro desiderio. Questa è la dinamica da gestire istante per istante, nel qui e ora, per tutta la vita. L'esperienza relazionale contiene l'io e il tu, ha la caratteristica di entrambe le forme di realtà: quella che io vorrei e quella che, invece, è.

Nelle relazioni felici due realtà diverse si incontrano, hanno la «capacità di chiedere» quanto occorre per soddisfare un particolare bisogno motivazionale, è allenata la capacità di ascoltare le esigenze dell'altro; due realtà diverse hanno la capacità di prendere e dare l'uno all'altro. Il gioco del dare e del prendere, del chiedere e ricevere rende l'esperienza relazionale uno spazio sicuro in cui si annulla la pretesa che l'altro sia diverso da come è, per corrispondere a qualche altra imma-

gine. Allo stesso tempo si conquistano condivisioni, conferme e approvazioni. L'evento relazionale è creativo quanto si scopre nel mondo dell'altro ciò che per noi è utile, speciale, importante, sapendo tollerare e accettare altri aspetti che per noi sono spiacevoli, inutili o non condivisibili. Il limite massimo di tolleranza rispetto alla possibilità di contemplare ciò che è diverso dalle aspettative è stabilito dalla Rappresentazione di Sé di ciascun individuo. La *Rappresentazione di Sé* è un concetto complesso, è l'immagine che l'individuo vive di se stesso: ciò che pensa di Sé in quella circostanza, come vive Se stesso rispetto al contesto, ciò che prova per se stesso. Se all'interno dello spazio relazionale si oltrepassano limiti «ecologici», allora è possibile che lo spazio relazionale si svuoti e la relazione di impoverisca sino a morire. Ispirandoci al pensiero di Bateson (Bateson, 1977) il limite ecologico è quello che garantisce la sopravvivenza del sistema relazionale, per cui la tolleranza verso l'accettazione di Sé e degli Altri ha come limite il benessere di Sé, dell'altro e dello spazio relazionale.

Non tutti gli ambienti si trasformano in spazi relazionali creativi. Il contesto lavorativo, il tipo di lavoro, l'ambiente sociale, le dinamiche interpersonali con i capi e i colleghi diventano occasione di espressione creativa e riflessione elaborativa solo se si trasformano in spazi relazionali «importanti e sicuri» in cui ognuno vive con l'altro i suoi e altrui bisogni, desideri, visioni del mondo, delusioni, ansie e paure senza temere ritorsioni.

Quando lo spazio relazionale non è intriso di fiducia e manca l'esercizio dell'empatia siamo in presenza di spazi relazionali occupati dal Sé di uno dei due membri della relazione.

Quali sono gli elementi che caratterizzano una relazione povera e statica? Durante

le interazioni interpersonali l'emittente (colui che emette il messaggio) esercita una «pressione psicologica» con cui immette nel ricevente (colui che riceve il messaggio) un sentimento particolare. Per esempio può trasferire nel ricevente, attraverso il modo di comunicare, un sentimento di inadeguatezza che a lungo andare può portare il ricevente a convincersi di dire e fare cose inadeguate.

Quali potrebbero essere quindi i segnali della presenza di una certa pressione? Chi riceve questa pressione potrebbe avvertire strano malessere la cui intensità non è giustificata da particolari eventi negativi: un senso di frustrazione o di inadeguatezza «eccessivo» rispetto alle competenze possedute; una particolare *ansia* vissuta nei confronti di una persona del tipo... «forse non avrei dovuto dire così», un intenso *senso di colpa* verso l'altro senza aver commesso azioni negative concrete o realmente così gravi; un *senso di inadeguatezza*; *senso di inferiorità* spesso vissuto come non sentirsi capace di... o non essere all'altezza della situazione... ma senza un reale motivo tecnico; *paura di perdere l'approvazione* dell'altro; *sentimenti di rabbia o di irritazione* che non svaniscono facilmente e invadono altri contesti di vita personale; *processi di ruminazione mentale* (soprattutto notturni) «non voluti, scacciati» ma che ritornano in continuazione. In queste circostanze prevale *inerzia e abbattimento dell'iniziativa* personale rispetto alla realizzazione ed espressione delle proprie idee e delle iniziative, per aderire passivamente alle richieste dell'altro (così da non essere criticato).

