

psicopuglia

n. 14 - dicembre 2014

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia



ISSN 2239-401X

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

La

felicità



è



In questo numero

Editoriale del Presidente

- 1 La Puglia e il CNOP: Linee programmatiche del quadriennio 2014-2018
- 2 Lettera del presidente agli iscritti

Iniziativa del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update

- 5 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocinii
- 6 Commissione Tutela della Professione e Contrasto all'Abusivismo
- 8 Commissione Promozione del Benessere
- 9 Commissione Start Up Giovani Psicologi
- 11 Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Ricerche

- 13 Una ricerca esplorativa sulle vittime di mobbing attraverso il Test di Rorschach
- 20 Indagine sul disagio evolutivo in ambito scolastico nel territorio Martina Franca-Crispiano
- 37 Analisi descrittiva di un fenomeno
- 53 Lo psicologo in reparto
- 58 Dipendenza da Internet e qualità delle relazioni interpersonali: uno studio esplorativo con gli "Emerging Adults"

Rassegna e approfondimenti tematici

- 62 Il curatore speciale del minore e i diritti relazionali: la psicologia dell'età evolutiva a sostegno delle linee evolutive della nuova giurisprudenza
- 64 Modello psicoevolutionista d'intervento psicologico sociale
- 69 Children explorer: il web a misura di bambino
- 77 Considerazioni sull'ecosistema umano
- 79 "Il focus psicologico sui modelli di significato"

- 90 L'autore di violenza e i centri di aiuto per uomini maltrattanti
- 94 Le tante facce della violenza di genere
- 101 Le molestie sul luogo di lavoro: dal mobbing allo stalking
- 103 Fattori psicologici nell'infertilità e implicazioni per la psicoterapia
- 117 La violenza domestica: tra diritto, clinica ed intervento

Metodologia del lavoro psicologico

- 123 Uno strumento neuropsicologico affidabile per la diagnosi precoce "The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)"
- 129 Promuovere le competenze socio-emotive nei bambini di scuola primaria: un programma di intervento cognitivo-comportamentale
- 137 Psicologia al servizio dello sport giovanile non agonistico: il progetto "sport di famiglia" presso il C.U.S. Bari
- 144 Il bivio alla radice profonda della salute e del malessere: quello che può portare verso lo stress cronico. Intervento secondo il Modello Funzionale
- 152 Il suicidio in adolescenza: evento imprevedibile?
- 158 Valutazione clinica degli indici psicopatologici per inquadramento diagnostico e interventi appropriati e globali in minore con disabilità intellettiva. Case-report
- 162 Neuropsychological Well-being: l'importanza della prevenzione

Esperienze sul campo

- 168 Intervento di Prevenzione Primaria dei Disturbi dell'Alimentazione promosso dall'Associazione Nutri.Ente

- 171 Gli universi relazionali di Diego Napolitani
- 174 Il supporto psicologico per le vittime del crollo del palazzo a Foggia: l'intervento della Sipem Sos Puglia
- 181 Sotto una buona Stella... Riflessione sulla mission "Stella Orientis" I nostri percorsi riabilitativi possono essere terapeutici?
- 183 SOTTO NUOVA LUCE L'esperienza di un laboratorio di fotografia presso il CSM di Ugento (Le)

Spazio Neolaureati

- 191 Maltrattamento all'infanzia e interventi di comunità: una ricerca empirica
- 201 Supporti tecnologici per promuovere risposte adattive in situazioni di post-coma grave
- 206 Social Dominance Orientation: Aspetti di una ricerca Cross - Nazionale
- 217 Il mobbing coniugale: dal conflitto intrafamiliare alla alienazione genitoriale: due casi a confronto
- 223 Analisi della rappresentazione della relazione coi propri genitori attraverso l'Adult Attachment Interview
- 228 Comunicato stampa
- 229 Ottobre 2014 mese del benessere psicologico in Puglia "Ascoltare, Comprendere, Prendersi cura di Sé: gli psicologi promotori del Benessere"
- 230 La violenza e i servizi socio-sanitari ad un anno dalla morte della dott.ssa Labriola
- 231 Rassegna stampa
- 234 Novità in libreria
- 237 Notizie dalla Segreteria

La Puglia e il CNOP: Linee programmatiche del quadriennio 2014-2018

Antonio Di Gioia

Il Consiglio dell'Ordine della Regione Puglia ha sin dall'inizio avuto un ruolo attivo e fortemente propositivo all'interno del contesto nazionale e la Puglia è stata la prima regione visitata dal neo Presidente dott. Fulvio Giardina dopo il suo insediamento.

Durante l'incontro tenutosi presso la sede del nostro Ordine il 30 luglio scorso, il Presidente del Consiglio Nazionale ha presentato le linee programmatiche nazionali, orientate a rafforzare l'identità e lo sviluppo della professione.

“È prioritario rafforzare il senso dell'identità affinché gli psicologi italiani non smarriscono la loro storia e il loro percorso professionale in sterili e momentanee sottooccupazioni. Pertanto, il primo asse delle linee programmatiche è quello della valorizzazione dell'identità professionale” afferma il Presidente nazionale nel documento programmatico del CNOP per il quadriennio 2014-2018.

Ciò comporta la necessità di ridefinire parte del percorso formativo, a partire dalla programmazione degli accessi ai corsi di laurea in psicologia, per passare al ripristino del corso di laurea quinquennale, nonché alla revisione delle modalità di svolgimento del tirocinio *post lauream* e dell'esame di stato.

“L'identità professionale,

tuttavia, non è sufficiente a contrastare il difficile momento che gli psicologi, e in generale tutti i professionisti, stanno vivendo nel nostro paese. Pertanto, il secondo asse delle linee di programma sarà quello di impegnarci fortemente per lo sviluppo della professione” continua il Dott. Giardina *“Ed è necessario avviare forti azioni di tutela in favore della professione, soprattutto in contrapposizione alle cosiddette nuove professioni afferenti alla legge 4/13, tra cui quella di counsellor, soprattutto al fine di garantire e tutelare la salute dei cittadini.*

Superando l'autoreferenzialità che a volte caratterizza gli ambiti della psicologia, è opportuno una ridefinizione degli atti tipici ed una revisione del Codice Deontologico per renderlo più aderente alle nuove modalità di attuazione della professione.

Vanno ricercati e sviluppati nuovi ambiti applicativi della professione, quale l'intervento nel territorio, per dare risposta alle necessità individuali e sociali che oggi non trovano sostegno nella rete dei servizi assistenziali e sanitari; e l'affiancamento al medico di base per migliorare la qualità dell'intervento messo in atto, mirato anche ad una riduzione della spesa farmaceutica.

I tempi appaiono maturi per proporre una norma che ridefi-

nisca il rapporto tra gli ambiti della scuola e delle agenzie educative con la psicologia, valutando i vari livelli e modalità di intervento a supporto sia degli alunni, sia delle famiglie, sia degli insegnanti.”

Altro ambito nel quale si ritiene necessario intervenire è quello sanitario, in primo luogo per contrastare il continuo impoverimento della figura dello psicologo a cui assistiamo in nome di riasseti e tagli.

Al contrario, in una ottica di appaiamento a quanto previsto negli altri paesi comunitari, bisogna operare in stretta collaborazione con le istituzioni al fine di concretizzare la presenza di psicologi all'interno degli ospedali.

Infine, il Presidente Giardina ha precisato quanto attiene alla organizzazione interna: *“Le linee di programma avranno modo di essere attuate attraverso la cooperazione di tutti i componenti del C.N.O.P. nelle varie articolazioni (Commissioni, Tavoli Tecnici, Gruppi di Lavoro, Incarichi di rappresentanza, ecc.), favorendo la collaborazione di esperti esterni.*

Gli Ordini territoriali di piccole dimensioni devono essere fortemente sostenuti affinché tutti gli ambiti applicativi della professione abbiano un adeguato e corretto riscontro.

La comunicazione avrà una funzione strategica perché i

cittadini, oltre agli iscritti, possano cogliere gli elementi propositivi della professione di psicologo, superando l'inevitabile pregiudizio sociale che nel tempo si è sedimentato. L'Ufficio legale sarà di supporto agli Ordini territoriali per tutti quei pareri ed adempimenti di respiro nazionale.

Verrà ridefinito il sito web, e si prevedono due numeri on line ed uno cartaceo del giornale. Verrà rafforzata la sinergia col

mondo politico (Governo, Camera, Senato, Ministeri, ecc.) al fine di poter adeguatamente sostenere la figura dello psicologo. Sarà profuso da parte degli Uffici ogni sforzo affinché, da un lato ogni cittadino possa cogliere l'attualità della professione di psicologo, e dall'altro ogni iscritto possa percepire un reale sostegno al proprio progetto professionale."

In questa più ampia prospettiva di apertura al confronto tra i

protagonisti della nostra professione, si inserisce la mia nomina a Coordinatore del Tavolo Tecnico nazionale con l'Università, la cui attività è specificamente orientata, in base alle linee programmatiche suesposte, a ridefinire nei prossimi anni il percorso di studio per diventare psicologo, i tirocini post laurea, gli esami di stato e la definizione dei rapporti con le professioni affini.

Lettera del presidente agli iscritti

Gentili colleghe e colleghi, come abbiamo già avuto modo di rendere noto, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha stabilito di investire parte dell'avanzo di amministrazione, 300.000 euro, per istituire 60 borse di studio da 5.000 euro ciascuna da assegnare a psicologi su tutto il territorio italiano per progetti innovativi. I criteri di partecipazione e il relativo bando saranno presto definiti.

La scelta di utilizzare le somme disponibili in questo senso rientra nel programma che il Consiglio intende perseguire nei prossimi anni, volto in particolar modo a valorizzare e incentivare la professione di psicologo, con particolare riguardo ai giovani psicologi.

Di seguito si riporta il comunicato in merito del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

La riunione del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi del 5 e 6 settembre ha rappresentato il passaggio all'azione concreta, un passaggio veloce - già al secondo incontro dopo l'insediamento - che mostra come la nuova gestione del CNOP abbia la ferma intenzione di concentrarsi sulle questioni più attuali e sentite e di diventare un punto di riferimento vicino e tangibile per gli psicologi italiani.

Il principale risultato delle due giornate, in termini di ricadute sul territorio, è stato la definizione dell'utilizzo parziale dell'avanzo di amministrazione, 300.000 euro. Il Consiglio ha deciso di tenere un indirizzo preciso e innovativo: utilizzare questa cifra per assegnare a psicologi in tutta Italia 60 borse di studio, ciascuna da 5000 euro netti, per progetti innovativi. Adesso verrà scritto il bando e a breve sarà possibile parteciparvi.

Con questa azione il CNOP si pone come un motore di sviluppo della professione. Oltre a questo atto, il Consiglio ha avviato discussioni su temi fortemente sentiti e urgenti: la presenza degli psicologi nel Servizio Sanitario Nazionale, la situazione attuale del counseling in Italia, le assicurazioni professionali, la comunicazione presso gli iscritti, la popolazione e la politica. A breve ci saranno azioni forti in queste aree e in tutti gli ambiti in cui sia necessario, per creare una governance nazionale orientata alla tutela e alla creazione di opportunità professionali.

Per quanto riguarda i passaggi tecnici, sono state anche completate le Commissioni - in tempo di record - che possono dunque già cominciare a lavorare a favore degli psicologi.

*Il Presidente
Antonio Di Gioia*

E' indetto pubblico CONCORSO NAZIONALE per l'assegnazione di due borse di studio dell'importo di €3.000,00 ciascuna per un lavoro inedito in materia di NEUROSCIENZE e PSICOLOGIA sul tema: "Malattie neurodegenerative: Aspetti Clinici, Psicologici ed Assistenziali".

I lavori, inediti, devono pervenire in sei copie entro il **31 MARZO 2015** alla Segreteria del Premio Nazionale Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - ONLUS" Piazza Mons. Aurelio Marena, 34 - 70032 Bitonto (Ba)



Basilica Santuario
Santi Medici
Bitonto



Fondazione
"Opera Santi Medici
Cosma e Damiano
- Onlus"



Ordine degli
Psicologi
PUGLIA



Fondazione Nazionale
"Gigi Ghirotti" - Roma

XV PREMIO NAZIONALE DI MEDICINA E PSICOLOGIA SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO BITONTO

È indetto pubblico CONCORSO NAZIONALE per l'assegnazione di due borse di studio dell'importo di € 3.000,00 (€ Tremila/00) ciascuna per un lavoro inedito in materia di NEUROSCIENZE e PSICOLOGIA sul tema:

MALATTIE NEURODEGENERATIVE: ASPETTI CLINICI, PSICOLOGICI ED ASSISTENZIALI

La partecipazione al concorso è riservata:

- ✓ laureati in **Medicina e Chirurgia**
- ✓ laureati in **Psicologia**

che abbiano conseguito il titolo non prima dell'anno accademico 2005/2006. I lavori, inediti, devono pervenire in sei copie entro il **31 MARZO 2015** alla

**Segreteria del Premio Nazionale
Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - ONLUS"
Piazza Mons. Aurelio Marena, 34 - 70032 Bitonto (Ba)**

I lavori, in formato cartaceo e digitale su cd rom, anonimi e contrassegnati da un motto, devono essere chiusi in un plico che dovrà altresì contenere una busta chiusa con all'interno:

- ✓ foglio che riporti il motto e le generalità del candidato;
- ✓ copia del certificato di Laurea e/o attestato del Responsabile del Centro presso cui il lavoro di ricerca è stato eventualmente effettuato;
- ✓ sintesi del lavoro presentato (non più di tre cartelle);
- ✓ curriculum vitae et studiorum del candidato;
- ✓ dichiarazione del consenso del trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196 del 2003.

Il giudizio della Commissione esaminatrice, composta da rappresentanti della scienza medica, nominata e presieduta dall'Arcivescovo di Bari-Bitonto, è insindacabile.

Il Premio Nazionale Santi Medici sarà consegnato nel mese di Maggio 2015

Bitonto, 19 ottobre 2014

Il Presidente
della Fondazione

Sac. Francesco Savino

Il Presidente
del Premio

+ Francesco Caucci
Arcivescovo di Bari-Bitonto

Il Presidente Ordine
Psicologi - Puglia

Dott. Antonio Di Gioia

Il Presidente esecutivo
Fondazione Ghirotti

Prof. Numa Cellini

Il Segretario generale
del Premio

Dott. Sandro Carbone

Per eventuali chiarimenti ed informazioni:

Segreteria Generale del Premio

Fondazione Opera Santi Medici Cosma e Damiano Bitonto - ONLUS

Piazza Mons. Aurelio Marena, 34 - 70032 Bitonto (Ba)

Tel. 0803715025 - Fax. 0803757470

siteo web: www.santimedici.org - e-mail: fondazione@santimedici.org

Commissione di Etica e Deontologia

Coordinatore: Geremia Capriuoli

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

La Commissione di Etica e Deontologia è una commissione permanente istituita con deliberazione del Consiglio dell'Ordine, che opera con funzioni istruttorie e consultive all'interno del consiglio stesso, facendosi carico di tutti gli aspetti relativi alla tutela della professione, della categoria, dei singoli colleghi e della utenza. Tali principali ed inderogabili obiettivi sono perseguiti, tra l'altro, attraverso l'esercizio del potere disciplinare.

L'attuale Commissione si è insediata il 27 febbraio 2014.

Il lavoro della Commissione si è svolto secondo i seguenti punti:

1. Conclusione delle istruttorie iniziate durante il mandato del precedente Consiglio.
2. Avvio dell'istruttoria sulle segnalazioni non ancora istruite.

Le istruttorie iniziate e non terminate durante il mandato del precedente Consiglio sono state 4. Di queste 3 si sono concluse con un'archiviazione e 1 con la sanzione dell'avvertimento.

Le istruttorie iniziate con l'attuale Consiglio sono attualmente 11. Due sono state inviate ad altro Ordine perché i colleghi sottoposti a esposto sono iscritti ad altro Ordine. Una istruttoria è stata sospesa in quanto è in corso un procedimento giudiziario.

Sono state presentate diverse richieste di pareri riguardo attività e ambiti dello psicologo alla maggior parte delle quali, anche con il parere del consulente legale, è stata data risposta.

Sulla base dell'attività istruttoria svolta, nel lungo termine il lavoro della Commissione sarà anche incentrato sui seguenti punti:

1. Riferire al Consiglio l'oggetto dei casi trattati, al fine di consentire a quest'ultimo di proporre la realizzazione di iniziative di informazione di base in tema etico-giuridico, rivolte a tutti gli iscritti, finalizzate ad incentivare una cultura dell'etica, della deontologia e della qualità dell'intervento professionale dello psicologo.
2. Riferire al Consiglio quali ambiti professionali e tipologie di iscritti incorrono maggiormente in segnalazione disciplinare, al fine di consentire al suddetto di realizzare azioni finalizzate ad abbattere il tasso di segnalazione in dette aree.
3. Riferire al Consiglio quali aspetti del Codice Deontologico ed, in generale, della disciplina professionale sono maggiormente oggetto di segnalazione a causa di ignoranza o incomprendimento da parte degli iscritti, al fine di consentire al Consiglio di progettare la produzione e la diffusione di strumenti, quali ad esempio linee guida e *tools* informativi, che permettano agli iscritti di individuare, valutare e segnalare casi degni di attenzione disciplinare, mirando, quindi, alla creazione di un presidio delle norme etico professionali che parta direttamente dagli iscritti.



Bari, 4 novembre 2014

*Il Coordinatore della
Commissione Deontologica
dott. Geremia Capriuoli*

Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini

Coordinatore: Massimo Frateschi

(Giugno - Dicembre 2014)

Componenti: Paola Annese, Marisa Yildirim

La Commissione "ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI, ORGANIZZAZIONE CONVEGNI E PATROCINI" per l'anno 2014 ha avviato: "una programmazione basata su una metodologia pragmatica per il perseguimento di obiettivi strategici attraverso lo sviluppo di funzioni specifiche e pertinenti, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva di tutta la comunità professionale degli psicologi e tenendo presenti costantemente i riferimenti legislativi, le norme e le Linee guida del CNOP" (Psicopuglia, n.13 - giugno 2014 - pagg. 8-9). La programmazione è stata avviata secondo gli obiettivi, le funzioni e la metodologia presentati e previsti precedentemente.

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

Giornata di studio, organizzata dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Evento Formativo ECM, sul tema: "Professione e innovazione degli psicologi", tenutosi a Bari, presso l'Hotel Sheraton, il giorno 10.06.2014.

Giornata di studio, organizzata dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Evento Formativo ECM, sul tema: "Professione e innovazione degli psicologi", tenutosi a San Giovanni Rotondo (FG), presso l'Hotel Gran Paradiso, il giorno 19.06.2014.

Giornata di studio, organizzata dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Evento Formativo ECM, sul tema: "Professione e innovazione degli psicologi", tenutosi a Taranto, presso l'Hotel Mercure - Delfino, il giorno 02.07.2014.

Giornata di studio, organizzata dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Evento Formativo ECM, sul tema: "Professione e innovazione degli psicologi", tenutosi a Lecce, presso l'Hotel Tiziano, il giorno 10.07.2014.

Evento Formativo ECM dal titolo: "Il Centro di Occupabilità Femminile e la Professionalità degli

Psicologi", organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con la Provincia di Barletta - Andria - Trani, tenutosi il 15.09.2014, presso la Scuola IPSIA "Archimede", Barletta.

Evento Formativo ECM organizzato dall'Istituto Metafora (già Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale), Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico - Relazionale (Direttore: Prof. P. Chianura) e dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, sul tema: "La violenza nella coppia e nella famiglia. L'approccio sistemico ai comportamenti violenti", tenutosi il 19.09.2014, presso l'Hotel Excelsior Congressi, Bari.

Evento Formativo ECM sul tema: "I disturbi sessuali dalla diagnosi al trattamento" (Prof. W. Pardini), organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con l'Ordine dei Medici della Provincia di Bari, in data 8.11.2014, presso l'Hotel Excelsior Congressi, Bari.

Evento Formativo ECM sul tema: "La competenza relazionale del bambino e padri ritrovati" (Prof. M. Andolfi), organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in collaborazione con l'Accademia di Psicoterapia della Famiglia di Roma, in data 24.11.2014, presso l'Hotel Excelsior Congressi, Bari.

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

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

Commissione Tutela della Professione e Contrasto all'Abusivismo

Coordinatore: Anna Loiacono

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

Premessa

Dalla istituzione della presente Commissione, e a partire dalle numerosissime segnalazioni già pervenute nel corso di questi primi mesi, dalle sollecitazioni pubblicitarie, prontamente contrastate, che hanno invaso direttamente i social network e la casella di posta di tanti colleghi, è possibile tracciare il profilo aggiornato di un fenomeno vasto, complesso e multiforme quale quello dell-abusivismo professionale. La nostra professione subisce sempre più attacchi da parte di tutte quelle innumerevoli figure abusive che, sotto denominazioni anglosassoni o vagamente “psi”, contribuiscono a danneggiare l'immagine della Psicologia come professione. Con la Legge del 18 febbraio 1989 n. 56, lo Stato Italiano ha dato pieno riconoscimento alla professione di psicologo istituendo un Ordine ed un Albo, così come anche prescritto dall'art.33 della Costituzione. In tal modo quella di psicologo è divenuta una “professione protetta” con la conseguenza implicita che ne è vietato l'esercizio a chi non ne faccia formalmente parte. Tale divieto, nella nostra legislazione, si configura con il reato di “esercizio abusivo di una professione” e la sua violazione è quindi penalmente perseguibile secondo l'art.348 del Codice Penale. L'esercizio abusivo non è tanto legato all'uso di titoli non posseduti (nel qual caso si parla di reato di “usurpazione di titolo”), quanto al compimento concreto di attività e funzioni tipici di una professione. Il Documento “*Parere sulla Prevenzione/Promozione in ambito psicologico*”, datato novembre 2012 e redatto dal gruppo di lavoro “Atti Tipici” del CNOP (Consiglio Nazionale dell'Ordine), ha provato a dare la definizione al concetto di “Atto tipico” di appannaggio diretto della professione psicologica e a tracciarne i confini

basandosi sulla presenza ricorrente di requisiti quali:

- la tipologia dell'atto (riconoscendo come tali il colloquio, l'intervista, l'osservazione e i test);
- la finalità dell'atto (volto alla conoscenza dei processi mentali e della realtà psichica);
- il radicamento dell'atto in una teoria appartenente all'area psicologica.

Obiettivi e funzioni

Il Consiglio regionale dell'Ordine, sulla base del mandato stabilito dalla stessa legge n.56/89, ha il compito di vigilare per la tutela del titolo professionale e svolgere le attività dirette ad impedire l'esercizio abusivo della professione (art.12, comma 2, lettera h). Nello specifico, la presente Commissione, operando con funzioni consultive all'interno del Consiglio dell'Ordine, il cui parere finale è decisivo e sovrano, opera sui temi della tutela professionale sotto molteplici aspetti. Lo stesso Codice Deontologico degli Psicologi (Art.8) richiede esplicitamente agli iscritti di contrastare la pratica dell'esercizio abusivo della professione, in quanto di sicuro danno non solo per i professionisti a cui vengono sottratti spazi di interventi e risorse culturali, ma soprattutto per l'utente, spesso disorientato, che viene così esposto all'operato di figure non in possesso dei requisiti imprescindibili per esercitare professionalmente. Non da meno, il tanto dibattuto Art.21, modificato con il referendum del 2013, vieta drasticamente agli psicologi di insegnare tecniche professionali a “non-psicologi”, pratica che altrimenti incoraggerebbe direttamente o indirettamente gli abusi professionali. E' quindi poggiando su tali premesse normative, e sulle

criticità emerse nel corso dell'approfondimento del tema cruciale della Tutela professionale, durante questo primo periodo di attività, che la Commissione intende rispondere in maniera innovativa ai quesiti fondamentali che più spesso si vede rivolgere:

- Come tutelare il professionista regolarmente formato e iscritto all'Albo dagli attacchi della pratica abusiva?
- Come garantire all'utenza psicologica la possibilità di "scelta consapevole e informata" dei servizi psicologici, a disposizione sul territorio, accademicamente e deontologicamente "a norma"?

Metodologia di Lavoro

Compito primario della Commissione sarà svolgere la sua funzione di valutazione, approfondimento e discussione circa le segnalazioni autografe di presunto abuso professionale, pervenute presso la sede dell'Ordine in modalità cartacea, o attraverso posta elettronica recapitate all'indirizzo e-mail della Segreteria. La Commissione, dopo un'attenta disamina del materiale pervenuto e dopo aver verificato la completezza dei dati, e delle informazioni pertinenti all'oggetto della segnalazione, può avanzare proposte di azioni da intraprendere, graduate a seconda della gravità e complessità del caso, da vagliare successivamente in Consiglio, ed all'interno di tale sede deliberare per procedere definitivamente. Inoltre con l'obiettivo concreto di contrastare efficacemente tali azioni abusive sul nostro territorio la Commissione si farà portatrice di istanze operative su più fronti, quali:

- Promozione della "consapevolezza legale" della nostra professionalità protetta. Al fine di contribuire ad ampliare la conoscenza sui più importanti aspetti etico-giuridici della nostra professione e su quali siano i reali diritti, vincoli e possibilità di tutela dei nostri "Atti tipici";
- Facilitazione e velocizzazione delle procedure di inoltro di segnalazioni attraverso un canale on-line predisposto esclusivamente per la descrizione e la

segnalazione dei casi di presunto abuso professionale al fine di tradurre più agevolmente le segnalazioni in azioni concrete di tutela;

- Attenzione al rispetto dell'Art. 21 del nostro Codice Deontologico e alla pubblicazione di Bandi e Concorsi che non richiedono titoli e certificazioni (imprescindibili) per svolgere funzioni psicologiche;
- Implementazione di campagne di informazione e di diffusione "dal basso" rivolte alle comunità, al territorio (per esempio alle Associazioni dei Consumatori, alle Circoscrizioni, ecc) concepite come capillari e ed esplicative, volte ad avvicinare il cittadino in maniera sana e consapevole al mondo delle professionalità psicologiche oltreché a sensibilizzazione agli indicatori che nascondono potenziali abusi professionali;
- Proposta di sottoscrizione di una Carta Etica da sottoporre alle scuole di formazione in psicoterapia in cui, con l'atto di sottoscrizione, ci si impegna ad agire nella propria pratica formativa secondo i principi etici e deontologici prescritti in termini di tutela dall'abuso professionale.

Conclusioni

La promozione della professionalità psicologica come Valore per la Comunità è il filo conduttore delle linee programmatiche che la Commissione propone. L'intento è quello di valorizzare, promuovere e difendere le competenze che attengono al ruolo professionale dello psicologo, ed accrescere una diversa coscienza professionale, con il coinvolgimento di tutti i colleghi che intendono apportare contributi alla strutturazione di nuove iniziative. La tutela della professione, contestualizzata all'interno di un frangente storico complesso, rappresenta sicuramente una sfida ardua ma anche un dovere civico indispensabile, a difesa della propria specificità e quindi a difesa del Diritto alla Salute dei cittadini.

Commissione Promozione del Benessere

Coordinatore: Marisa Yildirim

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

Ottobre 2014: Mese del Benessere Psicologico in Puglia

Si é svolta in Puglia il “Mese del Benessere Psicologico”, campagna finalizzata alla diffusione della cultura del benessere psicologico e alla promozione della professione dello psicologo.

tadini ai vari seminari e convegni organizzati.

Quest’anno l’evento é stato divulgato attraverso la cartellonistica stradale, giornali, tv locali, attraverso il sito e i social network dell’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia.

L’informazione ai cittadini é giunta anche dalla diffusione di materiale informativo, distribuito nei vari capoluoghi di provincia pugliesi,



Molti sono stati gli psicologi e gli psicoterapeuti che hanno aderito all’iniziativa, offrendo un prezioso contributo alla promozione dello psicologo come esperto professionista nei settori più svariati.

Il successo del progetto si coglie non solo dalla partecipazione dei colleghi, ma anche dalle molteplici richieste giunte per le consulenze gratuite e dalla numerosa partecipazione dei cit-

che ha visto la presenza del gazebo e del camper serigrafati per il “Mese del Benessere”, a Bari e Foggia il 27 settembre, a Brindisi e Trani il 4 ottobre e a Taranto e Lecce il giorno 11 ottobre.

É stato, inoltre, istituito un numero verde, pronto a fornire all’utenza risposte su tutte le iniziative e sugli studi aperti alle consulenze gratuite.

Commissione Start Up Giovani Psicologi

Coordinatore: Victor Laforgia

Componenti: Paola Annese, Antonio Calamo-Specchia, Maria Grazia Foschino, Emanuela Soleti, Marisa Yildirim.

Premesse

La creazione di una commissione che pone al centro del proprio interesse i colleghi più giovani e i neo-iscritti all'Ordine della Puglia, nasce dalla necessità di rispondere adeguatamente a quelle che sono le sfide e le difficoltà che i neo-professionisti devono affrontare nel momento in cui entrano nel mercato del lavoro come giovani psicologi.

Altri ordini regionali, come quello del Lazio e dell'Emilia Romagna negli anni scorsi si sono già impegnati in tal senso, organizzando laboratori, seminari e workshop con l'obiettivo di proporre una logica proattiva della professione, di natura imprenditoriale, arricchita di competenze extrapsicologiche per migliorare la situazione professionale dei giovani colleghi.

Lo psicologo che oggi si iscrive all'Ordine e incontra il mondo del lavoro si trova a dover affrontare due grandi ordini di problemi: da un lato una grande concorrenza interna per l'elevato numero di psicologi in circolazione, che spesso porta al volontariato o a un lavoro sottopagato, pur di guadagnare qualcosa o fare qualche esperienza; dall'altro ad una forte concorrenza esterna fatta di figure limitrofe a quelle dello psicologo che intercettano segmenti importanti di domanda (medici e psichiatri per la cura e la patologia e coach, counselors o simili per il benessere e la salute).

L'Ordine, in questo contesto, ha l'obbligo di occuparsi dei suoi giovani psicologi, che di fatto rappresentano la maggioranza degli iscritti agli Ordini Regionali di tutto lo stivale (il 65% circa di tutti gli iscritti all'albo in Italia è nella fascia d'età che va dai 25 ai 35 anni).

In questa logica si colloca la creazione e le iniziative in seno a questa inedita Commissione per la nostra regione: per intraprendere azioni efficaci di sostegno e accompagnamento nella

professione, per permettere un accesso meno traumatico degli psicologi più giovani nel mondo del lavoro e consentire un passaggio di strumenti pratici e di servizi aggiuntivi, una sorta di cassetta degli attrezzi, per muovere i primi passi nella professione in maniera creativa e con un forte senso d'innovatività.

Obiettivi

Gli obiettivi programmatici della Commissione possono essere riassunti nei seguenti punti:

- Offrire ai giovani colleghi l'opportunità di sviluppare competenze trasversali in grado di aumentare le proprie opportunità da spendere nel mercato del lavoro
- Aumentare i servizi offerti dall'Ordine nei confronti degli psicologi iscritti da pochi anni
- Organizzare iniziative di formazione dedicate allo Start Up professionale
- Fornire informazioni semplici ed immediate riguardanti le questioni di carattere fiscale e legale relative all'attività libero professionale
- Promuovere una conoscenza consapevole ed approfondita del Codice Deontologico e i suoi risvolti pratici nell'attività professionale
- Strutturare spazi di condivisione e di confronto tra i giovani colleghi per la socializzazione delle esperienze e delle prospettive professionali
- Trasmettere l'importanza di far parte di una categoria professionale e di potersi identificare con un gruppo di colleghi, condividendone un senso di appartenenza
- Strutturare una rete di collaborazione stabile tra Ordine e Istituzioni operanti

nel settore del lavoro e dell'impresa giovanile per la valorizzazione della professionalità dello psicologo e per la creazione di nuove opportunità lavorative

Metodologia di lavoro

La Commissione porterà al tavolo del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi proposte operative e azioni concrete con l'auspicio di portare un apporto utile ai professionisti più giovani per ritagliarsi uno spazio dignitoso nel mercato del lavoro.

La logica del lavoro della Commissione sarà di natura partecipata: invitiamo tutti i colleghi a fare delle proposte ed esprimere le proprie istanze nelle aree specifiche di competenza della Commissione, anche per l'organizzazione di gruppi di lavoro su temi e progetti specifici di interesse collettivo per la professione.

La Commissione vorrebbe diventare un vero e proprio incubatore di idee per la professione, in cui le azioni intraprese possano avere ricadute concrete e positive per affrontare al meglio le sfide del mercato del lavoro.

Ampio spazio sarà affidato all'uso delle nuove tecnologie, sia sul versante della formazione che su quello dell'innovazione professionale.

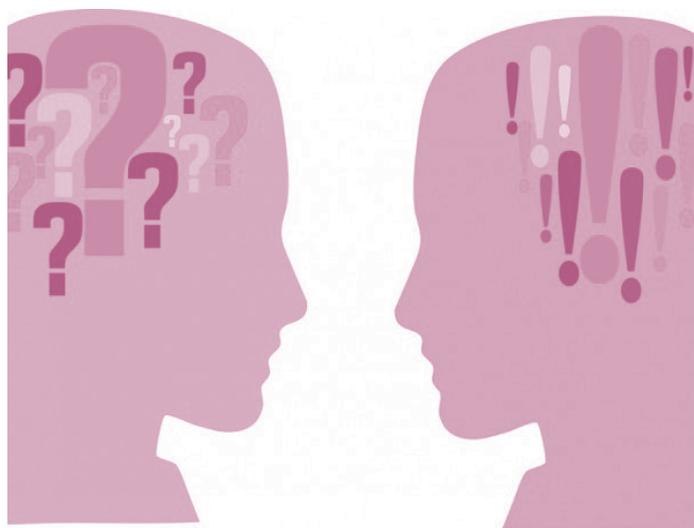
Verranno, inoltre, contattate realtà del territorio pugliese con comprovata esperienza e capacità nell'ambito dell'innovazione, dello start up professionale e della progettazione sociale.

Di seguito sono elencate alcune iniziative attualmente in discussione all'interno della Commissione:

- creazione di vademecum circa gli adempimenti fiscali e previdenziali, anche attraverso la creazione di video tutorial
- consulenza fiscale e legale on-line
- organizzazione di convegni e workshop dedicati allo start-up di impresa anche

attraverso l'uso delle nuove tecnologie (webinar, e-learning)

- organizzazione di attività formative e laboratoriali sui temi della progettazione sociale, del project management, marketing professionale anche per la partecipazione a bandi e finanziamenti, con particolare riferimento alle aree di innovazione della psicologia
- studio sharing
- incontro con enti, organizzazioni, associazioni, incubatori di idee che hanno già esperienza nell'ambito dello sviluppo locale, delle politiche giovanili, dell'imprenditoria sociale, dell'organizzazione di comunità per la condivisione e la diffusione di buone pratiche.



Conclusioni

Lo psicologo nel mercato del lavoro odierno è una figura che necessariamente deve muoversi verso una logica proattiva, imprenditoriale. Ciò passa attraverso un arricchimento delle proprie competenze extrapsicologiche di diritto, economia, project management, marketing professionale. Solo così, probabilmente, può cambiare la situazione dei giovani colleghi per trasformarsi da uno Psicologo neoabilitato ad un Professionista della Psicologia.

Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

Coordinatore: Antonio Calamo-Specchia

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

Premessa

Nella società contemporanea l'impatto tecnologico assume rilievo sempre maggiore.

Tecnologia vuol dire maggior controllo sulla natura da parte dell'essere umano, che conquista sempre nuovi strumenti da porre al suo servizio.

Da questo punto di vista il cambiamento epocale cui tutti abbiamo assistito è rappresentato dall'avvento del Web, che in un ventennio ha cambiato usi, costumi, stili comunicativi e relazionali delle persone. L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia guarda con interesse ed attenzione allo sviluppo del mondo digitale e ritiene utile non escludersi dal suo costante sviluppo, pertanto si è impegnato nella realizzazione di un nuovo portale Web.

La prima importante innovazione sarà il passaggio da sito Web a Portale: tecnicamente, la struttura di cui si doterà l'Ordine degli Psicologi sarà in grado di gestire una quantità notevolissima di dati e di fornire servizi Web, organizzati tutti in un'unica configurazione, con molteplici funzionalità ed apparati. Dalla modulistica alle attività formative, dagli aggiornamenti riguardanti la professione ai contenuti audio e video, tutto il mondo dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia sarà organizzato in un unico spazio.

Il portale, accessibile anche da dispositivi mobili in forma di applicazione, permetterà l'accesso a diversi livelli: utente generico, uten-

te registrato, cittadino, istituzione. Sarà possibile, per lo psicologo che vi fa accesso con le sue credenziali, gestire in autonomia la propria pagina personale ed una serie di servizi fra i quali: iscrizione ad eventi, regolarizzazione dei pagamenti, download ed invio di documenti, ecc. Parallelamente, il nuovo portale innoverà in maniera consistente gli aspetti legati all'immagine: la veste grafica del portale sarà infatti ripensata così come il logo dell'Ordine.

Il portale sarà pronto nei prossimi mesi e sarà



user friendly: facile da usare, dinamico, interattivo, intuitivo, moderno, trasparente.

Obiettivi e funzioni

Un nuovo portale Web, com'è ovvio, non rappresenta un'innovazione meramente *tecni-*

Una ricerca esplorativa sulle vittime di mobbing attraverso il Test di Rorschach

Sara Tudisco

Psicologa psicoterapeuta (Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Breve - Chieti)
Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) ASL/FG- Tirocinante

Riassunto

La ricerca nasce con la finalità generale di esplorare le dinamiche interne di un campione di dieci persone, vittime di mobbing, in carico presso il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) della A.S.L. di Foggia. Questo lavoro è basato sull'adozione di un metodo proiettivo, il Test di Rorschach, la cui interpretazione è ispirata al modello psicoanalitico della Scuola Francese. Anche la cornice teorica della ricerca si fonda su una lettura del mobbing effettuata in una prospettiva psicoanalitica, tenendo conto delle diverse dimensioni del fenomeno.

L'analisi dei protocolli Rorschach suggerisce che le persone coinvolte nella ricerca mostrino una fragilità dei confini del sé e uno scarso investimento narcisistico, come rivelato dall'elevato ricorso alla formalizzazione, dall'attaccamento ai dettagli, dalle cinestesi animali a valenza aggressiva, dalla cospicua presenza di chiaro-scuro di superficie e dai contenuti svalutati evocati dalla tavola V. Tutto ciò indicherebbe una certa difficoltà di espressione della pulsionalità, soprattutto nella sua valenza aggressiva, condizione che può paralizzare la vittima su posizioni di passività nel rapporto con l'altro. Agli aspetti problematici individuati dalla ricerca, se ne aggiungono altri che mettono in evidenza alcune caratteristiche importanti e funzionali nell'ipotesi di una presa in carico terapeutica delle persone vittime di mobbing. Queste risorse psichiche sono indicate dalla qualità delle cinestesi umane, che dimostrerebbe una sufficiente capacità di mentalizzazione, da esplicite richieste di aiuto contenute nelle risposte, che testimoniano la consapevolezza del disagio psichico, e da una elevata produzione di risposte alle tavole pastello, indice di una rilevante risonanza affettiva.

Parole chiave: *mobbing, test di Rorschach, psicoanalisi, confini del Sé, investimento narcisistico*

Introduzione

L'idea di coniugare lo studio del fenomeno del *mobbing* all'esplorazione del mondo psichico si è

potuta concretizzare in questo lavoro di ricerca, grazie alla conoscenza degli aspetti salienti della clinica proiettiva ad orientamento psicoanalitico, secondo il modello della Scuola Francese di Psicoanalisi (Université "René Descartes"-Paris V). Tale modello è presentato nelle lezioni tenute dalla professoressa Tiziana Sola, durante il corso quadriennale di Psicoterapia Psicoanalitica Breve di Chieti (Chabert 1983; Passi Tognazzo 1984; Sola, 2006).

Il lavoro esposto in questa sede è stato realizzato durante il tirocinio formativo che da specializzanda in psicoterapia ho svolto presso lo sportello di psicologia dello SPESAL (Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro), afferente al Dipartimento di Prevenzione della A.S.L. di Foggia, affiancando la dr.ssa Marina Caravella, la quale ha sostenuto con passione e professionalità il progetto che le ho proposto. Mi sembra opportuno sottolineare che il Servizio della A.S.L. appena citato fornisce, in generale, assistenza medica e interventi di sorveglianza degli ambienti lavorativi, oltre alla prevenzione, diagnosi e trattamento del disagio psicosociale lavorativo, sulla base della normativa vigente in materia di *stress lavoro-correlato* (tra cui, in particolare, il decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81).

La ricerca presentata in questo articolo nasce, dunque, con l'obiettivo generale di esplorare la vita psichica di persone che vivono attualmente una condizione di *mobbing* lavorativo, cercando di porre in evidenza la qualità degli investimenti libidici narcisistici ed oggettuali, con un'attenzione alla permeabilità dei confini *dentro-fuori* e al bisogno di riconoscimento del sé.

Nonostante il disagio psichico delle vittime di *mobbing* sia poco rappresentato nella letteratura psicoanalitica, questo lavoro si iscrive in

una cornice teorica caratterizzata da una lettura a più livelli del mobbing, attraverso gli apporti di Kernberg, di Bion e della Klein.

L'analisi dei protocolli Rorschach in esame ha consentito di ottenere preziose informazioni sul modo in cui si articola il *mondo interno* di persone che vivono o hanno vissuto esperienze di mobbing: queste considerazioni, seppur limitate ad un ristretto campione, possono fornire spunti importanti per orientare un intervento psicoterapeutico, soprattutto nell'ambito dei servizi pubblici, dove la richiesta di presa in carico, per le vittime di mobbing, è più frequente.

Recentemente questo lavoro di ricerca è stato presentato al **XXI International Congress of Rorschach and Projective Methods**, tenutosi dal 15 al 19 luglio 2014 presso l'**Università di Istanbul** (Tudisco, 2014).

Una lettura psicoanalitica del Mobbing

Nella sua più conosciuta definizione, il mobbing viene ricondotto ad una serie di comportamenti vessatori messi in atto all'interno di un contesto lavorativo da parte di una o più persone ai danni di uno o più lavoratori: tale condizione conduce le vittime prima all'isolamento e poi all'estromissione dal luogo di lavoro.

In questa sede si è scelto di affrontare un'analisi del concetto di mobbing partendo da una prospettiva psicodinamica per indagare le diverse dimensioni in cui si esplica il fenomeno: a livello gruppale, considerando le possibili dinamiche di gruppo presenti nel contesto lavorativo, a livello intersoggettivo, ossia nel rapporto fra mobbers e vittime, e a livello intrapsichico, riferito alle dinamiche interne delle vittime.

La complessità della visione psicoanalitica dei fenomeni di gruppo conduce, dunque, a leggere il fenomeno del *mobbing* come una manifestazione di un **funzionamento regressivo**, dominato da meccanismi di difesa molto primitivi, tra cui *l'identificazione proiettiva*. Tale concetto è stato introdotto dalla **Klein** per indicare un funzionamento primitivo della mente umana, con l'accezione successiva (Klein, 1946) di "una forma particolare di identificazione che costituisce il prototipo delle relazioni oggettuali aggressive" (Laplanche

e Pontalis, 1967, p. 237).

Scrivo, a tal proposito, **Kernberg** (1999): "Mi sono reso conto che il gioco di impulsi libidici e aggressivi entra in campo non solo nell'inconscio dinamico dell'individuo, ma anche a livello di gruppi e di istituzioni sociali. [...] Le sorprendenti influenze reciproche fra individui, gruppi e processi istituzionali richiedono certamente una teoria integrata di questo incrocio di correnti". Ispirandosi all'approccio bioniano sul funzionamento gruppale (Bion, 1961), Kernberg propone un paragone fra l'Io dell'individuo e il leader nella vita di gruppo, intesi entrambi come una funzione di controllo, ossia un'istanza mediatrice fra bisogni intrapsichici e richieste provenienti dalla realtà esterna, nel caso della persona, e fra bisogni umani e realizzazione del compito del gruppo, nel caso di un'organizzazione. L'efficacia della leadership non dipende, tuttavia, né esclusivamente e né prevalentemente, osserva Kernberg, dalla personalità del leader, bensì dall'equilibrio fra la natura del compito, le risorse disponibili a raggiungerlo e dalla chiarezza degli obiettivi comuni.

Quando queste condizioni non sono sufficienti, il passaggio ad un funzionamento gruppale *regressivo* è la conseguenza più immediata, e tale regressione tende ad influenzare notevolmente anche la qualità della leadership, in particolare la sua capacità di esercitare una funzione di controllo, soprattutto sui confini del gruppo.

Quali sono le implicazioni di un funzionamento regressivo per il singolo membro del gruppo?

"Ora, chiare evidenze cliniche indicano che, a prescindere dalla maturità e dall'integrazione psicologica dell'individuo, alcune condizioni di gruppo tendono a provocare una regressione e ad attivare livelli psicologici primitivi. [...] E' una regressione che esiste a livello potenziale in ciascuno di noi. [...] Sulla base delle mie osservazioni di piccoli gruppi, grandi gruppi e folle, io ritengo che i fenomeni di gruppo in genere costituiscano una minaccia all'identità personale, minaccia collegata alla facilità con cui, nelle situazioni di gruppo, possono attivarsi livelli psicologici primitivi che implicano relazioni oggettuali primitive, operazioni difensive primitive e aggressività primitiva dalle caratteristiche prege-

nitali” (Kernberg, 1999, p. 7).

Per comprendere il modo in cui il fenomeno del mobbing si manifesta a livello intersoggettivo appare illuminante la lettura di un recente articolo di **Sheila White** (2004), all’interno del quale l’autrice riconosce, nei meccanismi di base del mobbing, una debolezza strutturale che riguarda lo spazio psichico, i confini, la capacità di contenimento e l’identificazione proiettiva, pocanzi citata.

Secondo la White, una persona con precoci esperienze relazionali cariche di angoscia può non essere sufficientemente in grado di contenere adeguatamente sentimenti negativi e, pertanto, cercherà di proiettare questi vissuti nell’altro. La scelta, inconscia, tenderebbe a ricadere su individui che hanno uno spazio psichico delimitato da confini così deboli, da essere indotti a cercare il proprio riconoscimento di Sé all’esterno, piuttosto che all’interno. In base a tali considerazioni, la White osserva che un potenziale mobber e una potenziale vittima presentano lo stesso bisogno inconscio di riconoscimento dall’esterno: il primo lo trova nel dominio dell’altro, la seconda è pronta ad ottenerlo attraverso la sottomissione.

Tali dinamiche di reciproco riconoscimento distorto si manifestano concretamente sempre in presenza di cambiamenti mal gestiti che intervengono all’interno dell’ambiente di lavoro (es. riorganizzazione del personale, nuovi assunti, carichi di lavoro eccessivi, etc...). Questi eventi possono generare vissuti di ansia molto intensi che determinano, a loro volta, il ricorso all’identificazione proiettiva ai danni di una vittima, selezionata proprio sulla base dei suoi fragili confini identitari. Quest’ultima collude inconsciamente con l’attacco ai propri confini per lo stesso speculare bisogno di riconoscimento, che la induce, nei casi estremi, a subire l’attacco del mobber, adottando meccanismi di negazione della realtà e l’idealizzazione dello stesso aggressore, quale difesa contro l’attacco ai propri confini e sostegno alla fantasia di possedere l’oggetto buono, ossia la fonte, seppur anomala, del riconoscimento di sé. Nella visione del mobbing proposta dalla White, il fenomeno è assimilabile ad un *ciclo* che si ripete non solo in più occasioni con la stessa vittima, ma anche con

l’alternarsi delle vittime, quando la prima viene completamente esclusa dal gruppo lavorativo e aderisce alla visione negativa di sé attribuita dal mobber, sperimentando un senso di inutilità, una frammentazione identitaria e vissuti di impotenza.

Nell’affrontare, infine, l’analisi della terza dimensione del mobbing, quella riferita alle dinamiche interne delle vittime, è utile innanzitutto chiedersi quali siano le ragioni profonde, intrinseche all’essere umano che inducono una persona a resistere a lungo agli attacchi continui subiti all’interno dell’ambiente lavorativo. Preziose indicazioni, per rispondere a questo interrogativo, si possono ricavare dalla ricerca e dalle teorie sul tema dell’attaccamento. I contributi di Harlow (1960), Bowlby (1969, 1973a, 1973b, 1983, 1988), Spitz (1945, 1946) e Mahler (1958) rivelerebbero, infatti, che l’attaccamento emotivo a una persona o ad una situazione si costruisce in base alla possibilità di vedere soddisfatti non tanto bisogni di natura fisiologica (es. fame e sete), ma quelli che assicurano il benessere psicofisico, la sicurezza e l’autostima. È anche vero, tuttavia, come osserva Maslow (1954), che i bisogni di ogni individuo sono organizzati all’interno di una gerarchia in base alla quale è la soddisfazione dei bisogni “inferiori”, di natura fisiologica, il punto di partenza per avvertire e appagare quelli “superiori”, di natura psicologica (sicurezza, autostima e autorealizzazione). Il lavoro, nella vita di un individuo, non si limita a soddisfare solo i bisogni più idonei ad assicurare la sopravvivenza, ma rappresenta anche un mezzo fondamentale per appagare bisogni di autostima e autorealizzazione, fornendo la possibilità di esprimere le proprie capacità e ottenere riconoscimenti per il proprio valore dimostrato. Lo stretto legame tra lavoro e bisogni permette, dunque, di comprendere meglio sia la tendenza delle persone a resistere in contesti lavorativi in cui è alto il livello di stress o in cui sono vittime di vessazioni, e sia, in particolare, la natura delle ripercussioni psicofisiche di chi vive una condizione di mobbing. Tali ripercussioni sono riconducibili prevalentemente a disturbi dell’adattamento (Cerisoli, 2003), oppure ad ansia, depressione, fobie e sintomi fisici generati dal disagio psichico (emicrania, difficoltà

respiratorie, disturbi gastrointestinali, tachicardia, insonnia).

La ricerca esplorativa con l’ausilio del Test di Rorschach: partecipanti, procedura e finalità

Questo lavoro di ricerca ha coinvolto dieci persone, in carico presso il servizio di psicologia dello SPESAL (Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro) della ASL di Foggia per condizioni di disagio psicologico legato a fenomeni di mobbing. Il campione in esame è stato reclutato in modo equilibrato rispetto al sesso (include cinque maschi e cinque femmine), mentre l’età dei soggetti è compresa tra i 35 e i 59 anni. Le persone coinvolte sono tutte diplomate e due di loro hanno conseguito una laurea. I percorsi professionali dei soggetti della ricerca sono diversificati, così come lo sono le tipologie di aziende di provenienza lavorativa. Nello specifico, il campione comprende una insegnante, un bancario, un’addetta alle vendite, due dirigenti, una commessa, un tecnico informatico, un meccanico specializzato, una programmatrice e un’ ispettrice di polizia penitenziaria.

La raccolta e l’interpretazione dei protocolli del test di Rorschach, come anticipato in precedenza, è stata condotta adottando come modello di riferimento quello proposto dalla Scuola Francese di Psicoanalisi (Université “René Descartes” - Paris V).

Questo progetto di ricerca si pone, dunque, come finalità generale, l’esplorazione delle dinamiche interne di persone che vivono una condizione di *mobbing* lavorativo: attraverso lo strumento proiettivo è stato possibile rilevare, in particolare, la qualità degli investimenti libidici e dei confini *dentro-fuori* delle vittime di mobbing incluse nel campione.

Come pocanzi osservato, questi aspetti della dinamica psichica vengono suggeriti dalla lettura psicoanalitica del fenomeno *mobbing* e dalla teoria proposta recentemente dalla White (2004).

Analisi dei protocolli

Nonostante sia molto difficile descrivere le caratteristiche del test di Rorschach senza correre il

rischio di sintetizzarne eccessivamente la complessità, appare opportuno, nell’espone i risultati ottenuti, definire di volta in volta almeno le tre categorie principali intorno alle quali è stata effettuata l’analisi dei protocolli: modi di apprensione (o localizzazione), determinanti e contenuti.

Tab. 1 - PSICOGRAMMA GENERALE
R = 390 (media= 39)
RC = 160 = 41%

G 84 = 22%	F 266 = 68%	A 109
G+ 61 = 73%	F+ 162 = 61%	Ad 28
Gbl 3 = 1%		(A) 1
D 190 = 49%	K 32	Tot A= 138 = 35%
Dbl 20 = 5%	KC1	H 32
Dd 80 = 20%	Kp 5	Hd 28
Ddbl 12 = 3%	Kan 22	(H) 10
Do 1 =0%	Kob 6	(Hd) 2
	FC’ 6	Tot H= 72 = 18%
	C’F 2	Anat 34 = 9%
	FC 8	Sex 5
	CF 3	Obj 59
	C 7	Nat 15
	FClob 1	Bot 21
	FE 19	Arch 6
	EF 9	Geo 11
	E 3	Sangue 4
		Fumo 3
	4 →C’	Scena 2 + /
	1 →C	Scena
	1 →FClob	Macchia 2
	1 → Clob	Maschera 2
	1 → FE	Fuoco 1
	11 → E	Artist. 1
	2 → Kan	Simbolo 1
	1 → Kob	Disegno 1
		Vest. 1
	Ban = 73 = 19%	Astron. 1
		Rocce 1
		Statua 1
	Orig = 4 = 1%	Uovo 1
		Elem. 1
		Relig. 1
		Stemma 1
		Espressione fisiognomica 1
		Cibo 1
		Carnevale 1
		Fondo marino 1

Un'idea immediata dei **modi di apprensione** (o localizzazione) viene fornita da Rausch de Trautenberg (1981): si tratta del “quadro percettivo in cui si modella il contenuto della risposta”. Esso può articolarsi in risposte di tipo *globale* (G, comprendono la tavola nel suo insieme), di *dettaglio* (D, parti della tavola più grandi e più frequenti statisticamente nelle risposte), di *piccolo dettaglio* (Dd, piccole parti o parti percepite raramente) e *risposte intramaculari* (Gbl, Dbl, Ddbl, ossia le parti bianche della tavola).

Nel campione esaminato le risposte di dettaglio (D) rappresentano la modalità di apprensione più consistente, mentre tra le risposte globali (G), prevalgono quelle semplici o banali. Queste risposte globali semplici, se da un lato attesterebbero l'esistenza di un adattamento percettivo di base, dall'altro metterebbero in evidenza un atteggiamento difensivo che sembrerebbe rinviare alla rimozione e ad una certa diffidenza nel rapporto con l'altro. Sembra, quindi, che le persone coinvolte nella ricerca assumano tendenzialmente nei confronti dell'altro una posizione “neutrale”, priva di coinvolgimenti. La considerevole presenza di risposte di piccolo dettaglio (Dd) potrebbe, invece, rimandare ad un procedimento intellettuale meticoloso e puntiglioso, iscritto in un regime difensivo di stile rigido, con confini del sé incerti.

Dall'analisi dei protocolli emerge anche una certa presenza di risposte localizzate sugli spazi bianchi. Tali risposte riflettono simbolicamente un tentativo di colmare una mancanza dolorosa nella relazione precoce oppure, come accade nella maggior parte dei protocolli, sembrano evocare sentimenti di impotenza in un registro edipico.

Anche le **determinanti** si suddividono in diverse tipologie (formali, cinestetiche e sensoriali), analizzate singolarmente.

Le **determinanti formali** rinviano alla percezione ed esprimono la regolazione al principio di piacere apportata dal principio di realtà e quindi la capacità di costruire barriere dentro/fuori che stabiliscano una distinzione fra il mondo soggettivo e la realtà esterna. Nel campione preso in considerazione il numero di risposte formali (F) è più alto della norma, mentre le risposte formali adeguate

sul piano percettivo (F+) sono inferiori ai valori normativi. L'aumento delle risposte formali sembra mostrare un notevole investimento dei confini e uno sforzo estremo nello stabilire un adattamento al reale. Il confronto fra questa corposa quantità di risposte formali e il numero di risposte su piccoli dettagli (Dd) oltre la norma può far ipotizzare un ricorso a difese ossessive. L'elevata formalizzazione e l'attaccamento ai particolari sembrano, infatti, tradire una preoccupazione per il controllo e un atteggiamento ipervigile.

Le **determinanti cinestetiche**, invece, rimandano alla proiezione della soggettività, mettendo in gioco le potenzialità creative del soggetto, al di là del dato percettivo, poiché nella risposta viene aggiunta la dimensione del movimento, dell'azione. Le cinestesie umane dei protocolli analizzati mostrano come i soggetti coinvolti nella ricerca siano sufficientemente in grado di elaborare i conflitti e le preoccupazioni attraverso un'attività di mentalizzazione. A questo dato si unisce una notevole presenza di cinestesie animali a connotazione prevalentemente aggressiva, il che suggerisce una difficoltà a esprimere la pulsionalità nella variante aggressiva da parte dei soggetti esaminati, con un conseguente ripiegamento su posizioni passive. Le cinestesie animali sono, infatti, espressione dello spostamento di una proiezione che non può essere effettuata su immagini umane a causa di una resistenza.

La connotazione delle cinestesie minori (Kp, piccoli movimenti) sembra, invece, evocativa di meccanismi arcaici (scissione e proiezione) di carattere persecutorio, sebbene all'interno di funzionamenti psichici tendenzialmente nevrotici. Ecco due esempi:

Tav. VII: “Un indice accusatore”

Tav. X: “Questi potrebbero essere degli occhi che guardano”

Inoltre si osservano, all'interno dei protocolli raccolti, altre risposte che sembrano esprimere *vissuti persecutori*, seppure inseriti in funzionamenti psichici che non appaiono *francamente* psicotici:

Tav. III: “Un uccello che scende in picchiata a

prendere qualcosa..qualche preda”

Tav. IV: “Un occhio malvagio che ci scruta da lontano”

Tav. IX: “Come se ci fosse una persona che domina un dinosauro con un mitra davanti”

La presenza di tali indicatori permette un confronto con altri studi su ampi campioni di persone vittime di mobbing: tali ricerche evidenziano, attraverso l’uso del test psicometrico MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), l’elevazione del punteggio alla scala clinica della Paranoia (Pa). Questo risultato, ottenuto in più occasioni, pone in risalto sia la presenza di atteggiamenti persecutori, rigidi e ostili nei confronti degli altri, sia una ipersensibilità nei rapporti interpersonali che induce i soggetti a percepire in modo errato le intenzioni altrui, stimolando comportamenti di disconferma e risposte aggressive (Gandolfo, 1995; Matthiesen, 2001; Girardi e coll., 2007; Raho e coll., 2008).

Dalle **determinanti sensoriali**, che si riferiscono alla costruzione della risposta sui colori e sul chiaroscuro delle tavole, si possono trarre preziose informazioni sul rapporto che la persona istaura con l’ambiente circostante e sulla sua risonanza affettiva. Innanzitutto, sembra che la sensibilità, dei soggetti in esame, agli aspetti chiaroscurali della tavola sia rilevante soprattutto nella variante chiaroscuro di superficie, il che evocherebbe la ricerca di un sostegno, di un contenitore, di un involucro che attenui l’effetto di una stimolazione troppo impattante, come accade per le tavole chiuse. La debolezza dei confini del sé, rilevata anche attraverso la prevalenza della sensibilità al chiaroscuro di superficie, sembra avvicinare i dati ottenuti nella presente ricerca alla visione del mobbing esposta dalla White (2004), secondo cui la fragilità dei confini può esporre più facilmente una persona agli attacchi aggressivi dell’altro, in questo caso di un mobber.

Un’analisi generale dei **contenuti** delle risposte è stata effettuata in relazione alle categorie più frequenti: i *contenuti umani* e i *contenuti animali*. Nei protocolli esaminati la presenza di **contenuti animali** si attesta nell’intervallo dei valori norma-

tivi e questo rappresenterebbe un indice di adattamento al contesto sociale. Anche la percentuale di **contenuti umani** è compresa nella norma, ma in questo caso il numero di contenuti umani (H) è solo di poco superiore a quello dei contenuti umani parziali Hd (H: 32; Hd: 28). Questo dato suggerisce la presenza di una tendenza fobica nell’evocare una rappresentazione umana globale.

Conclusioni e considerazioni finali

Nel complesso, dall’analisi dei protocolli delle persone coinvolte nella ricerca, emerge una fragilità dei confini del sé, dettata da uno scarso investimento narcisistico. Questi aspetti tenderebbero ad ostacolare una sana espressione della pulsionalità, soprattutto nella sua valenza aggressiva e questo può bloccare la vittima su posizioni di passività a scopo difensivo. In quasi tutti i soggetti risulta anche particolarmente fragile l’investimento della *fallicità*, come mostrato dalle modalità di elaborazione della tavola IV, in cui la maggior parte delle risposte consiste in contenuti o reazioni di tipo passivo. Le poche risposte a carattere fallico sono elaborate in modo *fobico* o *persecutorio* e non risultano percettivamente adeguate. Anche alla tavola che rievoca simbolicamente la potenza sessuale (tav. VI) vengono riferiti contenuti prevalentemente passivi o reazioni che rinviano a *idealizzazione* o *intellettualizzazione*. La tavola V, legata alla *rappresentazione di sé*, conferma la fragilità narcisistica ricorrente anche in altre tavole, generando spesso vissuti di caduta, di tristezza, fantasmi di divorazione, contenuti svalutati o deteriorati. Reazioni tendenti allo smarrimento e a vissuti di mancanza di protezione appaiono spesso nelle risposte fornite alla tavola che rievoca rappresentazioni *materno-femminili* (tav. VII). Accanto a tali vissuti si rilevano anche risposte legate a richieste di aiuto, di ricerca di supporto o di appoggio.

Le *tavole pastello* (tav. VIII, IX, X), inoltre, si prestano a sollecitare il narcisismo dei soggetti grazie alla loro capacità di indurre una intensa regressione: in questo caso le immagini evocate nella maggior parte dei protocolli rimandano delle risonanze emotive cariche di sofferenza, vissuti di

insoddisfazione e mancanza.

La fragilità dei confini del sé, lo scarso investimento narcisistico, la possibile presenza di vissuti persecutori e la tendenza ad assumere posizioni di passività nel rapporto con l'altro sembrerebbero, in base ai risultati ottenuti, i punti cardine da tenere in considerazione nell'avvio di un **percorso terapeutico** con persone vittime di *mobbing*. In tale percorso, altrettanta considerazione sembra necessaria rispetto alle risorse psichiche delle vittime di *mobbing*, risorse che questa ricerca esplorativa ha permesso di evidenziare accanto agli aspetti problematici. Ad esempio, l'analisi delle cinestesi, come affermato in precedenza, ha messo in risalto una sufficiente capacità di *mentalizzazione*, ossia un accesso alla rappresentazione del conflitto e della sofferenza. A ciò si aggiunge una consapevolezza del disagio, che si evince dalla formulazione di richieste di aiuto esplicitate in alcune risposte, e un'adeguata risonanza affettiva, testimoniata dalla considerevole produzione di risposte alle *tavole pastello*.

Bibliografia

- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol 1: *L'attaccamento alla madre*. Trad. it. Boringhieri Torino, 1972.
- Bowlby, J. (1973a). *Attaccamento e perdita*, vol 2: *La separazione dalla madre*. Trad. it. Boringhieri Torino, 1975.
- Bowlby, J. (1973b). *Attaccamento e perdita*, vol 3: *La perdita della madre*. Trad. it. Boringhieri Torino, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Cerisoli, M. (2003). *Quadri psicopatologici in corso di mobbing*. Bologna: Prima.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique*. Paris: Dunod (Trad. it. Il Rorschach nella clinica adulta. Interpretazione psicoanalitica. Hoepli, Milano, 1988).
- Gandolfo R. (1995). MMPI-2 profiles of worker's compensation claimant who present with complaints of harassment. *J Clin Psychol*, 51, 711-715.
- Girardi P., Monaco E., Prestigiacomo C., Talamo A., Ruberto A., & Tatarelli R. (2007). Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence Vict.*, 22, 172-88.
- Harlow, H. (1960). Primary affectual patterns in primates. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30.
- Kernberg, O. F. (1998). *Ideology, conflict and leadership in groups and organizations*. New Haven: Yale Univ. Press. (Trad. it. *Le relazioni nei gruppi. Ideologia, conflitto e leadership*. Raffaello Cortina, Milano, 1999).
- Klein, M. (1946) *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. In Klein M., *Scritti*, Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Laplanche J., & Pontalis J.-B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Trad. it. Editori Laterza 2010.
- Mahler, M. S. (1958). On the two crucial phases of integration of the sense of identity: separation-individuation and bisexual identity". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 6, pp. 136-139.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row, New York.
- Matthiesen SB, & Einarsen S. (2001). MMPI-2 configuration among victims of bullying at work. *European Journal of work and organizational Psychology*, 10, 476-484.
- Passi Tognazzo, D. (1968). *Il metodo Rorschach*. Giunti Editore, III° Ediz. Firenze 1994
- Raho C., Giorgi I., Bonfiglio N.S., & Argentero P. (2008). Caratteristiche di personalità in un campione di soggetti che lamentano vessazioni sul posto di lavoro, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia; Supplemento A, Psicologia*, Vol. 30, N. 1, A80-A86.
- Rausch de Traubenberg, N. (1981). *La pratica del Rorschach*. Trad. it. Utet Torino, 1999.
- Sola, T. (2006). *L'apporto dei metodi proiettivi nella psicodiagnosi clinica. Approccio psicodinamico*. Aracne Editrice: Roma.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, pp. 53-74.
- Spitz, R. (1946). Hospitalism: a follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, pp. 313-342.
- Tudisco, S. (2014, July). *Bullying in the workplace, self-boundaries and narcissistic investment: an exploratory research*. Paper presented at XXI International Congress of Rorschach and Projective Method, Istanbul, TR.
- White, S. (2004). A psychodynamic perspective of workplace bullying: containment, boundaries and a futile search for recognition. *British Journal of Guidance & Counselling*, Vol. 32, N. 3, pp. 269-280.

Indagine sul disagio evolutivo in ambito scolastico nel territorio Martina Franca-Crispiano

Efisia Satta*, Valentina Vannetti**, Monica Petecchia***, Brigida Ruggieri***, Anna Romano***, Tatiana Corbascio****, Francesco Laddomada*****

*Dirigente Psicologa CSM Martina Franca

**Psicologa Psicoterapeuta

***Psicologa Specializzanda in Psicoterapia

****Dott.ssa in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute

***** Dirigente Sociologo CSM Martina Franca

Riassunto

Il presente articolo offre ai professionisti del settore gli esiti di una ricerca promossa dal Centro di Salute Mentale di Martina Franca, in collaborazione con l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale n.5, cui afferiscono i comuni di Martina Franca e Crispiano. Essa è stata condotta nelle scuole dell'obbligo presenti sul territorio ed ha inteso esplorare il costrutto "disagio evolutivo". Attraverso l'elaborazione e la somministrazione agli insegnanti di un questionario proprio della ricerca quantitativa, è stato possibile acquisire informazioni sui progressi percorsi formativi ed esperienziali inerenti il tema e verificare la loro utilità nel rintracciare ed arginare le situazioni di disagio. Il presente lavoro è partito da una definizione più meramente astratta del disagio evolutivo per avvicinarsi progressivamente ad un livello più concreto, attraverso l'operazionalizzazione del concetto in variabili. Esso offre una fotografia diretta del fenomeno con spunti relativi alle possibili modifiche da attuare nel campo della prevenzione e della formazione.

Parole chiave: prevenzione, disagio evolutivo, scuola, formazione.

Premessa

L'Ufficio di Piano, afferente all'Ambito Territoriale 5, costituito dai Comuni di Martina Franca e Crispiano e dal Distretto Socio-Sanitario dell'ASL TA, di concerto con il CSM territoriale ha inteso investire attraverso lo strumento PdZ (Piano Sociale di Zona) risorse economiche, strumentali ed umane in favore dei minori¹.

¹ In ambito comunale per l'aspetto squisitamente sociale i soggetti promotori sono: la dott.ssa Silvestri M. (assistente sociale e dirigente delegato PdZ Comune di Martina Franca/Crispiano) e la dott.ssa D. Vitale

Il Progetto si è proposto di esplorare il costrutto disagio evolutivo assumendo come punto di vista quello di ciascun insegnante delle scuole presenti sul territorio, acquisendo informazioni sui progressi percorsi formativi ed esperienziali inerenti il tema e verificando l'utilità di tali percorsi nel rintracciare ed arginare le situazioni di disagio. Rivolto a tutte le Scuole dell'obbligo, ad eccezione dei primi due anni delle scuole secondarie di secondo grado, il Progetto Prevenzione del disagio minorile in ambito scolastico ha visto l'adesione spontanea di cinque Istituti Comprensivi siti a Martina Franca - D'Aosta, Chiarelli, Grassi, Marconi e Giovanni XXIII - e della Direzione Didattica Statale "Mancini" di Crispiano.

L'implementazione del Progetto ha perseguito le finalità di: a) dotarsi di materiale scientifico, passando in rassegna la letteratura dell'infanzia,

(assistente sociale e responsabile programmi PdZ negli stessi Comuni). Per l'area socio-sanitaria (ASL TA) le persone coinvolte sono: il dott. A. Bozzani (dirigente psichiatra del CSM di Martina Franca-Crispiano), la dott.ssa E. Satta (dirigente psicologa e coordinatrice del progetto), il dott. F. Laddomada (dirigente sociologo e responsabile dell'elaborazione statistica dei dati), entrambi afferenti al servizio di salute mentale.

L'implementazione del progetto ha richiesto la nomina di psicologi tra i quali la dott.ssa V. Vannetti, che si è occupata anche del lavoro di ricerca con la collaborazione di cinque tirocinanti inserite nell'équipe dalla coordinatrice: le dott.sse M. Petecchia, A. Romano, B. Ruggieri, psicologhe specializzande in psicoterapia e le tirocinanti dott.sse in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute T. Corbascio e B. Venerito. Le scuole che hanno collaborato al Progetto sono: gli Istituti Comprensivi siti a Martina Franca - D'Aosta, Chiarelli, Grassi, Marconi e Giovanni XXIII - e la Direzione Didattica Statale "Mancini" di Crispiano.

europea e transatlantica; b) strutturare interventi mirati, col supporto degli esperti esterni, affinché gli insegnanti della scuola dell'obbligo potessero affinare gli strumenti già acquisiti ed eventualmente apprendere di nuovi; c) riconoscere e gestire con più consapevolezza il disagio espresso dagli allievi nonché prevenire il suo cronicizzarsi in senso psicopatologico.

Tecniche e metodi

Il ricercatore, nell'attivare una ricerca empirica, reperisce, dalla sua cassetta, gli attrezzi più adatti allo scopo che può essere cognitivo (ovvero legato alla conoscenza) o valutativo; la scelta è dettata dall'obiettivo, dall'oggetto, dagli strumenti applicabili, dal tipo di elaborazione ed analisi che s'intende operare sui dati.

La *tecnica* è una "specifica procedura operativa", riconosciuta dalla comunità scientifica di un determinato ambito disciplinare, indispensabile al ricercatore affinché i dati siano acquisiti sul campo (Bezzi, 2006). Il *metodo* invece è il sistematico esame delle procedure e delle modalità di spiegazione nell'analizzare i dati empirici (Corbetta, 2000). Il metodologo viene spesso associato all'artigiano e alle sue capacità artistiche nell'utilizzo delle tecniche, che di solito sono tramandate di padre in figlio. La ricerca, capace di impattare situazioni non preventivate, è pertanto un processo artigianale oltre che standardizzato.

Nella fase iniziale è stata effettuata una ricerca di sfondo che ha permesso di recuperare: materiale bibliografico, studi precedentemente effettuati sull'argomento e dati statistici. Dalla lettura critica del materiale raccolto, nonché dalla

Tab. 1 Ripartizione alunni/insegnanti per struttura

TERRITORIO	ISTITUTI COMPRESIVI E DIREZIONE DIDATTICA	SPECIFICA SCUOLE	ALUNNI	INSEGNANTI
Crispiano	Direzione Didattica Statale Mancini	Infanzia Rodari	286	28
		Infanzia Corso Umberto		
		Primaria Mancini	548	51
		Totale	834	79
Martina Franca	I.C. Chiarelli	Infanzia Collodi	230	26
		Infanzia San Francesco	489	49
		Infanzia Mamma Luisa	141	12
		Primaria Chiarelli	42	5
		Secondaria I° Battaglini	48	3
		Totale	950	95
		I.C. D'Aosta	Infanzia	Non attivata
	Primaria		Non attivata	Non attivata
	Secondaria I°		784	69
	Totale		784	69
	I.C. Giovanni XXII	Infanzia	288	17
		Primaria	628	51
		Secondaria I°	51	13
		Totale	967	81
	I.C. Grassi	Infanzia Carpari	Non pervenuto	Non pervenuto
		Infanzia San Paolo	Non pervenuto	Non pervenuto
		Infanzia Deledda	Non pervenuto	Non pervenuto
		Infanzia Casavola	Non pervenuto	Non pervenuto
		Primaria Carpari	Non pervenuto	Non pervenuto
		Primaria San Paolo	Non pervenuto	Non pervenuto
		Secondaria I° Grassi	Non pervenuto	Non pervenuto
		Totale	Non pervenuto	Non pervenuto
	I.C. Marconi	Infanzia La Sorte	94	6
		Infanzia Rodari	117	8
		Infanzia Plesso Comunale	170	11
		Primaria	959	69
Secondaria I°		17	9	
Totale		1.357	103	
Totale		4.892	427	

correlazione delle informazioni acquisite con attività desk, si è potuto circoscrivere il fenomeno su cui s'intendeva indagare.

La numerosità degli insegnanti ha reso necessario l'uso di tecniche e strumenti propri della ricerca quantitativa. A tal fine l'équipe ha predisposto un questionario rivolto agli insegnanti, che è stato somministrato in realtà scolastiche comunque afferenti alla provincia di Taranto ma esterne all'Ambito Territoriale n°5 al fine di testare l'efficacia dello strumento costruito. In seguito è stato organizzato un incontro di presentazione del progetto in ciascuna delle scuole aderenti e, in tale circostanza, si è proceduto ad auto-somministrare il questionario agli insegnanti presenti.

Poiché non tutti gli insegnanti hanno partecipato all'incontro di presentazione, il numero complessivo dei questionari compilati (356), seppure rappresentativo della popolazione scolastica coinvolta, è da ritenersi parziale.

Il questionario, strumento principe della ricerca in oggetto, si articola in due parti. La prima parte ha permesso la raccolta di dati anagrafici e demografici quali: l'età, il sesso, il tipo di scuola (scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado), il titolo di studio posseduto (diploma o laurea), gli anni totali di insegnamento e gli anni di insegnamento nella sede scolastica attuale. La seconda parte ha consentito di esplorare il concetto di disagio evolutivo attraverso l'elaborazione delle risposte che gli insegnanti hanno dato alle diciotto domande presenti nel questionario, organizzate in:

- *domande chiuse*: prevedono una modalità di risposta predefinita, sulla quale gli insegnanti sono chiamati ad apporre una o più crocette (in quest'ultimo caso si parlerà di domande a scelta multipla);
- *domande aperte*: attraverso le quali l'interlocutore potrà esprimersi liberamente; queste possono essere precedute da una domanda filtro volta a selezionare gli intervistati con lo scopo di sottoporli a specifiche domande differenziate.
- Il questionario ha inteso indagare il costrutto *disagio evolutivo*, chiedendo agli insegnanti, a fronte della loro esperienza, di fornire in primis una definizione dello stesso e, a seguire, l'individuazione di un

massimo di tre indicatori, tra quelli previsti dalla variabile (secondo item del questionario), che attribuiscono significato al fenomeno.

Oltre alle domande (aperte e chiuse), lo strumento ha incluso altri oggetti come le scale di atteggiamento; la più nota tra esse è la Scala Likert grazie alla quale atteggiamenti ed opinioni vengono ordinati gerarchicamente. Attraverso più Scale Likert si è inteso indagare sui contenuti dei corsi di aggiornamento eventualmente effettuati, per comprendere se gli stessi fossero o no riconducibili al disagio evolutivo e se l'acquisizione di ulteriori conoscenze e strumenti sul tema avesse in qualche modo inciso sulle capacità degli insegnanti di fronteggiare problematiche ad esso inerenti.

Fornita una definizione del disagio evolutivo (sulla base del background di ciascun insegnante), evidenziata l'importanza dello specifico processo formativo sull'argomento e sulla eventuale necessità di approfondire le conoscenze apprese, si è inteso verificare se gli insegnanti si fossero mai trovati nelle condizioni d'intervenire sul disagio dei propri alunni, nelle sue differenti manifestazioni (difficoltà relazionale, di apprendimento, di linguaggio, aggressività, ecc.).

Anche se lo strumento non è stato strutturato secondo aree tematiche, in realtà da esso se ne desumono almeno quattro: anagrafica, disagio evolutivo, processo formativo e modalità di intervento.

Risultati

Area anagrafica insegnanti

L'area anagrafica degli insegnanti include diverse proprietà tra cui il sesso che presenta due stati (maschio o femmina) mutuamente esclusivi (Bezzi e Palumbo, 1995). La domanda, riconducibile al sesso, rappresenta l'archetipo delle domande chiuse.

Dando per scontato che il questionario sarebbe stato rivolto ad insegnanti di diversi ordini e gradi di istruzione delle scuole coinvolte nell'indagine, superfluo è apparso introdurre l'interrogativo sulla professione. Rilevante, invece, per gli obiettivi perseguiti acquisire informazioni sugli anni di

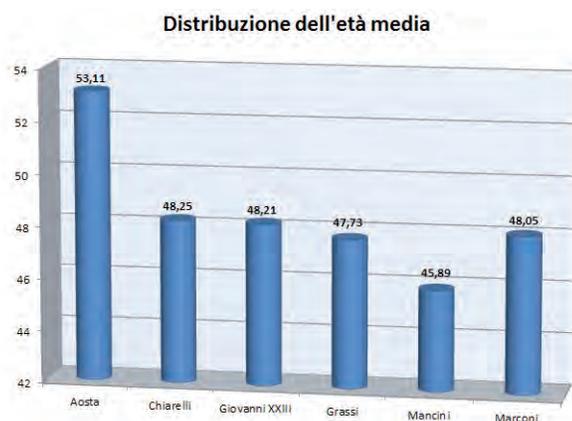
insegnamento espletati da ciascun insegnante con particolare attenzione a quelli svolti in sede, ossia nella struttura ove si opera attualmente. Tali strutture presentano all'interno della vasta gamma le scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado.

Per quanto attiene l'età, anziché prevedere ampie classi di età quali modalità di risposte, si è preferito configurare la domanda come aperta. Lo stesso trattamento ha subito la proprietà relativa al titolo di studio.

Età

Come si evince dal grafico 1, l'età media complessiva degli insegnanti si attesta sui 48,54 anni. Si registrano picchi massimi alla "D'Aosta" (53,11) e minimi alla Mancini (45,89). Tali picchi non si discostano significativamente dalla media nazionale del 51,8 e della Regione Puglia del 51,1 (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca²).

Graf. 1 - Area anagrafica del questionario: età media degli insegnanti riferita a ciascun Istituto Comprensivo / Direzione Didattica Statale



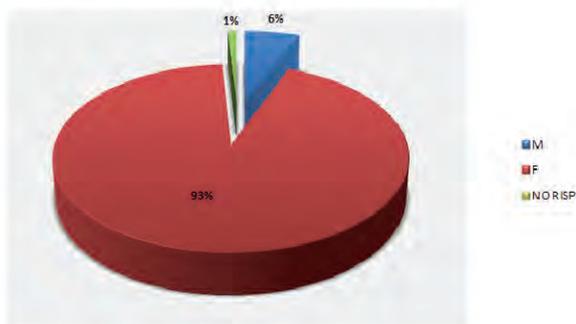
Sesso

Dei 356 insegnanti che hanno compilato il questionario, 331 sono femmine e 21 maschi mentre

4 non hanno specificato il loro sesso. Nella popolazione scolastica si riscontra dunque un'incidenza significativamente maggiore della presenza femminile su quella maschile (93% contro 6%) e ciò non fa che confermare il dato storico ossia che il mondo dell'istruzione rimane appannaggio totale delle insegnanti.

Graf. 2 - Area Anagrafica del questionario: sesso degli insegnanti.

Distribuzione percentuale variabile sesso



La percentuale di chi non risponde (1%) è così bassa da risultare irrilevante ai fini del presente lavoro.