Possiamo definire queste relazioni statiche dal punto di vista manifesto, perché non portano a una analisi delle reali problematiche lavorative, e quindi mancano completamente di creatività e spunti di innovazione. Sono relazioni impoverenti perché indeboliscono le rappresentazioni del Sé sia dell'e-

mittente che del ricevente. *Ci sono alcuni indicatori che possono aiutarci a osservare la presenza di dinamiche invischianti e impoverenti.* Durante le interazioni interpersonali possono essere agite «logiche patogene» della comunicazione Sulla scia degli studi di G. Bateson, i ricercatori della scuola di Palo Alto a Stanford hanno individuato tre forme di logica relazionale patogena: *la dequalificazione, la mistificazione e la più nota comunicazione doppio legame.* In funzione di queste logiche patogene è possibile individuare le caratteristiche delle dinamiche relazionali e trovare il modo di uscirne senza restare invischiati.

La terza parte del libro è dedicata alla Leadership.

La leadership è, infatti, una relazione particolare. I soggetti coinvolti nella leadership sono capo-collaboratore, leader (colui che conduce) e follower (colui che segue). I soggetti quindi occupano posizioni di responsabilità asimmetriche in termini di potere (capacità di influenza). Accanto al *potere gerarchico* (possibilità di influenzare le azioni degli altri dando disposizioni) e al *potere organizzativo* (possibilità di influenzare il raggiungimento degli obiettivi orientando le persone), la dinamica relazionale capo-collaboratore impegna i leader nella gestione del *potere relazionale* (capacità di influenzare la qualità della relazione). La qualità relazionale influenza il benessere psicologico delle persone. Esprimere giudizi sul lavoro svolto da un collaboratore, formulare critiche, formulare valutazioni, elaborare consigli sono tutte forme, più o meno manifeste e più o meno funzionali, di gestione della capacità di esercitare un'influenza sull'identità professionale e personale (potere) dell'altro. Intanto il concetto di potere richiama quello di dipendenza, e quando queste due polarità si estremizzano tra i soggetti coinvolti nella

relazione, la gestione del potere e la relativa manifestazione di dipendenza sono disfunzionali allo sviluppo delle individualità professionali. Si perché quando l'asimmetria gerarchica viene vissuta anche come asimmetria nella gestione della dinamica relazionale accade che uno si viva come «adulto» consapevole delle responsabilità che ricadono su di lui e l'altro come «piccolo», cioè con competenze cognitive, emotive e motivazionali ancora in fase di sviluppo. Nella realtà, però, il capo e il collaboratore sono due adulti, per cui *entrambi prima o poi tenderanno verso un'equa distribuzione della responsabilità relazionale e organizzativa.*

Alcuni esempi di relazione capo collaboratore.

Relazioni utilitaristiche: leader «faccio tutto io». Sono capi che vivono i collaboratori come strumenti di lavoro e non come persone per cui gli unici sforzi emotivi che sentono sono i propri... gli altri sono strumenti per devono corrispondere esattamente alla funzione per cui esistono.

Relazioni zerbino-pattumiera: leader «io faccio bene». In queste relazioni il leader appena si verifica una situazione di inefficienza o di errore organizzativo, i leader «io faccio bene» scarica la responsabilità dell'errore sugli altri tramite varie argomentazioni (generiche e decontestualizzate).

Relazioni pollo: leader «ti conosco come le mie tasche». Il leader «ti conosco come le mie tasche» ha la presunzione di rabbonire l'altro con qualche contentino.

Kohut (1977), psicologo tedesco teorico della Psicologia del Sé, dice che il confine tra la «relazione interdipendente» è caratterizzata dall'accettazione delle diversità dell'altro e la «relazione narcisistica» è caratterizzata dall'uso dell'altro per scopi ego-centrici. Stabilire i confini tra relazione interdipendente e narcisistica è molto difficile.

Solo la maturità psicologica guida il leader a districarsi con successo nella dinamica relazionale con gli altri.

Kohut (1977) distingue tre tipologie di approcci alla relazione con l'altro. Per Kohut queste tipologie di relazione si strutturano soprattutto quando con l'altro si sviluppa una forma di legame psicologico (protezione e rispecchiamento).

Quando nella relazione interpersonale il collaboratore è gestito solo per nutrire l'immagine di Sé, più che in funzione della sua identità psicologica e in base a fatti reali e concreti, Kohut lo chiama Oggetto-Sé. Gli Oggetti-Sé (Kohut, 1977) sono persone percepite come «estensioni del proprio Sé» e sono vissuti come prolungamenti psicologici di se stessi. Quindi, più che come persone separate da se stessi, sono gestite come funzioni, cioè servono per soddisfare le proprie mancanze psicologiche, le mancanze nella rappresentazione di Sé: gli altri mi «devono» rimandare quanto io sia bravo e capace, di modo che indirettamente la causa del fallimento è da ricercarsi nel processo di lavoro o nell'ambiente esterno.

Conclusioni

Il supporto della consulenza psicologica individuale e di gruppo ha come finalità quella di ridefinire i confini emozionali tra l'Io e il Tu: la gestione della distanza emotiva dall'altro, riequilibrio del potere psicologico ed empatia. Con la persona abituata a prevaricare occorre supportarla affinché essa lavori sulla propria capacità di stare con le proprie debolezze/paure e difetti senza per questo perdere la Rappresentazione del Sé.

Con la persona abituata a farsi prevaricare occorre supportarla affinché essa lavori sulla propria capacità di no entry, cioè la capacità di viverci appieno e positivamente la propria Rappresentazione di Sé gestendo o bloccando le prevaricazioni dell'altro.

Per chi riceve prevaricazioni e ne subisce gli effetti è molto difficile sviluppare la capacità di no entry perché in qualche modo non distingue più tra ciò che vive lei di se stessa e quello che gli è stato trasferito dal prevaricante.

Bibliografia

- Argyris C. (1990), *Overcoming Organizational Defenses*, Allyn & Bacon, Boston, tr. it. *Superare le difese organizzative*, R. Cortina, Milano, 1993.
- Bandura, A. (2000) *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Centro Sudi Erikson, Trento
- Bateson G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1984), *Mente e natura, un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Benjamin L.S. (1999), *Diagnosi interpersonale e disturbi della personalità*, Las Edizioni, Roma.
- Bion W.R. (1970), «Il pensare: una teoria», in *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma.
- Bion W.R. (1970) *Attenzione e interpretazione*, Armando Editore, Roma.
- Bion W.R. (1996), *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma.
- Bonino S. (1988), *I riti del quotidiano*, Torino, Boringhieri, 1988.
- Bonino S., Giordanengo B. (1993), «L'empatia: condividere, ma non troppo», *Ricerche di Psicologia*, 17, 3, 1993, pp. 101-116.
- Bowlby J. (1999), *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Milano.
- Cocco G. (2001), *Valorizzare il capitale umano d'impresa. Il talento delle persone come competenza distintiva delle imprese*, Etas edizioni, Milano.
- Ekman P. (1989), *I volti della Menzogna*, Giunti, Firenze.
- Ferenczi S. (1989), *Opere*, vol. I, 1908-1912, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Galimberti U. (2001), *Gli equivoci dell'anima*, Feltrinelli, Milano.
- Goleman D. (1997), *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.
- Goleman D., Boyatzis R. (2004), *Essere leader*, Rizzoli, Milano.
- Grinberg L. (1990), *Colpa e depressione*, Astrolabio, Roma.
- Grotstein J.S. (1983), *Scissione e identificazione*