Tipologia di scuola

Gli insegnanti che hanno accettato di compilare il questionario afferiscono a diverse tipologie di scuola come di seguito illustrato:

Tab. 2 - Insegnanti che hanno accettato di compilare il questionario suddiviso per tipologia di scuola

INSEGNANTI	FREQUENZA	PERCENTUALE
Scuola infanzia	96	27
Scuola primaria	161	45,2
Scuola secondaria I°	90	25,3
Nessuna risposta	6	2,5
Totale	356	100

Se si correlano questi dati con il numero complessivo di insegnanti per tipologia di scuola, in sede di somministrazione si evince una maggiore prevalenza di scuola primaria e una distribuzio-

² Ufficio VII - Servizio di statistica, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Direzione generale per gli studi, la statistica ed i sistemi informativi.

ne di scuola dell'infanzia e scuola secondaria di I grado in percentuale simile. L'1% non specifica la propria appartenenza.

Titolo di studio

Dei 356 insegnanti, 203 (57%) hanno dichiarato di possedere il diploma e 144 (40%) la laurea mentre 9 (3%) non hanno fornito risposta lasciando il campo vuoto.

Graf. 3 - Area Anagrafica del questionario: titolo di studio.



Nei grafici a seguire si riportano i dati concernenti la percentuale del titolo di studio posseduto distribuita per le tre tipologie di scuola prese in considerazione dalla presente ricerca.

Come emerge dal grafico sottostante, nella scuola dell'infanzia, gli insegnanti diplomati sono il 22% (77) mentre i laureati risultano il 5% (19), infine l'1% (3) non fornisce risposta.

Graf. 4 - Area Anagrafica del questionario. Incrocio scuola dell'infanzia con titolo di studio.



Rispetto alla scuola primaria, gli insegnanti con diploma sono il 31% (112) mentre quelli con laurea 14% (49), mentre l'1% (3) non risponde.

Graf. 5 - Area Anagrafica del questionario. Incrocio scuola primaria e titolo di studio.



Per concludere, riguardo alla scuola secondaria di primo grado, gli insegnanti con laurea sono il 22% (80), quelli con diploma il 3% (10). Infine l'1% (3) non risponde.

Graf. 6 - Area Anagrafica del questionario. Incrocio scuola secondaria di primo grado e titolo di studio.



Anni di insegnamento

Mediamente gli insegnanti afferenti ai singoli istituti hanno alle spalle una carriera che va dai 17,35 ai 25,21 anni di attività con una media complessiva che si attesta sui 20,25 anni.

Graf. 7 - Area anagrafica del questionario. Media degli anni di insegnamento.

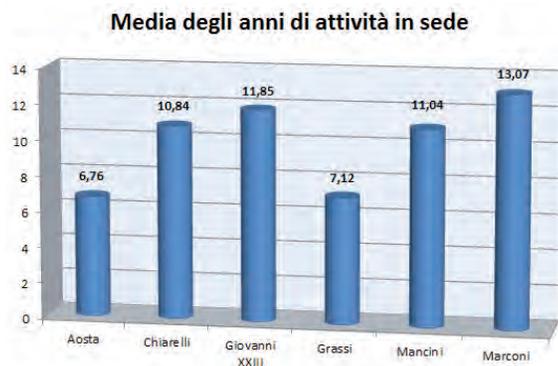


Dall'istogramma si evince che gli insegnanti con il minor numero di anni di insegnamento afferiscono alla "Mancini" (17,35), quelli con il maggior numero alla "D'Aosta" (25,21) mentre si collocano tra i 20,19 ed i 18,61 anni degli altri Istituti aderenti.

Anni di insegnamento in sede

La media degli anni di insegnamento nella sede scolastica attuale è di 10,11 anni con oscillazioni che vanno dai 6,76 ai 13,07 anni.

Graf. 8 - Area Anagrafica del questionario. Media degli anni di attività degli insegnanti nella stessa sede.



L'istogramma illustra dunque una maggiore permanenza degli insegnanti presso l'Istituto "Marconi" (13,07) ed una minore permanenza

alla "D'Aosta" (6,76) e alla "Grassi" (7,12) mentre gli anni di attività in sede per gli altri Istituti si collocano tra gli 11,85 ed i 10,84.

Area disagio evolutivo

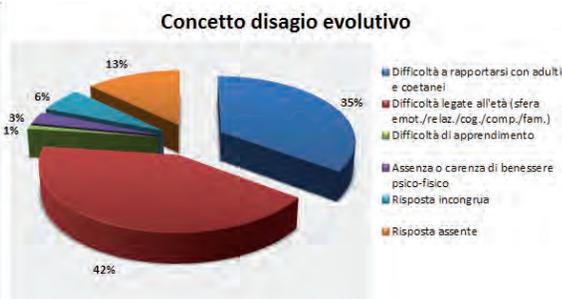
Definizione di disagio evolutivo

Le risposte fornite alla prima domanda, volta ad esplorare la percezione che le insegnanti hanno del disagio evolutivo, sono state categorizzate in cinque differenti tipologie descrittive, di seguito descritte:

Tab. 3 – Domanda aperta numero 1 del questionario, categorizzata, Area Disagio Evolutivo.

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Difficoltà legate allo sviluppo	144	41
Difficoltà ad inserirsi correttamente in ogni ambito e a rapportarsi in modo sereno con adulti e coetanei	125	35
Assenza o carenza di benessere psico-fisico	12	3
Difficoltà d'apprendimento	4	1
Risposte assenti / incongrue	71	20
Totale	356	100

Graf. 9 - Domanda aperta numero 1 del questionario, categorizzata, Area Disagio Evolutivo.



La maggior parte degli insegnanti concorda nel definire il disagio evolutivo come un insieme di

difficoltà legate all'età dello sviluppo che riguardano diverse sfere (emotiva, cognitiva, sociale) o all'incapacità dell'allievo di relazionarsi con gli altri, siano essi adulti o coetanei. Di scarsa rilevanza, ai fini statistici, risultano le categorie che rintracciano nel disagio evolutivo un'assenza/carenza di benessere psico-fisico o una difficoltà di apprendimento.

Significativo appare il dato relativo alle risposte assenti/incongrue, pari al 20% (71 su 356) di cui 13% (47 su 356) sono assenti ed il 6% (22 su 356) incongrue, che lascia ipotizzare una difficoltà degli insegnanti nel definire con chiarezza il costrutto di disagio evolutivo.

Indicatori di disagio evolutivo

Esaminando gli indicatori relativi al disagio evolutivo prescelti dagli insegnanti, tra quelli preposti dall'item del questionario, si evince che l'attenzione si catalizza (confermando in parte il dato precedente):

- sulla difficoltà a relazionarsi con il gruppo dei pari se non sulla assenza di qualsiasi relazione con esso
- sui ripetuti comportamenti aggressivi assunti dai minori soprattutto in ambito scolastico
- sull'insofferenza da loro mostrata nel rispettare le regole impartite dall'insegnante
- sulla mancata concentrazione durante le ore di lezione che si traduce in scarsa partecipazione alle attività ludico-didattiche

Una percentuale di insegnanti piuttosto elevata, pari al 23% (249 su 356), non fornisce una risposta al quesito proposto.

Tab. 4 - Domanda chiusa numero 2 del questionario, Area Disagio Evolutivo.

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Mancanza o difficoltà nella relazione con i coetanei	190	17
Ripetuti comportamenti di aggressività in classe e non	162	15
Insofferenza al rispetto delle regole	109	10

La mancanza di concentrazione	99	9
Scarsa partecipazione alle attività didattiche e ludiche	50	5
Manifestazioni somatiche in classe	43	4
Continue richieste di attenzione da parte dell'insegnante	46	4
Particolari disegni elaborati dal bambino	34	3
Scarsa tolleranza alle frustrazioni	33	3
Insoddisfacente rendimento scolastico	26	2
Difficoltà nel rapporto con il cibo	17	2
Numero delle assenze	16	1
Assenza di ordine nella gestione del materiale scolastico	9	1
Mancata esecuzione dei compiti assegnati per casa	3	0
Campi vuoti	249	24
Totale	837	100

Tipologia di disagio riscontrate

Tab. 5 - Domanda chiusa numero 9 del questionario, Area Disagio Evolutivo. Trattasi di domanda a risposta multipla.

CLASSIFICAZIONE	FREQUENZA	PERCENTUALE
Difficoltà comportamentali	271	16
Difficoltà nell'accettazione delle regole	236	13
Eccessiva irrequietezza	220	12
Difficoltà di apprendimento	212	12
Difficoltà nella relazione con i coetanei	202	11
Aggressività	200	11
Difficoltà del linguaggio	155	9
Problemi affettivi	142	8
Isolamento	148	8
Totale	1.786	100

Il grafico su riportato illustra le risposte ottenute. Coloro i quali hanno risposto negativamente rappresentano la percentuale più alta; il dato pone in evidenza come, negli ultimi due anni, le tematiche inerenti il disagio evolutivo non sono state oggetto di aggiornamento professionale per gli insegnanti. Anche quando queste tematiche sono state affrontate, gli insegnanti hanno dichiarato di essere insoddisfatti in percentuale quasi doppia rispetto a coloro i quali si definivano completamente soddisfatti. Il 6% (23 su 356) non risponde.

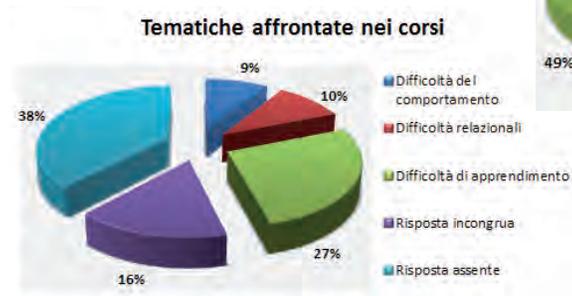
Tematiche affrontate nei corsi di aggiornamento

Agli insegnanti che hanno risposto in maniera affermativa alla domanda precedente (114 su 356 - 32%) è stata offerta la possibilità di specificare quali argomenti relativi al disagio evolutivo sono stati affrontati nei corsi di aggiornamento a cui hanno partecipato. L'elaborazione dei dati ha portato a standardizzare quattro tipologie di risposta:

Tab. 6 - Domanda aperta numero 4 del questionario, Area Processi Formativi.

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Difficoltà di apprendimento	31	27
Difficoltà relazionali	12	10
Difficoltà del comportamento	10	9
Risposte assenti / incongrue	61	54
Totale	114	100

Graf. 14 - Domanda aperta numero 4 del questionario, Area Processi Formativi.



Il grafico riportato illustra visivamente tali per-

centuali e lascia evincere, con chiarezza, che le tematiche trattate hanno per lo più riguardato difficoltà di apprendimento e solo in minima misura difficoltà di relazione con i coetanei o difficoltà comportamentali. Una percentuale significativamente elevata di insegnanti (43 su 356 - 38%), pur avendo risposto affermativamente alla domanda, non specifica i contenuti dei corsi di aggiornamento ai quali ha partecipato mentre il 16% (18 su 356) fornisce una risposta non pertinente alla domanda.

Autovalutazione della propria preparazione

E' stato chiesto agli insegnanti attraverso una scala Likert se, a seguito degli eventi formativi e/o di aggiornamento seguiti sull'argomento, pensano di avere acquisito gli strumenti necessari per affrontare le problematiche legate al disagio dei loro allievi oppure ritengono di aver bisogno di ulteriori elementi di conoscenza. La distribuzione percentuale delle risposte previste dal questionario si è articolata come segue:

- no, non mi sento preparato 49% (175 su 356)
- si, sono sufficientemente preparato 43% (152 su 356)
- si, sono del tutto preparato 1% (4 su 356)

Graf. 15 - Domanda chiusa numero 5 del questionario, Area Processi Formativi.



Il campione degli insegnanti a cui è stato sottoposto il questionario pare sostanzialmente dividersi tra chi sente di avere una preparazione sufficiente per affrontare il disagio evolutivo e chi invece non si sente affatto preparato. Solo una percentuale statisticamente ininfluente ritiene di avere una preparazione del tutto adeguata

per poter affrontare la problematica in questione. Il 7% (25 su 356) non risponde.

Risposta assente/ incongrua	153	45
Totale	339	100

Importanza nel trattare tali tematiche

Si è cercato di capire se per gli insegnanti è importante trattare tematiche inerenti il disagio evolutivo. Sono emersi i seguenti risultati:

- si 95% (339 su 356)
- no 1% (4 su 356)

Graf. 16 - Domanda chiusa numero 6 del questionario, Area Processi Formativi.



Appare evidente che gli insegnanti ritengono fondamentale trattare tali tematiche, infatti, solo una percentuale statisticamente ininfluenza lo ritiene non necessario. Il 4% (13 su 356) non si esprime né in un senso né nell'altro.

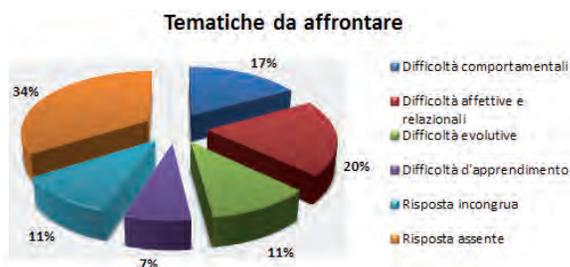
Tematiche da trattare

Agli insegnanti che avevano risposto affermativamente alla domanda sulla eventuale necessità di trattare tematiche inerenti il disagio evolutivo (339 su 356 - 59%), è stato chiesto di indicare quali tematiche vorrebbero affrontare. La standardizzazione ha portato a definire sei tipologie di risposta:

Tab. 7 - Domanda aperta numero 7 del questionario, Area Processi Formativi.

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Difficoltà affettivo-relazionali	68	20
Difficoltà comportamentali	56	17
Difficoltà evolutive	39	11
Difficoltà di apprendimento	23	7

Graf. 17 - Domanda aperta numero 7 del questionario, Area Processi Formativi.



La percentuale più alta risulta quella relativa alla risposta assente (116 su 356 - 34%) mentre la risposta incongrua si attesta sull'11% (37 su 356). Le tematiche che gli insegnanti vorrebbero affrontare riguardano difficoltà affettivo - relazionali seguite da difficoltà comportamentali e difficoltà evolutive e, in misura minore, dalle difficoltà di apprendimento.

Area modalità d'intervento

Interventi attuati

Gestione dei disagi riscontrati

E' stato chiesto agli insegnanti se sono stati in qualche modo affrontati i disagi riscontrati. Le risposte al quesito hanno presentato la seguente distribuzione percentuale:

- sì (314 su 356 - 88%)
- no (30 su 356 - 8%)

Graf. 18 - Domanda chiusa numero 10 del questionario, Area Modalità d'Intervento (Interventi attuati).



Dal grafico emerge che la quasi totalità degli insegnanti risponde di aver in qualche modo gestito il disagio riscontrato; solo una piccola minoranza afferma di non aver affrontato il disagio. Il 3% (12 su 356) si è astenuto dal rispondere alla domanda loro formulata.

Tipologia d'intervento attuato e relativa efficacia

Gli insegnanti che hanno risposto in modo affermativo alla domanda precedente, sono stati chiamati a specificare la tipologia d'intervento messo in atto. Sulla base delle risposte fornite, il campione si è così distribuito:

Tab. 8 - Domanda chiusa numero 11 del questionario, Area Processi Modalità d'intervento (Interventi attuati). Trattati di domanda a risposta multipla.

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Colloquio e collaborazione con la famiglia	264	14
Coinvolgimento allievo in attività d'interesse	182	10
Confronto con il collega di fiducia	173	10
Programma individualizzato per l'allievo	157	9
Colloquio con il capo d'istituto	152	9
Colloquio con l'allievo	162	9
Coinvolgimento classe in attività d'interesse	102	6
Lettura di testi e/o ricerca di metodologie da applicare al caso	103	6
Segnalazione/confronto con i servizi socio-sanitari territoriali	95	5
Studio del caso con esperti	94	5
Segnalazione/confronto con i servizi sociali territoriali	83	5
Colloquio con specialisti esterni	84	5
Intervento programmato	63	4
Applicazione di metodologie specifiche	48	3
Totale	1.762	100

Graf. 19 - Domanda chiusa numero 11 del questionario, Area Processi Modalità d'intervento (Interventi attuati).



L'intervento maggiormente utilizzato dagli insegnanti è il colloquio e la collaborazione con la famiglia, seguito dal coinvolgimento dell'allievo in attività di interesse, dal confronto con il collega di fiducia, dal programma individualizzato per l'allievo e dal colloquio con l'alunno ed il capo d'istituto.

Invece le modalità meno percorse dagli insegnanti risultano essere l'applicazione di metodologie specifiche, l'intervento programmato, segnalazione/confronto con i servizi socio-sanitari territoriali, la segnalazione/confronto con i servizi sociali territoriali, lo studio del caso con esperti, il colloquio con gli specialisti esterni.

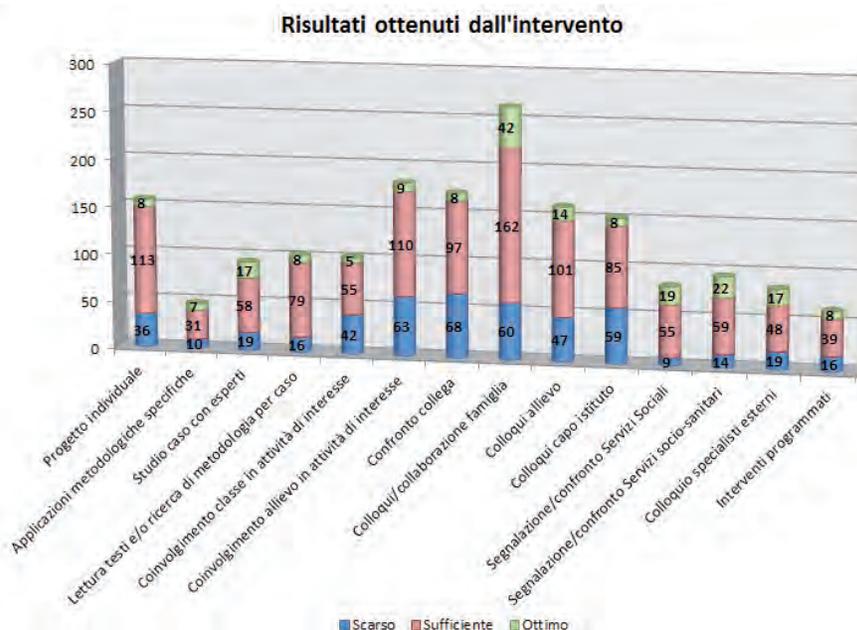
Gli insegnanti sono stati chiamati a specificare l'efficacia dell'intervento attuato.

Il grafico (graf. 20) evidenzia che gli insegnanti valutano sufficiente la qualità di tutti gli interventi attuati, con uno spostamento dell'efficacia più verso l'ottimo che lo scarso. Tale andamento non è confermato in due modalità di intervento: la segnalazione ed il confronto con i servizi socio-sanitari ed i servizi sociali del territorio di appartenenza.

Figure che hanno prestato collaborazione efficace nell'affrontare il disagio

Si è chiesto agli insegnanti di individuare la figura che, a loro parere, ha prestato una più efficace collaborazione nell'affrontare il disagio.

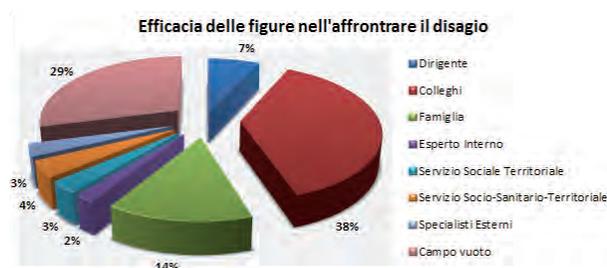
Graf. 20 - Domanda chiusa numero 11 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Interventi attuati).



Tab. 9 - Domanda chiusa numero 12 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Interventi attuati).

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Colleghi	136	38
Famiglia	50	14
Dirigente	24	7
Servizi socio-sanitari territoriali	15	4
Specialisti esterni	11	3
Servizi sociali territoriali	9	3
Esperto interno	7	2
Campo vuoto	104	29
Totale	356	100

Graf. 21 - Domanda chiusa numero 12 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Interventi attuati).



Gli insegnanti hanno nettamente dichiarato che la collaborazione più efficace è stata assicurata loro dai colleghi e, in misura significativamente inferiore, dalla famiglia e dal dirigente. Percepiscono, invece, come scarsamente rilevante l'intervento attuato dai servizi sociali e socio-sanitari territoriali, dagli specialisti esterni e dagli esperti interni. Una percentuale abbastanza elevata (103 su 356 - 29%) si astiene dal fornire una risposta.

Proposte d'intervento Necessità di modifiche sugli interventi attuati

Gli insegnanti sono stati chiamati ad esprimersi sull'opportunità di introdurre delle modifiche per intervenire in modo più efficace sull'allievo. Di seguito le percentuali rilevate:

- si 65% (232 su 356)
- no 19% (69 su 356)

Pertanto la maggior parte degli insegnanti ritiene di apportare modifiche agli interventi finora messi in campo. Il 15% (55 su 356) non si esprime in merito.

Graf. 22 - Domanda chiusa numero 13 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).



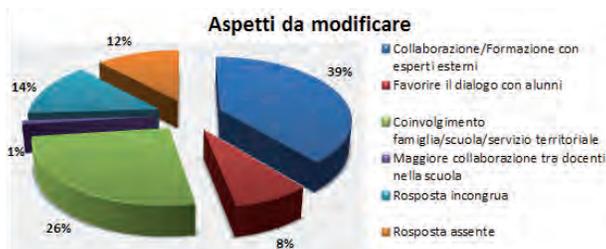
Proposte di modifica agli interventi

A coloro i quali avevano risposto “si” alla domanda precedente, è stato chiesto di indicare, con modalità aperta, quali aspetti riterrebbero opportuno modificare per intervenire in modo più opportuno con l’allievo. L’elaborazione dei dati ha portato a categorizzare le risposte secondo quattro differenti tipologie:

Tab. 10 - Domanda aperta numero 14 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Collaborazione/ formazione con esperti esterni	91	39
Coinvolgimento di famiglia/scuola/servizi territoriali	61	26
Favorire il dialogo con gli alunni	18	8
Maggiore collaborazione tra il corpo docente interno alla scuola	2	1
Risposta incongrua/ assente	60	26
Totale	232	100

Graf. 23 - Domanda aperta numero 14 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).



Emerge quindi che gli insegnanti vorrebbero principalmente incrementare la collaborazione e la formazione con gli esperti esterni e favorire un maggiore dialogo tra famiglia, scuola e servizi territoriali. E’ da evidenziare che il 13% (31 su 356) degli insegnanti, di fronte al quesito proposto, offre una risposta incongrua mentre il 13% (29 su 356) non esplicita alcuna modifica.

Opportunità di apprendere nuove modalità

Si è chiesto agli insegnanti se ritenessero opportuno conoscere nuove modalità per intervenire con l’allievo. Il campione si è così distribuito:

- si 81% (288 su 356)
- no 5% (19 su 356)

Graf. 24 - Domanda chiusa numero 15 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).



La quasi totalità degli insegnanti ritiene opportuno conoscere nuove modalità; solo una percentuale statisticamente bassa risponde in maniera negativa. Il 14% (48 su 356) non si esprime in merito.

A coloro che avevano risposto positivamente alla domanda (289 su 356 -81%), è stato anche chiesto di motivare la loro scelta. L’elaborazione dei dati ha portato a categorizzare le risposte come segue:

Tab. 11 - Domanda numero 15 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Formazione ai docenti per riconoscere e affrontare situazioni di disagio	123	43
Collaborazione specialista/docente/famiglia	17	6

Formazione ai docenti per migliorare la qualità dell'intervento didattico	15	5
Osservazione del comportamento dell'allievo e del gruppo classe, anche con l'ausilio dell'esperto esterno	12	4
Risposta incongrua/assente	122	42
Totale	289	100

Graf. 25 - Motivazione domanda numero 15 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).



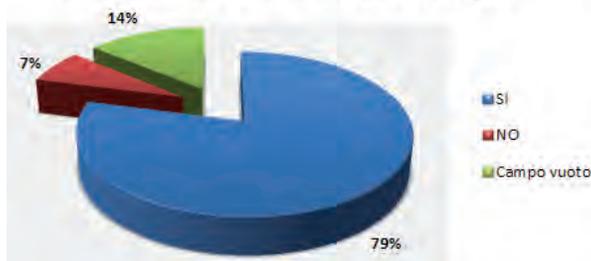
La percentuale più alta si registra in risposte che prendono in considerazione la formazione ai docenti per riconoscere ed affrontare situazioni di disagio. Le percentuali più basse riguardano la collaborazione tra specialisti/docenti/servizio territoriale/famiglia, la formazione ai docenti per migliorare la qualità dell'intervento didattico e l'osservazione del comportamento dell'allievo e del gruppo classe, anche con l'ausilio dell'esperto esterno.

Il 31% non fornisce una risposta al quesito proposto, mentre l'11% risponde in modo incongruo.

Nuove modalità per motivare la collaborazione della famiglia

Graf. 26 - Domanda chiusa numero 16 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

Nuove modalità di intervento per la famiglia



E' stato chiesto agli insegnanti se fosse opportuno conoscere nuove modalità di intervento per motivare la famiglia a collaborare. Si riportano di seguito le percentuali di risposta rilevate:

- si (280 su 356 - 79%)
- no (26 su 356 - 7%)

L'elevata percentuale dei "si" evidenzia l'opportunità, per gli insegnanti, d'incentivare la collaborazione con la famiglia. Solo una minima percentuale non ritiene opportuno conoscere nuove modalità. Il 14% (50 su 356) degli insegnanti non fornisce una risposta al quesito proposto.

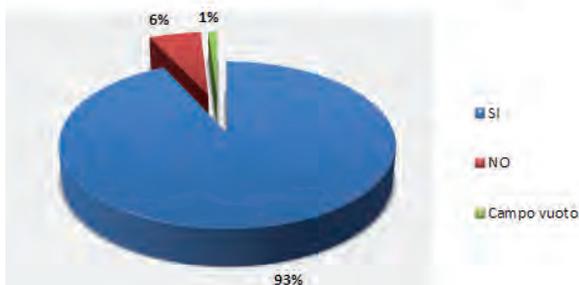
Presenza dello specialista

E' stato chiesto se la presenza dello specialista del disagio evolutivo potrebbe migliorare la qualità del contesto scuola e la motivazione dell'eventuale risposta scelta.

- il 92% (328 su 356) degli insegnanti ha risposto affermativamente
- l'1% (5 su 356) non è favorevole
- il 6% (23 su 356) si è astenuto

Graf. 27 - Domanda chiusa numero 17 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

Importanza dello specialista nel contesto scuola



L'elaborazione dei dati ha portato a categorizzare le motivazioni offerte dagli insegnanti in tre modalità:

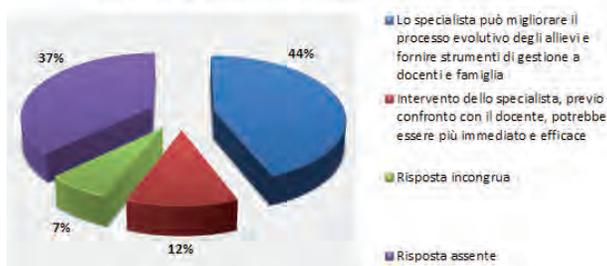
Tab. 12 - Motivazione domanda numero 17 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Lo specialista può migliorare il processo evolutivo degli allievi e fornire strumenti di gestione ai docenti e/o alla famiglia	148	45

L'intervento dello specialista, previo eventuale confronto con il docente, potrebbe essere più immediato e/o efficace	38	12
Risposta assente/incongrua	142	43
Totale	328	100

Graf. 28 - Motivazione domanda numero 17 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

Modalità di intervento richiesto allo specialista



Il 37% degli insegnanti non esplicita alcuna preferenza, mentre il 7% non risponde in maniera adeguata al quesito proposto.

Utilità dello specialista

A coloro i quali avevano risposto “sì” al quesito precedente è stato chiesto di scegliere su chi sarebbe utile l'intervento dello specialista del disagio evolutivo a scuola tra le opzioni fornite:

Tab. 13 - Domanda numero 18 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento). Trattasi di domanda a risposta multipla.

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Con l'alunno, l'insegnante e gli insegnanti	253	40
Direttamente sull'alunno	127	20
Nella relazione tra l'alunno e gli insegnanti	106	17
Nella relazione tra famiglia e insegnanti	103	16
Solo su famiglia e l'allievo	23	4
Solo sulla famiglia	12	2
Solo con gli insegnanti	8	1
Non è utile la presenza della specialista a scuola	1	0
Totale	633	100

Graf. 29 - Domanda numero 18 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).



Inoltre, le risposte sono state categorizzate in quattro tipologie di motivazione:

Tab. 14 - Motivazione domanda numero 18 del questionario, Area Processi Modalità d'Intervento (Proposte d'intervento).

TIPOLOGIA	FREQUENZA	PERCENTUALE
Informazioni incongrue e/o assenti	210	64
È utile il confronto di più punti di vista (lavoro di rete)	84	25
Il docente ha bisogno dello specialista per comprendere il disagio riscontrato	23	7
La famiglia è assente, non collaborativa, spesso è fonte del disagio	9	3
Prevenire situazioni più gravi	2	1
Totale	328	100

Discussione

Come precedentemente delineato, il questionario è stato suddiviso in quattro aree: anagrafica, disagio evolutivo, processi formativi, modalità d'intervento.

Per quanto concerne la prima area, si passeranno in rassegna gli aspetti considerati e i relativi risultati.

L'età media complessiva degli insegnanti che hanno compilato il questionario si attesta sui 48,54 anni, in linea con i dati sia della media nazionale che regionale, indicativi della presenza di

un corpo insegnante non relativamente giovane. Si riscontra che il campione è prevalentemente costituito da docenti di sesso femminile, di cui quasi la metà afferisce alla scuola primaria mentre la restante alle scuole dell'infanzia e secondaria di primo grado.

Si è registrata una percentuale non rilevante ai fini statistici che non ha fornito risposta all'item "sesso" e "tipologia di scuola", tuttavia, è possibile fornire una spiegazione circa i dati in questione: per tutelare il proprio anonimato ed evitare il riconoscimento, gli insegnanti potrebbero aver lasciato in bianco la risposta, come esplicitato da alcuni di loro in fase di auto-somministrazione.

Per quanto concerne il titolo di studio, i diplomati sono in percentuale lievemente maggiore rispetto ai laureati. Se si indaga la percentuale di laureati e diplomati per tipologia di scuola, si rileva una netta incidenza dei secondi nelle scuole dell'infanzia e ancor di più nelle scuole primarie, con un'inversione di tendenza nelle scuole secondarie di primo grado, dove si registra invece una prevalenza di laureati. Tale dato è conforme alla precedente normativa, art. 197, comma 1 del DL 16 aprile 1994, n°297 (<http://archivio.pubblica.istruzione.it>) che prevedeva l'assunzione di diplomati per l'insegnamento nelle scuole materne ed elementari e di laureati nelle scuole medie inferiori. In prospettiva futura tale dato subirà certamente una variazione a fronte della nuova normativa, art. 6, della Legge 30 Ottobre 2008, n.169, (<http://hubmiur.pubblica.istruzione.it>) che prevede l'assunzione di personale unicamente laureato in Scienze della formazione primaria per le scuole dell'infanzia e primarie.

In riferimento alla media degli anni di insegnamento presso gli istituti aderenti al Progetto, è emerso che i docenti dell'Istituto Comprensivo "D'Aosta" risultano essere quelli con un periodo lavorativo più esteso rispetto ai docenti del Circolo Didattico "Mancini".

Infine, si registra una maggiore permanenza in sede degli insegnanti afferenti all'Istituto Comprensivo "Marconi", minore presso l'Istituto Comprensivo "D'Aosta".

Per quanto riguarda l'area del disagio evolutivo, emerge che esso è concepito dal 40% del campione come una difficoltà globale tipica dell'età dello sviluppo emotivo, cognitivo e sociale la cui

evoluzione dipende dal tipo di intervento che le agenzie educative, tra cui la scuola e la famiglia, adottano nei confronti dei minori. Una parte considerevole del campione pone il focus esclusivamente sulla sfera sociale ovvero sulle difficoltà comportamentali che impediscono ai minori di inserirsi adeguatamente in qualsiasi contesto non attivando rapporti sereni con adulti e coetanei.

Il presente lavoro è partito da una definizione più meramente astratta del disagio evolutivo fornita dagli insegnanti per avvicinarsi progressivamente ad un livello più concreto, attraverso l'operazionalizzazione del concetto in variabili.

In questo modo è stato possibile acquisire informazioni dirette che hanno consentito di descrivere il fenomeno. È emerso, nuovamente, che l'aspetto sociale viene identificato come principale indicatore di disagio evolutivo, il quale può sfociare in comportamenti aggressivi in classe o nella mancanza di rispetto delle regole.

Alla luce delle pregresse esperienze sul campo, i disagi con i quali gli insegnanti hanno dovuto confrontarsi in classe, indipendentemente dalla loro risoluzione, rientrano nell'accezione sociale del disagio evolutivo (difficoltà comportamentali, di accettazione delle regole, irrequietezza, aggressività e difficoltà di relazione con i coetanei).

Contrariamente a quanto emerso nella definizione del disagio evolutivo, in cui le difficoltà di apprendimento risultavano di scarsa rilevanza, nel contesto classe le difficoltà di apprendimento legate alla sfera cognitiva acquistano una rilevanza pari alle singole difficoltà della sfera sociale sopraindicate. Tale discrepanza tra livello astratto e livello operativo potrebbe indicare eventuali difficoltà degli insegnanti a stabilire se i problemi di apprendimento rientrano o meno nella categoria del disagio evolutivo. Questa confusione può essere generata dalla mancanza di chiarezza che gli insegnanti hanno nello stabilire se le difficoltà di apprendimento vadano intese come manifestazioni secondarie al disagio evolutivo o come difficoltà di apprendimento tout court.

L'analisi dei dati attinenti l'area dei processi formativi evidenzia che, per la maggior parte dei casi, l'oggetto dei corsi di aggiornamento non ha riguardato il disagio evolutivo e, se lo ha fatto, ciò è avvenuto in maniera non completamente soddisfacente.

Le tematiche affrontate hanno per lo più riguardato le difficoltà di apprendimento e, solo in misura inferiore, quelle di relazione con i coetanei o comportamentali. Tale dato illustra che l'offerta formativa della scuola sembrerebbe riguardare prevalentemente una tematica, le difficoltà di apprendimento, mentre trascura proprio quelle tematiche che per gli insegnanti definiscono il concetto di disagio evolutivo.

La quasi totalità delle insegnanti sostiene l'importanza di trattare tematiche inerenti il disagio evolutivo. Quando tuttavia viene chiesto loro di indicare nello specifico quali questioni affrontare, la maggior parte di loro non fornisce una risposta. Sembrerebbe emergere un bisogno a cui non si accompagna una chiara richiesta.

Infine, l'area delle modalità d'intervento ha preso in esame due aspetti: interventi attuati e proposte d'intervento.

Le modalità d'intervento maggiormente scelte dagli insegnanti per affrontare le situazioni di disagio risultano orientate più verso risorse interne alla scuola (colloqui e/o collaborazione con la famiglia, coinvolgimento dell'alunno in attività di interesse, confronto con i colleghi) con una efficacia che va dal sufficiente all'ottimo.

Gli insegnanti difficilmente si affidano a risorse esterne (servizi territoriali socio-assistenziali, socio-sanitari, specialisti esterni); quando questo avviene, ritengono che gli interventi abbiano una efficacia minore, che si attesta sulla sufficienza con picchi verso lo scarso.

Le figure che hanno fornito una collaborazione maggiormente efficace nell'affrontare il disagio risultano essere in primis i colleghi e in secondo luogo la famiglia. È da evidenziare che una elevata percentuale degli insegnanti non ha indicato quale figura sia riuscita a dare una collaborazione efficace. Nel particolare, gli insegnanti quando si trovano ad affrontare situazioni di disagio scelgono la collaborazione di figure interne all'istituto trascurando la possibilità di attingere a professionisti esterni con competenze specifiche in materia. Inoltre, dai dati emerge che l'intervento con i risultati migliori sia quello che prevede il coinvolgimento della famiglia mentre la figura che ritengono più collaborante è il collega.

I docenti avvertono la necessità d'introdurre delle modifiche agli interventi attuati per agire in

maniera più efficace sul disagio dell'allievo, proponendo interventi di collaborazione/formazione con esperti esterni, contrariamente a quanto dicono di aver fatto nel passato. Una buona parte degli insegnanti è divisa tra chi auspica un potenziamento del raccordo famiglia, scuola, servizi territoriali e chi non sa indicare quali modifiche apportare agli interventi finora attuati, pur ritenendole necessarie. Si potrebbe ipotizzare che gli insegnanti non ritengano opportuno migliorare la collaborazione tra il corpo docente dal momento che in passato è risultata essere presente ed efficace.

La maggioranza dei docenti afferma che sarebbe utile apprendere nuove modalità d'intervento, quali ad esempio la formazione ai docenti per riconoscere ed affrontare il disagio. Se si confronta questo dato con la somma delle risposte assenti e incongrue si nota un'equiparazione delle percentuali, quindi c'è un desiderio di apprendere nuove modalità sebbene gli insegnanti non sempre sappiano precisare quali. Quando è stato specificamente chiesto dell'opportunità o meno di apprendere nuove modalità d'intervento con la famiglia, gli insegnanti hanno risposto al quesito favorevolmente.

Gli insegnanti sono quasi unanimi nel ritenere importante la presenza dello specialista a scuola. Se una metà di essi non sa spiegare (o spiega in modo inadeguato) le ragioni di tale importanza, l'altra metà sostiene che lo specialista potrebbe migliorare il processo evolutivo dell'alunno e, al tempo stesso, fornire strumenti di gestione del disagio ai docenti e alle famiglie. In altri termini l'intervento dello specialista, per essere utile, dovrebbe coinvolgere simultaneamente l'alunno, la famiglia, gli insegnanti; dunque, dovrebbe esplicarsi a 360° al fine di garantire il confronto di più punti di vista o lavoro di rete.

Bibliografia

- Bezzi, C., & Palumbo, M. (1995). *Questionari e Diagnostici*. Firenze: Arnaud Gramma.
- Bezzi, C., & Baldini, I. (2006). *Il brainstorming. Pratica e Teoria*. Milano: Franco Angeli.
- Corbetta, P. (2000). *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*. San Giovanni Persiceto: Il Mulino.
- Art.197 comma 1 del D.L. 16 Aprile 1994, n.297. (20/10/2014) <http://archivio.pubblica.istruzione.it>
- Art. 6 della L. 30 Ottobre 2008, n.169. (20/10/2014). <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it>

Analisi descrittiva di un fenomeno

Efisìa Satta*, Brigida Ruggieri**, Monica Petecchia**, Graziana Di Giuseppe***, Giovanna Devito****, Francesco Laddomada*****

* Dirigente Psicologa Psicoterapeuta dell'età adulta e dell'età evolutiva presso D.S.M. di Martina Franca

** Psicologa, tirocinante psicoterapeuta presso D.S.M. di Martina Franca

*** Psicologa

**** Pedagogista

***** Sociologo presso D.S.M. di Martina Franca

Riassunto

Il presente articolo nasce dall'esigenza di verificare se il fenomeno del suicidio presente nel territorio di Martina Franca, cittadina pugliese, abbia un'alta incidenza così come diffuso nell'ambito della cultura locale. La ricerca analizza in modo quantitativo i casi di suicidio che si sono verificati dal 1979 al 2011. Le informazioni sono state estrapolate dai registri di causa di morte dai quali sono stati reperiti dati su mezzo, causa e luogo di morte, genere, scolarizzazione, stato civile, professione, fascia d'età per ciascun caso di suicidio. Inoltre, tali informazioni sono state correlate ai dati emersi a livello nazionale per poi discuterne i risultati ottenuti. Nonostante lo studio osservazionale abbia un numero esiguo di soggetti e quindi non sia possibile fornire delle statistiche significative, è emerso che tale condotta a livello locale si manifesta in maniera più frequente rispetto al contesto nazionale. Tale lavoro rappresenta la base di partenza per una riflessione e successivi approfondimenti nell'ambito di un tema spesso ignorato e poco affrontato su un piano preventivo.

Parole chiave: Suicidio, Martina Franca, Ricerca quantitativa, Modalità suicidarie, Differenze di genere

Introduzione

Nelle scienze sociali "*Le suicide*" di Émile Durkheim (1987), costituisce indubbiamente l'opera classica sull'argomento. In essa confluiscono i risultati delle indagini e delle riflessioni degli statisti e dei positivisti, soprattutto per quanto riguarda le presunte relazioni tra la morte volontaria e i comportamenti devianti, e al contempo viene sviluppata un'elaborata teoria sulla eziologia sociale dei suicidi, che ha rappresentato la base di partenza e il riferimento obbligato di tutte le ricerche successive (Marra, 1987). L'orientamento fondamentale di quest'opera si esprime nel postulare l'irrelevanza dei motivi individuali dell'a-

gente per dare enfasi alla "produzione sociale" dei suicidi che viene imputata, per contro, a certe condizioni dell'ambiente collettivo. A partire da questa considerazione egli distingue quattro tipi di suicidio (Durkheim, 1969):

- egoistico, quando un individuo non è integrato in modo adeguato nella società ed è costretto a fare affidamento unicamente sulle sue risorse personali;
- altruistico, quando l'individuo si identifica con la cultura o con l'ideale del gruppo di appartenenza;
- anomico, quando l'individuo per il disgregarsi delle relazioni in cui è inserito, non trova più la sua identità;
- fatalista, quando l'individuo si sente parte di un destino da cui non può separarsi senza una grave perdita di senso per la propria esistenza.

Gli studiosi che dopo Durkheim (1969) si sono occupati del suicidio facendo riferimento ad aspetti individuali, sono convinti che non esista una struttura di personalità ed una specifica psicodinamica connessa al suicidio. Tuttavia è stato possibile rintracciare alcuni elementi costitutivi del suicidio grazie al contributo che diversi autori hanno dato in merito all'argomento.

Un fattore a cui viene data molta importanza è la disperazione, a cui Beck e Steer (1990) fecero riferimento associandola alle aspettative negative di una persona circa il futuro.

Hendin (1991) ha identificato nella desolazione, un altro fattore decisivo oltre alla disperazione. La desolazione implica l'aspettativa di un cambiamento associato alla certezza di non poterlo realizzare.

Sigmund Freud (1976) ha intuito che aggressione e violenza rappresentano due fattori impor-

tanti per comprendere il suicidio. Egli ha affermato che i meccanismi psicodinamici legati alle condotte suicidarie sono: ambivalenza nei confronti degli oggetti d'amore, identificazione con l'oggetto amato e odiato nel tentativo di riparare la sua perdita vissuta come intollerabile ed infine l'aggressione distruttiva dell'oggetto introiettato. Il suicidio quindi esprime un'aggressione contro una persona amata con la quale un individuo si è identificato e costituisce così un omicidio mancato. Similmente a Freud, Melanie Klein (1978) parla di persecutore, identificato con il Super-Io a sua volta contaminato dagli oggetti cattivi introiettati: chi si uccide esprime contemporaneamente il desiderio di punire sia l'oggetto amato e perduto sia se stesso per avere secondo lui causato tale perdita.

Secondo Adler (1949) il suicidio, al pari della fuga o della lotta, della collera o della paura, rappresenta una difesa da situazioni psicologiche penose costituite da una svalutazione dell'Io sotto l'aspetto fisico, morale e sociale.

Musatti (1949) considera l'autoaggressività come l'elemento masochistico costitutivo della melanconia che, dal terreno puramente psichico, si trasferisce a quello fisico fino al suicidio. Egli prospetta due meccanismi psicogenetici: perdita dell'oggetto amato e incapacità di affrontare la realtà esterna. Il primo è caratterizzato dallo squilibrio che si viene a creare tra la perdita e l'impossibilità dell'abbandonare l'investimento libidico che l'oggetto rappresenta. Ne consegue l'identificazione del soggetto con l'oggetto amato e l'eliminazione di esso attraverso l'autosoppressione. Il secondo meccanismo è caratterizzato dall'incapacità, da parte di un soggetto particolarmente debole, di affrontare la realtà esterna con conversione dell'eteroaggressività in autoaggressione ed autosoppressione come forma di liberazione.

Rispetto ai fattori dell'aggressività e violenza, sembrerebbe dunque che "quando l'autostima e l'integrità del sé di una persona dipendono dall'attaccamento di un oggetto perduto, il suicidio può apparire come l'unica via per stabilire la coesione del sé" (Gabbard, 2002, 8).

Deshaies (1951) ritiene che fattori psicologici devono integrarsi con fattori sociali e fisici per determinare il suicidio. La condizione suicidaria scaturirebbe da una struttura psichica particola-

re, in grado di erompere sotto la spinta di stimoli personali e ambientali. L'autore descrive sei fenomeniche: il suicidio difensivo per una situazione intollerabile, il suicidio autopunitivo per un sentimento di colpa, il suicidio autoaggressivo per l'interiorizzazione di un atto aggressivo, il suicidio oblativo per atto sacrificale, il suicidio ludico per suggestione, il suicidio tanatologico per istinto di morte.

Secondo l'Oms ogni anno si suicidano 16 persone ogni 100.000, cioè un milione di persone, dunque una ogni 40 secondi, ed i tentativi di suicidio sono quasi 20 milioni, cioè uno ogni 23 secondi. Ogni anno ci sono più morti a causa del suicidio che delle guerre e degli omicidi insieme. Sono dati drammatici e raggelanti, poco conosciuti, indici di una piaga sociale enorme. Negli ultimi anni la crisi economica che ha colpito alcuni Paesi, tra cui l'Italia, viene considerata la causa principale delle condotte suicidarie, ma alcuni studi dimostrano che le loro cause sono molteplici: biologiche, sociali, culturali, psicologiche, storiche, antropologiche. Fra i Paesi Ocse (Organizzazione Europea per la Cooperazione Economica) l'Italia, con 6 suicidi ogni 100.000, registra uno dei più bassi livelli di mortalità per suicidio. Tra il 1993 e il 2009 la mortalità è diminuita significativamente da 8,3 a 6,7 suicidi ogni centomila abitanti, con piccole variazioni su livelli storicamente bassi negli ultimi anni. Le regioni del nord, con eccezione del Veneto, hanno quozienti di suicidio superiori al valore nazionale, mentre quelle a sud, con eccezione della Sardegna, hanno tassi inferiori (Istat, 2008).

A livello regionale, la Puglia presenta 3,1 suicidi all'anno ogni 100.000 abitanti e, pertanto, si colloca al di sotto della media nazionale. Entrando nello specifico della provincia di Taranto, però, è doveroso segnalare che i comuni di Martina Franca, Massafra e Grottaglie presentano un eccesso di mortalità per suicidio distribuita prevalentemente nel sesso maschile e al di sopra dei 35 anni (ASL Taranto, 2003-2004).

Nel presente lavoro si intende approfondire la realtà di Martina Franca che, nel recente passato, secondo la diceria popolare, veniva indicata come uno dei territori con più alto tasso di suicidi.

La ricerca quindi analizza in modo scientifico e sistematico il fenomeno del suicidio, in senso

longitudinale in continuità con le precedenti ricerche inerenti il tema, in quanto si è approfondito il lavoro iniziato dieci anni fa dal dott. Mario Serrano, ex dirigente responsabile psichiatria del CSM, e ripreso successivamente dall'assistente sociale Dott.ssa Patrizia Cofano nella sua tesi di laurea.

La ricerca è stata realizzata presso il Centro di Salute Mentale di Martina Franca, grazie alla disponibilità del dirigente psichiatra Dott. Alberto Bozzani e alla supervisione della Dott.ssa Efisia Satta, psicologa dirigente del CSM, con la collaborazione del sociologo Dott. Francesco Laddomada, delle tirocinanti psicologhe Dott.ssa Brigida Ruggieri, Dott.ssa Graziana Di Giuseppe, Dott.ssa Monica Petecchia e della pedagogista Dott.ssa Giovanna Devito. I dati sono stati reperiti presso l'Ufficio Igiene di Martina Franca grazie al contributo del dirigente Dott. Argese e delle sue collaboratrici.

Cenni storici

Martina Franca è un comune della provincia di Taranto situato a 431mt s.l.m. nella Murgia sud-orientale, con una superficie territoriale di 295,42 km e una popolazione di circa 49 mila abitanti.

Le origini di Martina Franca sono da ricondursi al 1310, anno in cui sorse Franca Martina, chiamata così dal Principe Filippo I, dal nome di una delle colline su cui era stata edificata, un'antica chiesetta posta sulla sua sommità dedicata a San Martino di Tours. L'origine del nome Franca risale invece dalle concessioni di franchigie e privilegi da parte di Filippo d'Angiò agli abitanti per favorirne lo stanziamento (Blasi, 2010).

Morto Filippo I nel 1332, Martina attraversò un periodo di estrema decadenza e la mancanza di fonti e documenti non permette oggi, di tracciare un quadro esaustivo della realtà sociale della città.

Nel 1507 Martina fu data in feudo a Petraccone III della nobile e antica famiglia Caracciolo che provvide all'edificazione dell'attuale Palazzo Ducale, sul luogo dove anticamente sorgeva il castello degli Orsini. Sotto la dipendenza dei Duchi, Martina vide ben presto limitare le sue franchigie e libertà e, nel 1646, gli abitanti di Martina Franca, guidati da un fabbro "Capo di ferro", si ribellarono al ducato dei Caracciolo i quali tuttavia custodirono il loro feudo fino al 1827 (Chirulli, 1980).

Nel Settecento la città conobbe il suo massimo splendore, che interessò una forte crescita economica, rivolta principalmente al settore agricolo e all'allevamento, nonché un miglioramento dell'assetto urbano (Anonimo, 1988).

Nel 1799 i briganti assediaron e saccheggiarono Martina, fino a quando i suoi cittadini (Liuzzi, 1999), si fecero giustizia riuscendo a domare il brigantaggio (Guagnano, 1994) e a godere di una vera era di pace (Cofano, 1977).

La città, in pochi decenni, non soltanto vide crescere la sua popolazione, ma fu interessata anche a una profonda modificazione della sua struttura sociale (Blasi, 2000).

Intorno al 1880, vi fu un'importante rivoluzione economica dovuta alla concessione di grandi appezzamenti (un tempo dedicati al pascolo) ai contadini da parte dei grandi proprietari terrieri. Questo radicale cambiamento consentì un miglioramento delle condizioni economiche di tante famiglie che costituivano l'anello debole della società martinese (Pizzigallo, 1973). Parallelamente si assistette ad un notevole incremento demografico che portò Martina a divenire una delle cittadine più popolate dell'intera regione: il numero degli abitanti aumentò da 16.637 abitanti nel 1861 a 25.007 nel 1901 (Istat, 2008).

L'avvento del Fascismo non modificò il quadro politico e, pur tra insoddisfazione e liti, vi fu la pax mussoliniana, anche se poco dopo si riaccessero i conflitti tra le varie fazioni politiche (Liuzzi, 1999). Lo scoppio della II Guerra mondiale comportò una lieve decrescita nella evoluzione demografica della città, infatti, si passò dai 38.600 abitanti negli anni '30 ai 36.000 negli anni '50 (Istat, 2013).

Agli inizi degli anni '60, il quadro socio-economico della comunità martinese sembra cambiare rapidamente poiché sono gli anni del boom economico ed iniziano a diffondersi piccole aziende familiari, atte a produrre capi di abbigliamento (Castellana, 1986). Durante questo periodo si diffondono ampiamente i modelli attuali di vita urbana, con la scolarizzazione di massa, il calo progressivo della popolazione residente nel centro storico e con la conseguente espansione edilizia del centro urbano moderno. Negli anni '80-'90 il benessere si diffonde in misura progressivamente maggiore e continua lo sviluppo industriale. Nel

2000, con l'ingresso dell'euro, Martina ha subito un declino economico che ha comportato la chiusura di numerose piccole e medie imprese e attività commerciali con il conseguente aumento della disoccupazione e della emigrazione in altre città (Blasi, 2000).

Elementi antropologici

Ricostruire il profilo socio-antropologico del martinese non è semplice, Giuseppe Caramia (2007) nel suo libro "Il ciclo dell'uomo e dell'anno nel folclore di Martina Franca" ha ricostruito una sorta di cerniera tra epoche diverse, preservando la memoria di modelli culturali e di comportamenti sociali dal mutamento del tempo. L'autore ha analizzato lo snodarsi del ciclo dell'uomo dalla culla alla morte. Di seguito verranno citate nozioni estratte dal suddetto libro.

Nella tradizione popolare martinese la sterilità femminile era una menomazione, tanto che il marito le negava talvolta l'affetto e la comprensione; mentre si mostrava più affettuoso verso la donna incinta, accontentandola nei suoi piccoli desideri ed evitandole dispiaceri per impedire che abortisse.

La suocera era una figura molto presente nella gravidanza e augurava che il nascituro fosse maschio, la nascita di una donna era considerata una "croce" (Caramia, 2007).

Era abitudine battezzare il bambino dopo pochi giorni della nascita perché prima del battesimo egli era considerato un pagano tanto che nessuno osava baciarlo.

A sette anni si doveva pensare a renderlo cristiano perfetto, mediante la prima comunione e la cresima. Il sacramento successivo era quello del matrimonio che doveva avvenire preferibilmente tra compaesani, dello stesso ambito sociale e di età compresa tra i 16 e i 28 anni.

Il matrimonio era l'avvenimento più importante della vita tanto che ognuno organizzava la propria esistenza in funzione di esso. Anticamente la gente non aveva molta fiducia nell'efficacia della scienza e nei casi di malattia credeva agli indovini. Spesso gli ammalati che si sottoponevano ciecamente alle cure consigliate di questi ultimi si esponevano al pericolo di perdere la salute e perfino la vita (Caramia, 2007).

Dalla lettura di questo libro è evidente quan-

to le tradizioni culturali del popolo martinese abbiamo costruito negli anni la *forma mentis* delle generazioni odierne. Nello stereotipo comune, il martinese è descritto come una persona chiusa, caparbia, rigida, che privilegia relazioni con compaesani e rifiuta lo scambio con altre realtà e questo è stato confermato dalle tradizioni e dai costumi emersi dalla lettura del libro e dalla credenza comune che la posizione geografica influisca sulle caratteristiche antropologiche della popolazione di riferimento. Nello specifico infatti si ipotizza che la posizione collinare contribuisca alle caratteristiche sopracitate del cittadino martinese.

Studio osservazionale sui casi di suicidio a Martina Franca

Nel 1982 il Dott. M. Serrano ha svolto una prima ricerca sul fenomeno dei suicidi a Martina Franca, ripresa al fine della propria tesi di laurea dall'assistente sociale P. Cofano nel 1985. La metodologia utilizzata è stata quella di consultare i "certificati di morte" con le relative diagnosi del medico. Tale ricerca esamina gli anni dal 1970 al 1985 e coinvolge i Comuni di Martina Franca, Locorotondo e Crispiano. Essa è stata estesa ad altri comuni limitrofi con lo scopo di verificare se il tasso dei suicidi fosse più alto a Martina Franca rispetto alle realtà confinanti. Da tale studio si dimostra che Martina ha un numero di abitanti superiore quattro volte rispetto a quello di Crispiano e di Locorotondo, e quindi, presenta effettivamente un maggior numero di casi di suicidio, ma una minore incidenza rispetto alla popolazione. Sempre tale ricerca ha confrontato il numero dei casi nei tre comuni, divisi per sesso ed età, per metodo ed età, per stato civile e per titolo di studio. I dati emersi hanno messo in discussione la credenza popolare secondo la quale vi sarebbe stata un'alta percentuale di casi di suicidio a Martina Franca e ha evidenziato come tale fenomeno sia in realtà nella norma.

Sebbene la ricerca abbia ridimensionato la rappresentazione sociale del suicidio, attualmente i casi continuano ad essere numerosi ed oggetto di discussione e di un certo allarme nonostante questo fenomeno non sia mai stato sostenuto da dati oggettivi o da pubblicazioni scientifiche. Quindi, continuando le precedenti ricerche, il nostro stu-

dio osservazionale nasce dall'esigenza di conoscere e approfondire il fenomeno del suicidio in questo paese.

L'ipotesi di partenza era quella di indagare sulla credenza che a Martina ci fosse una prevalenza di casi di suicidio maggiore rispetto alla media italiana. Tale ipotesi non è stata verificabile data la discrepanza tra il numero degli abitanti di un piccolo paese di provincia e quelli dell'intera nazione.

L'ipotesi attuale invece mira ad osservare e registrare sistematicamente il fenomeno del suicidio in ambito territoriale nelle sue varie componenti, verificando come il suicidio si manifesta nella popolazione.

Metodologia

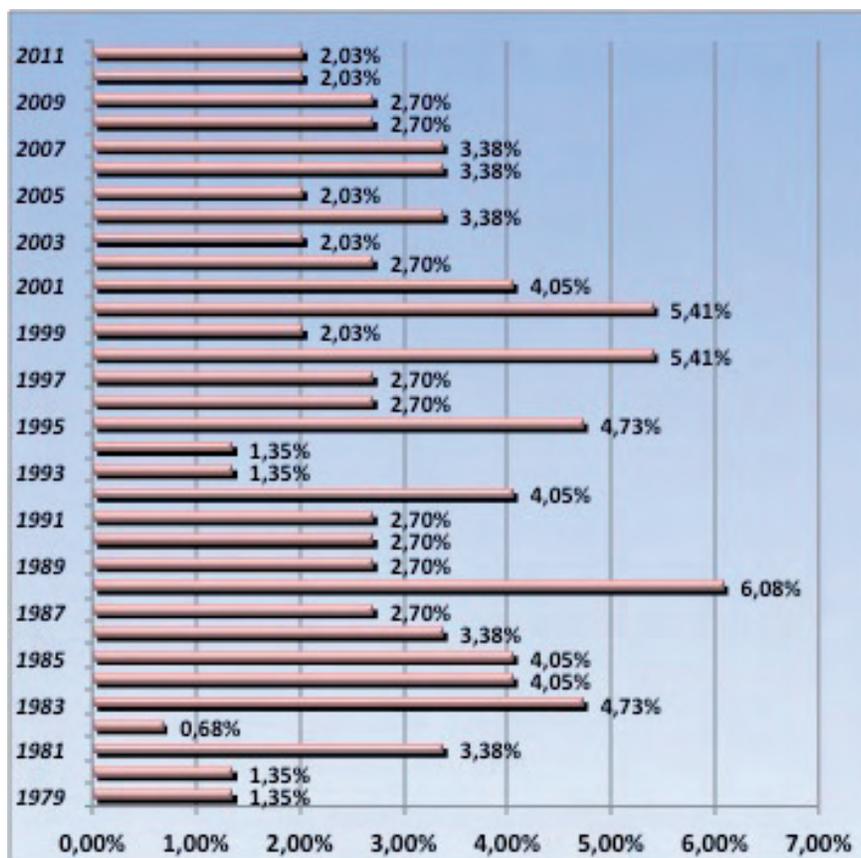
Nel presente lavoro sono stati considerati i dati relativi ai casi di suicidio nell'intervallo compreso tra gli anni 1979-2011 nel territorio di Martina Franca, non considerando quelli relativi ai tentativi di suicidio. Il campione dei suicidi è di 148 casi, di cui 101 riguardano persone di genere maschile e 47 di genere femminile. Da questo dato si può dedurre che la propensione al suicidio è maggiore tra la popolazione maschile, con un rapporto di circa due a uno.

I dati rilevati sui casi di suicidio non sono del tutto rappresentativi rispetto alla realtà. Si è osservato come in alcune situazioni sia stato omesso di specifi-

care la modalità del decesso (omicidio, suicidio, morte accidentale o infortunio sul lavoro) sebbene dalle cause di morte sembrerebbero casi di suicidio. Di conseguenza risulterebbe che tali decessi siano sottostimati. Ciò avviene per la mancanza di approfondite indagini medico legali o perché, per ragioni religiose o di costume, facilmente si perviene ad etichette di comodo; peraltro, questo viene riscontrato e rilevato anche nelle statistiche ufficiali nazionali (Destro, Viale, Mazzo, Bolognese e Finotti, 2000).

Il metodo utilizzato è stato quello di studiare il fenomeno dei suicidi a livello qualitativo e quantitativo, partendo da uno studio dei dati con particolare riferimento all'analisi descrittiva degli stessi.

I dati sono stati ricavati attraverso la consultazione dei registri di causa di morte e delle schede ISTAT presso il Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Martina Franca (ASL, TA), dei certificati di morte presso



Graf. 1 - Distribuzione percentuali dei casi di suicidio per anno

l'Ufficio Anagrafe del comune di Martina Franca, e dell'archivio dei casi di tentato suicidio e suicidi presso la Sezione Anticrimine della questura di Taranto.

La modalità utilizzata per la registrazione dei casi di suicidio presso l'A.S.L. prevede che il medico di base accerti la morte e compili la scheda Istat (art. 1, comma 1 DPR 10 settembre 1990, n. 285), per i casi di decesso senza assistenza medica tale procedura spetta al medico necroscopo (comma 4 stesso art. 1). Qualora la morte sia dovuta a causa violenta, il medico deve provvedere anche alla stesura di una relazione per il Tribunale, che potrebbe richiedere ulteriori precisazioni rispetto al caso. Nello specifico dei casi di suicidio, solo se tutte le parti in causa sono concordi nel ritenerlo tale esso viene esplicitato sia nella relazione che nelle schede Istat.

Dall'analisi dei dati emerge che nell'arco degli anni dal 1979 al 2011 si sono verificati 148 casi di suicidio (cfr. Graf. 1) di cui 47 riguardano il sesso femminile e 101 il sesso maschile (cfr. Graf. 2). Nonostante ci sia una prevalenza dei casi maschili, è da rilevare che ci sono anni in cui le donne sono in numero maggiore (2000, 2006 e 2008). Nel 2008 la presenza dei suicidi femminili è assoluta, per poi scomparire completamente in quelli successivi (2009, 2010, 2011). Dalla valutazione dei dati si evince che gli anni '80 presentano una notevole incidenza di casi di suicidio, soprattutto nel 1988, in cui ci sono stati 9 casi.

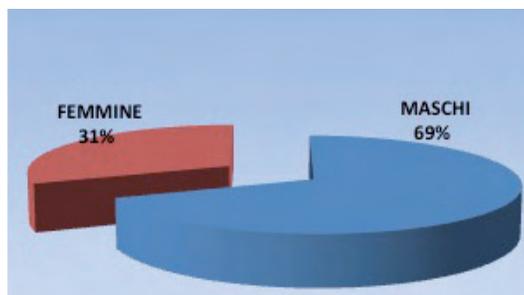
Dal grafico sulla percentuale dei casi di morte per anno emerge che nell'arco temporale considerato la media di casi di suicidio è del 4,62 % all'anno. Risulta evidente che ci sono degli anni in cui si ravvisano dei picchi, in particolare negli anni 1983, 1988, 1995, 1998, 2000, mentre gli anni in cui la percentuale è inferiore rispetto alla media sono il 1979, 1980, 1982, 1993, 1994. Dal grafico emerge, dunque, un incremento fino all'anno 2000 in seguito al quale si è verificata progressivamente una decrescita sostanziale dei casi di condotta suicidaria.

Dal confronto con i dati nazionali, si rivela come anche in Italia si sia verificata una diminuzione della mortalità a partire, però, dal 1993 sino al 2009 (ultimo anno disponibile presso l'Istat) passando da 8,3 a 6,7 suicidi ogni 100.000 abitanti, con piccole variazioni su livelli storicamente bas-

si negli ultimi anni.

Nonostante l'andamento del fenomeno suicidario di Martina Franca sia in linea con quello del resto del Paese, non sembrano corrispondere però i picchi nelle percentuali. In Italia, infatti, i dati Istat registrano un aumento negli anni: 1987, 1991, 1992, 1993. Gli anni di decremento sono il 1983, 2001, 2002, 2005, 2007, 2008 (Istat, 2012).

Graf. 2 - Distribuzione percentuale suicidi per genere

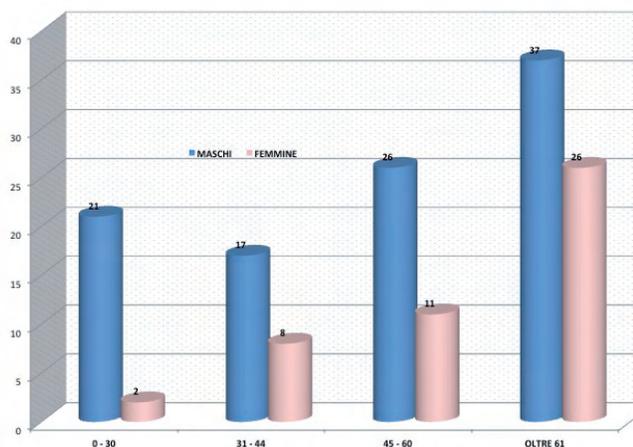


Il grafico 2 evidenzia la netta prevalenza del sesso maschile dei casi di suicidio a Martina Franca nel periodo in considerazione: il 69% contro il 31% di casi femminili. La maggiore propensione al suicidio nella popolazione maschile appare anche nel resto dell'Italia stabile nel tempo con una incidenza tre volte maggiore rispetto a quella femminile (Istat, 2012). A spiegazione di questo dato, sempre nell'assunto che il fenomeno suicidario appartenga ai comportamenti violenti, si rilevano diverse ipotesi. Dal punto di vista biologico l'aggressività appare legata alla secrezione di specifici ormoni maschili, mentre dal punto di vista culturale è stato osservato come già il modello pedagogico, oltre che quello sociale, prevedano, quali indici di virilità, comportamenti più aggressivi da parte del maschio.

Schneider (2000) ritiene che la maggior tendenza al suicidio nei maschi sia da riferire ad un fenomeno di natura biologica, per cui essi avrebbero minore resistenza vitale e sarebbero pertanto "più inclini alla morte". La donna, invece, è più resistente alle intemperie della vita essendo dotata, per costituzione e cultura, di maggiore flessibilità adattiva e propensione a chiedere aiuto, sostegno e comprensione, al contrario dell'uomo che tende a nascondere il proprio dolore. Inoltre, la concezione femminile dell'esistenza, della fa-

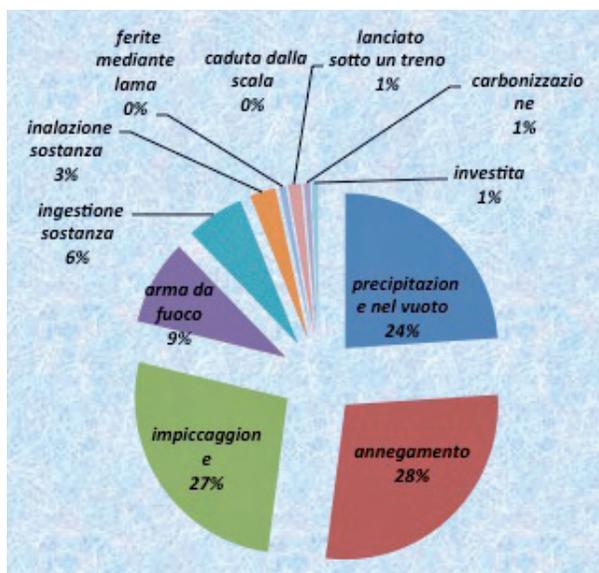
miglia, del prendersi cura, è ancora un atteggiamento saldo nel mondo odierno e le donne sono tuttora coinvolte in diffuse e protettive reti di rapporti familiari. Le donne sembrano anche meno sensibili rispetto agli uomini alle crisi economiche e risentono meno della messa in discussione della propria identità quando non trovano lavoro o altre forme di realizzazione personale. Diversamente Durkheim (1969) affermava che il maggior numero di suicidi si rilevava nel sesso femminile in quanto la donna, molto meno dell'uomo, era impegnata nella vita pubblica.

Graf. 3 - Distribuzione quantitativa dei casi di suicidio a Martina Franca per fasce di età e per genere.



ne. Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte. Da rilevare è il fatto che nella ricerca condotta a Martina Franca nella fascia di età tra 0 - 30 anni, le donne hanno una bassa tendenza al suicidio (2 casi su 47 pari a circa il 4% dei casi), mentre negli uomini il dato è più significativo, tanto che vi sono 21 casi di suicidio sul totale di 101 pari a circa il 20% dei casi. In Italia (Istat, 2009), nel biennio 2007-2008, nelle fasce di età 15-24 e 25-44, il suicidio è stato la quarta causa di morte (circa l'8% di tutti i decessi). Per i ragazzi tra i 15 e i 24 anni la percentuale dei morti per suicidio (9%) sul totale dei decessi è di poco inferiore a quella dei morti per tumore (11%). Tra le ragazze della stessa fascia di età, invece, le morti per suicidio presentano lo stesso valore di quelle dovute a cause accidentali e a malattie dell'apparato cardiocircolatorio (6%). Tra le donne della fascia compresa tra i 25 e i 44 anni, il suicidio arriva ad essere la terza causa di morte più frequente (5,6%), comparabile ai morti per incidenti stradali (5,4%).

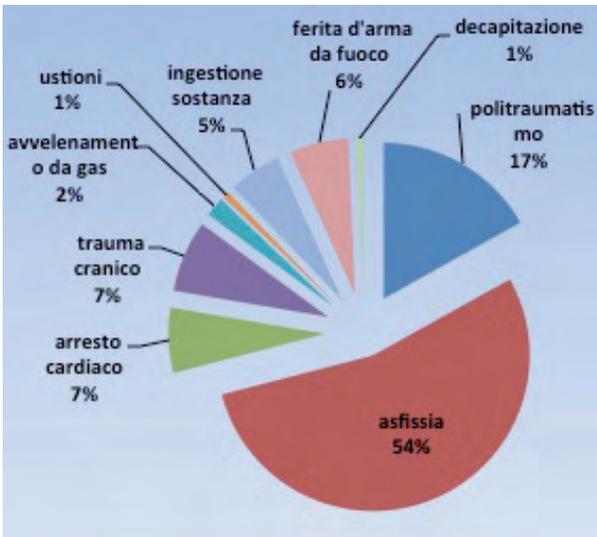
Graf. 4 - Distribuzione suicidi per mezzo di morte Martina Franca



In questo Grafico (cfr. Graf. 3) sono state prese in considerazione le variabili genere e fasce di età e si evidenzia la medesima tendenza al suicidio, prevalentemente dopo il sessantunesimo anno di vita (63 casi su 148 pari al 42,6%), da parte di uomini e donne. Già Quetelet (1835) affermava che i suicidi sono sempre più frequenti con il crescere dell'età e tale legge ha pressappoco la stessa validità per gli uomini come per le donne.

In Italia (Istat, 2009) tra gli uomini ultra sessantacinquenni, infatti, il tasso raggiunge un valore di 20,5 ogni 100.000 abitanti, contro quello di 4,5 delle donne aventi la stessa età. Se si considerano i "grandi vecchi" (85 anni e più), il tasso raggiunge il valore di 32,6 per gli uomini e di 4,4 per le don-

Graf. 5 - Distribuzione suicidi per causa di morte Martina Franca



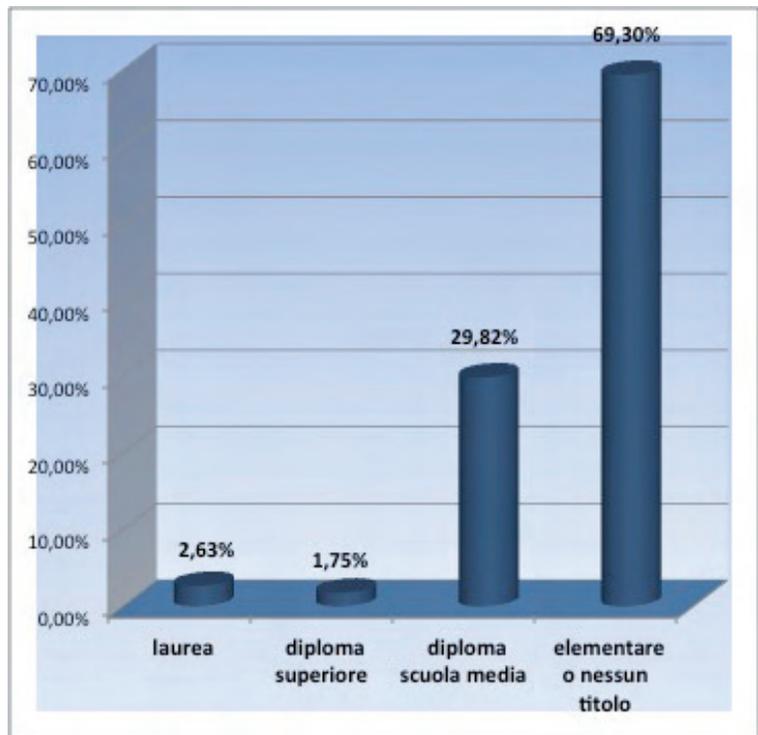
La scelta di realizzare due grafici distinti per causa e mezzo, deriva dal fatto che non sempre la modalità utilizzata per suicidarsi è la ragione diretta che ha portato al decesso, ma possono insorgere più cause che concorrono alla morte. Ad esempio, nel caso della precipitazione in cisterna talvolta la causa di morte non è l'asfissia ma il politraumatismo dovuto all'impatto con l'acqua. Come è possibile rilevare dal grafico 4, come mezzo di suicidio vi è una prevalenza di annegamenti, impiccagioni e precipitazioni nel vuoto, mentre la causa di morte predominante è l'asfissia (graf.5).

Il dato in linea con quello nazionale è la prevalenza dell'impiccagione quale mezzo utilizzato. La scelta del mezzo con cui è messo in atto il suicidio appare influenzata oltre che dalle caratteristiche individuali come sesso, età, struttura della personalità, anche dalle circostanze storiche e culturali e dal significato

psicologico e simbolico che l'azione suicida stessa viene ad assumere; da non sottovalutare in età moderna anche il potere di suggestione esercitato dalla cronaca.

In Italia, la frequenza relativa di mortalità per suicidio più elevata è attualmente quella dovuta ad impiccagione (comprensivo di soffocamento e strangolamento), mezzo che è stato in ascesa sino al 1989. La modalità dell'impiccagione è stata messa in relazione alla prevalente realtà agricola del territorio nazionale che, per sua natura, si ipotizza possa ricorrere ad una modalità arcaica di messa in atto dell'azione suicidaria e all'elevata percentuale di soggetti anziani nella popolazione considerata. Con l'aumentare dell'età, infatti, vi è la crescente tendenza a scegliere mezzi più sicuri in senso letale (Destro, Viale, Mazzo, Bolognese e Finotti, 2000).

Un ulteriore elemento d'analisi è quello relativo alle diverse modalità di suicidio tra uomini e donne che, nel nostro caso, sono l'impiccagione per i primi e la precipitazione nel vuoto (defenestramento) per le seconde, dati che trovano una significativa corrispondenza con le percentuali



Graf. 6 - Distribuzione percentuale suicidi per scolarizzazione

nazionali. Nello specifico della realtà martinese, sembra essere molto diffusa tra le donne l'annegamento a seguito di precipitazione in cisterna (pozzo), elemento architettonico presente in quasi tutto il territorio dell'agro.

La scelta del mezzo potrebbe essere correlata a diversi fattori, che vanno dal grado dell'intenzionalità di morte, dalla disponibilità del mezzo (ad esempio arma da fuoco), dalla familiarità che si ha con esso, dall'immagine collettiva che la società ha di quel mezzo e dal significato simbolico che questo assume. Perciò, ad esempio, la precipitazione, il volo nel vuoto, farebbe pensare ad un senso di libertà che, in particolare, la donna vorrebbe raggiungere. Nonostante sia difficile misurare il livello di consapevolezza con il quale il suicida decide il mezzo e il livello di determinazione a morire, si può affermare che gli uomini scelgono mezzi meno violenti ma dalla valenza maggiormente simbolica (Barbagli, Colombo, Savona, 2010).

Il dato relativo alla scolarizzazione riguarda 138 casi su 148. Da quanto emerge dal grafico, risulta che quasi il 70% dei suicidi sia rappresen-

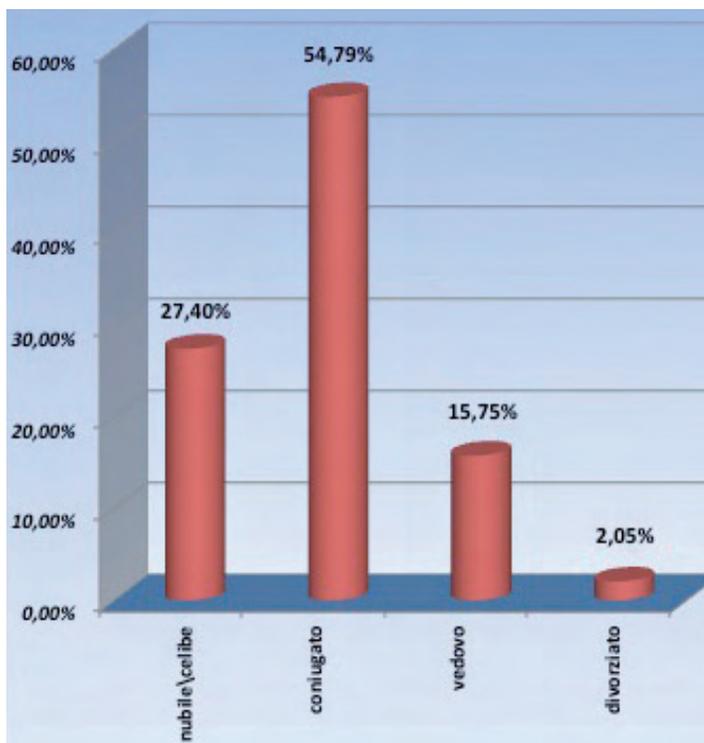
tato da persone senza alcun titolo di studio o in possesso della sola licenza elementare.

Anche il confronto con i dati italiani, sembra confermare una propensione al suicidio maggiormente elevata tra le persone con titolo di studio medio-basso, a fronte di una rilevante decrescita del fenomeno tra i laureati (Istat 2012). Risulta dunque esserci una corrispondenza tra i nostri dati e quelli italiani, diversamente invece da quanto si riscontra nella letteratura da noi consultata. Secondo Durkheim (1969) infatti il suicidio sarebbe più frequente nelle classi più elevate della società e ciò a causa della maggiore istruzione, che eserciterebbe la sua azione in maniera indiretta facendo perdere alla religione il suo potere di coesione sociale. Anche Morselli (1879) sosteneva che il tasso di suicidio fosse più alto nelle classi elevate a causa di maggiore problematizzazione dell'esistenza dovuta al livello d'istruzione più elevato.

Durkheim (1969) indicava lo stato civile come elemento determinante in relazione alle condotte suicidarie ed osservava che le persone sposate sono meno inclini al suicidio. Somogyi (1967) è concorde con questa linea, indicando la mortalità

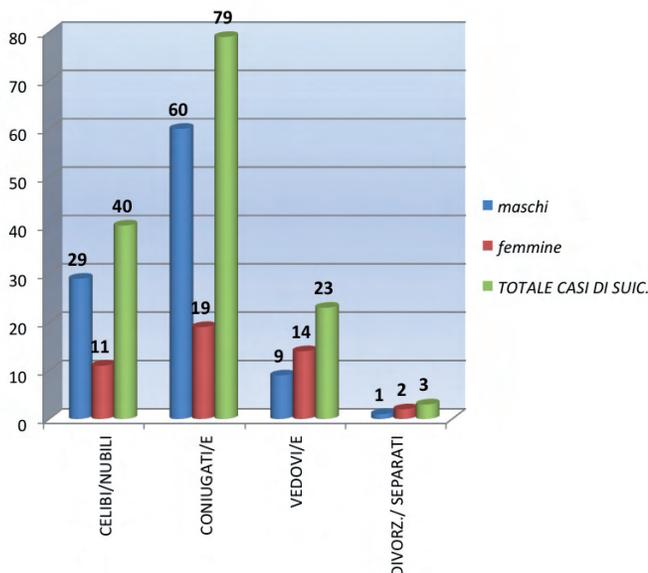
per suicidio molto alta nella popolazione dei vedovi, intermedia in quella dei celibi e bassa per i coniugati.

Nel presente grafico è stato possibile considerare 146 casi di suicidio su 148 ed emerge come la percentuale dei suicidi nei coniugati sia pari al 54,79%, seguita dai celibi/nubili. Molto distante da questa è la percentuale dei divorziati pari al 2,05%. Il dato rilevato a Martina Franca coincide con i valori assoluti riscontrati sia a livello nazionale sia in una analoga ricerca condotta nella provincia di Rovigo (Destro, Viale, Mazzo, Bolognese, Finotti, 2000). Esso non è però staticamente significativo in quanto non è rapportato alla popolazione appartenente ad ogni singola condizione di stato civile.



Graf. 7 - Distribuzione percentuale casi suicidi per stato civile

Graf. 8 - Distribuzione dei casi di suicidio a Martina Franca per genere e stato civile.



Tab. 1 - Suicidio e stato civile

SUICIDIO E STATO CIVILE - VALORI ASSOLUTI E TASSI X 10 MILA ABITANTI

STATO CIVILE	ANNI DAL 1993 AL 2010					
	VALORI ASSOLUTI			TASSI PER 10 MILA		
	M	F	TOT	M	F	T
CELIBI/NUBILI	29	11	40	28,51	11,09	31,89
CONIUGATI/E	60	19	79	49	15,52	32,25
VEDOVI/E	9	14	23	201,85	60,76	167,27
DIVORZ./SEPARATI	1	2	3	54,35	108,7	81,58
TOTALE	99	46	145			

La tabella di cui sopra analizza i dati dei suicidi di Martina Franca dal 1979 al 2010 standardizzati per stato civile e genere (145 casi su 148). Pertanto, osservando la tabella, possiamo notare la distribuzione del numero dei suicidi per stato civile e i relativi tassi per 10.000 abitanti.

E' interessante notare che il tasso di suicidi dei celibi è di 28,5 ogni 10 mila abitanti mentre delle nubili è di 11,09 cioè i celibi hanno una tendenza al suicidio due volte maggiore rispetto alle nubili nel periodo preso in considerazione. Mentre

i vedovi (tasso di 201,85 per ogni 10.000 abitanti) hanno una tendenza al suicidio di circa 3,3 volte più alta rispetto alle vedove (tasso di 60,76 ogni 10.000 abitanti), dato che ci induce a pensare che la vedovanza per i maschi è un fattore di rischio elevato per il suicidio. Questo dato si spiega con quelli che sono i ruoli sociali delle vecchie generazioni a Martina Franca dove la donna riveste un ruolo importante all'interno del nucleo familiare, ruolo che riesce a continuare ad assolvere pur in mancanza del marito. D'altro lato il maschio vedovo, privo di un ruolo in tutte quelle che solo i compiti familiari, (pulizie, cucina ecc.) si sente disorientato ed incapace a sostituirsi ai ruoli tradizionalmente femminili.

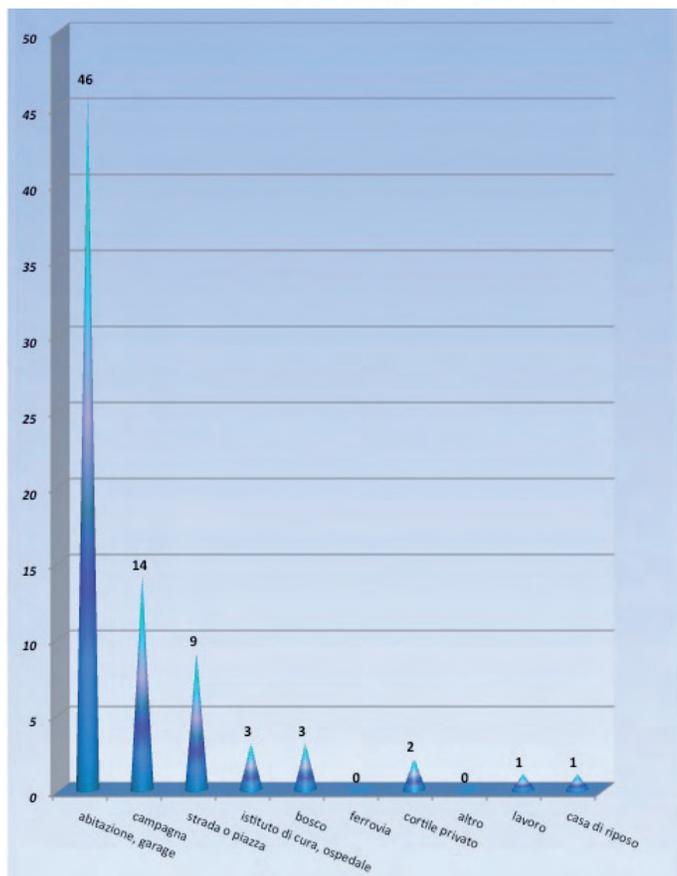
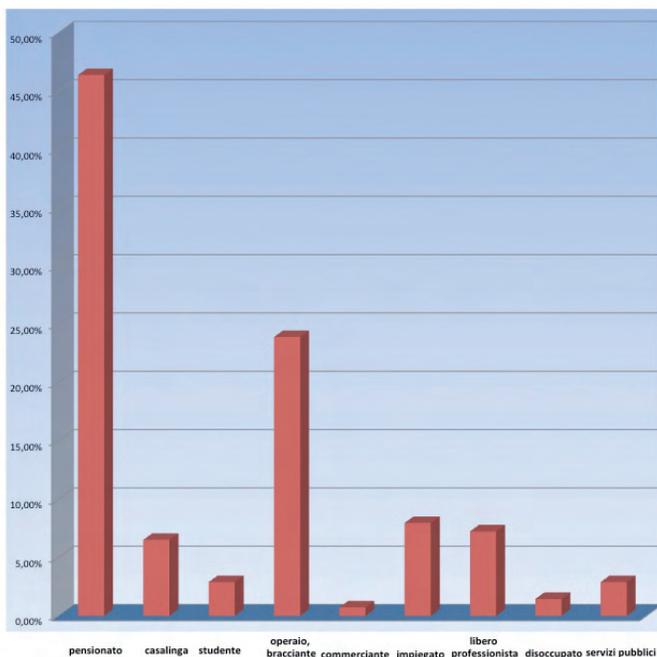
Nella ricerca condotta nella provincia di Rovigo (Destro, Viale, Mazzo, Bolognese, Finotti, 2000) sono stati calcolati i tassi per centomila abitanti e questi permettono di rilevare che i valori più elevati di mortalità per suicidio si hanno in relazione alle condizioni di vedovo/a e divorziato/separato. Al contrario molto basso è l'indice per le persone coniugate ed ancora più basso quello dei celibi/nubili.

La presente ricerca ha reso possibile accertare il dato relativo all'occupazione in 138 su 148 casi. Il dato numerico più significativo che emerge da questo grafico riguarda i pensionati (46,38%).

La letteratura sociologica, a partire da Enrico Morselli (1879), si è soffermata a lungo sulla relazione intercorrente tra la frequenza del suicidio e la classe sociale di appartenenza. Secondo questo autore, in Italia, il tasso dei suicidi è maggiore nelle professioni a basso reddito.

Successivamente, Durkheim (1987) confutò questi dati affermando invece che il suicidio era molto frequente nelle classi elevate della società, concludendo che "la miseria protegge" dal suicidio.

Graf. 10 - Distribuzione percentuale dei suicidi per professione.



Durante l'avanzare del '900 la situazione si ribalta, in quanto la correlazione tra il tasso dei suicidi e la classe sociale più bassa è negativa: alla diminuzione della classe sociale corrisponde l'aumento del tasso di suicidi. Succede così che contadini e agricoltori si suicidano due volte in più degli artigiani e cinque volte in più dei dirigenti e professionisti (Barbagli, Colombo, Savona, 2010).

Riguardo alla percentuale dei suicidi per causa di morte, sono stati considerati 132 casi sui 148, data l'assenza di tali informazioni all'interno dei registri Istat e in quelli di causa di morte.

Dal grafico emerge che il 46.2% delle condotte suicidarie si verifica nella propria abitazione. I parimenti, la già citata ricerca condotta nella provincia di Rovigo mette in rilievo che oltre la metà dei casi avviene nel proprio appartamento nell'ambito del quale il luogo maggiormente utilizzato è la camera da letto e, soprattutto per i maschi, il garage.

Confronto tra i dati nazionali e quelli di Martina Franca

In questo paragrafo sono stati fatti dei confronti tra la realtà locale e quella nazionale rispetto al fenomeno suicidario. A tale scopo l'analisi è stata svolta attraverso la formulazione dei tassi, rapportando il numero dei suicidi per anno ad una popolazione di 10.000 abitanti, come riportato nella seguente tabella completa degli anni dal 1993 al 2010, seguita dai grafici.

Da un punto di vista statistico e scientifico quanto rilevato, alla luce della discrepanza tra gli abitanti locali e nazionali, risulta poco signifi-

Graf. 11 - Distribuzione percentuale suicidi per luogo di morte:

Tab. 2 – Tabella di raffronto numerosità e tassi per genere

**TABELLA DI RAFFRONTO NUMEROSITÀ
E TASSI PER GENERE**

ANNI	popolazione MASCHI		numerosità suicidi		tassi x genere	
	pop masc NAZ	pop masc MF	suici masc naz	suic masc M.F.	tasso M N	tasso M M.F.
1993	27572000	21355	3516	2	1,275	0,937
1994	27576000	21733	3411	1	1,237	0,460
1995	27569000	21896	3430	4	1,244	1,827
1996	27560000	22108	3458	3	1,255	1,357
1997	27567000	22275	3547	4	1,287	1,796
1998	27572000	22477	3448	7	1,251	3,114
1999	27562988	22725	3105	1	1,127	0,440
2000	27576326	22967	3062	3	1,110	1,306
2001	27587242	23208	3050	2	1,106	0,862
2002	27766223	23499	3145	2	1,133	0,851
2003	28068608	23594	3078	0	1,097	0,000
2004	28376804	23637	2507	4	0,883	1,692
2005	28526888	23613	2192	2	0,768	0,847
2006	28718441	23613	2842	2	0,990	0,847
2007	28949747	23677	2893	3	0,999	1,267
2008	29152423	23723	2999	4	1,029	1,686
2009	29287403	23796	3094	4	1,056	1,681
2010	29413274	23826	2399	3	0,816	1,259

ANNI	popolazione FEMM		numerosità suicidi		tassi x genere (femm)	
	femm NAZ	femm M.F.	femm naz	femm M.F.	tasso F Naz	tasso F M.F.
1993	29249000	23088	1181	0	0,404	0
1994	29266000	23434	1125	1	0,384	0,427
1995	29275000	23581	1139	3	0,389	1,272
1996	29284000	23776	1231	1	0,420	0,421
1997	29893977	23944	1147	0	0,384	0,000
1998	29991354	24139	1056	1	0,352	0,414
1999	29360536	24357	1010	2	0,344	0,821
2000	29348366	24564	1046	5	0,356	2,035
2001	29406500	24809	980	4	0,333	1,612
2002	29554847	25055	924	2	0,313	0,798
2003	29819637	25162	997	3	0,334	1,192
2004	30085571	25195	758	1	0,252	0,397
2005	30224823	25171	700	1	0,232	0,397
2006	30412846	25218	859	3	0,282	1,190
2007	30669543	25397	864	2	0,282	0,787
2008	30892645	25425	907	0	0,294	0,000
2009	31052925	25482	881	0	0,284	0,000
2010	31213168	25574	649	0	0,208	0,000

cattivo; tuttavia da un punto di vista descrittivo questa informazione ci consente di effettuare una prima osservazione sistematica del fenomeno suicidario nel territorio martinese.

Le tabelle di cui sopra mettono a confronto i suicidi avvenuti a Martina Franca con quelli nazionali dal 1993 al 2010, adottando una standardizzazione per genere focalizzando l'attenzione sulle medie dei tassi concernenti tutto il periodo studiato.

Dalla tabella n. 3 si evince chiara-

Tab. 3 - Tassi complessivi per diecimila abitanti

TASSI COMPLESSIVI PER 10 MILA ABITANTI

ANNI	popolazione			numerosità suicidi			tassi complessivi		
	POP. NAZ.	POP. ROVIGO	POP. M.F.	SUICIDI NAZIO	SUIC. PR.ROVIGO	SUICIDI M.F.	Tasso NAZ.	Tasso RV	Tasso M.F.
1993	56960300	246799	34443	4697	33	2	0,82	1,14	0,45
1994	57138469	246092	45167	4536	22	2	0,79	0,89	0,44
1995	57268578	245314	45477	4569	31	7	0,80	1,26	1,54
1996	57332996	244994	45884	4688	42	4	0,82	1,71	0,87
1997	57460977	244595	46219	4694	23	4	0,82	0,94	0,87
1998	57563354	244072	46616	4504	26	8	0,78	1,07	1,72
1999	57632615	243520	47082	4115	26	3	0,71	1,07	0,64
2000	57679895	243292	47531	4108	16	8	0,71	0,66	1,68
2001	56915744	NR	48017	4030	NR	6	0,71	NR	1,25
2002	56993742		48554	4069		4	0,71		0,82
2003	57321070		48756	4075		3	0,71		0,62
2004	57888245		48832	3265		5	0,56		1,02
2005	58462375		48784	2892		3	0,49		0,61
2006	58753711		48831	3701		5	0,63		1,02
2007	59131387		49074	3757		5	0,64		1,02
2008	59618290		49148	3906		4	0,66		0,81
2009	60045968		49278	3975		4	0,66		0,81
2010	60340328		49400	3048		3	0,51		0,61

ANNI 1993 - 2010 Medie tassi 0,70 1,12 0,93

DA NOTARE: SU GRANDI NUMERI I TASSI RIMANGONO COSTANTI (E SU GRANDI NAZ. I TASSI NAZ. E I TASSI M.F. SONO PIU' INFLUENZATI DAI TASSI NAZ. E M.F. CHE DA QUELLI DI MARTINA FRANCA). PER MARTINA FRANCA IL TASSO NAZIONALE E IL TASSO M.F. SONO PIU' INFLUENZATI DAI TASSI NAZ. E M.F. CHE DA QUELLI DI MARTINA FRANCA.

tot suicidi naz 1993 - 2010	tot suicidi rovigolo	tot suicidi M.F. 1993 - 2010
SOMME	72630	219
		80

RAFFRONTO TRA I SUICIDI E LA POPOLAZIONE TRA ANNI 1993 E 2010 (ESCLUSO UN DATO AGGREGATO CHE SI RIFERISCE ALL'ANNO 1994 PER ATTEZZAMENTO CON I LIMITI DI CAMPIONI SIGNIFICATIVAMENTE DIVERSI PER NUMEROSITÀ)

ANNI 1993-2010	% suicidi a M.F. su naz	0,110%
	% POP M.F. SU POP NAZ.	0,082%

mente che il tasso medio dei suicidi complessivi nazionali (0,7 casi per 10 mila abitanti) è di poco inferiore al tasso dei suicidi a Martina Franca (0,93 casi ogni 10 mila abitanti).

L'analisi dei dati per genere rivela una tendenza simile a quanto si riscontra a livello nazionale per quanto riguarda i suicidi tra i maschi (tasso nazionale maschile 1,092 - tasso suicidi maschile a Martina Franca 1,235), mentre quello femminile locale (0,654) non è in linea con quello nazionale (0,325), per cui si evince che le donne di Martina Franca hanno una tendenza al suicidio doppia rispetto al dato nazionale (cfr.tab.1).

A tal proposito, Desiati (2008) descrive nel suo libro "Il Paese delle spose infelici", il ricordo della "vecchia storia delle spose infelici che si gettano dalla rupe" della sua infanzia a Martina Franca. Egli dichiara che "ogni estate si toglieva la vita qualche studente depresso gettandosi nei pozzi artesiani, qualche vecchio contadino intristito si legava ai rami nudi di una noce, ma le mogli infelici la facevano da padrone".

La tabella n. 3 analizza il confronto tra numerosità dei suicidi e relativi tassi del territorio nazionale, di Martina Franca e della Provincia di Rovigo, in cui è stata condotta una ricerca da un gruppo di lavoro relativa agli anni 1975-2000.

Si evince che su popolazioni numerose come quella di tutto il territorio italiano, i tassi di suicidio rimangono abbastanza costanti mentre su piccole popolazioni come quella di Martina Franca il tasso può essere variabile tra un anno e l'altro in

quanto sensibile al fattore casualità o alla probabilità di un evento *missing* (suicidio non registrato).

L'assenza in letteratura di altre situazioni simili per densità di popolazione al territorio di Martina Franca pone alcuni limiti al lavoro in oggetto, in quanto sarebbe stato interessante il confronto con Comuni simili per popolazione e su serie storiche molto ampie. Unico riscontro trovato in letteratura è appunto quello relativo alla ricerca effettuata a Rovigo e in provincia, che presenta comunque una popolazione più vasta e in un *range* temporale più ristretto.

Si desume, considerando le serie storiche dal 1993 al 2010, che il tasso medio dei suicidi nazionali è di 0,70 per 10.000 abitanti, mentre per Martina Franca è di 0,93 per 10.000 abitanti. Quindi il dato di Martina presenta un tasso medio più alto di quello nazionale per gli anni considerati e questo ci dà qualche elemento in più di riflessione rispetto all'andamento anno per anno che di per sé, come già detto, risulta difficile da analizzare per

la grande differenza delle numerosità delle popolazioni confrontate.

Stesso discorso va fatto per gli anni dal 1993 al 2000 per quanto riguarda il raffronto tra la presente ricerca, lo studio di Rovigo e il dato nazionale. Risulta che negli anni presi in considerazione Rovigo (tasso medio all'1,12) (Destro, Viale, Mazzo, Bolognese, Finotti, 2000) presenti una media dei tassi più alta di quella di Martina Franca (0,93) e ancor più di quella nazionale (0,70) (Istat,2013).

Un dato sicuramente significativo e più attendibile per l'analisi dell'andamento dei suicidi rinvia dall'esame del rapporto percentuale tra la popolazione tra Martina Franca e l'intera nazione e del rapporto percentuale dei suicidi a Martina Franca e a livello nazionale.

Il confronto tra le due popolazioni ci dà il seguente rapporto percentuale:

$$\text{popolaz.Martina/popolaz. naz} \times 100 = 0,082\%$$

mentre il raffronto tra il numero dei suicidi tra i due territori ci dà il seguente rapporto percento-

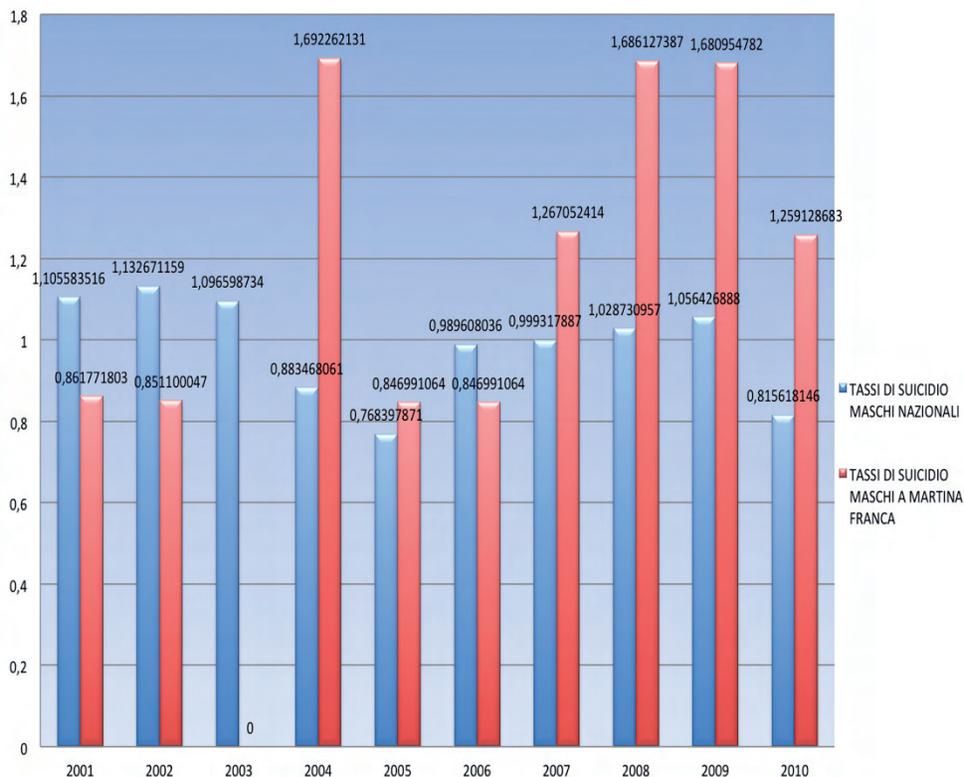


Grafico n.12 - Confronto tassi di suicidi nazionali e di Martina Franca

tuale:

numero dei suicidi di Martina/ num. suicidi nazionale x 100 = 0.11%

Come si denota, il rapporto dei suicidi di Martina Franca rispetto al dato nazionale risulta più alto del rapporto percentuale tra la popolazione di Martina Franca rispetto a quella nazionale, il dato avvalorerebbe l'ipotesi che a Martina Franca vi sia una tendenza al suicidio maggiore che nel resto d'Italia.

Considerato che l'unica fonte riscontrata in letteratura che analizza il fenomeno dei suicidi in un determinato territorio è quella di Rovigo, abbiamo estrapolato i dati riferiti a Martina Franca nel periodo analogo a quello dello studio di Rovigo.

Nel grafico n.12 sono messi a confronto i tassi di suicidio ogni 10 mila abitanti dei dati nazionali con i dati rilevati nel territorio di Martina Franca (in rosso) dal 2001 al 2010.

Emerge che il livello è variabile di anno in anno ma che tendenzialmente il tasso dei suicidi a Martina Franca è leggermente superiore a quello nazionale soprattutto in riferimento agli ultimi anni.

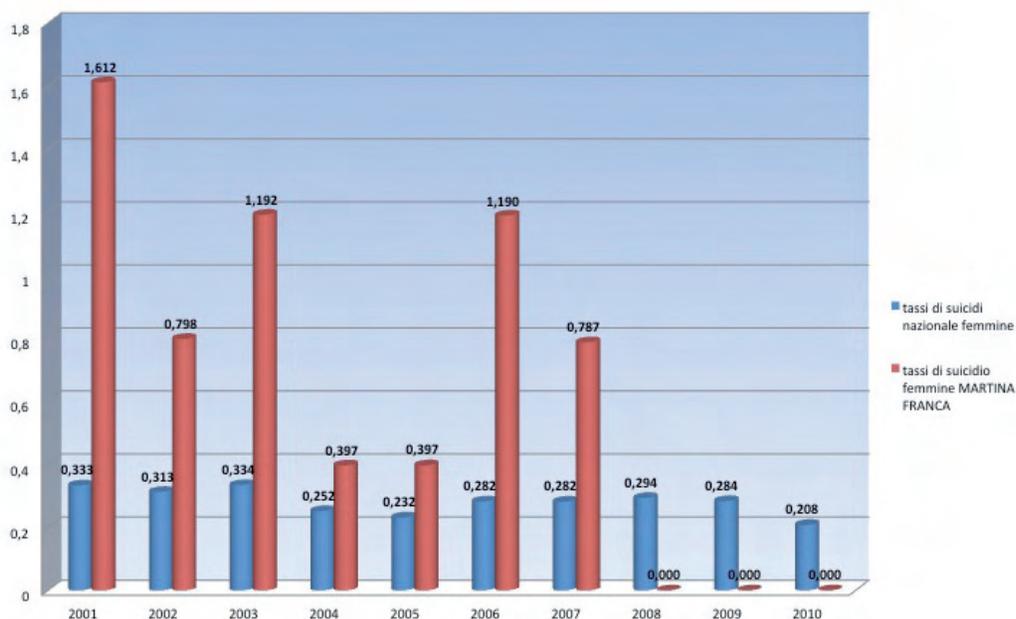
Il grafico rappresenta i tassi dei suicidi del genere femminile a livello nazionale e locale. Si nota che il tasso dei suicidi femminili a Martina Franca è superiore rispetto a quello nazionale, sempre

rapportato a una popolazione di 10.000 abitanti ad eccezione degli anni 2008, 2009, 2010, in cui non si sono verificati casi di suicidi.

Risultati

Dalla presente ricerca emerge che nell'arco temporale considerato 1978 - 2011 si sono verificati 148 casi di suicidio a Martina Franca: fino all'anno 2000 si è riscontrato un incremento, mentre successivamente una decrescita ed in particolare negli anni 80 c'è stata la maggior incidenza di casi di suicidio. Abbiamo riscontrato 101 casi maschili (68%) contro i 47 femminili (32%), in un rapporto di 2 a 1 tra uomini e donne, ad eccezione del 2008 in cui si è verificata una prevalenza di suicidi femminili. Il suicidio avviene in età superiore ai 61 anni, nel 42,6% di casi. L'incidenza di casi maschili risulta significativa nella fascia d'età 0 - 30 anni, mentre per i casi femminili tale *range* non è significativo. La modalità più usata è l'annegamento (38%) seguita dall'impiccagione (27%) e dalla precipitazione nel vuoto (24%) e la causa prevalente della morte è l'asfissia (54%). Analizzando le differenze di genere si può osservare che gli uomini scelgono come mezzo principalmente l'impiccagione mentre le donne la precipitazione.

Grafico n.13 - Confronto dei tassi di suicidio per genere femmina:



Evidenziando il dato locale emerge che la precipitazione avviene nelle cisterne d'acqua, mentre a livello nazionale con il defenestramento.

Osservando i dati anagrafici delle persone che hanno messo in atto il suicidio emerge che il 70% di questi hanno una scolarizzazione bassa e il 54,79 % sono coniugati. Quest'ultimo valore, se rapportato a una popolazione di diecimila abitanti, ha un tasso di 28,5 per i celibi e di 11,09 per i nubili. Per le donne il tasso di suicidi aumenta dopo il matrimonio, mentre per i maschi esso si verifica maggiormente da celibi. Il matrimonio risulta essere un fattore protettivo per gli uomini e non per le donne. Storicamente la donna aveva la famiglia come unico ambito d'azione e di responsabilità, ma questo da un lato le garantiva un maggior controllo e potere nella gestione, dall'altro la sovraccaricava e la esponeva a una maggiore vulnerabilità, dovuta anche alle limitazioni dei propri ambiti di sviluppo. L'uomo, invece, aveva un ruolo periferico in famiglia e ciò gli permetteva di aprirsi più canali d'interesse e d'investimento personale, a cominciare da quello lavorativo. Conseguentemente l'uomo grazie al matrimonio poteva declinare se stesso in ambiti diversi e quindi aver maggior opportunità di compensazione qualora qualcuno di questi venisse meno. In correlazione a questo, si potrebbe ipotizzare che la maggiore incidenza di suicidi femminili nella fascia d'età avanzata potrebbe trovare ragione nella sindrome del nido vuoto. La donna, essendosi occupata principalmente dell'accudimento del nucleo familiare, è colei che prova un maggior sentimento di tristezza e abbandono nel momento in cui i figli lasciano l'abitazione d'origine.

In modo trasversale ad entrambi i sessi la maggiore incidenza dei suicidi avviene tra i pensionati (46,8 %) e presso la propria abitazione (46,9 %). Infine, operando un confronto tra i dati nazionali e quelli di Martina Franca osserviamo come le tendenze siano simili per il suicidio maschile mentre per quello femminile si verifica un'incidenza due volte maggiore nella cittadina.

Queste considerazioni sono approssimative data la netta diversità della popolazione di riferimento. Non è stato possibile confrontare tra loro popolazioni simili a causa dell'assenza di studi al riguardo, pertanto è stata analizzata una serie storica che va dal 1993 al 2010 su una popolazione di

10.000 abitanti e si è evinto che il tasso di suicidi in Italia è di 0.70, mentre quello martinese è di 0.93. Questo va dunque a confermare l'ipotesi che a Martina Franca ci sia un tasso di suicidi superiore a quello italiano.

Conclusioni

Il comportamento suicidario è un fenomeno che dovrebbe essere studiato inglobando simultaneamente più ambiti, invece lo si analizza settorialmente in campo psichiatrico, psicologico, sociologico. Nel presente lavoro abbiamo provato ad affrontare il suicidio in una prospettiva integrata. L'elaborato è da considerarsi uno studio osservazionale sul fenomeno del suicidio a Martina Franca, e rappresenta la prima ricerca sistematica a livello locale sull'argomento. La nostra ipotesi di partenza era quella di verificare se a Martina Franca vi fosse un tasso di suicidi superiore alle medie nazionali. Nello svolgimento di tale indagine, questa ipotesi è stata riformulata in quanto l'esiguità dei dati non permette un confronto con la realtà italiana e non conferisce validità scientifica. Questo limite ha comportato che la ricerca seguisse i criteri di uno studio osservazionale, in cui in modo sistematico si è annotato quanto si è verificato nella realtà martinese dal 1979 al 2011.

Altro limite precedentemente descritto da annoverare è l'esigua bibliografia sperimentale e scientifica reperita sull'argomento. Esso è dovuto alla carenza di ricerche e approfondimenti su tale tematica.

Un ulteriore limite è rappresentato dalla raccolta dei dati in quanto non è stato possibile disporre di un unico *data-base* all'interno del quale fossero presenti tutti i casi di suicidio, pertanto è stato necessario far convergere all'interno della ricerca i dati provenienti da fonti diverse, reperite nei registri Istat, presso l'Ufficio Igiene di Martina Franca e quelle fornite dalla Sezione Anticrimine della Questura di Taranto. In linea con questa osservazione anche l'Istat rileva i tassi di suicidio attraverso due indagini: una sanitaria su "Decessi e cause di morte", l'altra giudiziaria su "Suicidi e tentativi di suicidio". Da uno studio condotto dall'Istat sulle due fonti risulta che l'indagine sanitaria ha una migliore copertura del fenomeno, in quanto rivela il 20-25% in più dei casi rispetto

all'indagine giudiziaria.

Una difficoltà riscontrata nel rilevamento dei dati è dovuta all'incertezza di alcuni casi rispetto a modalità o cause di morte che sono sembrate di natura suicidaria ma che in realtà non sono state riportate come tali sui registri di causa di morte.

Il presente lavoro è una base di partenza per una riflessione e speriamo rappresenti lo stimolo per lo sviluppo di successivi approfondimenti, così come ci auguriamo che abbia fatto riflettere su un tema spesso ignorato, sia dalla comunità sia dai professionisti della salute, per incominciare concretamente a fare prevenzione e offrire un sostegno al disagio manifestato dalla persona.

Bibliografia

- Adler, A. (1949). *Il temperamento nervoso*, Atrolabio, Roma.
- Anonimo (1988). *Proseguimento della storia di Martina dall'anno 1745 - Opera di un Anonimo cittadino di essa*, Edizioni Umanesimo della Pietra, Martina Franca.
- Barbagli, M., Colombo A. & Savona E. (2010). *Congedarsi dal mondo. Il suicidio in Oriente e in Occidente*, Il Mulino, Bologna.
- Blasi D. (2000). *Filippo I d'Angiò (1276-1331) e il casale della Franca Martina : considerazioni sulle origini della città*, Edizioni Pugliesi, Martina Franca.
- Caramia G. (2007). *Il ciclo dell'uomo e dell'anno nel folclore di Martina Franca*, Nuova Editrice Apulia, Martina Franca.
- Castellana L. (1986). *Martina Franca dal fascismo alla rivoluzione borghese*, Lacaíta, Manduria.
- Chiarelli, A., R. (2003). *Cenni Geografici e Storici di Martina Franca*, Ristampa Anastatica, Edizioni Pugliesi, Martina Franca.
- Chirulli I. (1980). *Istoria cronologica della Franca Martina: cogli avvenimenti più notabili del Regno di Napoli*, I Tomo Ed. Umanesimo della pietra, Martina Franca.
- Cofano A. (1977). *Storia antif feudale della Franca Martina*, Schena, Fasano.
- Cofano P. (1985). *La problematica del suicidio, con particolare riferimento a Martina Franca*, Tesi di diploma in Scuola Superiore di Servizio Sociale di Taranto.
- Deshaies G. (1951). *Psicologia del suicidio*, Astrolabio, Roma.
- Destro E., Viale C., Mazzo M., Bolognese D. & Finotti L. (2000). *La Fatica di vivere gli eventi autolesivi nella provincia di Rovigo dal 1975 al 2000, La camicia di Nesso*.
- Dubla F. (1998). *Insurrezione o attesismo - La rivolta di Martina Franca (3 aprile 1930) e la linea del PC d'I*, Nuova ed. Apulia,.
- Durkheim E. (1969). *Il suicidio studio di sociologia*, Bur Classici, Milano.
- Durkheim E. (1969). *Il suicidio*, Utet, Torino.
- Freud S. (1976). *Lutto e melanconia*, OSF vol. VIII, Bompiani, Torino.
- Gabbard G. O. (2002). *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Guagnano M. (1994). *Le gesta della banda Romano fra il luglio 1861 e l'agosto 1862 : brigantaggio postunitario*, Edizioni Pugliesi Martina Franca.
- Hendin H. (1991). *The Psychodynamics of Suicide with Particular Reference to the Young*, *American Journal of Psychiatry*.
- Hillmann, J. (1999). *Il suicidio e l'anima*, Astrolabio, trad. it, Roma.
- Istat, (2009). *Indagine decessi causa di morte*.
- Klein M. (1978). *Scritti (1921-1958)*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Liuzzi G. (1973). *Martina : dall'Unità all'avvento del Fascismo: l'eterna rivalità fra krumiri e pipistrelli*, Schena, Fasano.
- Liuzzi G. (1999). *Riflessioni sul sacco di Martina del 17 marzo 1799 : bicentenario del Novantanove*, Edizioni Pugliesi, Martina Franca.
- Liuzzi G. (1985). *L'assedio di Martina del 1529 : mito e realtà* Martina Franca.
- Marra R. (1987). *Suicidio, diritto e anomia: immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*, Harcourt, Brace, & World, New York.
- Morselli E. (1879). *Il suicidio*, Fratelli Dumolard, Milano.
- Musatti C. (1949). *Trattato di psicoanalisi*, Einaudi, Torino.
- Pizzigallo M. (1973). *La vita pubblica a Martina nell'età liberale*, Schena, Fasano.
- Somogyi S. (1967). *Il suicidio in Italia 1864-1967*, Giuffrè.
- Somogyi S. (1992). *Il suicidio in Italia negli ultimi 30 anni*, Tipografia Veneziana, Roma.
- Statistiche Istat, (2013). *Indagine statistica*, disponibile in: www.istat.it
- Stengel, E. (1977). *Il suicidio il tentato suicidio*, Feltrinelli, Milano.
- Zilboorg, G. (1937). *Consideration on suicide with particular referentie to that of the young*, *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Zilboorg, G. (1936). *Suicide among civilized and primitive races*, *American Journal of Psychiatry*, 35, 270-291.

Lo psicologo in reparto

Chiara Tarantino*, Vito Bernardo**, Raffaele Maniglia***

*Psicologa, Tirocinante Servizio di Psicologia Ospedaliera, P.O. "Vito Fazzi" – Lecce. chiara-tarantino@libero.it

**Psicologo, Specializzando in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, Tirocinante Servizio di Psicologia Ospedaliera P.O. "Vito Fazzi" - Lecce. bernardo.vito@libero.it

***Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta, Responsabile Servizio di Psicologia Ospedaliera P.O. "Vito Fazzi" – Lecce. raffaele-maniglia@gmail.com

Riassunto

La psicologia ospedaliera nasce in risposta al passaggio dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale e promuove un approccio sanitario centrato sulla persona e sui bisogni emotivi e relazionali dei pazienti. Tale prospettiva prevede la collaborazione di differenti figure professionali e una presa in carico globale e completa, oltre che una umanizzazione e personalizzazione della qualità di cura. Sono presentati i risultati di un'indagine conoscitiva effettuata dal Servizio di Psicologia Ospedaliera nel reparto di Ginecologia-Ostetricia del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce, finalizzata a rilevare la percezione, da parte delle degenti, della presenza, funzione e utilità dello psicologo in reparto.

Parole chiave: *psicologia ospedaliera, reparto ginecologia-ostetricia, modello di intervento integrato.*

L'assistenza sanitaria così come è concepita oggi non prevede solo interventi di cura riparativi di una determinata condizione fisica, ma anche una particolare attenzione alle componenti emotive e relazionali, supporto e promozione del benessere e della qualità di vita, in accordo con la definizione di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità" (O.M.S., 1948).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato tra le caratteristiche di *qualità* dei presidi ospedalieri, anche la necessità di collaborazione con la figura dello psicologo, sia per quanto riguarda la formazione e il lavoro sulle potenzialità del personale medico e paramedico sia sul suo inserimento nella pratica quotidiana di reparto.

La presenza costante dello psicologo in reparto:

- garantisce uno spazio di ascolto a ciascun paziente, indipendentemente dalla natura del problema riscontrato;

- aiuta ad affrontare le sofferenze e i disagi emotivi conseguenti alla condizione di ricovero (perdita di autonomia, modificazione dell'immagine di sé, parziale rinuncia alla privacy, separazione dal nucleo familiare);
- contribuisce a modulare il rapporto tra il paziente e le altre figure sanitarie;
- tenta di sensibilizzare il personale sanitario agli aspetti psicologici della malattia, con l'obiettivo di collaborare per una individuazione precoce dei pazienti a rischio.

Lo sviluppo di una psicologia ginecologica ed ostetrica è nato in risposta a forti cambiamenti culturali, il più importante dei quali è stato il passaggio dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale. In questa nuova ottica è possibile ridefinire gli oggetti di trattamento del reparto di ginecologia-ostetricia, che possono essere così riassunti:

- la patologia ginecologica e i suoi risvolti psicologici;
- il percorso alla genitorialità e i suoi risvolti psicologici, con eventuali patologie ostetriche e casi limite (morti pre e perinatali);
- il rapporto che lega la donna al ginecologo e più in generale al servizio di cura.

Sia di fronte a crisi evolutive, quali la gravidanza e il parto, sia di fronte ad eventi traumatici, quali l'aborto, la morte perinatale o la patologia tumorale, la conoscenza e la comprensione degli aspetti psicologici possono aiutare le donne e le loro famiglie ad accettare, elaborare, e conseguentemente far leva sulle proprie risorse.

Alla luce di questo cambiamento di paradigma è stata avviata una collaborazione tra il Servizio di Psicologia Ospedaliera e il reparto di Ginecologia-Ostetricia del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce. A partire da marzo 2013 sono stati realizzati inter-

venti di ascolto e sostegno psicologico attraverso l'implementazione delle 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 (tramite richiesta del medico primario o degli altri medici dirigenti) o per coloro che ne fanno richiesta spontaneamente;
- eventuali colloqui con i familiari della paziente;
- eventuali invii ai Servizi Territoriali di competenza dopo la dimissione.

Successivamente, nel periodo Ottobre 2013-Gennaio 2014, è stata effettuata un'indagine esplorativa con l'obiettivo di rilevare la percezione, da parte delle degenti, della presenza, funzione e utilità dello psicologo in reparto.

Indagine conoscitiva: un'analisi preliminare

Il lavoro presenta i risultati preliminari di una indagine conoscitiva tesa a rilevare informazioni sia di natura socio demografica sia inerenti la valutazione della qualità percepita delle prestazioni ricevute nel reparto di ginecologia-ostetricia, con particolare attenzione al servizio di assistenza psicologica.

Sono stati raccolti 133 questionari anonimi nel periodo Ottobre 2013-Gennaio 2014.

Caratteristiche socio demografiche

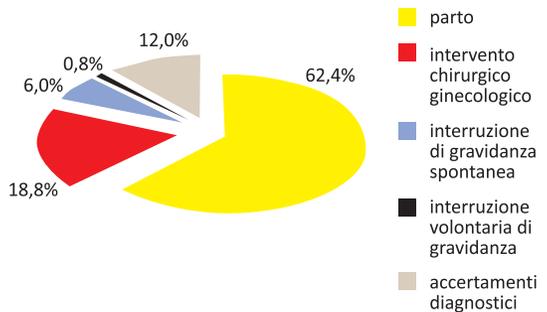
In quest'area sono inserite le caratteristiche socio demografiche del campione costituito da 133 soggetti.

Lo 0,8% dei soggetti (n=1) ha un'età compresa tra 0-14 anni; il 22% (n=29) ha un'età compresa tra i 15-29 anni; il 62,9%, (n=83) un'età compresa tra i 30-44 anni; il 9,8%, (n=13) un'età compresa tra i 45-59 anni; il 3%, (n=4) ha un'età compresa tra i 60-74 anni e l'1,5% (n=2) ha un'età maggiore di 75 anni.

Riguardo al titolo di studio degli utenti intervistati, il 5,3% (n=7) ha riferito di aver conseguito la licenza elementare, il 21,8% (n=29) ha riferito di aver conseguito la licenza media, il 45,9% (n=61) ha riferito di essere diplomato, il 26,3%

(n=35) ha riferito di aver conseguito la laurea, lo 0,8% (n=1) non ha risposto.

Rispetto al motivo della degenza emerge che il 62,4% (n=83) dei questionari è stato compilato da donne in regime di ricovero in attesa del parto, il 18,8% (n=25) in attesa di intervento chirurgico ginecologico, il 6% (n=8) per interruzione di gravidanza spontanea, lo 0,8% (n=1) per interruzione volontaria di gravidanza e il 12% (n=16) per accertamenti diagnostici.

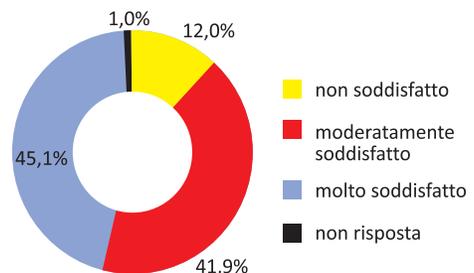


Graf. 1 - Percentuali relative al motivo della degenza

Area rapporti con il personale ospedaliero

Questa area contiene item che indagano la percezione degli utenti circa la qualità dell'accudimento ricevuto da personale medico, ostetrico e infermieristico.

Il 12% degli utenti intervistati ha riferito di non essere soddisfatto della cordialità espressa dal personale del reparto, il 41,9% moderatamente soddisfatto, il 45,1% molto soddisfatto; l'1% non ha risposto.



Graf. 2 - Percentuali relative alla soddisfazione circa la cordialità espressa dal personale del reparto

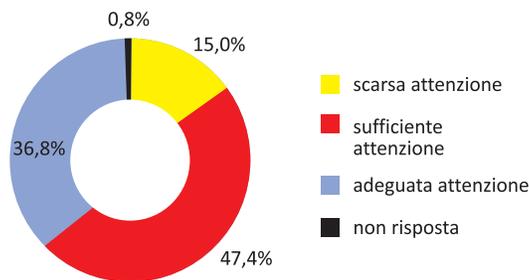
Riguardo la cordialità del personale medico

emerge che il 12,8% del campione (n=17) non la giudica soddisfacente, il 42,9% (n=57) abbastanza soddisfacente, il 44,4% (n=59) molto soddisfacente.

La cordialità del personale ostetrico è stata giudicata non soddisfacente dall'8,3% dei soggetti (n=11), abbastanza soddisfacente dal 34,6% (n=46), molto soddisfacente dal 54,1% (n=72). Il 3% (n=4) non ha risposto alla domanda.

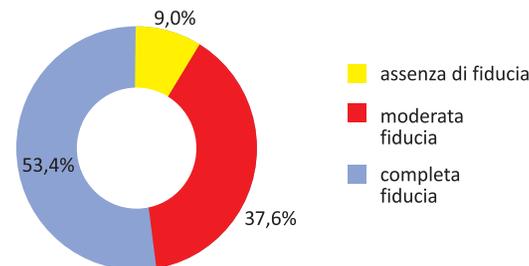
Rispetto alla cordialità del personale infermieristico, il 15% degli intervistati (n=20) la ritiene insoddisfacente, il 48,1% (n=64) abbastanza soddisfacente, il 36,8% (n=49) molto soddisfacente.

Inoltre, il questionario include un item che indaga la percezione dell'attenzione alla problematica del paziente da parte del personale sanitario: il 15% (n=20) riferisce scarsa attenzione da parte del personale, il 47,4% (n=63) riferisce una sufficiente attenzione, il 36,8% (n=49) un'attenzione adeguata. Lo 0,8% (n=1) non ha fornito una risposta a questa domanda.



Graf. 3 - Percentuali relative all'attenzione percepita del personale sanitario alla problematica del paziente

Un ulteriore item esplora la fiducia nei confronti del personale: il 9% degli utenti (n=12), non ha fiducia nei confronti del personale, il 37,6% (n=50) ha abbastanza fiducia, mentre il 53,4% (n=71) ripone una completa fiducia.

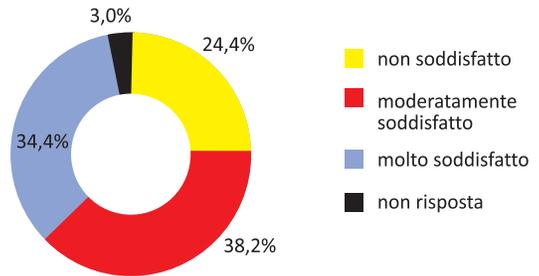


Graf. 4 - Percentuali relative alla fiducia nei confronti del personale

Area comunicazione

Gli item inseriti in quest'area hanno lo scopo di rilevare la possibilità di comunicare con il personale sanitario e la chiarezza, l'eshaustività delle informazioni ricevute.

Il 24,4% degli utenti intervistati ha espresso un giudizio negativo, il 38,2% moderatamente positivo, il 34,4% positivo; il 3% non ha risposto.

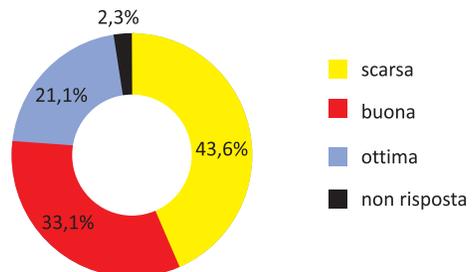


Graf. 5 - Percentuali relative alla soddisfazione circa la possibilità di comunicare con il personale sanitario

Il 19,5% degli intervistati (n=26) ritiene poco chiare e complete le informazioni ricevute sul proprio stato di salute, il 36,1% (n=48) le ritiene abbastanza esaurienti, il 44,4% (n=59) le giudica molto esaurienti.

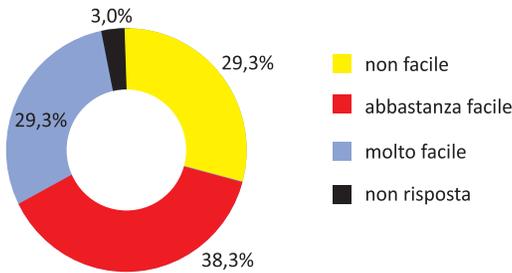
Per ciò che riguarda le informazioni ricevute sulle terapie effettuate, il 19,5% (n=26) non ne è soddisfatto, il 38,3% (n=51) è abbastanza soddisfatto, il 39,8% (n=53) è pienamente soddisfatto. Il 2,3% (n=3) non ha indicato alcuna risposta in merito alla domanda.

La possibilità dei familiari di parlare con i medici è stata valutata scarsa dal 43,6% (n=58), buona dal 33,1% (n=44), ottima dal 21,1% (n=28). Il 2,3% (n=3) non ha risposto.



Graf. 6 - Percentuali relative alla possibilità percepita dei familiari di parlare con i medici

Per il 29,3% degli intervistati (n=39) non è stato facile parlare con un medico, per il 38,3% (n=51) è stato abbastanza facile, per il 29,3 (n=39) è stato molto facile; il 3% (n=4) non ha risposto alla domanda.



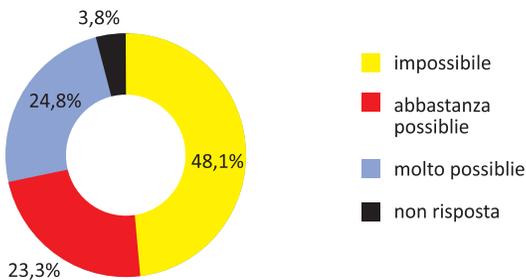
Graf. 7 - Percentuali relative alla possibilità percepita dei pazienti di parlare con un medico

Il 9,8% (n=13) giudica comprensibili le informazioni ricevute al momento della dimissione, il 45,1% (n=60) le giudica abbastanza comprensibili, il 37,6% (n=50) completamente comprensibili. Il 7,5% (n=10) non ha risposto.

Area aspetti psicologici

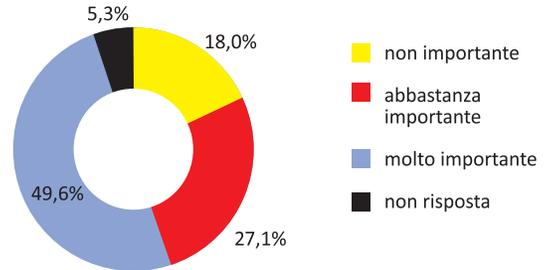
Gli item di quest'area indagano specificatamente la percezione dei soggetti circa la presenza, la funzione e l'utilità dello psicologo nel reparto.

In merito alla possibilità che il medico si faccia carico degli aspetti psicologici della paziente, il 48,1% degli utenti (n=64) non lo ritiene possibile, il 23,3% (n=31) abbastanza possibile, il 24,8% (n=33) ritiene che spetti totalmente al medico. Il 3,8% degli utenti (n=5) non ha fornito risposta a questa domanda.



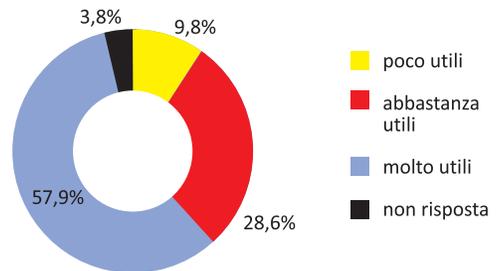
Graf. 8 - Percentuali relative al parere circa la possibilità del medico di farsi carico degli aspetti psicologici

Riguardo la presenza dello psicologo al momento della comunicazione del problema, il 18% dei partecipanti (n=24) non la considera importante, il 27,1% (n=36) abbastanza importante, il 49,6% (n=66) molto importante. Il 5,3% dei partecipanti (n=7) non ha risposto alla domanda.



Graf. 9 - Percentuali relative al parere circa la presenza dello psicologo al momento della comunicazione del problema

Il 9,8% degli intervistati (n=13) pensa che i colloqui con lo psicologo non siano utili per affrontare le proprie ansie e paure, il 28,6% (n=38) pensa che siano abbastanza utili e il 57,9% (n=77) pensa che siano molto utili. Il 3,8% degli intervistati (n=5) non ha risposto alla domanda.

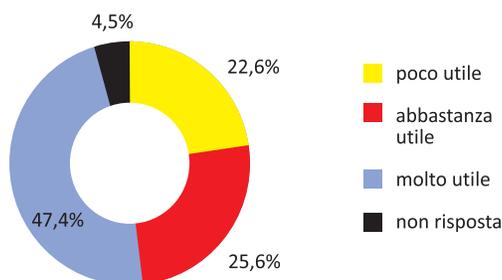


Graf. 10 - Percentuali relative al parere circa l'utilità dei colloqui psicologici

Alla domanda sulla presenza dello psicologo nel reparto di degenza, il 22,6% dei soggetti (n=30) ha risposto che è poco utile, il 25,6 (n=34) che è abbastanza utile, il 47,4% (n=63) che è molto utile, mentre il 4,5% (n=6) non ha risposto.

Considerazioni

Il reparto di ginecologia-ostetricia rappresenta un luogo nel quale la donna e la sua rete familiare



Graf. 11 - Percentuali relative al parere circa la presenza dello psicologo in reparto

possono vivere esperienze di grande impatto fisico, emotivo e affettivo.

I risultati dell'indagine svolta evidenziano alcuni spunti di riflessione interessanti.

Per ciò che riguarda i rapporti con il personale ospedaliero (medici, infermieri e ostetriche), le intervistate hanno espresso un giudizio complessivamente positivo sulla cordialità, la disponibilità e la cortesia dimostrate, in particolare da parte del personale ostetrico. Nell'apposita sezione relativa alle considerazioni personali (a risposta aperta), si è osservato il suggerimento di poter ricevere l'assistenza di un parente e/o familiare durante il periodo di sosta nella sala travaglio (momento caratterizzato da dolore, paura e grande stanchezza psicofisica e vissuto perlopiù in solitudine, in assenza delle ostetriche).

La maggior parte delle pazienti ha dichiarato di avere riposto una massima fiducia nei confronti del personale che l'ha assistita e si è dichiarato soddisfatto delle visite effettuate e delle cure prestate.

Sul tema della comunicazione con il personale, i soggetti esaminati hanno dato un giudizio perlopiù positivo e soddisfacente, fatta eccezione per l'item nel quale si indagava la possibilità e la facilità da parte dei familiari di parlare con i medici (è stata valutata scarsa dal 43,6% del campione). Tale dato è stato riscontrato anche durante i colloqui di supporto psicologico, attraverso i quali è spesso emerso un bisogno profondo di ascolto, rassicurazioni e chiarimenti sul proprio stato di salute e sulla situazione di ricovero.

In merito all'obiettivo dell'indagine, gran parte delle pazienti (48,1%) ritiene impossibile che sia il medico a farsi carico degli aspetti psicologici

della paziente; il 49,6% ritiene molto importante la presenza dello psicologo durante la comunicazione del problema riscontrato; il 57,9% delle intervistate ritiene utili i colloqui con lo psicologo per affrontare le proprie ansie e paure o in situazioni particolarmente traumatiche (morti perinatali, aborti spontanei, interruzioni di gravidanza volontarie a scopo terapeutico...) come dimostrato anche dalle numerose richieste spontanee di consulenze psicologiche da parte delle pazienti.

In conclusione, il presente lavoro ha fornito un'importante occasione per riflettere sulla possibilità della psicologia ospedaliera di aprire una prospettiva nuova grazie alla quale la donna nel reparto di ginecologia-ostetricia venga considerata al centro di un processo esperienziale multilivello che prevede la collaborazione di differenti figure professionali al fine di garantire una presa in carico globale e completa, oltre che una umanizzazione e personalizzazione della qualità di cura. La buona riuscita del progetto e dell'istituzione di un modello di intervento integrato medico-psicologico nel reparto di Ginecologia-Ostetricia dipende anche dall'auspicabile integrazione dello psicologo con tutto il personale medico e paramedico del reparto. Si ritiene necessaria la creazione di specifici protocolli che regolamentino l'attività dello psicologo in reparto e facciano dell'attività psicologica un momento strutturato e definito dell'iter sanitario. L'attivazione di protocolli operativi per interventi psicologici specifici in favore delle pazienti degenti appartiene già alla prassi ordinaria di molte strutture ospedaliere italiane e costituisce un esempio da seguire.

Bibliografia

- Casadei, D., Fabbri, M., Pagan, F., Boldrini, L., Congregalli, G. et al. (1998). *L'intervento psicologico in ostetricia e ginecologia. Bollettino di Psicologia Applicata*, 225 supplemento, .
- Casadei, D., & Rigetti, P.L. (a cura di) (2007). *L'intervento psicologico in ginecologia*. Roma: Edizioni Magi.
- Fabbri, M., & Casadei, D. (1991). *La consulenza psicologica in ambito ostetrico-ginecologico*. Psicologia in Ospedale. Roma: NES.
- Franceschin, O., Marigo, C., Casadei, D., & Garbin, F. (2011). *L'intervento psicologico in ostetricia. Rivista di Sessuologia* Vol. 34, n.4, Ottobre/Dicembre 2010 (pp. 274-276). Roma: CIC Edizioni Internazionali, C.I.S. Centro Italiano di Sessuologia

Dipendenza da Internet e qualità delle relazioni interpersonali: uno studio esplorativo con gli “Emerging Adults”

Sonia Selvaggi*, Isabella Macina**, Luciana Picucci***

* Dott.ssa in Psicologia

** Psicologa psicoterapeuta, D.D.P. ASL BA

*** Psicologa, Psicoterapeuta. Università degli Studi di Bari; Associazione “Mind the GAP”

Riassunto

La presente ricerca si propone di indagare, in via esplorativa, il coinvolgimento in attività online, i livelli di utilizzo problematico di Internet e le relative implicazioni in ambito relazionale in un campione di *Emerging Adult*. Attraverso la somministrazione di strumenti self-report è stato possibile osservare un livello di problematicità tra il basso e il moderato e un coinvolgimento in attività online che favoriscono la costruzione di una identità personale piuttosto che lo sviluppo di relazioni interpersonali. Tali osservazioni, confermano i dati presenti in letteratura e suggeriscono di riferirsi a questa fase evolutiva come un periodo di transizione verso lo svincolo dai legami adolescenziali e la definizione di una identità sempre più autonoma. La presente ricerca evidenzia come tale passaggio sia rifletta anche nell'utilizzo della rete.

Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito alla crescente diffusione di Internet e dei nuovi mezzi di comunicazione. Come ogni innovazione tecnologica, anche Internet presenta inevitabilmente vantaggi e svantaggi, infatti, se da una parte consente di superare le barriere spazio-temporali, ampliando e migliorando le possibilità di comunicazione, dall'altra può rappresentare un pericolo per chi non sia in grado di usufruirne in maniera adeguata. È stato ampiamente dimostrato che l'uso eccessivo e prolungato di Internet può indurre dipendenza psicologica e provocare danni psichici e funzionali (Kuss, van Rooij, Shorter, Griffiths, van de Mheen, 2013). I criteri diagnostici attualmente condivisi dalla comunità scientifica per definire l'*Internet Addiction Disorder* (IAD) riguardano infatti l'elevato tempo di permanenza on-line, non giustificato da motivi di lavoro o studio, e i ripetuti e invani tentativi di controllare, ridurre o interrompere l'utilizzo di Internet.

Quando l'utilizzo di Internet diventa disfunzionale la persona tende a manifestare una serie di problematiche che investono diversi ambiti della vita. *I problemi fisici*, derivanti dalla grande quantità di tempo trascorsa al computer, riguardano: disturbi del sonno, eccessiva stanchezza, indebolimento del sistema immunitario, irregolarità dei pasti, scarsa cura del corpo e carenza di allenamento, mal di schiena, sindrome del tunnel carpale, mal di testa, stanchezza degli occhi. *I problemi in ambito familiare e relazionale* si sostanziano in un progressivo abbandono delle relazioni familiari e amicali a vantaggio di quelle virtuali. La vita virtuale, in cui il soggetto tende a rifugiarsi, e le relazioni che in essa si instaurano diventano più importanti di quelle reali (Young, 2004). Anche il *contesto scolastico e lavorativo* risente dell'eccessivo coinvolgimento nelle attività on-line causa di una riduzione di attenzione e di interesse verso gli impegni assunti. Vengono spesso riscontrati anche *problemi di tipo finanziario*. Frequentemente, infatti, gli utenti che manifestano una dipendenza da Internet sono impegnati in attività di commercio on-line, gioco d'azzardo e visione di materiale pornografico a pagamento.

La società italiana di psichiatria stima che in Italia vi siano circa 3 milioni di dipendenti da Internet e che l'incidenza del disturbo vada dal 3 all'11%, con una prevalenza maggiore fra giovani e adulti in età compresa tra i 15 e i 40 anni. Oggetto di particolari approfondimenti da parte della letteratura scientifica sono gli adolescenti per i quali la dipendenza da Internet assume particolare rilevanza se si pensa alla centralità dello sviluppo fisico e psicologico che accompagna i processi evolutivi di questa fase della vita (e.g. Macina, Tedesco, Lassandro, Colella, Picucci, 201; Young, 2004, Kraut et al., 2002). Altrettanto rilevante è l'indagine su

quella che è considerata la fase immediatamente successiva a quella adolescenziale, definita *Emerging adulthood*.

Il primo a coniare questo termine fu J. J. Arnett (2000) per definire una nuova entità anagrafica che va, orientativamente, dai 18 ai 25 anni. L'osservazione parte dall'idea che la fase di transizione che porta a definirsi adulti si sia allungata, svincolandosi dalle tappe che scandivano fino a qualche decennio fa l'uscita dall'adolescenza. Se da una parte l'*Emerging Adult* è molto più indipendente dai propri genitori rispetto a quando era adolescente, dall'altra egli non ha ancora assunto quegli impegni stabili e duraturi tipici della vita adulta, quali quello lavorativo a lungo termine, quello coniugale e quello genitoriale, nonostante il più delle volte abbia lasciato anche la casa originaria (Macek, Bejček, Vaníčková, 2007). Questa condizione modifica la percezione che il soggetto ha di se stesso e in particolar modo le sue relazioni. Esse appaiono più durature e profonde di quelle che si stabiliscono nell'adolescenza e caratterizzate, inoltre, da un più alto livello di intimità (Montgomery, 2005; Arnett, 2004). Gli *Emerging Adult* tendono a trascorrere più tempo da soli manifestando una maggiore libertà nella scelta delle amicizie e una minore influenza da parte del gruppo dei pari, essi, inoltre, sono più inclini a socializzare con individui del sesso opposto. La presente ricerca si pone l'obiettivo di valutare, in maniera esplorativa, il modo in cui gli *Emerging Adult* si rapportano ad Internet. In particolare analizzeremo il coinvolgimento in attività online, l'utilizzo più o meno problematico di Internet e le relative implicazioni in ambito relazionale.

Materiali e Metodo

Partecipanti

Hanno preso parte alla somministrazione 139 studenti del corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Università "Aldo Moro" di Bari. Il campione è costituito da 125 ragazze e 14 ragazzi in età compresa tra i 21 e i 23 anni.

Materiali

Sono stati somministrati ad ognuno dei partecipanti tre diversi questionari e tre domande a scelta multipla riguardanti le abitudini on-line (tempo trascorso, attività svolte, momento di connessione).

Il primo questionario somministrato è l'*Internet Addiction Test* (IAT, Young, 1998), uno strumento valido e attendibile per la valutazione dell'uso problematico di Internet. Questo test si compone di 20 item che misurano un lieve, moderato e grave livello di dipendenza da Internet.

L'indagine sulla qualità delle relazioni con i coetanei è stata affrontata attraverso il Test delle Relazioni Interpersonali (TRI, Bracken, 2003). Questa scala nasce come strumento capace di valutare i rapporti che legano gli adolescenti alle persone più importanti della loro vita: genitori, insegnanti e coetanei. Il questionario, composto da 35 item, richiede al rispondente di indicare il grado di accordo rispetto alla situazione presentata.

L'ultimo questionario somministrato, composto da 16 item, è volto ad osservare la qualità delle relazioni virtuali e propone ai partecipanti di fornire una risposta in base al proprio grado di accordo, relativamente all'affermazione proposta. Questo test permette di distinguere e analizzare fattori, concetti e caratteristiche dell'amicizia on-line.

Procedura

La somministrazione dei questionari si è svolta durante una lezione di laboratorio ed ha impegnato i partecipanti per circa 40 minuti. Gli studenti hanno compilato i questionari in forma anonima riportando solamente l'età e il sesso e, a loro discrezione, un codice identificativo per poter ricevere un feedback in seguito all'analisi dei risultati.

Risultati

Presenza di relazioni virtuali

Il primo dato emerso riguarda la presenza/assenza di relazioni virtuali, il 58% dei partecipanti ha ammesso di avere relazioni virtuali a fronte del 42% che invece ha dichiarato di non averne.

Dipendenza da Internet

Seguendo i criteri di classificazione proposti dalla Young, l'analisi dell'*Internet Addiction Test* riporta un livello di problematicità nell'utilizzo di Internet, basso per il 63% dei partecipanti alla ricerca e moderato per il restante 37%. Nessuno dei partecipanti presenta dunque un livello di problematicità che possa riferirsi ad una vera e propria dipendenza.

Abitudini online

La Fig.1 fornisce una rappresentazione delle risposte date dai partecipanti a questa sessione del questionario. Per quanto riguarda la domanda relativa alla quantità di tempo trascorso on-line, i partecipanti sono stati invitati a riflettere e a scegliere una delle tre alternative proposte. Il 24% dei soggetti ha dichiarato di navigare in rete non più di un'ora al giorno, il 45% da una a due ore al giorno e il 31% tre o più ore al giorno.

La seconda domanda, volta ad indagare in quale momento della giornata i soggetti si connettono con più frequenza, evidenzia che l'11% dei partecipanti si connette maggiormente la mattina, il 52% il pomeriggio, il 34% la sera e solamente il 3% la notte.

La terza domanda, il cui scopo è osservare quali sono le attività on-line che vengono svolte con maggiore frequenza, rivela come le attività svolte più frequentemente in rete siano inerenti allo studio e all'ascolto di musica e/o visione di film, infatti, rispettivamente il 74% e il 73% dei soggetti ha dichiarato di svolgere queste attività, il 59% di chattare, il 47% di tenersi informato sui fatti del mondo e di scaricare e inviare posta elettronica, il 34% di scaricare musica e film, il 21% di essere impegnato spesso in attività ludiche mentre il 17% in acquisti.

Le relazioni con i coetanei

Nell'analisi del TRI abbiamo diviso i punteggi ottenuti dai partecipanti in funzione della qualità dei rapporti dichiarata (Scarsa, Soddisfacente, Molto soddisfacente). Ai due poli estremi della valutazione, il 26% considera scarsa la qualità delle proprie relazioni, contro il 22% che invece la ritiene molto soddisfacente. Circa la metà dei soggetti (il 53%) mostra relazioni con i coetanei mediamente soddisfacenti.

Le relazioni virtuali

Analizzando i punteggi ottenuti dagli 81 soggetti aventi relazioni virtuali, osserviamo che il 23% considera scarsa la qualità di queste relazioni, il 21% molto soddisfacente mentre il 56% valuta come moderatamente soddisfacenti le proprie relazioni virtuali.

Le ipotesi sull'uso problematico di internet

Per valutare le ipotesi di seguito elencate è stata condotta una serie di indagini statistiche utilizzando l'Analisi della Varianza. La variabile dipendente adottata si riferisce ai punteggi ottenuti dai soggetti nello IAT, le variabili indipendenti sono: la quantità di tempo speso on-line, la presenza di relazioni virtuali, la qualità delle relazioni con i coetanei.

La prima ipotesi, volta a confermare i dati precedentemente emersi in letteratura, è che una maggiore quantità di tempo speso on-line influisca sulla probabilità di sviluppare una dipendenza da Internet. Dai dati emerge che i partecipanti che trascorrono più tempo on-line riportano punteggi più elevati nello IAT; $F(2,136)=33,74; p<0,001$.

La seconda ipotesi, suggerita dalla letteratura, è che la presenza di amicizie virtuali abbia un impatto sull'utilizzo problematico di Internet. Dai dati emerge che i partecipanti che dicono di avere relazioni virtuali mostrano punteggi sta-

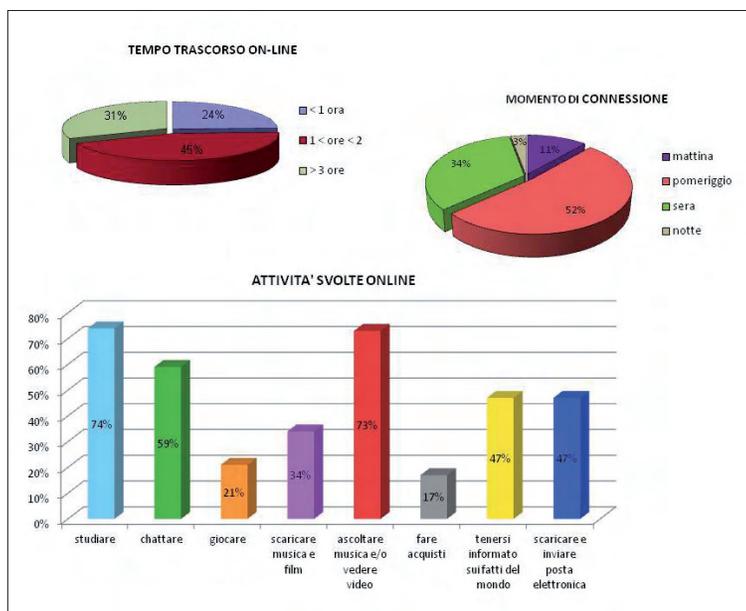


Fig. 1. Rappresentazione grafica delle risposte fornite dai partecipanti alle domande relative alle abitudini on-line.

tisticamente più elevati nello IAT, $F(1,137)=5,21$; $p<0,05$;($P= 39,5$; $A= 35,68$). Inoltre, coloro che dichiarano di avere relazioni virtuali più soddisfacenti registrano punteggi più elevati nello IAT $F(2,80)=6,12$, $p<0,005$. (Scarsa= $34,41$; Soddisfacente= $38,78$; Molto Soddisfacente= $45,79$).

La terza ipotesi è che l'utilizzo problematico di Internet influenzi la qualità delle relazioni con i coetanei così come definita nell'indagine del TRI. In particolare sulla scorta della letteratura sugli adolescenti ci aspettiamo che coloro i quali mostrano un maggiore livello di problematicità nell'utilizzo di Internet giudichino meno soddisfacenti le relazioni con i pari in real. Dall'analisi effettuata tale ipotesi non è confermata. $F(2,136)= 0,97$, n.s. (Scarsa= $38,2$; Soddisfacente= $36,9$; Molto Soddisfacente= $39,7$).

Discussione e Conclusioni

La presente ricerca si è posta come obiettivo quello indagare, in via esplorativa, l'utilizzo di Internet in una fascia d'età notoriamente definita come *Emerging adulthood*. I risultati evidenziano, per il campione preso in considerazione, una sostanziale assenza di disfunzionalità nell'utilizzo della rete. Tale dato è in linea sia con il tipo di attività on-line sia con i tempi e i momenti di connessione dichiarati. Infatti il gruppo di partecipanti alla nostra ricerca utilizza più frequentemente Internet per attività pressoché svincolate da quelle classicamente riscontrate nei fenomeni di *addiction* (74% studiare, 73% ascoltare musica e vedere video). Inoltre, rispetto agli altri due elementi (tempi e momenti di connessione) che influenzano il probabile passaggio ad una condizione di *addiction*, solo il 31% utilizza Internet per più di tre ore al giorno e appena il 3% di notte. In riferimento alla dimensione relazionale, la maggior parte dei partecipanti dichiara di avere un rapporto moderatamente soddisfacente con il gruppo dei pari siano esse relazioni in vivo o virtuali. In linea con la letteratura, questo studio riscontra una relazione tra possibile uso problematico di Internet e tempi di connessione ed evidenzia come la presenza di relazioni virtuali, nonché la possibilità di percepirle come molto soddisfacenti, aumenti la tendenza a rifugiarsi in maniera disfunzionale nella rete. Appare invece svincolato, per questa fascia di età, il rapporto tra utilizzo di Internet e ripercussioni nell'ambito delle

relazioni con i pari vissute *in real*. Mettendo in relazione i dati del nostro campione con quelli riscontrati dalla letteratura sugli adolescenti, si evidenzia come per gli *Emerging Adults*, il ruolo fondamentale della rete non sia costituito dalle opportunità relazionali che essa può offrire. Le attività svolte in rete richiamano, infatti, ad un maggior interesse verso la costruzione di una identità personale. L'utilizzo anche più assiduo di Internet, inoltre, non influenza la qualità delle relazioni vis-à-vis. Le relazioni in real e quelle virtuali vengono dunque vissute con moderato coinvolgimento. Concludendo, i risultati della presente ricerca confermano la fase evolutiva degli *Emerging Adults* come un periodo di transizione verso lo svincolo dai legami adolescenziali e la costruzione di una identità sempre più autonoma, tale passaggio si riflette anche nell'utilizzo della rete.

Bibliografia

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A Theory of Development from the Late Teens through the Twenties. *American Psychologist*, 55, 469 - 480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging Adulthood: The Winding Road from Late Teens through the Twenties*, Oxford: Oxford University Press.
- Bracken B. (1996). TRI/Test delle relazioni interpersonali, Trento, Erickson.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V., & Crawford, A. (2002). The Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58, 1, 49-74.
- Kuss, D. J., van Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987-1996.
- Macek, P., Bejček, J. & Vaníčková, J. (2007) Contemporary Czech Emerging Adults: Generation Growing Up in the Period of Social Changes. *Journal of Adolescent Research*, 22, 5, 444-475.
- Montgomery, M. J. (2005). Psychosocial Intimacy and Identity: From Early Adolescence to Emerging Adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 20, 3, 346-374.
- Macina, Tedesco, Lassandro, Colella, Picucci (2011). "Clicca su Aggiungi". Le relazioni adolescenziali con adulti e pari. Una indagine sul territorio barese. *Psicopuglia* 5, pag 50.
- Young, Kimberly S. (1998). "Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology & Behavior* 1, 3, 237-244.
- Young, K. S. (2004). Internet Addiction A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American behavioral scientist*, 48 (4), 402-415.

Il curatore speciale del minore e i diritti relazionali: la psicologia dell'età evolutiva a sostegno delle linee evolutive della nuova giurisprudenza

Mariangela Demola*, Giuseppe Latilla** & Clementina Spagnolo***

*psicologa-psicoterapeuta familiare sistemico-relazionale

**dott. psicologo-psicoterapeuta giudice onorario presso il tribunale per i minorenni di Bari

***avv. presidente CamMiNO sede territoriale Brindisi

La figura del “curatore speciale” del minore non è di recente istituzione, ma è una figura in espansione, che negli ultimi anni si sta diffondendo in maniera esponenziale anche in procedimenti che riguardano i **diritti relazionali** della persona di età minore.

La normativa di riferimento, alquanto frammentaria e spesso lacunosa ha comunque un comune denominatore: il *conflitto di interessi* fra figlio minore e genitori suoi rappresentanti legali, un conflitto che rende necessario il ricorso ad una terza persona che curi *specificamente ed autonomamente l'interesse preminente e superiore del figlio minore*.

Nell'estrinsecazione del suo ruolo, piuttosto complesso e composito, il curatore

- rappresenta il minore nel compimento di negozi giuridici sostanziali (c.d. curator ad acta),
- assiste il minore quando pur ritenuto capace di compiere alcuni atti o negozi giuridici, è ritenuto bisognoso di assistenza, in ragione della sua non piena raggiunta maturità (fatta eccezione per i c.d. atti personalissimi);
- amministra tutto o parte del patrimonio in alcune ipotesi normativamente previste.

Per la complessità, la rilevante delicatezza, il rilievo sociale, giuridico e costituzionale della funzione assegnatagli, è necessario che il professionista investito di tale funzione sia ben preparato. Occorrono specializzazione e preparazione perché il minore, soggetto la cui personalità è *in fieri* va trattato con attenzione, sensibilità, correttezza e rispetto nel corso di qualsiasi procedimento (sia che si tratti di procedimenti di adottabilità, sia che si affrontino questioni patrimoniali, sia ancor di più se si tratti di procedimenti *de potestate* (o più correttamente *de responsabilitate*).

Nella maggior parte dei casi, per prassi largamente diffusa, la scelta ricade sulla persona

dell'avvocato per il semplice fatto che il curatore deve porre in essere atti con rilevanza giuridica nella sfera dei diritti del minore, alla cui prioritaria protezione, attuazione e promozione dei diritti è orientato l'ordinamento sovranazionale ed interno.

Che sia avvocato o meno il curatore dovrà necessariamente interloquire con il minore, conoscere il suo vissuto e la sua storia. E' quindi evidente la necessità di una prospettiva multidisciplinare, che richiede cognizioni di pedagogia, psicologia dell'età evolutiva, scienze sociali, antropologia, associate ad una buona capacità di ascolto e di dialogo.

The best interest of the child quale principio cardine mutuato dalla normativa europea ha finalmente sgretolato le difese di un sistema interno piuttosto obsoleto, aprendolo alla consapevolezza della prioritaria tutela dei diritti inviolabili della persona di età minore in quanto soggetto vulnerabile.

Prima con la legge 149/2001, poi con la legge sull'affidamento condiviso ed infine con la legge 219/2012, con l'inserimento del nuovo art. 315 bis c.c. non più possibile dubitare dell'esistenza nel nostro diritto positivo dei c.d. *diritti relazionali: i diritti del figlio minore alla famiglia e alle relazioni familiari, alla piena bigenitorialità*, perché funzionali al suo miglior sviluppo psico-fisico e quindi al suo superiore interesse.

Si parla di diritti relazionali come di una nuova categoria di diritti da esercitare, in particolare, in seno alla famiglia e nelle relazioni tra genitori e figli. I diritti relazionali o diritti alla relazione sono i diritti specifici di ogni relazione umana. Relazione di cui si sta occupando sempre più il diritto nella dimensione affettiva ed emotiva, basti pensare al danno esistenziale definito come “danno alla vita di relazione” e alla legge 23 aprile 2009 n. 38 contro gli atti persecutori o cosiddetto *stalking*, che ha introdotto l'art. 612 bis nel codice penale in cui si parla di “relazione affettiva”, essendo lo *stalking*

una forma di violenza nella relazione affettiva. Da un punto di vista psicologico i diritti relazionali rinviano nell'immediato alle relazioni familiari e, per quanto concerne il minore, alla relazione genitore-figlio.

La relazione genitore-figlio è stata caratterizzata, fino a poco tempo fa, da uno stile educativo autoritario, per certi versi violento, poiché i figli erano considerati individui incompiuti, che la società e i genitori avevano il compito di plasmare sino a farli diventare persone vere e proprie. Ormai sappiamo che i bambini vengono al mondo con tutte le qualità umane fondamentali, quindi anche con la stessa vulnerabilità e capacità di sopravvivenza degli adulti, ma la sopravvivenza fisica e psicologica del neonato umano, immaturo sul piano neurologico e privo di esperienze, può essere garantita esclusivamente attraverso una stretta relazione con la madre, il padre o un caregiver, pertanto la relazione infante-adulto nasce e si sviluppa in un clima di dipendenza affettiva, dove i genitori sono le persone che i bambini amano di più e nelle quali ripongono fiducia incondizionata. Da quest'ultimo aspetto si evince che nella relazione adulto bambino non vi è pari dignità relazionale, ossia si verifica uno "sbilanciamento affettivo", poiché mentre il bambino ama l'adulto per quello che rappresenta su un piano reale (soddisfacimento dei bisogni di nutrimento, cura, protezione e appartenenza), l'adulto ama il bambino, anche per il valore simbolico che il figlio rappresenta sia sul piano biologico (proseguimento della specie) sia sul piano psicologico-relazionale (tappe del ciclo di vita della famiglia: svincolo dalla famiglia di origine con formazione di un nuovo nucleo familiare con prole) sia sul piano sociale (continuità dell'esistenza della famiglia di origine attraverso la trasmissione del cognome).

Come sostiene Jesper Juul (terapeuta familiare-ideatore del progetto internazionale FamilyLab) "all'interno della famiglia sono gli adulti ad avere il potere a livello sociale, economico, fisico ed emozionale. Per motivi culturali i genitori reagiscono in modo diverso nel riconoscerlo. Nei paesi dell'Europa del Nord la maggior parte tende a minimizzare il proprio potere, mentre in altri paesi soprattutto i padri godono nel dimostrarlo pubblicamente.

Il fattore determinante per il benessere e la crescita dei figli è il modo in cui i genitori impiegano il loro potere psicologico e fisico"...Una delle forme distruttive del potere è il senso di impotenza. Esso porta spesso all'abuso di potere e all'offesa dell'integrità del bambino, oppure a rassegnazione,

passività e mancanza di contatto e in alcuni casi si viene meno all'obbligo di assistenza nei confronti dei figli".

La tutela e la difesa del minore deve necessariamente passare attraverso l'ascolto del minore che ne restituisce in primis la dignità di parte. Come sottolineato nelle Linee Guida sulla giustizia a misura del minore (Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa del 17 novembre 2010) i minori debbono essere trattati con attenzione, sensibilità, correttezza e rispetto nel corso di qualsiasi procedimento o caso, con particolare attenzione per la loro situazione personale, il loro benessere e le loro esigenze particolari, nel pieno rispetto della loro integrità fisica e psicologica.

L'integrità personale è un valore centrale della vita familiare è quindi la somma di emozioni, valori e opinioni del singolo, oltre che del rispetto che egli nutre per se stesso e che gli altri nutrono nei suoi confronti.