- proiettiva, Astrolabio, Roma.
- Hatfield E., Cacioppo J., Rapson R. (1997) *Il contagio emotivo*, San Paolo Edizioni.
- Heimann P. (1950), «On counter-trasferenze», *Int. J. Psycho-anal.*, 31-81. Trad. it. «Sul controtransfert», in Albarella C., Donadio M. (a cura di), *Il controtransfert*, Liguori, Napoli 1986.
- Kaneklin C., Scaratti G. (1998), *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kernberg O.F. (1980), *Teoria della relazione oggettiva e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kets de Vries M.F.R. (1994), *Leader giullari, impostori*, Raffaello Cortina, Milano (1994).
- Kets de Vries M.F.R. (2010), *Figure di leader. Le sfide della leadership nei cambiamenti della vita organizzativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kets de Vries M.F.R., Miller D. (1992), *L'organizzazione Nevrotica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kohut H. (1977), *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kohut H. (1982), *La Ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Horney K. (2012), *I nostri conflitti interni*, Giunti, Firenze.
- Luft J. (1985), *Dinamica delle relazioni interpersonali. La finestra di Johari*, ISEDI, Torino.
- Jaspers K. (2006), *La filosofia dell'esistenza*, Laterza, Roma-Bari.
- Mintzberg H. (1966), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- Morgan G. (2002), *Image. Le metafore dell'Organizzazione*, Franco Angeli, Milano.
- Morris D. (1967), *La scimmia nuda. Studio zoologico sull'animale uomo*, Bompiani (ristampa 2003), Milano.
- Ogden T.H. (1994), *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Astrolabio, Roma.
- Spencer L.M., Spencer S.M. (2003), *Competenze al lavoro. Per una performance superiore*, Franco Angeli, Milano.
- Pagliarani L. (1975), «Il Lavoro come momento di connessione tra mondo interno e mondo esterno attraverso la mediazione del principio di realtà», in Forti D., Varchetta G., *L'approccio psicosocioanalitico allo sviluppo delle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano 2001.
- Quaglino G.P. (1999) (a cura di), *Leadership*, Raffaello Cortina, Milano.
- Racamier P.C. (1993), *Il genio delle origini*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rogers C.R. (1970), *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze.
- Schein E.H. (1990), *Cultura d'azienda e leadership. Una prospettiva dinamica*, Guerini e Associati, Milano.
- Schein E.H. (2000), *Culture d'impresa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Speziale Bagliacca R. (1997), *Colpa. Considerazioni su Rimorso, Vendetta e Responsabilità*, Astrolabio, Roma.
- Stein N.L., Oatley K. (1992), Special issue: «Basic emotions», *Cognition and Emotion*, 6, pp. 161-319 in Hatfield E., Cacioppo J.L., Rapson R.L. (1993), «Emotional contagion», *Current Directions in Psychological Sciences*, 2, pp. 96-99.
- Stern D.N. (2011), *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma.
- Weber M. (1999), *Economia e società. Teoria delle categorie sociologiche*, Einaudi, Torino.
- Winnicott D.W. (1988), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.
- Winnicott D.W. (2005), *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*, Ed. Magi, Roma.
- Winnicott D.W. (2006), *Gioco e Realtà*, Armando Editore, Roma.
- Wolman B.B. (1976), *Uno studio sulla schizofrenia infantile*, Astrolabio, Roma.
- Wolman B.B. (1993), *Le dinamiche della personalità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Wick K.E. (1997), *Senso e significato nell'organizzazione. Alla ricerca delle ambiguità e delle contraddizioni nei processi organizzativi*, Raffaello Cortina, Milano.

Titolo: Il disturbo da accumulo

Autore: Claudia Perdighe e Francesco Mancini

Anno: 2015

**Recensione di
Laura Rigobello e Sara Bernardelli**

“Quando accumulare diventa un ossessione e una compulsione”

Il comportamento di accumulo compare per la prima volta nel 1980 nella terza edizione del DSM tra i criteri diagnostici del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità e resta così nelle successive edizioni (DSM-III-TR, DSM-IV e DSM-IV-TR), con la specifica, nel DSM-IV di considerare la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo in Asse I quando l'accumulo diventa una condotta particolarmente grave. Nel 2013 con l'uscita del DSM-5 viene riconosciuto come disturbo mentale autonomo e diviene una entità nosografica a se stante classificata tra i disturbi correlati al disturbo ossessivo compulsivo. La crescente attenzione rivolta a questo disturbo porta i clinici e la ricerca ad approfondire scopi, motivazioni, credenze e fattori che influenzano la genesi, l'esordio ed il mantenimento di tale condotta. La caratteristica essenziale è la persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni, a prescindere dal loro valore reale, questa difficoltà è legata ad un bisogno percepito di conservare gli oggetti e al disagio associato a buttarli via. La conseguenza della difficoltà di liberarsi dai propri beni produce un accumulo che congestiona gli spazi vitali fino a compromettere il funzionamento del sogget-