Alla maggior parte delle persone risulta evidente che l'integrità personale dei bambini - la loro incolumità psichica, fisica e sessuale - debba essere protetta e chi è deputato in primis a preservarla sono i genitori. I bambini non possono vivere in modo soddisfacente se i genitori non sono disposti a mettere in secondo piano per un certo tempo le loro personali esigenze.

La pratica terapeutica ci insegna che nelle situazioni conflittuali la coppia genitoriale regredisce funzionando in modo egoistico antepoendo i propri bisogni a quelli del figlio, pertanto i genitori non risulteranno disposti ad assumersi le proprie responsabilità individuali.

Risulta evidente che la figura del curatore speciale del minore è un'istituzione necessaria atta a garantire al minore quella dignità di parte che lo designa come PERSONA.

Bibliografia

- Camaioni, L. (1993) *Manuale di Psicologia dello sviluppo* Il Mulino: Bologna.
- Juul, J. (2010). *La famiglia che vogliamo- nuovi valori guida nell'educazione dei figli e nei rapporti di coppia*, Urta, Editore.
- Giovanna Ruo, M. (2014). *Il curatore del minore. Compiti - Procedure-Responsabilità col contributo degli Avvocati Celeste Attenni, Marco Grazioli, Giuseppina Menicucci e Davide Piazzoni*, Maggioli, Editore.
- Riviste di psicologia giuridica Minore e giustizia- Autori vari.*
- Ruo, M.G. (2014). *Il curatore del minore*. Editori Maggiori, Bologna.

Modello psicoevoluzionista d'intervento psicologico sociale

Massimo Frateschi

Psicologo Psicoterapeuta, Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia

Riassunto

Il "Modello psicoevoluzionista d'intervento psicologico sociale" ha avuto avvio nel 1988 come modello prototipo d'intervento psicologico sociale a favore di uno o più soggetti di un gruppo o di una comunità, con il preciso obiettivo di un'operatività professionale interdisciplinare "Ricerca - Azione". Un continuo approfondimento rielaborativo sul "campo" della metodologia psicodinamica psicoevoluzionista, durato venticinque anni fino ad oggi, ha consentito l'attuale perfezionamento del modello, che ha per finalità il cambiamento in positivo della situazione, delle condizioni, della personalità dei soggetti nella famiglia, nella comunità e nella società.

Parole chiave: Psicoevoluzionista, Ricerca-Azione, Cambiamento.

Premessa teorica e metodologica del modello

Il "modello teorico esperienziale psicodinamico psicoevoluzionista" (Frateschi M. 1988, 2009a) e il "Training Psicodinamico Psicoevoluzionista di Gruppo Interdisciplinare - TPPGI" (Frateschi M., 2009b), possono rappresentare dei riferimenti teorici e metodologici dell'orientamento psicodinamico psicoevoluzionista per la formazione e la supervisione di gruppi interdisciplinari interni o esterni a istituzioni, soggetti professionisti esterni, operatori sanitari - sociali - educativi. Un applicazione di questo modello teorico esperienziale nel campo della psicologia sociale e dei gruppi, presente tra i metodi utilizzati nel TPPGI, riguarda la Dinamica di Gruppo che genera un apporto psicologico sostanziale, per i soggetti in formazione. Come sostengono Lewin, Lippit e White: "Nel campo della dinamica di gruppo, più che in ogni altro campo della psicologia, teorie e pratica sono legate metodologicamente in un modo tale che -ove questa combinazione venga adeguatamente utilizzata- sarà possibile dare una risposta

ai problemi teorici e, nello stesso tempo, rafforzare quell'approccio razionale ai problemi sociali di tipo pratico, che costituisce uno dei requisiti fondamentali per la loro soluzione" (Lewin K., Lippit R., White R.K., 1939).

Una sintesi tra la teoria psicoanalitica e la dinamica di gruppo è menzionata da Foulkes ed Antony (1957): "La teoria del "campo" di Lewin ha dato un importante contributo allo studio della "dinamica di gruppo" e dei "campi sociali", che è di interesse per il sistema teorico dell'analisi di gruppo. I suoi concetti di tutto dinamico, di figura e sfondo, di pertinenza, di tensione e di conflitto, dei vari tipi di *leadership* e di "atmosfera", di prospettiva temporale e del "qui e ora", di forze coesive e distruttive, di valenze di gruppi integrati e di gruppi senza *leader*, sono state assorbite, in parte, nei metodi analitici di gruppo". I processi psicologici di gruppo possono essere studiati, attraverso la dinamica di gruppo come conferma Durkin (1964) per osservare: "l'evoluzione del funzionamento del gruppo a livello delle norme che dirigono il gruppo, dell'assegnazione dei ruoli, dei livelli di comunicazione, dei canali di comunicazione, ecc."

Nella Dinamica di Gruppo è possibile studiare, rappresentare, simulare, esperire, analizzare, elaborare, interpretare attraverso molteplici Scene e Ruoli in rapida successione: i condizionamenti, le incongruenze, i pregiudizi, gli atti mancati, le barriere, le aggressioni, le difese, i conflitti, le identificazioni, le proiezioni, il dolore, la condisione, l'appartenenza, la coesione, ecc. La realizzazione del TPPGI, comporta per i soggetti in formazione un addestramento alla percezione psicoevoluzionista delle scene (Frateschi M., 1989) applicata all'immaginazione simbolica e alla creatività. Ciò, può consentire di cogliere la natura degli eventi e dei fenomeni umani, incrementando il livello di motivazione di Ricerca (studio) - Azione (lavoro) per gli operatori nei gruppi, con

esercitazioni formative, comprendenti l'analisi dinamica sia della realtà esperenziale, sia delle scene di realtà, irrealtà e simulazione. Quindi, nella Dinamica di Gruppo attraverso la Comunicazione Pragmatica (Frateschi M., 1988) si può: mantenere intenzionalmente attiva la distinzione tra Contenuto Semantico e Contenuto Pragmatico (scopo: Studio e Ricerca sulla Dinamica di Gruppo); guidare il Contenuto Semantico e il Contenuto Pragmatico verso una intenzionale ed esplicita coincidenza (scopo: Metacomunicazione sulla Dinamica di Gruppo); esplorare ed esperire le opportunità di percezione soggettiva delle coincidenze dei contenuti semantici e pragmatici, per proporle al gruppo e scoprire le variabili interattive (scopo: Sensibilizzazione sulla Dinamica di Gruppo). Inoltre, il Metodo Workgroup (Frateschi M., 1989) allena ad un lavoro di gruppo interdisciplinare, con una strategia organizzativa e applicativa di competenze, tecniche, mezzi e strumenti mirati sulla progettazione all'interno di microgruppi e macrogruppi, per sviluppare la motivazione ai cambiamenti della comunicazione e della relazione nella triade soggetto - microgruppo - macrogruppo (Frateschi M., 2012).

Una particolare angolatura della psicologia sociale psicoevolutionista parte dalla prospettiva drammaturgica (Harrè R., Secord P. F., 1972) e permette dei chiarimenti sui confronti e sugli scontri tra i ruoli reali, ipotetici, fantastici. Così, grazie all'addestramento ad un lavoro di gruppo ad alta specificità, vengono esperiti differenti ruoli, tra livelli e configurazioni di realtà e di irrealtà. Si può rivelare un'espansione delle capacità di muoversi in un ambiente estraneo (esempio: teatrale), e di adattarsi alle circostanze anche improvvisamente avverse (esempio: drammatiche). In particolare, un'integrazione metodologica permette di analizzare e interpretare, dapprima, con la "teoria del ruolo" di Biddle e Thomas (1961), i puri e semplici elementi-base delle componenti e della struttura della rappresentazione drammatica, attraverso l'analisi delle scene, dello sfondo, delle figure, dei ruoli e delle funzioni. Poi, l'analisi psicoevolutionista prosegue secondo il metodo di Goffman (1969), relativamente ai due principi, denominati "costitutivo" ed "esplicativo", delle caratteristiche stilistiche delle rappresentazioni negli episodi reali.

L'inquadratura sulle scene vissute, focalizzata con l'analisi e la rielaborazione delle scene, delle immagini e della Comunicazione Pragmatica, determina sviluppi interessanti nelle esercitazioni esperenziali anche riguardo "le funzioni e i limiti della metacomunicazione" e "i livelli di percezione" riferiti da Mizzau nella sua ricerca, ed in modo specifico, gli "sviluppi pragmatici che seguono il raffronto di divergenti immagini del sé:

- modifica del proprio comportamento;
- modifica della propria concezione del sé;
- modifica della percezione dell'altro;
- modifica del rapporto interpersonale" Mizzau (1974).

Modello psicoevolutionista d'intervento psicologico sociale

Il modello ha come finalità il CAMBIAMENTO IN POSITIVO della situazione, delle condizioni, della personalità del/dei SOGGETTO/I. Per soggetto s'intende un essere umano, una persona; per cambiamento in positivo viene considerata una nuova espressione della propria esistenza, tale da vivere nel migliore dei propri modi possibili, nella società. Gli operatori sociali chiamati a realizzare il cambiamento in positivo del soggetto devono essere preparati ad un LAVORO DI GRUPPO che, per divenire asse portante del progetto complessivo, deve "essere formato" da uno specialista di conduzione di gruppo. Lo sviluppo del modello può essere meglio inquadrato attraverso una rappresentazione topologica, in cui come sostiene Lewin K.: "... non si devono considerare i singoli aspetti della situazione in relativo isolamento, come si è spesso tentati di fare nel corso di una descrizione puramente verbale. Piuttosto, il procedimento usato costringe anzitutto a partire dalla situazione complessiva del momento, considerata come una unità" (Lewin K.). La rappresentazione topologica del modello prende forma di un diagramma di flusso, in fig. 1. I possibili dinamismi interni al modello possono essere chiariti nuovamente da Lewin K. "Per determinare non soltanto quali locomozioni sono possibili, ma quale delle locomozioni possibili avrà luogo ad un momento dato, si deve ricorrere al concetto di forza.

Una forza è definita da tre diverse proprietà:

1. Direzione;

2. Intensità;
3. Punto di applicazione.

La prima e la seconda proprietà devono essere rappresentate per mezzo del concetto matematico di vettore. Il punto di applicazione è indicato nella rappresentazione grafica (come si usa in fisica) dalla punta di una freccia” (Lewin K.).

Avendo dato accenno alle proprietà fondamentali delle forze in campo, passo a descrivere i vari comparti o moduli con i quali si articola il modello (rif. Fig.1 APPENDICE A).

INTERGRUPPO: Gruppi composti da persone preparate con una precisa definizione del proprio ruolo e delle proprie competenze. Per far sì che degli specialisti possano operare in condizioni di confronto aperto, disponibile, creativo, dovrebbero essere esplicitati con accordo univoco sia il ruolo che le competenze di ognuno. I confini di questi due aspetti professionali dovrebbero diventare, laddove è possibile, concordemente flessibili, per evitare posizioni eccessivamente rigide e l’involutione nella trasmissione dei contributi.

METODOLOGIA: Il bagaglio metodologico del singolo operatore deve trovare un canale di trasmissione comprensibile al gruppo. Vale a dire che deve offrire una sintesi di contenuti convertibile pragmaticamente, operativamente dal gruppo. Il bagaglio metodologico si compone di:

1. Osservazione;
2. Strumenti;
3. Metodi;
4. Risultati;
5. Verifiche;
6. Rettifiche;
7. Validità;
8. Controllo.

Tutto ciò deve essere presente in un operatore specialista e proviene da un background complesso. Codesto si configura attraverso due dimensioni parallele e compresenti: lo sfondo culturale che può darsi una via educativa e l’acquisizione teorica che deve svilupparsi in una preoperatività esperita.

PROGRAMMA D’INTERVENTO PER IL/SOGGETTO/I: il singolo operatore dovrebbe poter cogliere la maggior quantità di indizi storici, biografici, per dare “un corpo ad una persona”; diversamente avremo tante lettere quante servono ad un nome, un cognome, ecc..

La relazione specialistica, sulla scorta di quanto prima menzionato, dovrebbe attenersi ad una valutazione che rilevi sia le difficoltà, i disagi, i deficit, sia le potenzialità, gli adattamenti, le capacità.

La sintesi valutativa iniziale dell’*équipe* interdisciplinare è necessaria per far convergere le prospettive di un’azione che, a questo punto, diventa collegiale.

Il programma d’intervento (complessivo) è dato dalla paziente costruzione frammento per frammento di una serie di obiettivi a breve, medio, lungo termine, in una strategia che accordi gli operatori sui cambiamenti in positivo consoni alla persona. Questo è un momento di sintesi superiore, rispetto alla sintesi precedente, in quanto gli operatori dovrebbero avere il compito di dare “armonia” al programma d’intervento, così come i singoli di un’organizzazione si accordano in sintonia, accomunando gli intenti. Ciò non significa escludere l’individualità, bensì ricercare anche con tensione concentrativa l’individualità altrui per compensare la propria, onde evitare fantasie e tentativi di onnipotenza.

Il disegno sperimentale a soggetto (specifico) identifica uno o più progetti che il singolo operatore deve impostare ed attuare per il soggetto. Questo aspetto deve essere curato con particolare rigore scientifico. La responsabilità e i risultati ottenuti e verificati ricadono sull’operatore interamente.

1°, 2°, ecc. follow-up entrano in un percorso di periodici controlli cui deve essere sottoposto il Programma d’Intervento. Ciò per far sì che siano quantificabili e qualificabili il maggior numero di cambiamenti in positivo e di variabili intervenienti.

La sintesi valutativa finale dovrebbe denotare le modificazioni sopraggiunte fino a quel momento che viene considerato di conclusione, sia pure parziale nel divenire. Questo affinché l’atto documentato si integri nella storia di una persona.

OPERATIVITA’ INCIDENTE SULL’ESTERNO: la conoscenza dell’ambiente del soggetto permette di non lasciare lo stesso avulso della società; nella caratterizzazione della realtà esterna aiuta molto l’approfondimento contestuale.

La relazione con la famiglia deve attuarsi attraverso confronti costanti. L’operatore non dovrebbe

be partire dal presupposto che è la famiglia tenuta ad interessarsi e perciò a ricercare aiuto specialistico; infatti, spesso le famiglie, più dell'operatore, possono trovarsi a disagio o in crisi non riuscendo a trovare un modo giusto di rapportarsi.

L'operatore dovrebbe "essere formato" nel lavoro di gruppo per sviluppare le capacità comunicative e relazionali.

Grazie a questo apprendimento e alla consapevolezza che può scaturire, l'operatore può meglio intrecciare relazioni con altri specialisti, anche nelle istituzioni socio-educative-sanitarie.

OPERATIVITA' SULLA CONSONANZA SOGGETTO - PROGRAMMA D'INTERVENTO - ESTERNO: l'operatività deve concretizzarsi in una serie di cambiamenti positivi. Un approccio che affronti globalmente l'evoluzione di un essere umano non può prescindere dalle modificazioni funzionali di un contesto reale all'interno e all'esterno del soggetto.

Il cambiamento in positivo deve verificarsi non esclusivamente per il soggetto ma già per la famiglia e quindi per le altre relazioni.

E' fondamentale una verifica oggettiva da parte dell'operatore dei cambiamenti avvenuti. La metodologia dell'operatore viene richiamata in causa interamente.

OPERATIVITA' INTERGRUPPO: alcuni elementi possono dare contenuto e forme peculiari ad un insieme di operatori in campi diversi ma che intendono agire collettivamente per il benessere di un essere umano.

Si tratta di fattori che devono "rispecchiare" il singolo nel gruppo ed il gruppo nel singolo.

Fattori interiori sono: la motivazione, la predisposizione. Le energie che contraddistinguono questi fattori devono essere mobilitate costantemente dall'operatore individualmente e nel gruppo.

Fattori esteriori sono: l'ambiente, il contesto.

E' indispensabile avere a disposizione uno spazio dove incontrarsi ed un tempo dedicato agli incontri intergruppo.

Comunicare, saper comunicare, essere consapevoli della comunicazione, sviluppare un prodotto sulla base della comunicazione è distinguibile da che cosa stiamo comunicando, da quel che vorremmo comunicare, da quando iniziamo effettivamente a comunicare, dal perché stiamo comu-

nicando. Comunicazione e meta comunicazione devono essere esperite del piccolo (micro) e del grande (macro) gruppo. L'esperto in conduzione di gruppo permetterà che vengano elaborate ed agite le accettazioni, le interazioni, le mediazioni, le ridefinizioni.

TRAINING GROUP (GRUPPO DI RICERCA/STUDIO - AZIONE/LAVORO DI GRUPPO): Lavorare in una équipe, insieme ad altri operatori per rendere al meglio delle possibilità umane e favorire nuove possibilità ad altri essere umani in difficoltà, è l'inizio di una crescita comune. I momenti della ricerca scientifica (GRUPPO DI RICERCA/STUDIO) e i momenti di ricerca personale e professionale (AZIONE/LAVORO DI GRUPPO) scindibili temporalmente, possono riunirsi nello sviluppo delle potenzialità dell'operatore.

L'esperto in conduzione di gruppo potrà promuovere le potenzialità intrinseche ed uniche di un irripetibile campo di forza, se anche l'OPERATIVITA' INTERGRUPPO si attuerà. Il TRAINING GROUP potrà comportare una nuova definizione del "ruolo" e delle "competenze" per l'operatore, dando espressione più ampia alle proprie energie personali e professionali. Infine, il flusso dinamico delle forze anziché estinguersi e disperdersi, potrà riprendere a circolare tra i moduli.

Bibliografia

- Biddle, B.J., & Thomas, E.J. (1961). *Role Theory*. Wiley, New York.
- Durkin, H. (1964). *Le groupe en profondeur*. Epi, Paris.
- Foulkes, S. H., & Antony, E.J. (1957). *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*. Penguin, London.
- Frateschi, M. (1988). *Communication. Advanced Studies in Group Psychology*. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A..
- Frateschi, M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa*. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- Frateschi, M. (1989). *La Psicologia Scolastica con un orientamento Psicodinamico Psicoevolutionista per una Ricerca Azione nella scuola*. Comunicazione interna alla Ricerca Formativa "Il bambino multidimensionale", Università degli Studi di Bari - I.R.S.S.A.E., Regione Basilicata.
- Frateschi, M. (2009a). *Una Strategia Progettuale di Psicologia Scolastica*. Relazione presentata all'Evento Formativo ECM, Giornata di studio su: "La

prevenzione psicologica nei contesti scolastici".
 Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Bari.

Frateschi, M. (2009b). *Psicoevoluzione nella scuola*. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 11, 12/2009, pp. 34-41.

Frateschi, M. (2012). *Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevoluzionista*. Armando Editore, Roma.

Goffman, E. (1969). *The Presentation of Self in Everyday Life*, The Penguin Press. London.

Harre', R., Secord, P. F. (1972). *The Explanation of Social Behaviour*, Oxford, Basil Blackwell.

Lewin, K. (1917). *Die psychische Tätigkeit bei der Hemmung von Willensvorgängen und das Grundgesetz der Assoziation*. «Z. Psychol.», 77, 212-47.

Lewin, K. (1922). *Das Problem der Willensmessung und das Grundgesetz der Assoziation*. «Psychol. Forsch.», 1, 191-302; 2, 65-140.

Lewin, K. (1926). *Vorsatz, Wille und Bedürfnis*. «Psychol. Forsch.», 7, 294-329 e 330-385.

Lewin, K. (1930). *Kindliche Ausdrucksbewegungen*, in W. Stern, *Psychologie der frühen Kindheit*, 6ª ed., Quelle u. Meyer, Leipzig, p. 502

Lewin, K. (1933). *Vectors, Cognitive Process and Mr. Tolman's Criticism*, Journ. Gen. Psychol., 8, 318-345.

Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. New York, McGraw-Hill Book Company.

Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics*. Gertrude W. Lewin (ed.). New York, Harper & Row.

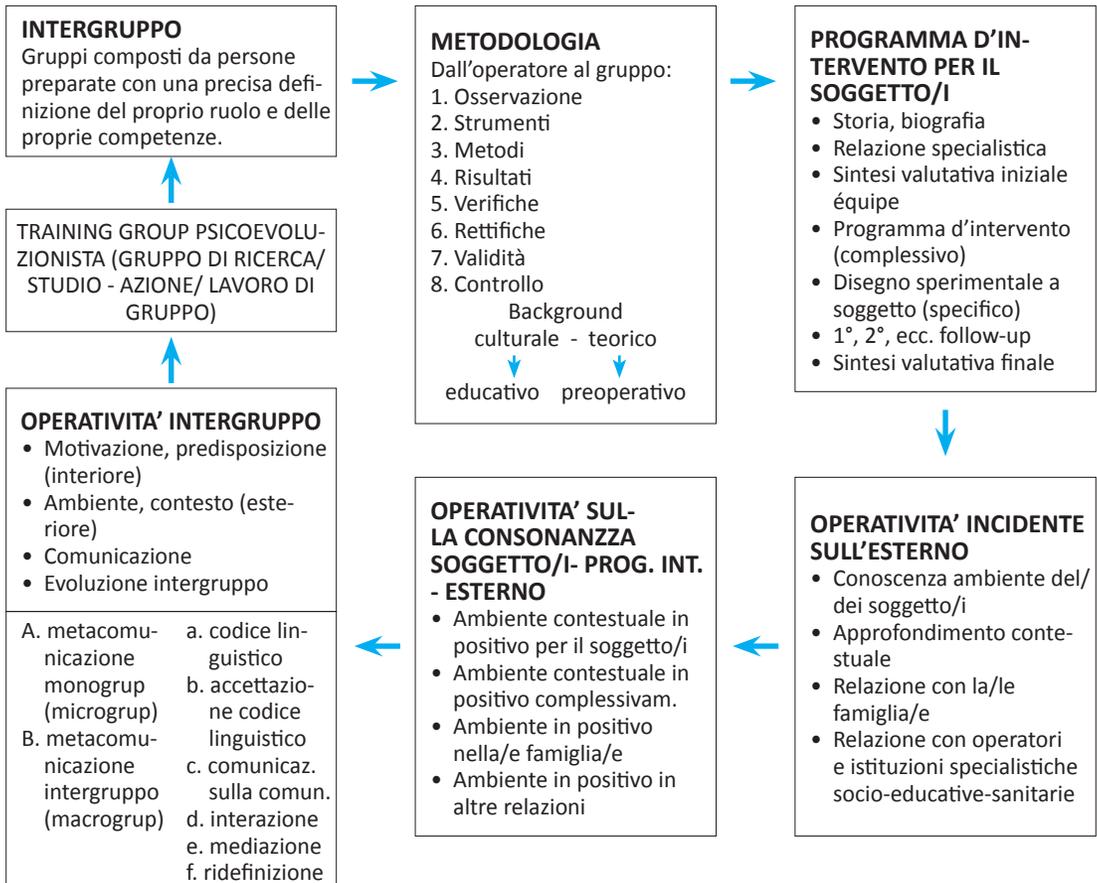
Lewin, K., Lippit, R., & White, R.K. (1939). *Patterns of Aggressive Behaviour in Experimentally "Social Climates"*, "Journal of Social Psychology", 10, 271-299.

Mizzau, M. (1974). *Prospettive della comunicazione interpersonale*. Società Editrice Il Mulino, Bologna.

MODELLO PSICOEVOLUZIONISTA D'INTERVENTO PSICOLOGICO SOCIALE

(FRATESCHI M., 1988-2014)

APPENDICE A - Fig.1



Children explorer: *il web a misura di bambino*

Vito Brugnola*, Maria Grazia Foschino Barbaro**, Domenica De Iaco***

* Psicologo e Psicoterapeuta in formazione APC - Lecce

** Dirigente Psicologo Responsabile Servizio di Psicologia, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", A. O. U. Policlinico di Bari

*** Assistente Sociale Servizio di Psicologia-Progetto Giada, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", A. O. U. Policlinico di Bari

Riassunto

I costanti cambiamenti sociali e tecnologici influenzano profondamente le abitudini delle famiglie trasformando le dinamiche presenti tra genitori e figli. Ciò rende necessario un'analisi conoscitiva sulle abitudini dei fanciulli e degli adolescenti alla luce della diffusione dei mezzi tecnologici che accompagnano quotidianamente le nuove generazioni nel loro percorso di crescita. La rete ormai connette tutto e tutti dando straordinarie opportunità mai lontanamente pensabili qualche decennio addietro, ma presenta anche dei rischi insiti nel DNA di un mezzo che offre l'anonimato e l'abbattimento di barriere vitali per la salvaguardia della salute psicologica di giovani menti in formazione.

Il precario equilibrio tra opportunità e rischio rende necessari una serie di strategie compensative da parte dei genitori che con difese attive e passive possono confidare in un utilizzo sano della rete da parte del proprio figlio, non solo in ottica ludica, ma anche formativa e didattica. Esistono molti portali dedicati all'aiuto di bambini e adolescenti con problemi cognitivi e non. Sorprendentemente, Internet offre molti punti di vista ed eccellenze che il presente articolo cerca di illustrare in modo da non ridurre la navigazione sulla rete in un tragitto senza alcuna rotta all'orizzonte.

Parole chiave: Internet, Youtube, Sistema ecologico, software didattici, regole per figli/genitori.

Introduzione

Internet è un grande mezzo di comunicazione e conoscenza che ha soppiantato i comuni mass media superando e azzerando le distanze tra chi fornisce un servizio e chi ne usufruisce, offrendo un'opzione che non ha uguali in nessun altro mezzo comunicativo: l'interazione.

La "rete", quale mezzo di comunicazione di esclusivi apparati militari, si è evoluta negli anni '90 diventando facilmente usufruibile e arricchendosi di informazioni sino ad assumere le sembianze di un vasto "mare" in cui poter navigare. Sono queste le peculiarità che hanno sancito l'accrecimento rapido di questo strumento, sempre più

ricco di risorse, a tal punto da risultare utile agli utenti di ogni fascia d'età di ogni continente.

Un'opportunità di apprendimento così importante non poteva non toccare i bambini e la loro crescita, anzi sono proprio loro il target a cui internet "strizza l'occholino" visto che saranno i futuri utenti di domani.

L'immagine del bambino che scrive sul proprio quaderno con la sua biro è stata soppiantata dalla figura del bambino tecnologico che cerca informazioni, giochi e amici andando da una pagina all'altra del suo LCD, aprendo browser e chiudendo applicazioni java.

Tutti i dati statistici convergono nella descrizione dello stesso fenomeno: il web è sempre più presente nella vita dei bambini.

Minori e Web: quale relazione importante

Se, sino alle porte del XXI secolo, Internet era un miraggio per la maggior parte degli italiani, adesso la situazione è notevolmente cambiata e sono soprattutto i bambini e gli adolescenti ad essere patiti utilizzatori del mezzo, infatti, si stima che circa l'83% dei bambini abbia già avuto più di un'esperienza con la rete (ISTAT 2011).

I fanciulli, inoltre, dedicano circa 1/3 del loro tempo quotidiano (33%) tra postazioni Pc/Web e TV. Percentuali significativamente minori sono dedicate alla scuola (20%) ed ad attività extrascolastiche classiche (14%).

Esaminando meglio i dati, emerge che il tempo trascorso dai bambini su dispositivi d'intrattenimento e di comunicazione ammonta a circa 8 ore al giorno, più o meno lo stesso tempo che viene dedicato al riposo e addirittura maggiore rispetto alle 5 ore che i bambini, in media, passano a scuola.

L'uso di questi mezzi è spesso indifferenziato, molte volte, è proprio la "classica" e "vecchia"

Tv a incentivare l'utilizzo di internet, fornendo nuovi spunti da ricercare sulla rete o invogliando il download di "app" dai propri Smartphone.

In particolar modo, la rivoluzione degli Smartphone ha reso gli adolescenti sempre più "connessi", fattore che ha incrementato il bisogno di possedere un terminale tecnologicamente avanzato per soddisfare le proprie esigenze.

Nel 2011, minori in possesso di un cellulare/ Smartphone erano il 93% rispetto al 68% del 2001 (WWW.AZZURRO.IT). I dati mostrano un deciso incremento nella presenza di questi dispositivi nella vita dei fanciulli e adolescenti Italiani: praticamente 9 minori su 10 possiedono un cellulare. Questo fenomeno è reso possibile grazie a pacchetti tariffari sempre più aggressivi e alla portata di tutti, oltre che ad una pressione sociale che vincola e amalgama gli appartenenti ai vari gruppi.

Appartenere un gruppo di una chat, possedere un proprio portale su "YouTube" è ormai il pane quotidiano per la crescita sociale del giovane e, davanti a questi fenomeni, non possiamo stupirci se solo una netta minoranza dei ragazzi, circa il 4%, utilizza il cellulare solo per effettuare chiamate (ISTAT 2011).

Una visione sistemica

Una diffusione così eclatante di questo mezzo comunicativo non ha lasciato indifferente l'ambiente scientifico, che ha cercato di capire cosa ci sia alla base della popolarità di Internet tra bambini e ragazzi.

In generale, è bene puntualizzare che l'utilizzo del web offre delle grandi opportunità d'apprendimento, di cui il bambino è sin troppo consapevole e cerca di trarne tutti i vantaggi possibili. Secondo Johnson e Johnson (2008), i bambini che hanno utilizzato Internet a casa con programmi didattici e comunicativi, hanno dimostrato migliori abilità linguistiche e meta cognitive, rispetto ai bambini privati del pc. Molte ricerche hanno dimostrato che il sistema della rete virtuale aiuta i bambini con problemi di socializzazione diminuendo i sintomi ansiosi. Inoltre, ragazzi che utilizzano le e-mail e le chat per comunicare, risultano cognitivamente più sofisticati e popolari rispetto ai propri coetanei che rifiutano di utilizzare questo mezzo

comunicativo. Ad aumentare la vasta letteratura, che cerca di spiegare le motivazioni della grande popolarità di internet nei giovani, vi sono anche le ricerche di Li e Atkins (2004) che hanno osservato come i bambini in età prescolare, esposti all'uso del computer siano stati attori di un miglior adattamento scolastico.

Ad un livello di analisi sistemica, la teoria dei sistemi ecologici di Bronfenbrenner (2002) fornisce ulteriori elementi di comprensione del fenomeno Internet.

Il sistema ecologico, proposto dall'autore statunitense, è determinato dalle relazioni esistenti fra le varie situazioni ambientali e dai contesti più ampi di cui le prime fanno parte e si suddivide in microsistema, mesosistema, ecosistema e macrosistema.

Un microsistema è uno schema di attività, ruoli e relazioni interpersonali di cui il bambino ha esperienza in un determinato contesto con caratteristiche fisiche e concrete. Il mesosistema comprende le interrelazioni tra due o più situazioni ambientali alle quali l'individuo in via di sviluppo partecipa attivamente (le relazioni tra casa, scuola e gruppo dei coetanei che abitano nelle vicinanze di casa).

L'ecosistema è costituito da situazioni ambientali di cui il bambino non è partecipante attivo ma ne subisce le influenze (caratteristiche del posto di lavoro dei genitori, le amicizie dei genitori o la classe frequentata). All'apice del modello di Bronfenbrenner si trova il macrosistema che consiste nelle congruenze di forma e di contenuto dei sistemi inferiori (micro, meso ed eso - sistema) e dei contesti culturali nei quali sono compresi.

Secondo una revisione di questo sistema, il web si può situare a livello di microsistema ma influisce anche sugli altri sistemi sovraordinati. Johnson e Pupilampu, nel 2008, hanno proposto il "*sottosistema tecnico*" come una dimensione del microsistema che comprende le interazioni del bambino, sia con l'insegnante, sia con supporti tecnologici a fini informativi, comunicativi e ricreativi dati dalle tecnologie digitali.

Come rappresentato nella figura 1, l'impatto dell'uso di Internet durante l'infanzia è, teoricamente, mediato dal sottosistema tecnico che si esplicita nel microsistema. Nei paesi industrializzati, gli elementi del microsistema del bambi-

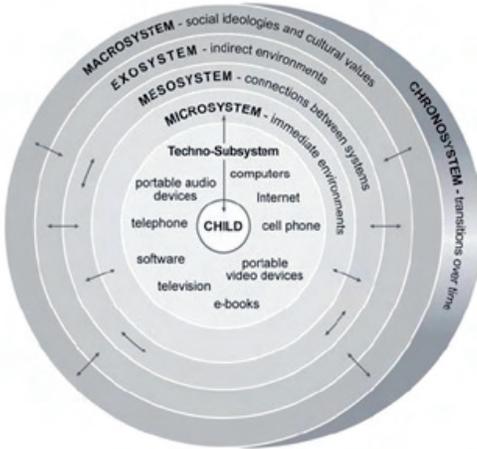


Figura 1: Modello di Bronfenbrenner

no (ad esempio, casa, scuola e comunità) sono influenzati da Internet. I portali scolastici che si basano sul web fanno parte del mesosistema, consentendo ai genitori la visualizzazione dei compiti a casa dei loro figli, la percentuale di presenze e i loro voti. A livello dell'ecosistema, il genitore che utilizza Internet sul posto di lavoro influenza indirettamente il bambino nel suo rapporto casalingo con il web.

Anche nel macrosistema vi sono elementi che incentivano l'utilizzo del web tramite un suo uso approvato culturalmente per determinate applicazioni. Tale modello culturale viene espresso in tutti gli ambienti frequentati dal bambino: casa, scuola e negli ambienti comunitari. Inoltre, l'uso di Internet può essere particolarmente sensibile, e quindi d'aiuto, davanti a importanti cambiamenti esistenziali come i vari passaggi tra la scuola primaria e secondaria (il cronosystem). Secondo quest'analisi, quindi, l'utilizzo di internet sarebbe incentivato dall'ambiente nel quale il bambino agisce e si rapporta.

Dal Flash Player ai Modelli Identificativi: opportunità e pericoli

Non deve stupire che il web sia diventato un mezzo fondamentale nella vita dei bambini e dei ragazzi anche per la loro crescita sociale. Il delicato processo autoconoscitivo, che porta alla formazione dell'identità del bambino, trova un'eccezionale risorsa grazie all'infinito materia-

le virtuale che si trova sul web. Conoscere i propri interessi, scoprire nuove dimensioni e contesti nel quale cimentarsi, trascende ormai dalla classica iconografia dei bambini che prendono a calci un pallone in una piazza. Uno dei motivi per cui internet ha così tanto successo tra gli adolescenti, è dato dall'importante mole di materiale che il bambino trova gradevole e interessante. Una grafica accattivante, invasive animazioni date dai plugins "Flash Player", sono il portale con cui il monotono linguaggio binario informatico, formato da sequenze di 0 e 1, si traduce in 16 milioni e 800 mila colori, si converte in effetti speciali e promesse di sensazioni che difficilmente si trovano nella realtà. Internet quindi è anche la ricerca di qualcosa che faticosamente la quotidianità può dare: un enorme paese dei balocchi privo di ogni giudizio e ramanzina, dove il Pinocchio presente in ogni bambino, può sfoggiare tutta la sua creatività e spensieratezza. Senza negativizzare troppo il web, si può asserire che questo costituisce la "seconda casa" di ogni bambino, un posto che, se usato correttamente, garantisce pace e sicurezza. In particolare, l'interfaccia anonima data del web, permette di assumere un'identità solo quando vi è qualcosa di positivo mentre quando la situazione diventa difficile, basta solo un clic per chiudere un mondo ostile, una fuga da una realtà che si stava orientando verso confini sgradevoli. Poter provare sensazioni positive è uno dei motivi più esemplificativi per cui il web ha avuto un successo planetario. Anche lo sviluppo sociale di un individuo si fonde intrinsecamente con l'uso del web. Bambini e adolescenti nel formare i loro gruppi, le loro tribù condividono delle regole e degli interessi che hanno la loro sorgente proprio in Internet.

Le reti sociali come Facebook e Google Plus, video musicali e amatoriali caricati su Youtube sono ormai "l'abc" al centro di ogni discussione. Escludere le potenzialità dell'informatica dalla propria conoscenza vuol dire automaticamente esser fuori dal mondo giovanile, come dimostrato da Johnson & Buck, nel 2009. Bandura e Walters, nel lontano 1964, affermarono che il comportamento sociale era il risultato dei processi di apprendimento osservativo per cui il bambino, guardando le figure a lui significative, attuasse un'identificazione utile per la formazione della propria identità e personalità. Questa teoria formulata ben quarantotto anni

fa è incredibilmente attuale e fornisce una valida spiegazione sulla popolarità del web. I modelli utili per le proprie identificazioni, forniti dai mass media, sono prontamente raggiungibili aprendo il proprio browser e “masticabili” a chiunque. Allo stesso modo, esser amico di un ragazzo molto apprezzato dal proprio gruppo classe, permette di assaporare quel successo sociale e quell’aumento della propria autostima indispensabili per la corretta crescita della propria personalità.

La condizione indispensabile affinché il web sia promotore di tutti gli effetti positivi sopracitati è il corretto uso di questo mezzo, tuttavia questo spesso non accade .

La stima effettuata da “Panda Software”, famoso Antivirus a livello mondiale, ha mostrato come non sia molto complicato mettere in atto comportamenti scorretti nella rete, ad esempio negli Internet Point c’è un’altissima percentuale di visualizzazione e creazione di pagine potenzialmente dannose per ogni utente: il 44% dei file, inviati e ricevuti da un terminale, riguardano attività non condivise culturalmente, nel 38% dei casi si ha la visualizzazione di contenuti violenti e nel 27% delle volte vi è la visualizzazione di contenuti pornografici. Più sporadici, ma non per questo meno pericolosi, sono gli accessi a siti illegali, xenofobi e siti nei quali avvengono fenomeni simili al bullismo. Il problema principale è che il contenuto di queste pagine e l’azione di questi utenti, non rimane confinato negli Internet Point, ma il loro flusso di dati è libero di diffondersi su tutti i server e anche quindi anche nei pc utilizzati nelle nostre case.

Questi dati sono importanti nella comprensione della complessità del mondo Web che assume il duplice ruolo di contenitore di informazioni importanti e nozioni utili per la crescita dei bambini, ma anche di possibile minaccia per il corretto sviluppo della loro psiche.

E’ in virtù di questa situazione che sono state varate delle normative per tutelare quest’utenza sensibile, prima tra tutte il Codice di autoregolamentazione “Internet e Minori” (2003) firmato dall’allora ministro delle comunicazioni, Maurizio Gasparri, e poi la Carta dei diritti dei minori in Rete (2004), approvata dal Consiglio nazionale dell’Autorità

per le Garanzie nelle Comunicazioni, che sancisce gli elementi cardine per un corretto uso dello strumento.

I limiti di garanzia, emanati da queste regolamentazioni, ci aiutano a focalizzare i problemi principali nei quali ci si potrebbe imbattere senza un’accurata esperienza e conoscenza del mezzo.

Il pericolo maggiore a cui i bambini sono esposti è la consultazione di siti a contenuto violento o con contenuti pedo-pornografici, i cui link di collegamento si celano spesso dietro immagini o messaggi che non forniscono alcun presagio dell’inganno sottostante.

I siti non forniscono solo immagini pericolose ma anche nozioni e informazioni false che possono far breccia nella fragile personalità del bambino che è ancora in divenire. Basti pensare ai contenuti online dell’attentatore norvegese ultranazionalista e islamofobo *Anders Behring Breivik* che ha rilasciato online tutte le sue memorie, forte testimonianza della follia umana, alla merce indiscriminata di tutti gli utenti, bambini e adolescenti compresi.

Queste “dottrine”, fortemente diseducative, sono state condivise da milioni di utenti, alcuni dei quali non del tutto immuni e critici davanti a questi atteggiamenti. Con la condivisione della propria identità, delle proprie idee e della propria “e-mail”, i confini delimitanti la privacy degli utenti si sono significativamente abbassati.



Ne consegue che anche i bambini possono essere raggiunti o raggirati da programmi che cercano di carpirne le abitudini, i contatti delle chat, in modo

da pedinare gli spostamenti virtuali. Furto di password, email spam e Trojan, sono i principali attori di questi disturbi che spesso nel colpire l'utenza del web non fanno differenza di sesso o di età.

Per fortuna l'informatica ha messo a disposizione una serie di antidoti e limitazioni per proteggersi da queste minacce. Un giusto mix tra l'insegnamento delle corrette strategie di navigazione, con la costante visione di un Antivirus a tutto campo, possono isolare il nostro pc dalla maggior parte delle minacce presenti nella rete.

Una prima mossa è quella di avviare un percorso **educativo** finalizzato alla responsabilizzazione dei bambini che devono condividere con i genitori le loro esperienze di navigazione, i quali devono a loro volta dar loro gli strumenti conoscitivi e culturali per proteggersi in autonomia.

Successivamente, è importante utilizzare delle tecniche attive tramite l'uso di software appositi e impostazioni personalizzate del proprio Sistema Operativo. Non bisogna dimenticare che spesso, bambini particolarmente dotati e adolescenti, sono mediamente **più abili dei genitori** ad usare il computer, quindi le tecniche che prevedono l'uso di appositi filtri possono essere spesso aggirati.

Un espediente molto utile per la protezione dei bambini può essere la **configurazione del computer** in modo che abbia più "utenze", ciascuna con la sua password, per ciascun componente della famiglia e con i permessi appropriati. Questo si può fare sia con *Windows*, sia che con *Mac*. Entrambi i sistemi operativi hanno una funzionalità di controllo genitori ("**parental control**"), che consente, tra le altre cose, di stabilire un limite di tempo giornaliero per la navigazione, un limite di orario, di impostare un filtro rispetto ai siti visitabili, di controllare a posteriore i siti visitati.

- Per i più piccoli, una soluzione può essere quella di installare degli appositi **browser** che consentono esclusivamente la consultazione di siti inseriti nella "**white list**". Uno dei più noti è *KidZui*, in inglese, lingua che, se per molti genitori rappresenta un ostacolo, per i bambini può essere un'opportunità in più d'apprendimento. L'alternativa italiana a questo servizio è "*Il Veliero*";
- Un efficace rimedio è il sistema di reportistica come "*YuControl*" (in italiano) o "*McGruff SafeGuard*" che fornisce al geni-

tore un aggiornamento costante sulla navigazione web effettuata dal figlio;

- Il browser *Firefox* offre molte **estensioni** sul controllo nella navigazione, tra le quali
- **R-Kiosk**, che trasforma la visione del browser Internet a tutto schermo senza possibilità di utilizzare menù e tasti funzione,
- **ePro-Con**, che permette di stabilire quali siti possono essere visitati e quali no;
- *YouTube*, permette di selezionare le tipologie dei contenuti da visualizzare impostando "**Modalità di protezione**" che impedisce l'accesso a video con determinate parole chiave. Il link per attivarla si trova in fondo alla pagina ed, anche se non è completamente infallibile, offre comunque buone protezioni;
- Per chi teme soprattutto le **chat** e ritiene che il piccolo non sappia cavarsela da solo, l'unica soluzione è impedire al computer di accedere a determinati **siti**. **In questi casi programmi come "*BinarySwitch Eclipse*" ci vengono in aiuto.** Sul Mac lo stesso risultato si ottiene configurando le singole utenze;
- Usare un software di protezione che riconosca alcune parole come "sex", "erotico", "porno", come "*User time control*", "*Parental Filter*" "*PicBlock*" e "*Filseclab Internet Guardian Angel*";
- Tenere lontani i bambini dalle chat-room o da Irc, a meno che non siano state controllate prima;
- Far capire ai propri figli di non dare alcuna informazione personale (città, scuola frequentata, etc.);
- Cercare di utilizzare Internet insieme ai propri figli;
- Il computer deve essere posizionato al centro dell'appartamento, mai nella stanza del bambino;
- Stabilire regole ben precise su come e quando utilizzare Internet;
- Conoscere gli amici on-line dei figli;
- Leggere le e-mail con i figli.

L'elemento che non deve mai mancare, quindi, è l'attenzione dei genitori sulle pagine che il proprio figlio visita e fare un'educazione attiva in modo che il bambino capisca cosa possa visitare

e cosa no. Anche nei siti delle più famose testate giornalistiche ci sono spesso, per diritto di cronaca, video con contenuti violenti, spesso a pochi pixel di distanza da una notizia che può essere utile per i compiti del bambino. La regola principale, quindi, è instaurare una relazione di fiducia tra i genitori e il proprio figlio in modo che i loro insegnamenti siano effettivamente la guida principale per una corretta navigazione sul web.

Un altro potenziale pericolo, dettato dal canale comunicativo “display-utente”, è la solitudine che si può creare nel bambino, o adolescente, nell'affrontare le conversazioni con i propri amici. Data la volatilità del materiale digitale: un insieme di dati che non possono esser toccati con mano e che scompaiono con un semplice tasto, poche volte ci si rende conto dell'importanza di questi contenuti.

Un video registrato con il proprio smartphone e pubblicato su Facebook o su You Tube, può avere estreme conseguenze quando, le dinamiche in esso contenute sono espressione di cyber bullismo.

Particolarmente grave ed emblematico, è l'episodio avvenuto il 14 Gennaio 2013 a Novara dove una adolescente, vittima di cyber bullismo, ha drammaticamente deciso di porre fine alla sua vita perché bersaglio di atteggiamenti persecutori nei suoi confronti. Le accuse rivolte ai suoi “aguzzini”, tutti minorenni, sono di una gravità estrema: istigazione al suicidio e detenzione di materiale pedopornografico.

Ancor prima di giudicare i comportamenti e le dinamiche dell'accaduto, forse sarebbe il caso di porsi delle domande sulle condizioni per cui questi adolescenti siano stati lasciati così liberi di sbagliare, a prescindere dalle modalità.

Sarebbe molto superficiale e riduttivo demonizzare internet come un pozzo nel quale confluiscono tutti i vizi e le problematiche sociali e la virtualità incoraggia comportamenti dannosi e illegali.

Per fortuna il ritratto che ne esce fuori non è così negativo e soprattutto non deve indurre a considerare questo mezzo comunicativo all'interno di una concezione dicotomica tendente al negativismo.

Le tanto temute chat, se utilizzate correttamente, permettono ai bambini di scambiarsi velocemente informazioni e discutere amichevolmente. Questo mezzo è particolarmente utile per i sog-

getti più timidi che spesso hanno difficoltà nella relazioni vis a vis e grazie all'interfaccia del Pc riescono a sfondare un primo ostacolo per la loro socializzazione. Sempre dal punto di vista sociale, è innegabile che le chat accorcino le distanze, permettono di dialogare con una persona distante anche centinaia di km. Anche un'amicizia iniziata in un campo scuola o in un campeggio estivo, grazie a questo strumento può avere uno sviluppo altrimenti inimmaginabile. Infine, ma non ultimo per importanza, il web abbassa i confini tra le classi sociali, mette sullo stesso piano gli utenti di ogni estrazione sociale permettendo quindi una crescita e una conoscenza libera del bambino, ridimensionando ogni pregiudizio sociale.

Oltre il rischio: il boom delle risorse

Tralasciando l'ambito sociale, la rete, nella sua sconfinatezza, offre quotidianamente anche spunti e servizi importanti per la crescita dei bambini e degli adolescenti. La visualizzazione di contenuti nozionistici e materiali multimediali contemporaneamente permette, al bambino, di elaborare strategie di pensiero del tutto nuove, anche rispetto ai propri genitori. L'impostazione delle pagine web richiede uno sforzo attentivo e un'abilità di pensiero molto raffinata in quanto deve discernere tra mille informazioni utili a portata di mano. Nel ricercare un argomento, il bambino deve scegliere parole chiave e canali specifici dentro i quali orientare la sua ricerca. E' come se un adulto per approfondire un argomento, si trovasse a consultare decine di decine di tomi con il grave rischio di impelagarsi davanti all'enormità di informazioni da stralciare. Internet fornisce immediatamente questo allenamento di pensiero nel scegliere informazioni rilevanti e di accantonare quelle meno importanti, e il bambino, con la sua plasticità neuronale riesce egregiamente in questo compito. Ed è qui, in questo processo che i ruoli si ribaltano: l'utente internet non è più il passivo ricettore di informazioni fornite dall'alto, ma è un attivo ricercatore che seleziona il materiale migliore costruendo la propria conoscenza all'interno di un circuito di nozioni che si aggiorna continuamente.

E' conseguentemente a queste potenziali opportunità che si è sviluppato un vasto mercato di servizi dedicati ai bambini e all'apprendimento.

Le aeree d'intervento sono molteplici, basti pensare alle letture, libri e fiabe, racconti, lingua italiana e grammatica, storia, geografia, metemattica, logica, lingue, svago, educazione alla salute, sport.

Seymour Papert, matematico di origini sud africane, è stato uno dei primi a pensare che il computer potesse cambiare le modalità di apprendimento. I suoi contatti con Piaget hanno fatto sì che le sue conoscenze matematiche venissero adoperate per un uso creativo del Pc, finalizzato ad un apprendimento personalizzato. E' da questa premessa che è nata nel 1995 MaMaMedia, impresa di New York attraverso la quale si cerca di creare un programma web per le attività dei bambini. Il portale offre servizi altamente specializzati con aree d'interesse che includono ambienti di apprendimento computazionale sotto forma di gioco; progettazione multimediale e programmazione; programmi di apprendimento interattivo per la matematica e le scienze.

La rete, quindi, offre grandi opportunità per l'espressione di se stessi tramite giochi e tematiche che i bambini possono sviluppare attraverso procedure sicure e divertenti.

Il successo oltreoceano di MaMaMedia ha dato il "la" ad una serie di iniziative anche in Italia come nel caso del portale BAMBINO.IT che fornisce le stesse opportunità del sito Americano.

Letture, conoscenza di libri e fiabe, apprendimento della lingua italiana e delle altre lingue Europee, sono solo alcune delle attività a cui si può partecipare, unitamente allo sviluppo delle conoscenze tecniche e matematiche.

Un elemento apprezzabile del mondo web è che non si rivolge solo a bambini normodati che vogliono potenziare le loro strategie di apprendimento, ma ha affinato anche tecniche utilissime di stampo supportivo verso chi ha gravi problemi di apprendimento.

L'esperienza di volontari ed esperti nei vari settori, ha fatto sì che siano stati sviluppati free-software (quindi scaricabili da chiunque) utili con bambini che presentano elementi problematici, eccone alcuni esempi:

- **ADA:** Software didattico per le scuole elementari e medie e per chi ha problemi di apprendimento che offre un vero ambiente di apprendimento collaborativo integrato.

Come altri sistemi di questo tipo permette agli studenti, suddivisi in classi, di:

- consultare materiali didattici strutturati (testi, immagini, audio, video, animazioni),
- eseguire esercitazioni,
- interagire con il tutor e con gli altri corsisti con un sistema di messaggeria integrato.
- **A.V.I.P.A. - Ambiente Virtuale Inclusivo per Persone Autistiche** è un ambiente di lavoro/svago/apprendimento progettato espressamente per tener conto delle specificità dei soggetti cui è rivolto, ovvero ragazzi con disturbi dello spettro autistico.
- **ADA-DEAL** è la nuova piattaforma e-learning per l'erogazione di corsi di formazione destinati a studenti sordi ideata dal progetto Europeo DEAL TOI, con un'attenzione particolare nell'insegnamento delle lingue straniere tramite il linguaggio dei segni. ADA-DEAL permette la presenza di più livelli di tutoraggio: un rapporto diretto con il docente tramite gli strumenti di comunicazione sincroni ed asincroni (Forum, Chat, VideoChat, Withboard condivisa...) e quando necessario la presenza di un interprete LIS (Lingua Italiana dei Segni) che possa fare mediatore fra lo studente ed il docente.
- **G.I.G.I** è un programma nato per intrattenere alunni con gravi problemi. Questo programma si interfaccia al bambino con una persona virtuale, distratta pronta a ricevere correzioni e consigli. L'uso del programma è particolarmente indicato per favorire la comunicazione, in particolar modo con soggetti mutatici o con disturbi caratteriali, che possono far pratica delle norme corrette per un'efficace comunicazione evitando così comportamenti disadattativi in classe che portano all'isolamento.

Conclusioni

Quanto appena detto, negli elementi positivi e negativi, rappresenta solo una goccia d'acqua dello sconfinato oceano che è la rete. Davanti a questi confini così lontani da ogni visualizzazione, dove le barriere del controllo si scontrano ora con l'i-

nesperienza dei genitori, e dopo con la solitudine con la quale i bambini accedono ai siti, è necessario trovare con risolutezza le metodologie efficaci per una sana e tranquilla navigazione.

Regole semplici e veloci possono riparare un bambino dalle minacce di sedicenti amici che in realtà di amichevole hanno solo l'avatar di un account.

E' fondamentale che la nuova generazione "always on" costruisca la propria identità anche con le reti sociali create da Google +, dalla lettura degli stati Facebook, oppure dalla condivisione di un Twite, ma come in molti campi della vita, la sottile linea di confine tra l'utilizzo efficace di un dispositivo e l'ossessiva dipendenza, è data dall'approccio e dal tempo che si dedica a questi mezzi straordinari.

Riprendendo (e arricchendo) alcuni spunti già forniti all'interno dell' articolo, ecco delle semplici linee guida per genitori e figli, nell'utilizzo del web:

Regole per i Ragazzi

1. Non dare mai informazioni personali (indirizzo, n° di telefono, età, nome della scuola che frequenti, ecc.);
2. Non rispondere ad e-mail o messaggi che ti facciano sentire imbarazzato o confuso. Nel caso parlane con i tuoi genitori;
3. Non accettare appuntamenti con persone conosciute in chat, la loro vera identità potrebbe essere diversa da come ti è stata raccontata;
4. Non utilizzare on-line linguaggi o termini offensivi, ambigui o volgari, comportati correttamente così come fai a scuola o a casa il web non è un luogo differente;
5. Se ti imbatti con qualcosa o qualcuno che ti lascia dubbi e incertezze non esitare a dirlo ai tuoi genitori. In Internet non tutto è buono non tutto è vero.

Regole per i Genitori

1. Non lasciare per molto tempo tuo figlio da solo collegato in rete: se puoi, fai in modo che il PC sia in una stanza accessibile a tutti.
2. Installa software in grado di filtrare i siti web, così proteggerai la sua navigazione su internet.

3. Parla con tuo figlio dei pericoli del web: una buona comunicazione è lo strumento più efficace contro i rischi della navigazione.
4. Spiega loro l'importanza di non accettare mai incontri con persone conosciute in chat o, per lo meno, di farsi accompagnare all'incontro da un adulto di fiducia.
5. Ricorda che i ragazzi, spesso, attribuiscono a se stessi la responsabile di situazioni sconvolgenti, come ad esempio ricevere delle proposte particolari o oscene. Ascoltali e rassicurali.

In conclusione, si può tranquillamente affermare che Internet, seppur con le sue luci ed ombre, possa essere annoverata tra le scoperte più importanti degli ultimi 50 anni, uno strumento straordinario di crescita e sviluppo che consente azioni inimmaginabili sino a poco tempo fa. E' un nuovo strumento che va considerato nei suoi aspetti migliori; la sua importanza presente e futura giustifica l'assunzione di qualche piccolo rischio (calcolato) pur di rendere competenti i nostri figli, adulti di domani, nella gestione di questo indispensabile mezzo .

Bibliografia

- Berti, A. E. & Bombi, A.S. (2008). Corso di Psicologia dello sviluppo. Bologna: Il Mulino.
- Bronfenbrenner, U. (2002). Ecologia dello sviluppo umano. Bologna: Il Mulino.
- Camaioni, L., Aureli, T., Perucchini, P. (2004). (2004). Osservare e valutare il comportamento infantile. Bologna: Il Mulino.
- Camaioni, L., Di Blasio, P. (2002). *Psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Schaffer, H. R. (2005). *Psicologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore,
- Molinari, L. (2007). *Psicologia dello sviluppo sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Miller, P.-H. (2002). Teorie dello sviluppo psicologico. Bologna: Il Mulino.
- Centorrino, M. (2009). *Bulli, pupe, videofonini*. Assago (MI): Bonanno.
- Facci, M. (2010). *Le reti nella Rete - I pericoli di internet dal cyberbullismo alle sette pro-ana*. Trento: Erickson.
- Papert, S. (1994). *I bambini e il computer*. Milano: Rizzoli.
- Papert, S. (2006). *Connected Family "Come aiutare genitori e bambini a comprendersi nell'era di internet"* (a cura di Paolo Ferri). Sesto San Giovanni (Mi): Mimeis.

Considerazioni sull'ecosistema umano

Giusi D'Apolito

Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica e Gruppoanalisi

Riassunto

Superando le dicotomie del pensiero occidentale tra mente e corpo, scienze della natura e dello spirito, pensiero scientifico e filosofico, individuo e ambiente, il presente articolo cerca di rispondere al fondamentale quesito inerente la natura della mente non in termini di composizione ma di organizzazione.

Parole chiave: *Ecosistema Umano/ Funzioni della mente/ Interdipendenza dei sistemi, organizzazioni e strutture/ Luciano Cofano*

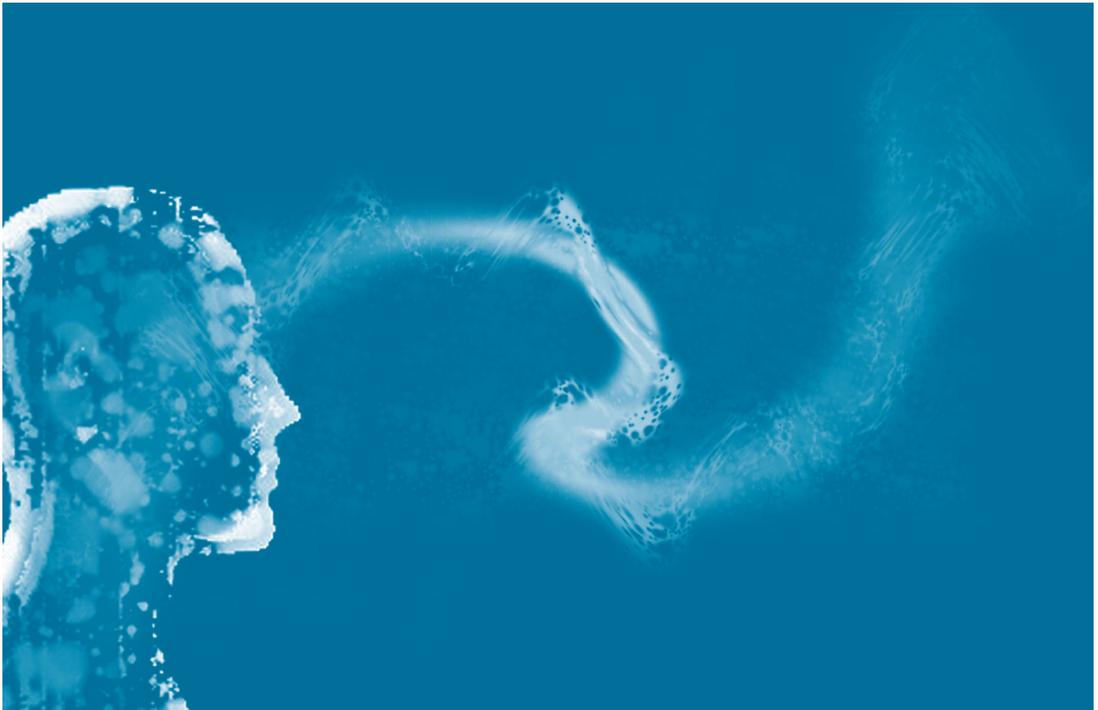
ne tra il campo della biologia e della psicologia, fino a superare le usuali dicotomie del pensiero occidentale tra mente e corpo, scienze della natura e dello spirito, pensiero scientifico e filosofico, individuo e ambiente.

Lo sviluppo delle attività mentali non è rigido e predeterminato geneticamente, ma modellato e scolpito dalle afferenze sensoriali che hanno origine dalle sollecitazioni continue dell'interazione dell'individuo con l'ambiente in cui vive. Le

del fenotipo, ossia la forma che un sistema vivente manifesta in via definitiva.

Durante lo sviluppo fetale, si crea un sistema basale di rete neuronale che comincia con la nascita, a contatto con il mondo esterno si attiva, sviluppando connessioni su collegamenti esistenti o creandone altri nuovi.

La mente, come il corpo e l'intero sistema percettivo, è implicato in quello spazio che c'è tra l'individuo e l'ambiente.



Come concepire la natura della mente? L'argomento trattato porta in una zona di confi-

sole informazioni contenute nel genotipo, infatti, non sono sufficienti a determinare lo sviluppo

L'esperienza, quindi, è una componente attiva e determinante che seleziona gruppi di

neuroni sempre più complessi e forma strutture neuronali con una specifica funzione, le mappe, in modo da costituire un fattore decisivo nel processo della morfogenesi delle strutture cerebrali.

La valutazione e l'attribuzione di significati agli stimoli, sono funzioni della mente in parte innate e in parte acquisite con l'esperienza.

Le connessioni sinaptiche non utilizzate si atrofizzano e spesso scompaiono.

Le organizzazioni, le strutture e le funzioni dei sistemi, a tutti i livelli cognitivo-affettivo-relazionali sono interdipendenti, tanto nel micro quanto nel macro sistema permeando e attraversando le organizzazioni, da quelle più semplici alle più complesse, reciprocamente.

I sistemi percettivo-sensoriali, la capacità di ideazione, il linguaggio come l'apprendimento, la memoria e le emozioni, sono legati da un rapporto di mutua compenetrazione.

Ormai è risaputo da tempo che la dualità tra corpo e psiche non è vista come tale, il pensiero orientale utilizza un termine sanscrito per descrivere la perfetta unione, schikichin-funi: interdipendenza tra corpo e mente. Si tratta di un linguaggio, o codice profondo, che parla di una relazione che investe l'individuo in un rapporto di continuità dialettica tra gli aspetti fisiologici e corporei e il vissuto di relazioni interpersonali e intrapsichiche, fatto di fantasie, pensieri, parole e azioni, manifestato attraverso la loro interazione.

Esho-funi, inoltre è il termine

che indica la non dualità o unicITÀ tra l'essere umano e il suo ambiente.

Luciano Cofano, durante un convegno tenuto alla SGAI il 16 settembre 2006, offre un importante spunto di riflessione nell'approccio con il paziente. Ricorda che il contatto che creiamo, quello con cui entriamo in relazione non è solo un disagio, il manifestarsi di sintomi, ma qualcosa che fa parte di un sistema molto più complesso che, esplorato con una lente nuova, fornisce una visione di insieme più nitida e tridimensionale.

Cofano afferma con forza e in sintesi: "L'individuo è un tutt'uno inscindibile."

Egli non considera il paziente come un sistema chiuso: ogni persona è un mondo nuovo da capire, in cui entrare, è un mondo che nasce del suo modo di essere nel mondo: "L'incontro è nel tipo di disponibilità, se il mio intervento (del terapeuta) è in relazione al mio essere curioso di lui (del paziente), allora si apre qualcosa. Se l'esperienza non si rinnova si va verso una stereotipia. Quindi davanti a me non ho uomo o una donna, ma un mondo" (Cofano, 2006).

Esorta a dialogare con il paziente con cose che sono della sua mente: "Quello che io penso è solo uno stimolo che posso dare all'altro, in quello che risponde non mi interessa come è la sua storia, i suoi genitori, ma come li vedeva e come li vede" (Cofano, 2006).

L'esperienza che l'uomo fa a partire dalla nascita, non è solo quella di una mente che incontra un mondo, ma di un apparato

predisposto ad accogliere nuove esperienze filtrate attraverso il suo vissuto precedente.

Il cambiamento non passa attraverso una condizione razionale.

E' l'esperienza che si fa di Sé che è centrale: "Io posso anche essere così."

Non è infatti, l'evento in sé che entra a far parte della nostra memoria e della nostra conoscenza, non è una "verità storica" ma l'esperienza che noi ne abbiamo fatto, cioè l'insieme delle emozioni suscitate dall'evento, con il corteo di immagini, di nessi associativi, di ricordi evocati, del nostro stato della mente: è la nostra verità narrativa, cioè in una parola, il nostro "essere l'evento".

Bibliografia

- AAVV. (2006). *Dizionario del buddismo*. Milano: ed. Esperia.
- Arielli, E. (2006). *Cognizione e comunicazione. Le basi psicologiche dell'interazione umana*. Bologna: Il Mulino.
- Canestrari, E. (1986). *Psicologia generale e dello sviluppo*. Bologna: ed CLUEB.
- Caparra, G. V., & Luccio R. (a cura di) (1986). *Teorie della personalità*. Bologna: Il Mulino, (Vol. II).
- Cofano, L. (2003). *Sulla struttura relazionale della mente* in Rivista Italiana di Gruppoanalisi. Roma: FrancoAngeli.
- Cofano, L., (2006). *Uomo e ambiente: un ecosistema*, Seminario SGAI, Roma.
- Galimberti, U. (2004). *Dizionario di psicologia*. Torino. ed UTET.
- Jervis, G. (2001). *Psicologia dinamica*. Bologna: Il Mulino.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Bollati Boringhieri.

“Il focus psicologico sui modelli di significato”

Alessandra Ritelli

Dottoressa in psicologia, laureata all'Università del Salento, tirocinante post laurea in neuropsichiatria infantile - Asl TA.

Riassunto

Il presente lavoro è dedicato ad una lettura dei modelli culturali che fungono da premesse per l'agire professionale entro la relazione diadica erogatore-fruitori nell'ambito dei servizi. Il tutto si dispiega su uno sfondo teorico che ripone il focus dell'attenzione su due logiche di costruzione di valore: il modello medico - anche detto logica centrata sulla tecnica - e il modello centrato sul cliente; proponendo lo sviluppo di un nuovo modello definito dialettico. A tal proposito, due riferimenti esemplificativi attinti dalla attuale scenario di crisi della contemporaneità: la proposta di legge a tutela degli “specializzandi non medici” e la codificazione legislativa dei reati per “atti persecutori”, nonché mobbing e stalking. I suddetti casi, oggetto di analisi, hanno risposto ad un quesito: “Quale logica sottende la proposta di un disegno di legge? Si sviluppa a partire dall'implicazione di sistemi di attese e necessità dei cittadini, o si esula da queste ultime attingendo, in forma rigida, dall'inderogabilità delle norme costituzionali?” Quanto argomentato si presta ad un'interpretazione in cui è possibile scorgere l'esistenza di un connubio di logica tecnica e logica orientata al cliente che il diritto somma in sé; come “due facce della stessa medaglia” (Gennaro 2013). Proponendo una lettura, rifacendosi al modello dialettico, quanto esposto si presta ad un'interpretazione che percepisce la costruzione di valore del servizio in termini di processo mediante cui la diade erogatore-fruitori coopera, in forma dinamica e dialettica, al fine di perseguire sviluppo, in virtù di una competenza nella gestione comunicativa delle reciproche simbolizzazioni affettive.

Parole chiave: *psicologia, modelli di significato, costruzione di valore, logica tecnica, orientamento al cliente, modello dialettico.*

La psicologia è interessata ai processi sociali di costruzione dei significati; essa è una scienza metodologica dell'intervento (Salvatore, 2003b, Carli e Paniccia, 2005), contraddistinta da un vincolo che è al contempo risorsa: la necessità di indagare continuamente e ricorsivamente le premesse che fondano i discorsi e i modi della significazione. La suddetta caratteristica funge da vincolo, in quanto

rispetto ad altri ambiti di iniziativa professionale, la psicologia non si sviluppa a partire da assunti di riferimento che promuovano la stabilità di un rapporto con la committenza ed il mandato sociale. Al contrario, la psicologia fonda la propria azione sul mandato sociale, che si traduce in orizzonte di senso e legittimazione del proprio intervento; l'azione professionale, infatti, si propone in primis come processo di analisi dei presupposti alla base del mandato sociale (Carli, 1996). Riporre il focus dell'attenzione psicologica sulle premesse si qualifica come risorsa poiché spesso il deficit di decisionalità dei soggetti non è legato all'assenza di punti di forza adeguati agli scopi, bensì ad una modalità disfunzionale di categorizzazione della realtà. Il che in altri termini vuol dire che lo sviluppo spesso non dipende da un incremento del range di soluzioni, ma dalla revisione delle categorie di significato che organizzano la costruzione simbolica del contesto. L'attenzione alle premesse costituisce un criterio metodologico e parametro di analisi. “È la possibilità di esplorare i modelli di significato che informano la rappresentazione dell'erogazione/fruizione di un servizio. La funzione psicologia opera mai malgrado i significati costitutivi dell'Altro, comunque in ragione di essi e sempre ulteriormente ad essi” (Salvatore, 2006).

La psicologia si occupa delle dinamiche di mediazione simbolica che organizzano e configurano i sistemi d'interazione e di attività, a vari livelli in cui essi si realizzano: intraindividuale, interpersonale, micro sociale e macrosociale. “In quanto scienza dell'umano e della soggettività, la psicologia può per certi versi fare proprie le parole di Cremete: «niente di ciò che è umano mi è estraneo»” (Salvatore e Scotto di Carlo, 2005).

Effettuare una lettura in chiave psicologica delle fenomenologie più disparate è un'operazione definita in termini di pan psicologismo: la prospettiva di estendere sconfinatamente il discorso psicologico, tuttavia al costo di ridurne il potere euristico. “Questo riflette la tendenza della psico-

logia ad appoggiarsi “analiticamente” sul senso comune” (Anolli e Legrenzi, 2001). (Salvatore e Scotto di Carlo, 2005).

La società contemporanea porta seco una domanda di senso: l'illustre filosofo-sociologo Habermas offre un'interessante lettura dell'attuale panorama socio-culturale, riconoscendo in esso uno status di crisi risultante da un deficit di senso. Si assiste e si è partecipi di un'iperdifferenziazione e complessificazione delle relazioni sociali, date da processi legati alla globalizzazione mediatica, culturale ed economica, all'evoluzione in senso multiculturale e multi-etnico della società, ma al contempo alla imperante pervasività di ideologie localistiche e di logiche privatistiche d'uso dei beni pubblici, all'opulenza di fenomeni criminali, all'evasione fiscale e quant'altro.

Si pensi all'incapacità nella gestione ed amministrazione dello Stato italiano ad opera del sistema politico, fautore e rappresentante dell'adesione ad una logica della competitività in cui si percepisce l'Altro come strumento di affermazione e di sviluppo solipsistico. E' una contemporaneità contraddistinta da una costante “lotta per la sopravvivenza” in cui la prevaricazione ha la meglio sulla competenza e, la meritocrazia è un valore ormai caduto nell'oblio. È il dominio di una cultura individualista, che si potrebbe immaginare come estremo di un continuum all'opposto del quale porre una cultura dell'assertività e dell'evoluzione della società, fondata sui principi universali della democrazia: uguaglianza, fraternità e libertà - come insegna la Rivoluzione Francese, ponendo tali premesse, storicamente, agli albori dell'illuminismo. È possibile riscontrare una politica che si traduce in lotta per la conquista di posizioni da cui esercitare strategicamente potere volto al perseguimento di interessi privati. E' una cornice in seno alla quale si respinge l'estraneità, qualificata in termini di nemicalità, prediligendo la protezione di una dimensione familista. Quanto su esposto delinea un quadro socio-culturale in cui si dispiegano differenti modalità di approccio al processo di erogazione dei servizi e dunque di costruzione di valore, ad opera delle organizzazioni che compongono l'apparato sociale.

Il presente lavoro è dedicato ad una lettura dei modelli culturali che fungono da premesse per l'agire professionale entro la relazione diadica

erogatore-fruitori, su uno sfondo teorico che ripone il focus dell'attenzione su due logiche di costruzione di valore: il modello centrato sulla tecnica e il modello centrato sul cliente. Questi ultimi dominano all'interno del sistema organizzativo, nell'ambito del quale la scelta relativa all'adozione di uno piuttosto che dell'altro è intrinsecamente legata al genere di servizio che si desidera offrire. Divergenti in termini di priorità su cui si focalizzano e di pratiche tramite cui si inverano, è possibile disporre, idealmente, i due modelli agli estremi di un continuum, sottolineando la centralità della logica tecnica sulla performance competente dell'erogatore, a differenza della logica orientata al cliente concentrata sulla progettualità d'uso del servizio di cui quest'ultimo è portatore. Da ciò deriva l'impossibilità di una separazione modellistica delle suddette logiche, che piuttosto si qualificano come “due facce della stessa medaglia” (Gennaro, 2013) in cui polarità antitetiche sottendono una medesima concezione statica del rapporto erogatore-fruitori del servizio, in termini di scambio interattivo mediato da modelli che assumono una asimmetria di base tra erogatore e fruitore. Assimilati da un'ottica interattivo-statica della relazione tra erogatore e fruitore, esulano dal dispiegarsi secondo una dimensione interattivo-dinamica, per enfatizzare la quale si mette a punto un terzo modello di costruzione del valore: il modello dialettico.

Si ipotizza l'individuazione di un contesto, non attualizzato al momento, che si configuri in forma triadica in virtù dell'implicazione di un cliente desiderante entro una relazione dinamica - di tipo ricorsivo-dialettica - tra erogatore e fruitore del servizio. Si fa riferimento ad una diade in cui la performance tecnica si traduce in margine di modifica della progettualità d'uso di cui il cliente è portatore, secondo modalità di investimento nella produzione dell'intervento e viceversa la domanda del fruitore plasmata retroagisce sulla prestazione tecnica dell'erogatore. La costruzione di valore del servizio è legata alla capacità d'uso del cliente ed alla sua partecipazione, da cui prende forma la performance tecnica.

È in gioco una dialettica fondamentale tra identità e alterità, tra autoriferimento e apertura al diverso. Una dialettica circolare, che trova la propria specificità nel riconoscimento di come il

soggetto (sia esso individuo o collettivo) si renda riconoscibile a se stesso solo entro e per mezzo del rapporto con l'alterità e di come al contempo, non vi sia possibilità di incontro se non a partire dal riconoscimento della propria identità (Rorthy, 1989 e Di Maria, 2005).

Orientamento al cliente

“Orientamento al cliente è una categoria con uno specifico contenuto scientifico” (Carli, 200).

Cliente vs Utente

Comprendere in toto il concetto di “cliente” implica un riferimento al suo opposto: “utente”. La discrepanza inerisce la posizione che assumono entro l'ambito relazionale erogatore-fruitori: più precisamente, il cliente entra in rapporto con il servizio sulla scorta dei propri obiettivi, percependo il servizio stesso come uno strumento funzionale allo sviluppo delle proprie capacità di scopo. L'utente, al contrario, è portatore di bisogni, ossia, di una condizione di scarto da un modello normativo di riferimento, che richiede di essere soddisfatto, colmato. Il senso comune propone di considerare l'intercambiabilità dei termini “bisogno” e “scopo”; tuttavia, dalla prospettiva di una teoria dell'erogazione del servizio, essi esprimono due modelli simbolici ed organizzativi antitetici: quello orientato al cliente è foriero di una progettualità di impiego adottata dal fruitore come fattore di costruzione di senso, mediante cui si organizza l'erogazione del servizio; quello orientato all'utenza, invece, concepisce il risultato del lavoro dell'erogatore come componente di generazione di valore, in quanto oggetto immediato di soddisfazione del bisogno del fruitore. Cliente ed utente evidenziano due modelli di posizione della fruizione di un servizio, in cui il primo disporrà dell'erogazione di quest'ultimo in termini di mezzo, il secondo gli conferirà il significato di fine. L'orientamento al servizio, dunque, sottolinea la distinzione tra risultato e prodotto: “definiamo risultato l'esito immediato della prestazione dell'erogatore (dove immediato non significa necessariamente ravvicinato in senso temporale, ma, in senso letterale: non mediato da ulteriori fattori intervenienti). Il prodotto, invece, è il valore derivante al cliente dall'utilizzo del risultato.” (Salva-

tore, 2005). Il tratto rilevante è che il risultato non garantisce il prodotto, in quanto quest'ultimo è intrinsecamente legato al contesto d'uso del cliente (i suoi scopi, la sua competenza a servirsi della consulenza). Le agenzie di erogazione possono funzionare pensando al loro fruitore come cliente oppure come utente: “è questo il senso dell'orientamento al servizio come modello organizzativo strategico” (Salvatore, 2005).

Nel modello centrato sul cliente, la costruzione del valore del prodotto/servizio offerto è legata alle modalità in cui l'erogatore riesce a far coincidere la sua offerta di prodotti o servizi con il sistema di attese e necessità del fruitore. L'erogazione dei servizi si traduce in una pratica flessibile e contingente al contesto centrata sul cliente e rivolta alla sua conquista e fidelizzazione mediante la soddisfazione di desideri ed interessi. La flessibilità e la produttività del servizio divengono pertanto dimensioni attivate ed articolate sulla base degli obiettivi del cliente. (Gennaro, 2013). L'attenzione al cliente è stato motivo di innovazione della dinamica di funzionamento organizzativo. Anche nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, l'orientamento al cliente sta prendendo piede, pur se più lentamente che in altri sistemi organizzativi. Risulta interessante sottolineare che la soddisfazione del fruitore del prodotto/servizio, anche detto cliente “esterno”, rappresenta l'obiettivo ultimo del funzionamento organizzativo, strettamente connesso alla promozione di comportamenti organizzativi volti, anche, alla soddisfazione del cosiddetto cliente “interno”: ogni funzione, ogni competenza del ciclo lavorativo ha un suo cliente. Facciamo un esempio: la manutenzione del materiale rotabile, entro il servizio ferroviario, ha quali clienti interni, tra gli altri, il macchinista e il responsabile della conduzione del treno; questi ultimi, d'altro canto, hanno quale cliente il passeggero, che richiede sicurezza, puntualità, confort nel trasporto, gentilezza del personale, attenzione alle sue esigenze.

È importante sottolineare che l'orientamento al cliente (customer orientation o anche customer satisfaction) esula da qualsiasi rimando all'adagio: “il cliente ha sempre ragione!”; esso “implica l'assegnare al cliente del servizio/prodotto la funzione di verifica del proprio operato. Con l'attenzione al cliente si abbandona la cultura per cui

s'impone il proprio prodotto/servizio a un utente considerato come incompetente, incapace di valutare e a cui viene richiesto di accettare acriticamente quanto gli si impone. Il cliente è competente per "definizione", in quanto l'utilizzazione del prodotto/servizio gli dà il potere di verificarlo. Attenzione al cliente, quindi, significa andare oltre la verifica "tecnica" esercitata, da chi fornisce prodotti – servizi, sul processo di produzione; significa implicare il cliente nello stesso processo di verifica, facendo della soddisfazione nei confronti delle attese del cliente, l'obiettivo del proprio operare" (R. Carli, R. M. Paniccia, A. Di Ninni, V. Scala, P. Pagano, F. Giovagnoli, F. Bucci, F. Dolcetti, S. Bagnato, C. Sesto, V. Terenzi, V. Bonavita).

Modello medico o logica tecnica

Le organizzazioni orientate nella loro prassi dalla committenza, nonché da un cliente competente e portatore di un progetto di sviluppo, ancorano la loro funzione alla competenza organizzativa, che sottintende la capacità di lettura della relazione tra organizzazione e contesto. Quest'ultima diverge in toto dalla così definita competenza tecnica, che ripone il focus dell'attenzione esclusivamente sulle componenti del problema correlate con la teoria della tecnica fondante la prassi. Essa si qualifica in termini di aspetto caratterizzante la cultura dell'anticipazione della domanda del cliente, la quale si esprime tramite una conoscenza aprioristica del fruitore e delle sue esigenze ed obiettivi di sviluppo. Il tecnico, in quest'ottica, ritiene di essere in grado di prevedere la domanda del cliente e di fornirvi le risposte adeguate. In tal prospettiva, la committenza può essere negata o anticipata: nel caso della committenza negata, il potere della tecnica è forte ed autoriferito; qualsiasi stimolo proveniente dal contesto "committente" è percepito come ostacolo da elidere, al fine di preservare la funzionalità tecnica. "Si pensi all'isolamento linguistico e gergale con cui comunicano tra loro i tecnici informatici, ma anche i fisici, gli etologi o gli psicologi... La relazione con l'ambiente è affidata al solo mandato sociale" (Carli, Paniccia 2002). Nel caso della committenza anticipata, il potere del tecnico è ancora forte e si sente capace di effettuare previsioni concernen-

ti il valore della committenza, in modo anticipato rispetto alla conoscenza diretta di quest'ultima. Il tecnico è interessato a chi fruirà del proprio prodotto, ma dà forma al proprio operato sulla base del connubio tra la competenza tecnica e quella di "conoscere i propri polli", anticipandone ogni volere e intenzione. Il tutto si reifica entro un'organizzazione vissuta come "data", esistente indipendentemente dall'operato e dagli obiettivi di chi in essa opera. L'organizzazione data ha una sua esistenza autonoma, a-contestuale e priva di contingenza; essa è un modello collusivo che propone appartenenze ed azioni organizzative basate su certezze incrollabili, verso cui si istanzia una fiducia acritica. "L'organizzazione data rappresenta un tentativo di sottrarre l'organizzazione alla sua storia, ed alla funzione che la storia dell'organizzazione assegna a chi in essa lavora" (Carli & Paniccia, 2002). La scuola, la sanità, la pubblica amministrazione sono aree organizzative che meno hanno subito trasformazioni culturali negli ultimi due secoli in Italia. L'immodificabilità e l'indiscutibilità dei vincoli strutturali contraddistinguono l'organizzazione data, in seno alla quale si lavora, secondo routine inequivocabile, per il potere in quanto tale, privo di competenza; essa infatti ha come prodotto la ritualità stessa tramite cui si presenta e si definisce. Chi agisce in un'organizzazione data la "simbolizza emozionalmente", o la "vive" con l'idea che quanto accadrà, nei rapporti interni ed esterni ad essa, "è stato scritto, una volta per tutte, da un'autorità superiore a chi sta nell'organizzazione ed all'organizzazione stessa" (Carli & Paniccia, 2002).