to in ambito sociale, lavorativo e la sicurezza dell'ambiente in cui vive con un disagio clinicamente significativo. È un disturbo cronico, molto più comune di quanto si immagini (Gilliam, Tolin, 2010) ed oltre ad avere un forte impatto sull'individuo che ne è affetto le evidenze dimostrano che rappresenta un serio problema per la salute pubblica, in termini di occupazione, spesa sanitaria e utilizzo dei servizi pubblici (Tolin, Frost, Steketee, Gray et al., 2008).

Perdighe e Mancini (2015) autori del primo contributo italiano sull'argomento offro-

no nel loro testo la possibilità di esplorare questo disturbo nella sua completezza mettendone in luce le evidenze e i dati della ricerca insieme alle criticità ed i limiti con cui ricercatori e clinici si devono confrontare. Il testo si rivolge a professionisti del settore, psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri, medici, ma non solo, a tutti coloro che desiderano approfondire e comprendere meglio questo disturbo. L'intento è di raccogliere in una sorta di revisione sistematica lo

stato dell'arte dell'argomento e di mettere in luce aspetti del funzionamento mentale degli accumulatori e linee guida per il trattamento senza tralasciare aree ancora da indagare ed esplorare per sviluppi futuri.

I primi due capitoli del volume sono dedicati alle manifestazioni cliniche e al rapporto che gli individui hanno con le cose. Nel primo capitolo si “scende in campo”, l'autrice Perdighe presenta un caso clinico e permette al lettore di cogliere gli aspetti peculiari del disturbo. Nel secondo capitolo si affronta, anche attraverso i contributi della filosofia, il rapporto che gli individui hanno con gli oggetti. Le domande a cui si tenta di dare una risposta riguardano la relazione che c'è tra le cose che ci apparten-

gono e la propria identità ed il significato di certi oggetti nella vita delle persone. Nei capitoli centrali, dal terzo al settimo, gli autori affrontano i temi cruciali della diagnosi, l'assessment, il funzionamento (motivazioni e processi nell'accumulatore), il trattamento e non ultima di importanza la visita domiciliare. Questo potrebbe sembrare un elemento di novità rispetto alla classica prassi clinica che vede il terapeuta nel suo studio, ma fare una valutazione "sul campo" è un passo da non sottovalutare per impostare la strategia terapeutica individualizzata e per capire quanto il disturbo compromette il quotidiano utilizzo dell'ambiente domestico. Un altro elemento importante tra gli aspetti peculiari del disturbo di accumulo è quello del perfezionismo o della cosiddetta Not just Right Experience, la sensazione, cioè, che le cose non siano del tutto a posto. Una parte interessante è rappresentata dalle motivazioni che spingono le persone ad accumulare: attaccamento emotivo, tendenza a vedere una speciale opportunità o utilità potenziale in ogni oggetto, motivazione legata al desiderio di preservare il tempo e controllo. Tutti questi aspetti conducono il lettore alla concettualizzazione del caso e permettono di individuare i fattori di rischio nella vita del paziente che lo rendono più vulnerabile allo sviluppo di tale condotta. Tra questi sono stati individuati la presenza di attaccamenti insicuro-ansiosi e insicuro-evitanti e la presenza di relazioni interpersonali problematiche insieme ad esperienze di tipo traumatico. Altri importanti fattori di vulnerabilità sembrano essere l'idea di sentirsi indegni, non amabili e impotenti, la deprivazione emotiva e variabili culturali ed economiche e, infine, l'Anxiety Sensitivity. La parte centrale del testo è densa e ricca di aspetti fondamentali per la comprensione, valutazione e impostazione del percorso psicoterapeutico. Gli autori presentano il protocollo cognitivo comportamentale in tutte le sue sfumature dall'as-

essment, psicoeducazione, agli interventi focalizzati sulla motivazione al trattamento e l'esposizione con prevenzione della risposta. Una parte approfondisce le somiglianze e le diversità con il Disturbo Ossessivo Compulsivo con alcune indicazioni per una corretta diagnosi differenziale. Infine una particolare attenzione viene dedicata al DA in età evolutiva, all'accumulo di animali e lo shopping compulsivo. Questo libro è interessante poiché pone attenzione ad un disturbo che, secondo i dati, è in aumento, sebbene rimanga spesso nell'ombra e di difficile cura. Descrive in modo chiaro quali siano i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento del disturbo, fornendo una cornice di riferimento chiara per il lettore e spiegando quali possono essere gli strumenti ad oggi disponibili per la cura. È sicuramente apprezzabile l'operazione culturale compiuta dagli autori che hanno il merito di inquadrare il disturbo da accumulo all'interno della cornice teorica del cognitivismo clinico italiano. L'argomento rimane da approfondire ed esplorare al fine di portare contributi sempre più significativi per la raccolta di evidenze sull'efficacia del trattamento cognitivo comportamentale che risulta già dalle ricerche condotte essere il modello d'elezione (Tolin, Forst, Steketee & Muroff, 2015).

Bibliografia

- Gilliam CM, Tolin D.F., (2010). Compulsive hoarding. *Bull Menninger Clin.* 2010 Spring; 74(2): 93-121.
- Perdighe C. e Mancini F, a cura di (2015). *Il disturbo da Accumulo.* Raffaello Cortina Editore.
- Tolin D.F., Frost, R.O., Steketee G., Fitch, K.E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. In *Behavior Research and Therapy*, 46, pp. 334-344.
- Tolin D.F., Randy O. Frost, Gail Steketee and Jordana Muroff, (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Hoarding Disorder: a meta-analysis. *Depression and Anxiety* 32:158-166 Wiley Periodicals.

Titolo: **Il Custode d'Anime**

Autore: **Rocco L. Gliro**

Anno: **2015**

“Il Custode d'Anime” è una storia tra la realtà e il sogno, tra la speranza e l'inevitabile. Parla di morte ma soprattutto di vita.

Il protagonista, se così si può chiamare, è il custode notturno di questo gran bel cimitero. È lui che racconta le storie, ascoltate direttamente dai defunti. La particolarità di questo cimitero è che i cari defunti sono stipati in cassette e non in loculi, come se fossero dei documenti dai quali apprendere molto per cercare di vivere meglio. Inoltre, il cimitero ha le sue leggi e tutti sono tenuti a rispettarle, la mattina i defunti escono dal cimitero e si dirigono verso casa, quella che è stata la loro casa prima di morire, per andare a trovare i propri cari viventi. Questo comportamento è motivato da ciò che i defunti devono ancora fare per i loro cari. Perciò, il racconto fatto dal custode, in maniera dolce e sensibile, spazia da ciò che succede direttamente nel cimitero, a quello che succede fuori, e soprattutto a ciò che è successo in passato.

Le storie si alternano secondo numerazioni casuali, ma nullo è dovuto al caso,

poiché ogni parola riveste un profondo significato da scoprire, come l'epilogo che è posto all'inizio e il prologo alla fine. Tutto per il custode ha un senso, perché lui è lì per trovare “il suo di senso”, raccontando la propria storia.

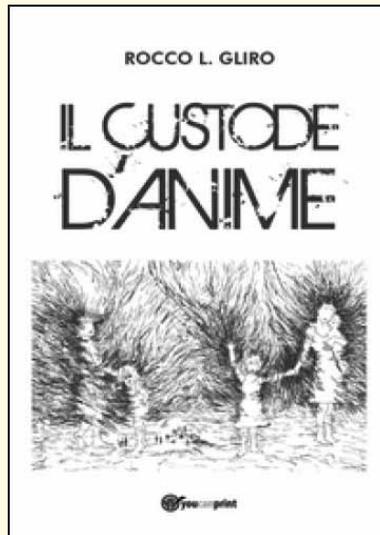
BIOGRAFIA DELL'AUTORE

Rocco L. Gliro è nato a Matera il 4 settembre del 1969. Dopo aver frequentato l'università a Roma, laureandosi in psicologia, si è specializzato in ipnosi e psicoterapia. Si occupa di formazione in ambito psicologico e svolge l'attività privata di Psicoterapeuta, concentrando il suo lavoro sullo sviluppo e la crescita della personalità.