La famiglia è l'organizzazione "data" per eccellenza. L'organizzazione data prevede adempimenti e non obiettivi, definisce ruoli e compiti in modo scontato ed orientato all'interno della stessa, senza alcuna attenzione all'esterno; si focalizza l'attenzione e le spinte motivazionali all'interno della vita organizzativa. Dunque essa protegge i suoi membri dalla necessità e dalla minaccia insiti nel confronto con il contesto entro cui l'organizzazione vive ed opera. L'organizzazione data si rivolge all'utenza, diversamente dall'organizzazione costruita orientata al cliente. L'operato entro l'organizzazione costruita conferisce senso a quest'ultima, e ha carattere condiviso, infatti ad esso contribuiscono tutti i partecipanti per soste-

nere la funzione dell'organizzazione, costantemente verificata e validata dal cliente e dalla sua soddisfazione nei confronti del servizio/prodotto offertogli. Il dispiegarsi del valore dei servizi che assumono un modello centrato sulla tecnica, dominante entro l'organizzazione data, implica una concezione di utente come attore incompetente, da cui consegue l'esigenza di instaurare una dinamica relazionale erogatore-fruitori in forma asimmetrica e dipendente.

Il destinatario del servizio è percepito come stereotipato, passivo rispetto ad un output tecnicamente valido. Secondo tal prospettiva la logica del modello centrato sulla tecnica sottintende un accordo tra fruitore e erogatore inerente sia la divergenza dei propri ruoli (Salvatore & Valsiner, 2006), sia la condivisione di specifici sistemi di significati che contraddistinguono la pratica professionale. Lo sviluppo della buona prassi del servizio si incentra su dimensioni di efficienza ed efficacia per cui "il servizio diviene un output implementato nei termini di attuazione di procedure corrette" (Gennaro, 2013). La tecnica si qualifica in termini acontestuali e quindi autoreferenziali, in cui i criteri di adeguatezza del prodotto/servizio e la competenza tecnica convergono: un importante livello di competenza tecnica correla positivamente con un alto grado di qualità del prodotto/servizio offerto.

"Nel modello mainstream l'organizzazione è il presupposto dell'azione e ne detiene normativamente lo scopo operante da cornice di senso e vincolo integrativo; in altri termini gli individui e i gruppi che compongono l'ambiente organizzativo producono attività entro intorni operativi regolati da norme o procedure tecniche e corrispondenti ai risultati locali attesi" (Guidi, Salvatore, 2006). Lo scopo organizzativo funge da presupposto sovraordinato della razionalità dell'agire del singolo (cioè la coerenza ed il contributo dei risultati locali allo scopo generale), il quale partecipa alla costruzione di valore esercitando funzionalmente il proprio intorno operativo. Le suddette premesse si sgretolano e perdono di efficacia nel momento in cui viene meno il connotato di stabilità ambientale, che costituisce lo scenario entro cui si dispiega una simile cultura predefinita. Ambienti complessi necessitano di un'attenta analisi condivisa del contesto d'azione, in ragione di cui configurare

contingentemente lo scopo. Si pensi ad esempio a quanto accade nelle piccole imprese; il successo, o a volte la sola sopravvivenza, di quest'ultime non è legato alla mera perizia tecnica individuale e all'eccellenza del prodotto, bensì all'adozione di una logica di orientamento al cliente, ancorata alla competenza organizzativa. Si rileva, dunque, una transizione dalla logica tecnicale, incentrata sul risultato della prestazione, alla logica del servizio, che sottolinea come centrale l'uso che il cliente fa della prestazione; in tali circostanze, gli attori organizzativi, vi si ritrovano nella necessità di contestualizzare la propria azione, di individuare/elaborare il nesso funzionale tra competenza tecnica posseduta e scopi organizzativi più generali.

Modello tecnico vs modello orientato al cliente

Al momento, sia il modello tecnico che il modello centrato sul cliente hanno un'ampia diffusione all'interno dei modelli organizzativi e la decisione ad aderire ad uno o all'altro è intrinsecamente connessa al genere di servizio che si intende prestare. Sebbene si distinguano, configurandosi nei termini di polarità di un continuum tra erogatore e fruitore che è alla base della relazione di erogazione/fruizione; sono equivalenti sul piano formale al di là delle pratiche che li inverano. Entrambi i modelli presentano, seppur in diversa forma, una asimmetria nel rapporto diadico erogatore-fruitori: nel modello tecnico, il focus dell'attenzione è riposto sull'erogatore quale detentore delle competenze per individuare le aree problematiche ed i relativi obiettivi necessari da raggiungere per il fruitore; nel modello centrato sul cliente, si attribuisce un primato al cliente quale soggetto attivo che organizza l'attività del servizio. Ne consegue l'impossibilità di una separazione modellistica delle suddette logiche; piuttosto si qualificano come "due facce della stessa medaglia" (Gennaro, 2013) in cui polarità antitetiche sottendono una medesima concezione statica del rapporto erogatore-fruitori del servizio, in termini di scambio interattivo mediato da logiche che assumono una asimmetria di base tra erogatore e fruitore. Assimilati da un'ottica interattivo-statica della relazione tra erogatore e fruitore, esulano dal dispiegarsi secondo una dimensione

interattivo-dinamica, per enfatizzare la quale si mette a punto un terzo modello di costruzione del valore: il modello dialettico.

Modello dialettico

Il modello dialettico è enucleato su una relazione dinamica - di tipo ricorsivo-dialettica - tra erogatore e fruitore del servizio, ossia una relazione in cui l'azione tecnica in risposta alla domanda di cui il fruitore porta seco, si traduce in margine di modifica della domanda stessa secondo modalità di investimento del cliente nella produzione dell'intervento e viceversa la domanda del fruitore plasmata retroagisce sull'azione tecnica dell'erogatore. In tal prospettiva la costruzione del valore del servizio si concretizza come esito di un'incessante interrelazione in termini di tipo ricorsivo-dialettico tra erogatore e fruitore del servizio, poiché da un lato il valore del servizio dipende da come esso riesce a farsi impiegare dal cliente; dall'altro la produzione tecnica è legata alla partecipazione fattiva del cliente. "In questo senso possiamo parlare di Modello Dialettico, ovvero un modello di lettura della relazione in un'ottica dinamica, in cui erogatore e fruitore permettono l'inverarsi della realizzazione del processo". "Il Modello Dialettico non nega l'esistenza del fruitore e/o dell'erogatore del servizio, piuttosto li sintetizza come componenti inscindibili di uno stesso processo attivato in un'ottica ricorsivo-dialettica. Ovvero la dimensione simbolica del fruitore attiva l'intervento tecnico dell'erogatore che autoregolandosi funge da elemento per l'autoregolazione della componente simbolica del fruitore e viceversa" (Gennaro, 2013).

È altresì interessante notare come tale modello nega la presenza di un equilibrio tra erogatore e fruitore del servizio, proponendo il passaggio da una visione di integrazione delle componenti ad un'ottica di impiego delle loro divergenze. La costruzione di valore del servizio diviene quindi un processo attraverso cui la diade erogatore-fruitore interagisce producendo sviluppo. Il Modello Dialettico si inverte, d'altra parte, come risultato della relazione tra erogatore e fruitore del prodotto/servizio, pertanto non si esaurisce - dunque non può essere saturato - sul piano funzionale nell'applicazione di tecniche, ma implica competenza nella

gestione delle dinamiche in cui si esprimono le reciproche simbolizzazioni, tramite cui si conferisce senso al loro rapporto. Si percepisce il fruitore come cliente, nonchè agente portatore di un progetto d'uso del prodotto/servizio.

Adottare un Modello Dialettico significa adottare una logica di azione orientata all'implicazione del cliente, in termini di investimento nel processo di erogazione; competenza conseguibile in virtù di una concezione di erogatore come organizzatore, che mira a promuovere le capacità di scopo del cliente; implicare il cliente, dunque, significa condividere il senso del processo.

Un'interpretazione del fenomeno giuridico

Il presente lavoro mira a riporre il focus attento su tre modelli - tecnico, orientato al cliente e dialettico - di costruzione del valore nel ambito dei servizi, che non rappresentano l'uno il superamento dell'altro, (sebbene il decorso storico degli stessi potrebbe minare una simile interpretazione) bensì delineano differenti ottiche di approccio entro la sfera professionale e sono rilevabili in molteplici contesti di realtà. Sulla scorta di quanto appena esposto, potrebbe risultare interessante approfondire la relazione che sussiste tra l'Istituzione politica ed il sistema giuridico da un lato (in quanto erogatori di un servizio), e i cittadini dall'altro (configurandosi in termini di fruitori); in particolare, si indaga la logica o le logiche sulla base della/e quale/i si sviluppano le proposte di legge; dunque, le modalità in cui il sistema giuridico, sulla scorta di una prospettiva tecnica si incontra o si scontra con le esigenze del sistema sociale di cui dovrebbe farsi portavoce l'istituzione politica. Si rileva come e se il sistema giuridico ed il sistema politico accolgono o meno i bisogni della società traducendoli in valore per quest'ultima, attraverso un processo comunicazionale dinamico e dialettico che si dispiega in uno scambio reciproco di prospettive da cui si produce sviluppo.

Ancor prima di essere un fenomeno giuridico, il diritto è un fenomeno sociale: il fenomeno giuridico nasce là dove esiste una qualche forma di aggregazione umana, per cui lo sviluppo della società si svolge all'interno delle regole che di-

sciplinano i rapporti tra i soggetti che la compongono. Lo sviluppo di una società iperdifferenziata ha luogo nella realizzazione di forme adeguate di *convivenza sociale* che favoriscano pattern relazionali soddisfacenti. Lo sviluppo psichico è condizionato dalla capacità di negoziare sempre nuovi spazi sociali della relazione (Hopper, 1994) allo stesso modo in cui lo sviluppo sociale richiede al singolo sempre nuove capacità simbolpoietiche - capacità di accogliere nuovi sensi. Nelle parole di Carli (2000) la convivenza è originata da tre elementi: *i sistemi di appartenenza*, *l'estraneo* e *le regole del gioco*. I sistemi di appartenenza fanno riferimento alle rappresentazioni simboliche della relazione, fondate sulla simbolizzazione affettiva dell'altro e sulla negazione degli elementi di estraneità. *L'estraneo* corrisponde a tutto ciò che non appartiene ai sistemi simbolici condivisi tra gli attori della relazione e deve essere sempre considerato una risorsa per lo sviluppo delle relazioni sociali.

La relazione si dispiega secondo *regole del gioco* volte a sostenere la convivenza tra ciò che ci appartiene e non. (Carli & Paniccia, 2002). L'autore prevede inoltre potenziali fallimenti della convivenza. Se si negano le regole del gioco fondanti la relazione tra sistema di appartenenza e estraneo si configura l'estraneo inevitabilmente in termini di nemico. Se si nega l'estraneo viene meno la convivenza per definizione: "le relazioni, infatti, sarebbero autocentrante entro dinamiche familistiche di concezione della convivenza stessa" (Di Maria e Scrima, 2009). L'importanza della dimensione relazionale entro le organizzazioni è ampiamente discussa in numerosi contributi che affrontano i temi della cultura e del clima (Schneider, 1990; Quaglino & Mander, 1987; D'Amato & Majer, 2005; Spaltro, 2004, 1977; Carli & Paniccia, 1999) del benessere e della salute organizzativa (Avallone & Paplomatas, 2005; Favretto, 1994; Warr, 1999).

Ripristinando l'attenzione sul fenomeno giuridico, è possibile sottolineare che scopo del diritto è, dunque, quello di "regolare" e rispondere alle esigenze della società, pertanto tra fenomeno giuridico e fenomeno sociale non può che esserci un nesso di stretta dipendenza e derivazione: il diritto nasce come *governance* delle relazioni sociali e alle medesime relazioni si applica.

In virtù di questa introduzione è possibile già scorgere l'esistenza di un connubio di logica tecnica e logica orientata al cliente che il diritto assomma in sé; come "due facce della stessa medaglia" (Gennaro 2013).

Si parla, in tal caso, di logica tecnica in quanto il diritto dispone di una precisa gerarchia delle fonti, di cui la Costituzione è la fonte delle fonti contrassegnata da un connotato di inderogabilità¹, necessario poichè indispensabile è l'inesistenza di leggi in contraddizione reciproca; motivo per cui ciascuna proposta di legge deve disporre di legittimità costituzionale. Il sistema giuridico si qualifica in termini di organizzazione "data" ovvero sia un modello collusivo che basa il proprio agito su certezze incrollabili, verso cui si istanzia una fiducia acritica. Al sistema giuridico sottende una concezione di utente, nonché di cittadino, come attore incompetente, a cui è legata la necessità di instaurare una dinamica relazionale in forma asimmetrica e dipendente. Il destinatario del servizio è percepito come stereotipato, passivo rispetto ad un output tecnicamente valido: "il servizio diviene un output implementato nei termini di attuazione di procedure corrette" (Gennaro, 2013).

La tecnica si qualifica in termini acontestuali e quindi autoreferenziali: un importante livello di competenza tecnica correla positivamente con un alto grado di qualità del servizio offerto. È imprescindibile far riferimento ai principi della costituzione e, fedelmente a questi ultimi, le regole giuridiche dovrebbero garantire un'adeguata e sufficiente tutela a tutti i bisogni sociali - ricordiamo che il diritto è innanzitutto un fenomeno sociale. Porre al centro la tutela dei bisogni, in perenne mutamento, e dei diritti e doveri dei cittadini mostra l'assunzione di una logica orientata al cliente, che interpreti le condizioni di contesto, funzionali allo sviluppo di una legge, che provveda, appunto, a soddisfare le richieste dei cittadini.

¹ Nel 1948 i padri costituenti, dopo le guerre mondiali, hanno sancito l'inderogabilità e la rigidità delle norme costituzionali, volte a tutelare e garantire i diritti fondamentali della persona fisica e giuridica, in virtù di un obiettivo che si qualifica in termini di "bene comune".

Un riferimento esemplificativo: “NO a discriminazione e sfruttamento di specializzandi non medici. SI a equiparazione status contrattuale e economico”

Disposizioni per l’equiparazione dello status contrattuale ed economico dei laureati specializzandi medici e non medici che afferiscono alle scuole di specializzazione di area sanitaria è un’iniziativa parlamentare dell’on. Francesco Sanna, presentata in data **15 marzo 2013**; annunciato nella seduta ant. n. 1 del 15 marzo 2013. Il primo giorno della XVII legislatura, Francesco Sanna, deputato del parlamento presenta una proposta di legge alla camera dei deputati, sviluppata a partire dalle testimonianze dirette dei cosiddetti non-medici di cui si fa portavoce, richiedendo di indennizzare tutti gli specializzandi dell’area sanitaria per il servizio pubblico che oggi rendono a costo zero: ciò riflette una logica orientata al cliente poiché esprime le esigenze degli specializzandi richiamando l’attenzione delle Istituzioni. In tal prospettiva si assume un approccio di tipo *bottom-up*, in cui la domanda del fruitore - il cittadino - implica l’intervento dell’erogatore - l’istituzione politica - che la raccoglie per produrvi valore, per realizzarvi un servizio.

Il cittadino è parte attiva perché portatore di un progetto d’uso del servizio, in funzione del quale quest’ultimo si organizza. Quanto suddetto però non sempre accade in misura soddisfacente per il fruitore, nonché per i cittadini in generale, per i quali non è una costante sentirsi tutelati dalle istituzioni.

Il potere comunicativo, con funzione trasmissiva degli “impulsi vitali” provenienti dai destinatari delle norme, dunque “dalla periferia, nel nucleo sistemico del potere politico ed amministrativo”, si incentra su tematiche che assumono rilevanza, in modo contingente, per gli attori operanti sulla scena sociale. La sfera pubblica, configurandosi in termini di trama reticolare, forgia un’opinione pubblica su questioni importanti per la platea dei cittadini. (Strazzeri, 2011)

“Il presente “provvedimento vuole portare giustizia entro la generazione degli specializzandi nelle scuole di area sanitaria. Sono migliaia i giovani biologi, veterinari, farmacisti, psicologi, fisici ed alti specializzandi che prestano per anni

gratuitamente - ed anzi pagandosi da soli tasse universitarie e assicurazione - la loro opera nelle strutture del servizio sanitario nazionale. Se incrociassero le braccia per due giorni di seguito molti ospedali italiani si fermerebbero. La proposta punta ad equiparare il loro status contrattuale a quello degli specializzandi medici” dice Sanna. La succitata proposta di legge è stata presentata in parlamento nel 2010, durante la precedente legislatura, in cui è divenuta oggetto di un iter di approvazione, decaduto al termine del mandato legislativo. Ad oggi è presente a palazzo Chigi, in attesa di essere accolto.

La lettera aperta degli specializzandi non medici al capo dello Stato e al Governo cita: «Siamo discriminati e sfruttati: serve una legge per i contratti». Richiedono di porre fine ad una «discriminazione» ingiustificata; si percepiscono oggetto di «razzismo di categoria» e denunciano gli abusi e lo sfruttamento da parte di direttori e docenti. In un articolo del “Sole 24 ore” è possibile leggere che il tutto ha avuto inizio - raccontano - «quando il legislatore italiano ha recepito la normativa europea prevedendo, senza delega del legislatore comunitario, che il diritto ai contratti di formazione specialistica fosse esclusivamente riservato agli specializzandi medici, senza curarsi di estenderlo a quelli non medici (biologi, chimici, fisici, farmacisti, odontoiatri, psicologi, veterinari e lauree equipollenti), fino ad arrivare ad una insostenibile situazione asimmetrica nel diritto».

Oltre alla discriminazione in base alla laurea, nella lettera si osserva che «appare compromesso l’ascensore sociale e lo sbocco occupazionale di chi non ha reddito sufficiente per intraprendere un percorso specialistico spesso fuori dalla propria residenza, che mediamente dura cinque anni dopo la laurea e prevede una dura selezione d’ingresso». Non aiuta il comportamento di direttori e docenti universitari, autori - dicono gli specializzandi non medici - «di un vero e proprio sfruttamento degli specializzandi non medici sanitari che li vedono nei laboratori diagnostici e nelle attività assistenziali, coprire orari e giornate spettanti a quello che dovrebbe essere il personale universitario e delle aziende sanitarie, avente contratto. Arrivano a timbrare il badge o a dover firmare l’orario di ingresso e di uscita, vengono inibite spesso agli specializzandi eventuali attività alternative svolte

allo scopo di auto sostenersi, così come vengono fatti loro problemi per giornate di ferie, trasferimenti a università più vicine alla loro residenza e, nel caso delle ragazze, anche per la maternità».

Specializzandi non medici senza contratto, senza retribuzione e senza alcuna forma di tutela.”

Si osserva, dunque, un’evoluzione, un progredire di visioni, esigenze e interessi la cui propaganda dovrebbe mobilitare convenzioni, ragioni, orientamenti di valore. L’attore sociale, esposto alle disfunzioni dei servizi di prestazione, elabora una personale tematizzazione del suo disagio che, successivamente, diviene contenuto di una sfera pubblica capace di imporsi all’agenda politica del legislatore (Strazzeri, 2011). A tal proposito Habermas scrive:

«il nucleo della società civile è costituito da una rete associativa che istituzionalizza - nel quadro di una messa in scena di sfere pubbliche - discorsi miranti a risolvere questioni generali».

La trama comunicativa informale “costituisce un’intelaiatura strutturata ma flessibile di un’opinione pubblica” forgiata dalla concretezza vissuta delle relazioni tra cittadini.

Mobbing e Stalking: lo sviluppo di nuove norme

Spesso si avverte la sensazione di vivere in una società in cui la parola “tutela” è solo una mera utopia. E’ questa la sensazione che percepiscono tutte le vittime del cosiddetto *stalking*, le quali vedono costantemente leso il proprio diritto alla sicurezza personale, diritto tra l’altro riconosciuto anche dall’art. 3 della dichiarazione universale dei diritti umani il quale sancisce appunto che “Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona”. In particolare, Il decreto legge 23 febbraio 2009, n. 11 all’art. 7 comma 1, inserisce nel codice penale l’art. 612 bis rubricato “atti persecutori”, volgarmente detto *stalking*, per fornire uno strumento di lotta contro la violenza perpetrata soprattutto nei confronti delle donne. Questo è un reato nuovo per il nostro sistema giuridico che così si è adeguato ad altre nazioni quali gli Stati Uniti, Canada ecc. “Il concetto di fondo di tutti gli atti in senso lato persecutori è quello della molestia alla persona fisica, intesa come condotta invasiva dell’altrui tranquil-

lità, inaccettabile nell’ordinato vivere civile, cui conseguono livelli diversi di reazione apprestata dall’ordinamento giuridico, a seconda del diverso grado di incidenza di siffatta condotta nella sfera privata altrui”. I numerosi fatti di cronaca hanno progressivamente condotto a conferire rilevanza a fenomeni che nella legislazione erano sì previsti, ma, quali fattispecie di importanza secondaria in virtù della tutela da predisporre per i soggetti passivi. Fra quei comportamenti che possono essere considerati a diverso titolo persecutori vi è il *mobbing* e lo *stalking*. “Il mobbing è una situazione posta in evidenza dalla realtà sociale, alla quale dottrina e giurisprudenza hanno cercato di dare una sistemazione concettuale, in mancanza di una precisa presa di posizione ad opera del legislatore”. In quanto appena esposto è possibile scorgere una logica orientata al cliente che ben si sposa con un modello tecnico, come “due facce della stessa medaglia”: un esame storico ha posto in essere l’esigenza sociale di una norma che sia applicata rigidamente in forma tutelare. Quanto costituisce nozione di mobbing appartiene alla cultura giuridica del nostro sistema lavoristico già dal 1942 e trova conferma nell’art. 41 Cost., laddove esso stabilisce che l’iniziativa economica privata non può svolgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità. L’esigenza di reperire strumenti di tutela del lavoratore sottoposto a pratiche discriminatorie ha condotto a ricercare norme di diritto positivo. Hanno fornito protezione lo Statuto dei lavoratori, che ha vietato condotte vessatorie ed offensive.

Ma il riferimento al quale con maggiore frequenza si è fatto capo è costituito dall’art. 2087 c.c., il quale impone all’imprenditore di adottare nell’esercizio dell’impresa tutte le misure che tutelino l’integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

Questa norma, in origine formulata per prevenire gli infortuni sul lavoro e tutelare i lavoratori contro forme di asservimento è stata interpretata, soprattutto dalla giurisprudenza, in modo evolutivo e, di conseguenza, è divenuta un approdo al quale sono state ancorate pronunce di vera e propria rottura con la tradizione.

Si è applicata dunque una revisione dei progressi principi normativi di riferimento in modo

che rispondessero alle attuali esigenze sociali rinvenute.

Il medesimo precedente è avvenuto per il cosiddetto *stalking*. Questo fenomeno assunse questa denominazione negli Stati Uniti all'inizio degli anni '80, a seguito di gravi fatti che ebbero per soggetti passivi personaggi famosi dello spettacolo, i quali furono letteralmente perseguitati da ammiratori che non concessero loro respiro e discrezione. Il fenomeno si impose così all'attenzione di sociologi, medici legali e psichiatri come emersione di un atteggiamento che diventava ripetitivo ed assumeva diffusione. Nel 1991 in California venne emanata la prima legge anti-stalking. In Italia il reato di *stalking* è stato introdotto con il D.L. 23 febbraio 2009 n. 11, dedicato alle "misure urgenti in materia di pubblica sicurezza e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori" convertito in legge 23 aprile 2009, n. 38 che ha introdotto l'art. 612 bis del codice penale. Nella relazione parlamentare si legge: "la violenza nei confronti delle donne e gli omicidi con movente sessuale o passionale sono spesso annunciati da una serie di atti insistenti e ripetuti (telefonate notturne, pedinamenti, appostamenti ecc.) che attualmente non trovano nel nostro ordinamento idonei strumenti di contrasto. Del tutto inadeguata ad arginare tale fenomeno è la configurazione del reato di molestie. Da qui la necessità di creare una nuova fattispecie che dilati, e al contempo anticipi, la tutela della vittima. Ecco dunque che il disegno di legge (n. 1440) è diretto a colmare un vuoto normativo e di tutela non più sostenibile". Gli atti persecutori consistono, in definitiva, in atti di minaccia e di molestia. Entrambe costituiscono oggetto di norme di diritto positivo che hanno subito una vasta elaborazione nel tempo e che hanno raggiunto un risultato interpretativo stabile ed idoneo a rappresentare l'elemento di certezza necessario a soddisfare l'esigenza della tassatività. Tra i limiti del reato da "atti persecutori" compare proprio la disposizione del legislatore, il quale ha stabilito la procedibilità a querela della persona offesa - ha posto una regola secondo cui per la procedibilità di alcuni reati è necessario che la persona offesa chieda che venga punito il colpevole, mentre per altri reati, che normalmente sono i delitti più gravi e tutte le contravvenzioni, è sufficiente che giun-

ga la notizia di reato all'Autorità (reati procedibili d'ufficio). Premesso ciò, diventa dunque agevole ora comprendere come la procedibilità a querela per il reato di *stalking* sia assolutamente ostativa di una maggiore ed efficace tutela per le vittime di questo fenomeno che purtroppo sta assumendo dimensioni sempre più gravi e preoccupanti. La maggior parte delle volte, infatti, le vittime hanno paura di querelare la persona che le tormenta, e quand'anche decidano di compiere questo passo, non sono sufficientemente protette dalle forze dell'ordine, e dunque dallo Stato, infatti ogni 3 giorni una donna viene uccisa.

Si assiste ad una mancata consapevolezza del valore di una comunicazione dinamica e dialettica tra erogatore e fruitore del servizio dalla cui relazione, di reciproca comprensione del sistema di attese e necessità, possa prodursi sviluppo. La questione relativa agli "atti persecutori" sottolinea la dimensione ambivalente del fenomeno giuridico, in quanto sviluppato in seno ed in funzione del benessere sociale, secondo una visione bottom-up, sebbene si dispieghi sulle fondamenta dell'inderogabilità e rigidità delle norme costituzionali volte alla tutela dei diritti fondamentali del soggetto fisico e giuridico, sulla scorta di un'ottica top-down.

Discussione: "... verso un modello dialettico"

E' il potere comunicativo "nell'ambito di una circolarità ricorsiva, dalla società civile allo stato, che può consentire ai cittadini di sentirsi autori e destinatari delle norme" (Strazzeri, 2011). Il medium diritto trasforma, mediante procedure istituzionalizzate, esigenze poste dai cittadini in norme promulgate dallo stato; nell'ottica della istituzionalizzazione delle procedure discorsive degli attori sociali, è possibile coniugare forza e consenso, sovranità e cittadinanza. La crisi fiscale dello stato, tuttavia, non può essere risolta, così come preteso dai grandi apparati che, al momento, gestiscono le politiche del Welfare, in termini di razionalizzazione delle politiche sociali in quanto è oggetto di crisi sia la sua sostenibilità a livello della globalizzazione dell'economia, che la ratio fondante il rapporto di scambio tra prestazioni dello stato sociale e lealismo di massa. Si osserva

e si partecipa ad una crisi di legittimazione che investe gli attori sociali, non solo nel ruolo di consumatori e utenti delle burocrazie pubbliche dello stato, ma anche nel loro fondamentale status di cittadini, autori e destinatari delle norme. Pensare ad una riformulazione proceduralista di un nuovo paradigma dello stato del diritto vuol dire implicare i cittadini stessi, in quanto soggetti di un processo costituente che li impegna nel loro ruolo di soggetti giuridici attivi: al contempo destinatari e coautori delle norme. “È questa relazione circolare, al centro dei processi di legittimazione del sistema dei diritti, che Habermas, enfatizza considerando legittimo solo quel diritto che, nato dalla formazione discorsiva della volontà dei cittadini, a questi ultimi ritorna in termini di ri-verifica della sua legittimità” (Strazzeri, 2011). Quanto appena esposto ben si presta ad essere interpretato secondo la lente del modello dialettico, sulla scorta del quale si assume una concezione del cittadino come cliente, in quanto portatore di un progetto d’uso del servizio, e partecipante attivo e fattivo al processo di erogazione - di passaggio dal livello discorsivo dell’opinione pubblica alla codificazione legislativa. Quanto succitato si inverte entro una relazione in cui cittadini e istituzioni cooperano come componenti inscindibili secondo un’ottica ricorsivo-dialettica, in cui la dimensione simbolica del fruitore - concettualizzato come coautore e destinatario della norma/prodotto/servizio - attiva l’intervento tecnico dell’erogatore - le istituzioni - che autoregolandosi funge da elemento per l’autoregolazione della componente simbolica del fruitore e viceversa. La costruzione di valore del servizio diviene quindi un processo attraverso cui la diade erogatore-fruitore interagisce producendo sviluppo, a partire da una competenza nella gestione comunicativa delle reciproche simbolizzazioni affettive.

Bibliografia

- Argentero P., Cortese C. G., Piccardo C. (2009). *Psicologia delle organizzazioni*, Raffaello Cortina Editore.
- Bateson, J. E. G., & Douglas Hoffman K. (2000). *Gestire il Marketing dei servizi*, Apogeo. Milano.
- Bochicchio, F. (2006). *Gli esperti della formazione. Profili interpretativi di una professione emergente*. Amaltea edizioni. Lecce.
- Carli, R. (2001). *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola*. Franco Angeli s. r. l. Milano, Italy.
- Carli, R., Grasso M., & Paniccchia, R.M. (2007). *La formazione alla psicologia clinica. Pensare emozioni*. Franco Angeli s. r. l. Milano, Italy.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2002). *L’analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Franco Angeli s. r. l. Milano, Italy.
- Carli, R. & Paniccchia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R. (2006). La collusione e le sue basi sperimentali, *Rivista di Psicologia Clinica* 2/3.
- Carli, R., Paniccchia, R. M., Di Ninni, Scala, V., Pagano, P., Giovagnoli, F., Bucci, F., Dolcetti, F., Bagnato, S., Sesto, C., Terenzi, V., & Bonavita, V. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia. *Rivista di Psicologia Clinica*, Supplemento al n.3.
- Cinquini, L., Di Minin A., & Varaldo, R., (2011). *Nuovi modelli di business e creazione di valore: la Scienza dei Servizi*. Springer-Verlag Italia.
- Di Maria, F., & Scrima, F., (2009). Modalità collusive del convivere nelle organizzazioni. Un contributo empirico mediante l’analisi emozionale del testo. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.
- Ferrari, A. (2005). *Orientamento al cliente. Il customer relationship management come strategia d’impresa*. Franco Angeli s. r. l. Milano, Italy.
- Gennaro, A. (2013). Modelli di costruzione del valore di servizi: analisi logico-semantica e implicazioni operative, manoscritto non pubblicato.
- Hoffman, Z. I. (2000) *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*. Astrolabio (edizione originale: The Analytic Press, 1998).
- Norman, R. (1991). *Service management: strategy and leadership in service business*, Baffin Lane, Chichester:: Wiley & Sons.
- Novara, C., & Lavanco, G. (2006). *Narrare i servizi agli immigrati: studi, ricerche, esperienze sui temi dell’immigrazione*. Franco Angeli s. r. l. Milano, Italy.
- Pagano, P. (2009). Il modello medico in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2.
- Salvatore, S., Scotto di Carlo, M. (2005). *L’intervento psicologico per la scuola. modelli, metodi, strumenti*. Roma: Firera Publishing Group.
- Salvatore, S., & Valsiner, J. (2006). ‘Am I really a psychologist?’ Making sense of a super-human social role. *European Journal of School Psychology*, 4, 5-30.
- Salvatore, S. (1996). Per un discorso psicologico di scenario: la crisi del fordismo come rottura del nesso azione/organizzazione, *Psicologia clinica*, 2, 139-153.

L'autore di violenza e i centri di aiuto per uomini maltrattanti

Vanda Vitone*, Teresa Fiora Fornaciari**

* Psicologa Psicoterapeuta, Dirigente Sanitario Consultorio Familiare di Modugno ASL Bari, Vice Presidente Ordine degli Psicologi Puglia

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

Riassunto

Il tema della violenza intrafamiliare è da un po' di tempo affrontato da varie categorie professionali, tra cui psicologi, psichiatri e avvocati, ma anche dalle Forze dell'Ordine chiamate ad intervenire innanzitutto nelle fasi immediatamente successive all'evento traumatico e in seguito nell'ascolto sia della vittima che dell'autore di reato. In questo senso è necessario creare una rete di conoscenza e interventi che veda la sinergia tra gli Operatori nell'approccio a questo fenomeno sia per quanto riguarda la prevenzione che l'aspetto della cura e del trattamento. Il fenomeno è indubbiamente in crescita: nel 2013 infatti in Puglia sono stati 128 i casi di violenza intrafamiliare. Possiamo affermare inoltre che la violenza intrafamiliare è quasi sempre "violenza di genere" che si espande alla violenza assistita e cioè al far assistere alle violenze i figli minori che fanno da scudo al genitore maltrattato.

All'evoluzione della famiglia e all'emancipazione femminile ha corrisposto nel tempo una maggiore conflittualità all'interno della coppia. Infatti, per alcuni uomini tale emancipazione ha rappresentato un'occasione di confronto costruttivo, per altri invece è divenuta origine e causa di frustrazione a cui l'uomo ha risposto difendendo in modo bruto, offendendo e controllando la donna.

Parole chiave: *Violenza. Presa in carico. Ascolto. Maltrattante. Aiuto.*

'E' stato abusato da piccolo'.

'Ha avuto un'infanzia infelice'.

'E' vissuto in un contesto difficile'.

'La sua ex lo ha fatto soffrire'.

'Maltratta proprio chi dice di amare'.

'Lei non si concede'.

'Lei ha un comportamento disinibito: vestiario succinto, dalla moralità dubbia'.

Questi sono solo alcuni degli stereotipi che riguardano l'uomo che maltratta la donna. In real-

tà non è possibile definire in maniera univoca un identikit dell'uomo violento.

Si tratta di una situazione trasversale che può essere messa in atto da un uomo appartenente ad una qualsiasi condizione, classe sociale ed economica, istruzione, etnia ed età.

Fino ad oggi tale fenomeno è stato caratterizzato da una scarsità sia di letteratura scientifica che riguarda l'uomo violento e che ne descrive e tratteggia le dinamiche psichiche nonché il profilo di personalità, sia i servizi specifici di prevenzione primaria e secondaria e di cura e riabilitazione. Probabilmente uno dei motivi di tale mancato approfondimento può essere attribuito anche alla diffidenza di cui è oggetto lo psicologo che cerchi di spiegare la violenza perpetrata nei confronti delle donne.

E cioè il sospetto che il suo tentativo di spiegare e prendere in carico sia confuso con la giustificazione.

Questo lavoro si propone come obiettivo scientifico il confronto tra diverse teorie (sociale, culturale, psicologica e psicopatologica) che avvicinino gli Operatori alla conoscenza approfondita del fenomeno nonché alla conseguente presa in carico, anche attraverso modelli già avviati in via sperimentale dai Centri di Ascolto per uomini maltrattanti.

La teoria sociale fa riferimento all'emancipazione femminile che ha comportato più motivi di conflitto di quanti non ne fornisce la netta distinzione di ruoli all'interno della società; essa per alcuni uomini ha rappresentato un'occasione di confronto costruttivo con nuovi punti di vista dati proprio dalla diversità di genere; per altri invece è divenuta origine e causa di frustrazione a cui l'uomo ha risposto difendendo in modo bruto, offendendo e controllando. Questo atteggiamento maschile è certamente frutto di una menta-

lità arcaica che vede la donna come sottomessa all'uomo inteso come "maschio"; infatti, nell'Occidente la donna rappresenta motivo di paura da cui difendersi con la prepotenza. L'uomo quindi rimarrebbe legato a modelli culturali arcaici da cui non riesce ad emanciparsi. A tal riguardo è importante far riferimento ad elementi che combinati sarebbero predittivi di comportamenti sessuali aggressivi, essi sono la mascolinità ostile, intendendo "un atteggiamento astioso e distruttivo verso le donne vissute con timore ed insicurezza che si accompagna ad una gratificazione sessuale ottenuta dal controllo e dalla dominazione" (Bonino, 2013); il sesso impersonale (cultura della



donna oggetto) "caratterizzato da un orientamento promiscuo superficiale e privo di impegno verso le relazioni sessuali; queste sono esenti da coinvolgimento emotivo e ancor più sentimentale, e la donna non è considerata un essere con cui entrare in relazione ma solo un corpo utile per la propria gratificazione sessuale" (Bonino, 2013). "La combinazione tra questi due orientamenti è altamente predittiva di comportamenti sessuali aggressivi" (Vega e Malamuth, 2007).

Nell'ambito delle teorie che analizzano il fenomeno della violenza sulle donne possiamo trarre due tipologie: la violenza fisica e l'abuso psicologico. Possiamo asserire che la violenza fisica / sessuale nasce quindi in una cultura impregnata di modelli arcaici mentre l'abuso psicologico nasce nell'ambito di dimensioni cliniche e psicopatologiche di cui si fa riferimento qui di

seguito.

Variabili di personalità sono coinvolte e costituiscono la dimensione psicopatologica dell'abuso della donna come l'egocentrismo, il narcisismo, l'impulsività; a queste si aggiungono conseguenze aggravanti come l'abuso di sostanze ed alcol.

Da alcune ricerche di Horzworth-Monroe e Stuart risalenti al 1995, sono emersi quattro profili di uomini violenti:

1) *Family-only-batter*: trattasi di uomini aggressivi solo all'interno della famiglia, che non esprimono all'esterno la propria violenza. Generalmente non hanno subito traumi infantili. Sono adulti caratterizzati da scarse competenze sociali, scarsa tolleranza agli *stressors*, spesso ricorrono all'abuso di sostanze e alcol. Mostrano rimorso verso il proprio agito violento.

2) *Dysphoric o borderline-batter*: trattasi di uomini violenti, dentro e fuori la famiglia, caratterizzati da instabilità ed alternanza di stati di paura a stati depressivi ed esercitano violenza al fine di controllare e possedere e pertanto di acquisire sicurezze. Non mostrano rimorso, anzi giustificano il proprio agito violento con idee dichiaratamente misogene.

3) *Generally violent e antisocial batter*: trattasi di uomini violenti ed antisociali, a volte già condannati per altri precedenti penali. Vivono la sessualità con rigidità. Tendono a manipolare le circostanze, sono manchevoli di empatia e competenze sociali. Non mostrano alcun rimorso per il proprio comportamento violento, non assumendosene neanche la responsabilità. Spesso hanno assistito o subito nell'infanzia atti di violenza.

4) *Low level antisocial*: trattasi di uomini dalla personalità complessa, il cui comportamento violento è mosso dal disprezzo delle norme sociali e dei sentimenti altrui. Sono impulsivi, irresponsabili, aggressivi ed incapaci di provare rimorso.

Il DSM-V, pubblicato recentemente in Italia, dedica una sezione speciale ad "*Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*" e cioè comprende altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica. Queste condizioni sono presentate con i loro corrispondenti codici ICD-9-CM (codici V) e ICD-10-CM (codici Z).

Tale sezione, introdotta per la prima volta, si

intitola “Problemi relazionali” e comprende tra gli altri “*Problemi di maltrattamento e trascuratezza dell’adulto*”, sono suddivisi in:

- Violenza fisica del coniuge
- Violenza sessuale del coniuge
- Trascuratezza
- Abuso psicologico
- Abuso fisico, sessuale e psicologico dell’adulto da parte di individui diversi dal coniuge.

Tra i disturbi psicopatologici individuati come possibile causa di comportamenti violenti possiamo citare il Disturbo della Condotta in cui sono riportati “Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza” e “Aspetti diagnostici correlati al genere”: tali dimensioni ci riportano direttamente a quanto sopra enunciato riguardo la teoria socio-culturale e ai modelli arcaici riferiti ai ruoli maschile e femminile.

Inoltre è fondamentale citare i Disturbi di Personalità del gruppo B ed in particolare: il Disturbo Antisociale, il Disturbo Borderline, il Disturbo Narcisistico. Tali disturbi sono connotati da elementi comuni:

- Mancanza di empatia
- Aggressività
- Mancanza di rimorso
- Disforia
- Impulsività, intesa anche come “incapacità di pianificare”.

Le teorie sopra enunciate portano a concludere ed asserire che all’origine della violenza e dell’abuso psicologico concorrano reciprocamente diverse e complesse variabili culturali, sociali, psicopatologiche che richiedono caso per caso un’approfondita analisi non solo del soggetto abusante ma di tutto il suo contesto familiare e sociale.

Il ciclo della violenza

Possiamo affermare dunque che la violenza intrafamiliare si sviluppa in modo graduale e quindi secondo un ciclo che vede inizialmente l’esercizio da parte dell’uomo della violenza psicologica al fine di rendere insicura la vittima e in seguito il passaggio all’atto fisico violento nel momento in cui è certo di aver preso potere e di poter quindi inferire sulla vittima senza che si difenda.

A questa fase fa seguito un periodo di scuse e

pentimento, la cosiddetta “luna di miele”: la vittima sente che il proprio compagno si è riavvicinato emotivamente, che è innamorato di lei e che la riconciliazione è più forte di qualsiasi violenza subita.

La vittima inoltre nega a se stessa i maltrattamenti subiti, attribuendo a quei comportamenti la connotazione dell’amore, riavvicinandosi quindi in maniera fittizia e illusoria.

Nel corso del tempo la violenza riprende: il violento minimizza l’azione, tende a colpevolizzare la donna attribuendole la responsabilità dell’azione violenta e la donna si sente sempre più colpevole ed incapace di reagire. Pertanto avviene un’inversione dei ruoli e di responsabilità: la donna non si percepisce più come vittima bensì come colei che ha causato la violenza stessa. Da qui la resistenza a denunciare e a chiedere aiuto, anche psicologico.

I centri di ascolto per uomini maltrattanti

In questo senso negli ultimi anni si sta ponendo maggiore attenzione all’uomo violento anche se ancora scarsi sono i servizi che attuano interventi sia di prevenzione che di cura e riabilitazione.

I Centri di Ascolto per Uomini Maltrattanti appartengono alla I categoria; si rivelano importanti per evitare sia che la violenza sia attuata e che sia tempestivamente interrotto il ciclo della violenza attraverso l’intercettazione precoce dell’autore di violenza.

Per intercettazione precoce si intende dare la possibilità all’uomo che riconosce sul nascere la propria incapacità a contenere e gestire le pulsioni aggressive, di chiedere aiuto, di sottoporsi ad un lavoro consapevole, di riconoscimento delle emozioni proprie ed altrui evitando il passaggio all’atto che è proprio la conseguenza dell’incapacità di mettersi in contatto con la propria dimensione emotiva.

Questi Centri di ascolto sono nati sul modello dei servizi sorti già negli anni ‘70 negli USA e diffusi in altre parti del mondo; in Italia siamo molto in ritardo: per esempio la Regione Puglia ha emanato recentemente una legge sulla violenza sulle donne che non fa menzione dei Centri di Ascolto per Uomini Maltrattanti soffermandosi

unicamente sui centri antiviolenza per le donne maltrattate e sui servizi di cura all'interno delle carceri dedicate ai detenuti *sex-offenders*.

I Centri di ascolto per gli uomini maltrattanti italiani più importanti tra cui Firenze, Modena, Bologna e Roma attuano delle Linee-guida così sintetizzate:

- Gli operatori del CAM sono psichiatra, psicologi, psicoterapeuti, educatori;
- Nelle fasi iniziali il contatto telefonico e la valutazione è affidata ad operatori uomini;
- Operatrici donne si occupano del contatto con la partner;
- I gruppi sono co-condotti come scelta metodologica;
- Sito Web
- Linea telefonica dedicata con operatori specializzati
- Colloqui di valutazione individuali
- Contatto con la partner
- Gruppi psico-educativi, co-condotti (uomo - donna)
- Accoglienza telefonica
- PRIMO COLLOQUIO: Autorizzazione dal maltrattante per lavorare in rete
- ENTRO I PRIMI DUE-TRE COLLOQUI: Autorizzazione dal maltrattante per contatto partner
- Contatto con la partner e eventuali servizi inviati
- Ciclo di colloqui di valutazione individuale (max 6/7)
- Eventuale inserimento in gruppi psico-educativi co-condotti

In seguito a queste prime operazioni di presa in carico avviene la valutazione dei comportamenti violenti, anche attraverso l'ausilio della psicodiagnostica e colloqui orientati alla descrizione dettagliata degli episodi più recenti e considerati dal maltrattante più gravi.

La donna viene sempre informata sia in merito ai trattamenti che ai Servizi di assistenza esistenti sul territorio; le si chiede in particolare una sua valutazione sulla gravità dei comportamenti subiti dal partner.

Le situazioni di tossicodipendenza e/o alcolismo, le situazioni di disagio psichico e quelle in cui il maltrattante non è motivato vengono escluse

dalla presa in carico.

L'aspetto caratterizzante più importante a nostro modo di vedere di questi Centri è l'aspetto psico-educativo e cioè individuare le strategie di interruzione dei comportamenti violenti, la costruzione di modelli alternativi di relazione con la partner, la riflessione sui modelli genitoriali, l'esercizio del controllo delle proprie emozioni negative. I gruppi sono sempre co-condotti da una coppia di operatori che affrontano tematiche come il riconoscimento dei comportamenti violenti ed abusanti (capire ciò che si intende per abuso e quali ne siano le forme), la storia della violenza e cioè l'analisi delle modalità relazionali interiorizzate nella famiglia e nella cultura di origine, l'analisi delle scuse e razionalizzazioni per ridurre il diniego, la negazione, la minimizzazione e l'attribuzione della colpa alla vittima, - Riconoscimento degli effetti della violenza sulla partner e sui bambini, l'assunzione di responsabilità per i propri comportamenti e per il proprio malessere, lo sviluppo di capacità empatiche.

La nascita sperimentale dei Centri Antiviolenza per uomini maltrattanti risulta essere il primo segno dell'emergenza e necessità che oltre la cura della vittima si inizi a pensare alla cura anche dell'uomo maltrattante e cioè ad una presa in carico globale della coppia colpita dal dramma della violenza.

Bibliografia

- Biondi, M. (2014). "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5". Varese. Raffaello Cortina Editore.
- Daloiso, V. (2013). "Donne nel mirino. L'ultima vittima". Rivista di Psicologia Contemporanea.
- Vinciguerra, P., Iacobelli, E. (2013). "Femminicidio. Capire, Educare, Cambiare". Bologna. Minervi Edizioni.
- Fornaro, M. (2014). "Femminicidio. Le motivazioni dell'uomo". Rivista di Psicologia Contemporanea n. 243.
- Foti, C., Iacoella, S. (2013). "Psicoterapia dei sex offenders e cura delle emozioni". SIE Editore.
- Bonino, S. (2013). "La violenza contro le donne". Rivista di Psicologia contemporanea (settembre-ottobre 2013).
- Pauncz, A. (2011) "Un progetto di trattamento per uomini maltrattanti; l'esperienza del Centro Ascolto Uomini Maltrattanti (CAM) di Firenze". Genova. 2011.

Le tante facce della violenza di genere

Sonia Rossetti

Psicologa

Riassunto

La violenza nei confronti delle donne è un importante problema sociale e sta progressivamente assumendo delle dimensioni catastrofiche che impongono una urgente riflessione sulla tematica e precoci strategie di intervento. Questo, soprattutto in virtù delle recenti notizie di cronaca che documentano costantemente storie di decesso in coppie con problemi relazionali.

Questo contributo intende fornire un quadro di riferimento nella comprensione della violenza di genere con particolare riferimento alle situazioni di violenza di coppia in cui l'uomo è perpetratore. Al fine di permettere la comprensione del fenomeno verrà riportata l'indagine condotta dall'Istat nel 2006 sulla popolazione femminile italiana con lo scopo di stimare, nei limiti, le dimensioni della violenza rivolta alle donne. Si procederà ad approfondire le direttive proposte dall'Organizzazione Mondiale della Salute circa i fattori che, nelle varie ricerche, sono risultate maggiormente presenti in contesti di maltrattamento, all'interno di un quadro teorico di riferimento qual è la teoria ecologica. Obiettivo è riflettere sulle conseguenze cui il fenomeno conduce e la necessità di attivare interventi preventivi e formativi per ridurre l'incidenza del fenomeno.

Parole chiave: violenza di genere, femmineicidio, modello ecologico, fattori di rischio, prevenzione.

Premessa e Introduzione

Ho deciso di dedicare questo contributo alla tematica della violenza di genere concentrando l'attenzione sulle violenze agite dagli uomini sulle loro compagne per le dimensioni che il fenomeno sta assumendo nel nostro Paese, non perché sia l'unica variante di violenza di genere esistente. È senza dubbio un problema di ordine sociale che invade la sfera della salute pubblica in termini sia di benessere fisico che psicologico.

In Italia la situazione è ulteriormente aggravata dalla mancanza, di fatto, di ricerche qualificate e comprensive che indagano l'esistenza o meno del fenomeno e la sua eventuale rilevanza (Pellizzari, 2009). L'unica stima del fenomeno nel nostro Paese rimane l'indagine condotta nell'anno 2006 dall'Istat, promossa e finanziata dal Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità di cui si riportano al-

cuni dei dati più salienti.

L'indagine (Istat, 2007) ha riguardato la rilevazione di tre forme di violenza agite contro le donne: fisica, sessuale e psicologica, dentro e fuori la famiglia e condotta attraverso il metodo dell'intervista telefonica.

Di tutto il campione contattato, il 31,9% delle donne dichiarano di aver subito violenze di diverso tipo nella loro vita, una percentuale pari a **6 milioni 743 mila** di donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni. Di queste, 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), 3 milioni 961 mila violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%). Il 14,3% delle donne con un rapporto di coppia attuale o precedente ha subito almeno una volta violenza fisica o sessuale dal partner e se si considerano relazioni passate e finite, la percentuale arriva al 17,3%. Il 24,7% delle donne ha subito violenze da un altro uomo. Inoltre, mentre la violenza fisica è più di frequentemente agita dai partner (12% contro 9,8%), ciò non vale per la violenza sessuale (6,1% contro 20,4%) in cui pesa maggiormente l'azione di altri uomini non partner, soprattutto per quanto attiene le molestie sessuali. È evidente che alcune forme di violenza sessuale coinvolgono sconosciuti soprattutto in virtù dei luoghi in cui vengono consumati tali reati.

Dell'intero campione, 1 milione e 150 mila donne (5,4%) dichiarano di aver subito violenza nell'ultimo anno. In particolare la fascia di età maggiormente coinvolta è quella dai 16 ai 24 anni (16,3%) e dai 25 ai 24 anni (7,9%). Il 3,5% delle donne ha subito violenza sessuale, il 2,7% fisica. Lo 0,3%, pari a 74 mila donne, ha subito stupri o tentati stupri. La violenza domestica ha colpito il 2,4% delle donne, quella al di fuori delle mura domestiche il 3,4%.

L'aspetto più drammatico riguarda l'elevatissima incidenza di casi in cui le violenze non sono denunciate pari a circa il 96% delle violenze da un non partner e il 93% di quelle da partner. Anche nel caso degli stupri la quasi totalità non è denunciata (91,6%).

La violenza ripetuta avviene più frequentemente da parte del partner che dal non partner (67,1% contro 52,9%). Nell'ambito delle violenze fisiche, le manifestazioni più frequenti sono l'essere spinta, stratonata, afferrata, tirata per un braccio o tirata per i capelli (56,7%), l'essere minacciata di essere colpita (52,0%), schiaffeggiata, presa a calci, pugni o morsi (36,1%). Segue l'uso o la minaccia di usare pistola o coltelli (8,1%) o il tentativo di strangolamento, soffocamento e ustione (5,3%). Tra tutte le forme di violenze sessuali, le più diffuse sono le molestie fisiche, ovvero l'essere stata toccata sessualmente contro la propria volontà (79,5%), l'aver avuto rapporti sessuali non desiderati vissuti come violenza (19,0%), il tentato stupro (14,0%), lo stupro (9,6%) e i rapporti sessuali degradanti ed umilianti (6,1%).

Nella maggioranza dei casi i responsabili sono i partner anche per quanto riguarda alcuni tipi di violenza sessuale come lo stupro nonché i rapporti sessuali non desiderati. Il 69,7% degli stupri, infatti, è opera di partner, il 17,4% di un conoscente. Solo il 6,2% è stato opera di estranei. Il rischio di subire uno stupro piuttosto che un tentativo di stupro è tanto più elevato quanto più è stretta la relazione tra autore e vittima.

A queste percentuali si aggiungono coloro che sono vittime di comportamenti persecutori o *stalking* e le donne vittime di violenza psicologica. Il 18,8% del campione riferisce di essere stata vittima di atti persecutori. Quasi il 50% delle donne vittime di violenza fisica o sessuale da un partner precedente ha subito anche *stalking*, un totale di 937 mila donne, mentre 1 milione 139 mila donne hanno subito, invece, solo *stalking*, in assenza di violenze fisiche o sessuali.

Infine, **7 milioni 134 mila donne hanno subito o subiscono violenza psicologica**. Le forme più diffuse sono l'isolamento o il tentativo di isolamento (46,7%), il controllo (40,7%), la violenza economica (30,7%), la svalorizzazione (23,8%), le intimidazioni (7,8%). Tale gruppo è il più numeroso: questo perché nella maggioranza dei casi di violenza fisica e sessuale è presente anche, e spesso in anticipo, la violenza psicologica come modalità lesiva che mira ad indebolire psicologicamente la vittima. In taluni casi, la violenza psicologica è presente iso-

latamente e non necessita di altre forme di violenza per recare danno.

Questa indagine non è sicuramente una stima affidabile del fenomeno in Italia, ma il fatto che tali dati siano solo una parte della sua reale incidenza basta a farci riflettere. C'è da aggiungere che l'indagine pubblicata dall'Istat nel 2007 riguarda una rilevazione fatta nel 2006 attraverso il metodo dell'intervista telefonica senza strumenti specifici che permettessero di valutare seriamente l'impatto che tali manifestazioni hanno sulle vittime. Inoltre, non sono contemplate le vicende di decesso per violenza sempre maggiormente documentate dalla cronaca negli ultimi anni.

Il terreno su cui si innesta la violenza

La violenza, sia fisica, sessuale, psicologica, richiede sempre delle condizioni che ne facilitano l'espressione all'interno della coppia. È come una sorta di terreno che pian piano viene coltivato per raggiungere i risultati cui si mira. Un rapporto di coppia non inizia quasi mai con manifestazioni aggressive o limitative nei confronti dell'altro. All'inizio le caratteristiche sono quelle di un qualsiasi rapporto d'affetto che nel tempo viene modificata dal perpetratore. La Filippini (2005) sostiene che la vittima può accorgersi che il rapporto stia cambiando quasi all'improvviso nel momento in cui irrompe nella quotidianità qualcosa di diverso, di non familiare, che genera incertezza e disorientamento. In realtà alcuni fattori di rischio sono stati ampiamente documentati e proposti dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS, 2010) quali fattori che risultano essere maggiormente associati alle diverse forme di violenza agita contro le donne. L'OMS tenta di fornire una panoramica dei diversi fattori che sono presenti maggiormente nei contesti di violenza e maltrattamento assumendo come modello teorico centrale il "modello ecologico" (Figura 1) presentata nel Rapporto Mondiale sulla

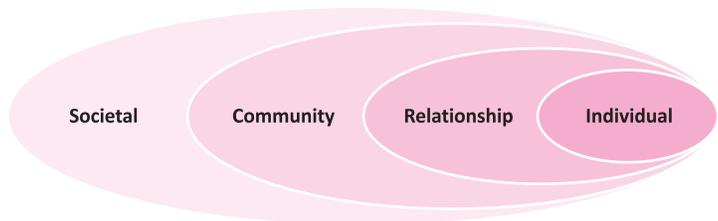


Figura 1: Modello ecologico

Violenza e la Salute (Dahlberg & Krug, 2002).

In particolare si prendono in considerazione quattro dimensioni all'interno del quale, per varie ragioni, si alimenta il comportamento aggressivo. Un modello di questo tipo è funzionale alla comprensione della complessa interazione di tutti i fattori che influenzano la violenza nella coppia, e possono dunque fornire punti chiave per la prevenzione e l'intervento (Dahlberg & Krug, 2002). A tal scopo è possibile individuare fattori di rischio appartenenti a ciascun dominio.

Fattori di rischio individuali

Giovane età. La giovane età è stata identificata costantemente come fattore di rischio sia per l'uomo autore di violenza fisica nei confronti di una partner (Black et al., 2001) che per una donna che subisce violenza domestica (Harwell e Spence, 2000; Romans et al., 2007; Vest et al., 2002). Le giovani donne sono risultate più a rischio di stupro rispetto a donne anziane (Jewkes, Sen e Garcia-Moreno, 2002).

Educazione. La relazione tra livello di istruzione individuale e la violenza domestica e sessuale è piuttosto controversa. Tuttavia, diversi sono gli studi che riportano un'elevata incidenza di violenza di genere associata ad un grado di istruzione povero (Ackerson et al, 2008;. Boy e Kulczycki, 2008; Boyle et al, 2009.; Brown et al., 2006; Chan, 2009; Dalal, Rahman e Jansson, 2009; Gage, 2006; Jeyaseelan et al., 2004; Johnson e Das, 2009; Koenig et al., 2006; Martin, Taft e Resick, 2007; Tang e Lai, 2008). Gli studi riportano che le donne con un grado di istruzione basso hanno un rischio da 2 a 5 volte maggiore di subire violenza dal partner rispetto alle donne maggiormente istruite (Ackerson et al, 2008;. Boy e Kulczycki, 2008; Dalal, Rahman e Jansson, 2009; Koenig et al., 2004; Martin, Taft e Resick, 2007; Tang e Lai, 2008). Parimenti, anche gli uomini meno istruiti mostrano maggiori probabilità di perpetrare la violenza domestica rispetto agli uomini istruiti (Ackerson et al, 2008;. Dalal, Rahman e Jansson, 2009).

È evidente che l'istruzione oltre ad agire come fattore di rischio, agisce come fattore protettivo perché una più elevata istruzione dovrebbe poter permettere alle vittime di valutare l'esperienza della violenza in modo più profondo e spingerle ad azioni di contrasto come la separazione e la denun-

cia.

A differenza degli studi di cui sopra, Flake (2005) ha trovato che le donne con un più alto livello di istruzione erano ad aumentato rischio di violenza sessuale da parte dei partner. A tal proposito la Filippini (2005) sostiene che il maltrattamento di coppia è legato ad un'organizzazione alterata della personalità che dal disturbo narcisistico di personalità e attraverso il disturbo borderline giunge al disturbo di personalità antisociale. Se consideriamo il disturbo narcisistico di personalità è plausibile pensare che il perpetratore scelga una donna che abbia le sue stesse caratteristiche in termini di grandezza e con molta probabilità sarà attratto da donne molto istruite e ben inserite nel mondo lavorativo.

L'esposizione alla violenza durante l'infanzia. Una sistematica revisione degli studi condotti in tal direzione mostra che l'esposizione alla violenza durante l'infanzia aumenta la probabilità di diventare un partner violento di 3 o 4 volte, rispetto agli uomini senza storia esposizione alla violenza infantile (Gil-Gonzalez et al., 2008) e ciò vale soprattutto nei casi di abuso sessuale (Jespersen, Lalumière e Seto, 2009). Diversi sono anche gli studi che documentano una maggiore vulnerabilità delle donne a divenire vittime di violenza in condizioni di esposizione al maltrattamento intra-parentale e abuso sessuale durante l'infanzia (Martin, Taft e Resick, 2007; Söchting, Fairbrother e Koch, 2004; Vung e Krantz, 2009).

Organizzazione di personalità. È variamente documentato che la struttura di personalità incida sulla qualità delle relazioni interpersonali e affettive. Diversi studi suggeriscono che coloro che mostrano una struttura di personalità di tipo antisociale, anche per via di caratteristiche che ne sono proprie (impulsività, noncuranza delle emozioni altrui, mancanza di empatia, ect.), hanno una più elevata probabilità di ignorare le norme sociali con tendenza alla condotta aggressiva e conseguente perpetrazione di violenza domestica o sessuale (Abbey et al, 2004;. Chan, 2009; Marshall, Panuzio e Taft, 2005).

Bisogna aggiungere che in situazioni di violenza di coppia c'è, in genere, una manipolazione operata dal perpetratore che la Filippini (2005) riconduce al disturbo narcisistico di personalità, "anche se non giungiamo ad espressioni tanto gravi, alla violenza fisica, minano tuttavia la vittima attraverso l'uso sistematico della violenza psicologica" (Filippini,

2005). Sempre secondo l'autrice tale manipolazione consiste nel dominio e controllo della vittima che man mano viene sempre più indebolita e isolata socialmente, svalutata, quasi "sviscerata".

Una personalità organizzata in questi modi comporta anche l'assunzione di comportamenti sregolati come il consumo di alcol e droghe illegali. Tanti sono gli studi che documentano un'associazione tra il consumo eccessivo di alcolici e la violenza domestica e sessuale (Abrahams et al, 2004; Dalal, Rahman e Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Gil-Gonzalez et al., 2006; Johnson e Das, 2009; Koenig et al., 2004; Marshall, Panuzio e Taft, 2005; Martin, Taft e Resick, 2007; Ramiro, Hassan e Peedicayil, 2004; Tang e Lai, 2008; Testa, 2004). La relazione tra queste variabili è molto controversa ed è facile presumere che tutti gli aspetti sin ora considerati siano legati ad una personalità alterata e un temperamento aggressivo.

Atteggiamenti verso la violenza. Spesso la violenza nella coppia viene sottovalutata sia da chi la perpetra che da chi la subisce. All'inizio, soprattutto, c'è una tendenza a credere che l'evento non sarà ripetuto, per cui la vittima sarà orientata maggiormente a comprendere cosa del suo comportamento ha scatenato la violenza nel partner. Inutile dire che la violenza non è una strategia di risoluzione dei problemi, qualsiasi essi siano. È, piuttosto, una classica modalità di reazione di chi non possiede altri metodi di risoluzione dei conflitti.

Fattori di rischio relazionali

Tendenza ad avere più relazioni. Diversi studi riportano una maggiore incidenza di violenze domestiche e sessuali da parte di partner con tendenza all'infedeltà (Abrahams et al, 2004; Chan, 2009; Dalal, Rahman e Jansson, 2009; Jewkes et al., 2006; Johnson e Das, 2009; Koenig et al, 2004; Tang e Lai, 2008; Vung e Krantz, 2009). Anche la necessità di avere tanti partner riconduce ad un'organizzazione di personalità orientata al continuo soddisfacimento pulsionale e alla novità, indicativa di una certa reattività comportamentale.

Fattori di rischio comunitari

Sanzioni deboli della comunità nei confronti del partner e la violenza sessuale. Il Rapporto Mondiale sulla Violenza e la Salute riporta che il modo con cui una comunità risponde alla violenza può

influenzare i livelli complessivi di abusi in quella comunità (Heise e Garcia-Moreno, 2002). In uno studio comparativo, Counts, Brown e Campbell (1992) hanno trovato che le società con i più bassi livelli di violenza domestica erano quelli che avevano sanzioni più severe per quei reati e in cui le donne vittime di abusi potevano contare sul sostegno sociale e sanitario.

La cultura di genere. È ovvio che in quelle culture in cui vige il dominio indiscusso dell'uomo e alla donna non è data alcuna funzione, se non quella familiare connessa alla cura della casa e della prole, non esiste violenza. E nel caso in cui si verificassero episodi di violenza, la colpa non sarebbe che della donna, che in qualche modo avrà violato la disciplina imposta dal suo uomo. In una situazione del genere, la violenza sarebbe giustificata dal resto della comunità a causa della cultura imposta.

Fattori di rischio sociali

Norme di genere tradizionali e norme sociali di supporto alla violenza. Levinson (1989) ha condotto un'analisi statistica dei dati etnografici di 90 società per esaminare la cultura e la tendenza a picchiare la moglie giungendo alla conclusione che picchiare la moglie si verifica più spesso nelle società in cui gli uomini hanno potere economico e decisionale in casa, le donne non hanno facile accesso al divorzio e gli adulti regolarmente fanno uso della violenza per risolvere i loro conflitti. Un altro forte predittore della tendenza a picchiare la moglie era il mancato accesso delle donne al mercato del lavoro. Questo perché la possibilità di avere un impegno lavorativo rende le donne più indipendenti dai loro partner sia da un punto di vista economico che di pensiero.

Ho voluto riportare questi fattori, che dalle ricerche condotte sembrano essere più frequenti in contesti in cui la violenza è presente, non perché sono da intendersi indicatori stabili ma perché forniscono dei parametri che ci permettono di poter identificare alcune delle manifestazioni del fenomeno.

Le conseguenze sul benessere personale

La violenza di genere, oltre a rappresentare un problema di ordine sociale, è, soprattutto, un problema di salute pubblica intesa come condizione in grado di incidere profondamente sul benessere fisico e psicologico. Diverse sono le evidenze che do-

cumentano tanti problemi di salute fisica e mentale conseguenti alla violenza di coppia. Dai dati disponibili, le donne che subiscono violenza da un partner o ex partner in età adulta e/o di sviluppo hanno più probabilità di incorrere in una serie di problemi di salute sia nel breve che nel medio-lungo termine; sia a livello psico-fisico, che relazionale, professionale e sociale (Krug et al., 2002).

Campbell et al. (2002) riportano una frequenza del 50-70% tra le donne che subiscono violenza dal partner di problemi ginecologici, a carico del sistema nervoso centrale e stress-correlati. I problemi ginecologici comprendono dolore cronico pelvico, fibromi, sanguinamento, dispareunia, infezioni del tratto urinario, fino alla trasmissione di malattie infettive (Letourneau, Holmes, Chasedunn-Roark, 1999; Coker, Smith, Bethea, King, McKeown, 2000). Non è infrequente l'infezione da HIV specie se il perpetratore è una persona che ha molti partner e che si impegna in rapporti non protetti.

Sul piano psicologico le conseguenze sono devastanti. Oltre a dolori fisici, inclusi mal di testa e dolori muscolari, aumentano le reazioni somatiche con svenimenti, parestesie e ansia. I continui dolori possono indurre ad assumere farmaci o sostanze varie con possibile dipendenza. Si genera una vera patologia da stress e disadattamento con alterazioni del tono dell'umore che può spingere fino al suicidio. I sintomi gastrointestinali comportano dolore addominale cronico, sindrome del colon irritabile, gonfiore, disturbi alimentari, perdita di appetito (Campbell et al., 1999; Coker, Smith, Bethea, King, McKeown, 2000; Leserman, Drossman, Hu, 1998) mentre i problemi cardiaci possono includere dolore toracico e palpitazioni (Coker, Smith, Bethea, King, McKeown, 2000).

Le conseguenze di condizioni protratte di maltrattamento hanno degli effetti a catena poiché coinvolgono ogni area funzionale della persona. Sicuramente uno degli effetti più immediati è la condizione di isolamento in cui queste donne si trovano confinate. C'è timore nel raccontare a qualcuno la situazione che si sta vivendo per vie delle conseguenze che ciò può avere. Questa non condivisione del problema con persone familiari (parenti, amici, conoscenti), che potrebbero fornire una rete di supporto e di fuga dalla condizione di minaccia, si lega al senso di vergogna sperimentato dalla donna retro consapevolezza del proprio fallimento di coppia.

A causa di una vera alterazione del proprio equilibrio mentale la donna potrebbe anche non essere più efficiente sul piano lavorativo, mostrando una riduzione dell'impegno professionale, continue assenze, malattie, fino alla perdita del lavoro.

L'indagine Enveff, condotta in Francia nel 2000 su un campione rappresentativo di 6.970 donne riporta che la condizione di grave sofferenza psicologica rilevate con un questionario predisposto riguarda il 10% di coloro che non avevano subito violenza, il 27% di coloro che avevano subito violenza fisica, il 28% di coloro che avevano subito violenza sessuale, e ben il 43% di coloro che avevano subito varie forme di violenza fisica e il 40% di coloro che avevano subito violenza fisica e sessuale. Inoltre, il 5% delle donne che non aveva subito violenza, il 17% di coloro che avevano subito violenza fisica almeno una volta e il 25% di coloro che avevano subito violenze fisiche ripetute soffriva di alti livelli di disturbo post-traumatico da stress. Aveva tentato il suicidio nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 3% delle donne che avevano subito almeno un atto di violenza fisica, il 4% di coloro che avevano subito violenza sessuale e il 10% di coloro che avevano subito violenze fisiche e sessuali, a fronte dello 0,2% di coloro che non avevano subito violenza (Institut de demographie de l'Université de Paris I, Enveff, 2001, p. 29).

Conclusioni

Le violenza di genere è un fenomeno di ampia portata sociale e sanitaria soprattutto perché nella maggioranza dei casi si sviluppa all'interno delle relazioni di coppia o familiari e si trascina una serie di sentimenti ed emozioni difficilmente comprensibili all'esterno. Purtroppo, nel nostro Paese mancano dati specifici inerenti le reali entità del fenomeno, di cui riusciamo a fare un' stima sommaria attraverso le notizie di cronaca. Ne consegue che la violenza di genere resta un fenomeno sottostimato e poco indagato per quanto riguarda i fattori sociali, culturali e psicologici che la determinano, nonché la sua riproduzione attraverso i mezzi di comunicazione e le agenzie educative (Karadole, 2012). Nonostante ciò, la rassegna pubblicata dall'Istat nel 2007, ben lontana dall'essere una rilevazione attendibile e complessiva della realtà, mette in luce dei dati allarmanti. Sono 6 milioni 743 mila le donne che hanno subito o subiscono violenza di ogni

genere e la maggior parte di tale violenza sono perpestrate da partner o ex partner e nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate alle autorità competenti. Questo contribuisce ulteriormente a impedire una corretta stima del fenomeno. Certo verrebbe da pensare che se il nostro sistema giuridico e sociale fosse più attento a tutelare le vittime piuttosto che limitarsi a condannare per breve tempo i colpevoli, forse i reati verrebbero maggiormente denunciati da chi subisce la violenza.

Al di là di questa riflessione meramente spassionata, in Italia non sono presenti campagne di informazione e formazione che fornirebbero alle potenziali vittime gli strumenti per reagire prima che sia troppo tardi. A tale scopo ho voluto riportare i fattori di rischio proposti dall'OMS che non sono da intendersi assoluti. Sono fattori che nelle diverse ricerche sono risultati maggiormente presenti nei casi di violenza. Quindi, se in parte è vero che le vittime di violenza di coppia sono soprattutto donne giovani, è vero anche che la cronaca ultimamente ci fa assistere anche ad omicidi di donne più adulte ad opera di partner anziani.

La cosa su cui occorre concentrarsi non sono i fattori presi uno ad uno, ma le condizioni identificate come passibili di presenza in contesti violenti e che si influenzano reciprocamente su vari livelli. Il modello ecologico permette una adeguata valutazione dell'influenza di questi fattori. È facile presumere che in società in cui vige una cultura maschile, la donna non avrà una propria indipendenza, di conseguenza non avrà necessità di istruirsi e lavorare perché ciò aumenterebbe le possibilità di scelta di una vita diversa. Ma in una società di questo tipo le donne sono punite anche con la vita se non rispettano le decisioni dei partner.

Purtroppo nella nostra società che si definisce civile la situazione non va certo meglio. Il fenomeno sta assumendo dimensioni gravi e vi è la necessità di poter favorire una reale comprensione del fenomeno al fine di attivare programmi di prevenzione e intervento che possano limitare il fenomeno e fornire le strategie utili per una adeguata controtendenza.

Bibliografia

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P., Clinton, A.M., & McAuslan, P. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed?

- Aggression and Violent Behavior*, 9(3), 271-303.
- Abrahams, N., Jewkes, R., Hoffman, M., & Laubascher, R. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(5), 330-337.
- Ackerson, L.K., Kawachi, I., Barbeau, E., & Subramanian, S.V. (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3), 507-514.
- Black, D.A., Schumacher, J.A., Smith, A.M., Heyman, R.E. (1999). Partner, child abuse risk factor literature review: National Network on Family Resiliency, National Network for Health.
- Boy, A., Kulczycki, A. (2008). What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women*, 14(1), 53-70.
- Boyle, M.H., Georgiades, K., Cullen, J., Racine Y. (2009). Community influences on intimate partner violence in India: women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Social Science and Medicine*, 69(5), 691-697.
- Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A.C., Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*; 162, 1157-63.
- Chan, K.L. (2009). Sexual violence against women and children in Chinese societies. *Trauma Violence & Abuse*, 10(1), 69-85.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*; 9, 451-457.
- Counts, D.A., Brown, J., Campbell, J. (1992). Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives. Boulder (CO), Westview Press.
- Dahlberg, L.L., Krug, E.G. (2002). Violence - a global public health problem. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health, pp. 3-21. Geneva, World Health Organization.
- Dalal, K., Rahman, F., Jansson, B. (2009). Wife abuse in rural Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, 41(5), 561-573
- Filippini, S. (2005) Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia. Milano, Franco Angeli.
- Flake, D.F. (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3), 353-373.
- Gage, A.J. (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science and Medicine*, 61(2), 343-364.
- Gil-Gonzalez, D., Vives-Cases, C., Alvarez-Dardet, C., Latour-Pérez, J. (2006). Alcohol and intimate part-

- ner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16(3), 278-284.
- Gil-Gonzalez, D., Vives-Cases, C., Ruiz, M.T., Carrasco-Portiño, M., Álvarez-Dardet, C. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Public Health*, 30(1), 14-22.
- Harwell, T.S., Spence, M.R. (2000). Population surveillance for physical violence among adult men and women, Montana 1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 321-324.
- Harwell, T.S., Spence, M.R. (2000). Population surveillance for physical violence among adult men and women, Montana 1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 321-324.
- Heise, L., Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health, pp. 87-121. Geneva, World Health Organization.
- Institut de demographie de l'Université de Paris I (2001), Enveff Survey. Presentation of the Survey findings.
- Istat (2007). La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia. Roma.
- Jespersen, A.F., Lalumiere, M.L., Seto, M.C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-192.
- Jewkes, R., Sen, P., Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual violence. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health, pp. 149-181. Geneva, World Health Organization.
- Jeyaseelan, L., Sadowski, L.S., Kumar, S., Hassan, F., Ramiro, L., Vizcarra, B.. (2004). World studies of abuse in the family environment - risk factors for physical intimate partner violence. *International Journal Of Injury Control And Safety Promotion*, 11(2), 117-124.
- Johnson, K.B., Das, M.B. (2009). Spousal Violence In Bangladesh As Reported By Men: Prevalence And Risk Factors. *Journal Of Interpersonal Violence*, 24(6), 977-995.
- Karadole C. (2012) Femicidio: La Forma Più Estrema Di Violenza Contro Le Donne. Rivista Di Criminologia, Vittimologia E Sicurezza - Vol. VI - N. 1 - Gennaio-Aprile.
- Koenig, M.A., Stephenson, R., Ahmed, S., Jejeebhoy, S.J., Campbell, J. (2006). Individual And Contextual Determinants Of Domestic Violence In North India. *American Journal Of Public Health*, 96(1), 132-138.
- Leserman, J., Li, Z., Drossman, D.A., Hu, Y.J. (1998). Selected Symptoms Associated With Sexual And Physical Abuse History Among Female Patients With Gastrointestinal Disorders: The Impact On Subsequent Health Care Visits. *Psychol Med*; 28, 417-425.
- Letourneau, E.J., Holmes, M., Chasedunn-Roark, J. (1999). Gynecologic Health Consequences To Victims Of Interpersonal Violence. *Womens Health Issues*; 9, 115-120.
- Levinson, D. (1989). Family Violence In Cross-Cultural Perspective. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Marshall, A.D., Panuzio, J., Taft, C.T. (2005). Intimate Partner Violence Among Military Veterans And Active Duty Servicemen. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 862-876.
- Martin, E.K., Taft, C.T., Resick, P.A. (2007). A Review Of Marital Rape. *Aggression And Violent Behavior*, 12(3), 329-347.
- Pellizzari, E. (2009). La Violenza Femminile. Cos'è, Come Se Ne Parla. Psychomedia. Disagio Familiare, Separazioni e Affidò Dei Minori.
- Ramiro, L.S., Hassan, F., Peedicayil, A. (2004). Risk Markers Of Severe Psychological Violence Against Women: A Worldsafè Multi-Country Study. *International Journal Of Injury Control And Safety Promotion*, 11(2), 131-137.
- Romans, S., Forte, T., Cohen, M. M., Du Mont, J. and Hyman, I. (2007). Who Is Most At Risk For Intimate Partner Violence? A Canadian Population-Based Study. *Journal Of Interpersonal Violence*, 22, 1495-1514.
- Söchting, I., Fairbrother, N., Koch, W.J. (2004). Sexual Assault Of Women: Prevention Efforts And Risk Factors. *Violence Against Women*, 10(1), 73-93.
- Tang, C.S., Lai, B.P. (2008). A Review Of Empirical Literature On The Prevalence And Risk Markers Of Male-On-Female Intimate Partner Violence In Contemporary China, 1987- 2006. *Aggression And Violent Behavior*; 13(1), 10-28.
- Testa, M. (2004). The Role Of Substance Use In Male-To-Female Physical And Sexual Violence: A Brief Review And Recommendations For Future Research. *Journal Of Interpersonal Violence*, 19(12), 1494-1505.
- Vest, J.R., Catlin, T.G., Chen, J.J., Brownson, R.C. (2002). Multistate Analysis Of Factors Associated With Intimate Partner Violence. *American Journal Of Preventive Medicine*, 22(3), 156-164.
- Vung, N.D., Krantz, G. (2009). Childhood Experiences Of Interparental Violence As A Risk Factor For Intimate Partner Violence: A Population-Based Study From Northern Vietnam. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 63, 708-714.
- World Health Organization (2010). Preventing Intimate Partner And Sexual Violence Against Women. Tackling Action And Generating Evidence. Geneva, World Health Organization.

Le molestie sul luogo di lavoro: dal mobbing allo stalking

Vanda Vitone*, Teresa Fiora Fornaciari**

* Psicologa Psicoterapeuta, Dirigente Sanitario Consultorio Familiare di Modugno ASL Bari, Vice Presidente Ordine degli Psicologi Puglia

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

Riassunto

Il tema delle molestie sessuali subite dalla donna sul posto di lavoro viene affrontato da qualche anno dal punto di vista non solo relazionale ma anche clinico e criminologico e cioè tentando di studiare tale fenomeno analizzando il contesto relazionale nel quale si esplica e cercando di ricostruire le dinamiche che portano l'uomo - spesso gerarchicamente al di sopra della donna lavoratrice - a molestarla ed in seguito a mobbizzarla fino anche a stalkizzarla come illustreremo nell'articolo.

Parole chiave: *Mobbing. Stalking. Molestie. Vittima.*

Per molestie sessuali sul posto di lavoro si intende ogni comportamento indesiderato a connotazione sessuale o qualsiasi altro comportamento basato sul sesso che offende la dignità della donna e degli uomini nel mondo del lavoro.

Caratteristica delle molestie sessuali è che creano un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante e offensivo. Le molestie si manifestano attraverso comportamenti come ad esempio:

- Insinuazioni e commenti equivoci sull'aspetto esteriore
- Contatti fisici indesiderati
- Presentazione, affissione di materiale pornografico
- Osservazioni e barzellette sul comportamento e orientamento sessuale di donne e uomini.

Ciò che caratterizza le molestie non è l'intenzione del molestatore ma la percezione e la non tolleranza di tale comportamento da parte della vittima e quindi se lo percepisce come desiderato o non. Le conseguenze di tale comportamento sono di tipo emozionale e cioè intaccano la dignità personale, offendono la integrità personale, ledono l'immagine di sé nelle donne più deboli e vulnerabili. Il molestatore agisce nella certezza della fragilità della vittima che non riuscendo a difendersi

e a reagire innesca inconsapevolmente l'escalation della dinamica persecutoria.

La vittima inizia a manifestare ansia, stati di agitazione, irritabilità, disturbi del ritmo sonno-veglia, e nel tempo può sviluppare vari disturbi come il disturbo acuto da stress, disturbo post-traumatico da stress, disturbo dell'adattamento e disturbi d'ansia.

Le molestie sessuali nella fattispecie giuridica si inquadrano sotto vari profili:

- INGIURIA, se la molestia consiste in un'offesa verbale lesiva dell'onore e del decoro personale (art. 594 c.p.);
- MOLESTIA E DISTURBO ALLE PERSONE, se si verificano reiterate e insistenti avances (art. 660 c.p.);
- VIOLENZA PRIVATA, se si impongono comportamenti sgraditi anche attraverso la minaccia (art. 610 c.p.);
- VIOLENZA SESSUALE

La molestia sessuale si distingue dal mobbing per molteplici aspetti:

La molestia può rappresentare un solo episodio, il mobbing invece è a carattere "seriale";

Il "movente" del molestatore è l'atto sessuale, quello del *mobber* è infastidire e allontanare la vittima.

Tuttavia può capitare che le molestie sfocino in mobbing a seguito del rifiuto della vittima.

Da un po' di anni il fenomeno del "mobbing" è oggetto dell'attenzione scientifica di medici del lavoro e psicologi. Esso è una forma di violenza psicologica esercitata sul luogo di lavoro, sia da parte di colui che riveste un ruolo gerarchicamente superiore che dai colleghi. Le caratteristiche comportamentali attraverso cui si esplica il mobbing sono l'emarginazione della vittima, parlar male di lei, assegnarle compiti dequalificanti, chiederle la messa in atto di comportamenti non desiderati, sabotarla nei compiti di lavoro, farle richieste illecite tra cui quelle di natura sessuale.

E' proprio in riferimento a quest'ultimo *modus agendi* che possiamo affermare che all'interno del fenomeno del mobbing nasce e si sviluppa quello dello *stalking* ovvero di maltrattamenti, abusi e atti persecutori a danno della vittima che quindi iniziano sul luogo di lavoro espandendosi al di fuori e coinvolgendo la vita privata della donna lavoratrice. Prima di descrivere quello che si definisce "stalking occupazionale" occorre tratteggiare la differenza tra il *mobber* e lo *stalker*. Il primo agisce al fine di allontanare la vittima, spesso arrendevole e disarmata; il secondo, invece, agisce al fine di avvicinare la vittima e sottometterla ai propri desideri, non solo sessuali; infatti, non sempre lo stalker agisce con l'intenzione di abusare ma semplicemente di possedere ed esercitare il proprio "potere" sulla donna.

Quindi tornando alla definizione di "stalking occupazionale", recenti ricerche hanno messo in evidenza che il 15% dello stalking è di tipo lavorativo. Gli indicatori delle azioni vessatorie sono la consapevolezza e l'intenzionalità, comportamenti ripetuti e reiterati nel tempo, la frequenza degli episodi, la pressione psicologica esercitata dallo stalker al fine di generare nella vittima ansia e paura, l'intensità emotiva crescente e il produrre nella vittima un danno esistenziale. Inoltre chi esercita tale violenza psicologica spesso mette in atto nel gruppo di lavoro una forma di rinforzo a tale violenza, spesso anche inconsapevole.

Questo fenomeno può derivare da una situazione conflittuale sul posto di lavoro che è rimasta intenzionale o come esito finale di un mobbing non andato a buon fine e sorge quindi come opera conclusiva dello stesso.

Uno degli elementi caratterizzanti lo stalking occupazionale è che la vittima deve trovarsi necessariamente in una posizione di costante inferiorità rispetto al suo aggressore.

I fattori di rischio individuali che possono essere predittori del comportamento dell'aggressore sono:

- Vittima di violenza nell'infanzia
- Uso di sostanze o alcol
- Impulsività
- Aggressività
- Autostima bassa o instabile
- Estrema competitività
- Frustrazione
- Disturbo di personalità
- Facile accesso alle armi

- Alti livelli di ansia
- Nevrosi
- Sottomissione
- Introversione

La vittima dovrebbe sempre manifestare in modo chiaro che le attenzioni del molestatore non sono gradite, non minimizzare il fatto, non sentirsi responsabile di quanto accade e soprattutto non affrontare in solitudine le molestie ma parlarne coinvolgendo anche organismi di parità presenti sul territorio o rivolgersi ai Servizi Sociali o Socio-sanitari del territorio.

Per molto tempo la molestia e il disturbo sono stati considerati eventi minori; l'evoluzione della società e pertanto delle relazioni umane ha progressivamente portato ad attribuire importanza a fenomeni come questi nella legislazione ed anche sotto un punto di vista psicopatologico tanto che nel DSM-V è riportata una sezione speciale che si occupa degli abusi. Pertanto le nozioni di molestia e disturbo si riferiscono ora non più alla società in genere ma all'individuo, al soggetto fisico ed è proprio per questo che è necessario che gli Operatori e i Professionisti che si occupano di tali fenomeni agiscano con modalità immediate nonché multidisciplinari.

Bibliografia

- Biondi, M. (2014). "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5". Varese. Raffaello Cortina Editore.
- Bartolini, F. (2013). "Lo stalking e gli atti persecutori nel diritto penale e civile". Piacenza. CELT Casa Editrice La Tribuna (2013).
- Foti, C., & Iacoella, S. (2013). "Psicoterapia dei sex offenders e cura delle emozioni". SIE Editore.
- Bonino, S. (2013). "La violenza contro le donne". Rivista di Psicologia contemporanea (settembre-ottobre 2013).
- Francisco Jose de Goja y Lucientes, "Vademecum anti-stalking", CISL Napoli - Coordinamento Donne.
- Bovino, M. (2012). "Il mobbing tra scienza e giurisprudenza", Centro Studi Diritto dei Lavori.
- Ufficio Consigliere Pari Opportunità della Regione Emilia-Romagna, "Le molestie sessuali sul posto di lavoro". 2012.
- Ege, H. (2008), "The new frontiers of the psychological uneasiness in working circle: over the mobbing, the straining". Health Strategy.
- Rivista di Psicodinamica criminale, "Stalking: donne in gabbia, identità negate". Anno II, 2009.
- Ceci, C., "Lo stalking".
- Menelao, A. "Lo Stalking occupazionale". UIL.

Fattori psicologici nell'infertilità e implicazioni per la psicoterapia

Valeria De Marco

Psicologa Psicoterapeuta

Specializzata in Psicoterapia presso APC Lecce

Riassunto

Da diversi decenni, l'infertilità indesiderata viene riconosciuta come problema psicologico e considerata correlata in vari modi a problematiche psichiche. Il reale contributo di tali relazioni viene però spesso descritto in modo confuso e contraddittorio.

Dagli studi esaminati si evince che sulla sterilità possono influire vari fattori psicologici, tra cui lo stress prolungato e le pressioni sociali, i quali costituiscono tuttavia sia cause che conseguenze della sterilità stessa. Gli effetti vengono rilevati prevalentemente a carico del sistema neuroendocrino, poiché elevati livelli di cortisolo per prolungati periodi di tempo possono influire negativamente sia sullo stato di salute generale, sia sul funzionamento del sistema riproduttivo nello specifico. Rilevare l'effettivo ruolo di queste componenti e identificare le coppie a rischio può essere di grande utilità nei programmi di prevenzione e trattamento, e soprattutto come sostegno ai piani di cura e alla fecondazione assistita.

***Parole chiave:** Infertilità, Sterilità psicogena, Sterilità idiopatica, Psicoterapia, Fattori psicologici, Cause sterilità.*

Introduzione

L'incapacità a concepire è un problema che affligge oltre 50 milioni di coppie in tutto il mondo (Preidt, 2012; WHO, 1997), in percentuali che variano tra il 10 e il 15% della popolazione in età fertile. Spesso come conseguenza si riscontrano disagi psicologici, senso di inadeguatezza, problemi nella relazione. La percentuale di coppie la cui sterilità non è attribuibile a cause biologiche, detta sterilità idiopatica, è in costante riduzione: se un tempo si trattava del 50% dei casi, oggi l'affinamento delle conoscenze e delle tecniche diagnostiche ha ridotto tali percentuali a una media del 5% (Seibel e Taymor, 1982; Capitanio e Cu-

rotto, 1993) e sembra che la stima massima non superi il 18% (Edelmann e Connolly, 1986). Tra questi, è molto arduo stabilire quali siano i casi in cui si tratti di quella che viene detta "sterilità psicogena", anche considerando il fatto che questi casi sono in notevole diminuzione. Da una ricerca recente (Kearney, 2012) sembra che circa l'80% delle coppie che ha ricevuto diagnosi di sterilità idiopatica o inspiegata, riesca a rintracciare una causa organica e ottenere le cure appropriate.

L'espressione "sterilità psicogena" è tuttavia piuttosto azzardata. È noto infatti che la fertilità sia maschile sia femminile è determinata da uno stato di buona salute psicofisica e che non esiste un elemento psichico in grado di determinare da solo l'incapacità a concepire. Inoltre, qualora vi siano effettivamente cause psicologiche dell'infertilità, queste vengono solitamente scoperte o confermate solo a posteriori. Si può invece parlare di fattori psichici che possono influire, in misura più o meno rilevante, sulla fertilità.

Sembra che piuttosto facilmente, nell'ambiente medico, si attribuisca la sterilità a cause psicologiche, solitamente limitandosi a escludere le più frequenti problematiche organiche e senza verificare se effettivamente sussistano nella coppia disturbi mentali o, più in generale, problemi emozionali o coniugali. Tale diagnosi affrettata può risultare indubbiamente iatrogena, in quanto aumenta nella coppia l'ansia, il senso di colpa, l'attribuzione della propria incapacità a concepire a una qualche azione o pensiero "sbagliati". Spesso, specialmente nelle donne, si sviluppa la convinzione che il fattore psichico si traduca nella credenza "più ci pensi e più non arriva", creando l'effetto paradossale di trasformare un legittimo desiderio in un pensiero ossessivo da combattere, per il quale la persona si sente in colpa.

Scopo del presente lavoro è indagare, tramite un'analisi della letteratura, l'effettivo ruolo che svolge la psiche nel processo di fecondazione umana, ed in particolare se e in che modo influenzi la fertilità. Verranno anche trattate ulteriori questioni sulle relazioni tra fattori psicologici e sterilità.

Sterilità e infertilità: chiarimenti terminologici

Viene definita "sterilità" l'incapacità biologica da parte di un uomo o di una donna di contribuire al concepimento. Per infertilità invece si intende l'incapacità di portare a termine una gravidanza in una donna in grado di concepire (Cardone *et al.*, 2005). I due termini, tuttavia, vengono spesso utilizzati come sinonimi, anche in ambito formale (autorità sanitarie, etc); a questo probabilmente contribuisce il fatto che in lingua inglese esiste esclusivamente il termine *infertility*. Secondo l'*International Council on Infertility Information Dissemination* (INCIID, Consiglio Internazionale per la Diffusione di Informazioni sull'Infertilità) una coppia viene considerata infertile quando non è avvenuto concepimento dopo un anno di rapporti liberi non protetti (due anni secondo l'OMS); il tempo scende a 6 mesi se la donna ha più di 35 anni. La sterilità viene definita primaria se una coppia, dopo uno/due anni di rapporti regolari e non protetti, non ha mai concepito. Si parla invece di sterilità secondaria quando la coppia, pur avendo già uno o più figli, non riesce a concepire di nuovo.

Per quanto riguarda le cause, la sterilità non sembra avere molti segreti: nella gran parte casi (anche oltre il 90%) si riesce a rintracciare un'origine biologica (Froggio, 2000).

Nei maschi le cause più comuni riguardano l'incapacità o la diminuita capacità di produrre spermatozoi in grado di fecondare, l'impossibilità di portare all'esterno il seme prodotto, il varicocele, gli esiti di malattie infettive, le alterazioni ormonali, la formazione di anticorpi antispermatici e i traumi chirurgici (Tab. 1). Per quanto riguarda la donna si possono individuare tre cause principali: l'occlusione tubarica, l'endometriosi e alterazioni ormonali (Tab. 2).

Tab. 1: POSSIBILI CAUSE DI INFERTILITÀ MASCHILE

<i>Cause pretesticolari</i>	Problemi endocrini (es. diabete mellito) Disordini ipotalamici (es. Sindrome di Kallmann) Iperprolattinemia Ipopituitarismo Ipogonadismo Criptorchidismo Cause psicologiche Intossicazioni da droghe, alcool, farmaci (antidepressivi SSRI, neurolettici...) Avitaminosi Irradiazione con raggi X o gamma Fonti di calore che elevano la temperatura testicolare in modo costante e continuativo
<i>Cause testicolari</i>	Cause genetiche (es. Sindrome di Klinefelter) Neoplasie (seminoma) Insuccesso idiopatico Varicocele Traumi Idrocele Esiti di Parotite epidemica
<i>Cause osttesticolari</i>	Ostruzione del dotto deferente Infezioni (es. prostatite) Eiaculazione retrograda Ipospadi Impotenzia coeundi

Fonte: Istituto Superiore di Sanità. *Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita*. <http://www.iss.it/rpma/glos/cont.php?id=109&lang=1&tipo=17>

Tab. 2: **POSSIBILI CAUSE DI INFERTILITÀ FEMMINILE**

<i>Cause generali</i>	Diabete mellito, Disturbi della tiroide Malattie alle ghiandole surrenali Rilevanti malattie epatiche o renali Cause psicologiche
<i>Cause tubariche/ peritoneali</i>	Endometriosi Aderenze pelviche Infiammazione pelvica (spesso dovuta a clamidia) Occlusione tubarica
<i>Cause ipotalamiche-pituitarie</i>	Sindrome di Kallmann Disfunzioni dell'ipotalamo Iperprolattinemia Ipopituitarismo
<i>Cause ovariche</i>	Sindrome dell'ovaio policistico Anovulazione Ridotta disponibilità ovarica Disfunzione del corpo luteo Menopausa Disgenesia gonadale (Sindrome di Turner) Tumore ovarico
<i>Cause uterine</i>	Malformazioni dell'utero Fibrosi uterina (leiomioma) Sindrome di Asherman
<i>Cause cervicali</i>	Stenosi cervicale Anticorpi antispermatici
<i>Cause vaginali</i>	Vaginismo Ostruzione

Fonte: Istituto Superiore di Sanità. *Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita*. <http://www.iss.it/rpma/glos/cont.php?id=109&lang=1&tipo=17>

E' interessante notare come questo prospetto dell'Istituto Superiore di Sanità contempli, sia

nell'eziologia maschile sia femminile, le non meglio specificate "cause psicologiche", senza tuttavia chiarire ulteriormente quale sia la loro natura e in che modo possano condizionare la fertilità.

In circa il 10% di casi si parla di sterilità mista, ovvero quando può dipendere da entrambi i partner per cause immunologiche (incompatibilità a livello fisiologico).

Quando invece le motivazioni non sono note, si parla di sterilità idiopatica o inspiegata, spesso detta (talvolta inappropriatamente) psicogena.

Causa o effetto?

La comunità scientifica riconosce, ormai abbastanza unanimemente, il considerevole impatto delle difficoltà psicologiche che accompagnano la condizione di infertilità, riconosciuta come una "crisi di vita" (Menning, 1975) che coinvolge, su diversi piani esistenziali, sia l'individuo sia la coppia, dando luogo a vissuti di frustrazione, stress, senso di inadeguatezza e perdita.

Da un'analisi della letteratura, tuttavia, si evince che siamo ancora lontani da un consenso unanime nel determinare quale sia effettivamente il contributo che i fattori psicologici possono apportare all'infertilità, per ciò che riguarda l'eziologia, le conseguenze e l'eventuale risoluzione. Alcuni autori sostengono l'ipotesi secondo cui disturbi emozionali cronici e problemi psicosociali giocano un ruolo fondamentale nel determinare l'infertilità in almeno la metà dei casi; altri ipotizzano che la stessa esperienza dell'infertilità, associata alle lunghe indagini diagnostiche e all'intrusività dei trattamenti, possa provocare un forte disagio psicosociale e sessuale e contribuire al mantenimento, se non al peggioramento, dell'infertilità; altri ancora ritengono che non si possa operare una netta separazione tra cause ed effetti, tra fattori somatici e psichici, in quanto essi interagiscono tra loro in un complicato intreccio di variabili (Wright *et al.*, 1989; Scatoletti, 1996).

Il problema degli aspetti psicologici dell'infertilità pone quindi alla clinica e alla ricerca una vasta serie di domande alle quali si è tentato di rispondere fin dagli anni '30, ma soltanto negli ultimi decenni sono stati messi a fuoco precisi ambiti di indagine intorno ai quali organizzare ricerche

sistematiche e controllate.

I recenti studi sul rapporto tra fattori psicologici e infertilità riguardano quattro filoni di studio centrali:

1. i fattori psicologici nell'eziologia dell'infertilità;
2. le conseguenze dell'infertilità sul funzionamento psicologico;
3. lo stato psicologico delle coppie infertili in trattamento;
4. le linee guida per quanto riguarda le consulenze psicologiche e la psicoterapia.

Le prime due aree di studio si occupano di stabilire se l'infertilità possa essere provocata da una condizione psicologica preesistente o se piuttosto non sia l'e-

sperienza stessa della sterilità a produrre sofferenza psicologica. Questo per chiarire meglio i dati di molte ricerche del passato che rilevavano una maggiore frequenza di disturbi psicologici (ansia, depressione, stress, ne-

vroiosi, immaturità) nei soggetti in cura per problemi di fecondità (Pasini, 1978).

La maggior parte delle numerose ricerche effettuate in proposito hanno tuttavia mostrato importanti difetti riguardo al rigore metodologico, in quanto consideravano le coppie infertili come un gruppo omogeneo indipendentemente dalla durata dell'infertilità e dal diverso momento dell'iter diagnostico e terapeutico che i soggetti stavano attraversando (Wright *et al.*, 1989; Connolly *et al.*, 1992; Morse e Van Hall, 1987). Può essere ben diverso, infatti, lo stato d'animo di coloro che si presentano alla prima visita per un sospetto di infertilità, da quello di una coppia che ha già ottenuto il verdetto di sterilità, dopo una lunga serie di indagini estenuanti e invasive (Scatoletti, 1996). In molti studi, inoltre, vi è imprecisione nella ca-

tegorizzazione diagnostica dei soggetti, in particolare per ciò che riguarda le definizioni di infertilità funzionale, psicogena, idiopatica, inspiegata etc. La confusione diagnostica rende pertanto difficile la differenziazione e la comparazione tra i diversi gruppi da studiare.

L'infertilità viene attualmente considerata come una condizione che si modifica nel tempo e che ha una sua evoluzione psicologica in concomitanza con le varie fasi dell'iter diagnostico e terapeutico, evoluzione di cui si deve tener conto al momento della valutazione psicometrica e clinica. Dunque la distinzione tra cause ed effetti (in questo ambito sempre relativa, in quanto la coppia arriva all'attenzione dei medici e dei ricercatori

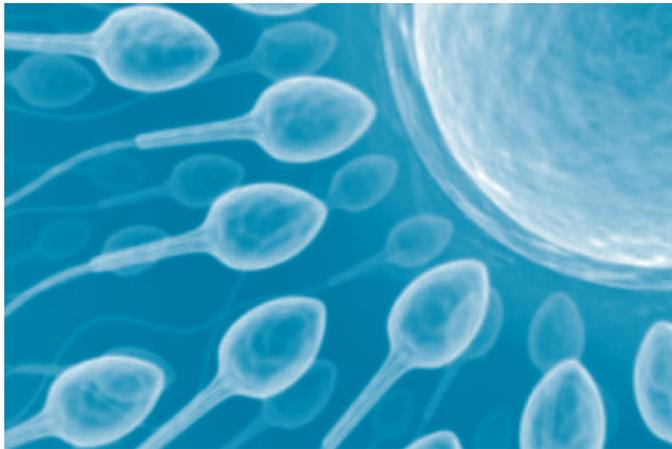
in una condizione psicologica già problematica), può avere valore scientifico soltanto con una maggiore precisione delle ipotesi e con la scelta di campioni omogenei. A tale scopo, per avere un quadro completo della situazione si dovrebbe

ricorrere a misurazioni longitudinali secondo una sequenza cronologica in cui le coppie vengano seguite dal primo approccio agli accertamenti diagnostici, attraverso le varie indagini, fino alla formulazione della diagnosi, ai conseguenti trattamenti e agli esiti.

Fattori psicologici che contribuiscono all'eziologia della sterilità

Da secoli, medici e studiosi si adoperano per comprendere le cause e cercare soluzioni al problema della sterilità indesiderata.

L'interesse per il ruolo svolto dai fattori psicologici compare intorno agli anni '60-'70: gli studi (prevalentemente di orientamento psicanalitico) dell'epoca riguardavano soprattutto il tentativo di delineare la personalità della donna infertile (es.



immatura-dipendente, mascolino-aggressiva, cronicamente tesa etc.) (Pasini, 1978).

In una analisi della letteratura che va dal 1935 al 1963, Noyes e Chapnick (1964) mostrano come una grande quantità di fattori psicologici siano stati identificati come possibili fattori di infertilità. Molti di questi studi si basavano su resoconti di casi clinici, spesso poco sistematici e vaghi, tanto che, secondo i due autori, non emerge una chiara evidenza che specifici fattori psicologici possano alterare la fertilità in coppie normali. L'incapacità a concepire era attribuita a problematiche di carattere inconscio, come conflitti psicologici che si esprimono a livello somatico, anche se Pasini (1975) ricorda che non basta considerare come "psicogene" le forme di infecondità di cui non si è trovata una causa medica precisa; occorre invece supportare l'ipotesi con comprovati fattori eziopatogenetici specifici.

In tempi più recenti, studi maggiormente rigorosi hanno tentato di stabilire se le coppie infertili differiscono dalle coppie fertili e se le coppie con infertilità organica differiscono da quelle con infertilità inspiegata o funzionale, in relazione ad una varietà di caratteristiche psicologiche.

In un confronto tra donne con infertilità "psicogena" e donne con infertilità meccanica che erano state sottoposte ad un intervento correttivo alle tube (Kipper *et al.* 1977), le pazienti psicogene non mostravano segni di maggiore nevrosi (*Neuroticism Scale*) rispetto al gruppo di controllo, mentre manifestavano notevoli difficoltà rispetto ad alcune dimensioni del ruolo femminile, quali l'accettazione e l'identificazione col ruolo femminile e con la maternità. Slade (1981) non ha appurato, in donne con infertilità inspiegata, maggiori difficoltà per ciò che riguarda il ruolo sociale femminile, mentre ha riscontrato un minor adattamento sessuale, con sensi di colpa e abitudini sessuali restrittive. L'autore, comunque, mette in guardia rispetto alla possibilità che tali risultati possano essere l'effetto di una sessualità finalizzata esclusivamente al tentativo di procreare.

Un importante filone di studi si è focalizzato sulle conseguenze dei fattori psichici sulla fisiologia della procreazione, con particolare attenzione al sistema endocrino. Nonostante le conoscenze

sui meccanismi psicofisiologici coinvolti nelle funzioni gonadiche non siano ancora sufficientemente approfondite, l'ipotesi che gli stress emozionali possano influenzare l'ovulazione e la spermatogenesi è supportata da osservazioni condotte sia in campo animale che umano (Pasini, 1978). La maggior parte dei dati raccolti dalle ricerche endocrinologiche propende per l'esistenza di un effetto soppressivo operato dallo stress sulla funzione gonadica, che dà luogo a determinati squilibri. Per esempio, ad endocrinologi e ginecologi è nota l'esistenza di una condizione patologica, l'amenorrea a genesi ipotalamica, per la quale viene spesso utilizzato il termine di "amenorrea da stress". Inoltre, sembra che un'iperattivazione del sistema catecolaminergico e ipofiso-surrenale, prodotta dallo stress, possa influenzare l'ovulazione, il trasporto dell'ovulo e il suo impianto, nella donna, e nell'uomo indurre una diminuzione delle gonadotropine responsabili della spermatogenesi (Domar & Seibel, 1990; Seibel e Taymor, 1982; Frasoldati *et al.*, 1992; Levine *et al.*, 1989; Pancheri, 1980).

Chrousos (2007) ha introdotto recentemente un modello teorico di *stress syndrome*: ha osservato che stress e ansia possono avere non solo una generale influenza negativa sulla fecondità, ma anche sugli aborti, sugli esiti della fecondazione assistita e sulla depressione post-partum. Lo studioso ipotizza che lo stress contribuisca all'infertilità agendo a diversi livelli: ovulazione, impianto embrionale, insufficienza placentare (Symonds, 2007). Tale teoria è provata dai risultati di studi prospettici che mostrano l'associazione tra stress e infertilità (Hjollund, 2000; Sugiura-Ogasawara, 2002; Nepomnaschy, 2004). Anche secondo Burton (2007), elevati livelli circolanti di ormoni dello stress (cortisolo), possono interferire con l'ovulazione e ridurre la durata della fase luteinica: l'ipoprogesteronemia nella fase luteinica post-concepimento riduce le possibilità di riuscita dell'impianto. Di conseguenza, elevati livelli di ormoni dello stress nel periodo precedente il concepimento e/o nei primi giorni di gravidanza possono impedire l'impianto dell'embrione o il mantenimento della gravidanza stessa per meccanismi deficitari nella fase luteinica (Burton, 2007).

È stato rilevato come anche nella fertilità maschile si possa avere un ruolo dello stress psicosomatico: eventi traumatici, ma anche fattori di stress non drammatici ma prolungati nel tempo e significativi per il soggetto, possono ridurre i livelli di testosterone e influire negativamente sulla spermatogenesi (Hall, 2012; Lenzi et al., 2003).

Infine, esaminiamo la relazione tra disturbi psichici e concepimento. Per quanto riguarda le donne, tra i disturbi che maggiormente contribuiscono ad una sterilità non voluta vi sono i disturbi del comportamento alimentare, i quali provocano alterazioni dell'ovulazione, del ciclo mestruale e spesso amenorrea (Schweiger et al., 2012). I disturbi sessuali, come ad esempio il vaginismo e dispareunia (per la popolazione femminile), le disfunzioni erettile e i disturbi dell'eiaculazione (per quella maschile), la diminuzione del desiderio sessuale (per entrambi), impediscono in modo diretto il completamento del rapporto sessuale, costituendo una ulteriore fonte di stress per la coppia (Furukawa et al., 2012; Lenzi et al., 2003; Lotti et al., 2012). Si calcola che la percentuale dei problemi di infertilità causati proprio da tali patologie psicosessuali si aggiri intorno al 10%; difficoltà probabilmente sottovalutate dalla coppia fino al momento in cui compare il desiderio di avere un figlio (Baldaro Verde, Nappi, 2004).

Un'ulteriore causa di sterilità proviene dalle cure farmacologiche per i disturbi psichiatrici. Uno studio portoghese (Cavarvalho, Góis, 2011) sottolinea come l'iperprolattinemia sia un effetto indesiderato molto comune, ma spesso ignorato, di farmaci antipsicotici e di alcuni antipsicotici atipici. Esso ricorre in quasi il 42% degli uomini e il 72% delle donne in trattamento per schizofrenia con i suddetti farmaci, anche se ciò ha suscitato un interesse molto modesto nella comunità scientifica, maggiormente preoccupata per gli effetti extra-piramidali. I sintomi clinici da iperprolattinemia comprendono ginecomastia, galattorrea, irregolarità mestruali, infertilità, disfunzioni sessuali, acne e irsutismo.

Gli effetti dell'infertilità sul funzionamento psicologico

La problematica dell'infertilità e, dunque, della

mancata capacità di riprodursi è stata da sempre vissuta come disgrazia presso quasi tutti i popoli. Nella Bibbia era considerata una punizione divina e le donne che non potevano avere figli permettevano che la loro schiava giacesse col marito per poterne avere (Rachele a Giacobbe: "Dammi dei figli, se no io muoio!" – *Genesi*, 30, 1-3).

Gli studi sugli effetti della diagnosi di sterilità conducono a risultati piuttosto univoci e coerenti, in termini di ansia, stress psicosociale, frustrazione, disadattamento coniugale. Alcune variazioni percentuali sono dovute a motivazioni di tipo socio-culturale: la sterilità è infatti considerata, come vedremo, una condizione di gravità variabile a seconda delle popolazioni e delle tradizioni. Le conseguenze ottenute si possono così riassumere:

- effetti emotivi: shock, depressione, senso di lutto, rabbia e senso di colpa;
- effetti sulla identità personale: senso di disistima, dubbi sull'identità di sé e su quella coniugale, perdita di significato dell'intera esistenza;
- effetti sulla relazione coniugale: ostilità, paura dell'abbandono, isolamento dal partner, ma talvolta anche sostegno reciproco e avvicinamento;
- effetti sulla vita sociale: senso di non accettazione, isolamento dalle amicizie o dalla famiglia di origine.

Gran parte delle coppie in tale condizione avverte il bisogno di un supporto psicologico: infatti il 97% di coloro che si rivolgono a un centro per il trattamento della sterilità afferma che il sostegno psicologico è necessario, mentre il 50% richiede un'assistenza psicologica o psicoterapeutica in prima persona (Daniluk, 1988).

Già nel 1975 Menning descrisse una serie di reazioni che vanno dalla sorpresa e shock iniziali, al rifiuto, alla collera, all'angoscia, ai successivi sensi di colpa, di dolore e di perdita.

L'infertilità può essere vissuta come un trauma narcisistico, accompagnato da compiti evolutivi quali l'accettazione del problema, il far fronte alle pressioni sociali, il lavoro di lutto rispetto alla perdita dell'ideale di sé e della propria immagine corporea, il riflettere sull'importanza della geni-

torialità e sulla propria motivazione ad avere un figlio, la decisione se affrontare il lungo iter diagnostico-terapeutico (Pasini, 1978).

A livello di coppia la “crisi di infertilità” può inficiare le sfere della comunicazione, dell’attività sessuale e dei progetti futuri e dare luogo a una condizione di conflitto e di isolamento sociale. Qualunque fosse la condizione emotiva e relazionale prima dell’emergere di un problema di infertilità, il suo insorgere può esacerbare o attivare ex-novo conflitti individuali e di coppia.

In tali casi, tutta la sfera della sessualità viene infatti finalizzata alla fecondazione. L’elemento romantico perde di importanza; si “devono” avere rapporti nei giorni stabiliti, anche se ammalati, stanchi o arrabbiati (Flamini, Mulinelli, 2001).

Numerosi studi successivi hanno rivelato la presenza di disturbi psichiatrici in coppie o donne che richiedono un consulto presso cliniche che si occupano di fecondazione assistita. Molti di questi studi sono stati effettuati presso università o istituti di stati orientali, quali Iran, Pakistan, Taiwan (Chen *et al.*, 2004; Noorbala *et al.*, 2009; Wahid e Shahid, 2004).

Una ricerca di un centro per l’infertilità di Tabriz (Iran) del 2008 (Farzadi e Ghasemzadeh) ha indagato la presenza di sintomi depressivi in donne infertili, incrociando poi i risultati con un questionario che valuta gli effetti della pressione familiare e delle cognizioni irrazionali sull’infertilità dei parenti. I risultati sono molto significativi. Su 193 donne infertili il 72% mostrava tratti depressivi e nello stesso tempo aveva un punteggio molto elevato al questionario: le famiglie facevano loro forti pressioni riguardo al problema dell’infertilità. Le evidenze ottenute in questo ultimo studio permettono di dare una possibile spiegazione sia alla grande numerosità

di articoli di autori orientali sull’argomento, sia alle percentuali così alte di comorbilità psichiatrica riscontrate in donne infertili. Nei paesi dell’est del mondo la fertilità è vista come una componente fondamentale del matrimonio e viene attribuita principalmente alla donna, proprio per questo motivo gli studi sono svolti solo su donne (non su coppie). Allo stesso tempo le donne sono sottoposte a notevoli pressioni legate all’argomento da tutta la famiglia e dallo stesso marito (l’infertilità dovuta alla donna in alcuni Paesi può ancora essere causa di ripudio) e questo può spiegare l’alta percentuale di depressione e di ansia emersa nei risultati. Questi studi mostrano, quindi, come la componente sociale e la pressione familiare possano influire in maniera preminente sulla presenza di problematiche psichiatriche e forse anche sulla genesi dell’infertilità stessa.



Le ricerche effettuate nel contesto occidentale mostrano risultati molto simili, con alcune variazioni percentuali (Karjane *et al.*, 2008; Volgsten *et al.*, 2008).

In un recente studio italiano (Fassino *et al.*, 2002), gli autori hanno cercato di ovviare alla difficoltà di definire se le problematiche psichiatriche scaturissero dalla diagnosi di infertilità; il campione di studio è formato quindi da un gruppo di donne fertili (controllo), e due gruppi di donne

infertili non a conoscenza della loro diagnosi (un gruppo con diagnosi di infertilità organica e un gruppo con diagnosi funzionale). Sono state misurate la depressione, l'ansia e la rabbia espressa. I risultati mostrano punteggi di ansia e depressione più alti nei due gruppi di donne infertili rispetto al gruppo di controllo. Un'altra ricerca condotta in Italia nel 2008 (Sbaragli *et al.*) ha studiato la percentuale di donne infertili che presentavano un disturbo psichiatrico nel momento in cui si rivolgevano ad una clinica per la fertilità: è emerso che circa il 16% delle coppie infertili presentavano disturbi dell'umore e d'ansia a differenza del 2% del gruppo di controllo.

In conseguenza del ridotto numero di ricerche riguardanti gli uomini infertili, recenti ricerche hanno valutato proprio la componente maschile delle coppie con difficoltà a procreare, con risultati sostanzialmente concordi. Una metanalisi del 2012 (Fisher, Hammarberg) ha identificato 73 studi che riportano dati inerenti il desiderio di paternità e gli aspetti psicologici e sociali della diagnosi, dei trattamenti con tecnologie di fecondazione assistita e dei trattamenti falliti in uomini con problemi di infertilità.

Nonostante tali studi fossero differenti per concettualizzazione, disegno, setting e raccolta dati, le conclusioni a cui giungono sono sufficientemente coerenti: uomini fertili e infertili in età riproduttiva desiderano esperire la genitorialità in misura molto simile alle controparti femminili; la consapevolezza della diagnosi e l'intraprendere un trattamento sono spesso associati con elevati livelli di ansia "fertilità-specifica", mentre i trattamenti falliti possono portare a stati depressivi prolungati. Tuttavia, l'incidenza di disturbi mentali clinicamente significativi in questi soggetti non risulta essere maggiore rispetto alla popolazione generale. Sembra piuttosto che gli uomini infertili socialmente isolati, o che hanno uno stile di coping evitante, o che hanno la percezione di essere sopraffatti dagli eventi stressanti siano più vulnerabili a forme severe di ansia rispetto a uomini senza queste caratteristiche (Fisher, Hammarberg, 2012).

Una ricerca già citata di Hall e Burt (2012) sottolinea come la valutazione e i trattamenti per

l'infertilità negli uomini costituiscano essi stessi un evento stressante severo e cronico (Schmidt, Sejbæk, 2012), il quale influenza negativamente la qualità dello sperma. Un ulteriore studio effettuato su uomini ribadisce il carattere stressante di diagnosi e trattamento dell'infertilità, riscontrando come ulteriore conseguenze il peggioramento della vita sessuale: disfunzioni erettili, disturbi eiaculatori, calo della libido e ridotta frequenza dei rapporti sessuali (Lenzi *et al.*, 2003).

I risultati evidenziano che, in ogni caso, all'interno delle coppie infertili le donne subiscono un impatto psicologico maggiore rispetto ai partner maschili. È stato condotto uno studio comparativo di genere in Tunisia (El Kissi *et al.*, 2013), in cui sono state esaminate 100 coppie con infertilità primaria. Le dimensioni valutate sono state depressione, ansia, autostima e psicopatologia generale: le donne hanno riportato punteggi più elevati rispetto ai loro compagni in tutte le scale. Si può notare che anche questa ricerca è stata condotta presso una cultura orientale, per cui non è chiaro quanto influiscano sulle differenze di genere fattori come le tradizioni e la condizione femminile in determinati contesti.

Alla luce di quanto considerato, si può evincere che lo stress emozionale che consegue ad una diagnosi di infertilità può a sua volta avere un effetto sulle funzioni biologiche, particolarmente sull'equilibrio endocrino e sulle funzioni sessuali, tale da creare un circolo vizioso. Per questo diventa importante da parte dei ricercatori lo studio sistematico delle reazioni all'infertilità e l'esame dei fattori implicati, tra cui l'impatto delle procedure diagnostiche e terapeutiche (Bresnick, 1981).

I correlati emotivi nelle coppie in trattamento con fecondazione assistita

Negli ultimi trent'anni si sono sviluppate e sono andate sempre più affinandosi le tecniche di fecondazione assistita, che permettono di aggirare l'ostacolo della mancata fertilità, allorché i consueti trattamenti medici non si siano rivelati utili a ottenere un concepimento. I principali mezzi terapeutici oggi disponibili, e in continuo perfezionamento, sono costituiti da: 1) inseminazione artificiale omologa ed eterologa; 2) GIFT o Gamete

Intrafallopian Transfert; 3) Fertilizzazione in Vitro/Embryo Transfert o FIVET (Bompiani, 2006). Ognuna di queste tecniche comporta specifiche problematiche psicologiche, in relazione alla peculiarità ed inusualità del trattamento, al tipo di procedure da utilizzare, ai tempi del trattamento, al coinvolgimento di terze persone in una sfera tanto intima (medici, donatore), alle probabilità di successo, che a volte sono esigue (nella FIVET

te legato alla minaccia di fallimento (De Klerk *et al.*, 2008; Verhaak *et al.*, 2007; Castellani *et al.*, 2011).

Uno studio ha tuttavia evidenziato come dopo 20 anni dalla sospensione di un trattamento con insuccesso, le coppie mostrino effetti negativi a livello personale, interpersonale e sociale (separazione in metà delle coppie indagate e difficoltà nella vita sessuale) (Wirtberg, 2007).



non oltre il 15%), e quindi alla prospettiva di un eventuale fallimento (Scatoletti, 1996).

Tra i recenti studi circa i vissuti psicologici nelle procedure di procreazione medicalmente assistita, troviamo quelli che riguardano l'adattamento emotivo al trattamento, a breve e a lungo termine. In generale, è stato rilevato che la maggior parte delle coppie infertili mostrano un buon adattamento emotivo all'insuccesso del trattamento di fertilizzazione in vitro (IVF) (Hammarberg *et al.*, 2001; Bonanno e Kaltman, 2001), anche se un gruppo considerevole di donne mostra sintomi subclinici di ansia e depressione che vengono mantenuti anche dopo 6 mesi se associati a determinate caratteristiche di personalità, ad un particolare significato che si dà all'infertilità e all'assenza di sostegno sociale (Verhaak *et al.*, 2005). Quando invece l'IVF ha successo, le emozioni negative scompaiono: ciò lascia supporre che lo stress indotto dal trattamento sia fortemen-

Altri studi mostrano come non ci siano evidenze sperimentali che dimostrino chiaramente che bassi livelli di stress abbiano come effetto un migliore risultato nel trattamento per la fertilità (Anderheim *et al.*, 2005; Campagne, 2006).

Un recente studio, tuttavia, mette in relazione eventi di vita negativi e stressanti (non legati all'infertilità) avvenuti nei 12 mesi precedenti e la probabilità di ottenere una gravidanza in seguito a tecniche di riproduzione assistita. Le due variabili sono risultate correlate, evidenziando che le donne che non hanno avuto una gravidanza in seguito a IVF presentavano un maggior numero di eventi di vita negativi e stressanti rispetto alle donne che hanno riportato un successo in seguito a IVF (Ebbesen *et al.*, 2009).

Consulenza e psicoterapia

Alla luce di quanto appreso dagli studi circa le implicazioni psicologiche dell'infertilità, divie-

ne chiaro come la componente medica e quella psicologica non possano essere separate, per ciò che riguarda sia la diagnosi sia il trattamento. In tal senso molti clinici e ricercatori sollecitano ad un approccio olistico all'infertilità, in cui la consulenza psicologica rappresenti parte integrante dei programmi diagnostico-terapeutici; le stesse donne negli ultimi anni tendono a richiedere un trattamento integrato (Psaros *et al.*, 2012). Tra gli obiettivi delle consulenze, un ruolo primario dovrebbe essere occupato da un accurato esame della situazione psicologica e relazionale (condotto sia sulla coppia che sui singoli), al fine di valutare la presenza di eventuali componenti psicogene e di formulare una eventuale diagnosi (Pasini, 1978). In secondo luogo, un importante obiettivo della consulenza dovrebbe essere quello di minimizzare l'impatto degli eventi medici e fisici che la coppia deve affrontare, tramite una costante informazione e presa di coscienza sugli esami specialistici da fare, sulle loro finalità, nonché una serena valutazione dei risultati e dei conseguenti trattamenti. Ciò per ridurre i sentimenti di ansia, di solitudine e di perdita di controllo sulla situazione esperita dai pazienti. L'informazione-educazione circa gli aspetti medici può fornire una base per la comunicazione e il coinvolgimento di entrambi i partner. Una volta avviata la comunicazione, si possono esplorare gli aspetti emozionali più profondi, stimolandoli a confrontarsi sul desiderio di avere un figlio e sul significato della frustrazione di questo desiderio (Bresnick, 1981). L'accoglimento e il riconoscimento di sentimenti quali tristezza, rabbia, colpa, dà un senso alla sofferenza e restituisce al paziente il senso della sua integrità, minacciata dalla condizione di infertilità.

Un altro obiettivo della consulenza è quello di identificare le situazioni a rischio, selezionando per ogni singola coppia l'intervento più appropriato. Mentre per alcuni casi è sufficiente un semplice intervento supportivo, per altri può rivelarsi opportuno un trattamento psicologico più specifico (Scatoletti, 1996).

Inoltre, la consulenza può fornire un prezioso aiuto nell'affrontare i trattamenti di fecondazione assistita e il loro eventuale fallimento. In particolare il verificarsi di ripetuti fallimenti induce la

coppia a confrontarsi in modo realistico con l'impossibilità di avere figli biologici e in tal caso il supporto psicologico può facilitare l'elaborazione del lutto e la reinterpretazione della situazione, che può sfociare nell'adozione o nel prefigurarsi e progettare una vita senza figli (Dennerstein e Morse, 1988; Hynes *et al.*, 1992).

Per quanto riguarda le terapie proposte, è stata sviluppata una grande varietà di interventi psicologici specifici per donne infertili, tra cui l'approccio del counseling tradizionale, la terapia di coppia, la terapia sessuale, la preparazione dei pazienti ai trattamenti medici, i training al rilassamento e gli interventi cognitivo comportamentali di gruppo (Boivin, 2003). Una metanalisi del 2009 ha valutato l'efficacia delle psicoterapie sulle coppie infertili; sebbene molti studi presentassero lacune dal punto di vista metodologico, sembra che, in linea generale, gli interventi psicologici aumentino le probabilità di ottenere una gravidanza, in particolare nelle coppie che non si sottopongono a trattamenti medici (Hämmerli *et al.*, 2009). In generale, gli approcci cognitivo-comportamentali e il training alla costruzione di abilità producono i risultati più efficaci in termini di riduzione delle emozioni negative e del distress legato all'infertilità (Cousineau, Domar, 2010).

Un noto programma *evidence-based* adotta una formula di gruppo di gestione mente-corpo dello stress. Tale programma propone alle donne infertili dei compiti di rilassamento, supporto sociale tra membri del gruppo, acquisizione di abilità cognitive e apprendimento di capacità comunicative efficaci. Attraverso diversi studi, Domar e colleghi (Cousineau, Domar, 2010; Domar *et al.*, 2000; Domar e Seibel, 1990) hanno mostrato gli effetti positivi di tale intervento, non solo sulla diminuzione dello stress e l'aumento delle strategie di coping, ma anche sulla fertilità. In uno studio randomizzato controllato, infatti, le pazienti che seguivano il programma terapeutico integrato hanno avuto un tasso di nascite del 55% rispetto al 20% del gruppo di controllo (Domar *et al.*, 2000b). In altre ricerche questo *gap* è ancora maggiore: il 47% delle coppie in trattamento contro il 7% del gruppo di controllo (Ramezanzadeh *et al.*, 2011). Pertanto, è auspicabile che gli interventi

di counseling accrescano le abilità e le strategie di coping per gestire il distress causato dal trattamento.

Tuttavia, siamo di fronte ad un paradosso: se da un lato le evidenze empiriche continuano a confermare che gli interventi psicologici per le donne infertili hanno effetti positivi nella pratica, la maggior parte dei programmi di sostegno si focalizza su gli aspetti medici e tecnici dei trattamenti. Inoltre, la maggior parte delle pazienti non richiede un percorso di counseling. Questo può essere in parte dovuto al modello adottato in molti stati, il quale non tiene ad un approccio olistico alla cura del soggetto, o comunque non comprende abitualmente l'integrazione dei servizi di salute mentale nelle pratiche mediche specialistiche. I pazienti stessi possono avere svariate credenze, le quali influenzano la decisione di intraprendere o meno un supporto psicologico: alcune coppie infertili iniziano i trattamenti con un forte ottimismo iniziale e l'aspettativa che la medicina risolverà il loro problema, mentre altre possono evitare il sostegno a causa dello stigma sociale legato alla diagnosi di infertilità, o della vergogna nel richiedere un aiuto ai servizi di salute mentale, o entrambe le cose (Boivin *et al.*, 1999).

I clinici della fertilità hanno dunque una grande opportunità, quella di incorporare nei programmi di counseling specifici per l'infertilità e la gestione dello stress. Come i pazienti si rivolgono ai medici per un consiglio, i medici possono facilitare una introduzione alle misure di sostegno che possano occuparsi del carico emotivo dei pazienti stessi, agevolare l'adattamento psicosociale a trattamenti anche spiacevoli, ed aiutare le donne a proseguire le cure sperando in una gravidanza (Cousineau, Domar, 2010).

Conclusioni

Dall'esame della recente letteratura, emergono notevoli progressi fatti sia dal punto di vista metodologico sia a livello di coerenza nei risultati per ciò che riguarda la relazione tra fattori psicologici e concepimento. Restano tuttavia molti interrogativi aperti, e permangono difficoltà primarie di metodo nel comprendere il confine tra cause ed effetti, date le caratteristiche intrinseche del tema

studiato.

Per quanto riguarda le cause, dalle ricerche più recenti non emerge una reale influenza delle caratteristiche di personalità della coppia sul livello di fertilità. E' pur vero, tuttavia, che le componenti psicologiche svolgono un certo ruolo nell'alterare o favorire la fertilità, e che non si tratta semplicemente di insufficiente capacità di diagnosi medica: Wischmann (2001), ad esempio, sostiene che l'infertilità psicogena sia uno stereotipo, un mito che le più moderne tecniche diagnostiche stanno scardinando. Al contrario, abbiamo potuto constatare che fattori fortemente stressanti possono influire sia sul sistema endocrino che su quello immunitario, provocando un'alterazione delle capacità riproduttive.

Gli effetti che conseguono la diagnosi di infertilità sono noti alla ricerca scientifica, anche se manca ancora una netta distinzione dalle cause. E' emerso dagli studi che uomini e donne sterili manifestano livelli più elevati di ansia e depressione, legate in modo specifico all'argomento fertilità; tali reazioni sono amplificate dalle pressioni sociali all'interno di quelle culture in cui il riprodursi è considerato una componente irrinunciabile della vita di una coppia. Sempre legata a motivazioni culturali è il fenomeno secondo cui l'impatto psicologico dell'infertilità è maggiore sulle donne: esse manifestano infatti delle reazioni emotive più intense rispetto ai loro compagni. E' comunque plausibile, se non certo, che le conseguenze diventino esse stesse cause di stress emozionale il quale agisce negativamente sulla fertilità della coppia, contribuendo a un circolo vizioso.

Allo stesso tempo, le reazioni emotive di tipo ansioso e depressivo possono essere sia causa che conseguenza di trattamenti con fecondazione assistita non andati a buon fine: è emerso infatti che ansia e depressione specifiche insorgono in prossimità di tali cure, e permangono anche per molti anni in caso di insuccesso. Inoltre, precedenti eventi di vita fortemente stressanti e disturbi psichici ansiosi e depressivi possono influire negativamente sull'esito dei trattamenti.

Nonostante sia opinione comune che un sostegno psicologico alle coppie infertili sia utile se non indispensabile, di fatto i programmi di trat-

tamento non comprendono quasi mai un intervento relativo alla salute mentale, sebbene i risultati ottenuti finora in tale ambito siano più che promettenti. Emerge infatti l'esigenza di valutare lo stato psicologico delle coppie in cura, accogliere i vissuti di tristezza, ansia, rabbia, senso di colpa, accompagnare gli eventuali percorsi di fecondazione assistita, informando circa gli aspetti tecnici e medici, ed eventualmente indirizzare verso trattamenti psicoterapeutici individuali o di gruppo. Diversi tentativi si sono mostrati efficaci non solo a ridurre stress ed emotività negativa, ma anche a migliorare la fertilità stessa: in particolare, i programmi di orientamento cognitivo-comportamentale, sperimentati su donne, hanno come obiettivi quelli di far apprendere tecniche di rilassamento, favorire il sostegno di gruppo, migliorare le capacità di *coping* e le abilità cognitive e comunicative.

Concludendo, nonostante i recenti progressi effettuati, molti autori raccomandano un maggiore rigore nelle ricerche future in modo da poter mettere a punto gli strumenti di valutazione più idonei e trarre delle conclusioni più accurate di cui possa giovare la pratica professionale sia per ciò che riguarda la diagnosi che il trattamento. Disponendo di parametri affidabili, potrebbe essere più agevole, per esempio, individuare all'interno delle coppie infertili quelle più a rischio, così da orientare i clinici verso una prevenzione o un supporto psicologico più incisivo di quanto non si faccia usualmente (Benazon et al., 1992).

Bibliografia

- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Möller, A. (2005). *Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?* *Human Reproduction*, 20,10, 2969-2975.
- Baldaro Verde, J., & Nappi, R.E., (2004). *Diagnostica Sessuologica: la sessuologia per la riproduzione*, Aggiornamento Permanente in Ostetricia e Ginecologia, Aprile 2004, Volume 8, Pacini ed.
- Benazon N., Wright J., & Sabourin S. (1992). *Stress, sex satisfaction and marital adjustment in infertile couples*, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18, 4, 273-284.
- Boivin, J., Scanlan, L.C., & Walker, S.M., (1999). *Why are infertile patients not using psychosocial counselling?* *Hum Reprod*;14:1384-91.
- Boivin J. (2003). *A review of psychosocial interventions in fertility*, *Soc Sci Med.*; 57:2325-2341.
- Bompiani, A. (2006). *Le tecniche di fecondazione assistita: una rassegna critica*, Vita e pensiero, Milano.
- Bonanno, G.A., & Kaltman, S. (2001). *The varieties of grief experience*, *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bresnick E. (1981). *A holistic approach to the treatment of the crisis of infertility*, *Journal of Marital and Family Therapy*, April, 181-188.
- Burton, G.J., Jauniaux, E., & Charnock-Jones, D.S. (2007). *Human early placental development: potential roles of the endometrial glands*, *Placenta*; 28:S64-69.
- Campagne, D.M. (2006). *Should fertilization treatment start with reducing stress?* in *Human Reproduction*, 21, 7, 1651-1658.
- Capitanio, G.L., & Cerotto, R., (1993). *Diagnosi di sterilità e l'impatto sulla sessualità della coppia*, in Atti del XIII Congresso della Società Italiana di Sessuologia Clinica, Modena, 1993, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Cardone, A., Balbi, C., & Colacurci, N., (2005). *Manuale di ostetricia e ginecologia*, Piccin-Nuova Libreria, Torino.
- Carvalho, M.M., & Góis, C. (2011). *Hyperprolactinemia in mentally ill patients*, in *Acta Med Port.*, Nov-Dec;24(6):1005-12.
- Castellani, F., Agresti, G., Blandamura, E., Di Benedetto, C., Genovese, C., Sera, M., Soprani, R., Tarantino, F., Venanzi, V., & Vita, L. (2011). *Aspetti psicologici nell'infertilità: una analisi della letteratura*, *Associazione di Terapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva. QUADERNI di Psicoterapia Cognitiva n°28, Dicembre*.
- Chen, T., Chang, S., Tsai, C., & Juang, K. (2004). *Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic*, *Human Reproduction*, 19, 10, 2313-2318.
- Chrousos, G.P. (2007). *Neuroendocrinology of stress and female reproductive function*, *Proceedings of the 5th European Congress of Reproductive Immunology*, Berlin.
- Connolly, K.J., Edelman, R.J., Cooke, I.D., & Robson, J. (1992). *The impact of infertility on psychological functioning*, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 5, 459-468.
- Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2010). *The Benefit of Psychological Interventions for Female Infertility*

- Patients*, in *Infertility and Assisted Reproduction*, March.
- Daniluk, J.C. (1988). *Infertility: intrapersonal and interpersonal impact*, *Fertility and Sterility*, 49: 982-990.
- Dennerstein, L., & Morse, C. (1988). *A review of psychological and social aspects of in vitro fertilisation*, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 159-170.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000a). *The impact of group psychological interventions on distress in infertile women*, in *Health Psychology*, Vol 19(6), Nov, 568-575.
- Domar, A.D., & Seibel, M. (1990). *The emotional aspects of infertility*, in M. Seibel (Ed.) *Infertility: a comprehensive text*, Norwalk: Appleton-Lange.
- Domar, A., Clapp, D., & Slawsby, E.A. et al. (2000b). *Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women*, in *Fertil Steril*; 73:805-11.
- Ebbesen, S.M.S, Zachariae, R., Mehlsen, M.Y., Thomsen, D., Hojgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T., & Ingerslev, H.J. (2009). *Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study*, in *Human Reproduction*, 24, 9, 2173-2182.
- Farzadi, L., & Ghasemzadeh, A. (2008). *Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience*, *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 47, 2, 163-167.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L., (2002). *Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study*, *Human Reproduction*, Vol. 17, N. 11, 2986-2994.
- Fisher, J.R., & Hammarberg, K. (2012). *Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research*, in *Asian J Androl.*, Jan;14(1):121-9.
- Flamini, C., & Mulinelli, P. (2001), *Curare la sterilità*, Roma, Carocci.
- Frasoldati, A., Cavaliere, E., Bigini, G., Merlo Pich, E., Carani, C., & Marrana, P. (1992). *Neuroendocrinologia, stress e comportamento sessuale*, *Rivista di Scienze Sessuologiche*, 5, 2, 95-102.
- Froggio, G. (2000), *Bambino mio sognato*. Milano, San Paolo
- Furukawa, A.P., Patton, P.E., Amato, P., Li, H., & Leclair, C.M. (2012). *Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment*, in *Fertil Steril*. 2012 Dec;98(6):1544-8.
- Garnier, P. (1883). *La sterilità humaine et l'hermaphrodisme*, Parigi: Ed. Garnier Frères.
- Hall, E., & Burt, V.K. (2012). *Male fertility: psychiatric considerations*, *Fertil Steril*. 2012 Feb; 97(2):434-9.
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). *The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate*, in *Hum Reprod Update*, May-Jun;15(3):279-95
- Hynes, G. J., Callan, V.J., & Terry, D.J. (1992). *The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping*, *British Journ of Medical Psychology*, 65, 269-278.
- Hjollund, N.H. (2000). *Spontaneous abortion and physical strain around implantation: a follow-up study of first-pregnancy planners*. *Epidemiology*; 11:18-23
- Karjane, N.W., Stovall, D.W., Berger, N.G., & Svikis, D.S. (2008). *Alcohol abuse risk factors and psychiatric disorders in pregnant women with a history of Infertility*, *Journal of Women's Health*, 17,10, 1623-1627.
- Kearney, C. (2012). *Cause Of Unexplained Infertility Discovered For 80% Of Couples*, *Women's Health / Gynecology; Men's Health*, 15 nov.
- Kipper, D.A., Zigler-Shani, Z., Serr, D.M., & Insler, V. (1977). *Psychogenic infertility, neuroticism and the feminine role: a methodological inquiry*, *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 353-358.
- Lenzi, A., Lombardo, F., Salacone, P., Gandini, L., & Jannini, E.A. (2003). *Stress, sexual dysfunctions, and male infertility*, in *Journal of Endocrinol Invest.*; 26 (3 Suppl):72-6
- Lotti, F., Corona, G., Rastrelli, G., Forti, G., Jannini, E.A., & Maggi, M. (2012). *Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility*, *J Sex Med*. 2012 Oct;9(10):2698-707.
- Mai, F.M., Munday, R.N., & Rump, E.E. (1972). *Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples*, *Psychosomatic Medicine*, 34, 5, 431-440.
- Menning, B.E. (1975). *The infertile couple: a plan for advocacy*, *Child Welfare*, 54, 1975, 454-460.
- Morse, C.A., & Van Hall, E.V. (1987). *Psychosocial aspects of infertility: a review of current concepts*, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, 1987, 157-164.
- Nepomnaschy, P.A., Welch, K., McConnell, D.S.,

- Strassman, B.I., & England, B.G. (2004). *Stress and female reproductive function: a study of daily variations in cortisol, gonadotrophins, and gonadal steroids in a rural Mayan population*, in *Am J Human Biol*; 16:523–32.
- Noorbala, A.A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., & Naghizadeh, M.M. (2009). *Psychiatric disorders among infertile and fertile women*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44,7,587- 591.
- Noyes, R.W., & Chapnick, E.M. (1964). *Literature on psychology and infertility*, *Fertility and Sterility*, 15, 5, 543-558.
- Pancheri, P. (1979). *Stress Emozioni Malattia*, EST Mondadori, Milano.
- Pasini, W., Rouge, S. & Meylan, J. (1975). *Sterilità e infertilità psicosomatiche*, in *Sessualità e ginecologia psicosomatica*, W. Pasini (Eds), Padova: Piccin.
- Pasini, W. (1978). *Cause psicologiche della sterilità e loro terapia*, *Sessuologia*, 76-83
- Preidt, R. (2012). *Nearly 50 million couples worldwide report infertility*, *Plos Medicine*, New Release, Dec 18.
- Psaros, C., Kagan, L., Auba, E., Alert, M., & Park, E.R. (2012). *A brief report of depressive symptoms and health promoting behaviors among women with infertility attending a clinical mind-body program*, in *J Psychosom Obstet Gynaecol*, Mar;33(1):32-6
- Ramezanzadeh, F., Noorbala, A.A., Abedinia, N., Forooshani, A.R., & Naghizadeh, M.M. (2011). *Psychiatric Intervention Improved Pregnancy Rates in Infertile Couples*, in *Malays J Med Sci*, Jan-Mar; 18(1): 16–24.
- Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., & Castrogiovanni, P. (2008). *Infertility and psychiatric morbidity*, in *Fertility and Sterility*, 90,6, 2107-2111.
- Scatoletti, B. (1996). *Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente*. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria* n° 28/29, giugno-dicembre, pagg. 37 - 44.
- Schmidt, L., & Sejbæk, C.S. (2012). *The psychosocial consequences of infertility and fertility treatment*, in *Ugeskr Laeger*, Oct 8;174 (41):2459-62.
- Schweiger, U., Wischmann, T., & Strowitzki, T. (2012). *Mental disorders and female infertility*, in *Nervenarzt*. Nov; 83(11):1442-7
- Seibel, M.M., & Taymor, M.L., (1982). *Emotional aspects of infertility*, *Fertility and Sterility*, 37, 2, 1982, 137-145.
- Slade, P. (1981). *Sexual attitudes and social role orientation in infertile women*, *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 3, 183-186.
- Sugiura-Ogasawara, M., Furukawa, T.A., Nakano, Y., Hori, S., Aoki, K., & Kitamura, T. (2002). *Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters*, in *Hum Reprod* 2002; 17:2580-4.
- Symonds, M.E., Stephenson, M., Gardner, D.S., & Budge, H. (2007). *Long-term effects of nutritional programming of the embryo and fetus: mechanisms and critical windows*, in *Reprod Fertil Dev* 2007;19: 53-3
- Verhaak, C.M, Smeenk, J.M.J, Evers, A.W.M., Kremer, J.A.M., Kraaijmaat, F.W., & Braat, D.D.M. (2007). *Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research*, *Human Reproduction Update* 13, 1, 27–36.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., van Minnen, A., Kremer, J.A.M., & Kraaijmaat, F.W. (2005). *A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles*, *Human Reproduction*, 20, 8, 2253 - 2260.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundström Poromaa, I. (2008). *Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment*, in *Human Reproduction*, 23, 9, 2056-2063.
- Wahid, B.S., & Shahid, R. (2004). *Psychiatric aspects of primary Infertility in females*, *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 54, 1, 37-41.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E., & Lalos, A. (2007). *Life 20 years after unsuccessful infertility treatment*, *Human Reproduction*, 22, 2, 598-604.
- Wischmann T., Stammer H., Scherg H., Gerhard I. & Verres R. (2001). *Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service"*, *Human Reproduction* 16 (8): 1753-1761.
- World Health Organization, (1997). *The global burden of reproductive health*. *Progress in Human Reproduction Research*, 1997, 42:2-3
- Wright J., Allard M., Lecours A., & Sabourin S. (1989). *Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research*, *International Journal of Fertility*, 34, 2, 126-142.

La violenza domestica: tra diritto, clinica ed intervento

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 2013, promossa dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, sono state organizzate nelle città di Brindisi e Lecce delle conferenze aperte alla cittadinanza sul tema della violenza sulle donne. L'obiettivo era di sensibilizzare e informare la popolazione su una questione, come indicato all'Unicef, di "proporzioni endemiche globali" e di proporre una riflessione multidisciplinare sulla condizione di molte donne all'interno delle relazioni intime e delle famiglie nonché sugli autori, gli uomini violenti.

Il presente articolo raccoglie i contributi proposti in queste sedi da figure professionali presenti sul territorio che si occupano di questo fenomeno, psicologi, avvocati, procuratori, questori e associazioni di volontariato.

Introduzione

La violenza domestica non è un fenomeno nuovo. Fino a poco tempo fa era un vago reato connotato nel regno della natura umana. La differenza è che oggi si definisce e si conta. L'aver delimitato con un nome preciso e secondo un'ottica di genere un fenomeno durevole nel tempo ha contribuito a definire un oggetto che era prima sfuggente e che ora acquista un significa-

to ben preciso: violazione dei diritti umani e dovere di perseguirlo come reato. È difficile comprendere se sia in aumento realmente. Vi è senz'altro un aggravamento di forme di violenza in particolare omicidio e stalking, prima meno presenti o impuniti.

L'O.M.S. ha definito la violenza contro le donne come un problema che riguarda la salute pubblica. Essa è un fenomeno che ha connotazioni sanitarie, per le conseguenze in termini di lesioni che determina, ma che è in grado di intaccare il complessivo stato di benessere psico-fisico sociale femminile e quello dei figli spesso presenti all'agire violento.

Seguendo una definizione dell'ONU del 1995, per violenza di genere s'intendono tutti quegli atti di violenza verso l'altro sesso che hanno come risultato possibile o reale un danno fisico, sessuale o psicologico, sono comprese le minacce, la coercizione o il privare della libertà in modo arbitrario, sia che avvenga nella vita pubblica o privata.

La violenza di genere: aspetti giuridico-legislativi

È ancora lunga la strada da compiere giacché per la socie-

tà del terzo millennio, la donna è ancora ritenuta una persona "fragile" sia dal punto di vista giuridico che relazionale. "Fragile" perché necessita ancora di una protezione di genere particolare poiché inquadrata in connotati di subalternità rispetto ai soggetti di sesso maschile, in contrasto con le previsioni legislative nazionali e internazionali.

Apparentemente, le donne hanno oggi pari dignità sociale e giuridica rispetto agli uomini e hanno i loro stessi diritti e doveri. Ed è una grande conquista ogni legge a tutela delle donne, ogni legge che è scaturita spesso da lotte tormentate e molte sono state le vittime che la storia ci ricorda prima di giungere ad una legge garantista di "genere". Ripercorriamo le tappe principali che nella legislazione italiana hanno portato alla legislazione in materia di reati di violenza di genere.

Risale al 1919 la legge che abilita la donna ad esercitare tutte le professioni "a pari titolo degli uomini" escluse però quelle giurisdizionali o di esercizio di diritti e potestà politiche o che attengono alla difesa militare dello Stato. Oggi le donne hanno libero accesso alla carriera giurisdizionale, politica e militare, ma in alcuni casi sono

previste tassative quote “rosa” poiché spesso sono le donne a partecipare di più ai concorsi!

Nel 1930, in epoca fascista, col Codice Rocco è previsto il reato di adulterio ma per l'uomo era prevista solo l'ipotesi di concubinato. È in quest'ottica di repressione della libertà sessuale delle donne e di intento punitivo che è concepito il delitto d'onore. Si deve aspettare il 1981 per assistere all'abrogazione dell'art. 587 c.p.; il delitto d'onore viene concepito come un “*fossile di sottocultura*”, “*un vero e proprio incentivo ad uccidere, in quanto suggerisce l'idea che attraverso l'omicidio si riconquisti l'onore perduto, che la donna possa essere trattata come un oggetto e che l'onore sia sempre e solo quello sessuale*” (interventi dei senatori Benedetti e Jervolino, seduta del Senato del 15/05/1980).

Nel 1946 viene riconosciuto alle donne il diritto al voto in ritardo rispetto agli altri Paesi europei.

Bisognerà attendere il 1975 e la Legge Riforma del Diritto di Famiglia per vedere riconosciuta alle donne la potestà genitoriale in quanto fino allora apparteneva solo all'uomo.

Un altro importante strumento è rappresentato dalla legge n°66 del 1996 che rimodula il reato di stupro come reato contro la persona abbattendo la visione dello stesso come reato contro la morale. Molto delicato rimane tuttavia il tema della violenza sessuale all'interno della coppia di coniugi. Nel 1976 la Corte di Cassazione stabilì che “*commette il delitto di violenza carnale il coniuge*

che costringa o minaccia l'altro coniuge anche non separato, a congiunzione carnale”.

La violenza non è solo sessuale, quando è principalmente psicologica, si parla di *stalking*. Per lo stato Italiano, nel 2009 anche lo *stalking* è sancito come reato e individuato nelle condotte previste e punite dall'art. 612 bis c.p. nel quale è narrato come “*atti persecutori*”. È rilevante il fatto che la condizione di coniuge separato o ex convivente o persona legata da relazione affettiva alla persona offesa comporta un aumento della pena prevista. Il delitto è punibile a querela di parte e il termine prescrizione è di sei mesi. Lo stesso decreto legge (n°38/2009) con l'art. 8 introduce l'istituto dell'Ammonimento del Questore. Si tratta di un provvedimento amministrativo, una misura di prevenzione al fine di evitare, in presenza di comportamenti già integranti un reato, la reiterazione, anche più grave, di condotte persecutorie senza far ricorso allo strumento penale, per evitare un possibile inasprimento della condotta persecutoria conseguente alla notizia del ricorso a un procedimento penale. La vittima di *stalking*, quindi, prima di depositare querela, può rivolgersi all'autorità di pubblica sicurezza e fare richiesta di ammonimento nei confronti del persecutore. Si evidenzia come il legislatore ha previsto delle conseguenze all'ammonimento: l'aumento della pena in caso di condanna per reato di *stalking* e la procedibilità d'ufficio. Ciò sta a significare che nel caso in cui il reo venga sorpreso a

perseverare nell'illecito, non sarà più necessaria la querela da parte della vittima in quanto la pubblica autorità provvederà autonomamente nella denuncia.

Infine, con la legge sul femminicidio dell'ottobre 2013 è prevista una novità: l'ammonimento già previsto per lo stalker può essere adottato anche nei casi di percosse e lesioni (consumate o tentate), commesse nell'ambito di violenza domestica, considerate “*reati sentinella*” pure in assenza di querela. Inoltre, per questi reati non sono ammesse segnalazioni anonime ma viene garantita la segretezza delle generalità del segnalante. Lo stesso decreto ridefinisce le aggravanti quando la violenza è perpetrata sulla donna davanti ai figli. La cosiddetta “*legge sul femminicidio*” dello scorso ottobre 2013 fin da subito ha suscitato polemiche perché per la prima volta viene approvata una legge penale con la conversione di un decreto legge. I più pensano che una materia legislativa così importante richiedeva una più ampia discussione in Parlamento, si prospettano, infatti, già i primi emendamenti.

Infine, sembra opportuno ricordare come nel 2012 la Commissione per i Diritti Umani dell'ONU ha presentato il primo rapporto tematico sulla violenza sulle donne, frutto di uno studio investigativo condotto in Italia nel 2012. A causa dei dati preoccupanti di crescente violenza, l'ONU ha richiamato il Governo italiano a colmare la carenza normativa e ha sollecitato la ratifica della Convenzione di Istanbul del 2011. Quest'ultima è il primo strumento interna-

zionale giuridicamente vincolante che crea un quadro giuridico completo per proteggere le donne da qualsiasi forma di violenza. La ratifica dell'Italia è avvenuta nel giugno 2013 ma affinché la Convenzione diventi legge per gli Stati firmatari è vincolante che vi aderiscano almeno 10 stati Europei, di cui almeno 8 membri del Consiglio d'Europa. L'Italia è stata la quinta Nazione a firmare e a tutt'oggi non si è raggiunto il numero necessario.

La violenza domestica: aspetti psicologico-culturali

Confrontarsi con la violenza contro le donne e i minori ancora oggi non è facile, poiché di fronte a situazioni di violenza i meccanismi di rimozione e difesa che intervengono sono particolarmente forti. Per questo è ancora più importante essere consapevoli degli stereotipi sociali e culturali che ci influenzano quando abbiamo a che fare con la violenza contro le donne e i minori.

La violenza domestica si esprime mediante un abuso fisico, sessuale, economico oltre che attraverso minacce e atteggiamenti persecutori quali lo *stalking* fino a giungere all'omicidio. L'elenco si allunga ogni giorno. Non ci sono barriere a queste forme di violenza. Pur agita nell'intimità delle mura domestiche, subdola o manifesta che sia, la violenza fra partner oltrepassa quegli steccati che solitamente vengono posti tra genere, età, livello d'istruzione, cultura, classe, origine

etnica, religione, condizione socio-economica, orientamento sessuale.

Le ricadute della violenza domestica non si fermano ai diretti interessati: vanno oltre le pareti entro cui nascono e si perpetuano. I suoi effetti hanno ripercussioni sociali, economiche, culturali, educative e politiche e toccano tutti noi.

Ciò che rende oggi difficile affrontare questo tema in ogni sua forma sono le influenze culturali che permeano il nostro vivere. Numerosi sono gli stereotipi che ci impediscono di guardare al fenomeno nella sua reale dimensione con la conseguenza di trovare delle attenuanti al fenomeno e giustificare il comportamento violento attenuando illusoriamente la percezione del pericolo.

Tra gli stereotipi più frequenti per l'uomo troviamo modalità svalutanti del fenomeno, giustificative o di distanziamento, come per esempio: il violento è spesso uno sconosciuto, gli uomini violenti non riescono a controllare i loro comportamenti, sono malati, a volte con problemi psichiatrici, o con problemi di dipendenza, giustificando quindi con la malattia, l'alcool, le droghe la causa della violenza, o ancora che l'aggressività è un istinto maschile e che si può essere un buon padre anche se si picchia la madre.

Si pensa che la violenza si evidenzia solo in contesti svantaggiati e che gli uomini violenti siano spesso stranieri e/o emarginati, sottolineando, così le differenze culturali e sociali.

Allo stesso modo altre convinzioni che riguardano la don-

na permeano la nostra cultura per permetterci di distanziarci dal fenomeno. Così, spesso, sentiamo dire che è sempre meglio tener unita la famiglia per il bene dei figli, che alcune donne meritano di essere maltrattate perché provocano, che alcune donne sono masochiste altrimenti sarebbero scappate.

In realtà, si tratta di un fenomeno sociale e culturale legato al modo in cui si strutturano le relazioni tra uomini e donne nella società e, quindi, nella famiglia. È una forma di controllo, un abuso di potere di un genere (maschile) su un altro (femminile), quindi è un meccanismo di subordinazione/dominio, all'interno di una relazione di coppia. Non è l'espressione di una patologia o di una devianza.

Potremmo sintetizzare che il violento è un uomo di ogni estrazione socio-culturale; "normale" che funziona adeguatamente sia nel contesto professionale che sociale, è un abile simulatore, ha bisogno di avere dominio potere e controllo nelle relazioni, nega la propria violenza e responsabilità, attribuendo alla donna le colpe del proprio agire. Il comportamento violento è una scelta dell'individuo da intendersi, più che altro, come un *atto di perdita di controllo*, come un tentativo di acquisire potere e controllo sulla donna di fronte a sentimenti d'impotenza.

Molte cause possibili della violenza di genere sono da ricondurre a esperienze traumatiche nell'infanzia, che possono portare a disturbi di personalità, disturbi mentali gravi, ecc. Ma spesso gli uomini violenti non

hanno una diagnosi psichiatrica.

Precoci traumi ad opera delle figure di attaccamento impediscono l'accesso, la lettura e la regolazione delle esperienze emotive proprie.

La violenza può essere correlata ad atteggiamenti patriarcali in cui l'uomo comanda su donne e bambini, e su di essi esercita un potere assoluto. Ciò può essere collegato ad un'educazione dei maschi "vecchio stile" nella quale si perseguono valori quali durezza, autocontrollo, denigrando la debolezza e la vulnerabilità.

Può essere legata alle conseguenze di esperienze traumatiche croniche vissute nell'infanzia come l'abbandono, con molteplici e prolungate separazioni dalle figure di attaccamento, oppure esperienze ripetute di violenza emotiva con una madre spaventata, confusa, disorientata e vittima di gravi deprivazioni fisiche ed emotive. La violenza esercitata può, infine, essere associata a traumi collegati all'essere stato esposto direttamente o indirettamente alla violenza del padre in età infantile. Può ancora essere associata a lutti di figure di attaccamento.

Per tutte queste ragioni è necessario assolutamente lavorare con i bambini vittime di violenza. Infatti, secondo il (C.I.S.M.A.I., 1999) è violenza assistita *"Qualsiasi atto di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica compiuta su figure di riferimento o su altre figure significative, adulte o minori; di tale violenza il/la bambino/a può fare esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo per-*

ettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza) e/o percepisce gli effetti".

Gravi sono le conseguenze sul minore.

La riproducibilità: chi assiste abitualmente a violenza e si "abitu" a vivere in un contesto violento tende poi ad agire comportamenti violenti. I comportamenti violenti possono essere percepiti come "normali". I bambini tendono ad interiorizzare i modelli comportamentali genitoriali e possono identificarsi con il genitore maltrattante.

A volte il padre violento può spingere direttamente i bambini ad agire violenza contro la madre o contro i fratelli, sollecitandoli nella manifestazione di aggressività.

Il bambino tende a proteggere il genitore maltrattato, osservando un'inversione genitoriale: bambini adultizzati, iperautonimi, ansiosamente attaccati alla madre della quale si sentono responsabili, con difficoltà di separazione e con difficoltà di interagire con l'ambiente esterno.

Il rischio può anche essere quello di venir puniti dal padre violento e/o di venir colpiti accidentalmente quando fungono da "scudi". I bambini imparano che la donna è vittima e l'uomo legittimato all'uso della forza.

A lungo termine gli effetti della violenza possono essere: depressione, ansia, bassa autostima, dipendenze e abuso di sostanze, distacco emotivo, aggressività, passività e difficoltà di autoprotezione con tendenza ad essere vittimizzati.

Considerazioni cliniche: l'uso della metodologia dell'EMDR

Da tutto ciò ne consegue come sia fondamentale, per fare prevenzione e interrompere la trasmissione di modelli di comportamenti aggressivi alle generazioni successive, programmare interventi terapeutici sia con il maltrattante che con la vittima e con i figli che assistono alla violenza e al conflitto.

Per la vittima fermare il maltrattamento e la violenza è qualcosa di molto difficile perché il responsabile del suo dolore è il suo compagno/marito/fidanzato. Pertanto bisogna poter contare sulla collaborazione dell'aggressore.

Per nessuna delle donne è una strada facile. Ci sono varie difficoltà e resistenze da dover superare come la paura delle reazioni del partner o di non essere creduta e/o sostenuta, la mancanza di risorse materiali, la sfiducia nell'esistenza di un'alternativa percorribile, il bisogno di tenere unita la famiglia, la difficoltà nel fronteggiare il senso d'isolamento sociale/familiare e la colpevolizzazione da parte della famiglia d'origine, delle istituzioni, dei conoscenti. Tutto ciò la porta a minimizzare l'accaduto (ormai è passata) e a permetterle il perpetuarsi.

Non tutte le donne riescono a separarsi al primo tentativo.

Alcune si preparano alla separazione piano piano, aspettando il momento migliore per farlo. In genere dopo essersi accorte che «lui» non cambierà. Altre arrivano a separarsi dopo essere fuggite ad un attacco

violento del partner e quando si separano, lo denunciano e iniziano l'iter del divorzio. Altre semplicemente si allontanano. Altre ancora, non la maggioranza, riescono a far cessare i maltrattamenti senza rompere la relazione.

In generale, si consiglia di evitare di comunicare la decisione di separarsi in sola presenza del partner ed in un posto isolato, meglio se effettuata dall'avvocato, che abbia esperienza in casi di maltrattamenti per avere la miglior consulenza per la propria sicurezza e quella dei figli. Nel momento della comunicazione della separazione, portare i figli in un posto al sicuro, per evitare di esporli ulteriormente a stress e/o scoppi d'ira. Davanti alle minacce o alla violenza fisica, denunciarlo alla Polizia, per eventualmente ottenere un ordine di protezione, di allontanamento, ecc.

Una volta separata se il partner chiede di vedere i bambini deve esserne dedotto che potrebbe essere una scusa per cercare di vedere la donna da sola e non portare i bambini fino a quando non è stato stabilito legalmente.

Le donne che affrontano meglio questa difficile situazione sono quelle che s'informano e cercano supporto e consulenza (sulle denunce, separazione, divorzio, affido dei figli, separazione dei beni, ecc.). Molte associazioni, fondazioni e istituzioni danno questo tipo di servizio. Sono donne che hanno valutato un piano per la fuga allontanandosi in un momento di calma nella relazione, seguendo

un piano preciso.

Separarsi da un partner maltrattante porta ad un miglioramento della salute, maggior benessere emotivo, sentirsi tranquilli, rompere il blocco mentale, vedere crescere i figli in un ambiente più sicuro, avere del tempo per se stesse, ecc. E' l'inizio di una nuova vita, ma bisogna riprendersi dalla fase precedente e per questo è utile avere un aiuto specialistico.

E' una fase di ristrutturazione e di adattamento alla nuova vita, per questo bisogna elaborare quello che è successo, vedere con chiarezza cose che prima erano confuse. Il lavoro terapeutico con queste donne verte nel superare la colpevolizzazione, aiutare a recuperare una relazione positiva con i figli, migliorare i rapporti con parenti e amici, ricomporre la rete di sostegno, gestire il rapporto con l'ex, rapportarsi con altri partner, prendere decisioni finanziarie, ecc.

Di conseguenza gli interventi sono mirati a dare strategie di negoziazione, gestione delle emozioni, identificazione di convinzioni erranee, a migliorare le capacità relazionali e di risoluzione di problemi. Spesso questo si può realizzare anche in una terapia di coppia.

E' importante lavorare anche sugli aspetti che portano a mantenere un rapporto con un partner violento.

L'EMDR

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è un metodo d'intervento psicoterapeutico nato nel 1987

ad opera di Francine Shapiro, riconosciuto come trattamento d'elezione per il Disturbo da Stress Post-Traumatico. E' un approccio psicoterapico interattivo e standardizzato, scientificamente comprovato da più di 20 studi randomizzati controllati condotti su pazienti traumatizzati e documentato in centinaia di pubblicazioni che ne riportano l'efficacia nel trattamento di numerose psicopatologie inclusi la depressione, l'ansia, le fobie, il lutto acuto, i sintomi somatici e le dipendenze.

La terapia EMDR ha come base teorica il modello AIP (*Adaptive Information Processing*) che affronta i ricordi non elaborati che possono dare origine a molte disfunzioni e comportamenti disadattivi. Si basa sul naturale sistema di elaborazione adattiva dell'informazione e si focalizza sul ricordo disturbante per riattivarne e completarne l'elaborazione che è stata precedentemente bloccata. Il tutto si svolge in una situazione di sicurezza rispetto al rischio di ritraumatizzazione. Secondo il Modello di Elaborazione Adattiva dell'informazione (AIP) le risposte biochimiche che vengono elicitate per far fronte all'evento stressante intervengono anche per bloccare le informazioni in arrivo che risultano eccessive. Infatti, durante il vissuto di un evento traumatico le risposte biochimiche elicitate (adrenalina, cortisolo, ecc.) bloccherebbero il sistema innato del cervello di elaborazione dell'informazione, lasciando isolate in una stasi neurobiologica le informazioni

legate al trauma, intrappolate in una rete neurale con le stesse emozioni, convinzioni e sensazioni fisiche che esistevano al momento dell'evento. Le informazioni sono "congelate" immagazzinate nell'emisfero destro in una forma frammentata e non integrata, separata dal centro del linguaggio. Il lavoro con l'EMDR permette di accedere all'informazione immagazzinata in maniera disfunzionale, stimola il sistema di elaborazione dell'informazione attraverso la stimolazione bilaterale alternata spostando l'informazione verso una risoluzione adattiva (appropriata/positiva).

Infatti, dopo le varie fasi si una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti si modificano; il cambiamento è piuttosto rapido indipendentemente dagli anni passati dall'evento. L'elaborazione dell'esperienza in sé, permette al paziente attraverso la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avviene, di cambiare prospettiva, modificando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre ad eliminare i disagi fisici.

Con la metodologia dell'EMDR si lavora sui ricordi che hanno contribuito a sviluppare rapporti familiari e di coppia patologici (sia per i maltrattanti che per i maltrattati), contribuendo a modificare le modalità di attaccamento disfunzionale e promuovendo l'apprendimento di comportamenti futuri adeguati.

Il programma con l'EMDR si focalizza anche sul potenzia-

mento delle capacità e risorse per sviluppare un funzionamento più adattivo e sano nella vita quotidiana.

Relativamente all'intervento sugli uomini violenti, una parte del trattamento con EMDR sta rappresentando un grande contributo nella gestione di questa popolazione, in genere molto resistente a qualsiasi trattamento.

I traumi legati all'abuso sono significativi nell'abusante ed è necessario affrontarli per rafforzare l'empatia verso le vittime e per interrompere e rompere il ciclo della violenza. Nell'intervento con l'abusante, si lavora sui ricordi che hanno contribuito a funzionare in modo violento e patologico e a sviluppare rapporti familiari e di coppia patologici; permette inoltre di modificare le modalità di attaccamento disfunzionale, i comportamenti attuali che attivano le reazioni di violenza sulla partner e sui familiari, a sviluppare strategie di coping imparando a gestire le emozioni negative e apprendendo comportamenti futuri più adattivi.

Dopo 3 sedute di EMDR si osservano risultati significativi nel campo dell'empatia, nella gestione dell'ansia e della rabbia (Datta, 1996).

Conclusioni

Per combattere la violenza sulle donne, in tutte le sue categorie vecchie e nuove, occorre dare vita ad una sensibilità culturale e politica diffusa, in maniera reale e non convenzionale. È più che mai necessario partire da chi la attua: *"La possibili-*

tà di far terminare la violenza è nelle mani di chi l'attiva, di chi la inizia per primo" (Colin Fitzgerald).

Un uomo violento raramente chiede aiuto, la maggioranza nega la propria violenza e responsabilità.

Per contrastare efficacemente questa drammatica escalation di violenza è indispensabile mettere in campo interventi di prevenzione e trattamento rivolti agli uomini, puntando ad aiutarli a raggiungere la consapevolezza del proprio problema, accettando di assumersene appieno le responsabilità, riconoscendo le possibili radici della violenza, e sviluppando delle capacità empatiche di comprensione del dolore e della sofferenza altrui.

La violenza è una scelta, questi uomini possono essere aiutati a fare un'altra scelta. La violenza non è un gesto impulsivo sul quale non si ha potere. È un comportamento e come tale può essere modificato.

Si ritiene che per ridurre il fenomeno delle violenze e per promuovere un reale cambiamento culturale sia necessario istituire degli spazi di ascolto e intervento sugli uomini maltrattanti, centri rarissimi in Italia, finalizzati ad una prima accoglienza e presa in carico di coloro che sono motivati ad intraprendere un percorso di cambiamento attraverso un lavoro psicologico personale che li aiuti ad affrontare ed elaborare i traumi psicologici di cui sono a loro volta portatori e che li renda capaci di gestire le proprie emozioni in modo adeguato.

Uno strumento neuropsicologico affidabile per la diagnosi precoce “The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)”

Maria Mottolese*, Dora Chiloiro**

* Psicologa esperta in Neuropsicologia

**Direttore Struttura Complessa di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva D.S.M. ASL TA

Riassunto

Il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) elaborato da Nasreddine e collaboratori (2004) è un test neuropsicologico che consente di valutare sei diversi domini cognitivi con efficacia, attendibilità e validità. Può essere utilizzato in diversi contesti clinici e per lo screening di svariate patologie neurodegenerative, come Parkinson e Alzheimer. Alcuni studi hanno dimostrato una buona affidabilità per la valutazione del Mild Cognitive Impairment (MCI) e per il deterioramento cognitivo in generale, anche in soggetti post-stroke ed in pazienti oncologici con metastasi cerebrali. È di facile somministrazione e rapidità. I domini cognitivi indagati sono: memoria, linguaggio, funzioni esecutive e abilità visuo-spaziali, orientamento spazio-temporale, attenzione e flessibilità cognitiva. Alcuni studi hanno dimostrato una maggiore accuratezza diagnostica rispetto al più famoso Mini-Mental State Examination (MMSE).

Parole chiave: neuropsicologo - diagnosi precoce - Mini Mental Examination State MMSE - Mild Cognitive Impairment MCI - Montreal Cognitive Assessment MoCA

Introduzione

Il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) elaborato da Nasreddine, Chertkow, Phillips,

Whitehead, Collin e Cummings (2004) è un rapido strumento neuropsicologico che consente di valutare diversi domini cognitivi con efficacia e attendibilità. Il test viene utilizzato in diversi contesti culturali, mostrando buona affidabilità per la valutazione del Mild Cognitive Impairment (MCI) in pazienti anziani (Lee, Lee, Cho, Na, Jeon, Kim et al., 2008).

È uno strumento di rapida somministrazione e pertanto utilizzabile in diversi contesti clinici, i tempo di somministrazione del MoCa è di circa 10 minuti. Il massimo punteggio ottenibile è 30 punti; un punteggio uguale o superiore a 26 è considerato nella norma. Inoltre, qualora il soggetto avesse una scolarità inferiore a 12 anni si aggiunge 1 punto al punte-

gio totale.

La traduzione italiana del MoCA è a cura di A. Pirani, C. Tulipani e M. Neri (Versione 2006) ed è scaricabile gratuitamente sul sito www.mocatest.org.

La validazione italiana è stata recentemente pubblicata in uno studio di F. Pirrotta e collaboratori (2014) sul European Journal of Psychological Assessment; e le norme italiane sono state pubblicate in uno studio di S. Conti e coll. (2014) sul Neurological Sciences.

Prove, domini cognitivi indagati e scoring

Il MoCA consente ai clinici una valutazione cognitiva poli-settoriale basato su un modello a sei fattori (Figura 1).

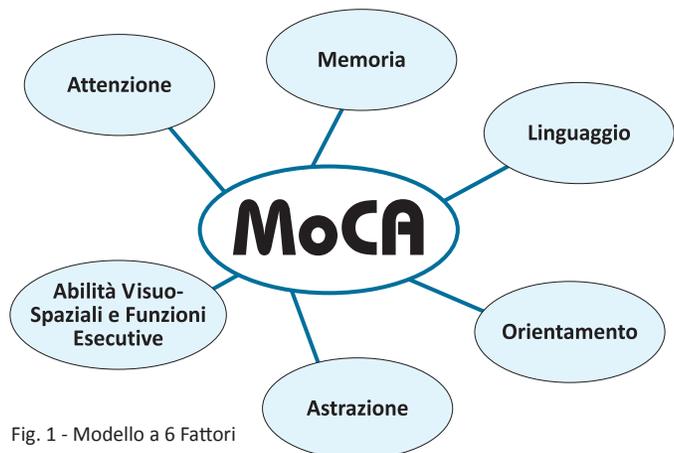


Fig. 1 - Modello a 6 Fattori

Il risultato totale è dato dalla somma di tutti i risultati parziali delle singole prove; si attribuisce un punto aggiuntivo qualora il soggetto avesse 12 o meno anni d'istruzione. Il *range score* è di 30 punti ed un punteggio uguale o superiore a 26 è considerato nella norma.

Dominio visuo-spaziale e funzioni esecutive

Trail Making Test semplificato in cui ci sono dei numeri crescenti da 1 a 5 e lettere in ordine alfabetico dalla A alla E. Il soggetto deve disegnare una linea che unisca il primo numero con la prima lettera corrispondente alternando numeri e lettere in ordine crescente e così via. Si inizia indicando il numero "1" fino alla lettera "E". Si assegna un punto se il soggetto disegna con successo il modello: 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E, senza alcun incrocio o sovrapposizione delle linee ed errori; nel caso anche di un errore non immediatamente corretto dal soggetto si assegna zero.

Copia di un cubo nello spazio sottostante il modello, cercando di farlo il meglio possibile. Si assegna un punto per una corretta esecuzione del disegno che deve essere tridimensionale, deve contenere tutte le linee senza aggiungerne o sottrarne alcuna, le linee devono essere relativamente parallele e di lunghezza simile al disegno, quindi i prismi rettangolari sono consi-

derati corretti.

Disegno di un Orologio tipo una sveglia, con tutti i numeri delle ore; il soggetto deve disegnare le lancette in modo che indichino le ore undici e dieci. L'orario da segnare può essere ripetuto nel corso della prova dopo che il soggetto ha completato l'inserimento dei numeri nel cerchio. Il punteggio massimo di questa prova è tre; si assegna un punto se viene disegnato un cerchio regolare e poco distorto, un punto se vengono segnati tutti i numeri senza addizionali, in ordine corretto e collocati correttamente; un punto se sono presenti due lancette congiunte che indicano l'ora giusta, dove la lancetta delle ore deve essere chiaramente più corta di quella dei minuti ed entrambe devono essere centrate.

Memoria

Memoria Immediata verbale: l'esaminatore legge un elenco di cinque parole alla velocità di circa una al secondo, il soggetto le dovrà ripetere sia nell'immediato che nel *delay* (a cinque minuti) tutte le parole che riesce a ricordare non si dà importanza all'ordine in cui le dice. Le parole sono: Faccia, Velluto, Chiesa, Margherita, Rosso. L'esaminatore apporrà un segno di conferma nell'apposito spazio per ogni parola che il soggetto pronuncia nel I trial di presentazione, quando il soggetto indica di aver finito perché ha richia-

mato tutte le parole o non riesce a ricordarne altre, l'esaminatore leggerà gli items nel II trial e segnerà tutte le parole ricordate dal soggetto. Al termine della prova s'informa il soggetto che le parole gli verranno richieste nuovamente dopo qualche minuto. Non si assegna alcun punto sia nel I che nel II trial.

Richiamo Differito: l'esaminatore ricorda al soggetto che precedentemente gli ha letto alcune parole e che gli aveva chiesto di tenere in mente, a questo punto chiede di rievocare tutte le parole che ricorda. Si assegna un punto per ogni parola ricordata spontaneamente, senza alcun aiuto.

Attenzione

Digit Span in avanti semplificato: l'esaminatore spiega al soggetto che dopo aver ascoltato una sequenza di numeri, li dovrà ripetere esattamente nel medesimo ordine in cui li ha sentiti. Le sequenze di cifre devono essere scandite al ritmo di una al secondo dall'esaminatore: 2-1-8-5-4.

Digit Span all'indietro semplificato: l'esaminatore spiega al soggetto che dopo aver ascoltato una sequenza di numeri, li dovrà ripetere all'indietro: 7-4-2. Si assegna un punto ad ogni sequenza ripetuta correttamente.

Attenzione sostenuta (vigilanza/concentrazione): l'esaminatore legge una lista di lettere

alla velocità di una al secondo (F B A C M N A A G H L B A F A H D E A A A G A M O F A A B), dopo aver spiegato che ogni volta che pronuncerà la lettera A il soggetto deve battere un colpetto sul tavolo con la mano, se dice una lettera differente il soggetto deve stare fermo. Si attribuisce un punto solo se c'è un errore o nessuno.

Attenzione selettiva e divisa: l'esaminatore chiede al soggetto di fare alcune sottrazioni partendo dal sottrarre 7 da 100, e poi, dal numero che resta deve continuare a sottrarre 7 per cinque volte. È possibile ripetere le istruzioni se necessario; si assegna 0 punti se tutti i calcoli sono sbagliati, si assegna 1 punto se solo 1 sottrazione è corretta, 2 punti per 2 o 3 sottrazioni corrette e 3 punti se il soggetto esegue correttamente 4 o 5 sottrazioni.

Linguaggio

Denominazione: iniziando da sinistra l'esaminatore indica una figura alla volta, chiedendo il nome dell'animale raffigurato. Ci sono tre immagini: un le-

one, un rinoceronte e un dromedario; si assegna un punto per ciascuna risposta corretta, al III item viene considerato corretto anche "cammello" (Figura 2).

Ripetizione di una frase: l'esaminatore legge due frasi chiedendo al soggetto di ripeterle correttamente, le frasi sono: "So solo che oggi dobbiamo aiutare Giovanni" e "Il gatto si nascondeva sempre sotto il divano quando c'erano cani nella stanza." Si assegna un punto per ciascuna frase correttamente ripetuta.

Fluenza Fonologica: l'esaminatore chiede al soggetto di dire in un minuto di tempo tutte le parole che gli vengono in mente che iniziano con la lettera "F" tranne i nomi propri e di città, i numeri o parole che hanno la stessa radice, per es. gatto, gattino, gatti. Le dirò io di fermarsi dopo un minuto. Si assegna un punto se il soggetto dice 11 o più parole valide.

Astrazione

L'esaminatore chiede al soggetto di spiegare cosa hanno in comune alcune coppie di paro-

le, cominciando con l'esempio arancia-banana, se la risposta è concreta ossia indica caratteristiche non astratte, allora si ripete l'esempio specificando di dire in che altro modo sono simili. Qualora il soggetto non risponda correttamente dopo la seconda presentazione dell'esempio è bene dire che sono entrambi frutti senza aggiungere altre istruzioni o altri chiarimenti. Successivamente si inizia con la prova vera e propria che include due items: treno-bicicletta; orologio/righello. Si assegna un punto per ciascuna risposta corretta.

Orientamento

L'esaminatore chiede alcune informazioni per valutare l'orientamento temporale (data, mese, anno e giorno) e spaziale (luogo e città); si assegna un punto per ciascuna risposta corretta.

MoCA e Malattia di Parkinson

La demenza è un problema importante e sempre più rico-

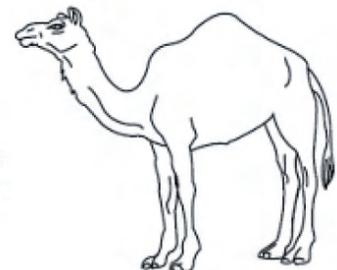
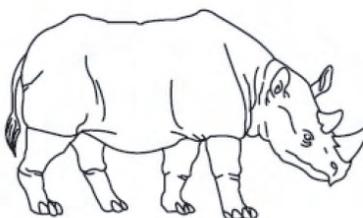
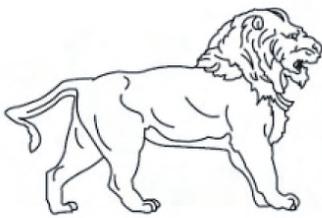


Fig. 2 - Prova di Denominazione

nosciuta nella malattia di Parkinson, il MMSE spesso non riesce a rilevare il precoce declino cognitivo; il MoCA è un breve strumento sviluppato per rilevare decadimento cognitivo lieve che valuta una più ampia gamma di domini spesso influenzata nel Parkinson. In uno studio i punteggi del MMSE e del MoCA sono stati confrontati in 88 pazienti con malattia di Parkinson ed è stato osservato con il MMSE l'effetto soffitto, ma non con il MoCA. La deviazione standard dei punteggi era più ampia con il MoCA (7-30, 4.26) rispetto al MMSE (16-30, 2.55); pertanto, rispetto al MMSE, il MoCA può essere uno strumento più sensibile per identificare deterioramento cognitivo precoce nella malattia di Parkinson (Zadikoff et al., 2008). A causa della elevata prevalenza di MCI e demenza nella malattia di Parkinson, lo screening cognitivo è fondamentale per la gestione ottimale dei pazienti ed il MoCA è un valido strumento in tal senso. Il coefficiente di correlazione intraclassa test-retest è 0.79 ed il coefficiente di correlazione intraclassa interrater è 0,81; ciò conferma che il MoCA è affidabile e valido nella popolazione con Malattia di Parkinson (Gill et al., 2008).

MoCA e Stroke

Il Deterioramento Cogni-

tivo Post-Stroke (PSCI) comprende tutte le forme di declino cognitivo che si sviluppano dopo l'ictus, anche se non abbastanza grave da soddisfare i criteri di demenza. Uno studio ha dimostrato il valore predittivo del MoCA nella fase acuta dell'ictus sulla diagnosi di medio termine PSCI, tenendo conto di altri predittori clinici, cognitivi, funzionali e di neuroimaging. Pazienti ricoverati

in una Stroke Unit sono stati valutati con il MoCA tra 5 e 9 giorni dopo l'ictus, successivamente ri-valutati tra 6 e 9 mesi dopo l'ictus mediante un'estesa valutazione neuropsicologica e funzionale. Su 137 pazienti con ictus la PSCI è stata diagnosticata in 47 pazienti, di cui 35 con decadimento cognitivo lieve e 12 con demenza. Utilizzando l'analisi ROC, un cut-off del 21 consente la diagnosi di PSCI

Dominio Cognitivo	Subtest MoCA	Subtest MMSE
Visuo-Spaziale/ Esecutivo	TMT-B semplificato	Copia Modello
	Copia Modello	-
	Disegno Orologio	-
	Astrazione	-
Linguaggio	Denominazione	Denominazione
	Ripetizione	Ripetizione
	Fluenza	Esecuzione di consegne scritte e verbal Scrittura
	-	
Memoria	Memoria Immediata verbale	Memoria Immediata verbale
	Richiamo Differito	Richiamo Differito
Attenzione	Digit Span	Attenzione
	Attenzione Sostenuta	Selettiva e Divisa
	Attenzione Selettiva e Divisa	-
	-	-
Flessibilità Cognitiva	Astrazione	-
Spazio-Temporale	Orientamento	Orientamento

Tab. 1 - Confronto MoCA/MMSE

con il 91,4% di sensibilità, 75,8% di specificità, 80% valore predittivo positivo, e il 89,3% del valore predittivo negativo. In un campione di pazienti con ictus il MoCA sembra essere un buon predittore di PSCI divenendo un ottimale e breve screening cognitivo nel contesto di ictus acuto (E. Salvadori et al., 2013).

La maggior parte dei pazienti con post-ictus hanno Vascular Cognitive Impairment No Dementia (VCIND), il Mini-Mental State Examination (MMSE) è stato criticato come test di screening per VCIND per la non specificità su menomazioni funzionali visuo-spaziali ed esecutive. Il MoCA è stato progettato per essere più sensibili a tali deficit e può quindi essere uno strumento di screening superiore per VCIND. In uno studio su 100 pazienti reclutati, di 57 pazienti con bassi punteggi MMSE, 18 risultavano deficitari al MoCA perché maggiormente sensibile rispetto al MMSE nei riguardi del deterioramento cognitivo post-ictus acuto (Dong et al., 2010).

Il MoCA può essere un importante strumento di screening cognitivo in persone con ictus subacuto, in particolare bassi punteggi nelle prove visuo-esecutive possono contribuire a identificare i soggetti a rischio di limitati guadagni funzionali nella cura di sé e nella mobilità (mFIM) durante la riabilitazione (Toglia et al., 2010).

MoCA e Tumori Encefalici

Rilevare un eventuale deterioramento cognitivo in pazienti con metastasi cerebrali è molto importante per la gestione del paziente. Il MoCA è sensibile nel rilevare il deterioramento cognitivo lieve nel contesto pre-demenza ed è stato utilizzato per lo screening cognitivo in soggetti oncologici. In uno studio 40 pazienti con metastasi cerebrali trattati con la radioterapia sono stati prospetticamente valutati in un periodo di circa 5 mesi con MoCA e MMSE. I risultati dimostrano che il MoCA è stato ben tollerato dai pazienti per la rapidità di somministrazione ed ha fornito informazioni maggiori rispetto al MMSE (Olson et al., 2008).

Attendibilità, validità e specificità

È stata verificata il 92.3% di sensibilità e l'85.7 di specificità nella diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI - Rahman & El Gaafary, 2009). Tsai, Lee, Wang, Shia, Nasreddine e Fuh (2012) hanno esaminato le proprietà psicometriche e la validità della versione Taiwanese del MoCA in una popolazione anziana dimostrando che rispetto al Mini Mental Examination State (MMSE) il MoCA presenta proprietà psicometriche migliori nella diagnosi di MCI.

In uno studio di validazione su 94 pazienti con MCI, 93 pa-

zienti con malattia di Alzheimer di grado lieve e 90 controlli di anziani sani, sono stati somministrati a tutti i partecipanti il MOCA e il MMSE; usando un cut-off di 26, il MMSE aveva una sensibilità del 18% per rilevare MCI, mentre il MoCA ha rilevato il 90% dei soggetti MCI; nel gruppo con Alzheimer lieve il MMSE aveva una sensibilità del 78%, mentre il MoCA del 100%. Pertanto, essendo il MCI un'entità in continua evoluzione è possibile considerare il MoCA come un breve strumento di screening conoscitivo con elevata sensibilità e specificità per rilevare MCI in pazienti che ottengono un punteggio collocabile nel range normale nel MMSE (Nasreddine et al., 2005).

Bibliografia

- Conti, S., Bonazzi, S., Laiacona, M., Masina, M., & Coralli, M.V. (2014). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)-Italian version: regression based norms and equivalent scores*. Neurological Sciences.
- Dalrymple-Alford, J.C., MacAskill, M.R., Nakas, C.T., Livingston, L., Graham, C., Crucian, G.P., Melzer, T.R., Kirwan, J., Keenan, R., Wells, S., Porter, R.J., Watts, R. & Anderson, T.J. (2010). The MoCA. Well-suited screen for cognitive impairment in Parkinson disease. *Neurology*, 75, 1717-1725.
- Dong, Y., Sharma, V.K., Poon-Lap Chan, B., Venketasubramanian, N., Teoh, H.L., Chee Seong Seet, R., Tanicala, S., Huak Chan, Y. & Chen, C.

- (2010). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. *Journal of the Neurological Sciences Volume 299, Issue 1*, 15-18.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R.. (1975). 'Mini-Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 2, 189-198.
- Freitas, S., Simões, M.R, Alves, L., Vicente, M. & Santana, I. (2012). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation Study for Vascular Dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, Issue 06, 1031-1040.
- Freitas, S., Simões, M.R., Marôco, J., Alves, L. & Santana, I. (2012). Construct Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, Issue 02, 242-250.
- Gill, D. J., Freshman, A., Blender, J.A. & Ravina, B. (2008). The montreal cognitive assessment as a screening tool for cognitive impairment in Parkinson's disease. *Volume 23, Issue 7*, 1043-1046.
- Hoops, S., Nazem, S., Siderowf, A.D., Duda, J.E., Xie S.X., Stern, M.B. & Weintraub, D. (2009). Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology*, vol. 73 n. 21, 1738-1745.
- Markwick, A., Zamboni, G. & de Jager, C.A. (2012). Profiles of cognitive subtest impairment in the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a research cohort with normal Mini-Mental State Examination (MMSE) scores. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology Volume 34, Issue 7*.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society Volume 53, Issue 4*, 695-699.
- Olson, R.A., Chhanabhai T. & McKenzie M. (2008). Feasibility study of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in patients with brain metastases. *Supportive Care in Cancer*, vol. 16, Issue 11, pp 1273-1278.
- Pasi, M., Salvadori, E., Poggesi, A., Inzitari, D. & Pantoni, L. (2013). Factors predicting the Montreal cognitive assessment (MoCA) applicability and performances in a stroke unit. *Journal of Neurology*, Volume 260, Issue 6, 1518-1526.
- Pirrotta, F., Timpano, F., Bonanno, L., Nunnari, D., Marino, S., Bramanti, P. & Lanzafame, P. (2014). Italian Validation of Montreal Cognitive Assessment. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Rahman, T.T. & El Gaafary, M.M. (2009). Montreal Cognitive Assessment Arabic version: reliability and validity prevalence of mild cognitive impairment among elderly attending geriatric clubs in Cairo. *Geriatr Gerontol Int.* 9(1), 54-61.
- Rossetti, H.C., Lacroix, L.H., Culum, C.M. & Weiner, M.F. (2011). Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. *Neurology*, vol. 77 n. 13, 1272-1275.
- Salvadori, E., Pasi, M., Poggesi, A., Chiti, G., Inzitari, D. & Pantoni, L. (2013). Predictive value of MoCA in the acute phase of stroke on the diagnosis of mid-term cognitive impairment. *Journal of Neurology*, Volume 260, Issue 9, 2220-2227.
- Toglia, J., Fitzgerald, K.A., O'Dell M.W., Mastrogiovanni, A.R. & Lin, C.D. (2011). The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in Persons With Mild Subacute Stroke: Relationship to Functional Outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Volume 92, Issue 5, 792-798.
- Tsai, C. F., Lee, W. J., Wang, S. J., Shia, B. C., Nasreddine, Z. & Fuh, J.L. (2012). Psychometrics of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and its subscales: Validation of the Taiwanese version of the MoCA and an item response theory analysis. *International Psychogeriatrics*, 24 (4), 651-658.
- Zadikoff, C., Fox, S.H., Tang-Wai, D.F., Thomsen, T., de Bie, R.M.A., Wadia, P., Miyasaki, J., Duff-Canning, S., Lang, A.E. & Marras, C. (2008). A comparison of the mini mental state exam to the montreal cognitive assessment in identifying cognitive deficits in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, Volume 23, Issue 2, 297-299.

Promuovere le competenze socio-emotive nei bambini di scuola primaria: un programma di intervento cognitivo-comportamentale

Germana Castoro*, Chiara Lamuraglia**, Maria Grazia Foschino Barbaro***

* Phd, Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale,

** Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Centro Psicologico per l'infanzia e la famiglia,

*** Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Dirigente Psicologo Responsabile Servizio di Psicologia – A. O. U. Consorziiale Policlinico di Bari

Riassunto

La tematica dell'educazione socio-emotiva assume sempre maggior rilevanza in ambito educativo e formativo, dal momento che maestri e scuole si trovano sempre più spesso a fronteggiare comportamenti degli allievi che non possono essere gestiti unicamente con strategie e metodi collaudati in passato, ma necessitano di nuovi interventi, meglio se attivati su tutto il gruppo classe. Le autrici intendono presentare un progetto finalizzato a sperimentare percorsi di educazione socio-emotiva in una scuola primaria della città di Bari. Il programma proposto nelle classi prime ha permesso di aiutare i bambini a riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri, agire in modo positivo con i propri compagni e nel proprio contesto sociale. Il programma, inoltre, ha permesso di fornire agli insegnanti delle indicazioni sulla necessità di legare i percorsi di educazione socio-emotiva alla quotidianità scolastica. È stato fornito del materiale anche alle famiglie al fine di favorire la generalizzazione dei contenuti e l'applicazione delle strategie di autocontrollo anche in contesto extrascolastico. Nel presente lavoro verrà presentata la metodologia del PATHS oltre che le tematiche e gli strumenti specifici impiegati in ciascun incontro in classe.

Introduzione

Con il suo best-seller *Emotional Intelligence* (1995), Daniel Goleman è diventato un esponente di riferimento in questo campo di studio, soprattutto in termini divulgativi. Egli afferma che l'*Emotional Intelligence* (EI) è un fattore più potente del quoziente intellettivo (QI), poichè l'attitudine emozionale è una meta-abilità che determina quanto bene riusciamo a servirci delle nostre capacità, incluse quelle intellettuali. Inoltre, l'EI è fondamentale poichè facilita l'espressione di tutti gli altri tipi di intelligenza, mentre, una disregolazione affettiva, influisce negativamente sulle

capacità cognitive. Goleman (2000) definisce la struttura dell'EI distinguendola in cinque aree: consapevolezza delle proprie emozioni (conoscenza dei propri stati interiori e del sè), capacità di gestione delle proprie emozioni (autocontrollo, tolleranza delle frustrazioni, capacità di tollerare eventi positivi e negativi), motivazione e spinta a raggiungere i propri obiettivi, comprensione emotiva degli altri (riconoscere le emozioni degli altri, valorizzazione delle diversità), abilità sociali utilizzate nell'interazione con gli altri (costruzione di legami, gestione del conflitto, negoziazione, collaborazione e cooperazione). All'interno di ciascun campo, sono incluse delle competenze emotive che non sono dei talenti innati, ma piuttosto, capacità apprese su cui si deve lavorare e che possono essere sviluppate (Goleman, 1996). Malgrado i pochi dati disponibili in letteratura su campioni di bambini e preadolescenti, i risultati che emergono sulla relazione tra EI e sfera emozionale in età evolutiva sono molto interessanti: i bambini che sono in grado di gestire le proprie emozioni e controllare i propri istinti tollerano meglio le frustrazioni e le situazioni stressanti, imparano a comunicare più adeguatamente i propri stati emozionali e sono capaci di sviluppare relazioni positive con la famiglia e con gli amici; ottengono, inoltre, più successo a scuola (Elias e Weissberg, 2000; Elias, Zins, Weissberg, Frey, Greenberg, Haynes, Kessler, Schwab-Stone e Shriver, 1997; Payton, Wardlaw, Graczyk, Bloody, Trompsett e Weissberg, 2000). Il contesto scolastico, infatti, per molti bambini può rappresentare un luogo di crescita e di sviluppo della EI e, pertanto, risulta importante focalizzare gli sforzi sulla promozione della competenza sociale e sulla

prevenzione dei comportamenti problematici a scuola (Elias, et al., 1997). Diversi studi hanno ampiamente dimostrato che la scuola rappresenta il luogo ideale della prevenzione poiché un basso rendimento scolastico rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di comportamenti problematici e si associa, spesso, all'abuso di droghe e alla messa in atto di comportamenti devianti (Weisberg e Greenberg, 1998). In tal senso la prevenzione a scuola centrata sullo sviluppo dell'intelligenza emotiva può promuovere anche la salute mentale, oltre che il successo scolastico. L'EI, a differenza del QI, può essere potenziata per tutta la vita, infatti, tende ad aumentare in proporzione alla consapevolezza degli stati d'animo, alla capacità di gestione delle emozioni, che provocano sofferenza, al maggiore affinamento dell'ascolto e dell'empatia. Nella letteratura recente vi sono un gran numero di ricerche a sostegno dell'efficacia dei programmi preventivi in età infantile che mostrano notevoli benefici per lo sviluppo socio-emozionale, ma anche cognitivo (Domitrovich e Greenberg, 2000; Riggs, Greenberg, Kusche e Pentz, 2006). Tali programmi mostrano la loro efficacia nello sviluppo dei bambini, riducendo i fattori di rischio e, allo stesso tempo, rafforzando quelli di protezione; tale miglioramento conduce ad un significativo miglioramento nelle capacità cognitive di risoluzione dei problemi, nei comportamenti pro-sociali, nella comprensione delle emozioni, nei comportamenti di auto-regolazione, nella riduzione dell'aggressività ed, infine, previene l'insorgenza di problemi di condotta (Anliak, 2004; Bierman, Domitrovich, Nix, Gest, Greenberg, Blair et al., 2008; Domitrovich, Cortes e Greenberg, 2007; Erwin, 1994; Feiner, Brand, Adan, Mulhall, Sartain, Dubois, 1994; Greenberg e Kusche, 1998; Greenberg, Kusche, Cook, e Quamma, 1995; Greenberg e Kusche, 2006; Kam, Greenberg, e Kusche, 2004; Kam, Greenberg, e Walls, 2003; O'Connell, Boat, e Warner, 2009; Ogilvy, 1994; Reid, Webster-Stratton e Baydar, 2004; Rogers e Ross, 1986; Shure, 2001a; Shure e Spivack, 1979; Webster-Stratton e Reid, 2010; Webster-Stratton, Reid e Hammond, 2004). La



maggior parte dei ricercatori appare concorde nel ritenere che nei bambini (con buon adattamento e con un adattamento inadeguato) sia necessario un potenziamento delle competenze socio-emotive e cognitive, in particolar modo, nella prima infanzia e nella fanciullezza (Domitrovich, Greenberg, Kusche, e Cortes, 1999; Elias e Tobias, 1996; Parker e Asher, 1987; Shure, 2001a; Sprick e Borgmeier, 2010).

Promoting Alternative Thinking Strategies

In tale prospettiva teorica è stato messo a punto il programma PATHS (Greenberg, Kusché, 2009; *Promoting Alternative Thinking Strategies*) al fine di promuovere la crescita delle competenze sociali ed emotive e prevenire l'insorgenza di problemi comportamentali, in bambini della scuola primaria e secondaria. Il programma PATHS è stato messo a punto dal professor M. T. Greenberg allo scopo di intervenire in termini educativi e di prevenzione per la salute mentale dei bambini. Tale programma possiede le seguenti caratteristiche: attribuisce una particolare importanza alle sensazioni, separa le emozioni dal comportamento, fornisce regole e strategie di autocontrollo, promuove la verbalizzazione delle proprie emozioni, aumenta la consapevolezza delle emozioni, sviluppa capacità di pianificazione e previsione. L'applicazione di tale programma (PATHS) ha dimostrato la sua efficacia in diverse aree dello sviluppo del bambino, anche attraverso l'interazione con i diversi contesti sociali, permettendo ai bambini di affrontare i sentimenti di disagio,

di risolvere i problemi interpersonali in maniera soddisfacente, fornendo tecniche di controllo autonomo della rabbia e di appropriarsi di capacità di conversione dei comportamenti inappropriati a comportamenti pro-sociali (Bierman et al., 2008; Domitrovich et al., 2007; O'Connell et al., 2009; Shure, 1992; Spence, 2003). Gli studi che hanno indagato l'impatto di tali programmi in età infantile hanno dimostrato che i bambini che hanno partecipato assiduamente a tali attività presentano un vantaggio nello sviluppo socio-emotivo, rispetto al gruppo di controllo (Anliak, 2004; Domitrovich et al., 1999; Murray e Malmgren, 2005; Reid, Webster-Stratton e Baydar, 2004; Shure, 2001b). I recenti studi rispetto all'efficacia dei programmi di prevenzione mostrano risultati soddisfacenti anche rispetto alla qualità della vita scolastica, rilevando un miglioramento negli standard degli organi scolastici che applicano tali programmi. Tali risultati sottolineano l'importanza di implementare tali programmi in modo permanente e regolarmente, già in età prescolare, per ottenere i maggiori risultati in termini di efficacia per lo sviluppo successivo. Risulta, inoltre, rilevante il contributo delle insegnanti per l'implementazione di tali programmi all'interno del sistema scolastico: quest'ultimi, infatti, dovrebbero acquisire nuove tecniche di gestione della classe, centrate su un modello positivo, lodando i bambini in modo appropriato, attraverso tecniche di *coaching* emozionale e guidando i bambini ad imparare a gestire e risolvere i problemi, in maniera efficace ed autonoma. Tali capacità vengono apprese dalle insegnanti attraverso la guida e la continua assistenza tecnica di esperti che li aiutano, sia nella gestione dei bambini "difficili", che nel promuovere un clima di benessere di classe (Domitrovich, Gest, Gill, Bierman, Welsh e Jones, 2009; Honig e Wittmer 1996; Jacops, 2001). Un ulteriore fattore che può aumentare i benefici sullo sviluppo dei bambini è il coinvolgimento delle famiglie, che potranno migliorare le proprie capacità genitoriali, attraverso la condivisione delle metodologie e promuovendo la generalizzazione dei contenuti (Diken, Cavkaytar, Batu, Bozkurt e Kurtyilmaz 2010; Reid et al., 2004; Sandy e Boardman, 2000; Seitz e Provence, 1990; Sprick e Borgmeier, 2010; Spoth, Kavanagh e Dishion, 2002). Nell'ambito di tale prospettiva teorica, è stata avviata, a partire

da settembre 2008, una collaborazione tra il Servizio di Psicologia dell'A.O.U. Consorziabile Policlinico-Giovanni XXIII di Bari e il Dipartimento dell'Educazione presso il Dipartimento della Formazione e dell'Apprendimento della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI), centro di riferimento per la formazione e la diffusione del programma a livello europeo.

Obiettivi

Tale collaborazione è nata dalla necessità di importare sul nostro territorio una metodologia nuova, innovativa e basata su studi di efficacia come quella del Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS), la cui applicazione in ambito educativo e di promozione della salute risultano essere molto carenti, se non addirittura assenti, in Italia e in particolar modo nel nostro territorio regionale. Le azioni implementate a tal fine sono state due. La prima è stata rappresentata da un intervento di formazione degli operatori che ha avuto le seguenti finalità:

1. Aumento delle conoscenze sui temi della salute emotiva nell'infanzia;
2. Acquisizione di strategia di intervento nella promozione della salute.

La seconda è stata, invece, rappresentata dall'avvio di una sperimentazione della metodologia all'interno di un istituto scolastico del territorio al fine di individuare le potenzialità applicative del programma nel nostro contesto territoriale.

Metodologia

L'attività di formazione messa in campo con il supporto della SUPSI è stata articolata in due diverse fasi. La prima ha previsto la realizzazione di un corso formazione, tenutosi a Bari, con il sostegno del Centro Servizi al volontariato "San Nicola" di Bari ed il coinvolgimento di due docenti della Alta Scuola Pedagogica (ASP) di Locarno (Svizzera). In tale occasione i partecipanti (circa 20) hanno appreso le caratteristiche del programma ed i contenuti delle lezioni nonché le modalità di implementazione del PATHS nel contesto scolastico, con particolare riferimento alle dimensioni della flessibilità e delle caratteristiche irrinunciabili del programma. Successivamente è stata realizzata un'esperienza di formazione sul campo

a Locarno, che ha coinvolto, in 2 sessioni diverse, 3 psicologi che avevano partecipato precedentemente al corso. In tale occasione, la metodologia ha previsto la visita presso le scuole di primo grado nelle quali viene realizzato il programma: le insegnanti hanno attuato in classe alcune lezioni del PATHS, alla presenza degli osservatori che hanno potuto accedere direttamente a contenuti e metodologie utilizzate. Al termine delle attività formative, è stata realizzata la seconda azione della progettualità, rappresentata dalla sperimentazione del programma. Essa è stata prevista all'interno di un percorso di educazione all'affettività realizzato presso l'istituto scolastico 14° Circolo didattico "Re David" di Bari negli aa.ss. 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014 attraverso un apposito accordo di collaborazione stipulato con il Servizio di Psicologia, con il coinvolgimento di due psicologhe che avevano partecipato al percorso formativo. I destinatari dell'intervento sono stati, per ciascun anno scolastico, tutti i bambini frequentanti le otto classi di prima. Preliminarmente è stata realizzata un'attività di programmazione e formazione delle attività partendo dalla domanda espressa dalla Direzione e dal corpo docente dell'istituto: sono stati realizzati alcuni incontri finalizzati ad analizzare la domanda ed i bisogni, individuando obiettivi e strategie di intervento. Inoltre, è stato effettuato un incontro formativo con le insegnanti delle 8 classi prime coinvolte nel programma. In tale occasione le insegnanti hanno conosciuto le caratteristiche del programma ed i contenuti delle lezioni nonché le modalità di implementazione del PATHS nel contesto scolastico, con particolare riferimento alle dimensioni della flessibilità e delle caratteristiche irrinunciabili del programma. Ampio spazio è stato dedicato alle tecniche di generalizzazione, in modo da fornire alle insegnanti l'opportunità di applicare e trasferire le competenze fornite attraverso il PATHS ad altri aspetti della giornata scolastica. A tal fine, sono state fornite alle insegnanti alcune indicazioni operative per utilizzare le tecniche utilizzate anche in altri momenti della giornata quali:

1. in momenti precisi della giornata (inizio giornata, dopo la merenda o pranzo, alla fine di una lezione, etc.) le insegnanti dovrebbero chiedere ai bambini di scegliere una faccia che rappresenti il loro stato d'a-

nimo e di posizionarla in un posto predefinito (per es. sul banco);

2. utilizzare le "facce delle emozioni" in modo spontaneo, incoraggiando i bambini ad utilizzare le facce per comunicare agli altri i cambiamenti di stati d'animo durante la giornata;
3. chiedere ai bambini individualmente come si sentono, per esempio dopo un conflitto al fine di aiutare i bambini a calmarsi e a riflettere sugli stati d'animo; oppure nei casi in cui l'insegnante rileva che il bambino sta provando una forte emozione che solitamente è meglio non reprimere ma riuscire a verbalizzarla ed affrontarla.

A seguito degli incontri formativi sono stati condivisi gli obiettivi del programma PATHS:

1. sviluppare competenze sociali ed emotive dei bambini;
2. fornire ai docenti le competenze per utilizzare le tecniche di educazione socio-emotiva in classe, al fine di generalizzare le acquisizioni ottenute durante l'intervento degli esperti.

Si è pervenuti alla messa a punto di un programma di attività realizzato nelle ore scolastiche ed articolato in dodici incontri settimanali per ciascuna classe. Ciascun incontro, della durata di circa un'ora, ha previsto la presenza dell'insegnante.

Le aree di contenuto selezionate sono state:

1. autocontrollo e gestione dei comportamenti impulsivi;
2. consapevolezza emotiva e comprensione interpersonale.

In generale, i bambini hanno appreso come è utile provare tutte le emozioni, anche se alcune danno piacere e altre provocano disagio. Ai bambini è stato fatto comprendere che ciascuna emozione è un segnale che ci comunica informazioni utili e per questo è importante poterle riconoscere in sé stessi e negli altri. I bambini sono stati aiutati a distinguere tra emozioni e comportamenti, apprendendo come non vi siano emozioni giuste o sbagliate, mentre i comportamenti possono essere più o meno appropriati. Infine, sono state insegnate alcune regole per la regolazione del proprio comportamento in classe ed alcune tecniche comportamentali per la gestione di emozioni troppo intense, oltre che per l'autocontrollo di compor-

tamenti impulsivi e/o dannosi. Gli incontri sono stati articolati secondo il criterio di una difficoltà crescente ed hanno incluso attività quali: dialoghi, giochi di ruolo, narrazione di storie, role-playing da parte di compagni ed insegnanti, rinforzo sociale e autorinforzo, esercizi di attribuzione e mediazione verbale. I dodici incontri proposti ai bambini delle classi prime si sono focalizzati sulla tematica della prontezza e dell'autocontrollo destinate al potenziamento delle abilità di agire (o reagire) prontamente alle emozioni e allo sviluppo della capacità di autocontrollo. Il primo incontro del programma PATHS ha previsto la presentazione e la condivisione delle regole di base dei "momenti PATHS" ma anche della classe. Tali regole sono state presentate attraverso cartelle colorate e animate da appendere nelle aule, al fine di farvi riferimento per poter ricordare ai bambini le regole da rispettare. Inoltre nel primo incontro al fine di creare un'atmosfera positiva e allo stesso tempo sviluppare le abilità di prontezza e attenzione verso gli altri è stato introdotto il gioco di ruolo basato sugli animali. Attraverso tale tecnica i bambini possono imparare ad assumere la prospettiva degli altri, fare esperienza di diverse emozioni, imparare ad essere attenti alle azioni degli altri. Successivamente è stato introdotto il concetto di auto-controllo con l'ausilio della storia di una tartaruga e dei suoi comportamenti nei momenti di minaccia. Dopo aver raccontato la storia della tartaruga, i bambini hanno recitato la storia, aiutandoli di volta in volta a prendere la parte della tartaruga vecchia e saggia, della tartarughina e dell'insegnante. La storia è stata così recitata da punti di vista diversi e compresa nei diversi aspetti. La storia riguarda alcuni punti importanti per le attività di *educazione alle emozioni*:

1. la tartaruga insegna come diventare consapevoli delle proprie emozioni, prima di adottare comportamenti distruttivi;
2. la tartaruga insegna come assumersi responsabilità e autoregolarsi, prerequisito dell'agire responsabile;
3. la tartaruga stimola l'uso del corpo: *fare la tartaruga* significa incrociare le mani sul petto (così non si può colpire nessuno) e respirare profondamente, per calmarsi. *Si associa quindi un'azione con l'idea di calmarsi.*

Insieme al "fare la tartaruga" è stato insegnato ai bambini l'autoconversazione o dialogo interiore (Di Pietro, 1999), ossia parlare con se stessi, in modo da controllare il comportamento e ritornare allo stato di calma, rassicurandosi o suggerendosi positivamente. L'autocontrollo verbale, parte dall'idea di parlare con se stessi usando il linguaggio come sostituto di un comportamento attivo o di una manifestazione esagerata delle emozioni. La tecnica della tartaruga può essere utilizzata con i bambini piccoli, nel periodo che va dai tre ai sette anni, perché hanno un'instabilità emotiva pronunciata e molte difficoltà a controllare il comportamento. L'analogia con la tartaruga ha permesso di spiegare ai bambini che quando la tartaruga si sente in pericolo si ritira nel suo guscio, allo stesso modo anche loro potranno imparare a costruirsi un guscio immaginario che li aiuterà quando si sentiranno minacciati da sensazioni forti, avvenimenti esterni o emozioni incontrollabili. Nell'incontro sulla tecnica della tartaruga ai bambini sono stati insegnati dei segnali e delle strategie comportamentali per fronteggiare le situazioni minacciose attraverso tre semplici passi:

1. Dire a se stesso di fermarsi (STOP!)
2. Fare un lungo respiro
3. Comunicare il problema e come ti senti agli altri.

Tale tecnica permette ai bambini di riflettere sulle loro sensazioni ed emozioni e di valutare le alternative possibili prima di agire; proprio come fa la tartaruga che si rifugia nel suo guscio per avere la quiete necessaria per prendere delle decisioni.

Successivamente sono stati presentati degli esempi di "uso adeguato e inadeguato" della tecnica della tartaruga al fine di rinforzare il concetto di auto-controllo ed evitare l'uso "strumentalizzato" della tecnica al fine di ricevere ricompense o gratificazioni da parte di insegnanti o genitori. Le lezioni successive si sono focalizzate sulla conoscenza e sul riconoscimento delle emozioni (felicità, tristezza, rabbia, paura) seguendo il seguente schema generale:

1. presentare un'emozione con una definizione semplice;
2. utilizzare immagini dell'espressione facciale e corporea di chi prova le varie emozioni;

3. fare esemplificazioni di situazioni che di solito suscitano le diverse emozioni
4. permettere ai bambini di raccontare degli episodi in cui hanno provato le emozioni presentate;
5. mimare l'emozione e darne una definizione di gruppo;
6. far disegnare ai bambini le facce che descrivono le emozioni;
7. svolgere un'attività che permetta ai bambini di vivere l'emozione ad un livello personale.

L'apprendimento è stato stimolato secondo un approccio multimetodologico, attraverso l'uso combinato di modalità visive, verbali e cinestetiche. Ampio spazio è stato dedicato alle tecniche di generalizzazione, in modo da fornire alle insegnanti l'opportunità di applicare e trasferire le competenze ad altri aspetti della giornata scolastica. A tal fine, sono state fornite alle insegnanti alcune indicazioni operative per utilizzare le tecniche utilizzate anche in altri momenti della giornata quali:

1. in momenti precisi della giornata (inizio giornata, dopo la merenda o pranzo, alla fine di una lezione, etc.) le insegnanti dovrebbero chiedere ai bambini di scegliere una faccia che rappresenti il loro stato d'animo e di posizionarla in un posto predefinito (per es. sul banco);
2. utilizzare le "facce delle emozioni" in modo spontaneo, incoraggiando i bambini ad utilizzare le facce per comunicare agli altri i cambiamenti di stati d'animo durante la giornata;
3. chiedere ai bambini individualmente come si sentono, per esempio dopo un conflitto al fine di aiutare i bambini a calmarsi e a riflettere sugli stati d'animo; oppure nei casi in cui l'insegnante rileva che il bambino sta provando una forte emozione che solitamente è meglio non reprimere ma riuscire a verbalizzarla ed affrontarla.

Durante le attività sono stati appesi in aula poster e cartelloni, per consentire la rievocazione e l'utilizzo dei contenuti anche con le insegnanti. Infine, per favorire la generalizzazione degli apprendimenti anche nella sfera familiare, è stato previsto il coinvolgimento indiretto delle famiglie

attraverso l'utilizzo di schede e materiali che i bambini hanno consegnato a casa dopo le attività: la lettura di storie proposte in classe, l'uso di immagini e note esplicative di obiettivi e modalità di intervento hanno favorito la condivisione delle attività con i genitori e la possibilità di utilizzare le tecniche apprese in classe anche a casa.

Risultati e conclusioni

L'esperienza di implementazione del programma ha rappresentato una novità sul nostro territorio: è possibile, infatti, evidenziare l'impatto positivo che tali attività, svolte in un breve intervallo temporale, hanno avuto sui contesti classe. Da un punto di vista qualitativo, si è registrato un ottimo livello di partecipazione e coinvolgimento degli alunni durante le attività; inoltre, nella fase finale di attuazione del programma, gli allievi sono apparsi più abili nel rispettare le regole concordate e nell'utilizzare le tecniche di autocontrollo; infine, si sono mostrati sempre più consapevoli dal punto di vista emotivo, dimostrando di saper riconoscere le proprie ed altrui emozioni e di saperle ricondurre a specifiche situazioni ("Come mi sento e perché"). Anche la strategia utilizzata per coinvolgere i genitori si è rivelata efficace: nella grande maggioranza dei casi, questi hanno apprezzato tale metodologia condividendo i contenuti degli incontri e incoraggiando e rinforzando i figli nell'utilizzo delle tecniche apprese. Le insegnanti hanno mostrato un buon grado di partecipazione e collaborazione; in alcuni casi, i contenuti del programma sono stati riproposti nell'ambito dell'insegnamento di altre materie (per esempio il collegamento emozioni-comportamenti in rapporto di sequenzialità) o, ancora, è stato sperimentato l'utilizzo di alcune tecniche comportamentali. Al termine del programma è stato realizzato, inoltre, un incontro con le insegnanti finalizzato a condividere obiettivi, metodologie e risultati dell'intervento. In tale occasione sono state condivise le riflessioni ed esplicitati i maggiori elementi di interesse del PATHS dal punto di vista delle docenti: è emerso come i bambini abbiano gradualmente familiarizzato con i contenuti e le tecniche proposte tanto da interiorizzarle e richiedere attivamente alle insegnanti di dedicare spazio, durante le ore scolastiche, al dialogo ed alla

condivisione emotiva. Ciò è particolarmente utile e pertinente in quanto, per poter ottenere effetti a lungo termine, si rende necessario riapprendere e reintegrare contenuti e processi, e ciò richiede una continuità nel tempo nella realizzazione delle attività (Greenberg, 2010; Antognazza, Sciaroni, 2010). Tuttavia, questo non è sempre praticabile in modo strutturato, a differenza dell'esperienza realizzata in Svizzera, a causa delle diverse condizioni presenti nel nostro contesto territoriale. Da un lato, la scarsità di risorse economiche non permette la continuità nel tempo di tali attività; dall'altro, si registra una difficoltà, da parte delle insegnanti, a proseguire nelle attività in maniera autonoma e senza la supervisione periodica delle esperte psicologhe.

Bibliografia

- Anliak, S. (2004). "Farkli egitim yaklasimlari uygulayan okul öncesi egitim kurumlarinda kisiler arasi bilissel problem çözüme becerisi programinin etkisinin incelenmesi" ["The effects of interpersonal cognitive problem solving program in pre-schools using different education approaches"], Yayimlanmis doktora tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Izmir.
- Antognazza, D., & Sciaroni, L. (2010). "Chiamale emozioni", *Psicologia e scuola*, 12.
- Bierman, K. L., Domitrovich, C. E., Nix, R. L., Gest, S. D., Greenberg, M. T., & Blair, C. et al. (2008). "Promoting academic and social-emotional school readiness: The Head Start REDI program". *Child Development*, 79 (6).
- Diken, I. H., Cavkaytar, A., Batu, S., Bozkurt, F., & Kurtyilmaz, Y. (2010). "Proje ADYEP: Anasinifi, ilköğretim birinci ve ikinci sınıflarında anti sosyal davranışları önlemeye yönelik bir erken müdahale programının etkililiği", 206K165 nolu TÜBİTAK projesi.
- Domitrovich, C.E., Cortes, R., & Greenberg, M. T. (2007). "Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the Preschool PATHS Program". *Journal of Primary Prevention*, 28 (2).
- Domitrovich, C. E., Gest, S. D., Gill, S., Bierman, K. L., Welsh, J. A., & Jones, D. J. (2009). "Fostering high quality teaching with an enriched curriculum and professional development: Head Start REDI". *American Educational Research Journal*, 46.
- Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. T. (2000). "The study of implementation: Current findings from effective programs for school aged children". *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11.
- Domitrovich, C. E., Greenberg, M. T., Kusche, C., & Cortes, R. (1999). *Manual for the Preschool PATHS Curriculum*, Channing-Bete Company, South Deerfield, MA.
- Elias, M. J., & Tobias, S. E. (1996). *Social problem solving intervention in the schools*, The Guilford School Practitioner Series, New York.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R.P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M., Schwab-Stone, M.E., & Shiver T. P. (1996). *Promoting social and emotional learning: guidelines for educators*, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria.
- Elias, M. J., & Weissberg, R.P. (2000). "Primary prevention: educational approaches to enhance social and emotional learning". *Journal of school health*, 70 (5).
- Erwin, P. G. (1994). "Effectiveness of social skills training with children: a meta analytic study(1)". *Counselling Psychology Quarterly*, 7 (3).
- Feiner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., Mulhall, P. F., Sartain B., & Dubois D. L. (1994). "Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions". *Prevention Human Services*, 10 (2).
- Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence*, Bantam Books, New York, 1995 [tr. it. *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano]
- Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*, Bloomsbury, London.
- Goleman, D. (2000). *Lavorare con intelligenza emotiva*, Biblioteca Universitaria Rizzoli, Milano.
- Greenberg, M. T. (2010). *IV International PATHS Conference: Introduction*, Harrisburg (PA), 4-6 maggio.
- Greenberg, M. T., & Kusche, C. A. (2009). *Emozioni per l'uso una proposta per educare i bambini*, Edizioni La Meridiana, Molfetta.
- Greenberg, M. T., & Kusche, C. A. (2006). "Building social and emotional competence: The PATHS curriculum", in Jimerson S. R. e Furlong M. J. (Eds.). *Handbook of school violence and school safety*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 395-412
- Greenberg, M. T., & Kusche, C. A. (1998). "Preventative intervention for school-aged deaf children: the PATHS curriculum", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T., & Quamm, J. P. (1995). "Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS Curriculum", *Development and Psychopathology*, 7.
- Honig, A. S., & Wittmer, D. S. (1996). "Helping children become more prosocial: ideas for classrooms,

- families, schools, and communities”, *Young Children*, 51 (2).
- Jacops, M. G. (2001). “Providing the scaffold: A model for early childhood/primary teacher preparation”, *Education Journal*, 29 (2).
- Kam, C. M., Greenberg, M., & Kusche, C. (2004). “Sustained effects of the PATHS curriculum on the social and psychological adjustment of children in social and psychological adjustment of children in special education”, *Journal of Emotional e Behavioral Disorders*, 12 (2).
- Kam, C. M., Greenberg, M. T., & Walls, C. (2003). “Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS Curriculum”, *Prevention Science*, 4 (1).
- Murray, C., & Malmgren, K. (2005). “Implementing a teacherstudent relationship program in a high poverty urban school: effects on social, emotional, and academic adjustment and lessons learned”, *Journal of School Psychology*, 43.
- O’Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds. 2009), *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions, Institute of Medicine, National Research Council.
- Ogilvy, C. M. (1994). “Social skills training with children and adolescents: a review of the evidence on effectiveness”, *Educational Psychology*, 14.
- Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloody, M. R., Trompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). “Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behaviour in children and youth”, *Journal of School Health*, 70 (5).
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). “Peer relations and later personal adjustment”, *Psychological Bulletin*, 102.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). “Halting the development of conduct problems in head start children: the Effects of Parent Training”. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (2).
- Riggs, N. R., Greenberg, M. T., Kusch,e C. A., & Pentz, M. A. (2006) “The mediational role of neurocognition in the behavioral outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: effects of the PATHS Curriculum”, *Prevention Science*, 7.
- Rogers, D. L., & Ross, D.D. (1986). “Encouraging positive social interaction among young children”, *Young Children*, 41 (3).
- Sandy, S. V., & Boardman, S. K. (2000). “The peaceful kids conflict resolution program”, *International Journal of Conflict Management*, 11 (4).
- Seitz, V., & Provence, S. (1990). “Caregiver-focused models of early intervention”, in Meisels S. J. e Shonkoff J. P. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge University Press, Cambridge, , pp. 400-427
- Shure, M. B. (1992). *Manual for 4 to 6 year old children* (2nd ed), Hahneman University, Department of Mental Health Sciences, Philadelphia.
- Shure, M. B. (2001a). *I can problem solve (An interpersonal cognitive problem-solving program) (ICPS)* (2nd ed), Research Press, Illinois.
- Shure, M. B. (2001b). “What’s right with prevention? Commentary on “prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field”, *Prevention and Treatment*, 4 (7).
- Shure, M. B., & Spivack, G. (1979). “Interpersonal cognitive problem-solving and primary prevention: programming for preschool and kindergarten children”, *Journal of Clinical Child Psychology*, 2.
- Spence, S. H. (2003). “Social skills training with children and young people: theory, evidence and practice”, *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (2).
- Spoth, R. L., Kavanagh, K., & Dishion, T. J. (2002). “Family centered preventive intervention science: toward benefits to larger populations of children, youth, and families”, in Spoth R. L., Kavanagh K. e Dishion T. J. (Eds.), *Universal family centered prevention strategies: current findings and critical issues for public health impact [Special issue]*, *Prevention Science*, 3.
- Sprick, R., & Borgmeier, C. (2010). “Behavior prevention and management in three tiers in secondary schools”, in Shinn M. R. e Walker H. M. (Eds.), *Interventions for achievement and behavior problems in a three-tier model including RTI*, NASP Publications, Bethesda, pp. 435-468
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). “The incredible years parents, teachers, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders”, in Weisz J. R. e Kazdin A. E. (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York and London, pp. 194-210.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). “Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1).
- Weisberg, R. P., & Greenberg, M. T. (1998). “Prevention science and collaborative action research: combining the best from both perspectives”, *Journal of Mental Health*, 7 (5).

Psicologia al servizio dello sport giovanile non agonistico: il progetto “sport di famiglia” presso il C.U.S. Bari

Antonio Calamo-Specchia*, Victor Laforgia**

*Psicologo clinico e dello sport, educatore, specializzando psicoterapeuta sistemico-relazionale, Didatta 1° Master in Psicologia dello Sport LR Psicologia - Roma.

** Psicologo clinico e dello sport, specializzando psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Project manager per il progetto “Sport di Famiglia”, Responsabile scientifico e Didatta 1° Master in Psicologia dello Sport LR Psicologia - Roma.

Riassunto

L'articolo illustra nel dettaglio un'esperienza di progettazione sociale denominata “Sport di Famiglia”, tesa ad utilizzare lo sport quale strumento formativo in grado di favorire la crescita e l'inclusione sociale per i minori fuori famiglia, cui è rivolto il progetto. Gli Autori illustrano prima lo scenario culturale generale attuale, che vede la figura dello psicologo dello sport ancora poco affermata, in particolar modo nel settore sportivo non agonistico; definiscono poi lo sport educativo, inteso come sviluppo delle attitudini motorie e psicomotorie in relazione agli aspetti affettivi, cognitivi e sociali della personalità del bambino e passano in rassegna la particolare rete costruita per l'implementazione del progetto, costituita da Enti e Cooperative sociali del territorio barese unitamente a due Fondazioni nel ruolo di Enti finanziatori e coordinatori.

Gli Autori descrivono il particolare contesto di riferimento entro il quale si è implementato il progetto, rappresentato dalle categorie giovanili che praticano sport presso il C.U.S. di Bari. Gli Autori passano poi in rassegna le caratteristiche del lavoro psicologico in questo contesto, ovvero quello di guida in grado di fornire all'allenatore le sue conoscenze specifiche relative alle dinamiche di gruppo, alla gestione delle emozioni, al *problem solving*, alla valorizzazione delle risorse ed in grado di supportare l'allenatore nella valutazione della motivazione e dei bisogni di ciascuno. Vengono infine illustrati i principali strumenti di lavoro utilizzati dallo psicologo nell'ambito del progetto: l'osservazione e la micro-équipe.

Parole chiave: *Psicologia dello sport - Sport educativo - Settore giovanile - Progettazione sociale*

Prima premessa: la psicologia dello sport non agonistico nel contesto attuale

Fra i molteplici ambiti di intervento in cui lo psicologo è chiamato a prestare la sua opera, quello dello sport è sicuramente fra i più interessanti.

Il connubio fra psicologia e sport ha radici antichissime e per molti versi la pratica sportiva non può dirsi completa senza che la componente mentale - al pari di quella fisica - sia adeguatamente allenata.

Il Consiglio d'Europa, all'art. 2 della Carta Europea dello Sport (1992), definisce lo sport come “*Qualsiasi forma di attività fisica che, attraverso una partecipazione organizzata o non organizzata, abbia per obiettivo l'espressione o il miglioramento della condizione fisica e psichica, lo sviluppo delle relazioni sociali e l'ottenimento di risultati in competizioni di tutti i livelli.*”.

L'espressione o il miglioramento della condizione psichica è dunque pienamente riconosciuto come obiettivo intrinseco della pratica sportiva, al pari dello sviluppo delle relazioni sociali, dell'espressione o del miglioramento della condizione fisica e dell'ottenimento di risultati in competizioni a tutti i livelli.

Il dato da registrare è proprio la crescente domanda di psicologia proveniente dai contesti sportivi, perché crescente è il bisogno che in questi contesti si avverte di curare, con la medesima attenzione tradizionalmente riservata al corpo, anche la mente: tale considerazione risulta oggi talmente evidente nella quotidianità delle discipline sportive da aver spinto allenatori, atleti e dirigenti verso una formazione psicologica e verso la ricerca di un supporto per gli aspetti mentali, relazionali, comportamentali relativi alla pratica sportiva, che consenta loro di rendere al meglio nel proprio contesto professionale.

La situazione nella Regione Puglia, come nel resto d'Italia, è in costante sviluppo, e non è facile fornire un quadro esaustivo. In Italia infatti la figura dello "psicologo dello sport" non è ancora regolamentata ed anche l'offerta formativa specialistica è estremamente frammentata, variando dai Master privati a quelli Universitari ai corsi promossi da Enti ed Organizzazioni sportive. Nessuno dei suddetti percorsi formativi può però conferire il titolo di "psicologo dello sport", perché - come detto - si tratta di un titolo ancora inesistente; se questa rappresenta da un lato una criticità sicuramente negativa, contiene d'altro canto in sé gli elementi di una sfida affascinante: lo psicologo nel mondo dello sport si muove in un terreno ancora poco esplorato, e deve guadagnarsi il suo titolo "sul campo", proprio come gli atleti con i quali quotidianamente è chiamato a lavorare.

La domanda di psicologia, com'è naturale, varia molto a seconda del contesto culturale di riferimento.

In primo luogo, è ormai diffusa ed accettata la figura e la pratica dello psicologo dello sport legato al mondo agonistico. I numerosi casi di atleti di altissimo livello che si avvalgono di consulenze psicologiche hanno contribuito enormemente alla diffusione di una cultura psicologica legata alla prestazione in senso ampio - e nello specifico alla prestazione sportiva agonistica - ed alla comprensione dell'utilità della nostra professione.

Resta però ancora sostanzialmente sommerso il mondo dello sport giovanile non agonistico, che si colloca a cavallo fra quello agonistico e lo spazio del tempo libero, popolato da migliaia di "ragazzi normali" che si avvicinano allo sport. In questo campo non sono centrali i temi dell'agonismo quali la prestazione o l'ottimizzazione dei risultati, ma risultano fondamentali piuttosto gli elementi del pieno e sano sviluppo della personalità, della appartenenza funzionale e formativa ad un gruppo governato da regole, dell'espressione di sé stessi in un contesto protetto, utilizzando pienamente la propria corporeità.

E' proprio in questo terreno che hanno origine molti disagi psicologici che, se non intercettati in tempo, possono portare allo sviluppo di veri e propri sintomi nel ragazzo che cresce; ed è proprio in questo terreno che al bisogno crescente di psicologia corrisponde una domanda purtroppo

ancora non elevatissima.

Seconda premessa: lo sport educativo

E' presente nella cultura popolare un "pregiudizio positivo" che stabilisce che lo sport, di per sé, faccia bene: fa bene alla salute, è bene che i bambini lo pratichino, aiuta a socializzare, fa crescere meglio, ecc. Tali pregiudizi, per la maggior parte assolutamente veritieri, spingono ogni anno infinite quantità di bambini ad iniziare un'attività sportiva.

Dal punto di vista scientifico, uno dei primi studiosi che si è dedicato all'approfondimento sistematico dei "pregiudizi positivi" verso lo sport è stato Jean Le Boulch (1924-2001), medico ed educatore francese, fondatore della psicocinetica, che è stato il primo a parlare di *sport educativo*.

Egli sosteneva che "[...] la prestazione sportiva non è più uno scopo a sé ma un'occasione per esercitare la propria efficacia sull'ambiente, per mezzo di una migliore conoscenza di sé e quindi di una padronanza della propria motricità [...]" (Le Boulch, 2009, p.14).

Le Boulch è stato fra i primi ad intuire le potenzialità profonde educative delle attività sportive e a studiare lo sport alla ricerca della metodologia che consentisse di sfruttare più efficacemente tali potenzialità. Il suo approccio pedagogico segue fedelmente le tappe dello sviluppo psicomotorio del bambino e considera l'apprendimento come un problema personale da risolvere, non come una "tecnica da copiare". L'apprendimento secondo questa logica è di tipo intelligente: non si parte dalla tecnica, ma questa viene scoperta autonomamente dal bambino. Dimensione psichica e motoria sono viste entrambe, in un'ottica di sport educativo, come espressioni del processo di adattamento sociale.

Dunque l'apprendimento per essere tale deve passare attraverso la consapevolezza del soggetto: lavorare in un'ottica educativa nel mondo dello sport giovanile non significa educare *il* movimento, ma educare *attraverso* il movimento.

Al fianco dei "pregiudizi positivi", la nostra società è stata parimenti in grado di produrre una serie di concezioni negative dello sport, che lo riducono a mera attività agonistica orientata alla vittoria, e spesso lo trasformano in veicolo di insicurezze e frustrazioni per i giovanissimi atleti che

con esso si confrontano.

Nel concetto di sport educativo, definito come “[...] lo sviluppo delle attitudini motorie e psico-motorie in rapporto agli aspetti affettivi, cognitivi e sociali della personalità del bambino [...]” (Le Boulch, 2009, p.18), la logica è opposta a quella agonistica: come afferma Spinelli (2002), non è il bambino che “serve” allo sport (quale proiezione di un futuro atleta per la Società Sportiva a cui è stato iscritto), ma è lo sport che si offre come mezzo per aiutare il bambino a crescere in modo equilibrato e armonioso.

Dunque per un bambino che si avvicina allo sport per la prima volta, vincere non conta: non subito, non in termini di priorità. La vittoria, nell’ambito dello sport giovanile non agonistico, resta un obiettivo (più che legittimo) da raggiungere; ma va privato del suo carattere di assolutezza ed articolato secondo le possibilità, i tempi, i desideri di ciascun bambino.



Lo psicologo al lavoro nel settore giovanile non agonistico

Fare psicologia in questo ambito, dunque, si prefigura come compito assai complesso; reso ulteriormente arduo dal fatto che l’attore principale, la figura di riferimento attorno alla quale ruota l’ambiente sportivo giovanile non è lo psicologo, ma evidentemente l’allenatore.

Alla luce di quanto sin qui affermato, si può affermare che per un allenatore di sport educati-

vo sia necessario possedere un ampio ventaglio di *expertises*: una elevata consapevolezza di sé e del proprio compito; la capacità di padroneggiare le competenze tecniche dello sport di riferimento e le competenze teorico-pratiche necessarie per ricoprire il ruolo di allenatore; il possesso, oltre che delle competenze relazionali fondamentali per l’interazione funzionale con i ragazzi, anche di elementi di psicologia e di pedagogia dello sport: un compito a dir poco gravoso.

L’allenatore è chiamato ad essere tecnico sportivo, educatore, psicologo, mediatore fra le istanze dei bambini e quelle dei genitori, fra quelle dei genitori e quelle della Società Sportiva per cui lavora, fra le sue stesse istanze e quelle del resto del sistema. Un compito che egli può compiere al meglio solo se supportato dallo psicologo, poiché insieme possono costruire le premesse per la creazione di un *contesto sportivo funzionante*.

Lo psicologo nel settore giovanile non agonistico affianca l’attore principale - l’allenatore - nella gestione del sistema complesso entro il quale è chiamato ad operare, e che è composto da se stesso, dalla Società Sportiva, dai bambini e dai loro genitori. In questo scenario il particolare incastro di aspettative, motivazioni e bisogni di ciascuno degli elementi del sistema può determinare situazioni altamente conflittuali cui l’allenatore, spesso unico destinatario di tutte le richieste nel contesto sportivo, è chiamato a far fronte.

Il ruolo dello psicologo è quello di guida competente, in grado sia di fornire le sue conoscenze specifiche relative alle dinamiche di gruppo, alla gestione delle emozioni, al *problem solving*, alla valorizzazione delle risorse personali di ciascun bambino e del gruppo; sia anche di supportare l’allenatore nella valutazione della motivazione e dei bisogni di ciascuno, al fine di costruire delle premesse chiare per poter operare in modo funzionale per i ragazzi.

Si pensi a quello che un **contesto sportivo funzionante** può insegnare ad un bambino che vi si

avvicina: accettazione delle regole di un gruppo e di un'attività; capacità di esprimere se stessi in un gruppo; capacità di tollerare e reagire alla frustrazione; capacità di riconoscere i propri limiti ed errori; sforzo per ottenere miglioramenti personali e affinamento delle proprie capacità motorie; acquisizione del controllo delle proprie energie e padronanza del movimento; capacità di contenere i propri impulsi emotivi: rabbia, invidia, sofferenza, esuberanza, eccitazione; capacità di gestire funzionalmente la conflittualità.

Si pensi viceversa a quali modelli e contenuti - in termini psicologici e relazionali - può essere esposto un bambino che si avvicina ad un **contesto sportivo non funzionante**: impossibilità di esprimere se stesso; conflittualità fra i genitori e l'allenatore, fra l'allenatore e la Società ed impossibilità di gestirla; obbligo implicito od esplicito di raggiungere un risultato atteso (ciò vale tanto per il bambino - costretto a diventare un piccolo campione a tutti i costi per soddisfare le aspettative di allenatore e genitori, quanto per l'allenatore - spinto dalla Società a creare un gruppo "vincente" per soddisfare le aspettative della Dirigenza); scarsa considerazione per la motivazione, le capacità, le aspettative ed i desideri di ciascuno, con conseguente aumento dei livelli di stress, sofferenza, malattia.

Il progetto "Sport di Famiglia": la rete

L'esperienza del Centro Universitario Sportivo di Bari è un'esperienza di psicologia dello sport condotta nella fascia giovanile, in ottica prevalentemente educativa, per le molteplici discipline sportive che si praticano presso la Polisportiva.

Il C.U.S. Bari, fra i più grandi d'Italia, offre un impianto multidisciplinare che oggi accoglie 10 sezioni sportive. Gli sport che si praticano sono: atletica leggera, canottaggio, nuoto, pallacanestro, canoa, lotta, pattinaggio, calcio, karate, vela, triathlon.

Il progetto "Sport di Famiglia" - realizzato presso il Centro Universitario dal Gennaio 2013 al Giugno 2014 - è nato dalla collaborazione fra il C.U.S. stesso e le diverse Organizzazioni aderenti, che hanno condiviso la volontà di offrire a minori, italiani e stranieri, ospiti delle principali Comunità educative del Comune di Bari, la possibilità di praticare attività sportive in un contesto stimolante e qualificato in cui intraprendere un percorso educativo e motivazionale, basato sul *fair play* e sull'accrescimento delle proprie capacità relazionali. Partner di questo percorso sono state diverse Cooperative Sociali che da anni gestiscono le principali Comunità educative del territorio: C.A.P.S., Il Sogno di Don Bosco ed Esedra.



L'obiettivo generale che il progetto *Sport di Famiglia* ha inteso raggiungere è stato quello di realizzare, attraverso lo sport, esperienze di crescita e modelli educativi positivi, in contrasto con quelli facilmente accessibili in contesti urbani a forte rischio di esclusione sociale, offrendo ai minori coinvolti un'opportunità di svago e soprattutto di confronto, crescita e scambio, attraverso la pratica sportiva. Inoltre il progetto ha svolto una funzione preventiva nei confronti del disagio e della marginalità giovanile, attraverso la proposta dello strumento sportivo non solo in senso agonistico (tradizionalmente presente presso il C.U.S. Bari), ma anche con un approccio orientato agli

aspetti legati alla formazione del carattere e ad un buono sviluppo della personalità. In altri termini, un approccio pienamente educativo.

Sport di Famiglia ha rivolto la propria attenzione ai cosiddetti “minori fuori famiglia”: ragazzi minori di 18 anni, italiani e stranieri, che per diverse ragioni non vivevano con la famiglia d’origine, ma in Comunità educative residenziali o semiresidenziali.

Nei diciotto mesi di implementazione del progetto, sono stati inseriti 83 minori di età compresa fra i 6 e i 18 anni all’interno di sette gruppi sportivi del C.U.S. Bari (canoa, canottaggio, atletica, judo, nuoto, calcetto e basket). La maggioranza dei minori che si sono avvicinati all’attività sportiva (oltre il 60% - Tab.1), appartiene alla fascia d’età dai 15 ai 18 anni. Tra di essi, il 57% era costituito da minori stranieri non accompagnati (Tab.2), in carico ai circuiti educativi degli Enti invianti della rete, e la maggior parte dei quali proveniva da Comunità educative con utenti esclusivamente di sesso maschile, sbilanciando marcatamente il numero minori di sesso femminile che hanno partecipato alle attività sportive (Tab.3).

L’obiettivo primario che ha motivato le Comunità di appartenenza a segnalare ed inserire i propri ragazzi nei gruppi sportivi è stato l’integrazione sociale. L’analisi delle schede di segnalazione compilate a cura degli Enti invianti mostra infatti come disagio più evidente e marcato dei beneficiari di *Sport di Famiglia* la difficoltà di integrazione, socializzazione e rispetto delle regole. Tuttavia la maggior parte dei minori che sono stati segnalati presentavano situazioni più complesse, in cui le difficoltà economiche, la dispersione scolastica e situazioni familiari multiproblematiche si sovrapponevano, ampliando gli obiettivi dell’inserimento per ogni singolo beneficiario.

Tabella 1

Età	Numero
6 a 10	10
11 a 14	17
15 a 18	56

Tabella 2

Nazionalità	%
Italia	43% (n. 36)
Bangladesh	40% (n. 33)
Egitto	4% (n. 3)
Pakistan	4% (n.3)
Tunisia	2% (n. 2)
Afghanistan	2% (n. 2)
Nigeria	1,25% (n. 1)
Iraq	1,25% (n. 1)
Ghana	1,25% (n.1)
Gambia	1,25% (n.1)

Tabella 3

Sesso	Numero
Maschi	73
Femmine	10

Il progetto ha rappresentato inoltre un’eccellente esperienza di cooperazione e di lavoro di rete, pienamente funzionale agli obiettivi condivisi da tutti i partecipanti.

L’Ente capofila - il C.U.S. - dopo aver stabilito le partnership con le succitate Cooperative Sociali, ha messo a disposizione le strutture della Polisportiva per ospitare i ragazzi.

Tutte le attività formative, di definizione ed implementazione delle metodologie, di orientamento dei minori alla pratica sportiva, di monitoraggio e valutazione *in itinere* ed *ex post* dei risultati sono state realizzate da un Board di Monitoraggio e Valutazione, con la supervisione degli esperti della “Fondazione Laureus - Sport For Good Italia”, impegnata con progetti simili in altre cinque città italiane e che ha rappresentato l’Ente finanziatore del progetto, insieme alla “Fondazione con il Sud”.

Il Board è stato composto dai Project Manager e da un referente per ciascuna delle Cooperative sociali, coordinate da un Delegato per l’Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” del Corso di Laurea in Scienze delle Attività Motorie e Sportive.

La formazione ha riguardato psicologi, educatori ed allenatori. In particolare, gli allenatori

del C.U.S. coinvolti nel progetto attraverso un percorso formativo mirato e tramite la supervisione degli psicologi, sono stati riconosciuti nella centralità del loro ruolo e supportati nel loro lavoro quotidiano sul campo, per farsi sempre più “istruttori psicosociali”, hanno accresciuto le loro competenze nell’ambito psicologico-sportivo ed hanno acquisito adeguate competenze tecniche, relazionali e metodologiche (non solo nella fase di rilevazione dei bisogni/disagi inespressi, ma anche di definizione delle pratiche di sostegno ed intervento).

I numerosi ragazzi coinvolti nel progetto hanno avuto, così, l’opportunità di selezionare il percorso sportivo maggiormente coerente con le proprie inclinazioni e attitudini, avendo a disposizione un’ampia gamma di discipline sportive: dopo aver scelto lo sport da praticare, sono stati inseriti nei gruppi già esistenti ed hanno partecipato, accompagnati ed assistiti dagli educatori di riferimento, alle attività del gruppo (allenamenti, giochi, gare).

Il progetto “Sport di Famiglia”: il lavoro dello psicologo

Nella pratica del progetto *Sport di famiglia*, il lavoro psicologico può essere descritto come la costruzione di una relazione sinergica fra psicologo ed allenatore, funzionale alla co-costruzione di un *contesto sportivo funzionante*, nei termini sopra descritti.

La costruzione di una buona relazione tra di essi è, infatti, l’origine di tutto il lavoro successivo: se è vero che l’allenatore è il protagonista del contesto sportivo, lo psicologo che lavora senza averlo al suo fianco può realizzare poco o nulla - se non essere addirittura controproducente.

Costruire una buona relazione con l’allenatore ha significato dunque per lo psicologo dedicare molto spazio a: spiegazione pratica del progetto; spiegazione (spesso “giustificazione”) della sua presenza a bordo campo, con il conseguente ne-

cessario contenimento dell’ansia di valutazione da parte dei tecnici e da parte dei genitori; costruzione di un clima di rispetto, collaborazione e non invasività delle rispettive aree di competenza; costruzione della fiducia.

La fase successiva a quella della costruzione della relazione è stata rappresentata dall’osservazione sistematica sul campo dei rispettivi gruppi sportivi. I principali strumenti di lavoro per lo psicologo sono stati: l’osservazione e la micro-équipe.

L’osservazione, condotta in modo discreto sulla scena ove si svolgeva la pratica sportiva, ha riguardato una molteplicità di aspetti ed è stata orientata in base alle specifiche necessità di ogni singolo allenatore.

A titolo esemplificativo, le aree dove lo psicologo ha potuto orientare la sua attenzione nell’attività di osservazione sono state: gestione da parte dell’allenatore dello spazio/tempo dell’allenamento, relazione con sé e con la propria perfor-



mance, relazione con il gruppo, con gli altri adulti presenti sulla scena, con lo psicologo; capacità coordinative e motorie del singolo ragazzo, organizzazione spazio/temporale, gestione dell’attrezzatura, autonomia personale e sociale, relazione con se stesso e con la propria performance in campo, relazione con il gruppo di appartenenza, relazione con le autorità, con l’allenatore, con gli altri adulti di riferimento, atteggiamento al di fuori dell’ambito sportivo; osservazione del gruppo

nella sua interezza e delle sue dinamiche interne, presenza di sottogruppi, inclusione/esclusione di alcuni elementi, atteggiamento verso le regole, verso l'autorità, verso l'esecuzione del compito, ecc.

A seguito dell'osservazione dell'allenamento, lo psicologo, l'allenatore e gli educatori di riferimento hanno costituito la micro-équipe. Questo è stato lo spazio del confronto con l'allenatore e con tutte le figure di riferimento per i ragazzi del progetto, in cui lo psicologo ha potuto restituire all'allenatore quanto ha osservato, l'allenatore ha espresso le sue difficoltà ed entrambi hanno condiviso riflessioni, strategie di intervento, ipotesi di lavoro che sono state analizzate e poi portate sul campo dall'allenatore. Quindi, sul campo se n'è verificata l'efficacia; è stato possibile raccogliere un *feedback* ed eventualmente ri-orientare l'intervento in considerazione delle nuove necessità emerse.

In generale, il lavoro di approfondimento in micro-équipe sulle specifiche situazioni è un lavoro continuo, co-costruito, che segue sempre lo stesso andamento: l'allenatore porta un problema, ne discute con lo psicologo, insieme individuano un'ipotesi di lavoro, la sperimentano in campo, raccolgono un *feedback*, ri-orientano l'intervento, ecc.

Così facendo, con cadenza settimanale, allenatore e psicologo diventano entrambi partecipi della vita dell'ambiente sportivo, sotto una luce nuova: essi collaborano, all'interno del sistema-società sportiva, per garantire l'interesse dei minori coinvolti nel progetto, consapevoli che la presenza di uno in assenza dell'altro non basterebbe a soddisfare tutte le necessità di cui i ragazzi sono portatori.

Conclusioni

L'esperienza del progetto *Sport di Famiglia* presso il C.U.S. di Bari è finora la prima nel panorama pugliese a rappresentare una progettualità completamente orientata sul piano dello sport educativo, inteso nel senso originario di Le Boulch. L'esperienza è stata condotta con la supervisione della Fondazione Laureus Italia che ha portato nella città di Bari la sua preziosa *expertise*, in quanto vera propria pioniera per questo tipo di

progettazione in ambienti considerati ad alto rischio di esclusione sociale e di criminalità.

Nella società contemporanea lo sport è uno strumento di aggregazione dall'impatto notevolissimo: esso è però al tempo stesso capace di unire e dividere, così come testimoniano numerosi fatti di cronaca nazionali ed internazionali; per questi motivi si ritiene fondamentale l'intervento di sport educativo nelle precocissime fasi di avvicinamento ad esso.

Infatti, soltanto una vera e tempestiva educazione allo sport è in grado di sostenere il bambino nel suo percorso di crescita e permettergli di godere appieno della spontaneità e della naturalezza dell'elemento costitutivo di ogni sport, ad ogni livello: il gioco.

Bibliografia

- Beccarini, C., & Mantovani, C. (Eds.). (2010). *Insegnare lo sport*. Roma: Edizioni SDS.
- Bortoli, L., & Robazza, C. (1990). *Apprendimento motorio: concetti e applicazioni*. Roma: Edizioni Luigi Pozzi.
- Castelli, C. (2013). *Sport e resilienza. Il modello della Polisportiva Laureus*. Milano: Vita e Pensiero.
- Consiglio d'Europa (1992). *Carta Europea dello Sport*.
- Le Boulch, J. (1971). *Verso una scienza del movimento umano. Introduzione alla psicocinetica*. Roma: Armando Editore.
- Le Boulch, J. (1990). *Sport educativo. Psicocinetica e apprendimento motorio*. Roma: Armando Editore.
- Le Boulch, J. (2000). *Verso una scienza del movimento umano. Introduzione alla psicocinetica*. Roma: Armando Editore.
- Le Boulch, J. (2009). *Lo sport nella scuola. Psicocinetica e apprendimento motorio*. Roma: Armando Editore.
- Magill, R.A. (2001). *Motor learning: concepts and applications*. Dubuque, IA: Mc Graw-Hill.
- Prunelli, V., Materangelis, A., Rossi, B., De Marco, G., Grauso, A., & Gerin Birsà, M., et al (2011). *La psicologia dello sport dei bambini. L'intervento dello psicologo nei settori giovanili sportivi*. Roma: Edizioni Kappa.
- Rogers, C.R. (1973). *Libertà nell'apprendimento*. Firenze: Giunti-Barbera.
- Smith, R.E., & Smoll, F.L. (1996). Psychosocial interventions in youth sport. In Van Raalte J. L., & Brewer B. W. (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology*. Washington, DC: American Psychological Associations.
- Spinelli, D. (Ed.). (2002). *Psicologia dello sport e del movimento umano*. Bologna: Zanichelli.

Il bivio alla radice profonda della salute e del malessere: quello che può portare verso lo stress cronico. Intervento secondo il Modello Funzionale

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta
Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale SEF

Riassunto

Il Neofunzionalismo si occupa della cronicizzazione dello stress negli aspetti di diagnosi, misurazione e intervento. Nello studiare la persona nella sua interezza vengono individuati i livelli psico-corporei nei quali si comincia ad innestare la cronicizzazione dello stress

La cornice teorica di riferimento fa sì che l'intervento sia breve ed efficace, basato su una metodologia mirata ad affrontare tutti gli elementi che compongono il fenomeno stress, in una visione che guarda contemporaneamente al tutto e ai dettagli, che coglie il *Funzionamento di Fondo* alla base della vita umana

E' l'intero organismo che si ammalava.

E' l'organizzazione di tutte le "funzioni" dell'organismo che è responsabile del bivio tra la strada del benessere o quella dello stress cronico, quello che può innescare patologie fisiche o psichiche. Molto prima di ammalarsi, ad una lettura multidimensionale della complessità del Sé, si rivelano segni di alterazioni già in atto.

L'impatto dello stressor sull'organismo dipende dal "filtro" che quel soggetto utilizza: se questo filtro funziona vi è uno stress acuto positivo, ma se l'impatto arriva su un organismo con funzionamenti già alterati l'evento sarà difficilissimo da superare perché il filtro non funziona e ciò provocherà una condizione in cui l'organismo in questione è in stato di attivazione

permanente.

Il trattamento messo a punto dalla teoria Funzionale permette di arrivare ad una modificazione di elementi profondi, psicobiologici dell'organismo, perché agisce su alcuni regolatori generali quali: la respirazione, la tensione muscolare, le posture, la memoria periferica e il sistema propriocettivo; elementi corporei accessibili nel trattamento proposto.

Parole chiave: *stress cronico, intervento Funzionale, Funzionamenti di fondo*

Lo stress si pone oggi, in maniera sempre più evidente, come una delle malattie sociali più gravi; sono innumerevoli gli studi che hanno ormai dimostrato il collegamento stretto tra condizioni croniche di stress, *distress*, e i livelli di funzionamento biologico profondo (malattie cardiocircolatorie, cancro, indebolimento del sistema immunitario, malattie della pelle, diabete). Lo stress è anche una delle malattie professionali più diffuse nel mondo del lavoro e produce notevoli danni nelle persone soggette a carichi intensi, a responsabilità elevate.

Ed è proprio per queste ragioni che è apprezzabile il lavoro del Neofunzionalismo (Rispoli L. e collaboratori), che si occupa

pa della comprensione dei fenomeni profondi che costituiscono lo stress, della sua valutazione e dell'intervento per curarlo.

Il pensiero della psicologia Funzionale nelle sue ricerche sullo stress (sviluppato in questi ultimi anni da Luciano Rispoli nello studio del fenomeno stress), ha permesso di mettere a fuoco tutte le componenti che compongono il fenomeno, di collegare piani emotivi a piani simbolici e cognitivi, a processi psicofisiologici, a funzionamenti motori e posturali. Nello studiare la persona nella sua interezza vengono individuati i livelli psico-corporei nei quali si comincia ad innestare la cronicizzazione dello stress.

E' infatti al livello di cronicizzazione che lo stress diventa altamente dannoso, costringendo l'organismo in una situazione di costante tensione, di allarme, anche quando non esistono cause stressanti reali.

E' l'insieme di queste Funzioni alterate che costituisce il *filtro Funzionale*, ed è il filtro Funzionale che percepisce la realtà come pericolosa e allarmante.

Se questo filtro (costituito da tutti i livelli psico-corporei del Sé) si altera in modo cronico, l'individuo non riesce a gestire

eventi stressanti, oppure vive come stressanti eventi del tutto normali, o ancora percepisce segnali di allarme e pericolo anche quando non vi è nessuna causa.

Cenni Teorici di Psicologia Funzionale

Il Neofunzionalismo, corrente teorica con radici che affondano nel I° Funzionalismo (scuola di Chicago) e in numerose altre derivazioni, da Darwin fino alle teorie di W. Reich, alle più recenti scoperte delle neuroscienze, da anni conduce studi sulla sull'età evolutiva e sulla persona, che hanno condotto ad una teoria complessiva del Sé, grazie ai risultati delle ricerche sui processi di terapia da un lato (Rispoli, L.) e dall'altro sullo sviluppo evolutivo del bambino (Rispoli, L.) cominciò sempre più a svilupparsi.

Si muove sin dall'inizio per arrivare ad una Psicoterapia Corporea concepita, non sul corpo, ma come una teoria complessiva del Sé, verso l'integrazione di ciò che proviene di significativo dalle varie scuole e integrato sullo sviluppo della persona.

Il Funzionalismo moderno nasce dagli studi relativi al campo delle complesse *relazioni mente-corpo*.

Ideatore e fondatore è il Prof. Luciano Rispoli che mette a punto un quadro teorico, una teoria del Sé, che supera la dicotomia mente-corpo (salto epistemologico) in una visione che guarda contemporaneamente al tutto e ai dettagli, che coglie il *Funzionamento di Fondo* alla

base della vita umana.

Conduce ricerche sulla vita neonatale da cui deduce che il neonato alla nascita è già una persona completa e autonoma sin dall'inizio, capace di contatto pieno e relazioni intense e differenti, con capacità molto evolute, *integrato* e non è in balia di pulsioni magmatiche e caotiche, in simbiosi o all'interno del mondo mentale della madre.

Con le sue ricerche e teorizzazioni supera la dicotomia mente-corpo, il corpo come verità, le tipologie, il primato dell'elaborazione mentale in una visione circolare e non piramidale in cui tutte le Funzioni psicocorporee hanno la stessa importanza

L'Innovazione epistemologica è di guardare alla persona come un Se' multidimensionale. Una visione funzionale del Sé esprime un funzionamento globale al quale tutti i piani psicocorporei concorrono con la medesima importanza.

Due concetti permettono il salto epistemologico: le Funzioni, ognuna rappresenta l'intero Sé, e il Sé è l'organizzazione di tutte le funzioni psicocorporee; e i Funzionamenti di fondo, definite nell'età evolutiva Esperienze di Base, che sono le modalità con cui si pone il Sé nel mondo.

Individua nei Funzionamenti di Fondo quegli elementi comuni poter prendere in considerazione tutte le variabili, tutti i Sistemi integrati, che creano una connessione profonda tra linguaggi differenti, tra culture differenti, tra popolazioni differenti, quei funzionamenti alla

base di situazioni specifiche nei vari contesti, al di là di movimenti, parole, gesti particolari e specifici.

Essi sono alla base di pensieri, emozioni, comportamenti, atteggiamenti, espressioni, parole.

Ricerche del Neofunzionalismo sullo stress cronico

Il pensiero del Funzionalismo moderno ha reso possibile una "lettura" delle condizioni profonde dell'organismo, proprio perché può andare a valutare in modo attento e dettagliato le funzioni del Sé, tutte le funzioni psicocorporee, tutte le funzioni della vita.

Si interessa, tra i vari campi di studio e applicazione, del fenomeno stress.

Questi studi e i loro risultati hanno permesso di comprendere ancora meglio la stretta relazione che esiste tra mentale e corporeo. Si tratta di una identità Funzionale di aspetti di una medesima realtà: l'organismo viene visto e studiato nella sua interezza.

E' l'intero organismo che si ammala, oppure che conserva uno stato di salute e benessere. E' l'organizzazione di tutte le "funzioni" dell'organismo che è responsabile del bivio tra la strada del benessere o quella dello stress cronico, dannoso, quello che può innescare patologie fisiche o psichiche. Molto prima di ammalarsi, ad una lettura multidimensionale della complessità del Sé, si rivelano segni di alterazioni già in atto.

Tale concezione del Sé che

nella sua teorizzazione supera la dicotomia mente-corpo (salto epistemologico) si basa su una visione che guarda contemporaneamente al tutto e ai dettagli, che coglie i Funzionamenti di Fondo alla base della vita umana e considera l'organismo un sistema integrato con interrelazioni e interscambi tra SNC, neurovegetativo, endocrino pensiero ed emozioni sensazioni interne ed esterne.

L'innovazione del pensiero "Funzionale" è nel poter scendere al di sotto dei comportamenti, delle soglie della coscienza e della volontà, dei linguaggi convenzionalmente adottati (verbali e non verbali) e guardare ai Funzionamenti di Fondo, quelli che sono alla base della vita, alla base delle situazioni specifiche e particolari.

L'intervento sulle funzioni dell'organismo ci porta direttamente ai funzionamenti di fondo, senza frammentare l'organismo vivente in parti, in organi, in contrapposizioni.

E' su questa strada che il Neofunzionalismo cerca di dare comprensione in modo complessivo all'uomo ma anche alla capacità o meno di conservare la salute, molto prima che si manifestino sintomi, disagi, malattie; mettendo a punto metodologie per sviluppare sempre più capacità di benessere, di gioia, di adesione alla vita.

Lo stress è un fenomeno complesso. Necessita non solo di un intervento specifico di prevenzione ma anche di un preciso inquadramento teorico-clinico che possa consentire la rapida risoluzione dei sintomi e delle cause. Esso non è riducibi-

le ad una sola dimensione.

All'interno del fenomeno stress interviene il discorso sul rapporto tra sistema nervoso corticale centrale, il sistema limbico che fa da collegamento con le emozioni e il sistema nervoso autonomo che è un regolatore dell'organismo.

Questo sta a significare che noi parliamo sempre più di sistemi integrati; non possiamo pensare a un organismo fatto di mente, neurotrasmettitori, ecc., ma come un sistema psico-neuro-endocrino-immunologico integrato.

Lo stress cronico è un fenomeno complesso. Questa complessità induce ad andare verso una comprensione del sistema complesso scendendo nei dettagli e nell'operativo.

In realtà la sfida del terzo millennio nelle neuroscienze non è quella di trovare alcune sostanze che modifichino l'intero quadro dello stress. In realtà è l'organismo che deve essere in grado di modificarne il quadro, quindi gli interventi devono agire su regolatori generali, vale a dire sui funzionamenti di fondo dell'organismo umano.

Agire sui funzionamenti di fondo offre la possibilità di intervento concreto sull'organismo, saltando tutti quelli che sono i livelli più superficiali di comportamento e di gestualità.

Secondo tale visione parlare di stress cronico significa parlare di una condizione alterata dell'organismo; non semplicemente una reazione ad una fatica, ma una condizione dell'organismo che resta permanentemente alterata.

Cosa separa lo stress dallo

stress cronico?

Secondo il Funzionalismo moderno la cronicizzazione dello stress può arrivare quando il soggetto non ha risorse psicofisiche sufficienti in risposta a eventi stressanti molto intensi e persistenti nel tempo, o quando il filtro complessivo è alterato per eventi passati della vita e il soggetto non è in grado di fronteggiare lo stressor.

Il filtro Funzionale della percezione degli eventi stressanti è espressione dello stato dei vari Funzionamenti psicocorporee alterate. L'evento stressante produce uno stimolo su tutto l'organismo: cognitivo, sensoriale, visivo, auditivo, olfattivo, immaginativo, emotivo.

Se il filtro Funzionale non è alterato da esperienze di vita precedenti, l'evento stressante porta ad uno stress temporaneo, benefico e positivo. L'organismo si sente pieno di energia, si sente bene, attinge a tutte le sue risorse, è lucido, coglie i segnali che lo guidano alle azioni giuste. Esso ha forza, scatto, prontezza, affronta e risolve l'evento stressante.

Se il filtro Funzionale è alterato l'evento sfocia nello stress cronico. La sensazione è di malessere, non si hanno risorse a sufficienza, perché esaurite dall'accumulo della continua attivazione simpaticotonica.

Ciò dipende dal "filtro" che quel particolare soggetto utilizza nell'impatto con l'evento: se questo filtro funziona vi è uno stress acuto positivo, ma se l'impatto arriva su un organismo con funzionamenti già alterati) l'evento sarà difficilissimo da superar perché il filtro

non funziona e ciò provocherà una condizione di grande disagio mantenendo l'organismo in questione in una condizione di attivazione permanente.

In una reazione sana dopo il superamento dell'ostacolo, l'attivazione fisiologica si abbassa e ritorna al cosiddetto base-line, cioè a condizione di allentamento, tranquillità e benessere. Se non si ritorna allo stato base-line, gli impatti successivi di eventi stressante saranno estremamente dannosi.



Il Neofunzionalismo collega le Esperienze di Base del Sé (EBS) e i Sistemi fisiologici:

- Asse ipotalamo-cortico-surrene attivato associato alle esperienze sul Controllo
- Peristalsi bloccata dovuto ad una incapacità di Allentare
- Sudorazione intensa dovuta a disregolazione termica e associata ad alterazione nell'Esperienza del Benessere
- Associa inoltre Esperienze di Base del Sé (EBS) e Neurotrasmettitori

- Adrenalina elevata associato ad alterazione nel Funzionamento del Controllo e vigilanza elevata
- Endorfine diminuite effetto dovuto a Carenza di Tranquillità e Benessere
- GABA basso per attivazione elevata,
- Livello di cortisolo associato a carenza nel funzionamento del Benessere e logoramento.

pericolo di utilizzare tecniche in modo non scientifico e senza un quadro teorico, il Funzionalismo si guarda al processo di terapia: cosa accade, come funzionano le tecniche su tutti i livelli del Sé.

L'area del Neofunzionalismo nella pratica terapeutica si muove secondo una modularità del setting, sostituisce il concetto di resistenza con quello di disfunzionamento, utilizza un progetto terapeutico preciso, non seguendo ciò che emerge ogni volta, opera per rimobilizzare le Funzioni e tutto il Sé e recuperare le Esperienze di Base non piene e carenti.

Il Neofunzionalismo propone una metodologia innovativa di intervento che si rivolge ai Funzionamenti di fondo che sono alterati, carenti.

L'intervento Funzionale antistress è di tipo multidimensionale.

L'obiettivo della terapia anti-stress è di agire alla radice dello stress cronico, lavorando sulle Funzioni alterate per farle tornare ad uno stato di mobilità e di integrazione di fondo del Sé. Favorire il recupero di un naturale alternarsi tra stato di attivazione e uno stato di rilassamento e riposo.

Obiettivo finale è recuperare le Esperienze di base del sé alla base della calma, del lasciare, dell'allentare il controllo.

Il trattamento messo a punto dalla teoria Funzionale permette di arrivare ad una modificazione di elementi profondi, psicobiologici dell'organismo, perché agisce su alcuni regolatori generali quali: la respirazione, la tensione muscolare, le posture, la

L'intervento Funzionale

Parte dalla diagnosi, dalla analisi e conoscenza delle condizioni di partenza.

Si agisce a monte, sugli elementi essenziali che caratterizzano appunto il funzionamento di fondo che sono universali per tutti gli essere umani.

La Psicoterapia Funzionale si differenzia sostanzialmente dalla Psicologia descrittiva o interpretativa perché agisce sia sui funzionamenti della persona che sulle sue funzioni.

Il Neofunzionalismo si avvale di una corposa e valida cornice teorica esulando così dal

memoria periferica e il sistema propriocettivo; elementi corporei accessibili ad un operatore.

Il percorso di terapia anti-stress ha una sua precisa strutturazione e ha lo scopo di superare le condizioni di stress cronico ma anche di aumentare la capacità di gestione nelle varie situazioni di vita.

Allo scopo si utilizzano tecniche d'intervento quali: il massaggio profondo dei muscoli, sequenze specifiche di movimento, immaginazioni guidate costruite allo scopo, suoni e odori che aiutano il recupero delle percezioni e delle sensazioni interne, particolare rilevanza è dato al lavoro per il ripristino della respirazione diaframmatica spontanea, caratteristica della calma e del benessere. Ci sono momenti nei quali si lavora sulla consapevolezza, per rendere leggibili i sintomi (vertigini, mal di testa, insonnia) e i meccanismi sui quali si innestano le reazioni di stress. Si suggeriscono strategie individuali sulla gestione degli eventi stressanti nella vita quotidiana, per evitare di accumulare stress. Inoltre si lavora per recuperare gli stati emotivi connessi con l'esperienza della calma, del lasciarsi andare, della tranquillità e a riconnetterli con le sensazioni corporee corrispondenti

Ripristinare i funzionamenti di fondo vitali. Intervenire sui Funzionamenti di fondo: ricostruirli e recuperarli

L'obiettivo è, infatti, recuperare Funzioni e Funzionamenti scomparsi dalla Gamma che una persona ha a disposizione nel presente. La Funzionalità respiratoria, che è spesso altera-

ta, è un esempio emblematico. Quando il respiro è solo toracico cioè trattenuto nella parte alta dell'organismo il diaframma si irrigidisce non consentendo ai polmoni di espandersi e riempirsi di aria, modalità tipica dell'allarme cronico.

La terapia Funzionale coniuga intervento sul corpo e sulla mente, poiché si fonda su una concezione che coglie l'unità complessiva del Sé.

Una ricerca sperimentale, condotta negli ultimi anni dal Neofunzionalismo in questa direzione, ha evidenziato tali fattori multidimensionali ed è arrivata alla costruzione di una *scala integrata stress-benessere*; una scala, quindi, che è di tipo diretto e che permette di valutare la condizione profonda e complessiva dei soggetti

Stress cronico produce alterazioni su tutti i piani del Sé teorizzati dalla teoria funzionale: il piano cognitivo, quello emotivo, fisiologico, muscolare-posturale.

Ad esempio sul piano cognitivo il Razionale è molto sviluppato al fine di esercitare un continuo controllo ma è eroso, la struttura del tempo contratta, la consapevolezza si stacca dal posturale e dal fisiologico, l'immaginazione perde la capacità progettuale, sul piano emotivo si ritrovano paure, preoccupazioni, dubbi, indecisioni, una emozione strisciante di scontentezza e rimpianto, su quello muscolare-posturale movimenti agitati, limitati, a scatti, spesso bruschi, posture irrigidite, su quello fisiologico si ritrova un respiro alto, trattenuto, una simpatotonia cronica e forte che

può essere responsabile di tachicardia, insonnia, disturbi gastrici, le sensazioni sono chiuse, anestetizzate, il tono muscolare è alterato.

Lo stato di stress cronico è prodotto da un cortocircuito tra sensazioni chiuse o alterate, paura e capacità logiche perdute.

Le alterazioni prodotte dallo stress cronico

Tensioni croniche con dolori e stanchezza, paura incistata, controllo esasperato ma inefficace con allarme sotterraneo, nervosismo, agitazione, modi bruschi, consistenza minata, chiusura, incapacità a proporsi, la Forza è soffocata dal rancore sordo, la continuità positiva annullata, sfiducia di fondo, umore scuro, appiattimento della vitalità, mancanza di slanci e di interessi, mancanza di energia.

Le Esperienze di base e i Funzionamenti di fondo maggiormente legati allo stress sono:

“Lasciare”, disattivarsi a livello muscolare, abbandonarsi all'altro

“Percepire” l'altro, la realtà, “Sensazioni”, “Benessere” inteso come armonia, interezza, vago-tonia, “Piacere” come capacità di godersi le cose, “Calma”, “Stare”, “Allentare il controllo” e attenzione morbida, “Gioia”, slanci, “Vitalità”, energia, capacità di “Giocare”.

L'intervento Funzionale agisce direttamente su emozioni e pensiero, sul sistema neurovegetativo, su sensazioni corporee e indirettamente su nervoso centrale, cervello e sistema en-

docrino attraverso emozioni e pensieri, il sistema Neurovegetativo e le Sensazioni.

Il vantaggio che offre la visione e la metodologia Funzionale è nel poter affrontare la complessità ed intervenire su di essa agendo sui *funzionamenti di fondo*, e su tutti i piani del Sé, senza perdersi nei tanti movimenti particolari, tante parole, gesti, pensieri, che sono solo le modalità più esterne e di superficie (legate ai vari contesti). *Si agisce invece a monte*, sugli elementi essenziali che caratterizzano appunto il funzionamento di fondo che sono universali per tutti gli essere umani.

La Metodologia Funzionale

Essa tende a migliorare la condizione di fondo dell'organismo, a potenziare la capacità di mantenere il proprio stato di salute e anche, eventualmente, ad amplificare la ricettività ai farmaci.

Le modalità d'intervento sono multidimensionali, mirati a ripristinare quei funzionamenti di fondo alterati per una profonda modificazione dei meccanismi radicati dello stress.

Le sedute variano da 8 a 12 di un'ora ciascuna.

Tranne la prima e l'ultima che sono generalmente di 90 minuti per l'utilizzo di strumenti.

Sono state messe a punto protocolli di massaggio profondo. Inoltre la terapia Funzionale si avvale di numerose tecniche psicocorporee ciascuna atta a recuperare una specifica esperienza e funzionamento carente

o alterata che impedisce di poter utilizzare le capacità ad esse collegate

Le sedute di lavoro Funzionale antistress sono strutturate seguendo questa metodologia: i primi 15/20 minuti sempre dedicati alle tecniche sul respiro (una sequenza di respirazione diaframmatica); altri 20 minuti sono dedicati alle sequenze massaggio collo-spalle, massaggio schiena, massaggio torace, massaggio viso-testa, massaggio pelvi-gambe, terapia del movimento, immaginazione guidata. Gli ultimi 10 minuti sono dedicati all'ascolto del paziente sulle sensazioni percepite.

Inoltre l'intervento procede per fasi: una prima fase è dedicata all'accoglimento dei vissuti, delle ansie e paure ma anche delle aspettative alla cura.

La fase successiva è dedicata alla mobilitazione dei distretti corporei con maggiori tensioni.

Strumenti

All'inizio della terapia antistress così come alla fine, per una verifica test-retest, vengono somministrati degli strumenti di osservazione, misurazione e verifica.

Strumenti utilizzati sono quelli di seguito elencati:

- in particolare il test MSP (Misura Psicologica dello Stress, messa a punto dai canadesi Lemyre, Tessier e Fillon), un test che permette di valutare la condizione psicologica dello stress, il sentirsi stressati. Il test MSP Mesure du Stress

Psychologique, è stato tradotto, testato, tarato, adattato validato per l'Italia da Di Nuovo, S., Rispoli, L.

A fianco all'M.S.P. è presente una possibilità di valutazione multidimensionale dello stato, della condizione di stress, attraverso un insieme di alcuni fattori psicofisiologici (in particolare il respiro) e ormonali che si sono rivelati più significativi nella valutazione dello stato complessivo (non solo psicologico) dello stress.

- Scheda Funzionale I colloquio: Schema di colloquio clinico semistrutturato (Rispoli L.)
- Schede di Valutazione Funzionale infanzia-adolescenza e adulti (a seconda dell'età del soggetto): si usa per verificare il funzionamento di alcune Esperienze di Base del Sé sui quattro piani Funzionali: cognitivo-simbolico; emotivo; movimenti e posture; fisiologico (Rispoli L.).
- Si utilizza anche una "Griglia Funzionale di Osservazione della Postura": si usa per una valutazione della postura, del movimento e della voce del paziente.
- Una "Griglia Funzionale Osservazione Respiro": si usa per valutare la congruenza, le pause, i rapporti di tempo e ampiezza e la frequenza della respirazione toracica e addominale.

Tutta questa serie di misure e osservazioni sono previste pro-

prio in un'ottica di una misura integrata di stress.

Là dove possibile per una particolare collaborazione del paziente, è previsto un prelievo ematico per il dosaggio del cortisolo, il cui aumento nel sangue è considerato strettamente connesso alla condizione di stress cronico.



Un cenno in più sul Test M.S.P. (misura di stress percepito): il test valuta gli aspetti autopercepiti dello stress relativi agli ultimi cinque giorni.

Esso indaga, attraverso 49 item, lo stato cognitivo-affettivo, fisiologico e comportamentale dell'individuo. I valori della scala vanno dallo 0 al 10, dove lo 0 indica il benessere e il 10 il massimo dell'alterazione. Inoltre l'analisi dei clusters permette di analizzare: 1) perdita di controllo, irritabilità; 2) sensazioni psicofisiologiche; 3) senso di sforzo e di confusione; 4) ansia depressiva; 5) dolori e problemi fisici; 6) iperattività, accelerazione comportamenti.

La misura dello stress cronico è una misura integrata. Il test MSP misura gli aspetti cognitivi e di autovalutazione; l'esame dell'atteggiamento posturale rileva indicatori comporta-

li; quello del respiro una importante variabile fisiologica.

E' multidimensionale la valutazione dei livelli e componenti dello stress così ovviamente è integrato e multidimensionale l'intervento.

Non si rivela sufficiente la rilevazione di semplici comportamenti o la valutazione esclusi-

vamente cognitiva ma una valutazione complessiva che tenga conto dei concetti che riguardano la gestione degli eventi come quello di coping, di hardiness, di barriera che insieme si integrano.

Si utilizzano inoltre metodologie di intervento adoperate dalla psicoterapia Funzionale per affrontare e superare lo stato di stress. Tali metodologie attraverso tecniche di movimenti, di respiro, sequenze e protocolli di massaggi, immaginazioni guidate, intervengono in modo diretto su vari livelli e piani del Sé alterati e coinvolti nel fenomeno dello stress, secondo una linea di ricerca che Rispoli porta avanti da diversi anni in direzione di una integrazione dei livelli corporei e psichici dei soggetti: una psicoterapia che agisca contemporaneamente su tutti i piani Funzionali del Sé.

Modalità operative

Il lavoro di Riequilibrio nella condizione di stress cronico secondo la metodologia Funzionale è un lavoro integrato e prevede:

- “Terapia del Respiro diaframmatico profondo” connesso con il sistema della calma che produce effetti sul Sistema Fisiologico (sudorazione, battito cardiaco accelerato, gastralgie, insonnia ecc.). Tra i fattori di regolazione generale, uno dei primi per la sua importanza è senza dubbio quello della respirazione. La respirazione diaframmatica, produce vagotonia, il sistema addetto ai momenti di calma, di tranquillità, di allentamento

Attraverso massaggi, sequenze di movimento e tecniche di aiuto si mobilita il diaframma, si tratta di recuperare la respirazione diaframmatica profonda capace di generare condizioni di calma e benessere, per recuperare una dimensione vagotonica per invertire il processo dello stress e diminuire allarme e vigilanza

- “Terapia delle posture” (morbide, più aperte) e del movimento attraverso sequenze di movimenti per recuperare morbidezza, apertura, fluidità e lentezza.
- “Terapia delle tensioni muscolari croniche” utilizzando anche tecniche di massaggio.

Le contrazioni e tensioni nel soggetto stressato riguardano

varie fasce muscolari, dovute ad allarme cronico.

La terapia Funzionale utilizza tecniche di massaggio profondo per ripristinare il tono di base, per recuperare il contatto



con le sensazioni perse a causa del blocco, tecniche volte a sciogliere contrazioni e tensioni croniche.

Il massaggio Funzionale è un insieme di diverse manovre eseguite sul corpo, con una pressione adeguata, che mira a modificare il tono muscolare e l'assetto profondo del muscolo preservare e migliorare il benessere psichico allentando tensioni e fatiche, riaprire antiche sensazioni positive, rigeneranti e rasserenanti, legate ad alcune delle più importanti Esperienze di Base.

Il tocco prevede in momenti differenti un contenimento o una modificazione del muscolo.

- “Terapia delle immagini guidate” che consentono di riconnettere il piano delle fantasie con le sensazioni corporee.
- Si utilizzano “tecniche di movimento” per riaprire le sensazioni e per recuperare morbidezza, lentezza, fluidità.

Naturalmente l'intervento

nella sua complessità riapre la consapevolezza e lavora sulle emozioni in particolare sulle paure, di ammalarsi, di non saper gestire le situazioni, di essere inefficace.

Gli effetti dell'intervento Funzionale

Si è riscontrato da studi e ricerche condotti da circa 30 anni sono: miglioramento dell'umore, calma e tranquillità di fondo, controllo morbido, lucidità, capacità di gestire situazioni di fronte a carichi di lavoro, aumento dei desideri, aumento della progettualità, miglioramento della sfera sessuale, miglioramento del metabolismo, diminuzione ritenzione dei liquidi, riequilibrio del sonno, regolazione cardiaca, diminuzione dei dolori, miglioramento dell'attività gastrointestinale, diminuzione degli stati infiammatori, diminuzione della tensione muscolare cronica, aumento neurotrasmettitori del benessere (endorfine, dopamina), diminuzione di ormoni (cortisolo e prolattina).

Le Tecniche Funzionali psicocorporee saranno indirizzate sulla capacità di “Lasciare” allentando le tensioni muscolari, disattivando le tensioni muscolari, recuperando il Respiro

diaframmatico, sciogliendo le contratture con tocco e massaggio; sul “Controllo” ripristinando un controllo non spasmodico ma morbido, sulla capacità di “Aprirsi”, riconnettendosi con gli altri, condividendo; sulla “Consistenza” personale lavorando sull'aprire la voce, amplificando e integrando il movimento con il suono della propria voce, tecniche sull'utilizzo di una voce piena e potente, sguardo aperto e diretto, posture erette, il recupero di sentimenti di fierezza, sulla capacità di “Vitalità” portando a movimenti e guizzi di gioia e sulla capacità di provare Sensazioni piacevoli.

Nell'intervento è necessario ripristinare la mobilità persa, è necessario ripristinare un'apertura che rinnovi la vita della persona e portarla a ritrovare sensazioni positive e vitali.

L'intervento può essere rivolto all'individuo come ad un gruppo o ad un contesto specifico.

Bibliografia

- Rispoli, L. (1996). *Psicologia Funzionale del Sé*, Astrolabi., Milano
- Di Nuovo, S., & Rispoli, L. (2000). *Misurare lo Stress*. Milano, Franco Angeli/Linea Test.
- Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e Sviluppo del Sé*. Milano, Franco Angeli.
- Di Nuovo, S. & Rispoli, L. (2010). *Analisi Funzionale dello Stress*. Milano, Franco Angeli/Linea Test.
- Rispoli, L. (2011) *Manuale della tecniche Funzionali*. I° e II° vol.

Il suicidio in adolescenza: evento imprevedibile?

Mariagrazia Carone*, Annarita Teofilo**

*Psicologa Psicoterapeuta, Responsabile del Servizio di Terapia Relazionale per i Casi con Problematiche di Conflitto Sociale, dell'U.O. Psichiatria Univ. Az. Osp. Policlinico - Bari

**Psicologa Clinica, Psicoterapeuta

Riassunto

Secondo le autrici alla base dell'atto suicidario di un adolescente vi sono molteplici e complessi fattori.

Spesso gli adolescenti inviano dei segnali premonitori, che possono essere diretti o indiretti: umore costantemente depresso, difficoltà di relazione con gli altri, fantasie di morte frequenti, cambiamenti significativi nella propria personalità, etc. Cogliendo tali segnali, quindi, il suicidio si può prevenire.

Una delle strategie di prevenzione molto spesso più efficace consiste nel mettere in grado genitori e insegnanti di porvi attenzione e di affrontarli, incrementando la tendenza a chiedere aiuto per i giovani a rischio.

Le psicopatologie, in particolare i disturbi di personalità, l'asocialità, l'abuso di sostanze, comportano in grado più o meno elevato una predisposizione al suicidio. Poiché questi disturbi sono curabili, è essenziale che vengano prontamente diagnosticati e trattati.

Il margine tra reali propositi suicidari e semplici fantasie a scopo manipolativo, può essere soggetto a errori di valutazione: pertanto nessun tentativo va mai sottovalutato. Peraltro, dopo un tentativo suicidario "dimostrativo", nell'arco di alcune settimane le condizioni del soggetto potrebbero precipitare e potrebbe realizzarsi una vera e propria intenzionalità suicidaria.

Pertanto molti suicidi altri potrebbero essere prevenuti.

Parole chiave: suicidio - adolescenza - psicoterapia familiare

L'ingresso dei figli nell'età adolescenziale determina una crisi che coinvolge l'intera famiglia. Spesso la vita in famiglia diventa un terreno di scontro rispetto a problemi apparentemente banali, come l'andamento scolastico, l'orario di rientro serale, la vita sociale, le amicizie. Queste tematiche sono in realtà cruciali nelle contrattazioni tra genitori e figli, poiché riguardano da un lato la ricerca di autonomia degli adolescenti, dall'altro il bisogno di protezione da parte dei genitori.

Prima di fornire indicazioni ai figli è fondamentale che i genitori conoscano bene ciò che fanno e che desiderano, entrando in sintonia con

loro. Tuttavia, man mano che essi crescono diventa complicato seguirli da vicino, poiché si chiudono in camera per lunghi periodi, trascorrono gran parte del tempo con gli amici, usano un linguaggio criptato, allusivo: si crea, in altre parole, una sorta di "zona cieca" (Speltini e Molinari, 2005), impenetrabile e impermeabile ai genitori.

Quando la comunicazione diventa difficile, il genitore può scotomizzare il problema, oppure cercare di saperne di più. Per intervenire sulle difficoltà del figlio, il genitore deve conoscerlo, mettendo in atto il "monitoring", insieme di comportamenti correlati alla genitorialità, che comprendono l'attenzione verso le sue attività, non di rado rischiose nel periodo adolescenziale (Bonino, 2005), i luoghi e gli amici frequentati e i cambiamenti manifestati (Brown, Mounts, Lamborn e Steinberg, 1993; Dishion e McMahon, 1998). La consapevolezza di ciò che accade ai figli deriva, comunque, dalla capacità dei genitori di comunicare loro il proprio interesse per le attività che svolgono, e dalla capacità di interpretare i loro segnali comunicativi in modo appropriato.

L'adolescenza come separazione - individuazione

Durante l'adolescenza si verifica un progressivo e faticoso svincolo dalla tutela e dal controllo dei genitori, attraverso la conquista graduale di spazi sempre più ampi di movimento e di scelta. Per i genitori questo percorso implica l'onere di accettare i bisogni dei ragazzi e di rispondere in modo armonico alle loro richieste. Negli scontri con gli adulti, gli adolescenti mettono alla prova i confini del proprio Sé tentando di infrangere le regole di comportamento imposte dalla società.

L'adolescenza può essere interpretata come *evoluzione*, cogliendone la continuità col passato, ma anche come *crisi*, evidenziandone maggiormente la dimensione di peculiarità sia rispetto

al passato, l'infanzia, sia rispetto al futuro, l'età adulta. Per quanto riguarda la prima linea interpretativa, Blos in particolare, sviluppando i concetti di Margaret Mahler sul rapporto madre - bambino, ha proposto di considerare l'adolescenza nei termini di un *secondo processo di separazione - individuazione*. L'*individuazione* implica che chi cresce assuma crescenti responsabilità, e porta nel suo stadio finale alla costruzione di un nuovo senso di identità. Prima di poter consolidare questa formazione, l'adolescente deve attraversare stati di disagio e di esistenza frammentaria. Nel processo di *autodefinizione* sono utili le tendenze all'opposizione, alla ribellione, gli stadi di sperimentazione, la messa alla prova di se stessi attraverso gli eccessi. Il processo di individuazione dell'adolescenza è accompagnato da sentimenti di isolamento, di solitudine, di disorientamento. La consapevolezza che l'infanzia è irrevocabilmente finita, che urgono impegni, crea un senso di pressione, di timore, di panico.

La seconda linea interpretativa considera l'adolescenza come un momento di riorganizzazione psichica, che inizia con la pubertà, in cui l'adolescente vive dei cambiamenti, delle contraddizioni e dei conflitti, la cui evoluzione è aperta poiché possono sfociare in una conquista progressiva di se stessi, ma anche in delusione.

Il compito evolutivo più significativo dell'adolescente, il raggiungimento di una propria identità adulta, può essere agevolato o meno dai familiari. Alla fine dell'adolescenza il giovane crea relazioni significative e stabili al di fuori della cerchia familiare. La separazione è una meta importante e per la sua riuscita richiede che siano state raggiunte, in maniera soddisfacente le mete della filiazione e dell'individuazione. Solo se i rapporti con la famiglia saranno stati stretti, fiduciosi e reciproci il ragazzo sarà in grado di modificare i legami familiari e sostituirli in parte con vincoli extrafamiliari. Poiché l'individuazione è legata a una nuova definizione e a un diverso significato della relazione emotiva e affettiva con i genitori, essa può essere ostacolata da genitori che abbiano a loro volta problematiche emotive irrisolte. La separazione dell'adolescente dai ge-

nitrici è fisiologica nella misura in cui non viene accelerata o forzata, né rinviata. Un vero distacco è possibile solo se si è potuto esperire un senso di appartenenza alla famiglia, ciò che non può avvenire in famiglie disimpegnate. Perché l'adolescente riesca a separarsi e a rendersi autonomo, è necessario anche che la struttura familiare sia sufficientemente flessibile, in modo da tollerare i momenti di disorganizzazione inevitabili nel passaggio da una fase all'altra del ciclo vitale. In questo processo di svincolo l'adolescente metterà in discussione non solo i modelli di funzionamento familiare, ma anche i valori, gli ideali e le credenze della propria famiglia. La contrapposizione è una tappa necessaria all'individuazione: l'eccessiva e imitativa accettazione dei modelli parentali mostra una difficoltà nell'individuazione. Per arrivare alla differenziazione è necessario un movimento disgiuntivo da parte di tutti i membri del sistema, tra i quali avviene la negoziazione circa le modalità del distacco. Le famiglie invischiate avranno maggiori difficoltà a negoziare questo distacco perché i loro membri lo sentiranno come una sorta di tradimento.



La comunicazione fra genitori e figli adolescenti

In alcuni modelli teorici dell'interazione familiare (come in quello *circonflesso* di Olson), la comunicazione è considerata una delle dimensioni centrali del funzionamento familiare, e viene indicata come "elemento facilitante" del movimento dinamico che le famiglie compiono nella regolazione dei loro legami affettivi e delle loro capacità organizzative. La fragile costituzione dell'identità adolescenziale richiede un supporto comunicativo genitoriale che agisca da "organizzatore", consen-

tendogli, attraverso un meccanismo di conferma, di esplorare parti di Sé non ancora sperimentate. La qualità della comunicazione tra genitori e adolescenti viene considerata un indicatore della capacità del sistema di effettuare un cambiamento di livello in rapporto alle dimensioni della coesione e della adattabilità.

Gli adolescenti considerano la qualità della loro comunicazione con i genitori con maggiore criticità rispetto a questi ultimi. Un'elevata percezione di negatività può tuttavia mettere in luce l'esistenza delle problematiche tra genitori e figli che riguardano il disagio dell'adolescente a essere "riconosciuto" e confermato nel suo tentativo di individuarsi.

Per un genitore incapace di sopportare la perdita del suo controllo, accettare la crescita del figlio viene avvertita come una minaccia al proprio Sé. Ciò determina l'incapacità di comunicare in modo consonante e armonico e può portare persino a una quasi totale inibizione della comunicazione.

Tra le famiglie che chiedono aiuto, per i comportamenti sintomatici degli adolescenti, è possibile individuare tre caratteristiche:

- a) incapacità di accogliere i nuovi compiti e ruoli che vengono richiesti sia a livello esecutivo sia a livello relazionale;
- b) "incompetenza" genitoriale (soprattutto per malattia fisica o psichica);
- c) relazioni disfunzionali che coinvolgono la coppia genitoriale e il rapporto genitori/figli, evidenziati da una conflittualità prolungata nel tempo che coinvolge tutta la famiglia.

Le famiglie invischiate e disimpegnate rappresentano i poli estremi di un continuum lungo il quale la famiglia "funzionale" si colloca nel mezzo. Nelle famiglie disfunzionali, la madre può essere al centro delle comunicazioni familiari, mentre il padre, in posizione periferica, appare emotivamente poco "sintonizzato" con il clima familiare.

Nelle famiglie problematiche soprattutto gli adolescenti percepiscono con chiarezza la rigidità dell'organizzazione del sistema.

Inoltre nelle famiglie problematiche si rileva una "triangolazione" dell'adolescente nel conflitto genitoriale.

Nelle famiglie caotiche vi sono, poi, incostanza

di modelli organizzativi e confusione dei confini generazionali.

Tutte queste organizzazioni familiari si dimostrano incapaci di trovare soluzioni adeguate per le esigenze che variano, essendo impreparate a compiere cambiamenti di secondo ordine, ossia morfogenetici.

Fattori predisponenti e segnali predittivi

Alla base dell'atto suicidario di un adolescente vi sono molteplici e complessi fattori. Possono essere considerati predisponenti:

- casi di precedenti suicidi in famiglia
- tendenza al suicidio di membri della famiglia, amici o persone care
- precedenti tentativi di suicidio
- concomitanza con alcoolismo e uso di stupefacenti
- presenza di psicopatologie nei genitori
- stati di disperazione
- tendenza all'impulsività o aggressività
- facilità di accesso a strumenti letali come le armi
- precedenti di abuso sessuale o psichico
- tendenze omosessuali
- stress, in particolare improvvise perdite di importanti relazioni interpersonali, problemi legali o disciplinari
- mancanza di coinvolgimento nella vita scolastica

Spesso gli adolescenti inviano dei segnali premonitori, che possono essere diretti o indiretti: umore costantemente depresso, tendenza all'isolamento, difficoltà di relazione con gli altri, frequenti fantasie di morte, atteggiamenti di perdita di speranza, grave stato d'angoscia, calo nel rendimento scolastico o sportivo, perdita degli interessi, minore partecipazione alle attività sociali e di gruppo. Altri indicatori possono essere:

- cambiamenti nelle abitudini alimentari o nel ritmo del sonno
- allontanamento dagli amici, dalla famiglia e dalle normali attività
- scarsa cura della propria persona
- cambiamenti significativi nella personalità
- persistente stato di noia, difficoltà di concentrazione
- continue lamentele di disturbi fisici, come

mal di pancia, mal di testa, fatica, ecc.

- perdita di interesse nelle attività di svago
- insoddisfazione nei confronti di elogi o riconoscimenti.

Il suicidio si può prevenire, cogliendo tali segnali.

Una delle strategie di prevenzione più efficaci consiste nel mettere in grado genitori e insegnanti di porvi attenzione e di affrontarli, incrementando la tendenza a chiedere aiuto per i giovani a rischio.

Uno degli scopi principali delle strategie di prevenzione è quello di ridurre i fattori di rischio. Le psicopatologie, in particolare i disturbi di personalità, l'asocialità, l'abuso di sostanze, comportano in grado più o meno elevato una predisposizione al suicidio. Poiché questi disturbi sono trattabili, è essenziale che vengano prontamente diagnosticati.

È importante valutare il grado effettivo di intenzionalità dei comportamenti suicidari. L'impiego di corde per impiccagione, defenestramento, gas, armi da fuoco, procedure attuate in solitudine e che dimostrano una meditazione attenta, sono metodi che lasciano pochi dubbi. Altri metodi potrebbero invece indicare stati di angoscia gravi, ma finalizzati a una richiesta di aiuto più che a una vera intenzione suicidaria. Tuttavia, il margine tra reali propositi suicidari e semplici fantasie a scopo manipolativo può essere soggetto a errori di valutazione, e pertanto nessun tentativo va mai sottovalutato. Peraltro, dopo un tentativo suicidario "dimostrativo", nell'arco di alcune settimane le condizioni del soggetto potrebbero precipitare e subentrare una vera e propria intenzionalità suicidaria.

Pertanto molti casi di suicidio potrebbero essere prevenuti.

Alcuni casi clinici

Il caso di A.

L'U.O.C. di Pediatria del Policlinico di Bari aveva avanzato alla Dott.ssa Mariagrazia Carone una richiesta di psicoterapia familiare per il nucleo di A., una ragazza di 13 anni, che aveva tentato il suicidio provando a ingerire dell'ammoniaca in seguito all'ennesimo violento litigio della coppia genitoriale.

Secondo i medici i genitori, e soprattutto la ma-

dre, non mostravano segnali empatici e di reale preoccupazione verso il gesto della ragazzina. La madre, infatti, non si era ricoverata con la ragazza, come di solito avviene per i minori, facendosi sostituire in questo dalla figlia maggiore, che aveva a sua volta messo in atto un tentativo di suicidio qualche tempo prima e che appariva essa stessa molto depressa.

La famiglia, però, aveva rifiutato la proposta di psicoterapia presso il servizio di psicoterapia familiare dell'Azienda Ospedaliera, contrapponendo l'ipotesi di voler valutare la possibilità di rivolgersi a un terapeuta privato. L'atteggiamento di scarsa compliance del nucleo ci aveva fatto ritenere comunque opportuno, prudenzialmente, fare una segnalazione ai Servizi Sociali e al Tribunale dei Minori, perché monitorassero l'impegno dei genitori a preoccuparsi realmente dei segnali lanciati dalle figlie.

Il caso di M.

L'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile (NPI) della stessa Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari aveva fatto richiesta di psicoterapia familiare per il nucleo di M., di 13 anni, a seguito di diversi tentativi di suicidio della stessa. La ragazza seguiva una terapia psicofarmacologica prescritta in regime di ricovero, avvenuto qualche mese prima, perché non riusciva più a muovere le gambe in assenza di evidenza di psicopatologie organiche. Al primo day hospital seguito alla dimissione dal reparto di NPI, la neuropsichiatra aveva consigliato un nuovo ricovero della ragazza, ma il nucleo familiare lo aveva rifiutato "perché in prossimità delle festività natalizie".

Durante la psicoterapia, M. aveva riferito di avvertire tutti i giorni impulsi al suicidio, riportando alcuni episodi in cui aveva messo in atto dei tentativi. Un anno prima aveva tentato di defenestrarsi dalla sua casa al sesto piano: infatti si era seduta sul davanzale, ma poi non era riuscita a lanciarsi nel vuoto. Un'altra volta si era chiusa in camera e aveva tentato di ingerire una dose massiccia di psicofarmaci, ma era stata fermata dal sopraggiungere della madre che aveva bussato alla sua porta. Pochi giorni prima dell'inizio della psicoterapia familiare poi aveva tentato di tagliarsi le vene con una lametta sotto gli occhi del padre, che

in seduta, così come pure la madre, aveva peraltro sminuito tale gesto, commentandolo ridendo.

La Dott.ssa Mariagrazia Carone aveva quindi ribadito ai genitori, durante la prima seduta, l'urgenza di un nuovo ricovero per tenere la minore sotto osservazione e tutelarla da eventuali altri tentativi, finché il lavoro psicoterapeutico non fosse avanzato, ma anche questa volta i genitori erano sembrati restii. Li aveva pertanto motivati ad accelerare il controllo c/o la NPI, dove era stata evidenziata la necessità urgenet di ricoverare M., pur proseguendo nel lavoro di psicoterapia familiare. Durante tale degenza, M. aveva tentato nuovamente il suicidio, ingerendo una dose di psicofarmaci lasciati incustoditi dalla madre che nel frattempo si era allontanata all'insaputa del personale medico/infermieristico del reparto, che pure le aveva suggerito di non lasciare mai da sola la ragazza. Tale "svista" della madre aveva evidenziato ulteriormente come la famiglia non fosse pronta a cogliere i segnali inviati dalla ragazza. Anche in questo caso pertanto psicoterapeuta e neuropsichiatra, di comune accordo, avevano ritenuto opportuno proteggere la minore con una segnalazione ai Servizi Sociali e al Tribunale dei Minori perché fosse predisposto un allontanamento temporaneo della stessa presso una struttura protetta, finché il nucleo familiare non fosse stato aiutato a decodificare opportunamente il disagio psicologico espresso dalla minore e a farvi fronte in maniera funzionale.

Conclusione

Spesso ci si stupisce quando si apprende da T.V. o giornali la notizia che un adolescente "normale", con una vita e una famiglia regolari decide di togliersi la vita. In questi casi non ci si accorge purtroppo di non aver saputo vedere, di non aver saputo capire.

Spesso ci si domanda cosa non andava e non si trova una risposta. «Era un ragazzo così studioso, tranquillo, attaccato alla famiglia, sincero...», «Non aveva problemi...», dice chi lo conosceva. Eppure, un'analisi più approfondita della vita di questi adolescenti metterebbe in rilievo tanti segnali non colti, tanti campanelli d'allarme non ascoltati. Anche quando i ragazzi avevano inviato messaggi evidenti, come tentativi di suicidio non

portati a termine, i genitori, e qualche volta anche le istituzioni li avevano sottovalutati, non intervenendo tempestivamente o non accettando l'aiuto offerto dagli esperti. E allora questi adolescenti erano restati soli nella loro angoscia e nella loro disperazione, e magari, per dare un ulteriore segnale, avevano tentato nuovamente di farla finita, a volte riuscendoci tra lo stupore di chi li conosceva.

«Da qualche giorno sei taciturna. C'è qualcosa che non va?», chiede il padre alla figlia poco più che tredicenne: - «Tutto bene», borbotta lei.

:- «Ma ne sei proprio sicura?», incalza la mamma. :- «Vi ho già detto che non c'è nulla, che non ho nulla, che non mi serve nulla!», sbotta la ragazzina strillando e chiudendosi in camera sua. «Cosa si nasconde dietro quella porta? Quali pensieri? Quali segreti?» (Smorti, 2006).

Bibliografia

- Ammaniti, M. (1997). *Cambiamento dei paradigmi clinici in adolescenza: quesiti teorici ed operativi. Psicologia Clinica dello Sviluppo, I, 3, 441-447.*
- Baranès, J. J. (1999). *L'adolescenza, una fase della generazione.* In P. Bria & L. Rinaldi (Eds.). *Corpo e mente in adolescenza.* Milano: Franco Angeli.
- Birraux, A. & Lauru, D. (2013). *L'enigma del suicidio in adolescenza.* Collana Dipendenze Patologiche n. 3. Roma: Alpes.
- Blos, P. (1977). *L'adolescenza: una interpretazione psicanalitica.* Milano: Franco Angeli.
- Blos, P. (1988). *L'adolescenza come fase di transizione: aspetti e problemi del suo sviluppo.* Roma: Armando.
- Bonino, S. (2005). *Il fascino del rischio negli adolescenti.* Firenze: Giunti.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D. & Steinberg, L. (1993). *Parenting practices and peer group affiliation in adolescence.* *Child Development, 64, 467-482.*
- Carbone, P., Cammarella, A. & Cimino, C. (1997). *Legami di sangue, ciclo mestruale e identità di genere in adolescenza.* *Adolescenza, 8/2, 142-157.*
- Cilli, C. (2013). *Prevenire il suicidio. L'importanza di una corretta informazione.* Francavilla al Mare (Chieti): Psiconline.
- Coslin Pierre, G. (2012). *Adolescenti da brivido. Problemi, devianze e incubi dei giovani d'oggi.* Roma: Armando.
- D'Onofrio, E. (2013). *Adolescenza. Una terra di mezzo.* Roma: Aracne.
- De Gaston, J. F., Weed, S. & Jensen, L. (1996). *Under-*

- standing gender differences in adolescent sexuality*. *Adolescence*, 31, 217-231.
- Del Regno, A. R. (2013). *Insuccesso scolastico. Rischio di depressione e suicidio adolescenziale*. Libellula Edizioni.
- Dishion, T. J. & McMahon, R. J. (1998). *Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation*. *Clinical Child and Family Review*, 1 (1), 61-75.
- Donadi, P. (2000). *Generi: differenze nelle identità*. Milano: Angeli.
- Erikson, E. H. (1987). *Gioventù e crisi di identità*. Roma: Armando.
- Freud, A. (1979). *L'adolescenza come disturbo evolutivo*. In *Opere 1945-1964 (Vol. 2)*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In *Opere 1970 (Vol. 4)*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1984). *Frammento di una analisi di isteria (Caso clinico di Dora)*. In *Opere 1970 (Vol. 4)*. Torino: Boringhieri.
- Giampieri, E. & Clerici, M. (2013). *Il suicidio oggi. Implicazione sociali e psicopatologiche*. Milano: Springer Verlag.
- Gino, M. (1997). *Vendicarsi e dominare: elaborazione transferale delle fantasie sessuali infantili nella ricerca dell'identità di genere in adolescenza*. *Adolescenza*, 8/2, 158-170.
- Irigaray, L. (1975). *Speculum. L'altra donna*. Milano: Feltrinelli.
- Kestenberg, E. (1980). *La crise de l'adolascence*. *Rev. Franc. Psychoanal.* 44, 3-4, 524-30.
- Laufer, M. & Laufer, M.E. (1986). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Boringhieri.
- Loperfido, A. (2014). *La metamorfosi della sofferenza. Dopo il suicidio di un familiare*. Bologna: EDB.
- Lorenzini, R. (2013). *Suicidio? Dieci buoni motivi per non suicidarsi*. *State of Mind*. Il giornale delle scienze psicologiche. Maggio 13, from <http://www.stateofmind.it/2013/05/no-suicidio/>
- Maiorello, V. (2011). *Il nulla e il suicidio giovanile. Analisi e riflessione su un fenomeno drammaticamente attuale*. Roma: Progetto Cultura.
- Mancioppi, S. (2013). *Denise, una paziente virtuale a rischio di suicidio*. *State of Mind*. Il giornale delle scienze psicologiche. Gennaio 23, from <http://www.stateofmind.it/2013/01/denise-suicidio/>
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1996). *Adolescenza e psicopatologia*. Milano: Masson.
- Meltzer, D. (1975). *Stati sessuali della mente*. Roma: Armando.
- Nicolini, P. (1999). *Che pensi di te stesso? Autopresentazioni di adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Nicolò, A. M. & Zavattini, G. C. (1992). *L'adolescente e il suo mondo relazionale*. Roma: NIS.
- Novelletto, A. (1992). *Adolescenza, amore, accoppiamento*. Roma: Borla.
- Oliverio Ferraris, A. (2014). *Genitori di adolescenti*. *Psicologia Contemporanea*, 244, 34-41.
- Pace, U. & Guzzo, G. (2012). *Le traiettorie disadattive in adolescenza. Le differenti forme di disagio in una fase di transizione*. Milano: Angeli.
- Pani, R. & Di Paola, A. (2013). *Senso di vuoto e bisogno di annullarsi. Adolescenti e giovani adulti a rischio di suicidio*. Bologna: CLUEB.
- Pelanda, E. (1990). *Qualche riflessione sul rapporto tra il funzionamento del pensiero e la costruzione dell'identità nell'adolescente*. In Pelando E. (Ed). *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano: Feltrinelli.
- Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milano: Cortina.
- Pietropolli Charmet, G. (2009). *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*. Milano: Cortina.
- Pommerau, X. (2010). *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*. Milano: Pgreco.
- Pompili, M. (2013). *La prevenzione del suicidio*. Bologna: Il Mulino.
- Pontati, C. & Pontati, I. (1999). *L'adolescenza tra codici familiari e codici sociali*. In P. Bria & L. Rinaldi (Eds). *Corpo e mente in adolescenza*. Milano: Angeli.
- Post, U. (1997). *Sessualità e identità di genere*. *Adolescenza*, 8/3, 294-299.
- Redl, F. (1942). *Group Emotion and Leadership*. *Psychiatry* Vol. V.
- Resnik, S. (1999). *La trasformazione del mondo in adolescenza*. In P. Bria & L. Rinaldi (Eds). *Corpo e mente in adolescenza*. Milano: Angeli.
- Smorti, A. (2006). *Nella testa dei figli*. *Psicologia Contemporanea*, 196, 54-61.
- Speltini, G. & Molinari L. (2005). *La zona cieca tra genitori e figli*. *Psicologia Contemporanea*, 196, 6-13.
- Tosi, A. (2013). *Puoi contare su di noi. Crescere un figlio adolescente*. Roma: Armando.
- Wilson, E.O. (1978). *On human nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (1994). *Adolescenza: il dibattersi nella bonaccia*. In D. W. Winnicott (Ed.), *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo* (1968). Roma: Armando.
- Winnicott, D. W. (1953). *L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma*. In D. W. Winnicott (Ed.), *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi* (1975). Firenze: Martinelli.
- Zanaboni, M. G. & Clerici, M. (2013). *Un grido nel silenzio. Il suicidio in adolescenza. L'esperienza del Crisis Centre de L'amico di Charly Onlus*. Roma: Alpes.

Valutazione clinica degli indici psicopatologici per inquadramento diagnostico e interventi appropriati e globali in minore con disabilità intellettiva. Case-report

Giovanna Teresa Pontiggia*, Grazia DeMarco**

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

** Psicologa, Esperta in Psicodiagnostica, Specializzanda in Psicoterapia

Riassunto

L'obiettivo del seguente lavoro è sottolineare l'importanza di un inquadramento psicodiagnostico globale con valutazione degli indici psicopatologici, oltre che dei deficit cognitivo-funzionali. Il caso descritto è quello di un minore di 13 anni con Ritardo Mentale, in carico presso la sede di un servizio sanitario pubblico. In particolare, l'accento è posto sulla rilevanza clinica dell'approcciarsi al Ritardo Mentale dando rilievo, non solo alle componenti cognitive e/o comportamentali, ma anche agli aspetti emozionali, affettivi e psichici che caratterizzano la persona nella sua unicità. Tale protocollo è basilare al fine di garantire un progetto terapeutico-riabilitativo e di integrazione scolastica specifico e mirato. È fondamentale che detto progetto abbia obiettivi realistici e si avvalga di strumenti terapeutici e didattici adeguati alle peculiarità della persona, nel rispetto delle abilità acquisite, dei suoi bisogni, ma soprattutto delle sue potenzialità.

Parole chiave: *Ritardo mentale, psicopatologia, valutazione psicodiagnostica.*

Nell'ambito degli interventi rivolti ai minori in condizioni di disabilità intellettiva, risulta cruciale un corretto inquadramento

diagnostico clinico-funzionale quale prerequisito per un appropriato progetto di integrazione scolastica e terapeutico-riabilitativo orientato alla *persona* nella sua globalità. Vygotskij (1934/1990) sostiene che l'unità della sfera intellettuale e affettiva è la prospettiva di base dalla quale costruire una dottrina relativa alla natura della disabilità mentale congenita.

Alla luce di tale principio e di quanto raccomandato dall'OMS, è rilevante approcciarsi alla valutazione con un'ottica globale, e non solo cognitiva e/o comportamentale, che agevoli una progettualità su misura con obiettivi realistici e strumenti terapeutici appropriati alle caratteristiche del singolo. Infatti, ogni paziente, in relazione ad esse, non può essere riduttivamente ed esclusivamente ricondotto ad una nomenclatura diagnostica, egli è una persona contraddistinta da una peculiare specificità. Utilizzare un processo deterministico-lineare di classificazione diagnostica, può comportare il rischio di perdere le "sfumature" e l'"unicità" che caratterizzano la persona e di lasciar sfuggire le differenti declinazioni di una diagnosi,

di una diagnosi differenziale e di comorbilità e di non poter valorizzare risorse disponibili. Senza trascurare l'assunto che una diagnosi in età evolutiva è una diagnosi in itinere (in fieri) e non una diagnosi chiusa (definita una volta per tutte), nel rispetto della caratteristica intrinseca di questa fase della vita, ossia quella di essere in continua evoluzione.

Alla luce di tali presupposti, diventati parte del nostro *know how*, il lavoro riportato è stato svolto nell'intento di comprendere, nella sua peculiare unicità, un minore di anni 13, giunto all'osservazione con diagnosi pregressa di "Ritardo Mentale lieve con turbe del comportamento".

Secondo l'ICD-10 il Ritardo Mentale è una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. La caratteristica fondamentale è un funzionamento intellettuale generale, significativamente al di sotto della media.

A questo si aggiunge la presenza di importanti limitazioni nel funzionamento adattivo. Come ulteriore criterio si deve verificare un esordio precedente ai 18 anni di età. Le indagini della Organizzazione Mondiale della Sanità (1994) riportano che nel mondo ci sono circa 156 milioni di persone (il 3% della popolazione del mondo) con Ritardo Mentale, in Italia circa 1,5 milioni. Il disturbo è più comune nei maschi, con un rapporto maschi-femmine di 1,5:1.

Le persone con disabilità intellettiva possono presentare in comorbilità tutta la gamma delle sindromi psichiche, e la prevalenza di tali sindromi è almeno tre o quattro volte maggiore in questo gruppo che nella popolazione generale. Nell'ambito del Ritardo Mentale, tuttavia, l'attenzione valutativa e relazionale risulta prevalentemente focalizzata sui deficit cognitivi, con un rilievo minore attribuito agli aspetti emozionali, affettivi e psichici, quasi essi non siano costitutivi della struttura del soggetto. Spesso si sottovaluta l'impatto della interazione, sia pure soggettiva, tra deficit cognitivo, fattori di personalità, vulnerabilità bio-psico-sociale, esposizione a fattori di rischio psicopatologico e tentativi messi in atto, ma non sempre colti, di compenso/adattamento. Questo bias valutativo e diagnostico-prognostico, nel suo continuum, è legato alla tendenza a non mettere a fuoco sufficientemente e a non cogliere tempestivamente la complessità che caratterizza tali soggetti. Quello che Pilone, Muzio e Levvero sostengono è che in realtà

il Ritardo Mentale «non è solo la somma dei deficit cognitivi, quanto piuttosto un modo complessivo di *essere* del soggetto, la cui comprensione può avvenire solo sulla base dell'analisi complessiva del funzionamento mentale che si configura come specifica struttura di personali-



tà» (2000, p. 30 ed. orig.). La complessità aumenta notevolmente se si prende in considerazione anche il ruolo dei contesti. In primis la famiglia che si trova di fronte ad una realtà particolarmente dolorosa, quella di dover abbandonare l'immagine, la rappresentazione e, perché no, l'aspettativa di un figlio *perfetto* e dover confrontarsi, invece, con il deficit cognitivo e con le sue variegate manifestazioni. Tale lettura può determinare reazioni di diniego, minimizzazione o, al contrario, una delusione per il figlio intelligente a cui si deve rinunciare (Fava Vizziello, 2003) sostenuta, almeno nei primi anni di vita, da prospettive di sviluppo discordanti dai percorsi attuabili con il minore.

Nel caso illustrato nel presente lavoro, il percorso psico-

diagnostico preventivato per il minore è stato: osservazione e colloquio clinico, colloqui con i genitori, somministrazione di WISC-R, reattivi grafici, Favole della Düss e VAP-H. Quest'ultimo è uno strumento specifico per la valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handi-

cap (Pilone, Muzio e Levvero, 2000). Tale scelta è stata dettata dal principio per cui una migliore precisione diagnostica non rappresenta una deriva patologizzante, ma una linea di base su cui costruire una più specifica e appropriata progettualità di intervento.

Nelle osservazioni cliniche iniziali del minore erano stati rilevati dei marker, non casuali o sporadici, di rilievo psicopatologico. Nello specifico si erano osservati impulsività, ipervigilanza, estraniamento dalla realtà e ricorrenti confabulazioni legate a nuclei persecutori reiterati, tuttismarcatamente interferenti con il processo attentivo, la risposta agli stimoli e il livello prestazionale. L'attenzione, infatti, risultava discontinua, non solo per cadute di tipo neuropsicologico, ma per interferenze

delle componenti psichiche e necessitava di un continuo ri-orientamento al compito e al qui ed ora, attraverso il contenimento delle ideazioni intrusive. Sulla base dei suddetti rilievi clinici si è valutato di approfondire in modo più completo tali elementi, in precedenza non indagati e interpretati semplicemente come turbe del comportamento. L'indagine precedente, svolta solo in modo parziale, aveva, così, posto in essere una lettura dei sintomi e dei segni in modo segmentario, senza attribuire loro significato nel contesto "persona", perdendo un collocamento più globale degli stessi, indispensabile per una definizione clinica e terapeutica appropriata. Attraverso il percorso psicodiagnostico effettuato con il minore è stato, quindi, possibile raccogliere dati relativi alle diverse aree, consentendone una comprensione più ampia e globale. Scendendo nello specifico, vediamo che le principali informazioni anamnestiche hanno evidenziato: gravidanza normodecorsa, anamnesi perinatale nella norma; tappe dello sviluppo psicomotorio raggiunte nella norma; lieve rallentamento dello sviluppo linguistico, compensato con la frequenza della scuola materna, una problematica di natura comportamentale, con manifestazioni di iperattività e atteggiamenti provocatori verso i compagni, e una problematica di natura cognitiva evidenziata con l'ingresso alla scuola elementare. Per quanto riguarda l'ambito relativo al sé è emerso: carenza di difese adeguate; percezione di marcato stress

ambientale con difficoltà a sviluppare strategie di coping per farvi fronte; inferiorità e sensi di colpa legati a vissuti relativi a tratti di impulsività; blocco affettivo ed inibizione; insicurezza legata alla bassa autostima e bisogno di affermazione di sé. Dal punto di vista cognitivo risulta un lieve ritardo mentale; perseverazioni di contenuti in ambiti differenti e ideazione non sempre contestuale. L'ambito comportamentale è caratterizzato da comportamenti autoaggressivi, eteroaggressivi e atteggiamenti di difesa. Nelle relazioni con l'altro è presente difficoltà di inserimento e di interazione nei contesti sociali coesistente col desiderio di essere incluso socialmente; aggressività; vissuti fortemente persecutori e ipercritica sociale. Nelle relazioni con la famiglia emergono sentimenti di estraniamento dalle figure di riferimento;

squalifica del fratello.

Il test VAP-H si è rivelato particolarmente specifico e utile per individuare la presenza di tratti psicopatologici e affidabile per la coerenza rilevata con gli altri strumenti diagnostici utilizzati e con l'osservazione clinica. Lo strumento ha permesso di delineare chiaramente i seguenti elementi: difficoltà nelle relazioni di base (64%), ricerca continua di attenzione (60%), impulsività e deficit di autocontrollo (50%), problemi di autostima e di autoefficacia (50%), instabilità emozionale (43%), fissità del pensiero e perseverazione dell'ideazione disfunzionale (42%).

Una importante chiave di lettura per i dati rinvenuti è rappresentata dall'assunto secondo il quale è indispensabile presupporre e non trascurare una reciproca influenza tra le componenti cognitive, quelle di



vissuti di ambivalenza e confusione nella rappresentazione dei ruoli genitoriali e sentimenti di rivalità fraterna con tentativi di

personalità ed emotivo-affettive nell'evoluzione della persona. Nello specifico le componenti cognitive intervengono sulle re-

lazioni che l'ambiente stabilisce con l'individuo sin dalle prime fasi evolutive e determinano il modo in cui, nel corso dello sviluppo, egli si rappresenta il mondo, interpreta il proprio



rapporto con le persone e gli oggetti e gestisce ed elabora le tensioni fisiologiche (Masi e Marchesini, 1995). Tale processo risulta ancora più complesso in presenza di limitazioni intellettive. Le componenti di personalità, a loro volta, agiscono una valenza regolatoria sulla cognizione (Stenberg, 1994).

In relazione ai principi teorici ispiratori, riportati in letteratura, nonché alle valutazioni cliniche, nel caso illustrato si può sostenere l'importanza della focalizzazione sugli aspetti psicopatologici, fino ad allora trascurati, utili ad orientare il clinico ad intervenire in modo appropriato al fine di evitare una organizzazione più rigida dei tratti psicopatologici prevenendo il conclamarsi di un disturbo più strutturato. Lo studio di caso è risultato significativo per comprendere come, laddove vi siano deficit cognitivi, è indispensabile una più accurata comprensione psicodiagnostica, non limitatamente legata ai de-

ficit intellettivi. La valutazione diagnostica, così intesa, consentirebbe di calibrare e orientare gli interventi, a diversi livelli, a misura del singolo: progetto di integrazione scolastica, in-

tervento riabilitativo, intervento psicoterapeutico, intervento psico-educativo che, garantendo una presa in carico globale del minore, possano avviare un'evoluzione dello sviluppo e un'esperienza di migliore integrazione psico-sociale a cui devono contribuire e mirare, in ultima analisi, tutte le agenzie preposte. Fava Vizziello sostiene, infatti, che «gran parte dell'evoluzione di queste situazioni è legata agli interventi precoci, specie se di tipo socio-educativo e riabilitativo, da parte della scuola materna ed elementare, che possono favorire o ridurre, con il proprio intervento, le carenze strategiche cognitive, relazionali e sociali che questi bambini mettono in atto» (2003, p. 176 ed. orig.).

Bibliografia

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Baroff, G.F. (1996). *Ritardo Menta-*

le. Natura, cause, trattamento. Bergamo: Juvenilia.

- Canevaro, A. (1999). *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*. Milano: Bruno Mondadori.
- Cappai, G.M. (2003). *Percorsi dell'integrazione. Per una didattica delle diversità personali*. Milano: Franco Angeli.
- De Beni, R., Carretti, B., Moè, A., & Pazzaglia, F. (2008). *Psicologia della personalità e delle differenze individuali*. Bologna: Il Mulino.
- Di Nuovo, S., & Buono, S. (2002). *Strumenti psicodiagnostici per il ritardo mentale*. Milano: Franco Angeli.
- Fava Vizziello, G. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 International statistical classification of disease, injuries and causes of death* (10th revision). Geneva: Author.
- Masi, G., & Marcheschi, M. (1995). L'approccio psicopatologico al ritardo mentale. In M. Sala, et al. (Eds.), *La persona adulta con ritardo mentale nelle istituzioni: cura e riabilitazione*. Milano: Ghedini.
- Pilone, M., Muzio, C., & Levrero, A. (2000). *VAP-H Test di valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handicap*. Trento: Erickson.
- Pfanner, P., & Marcheschi, M. (2005). *Il ritardo mentale*. Bologna: Il Mulino.
- Stenberg, R.J. (1994). Thinking Styles: Theory and Assessment at the interface between Intelligence and personality. In P. Ruzgis, & R.J. Stenberg (Eds.), *Personality and Intelligence* (pp.169-187). New York: Cambridge University Press.
- Vygotskij, L.S. (1934). *Pensiero e linguaggio*. (trad. it. Pensiero e Linguaggio, Laterza, Bari 1990).

Neuropsychological Well-being: l'importanza della prevenzione

Dora Chiloiro*, Sonia Rossetti**, Maria Mottolese***, Selenia De Pasquale***, Maria Nacci****

*Direttore Struttura Complessa di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva D.S.M. ASL TA

**Psicologa

***Psicologa specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale Approccio Integrato

****Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASL TA

Riassunto

Il problema delle patologie legate all'invecchiamento della popolazione sta investendo inesorabilmente, i sistemi sociali e sanitari dell'Italia. Il declino cognitivo fino al quadro più estremo di questo processo è una delle patologie più invalidanti e difficili da affrontare; fondamentale pertanto risulta essere un'azione profilattica atta ad individuare precocemente i casi di compromissione cognitiva mono e/o polisettoriale, fino ad individuare precocemente i casi di condizione pre-clinica (*Mild Cognitive Impairment* – Petersen, 2004) e quelli di deterioramento cognitivo vero e proprio. Oggigiorno parlare di Benessere Psicologico non può prescindere dal parlare di quello Cognitivo ambendo al Benessere NeuroPsicologico. Il progetto implementato in occasione del Mese del Benessere Psicologico di ottobre 2013, possedeva come obiettivo centrale il diffondere, per quanto possibile, la cultura dello screening precoce anticipando in misura significativa i tempi della diagnosi.

Parole chiave: benessere psicologico - neuropsicologia - deterioramento cognitivo - screening - diagnosi precoce

Introduzione

Il concetto di benessere psicologico è stato per molto tempo trascurato dalla letteratura scientifica. Negli ultimi decenni la ricerca nell'ambito della psicologia clinica ha prestato peculiare attenzione alla definizione ed al trattamento del disagio e del malessere; attualmente la salute non è più identificata semplicemente come assenza di malattia (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1986).

Il benessere psicologico è una condizione di equilibrio fra la persona, con le sue necessità e le sue risorse, e l'ambiente in cui vive. Si tratta

di una condizione dinamica, in continuo mutamento, il cui equilibrio non è dato a priori ma è il risultato di una valutazione che la persona fa della propria qualità di vita, e dipende da numerosi fattori individuali, relazionali ed ambientali.

In occasione dell'evento "Ottobre Mese del Benessere Psicologico 2013" organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, il Dipartimento di Salute Mentale ha aderito all'iniziativa, attraverso il Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva, organizzando uno screening della memoria e delle funzioni cognitive generali. Tale progetto è stato implementato per far fronte alle ingenti richieste di screening territoriali con finalità preventive in ottica di diagnosi precoce del deterioramento cognitivo.

La demenza è caratterizzata dalla presenza di deficit cognitivi, e non solo, causando una significativa riduzione delle abilità della vita quotidiana del paziente. Fondamentale è differenziare il normale *aging* dal decadimento della curva cognitiva attraverso un inquadramento nosografico dei quadri di compromissione mono o polisettoriali ed i disturbi emotivo-comportamentali ad essi associati. Individuare precocemente le compromissioni cognitive consente di diagnosticare le fasi pre-cliniche delle demenze, ossia i *Mild Cognitive Impairment* (MCI) che può distinguersi a sua volta in MCI con deficit di memoria più altre funzioni cognitive (*a-MCI multiple domain*), MCI con una funzione cognitiva non memoria (*non a-MCI single domain*); MCI con più funzioni cognitive non memoria (*non a-MCI multiple domain*) (Petersen et al., 2001; Petersen 2004).

La diagnosi di deterioramento cognitivo è prevalentemente una diagnosi clinica, malgrado vi siano evidenze di quanto nella pratica sia spesso misconosciuta nelle sue fasi iniziali. La diagnosi

precoce consente un tempestivo intervento sulle cause delle demenze reversibili; l'istituzione di terapie che possono ritardare la progressione della malattia; l'inizio di terapie che possono potenziare la performance cognitiva del paziente sfruttando la sua non completa compromissione dei circuiti neuronali; l'attuazione di misure che riducono gli effetti della comorbidità associata alla demenza; l'attuazione tempestiva da parte del paziente e della famiglia di misure necessarie per risolvere i problemi connessi con la progressione di malattia.

Lo scopo di tale esperienza è stato analizzare in modo approfondito il concetto di benessere psicologico ed i suoi rapporti con il disagio.

Metodo

Obiettivo Principale

Attraverso l'utilizzo di testing con cui è possibile far emergere deficit cognitivi o funzionali in soggetti asintomatici, l'obiettivo principale è stato quello, per quanto possibile, di diffondere la cultura dello *screening* precoce anticipando in misura significativa i tempi della diagnosi.

Protocollo Testistico

La valutazione ha previsto la creazione di un protocollo psicodiagnostico e neuropsicologico che includeva i seguenti strumenti standardizzati:

- “*Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised Versione Italiana (ACE-R)*” è una batteria testistica neuropsicologica che valuta cinque aree cognitive: attenzione/orientamento, memoria, fluenza verbale, linguaggio e abilità visuospatiali. Include anche il “*Mini-Mental State Examination (MMSE)*” che è lo strumento più utilizzato per la valutazione del funzionamento cognitivo globale.
- “*Frontal Assessment Battery (FAB)*” per la valutazione delle funzioni esecutive di tipo frontale. Si compone di 6 subtest che indagano le seguenti componenti cognitive: capacità di astrazione; flessibilità mentale; programmazione motoria; sensibilità all'interferenza; controllo inibitorio; autonomia ambientale.
- “*Instrumental Activity Daily Living*

(*I.A.D.L.*)” è una checklist con cut-off che valuta le autonomie strumentali del soggetto nella vita quotidiana. Valuta la capacità di compiere attività che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza.