Il suo sogno è stato sempre quello scrivere e l'ha realizzato scrivendo “*Il Domandaio*”, un testo dedicato ai bambini e

al mondo incantato dei perché, ma rivolto al mondo degli adulti, sempre più sordo e arido di risposte adeguate.

In seguito ha pubblicato “*Viaggio verso l'Anima, Messaggi di un Conduttore d'Anime*”, nato dall'esigenza di comunicare in maniera semplice ma efficace per raggiungere l'essenza delle persone e permetterne la piena realizzazione, un vademecum per l'auto-consapevolezza e per il proprio benessere. *Il Custode d'Anime*, l'ultima opera nata dalla sua penna anarchica, è un testo tutto da scoprire.



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:** [ordinepsicologiregionepuglia](https://www.skype.com/join/ordinepsicologiregionepuglia)

N° totale degli iscritti alla sez. A al 01/11/2015: 4.463

N° totale degli iscritti alla sez. B al 01/11/2015: 11

N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 1954

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 Emma Francavilla
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. Gianluca Orlandi

Riceve il lunedì, dalle 10 alle 12.

Consulenza legale

Avv. Francesco Mascoli

Riceve il lunedì, dalle 15 alle 17.

E' possibile concordare un appuntamento mediante la Segreteria dell'Ordine o, in alternativa, telefonando al 3683204661.

I Consulenti ricevono gli iscritti presso la sede del Consiglio Regionale, in via F.lli Sorrentino n.6, Bari.

SERVIZIO DI CONSULENZA VIA SKYPE!

L'Ordine mette a disposizione il nuovo servizio di consulenza a distanza! Per fissare l'appuntamento via Skype è necessario inviare normale richiesta (via mail o telefono) presso la Segreteria dell'Ordine, specificando che si intende utilizzare la Consulenza via Skype ed inviando il nome dell'account Skype che si utilizzerà per il colloquio.

In risposta verrà fissato l'appuntamento e contestualmente verranno inviati i riferimenti dell'account del Consulente col quale mettervi in contatto il giorno dell'incontro.

E' consigliabile una connessione stabile per

garantire un buon funzionamento del servizio.

In caso di malfunzionamenti tecnici dovuti all'iscritto, il colloquio proseguirà per via telefonica.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi.

Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE: Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione. Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in originale bisogna allegare:

- 90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta

prioritaria) in caso di massimo due certificati;

- 2,00 euro in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

E' necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

1. L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abitua-



le domicilio per motivi di lavoro.

2. Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:
 - a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
 - b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente. deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.
3. L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:
 - autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;
 - copia della ricevuta del versamen-

to 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

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 **Emma Francavilla**
emyfranc@virgilio.it
emma.francavilla.822@psypec.it

CONSIGLIERI:

dott.ssa **Paola Annese**
paolaannese83@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. **Andrea Bosco**
a.bosco@psico.uniba.it
andrea.bosco.327@psypec.it

dott. **Antonio Calamo-Specchia**
a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. **Geremia Capriuoli**
capriuoligeremia@gmail.com
geremia.capriuoli.467@psypec.it

dott. **Giuseppe Saracino**
giuseppe.saracino@uniba.it
giuseppe.saracino.066@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.ssa **Emanuela Soleti**
manusoleti@virgilio.it
emanuela.soleti.317@psypec.it

dott.ssa **Maris Yildirim**
marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@psypec.it



Servizio gratuito di PEC
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.ssa Yildirim - dott. Caprioli -
dott.ssa Annese - dott. Frateschi

Stampa: **Tipografia SUMA**

Sammichele di Bari (Ba) - tel. 0808917238
www.tipografiasuma.it

Copertina:
disegno di una utente
della cooperativa C.S.I.S.E.,
Centro Diurno, Triggiano (Ba)



*Il Presidente assieme al Consiglio
dell'Ordine della regione Puglia,
il personale di segreteria
e la redazione
augura a tutti i colleghi*

*Buon
Natale*

e

*Felice
Anno Nuovo*



Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia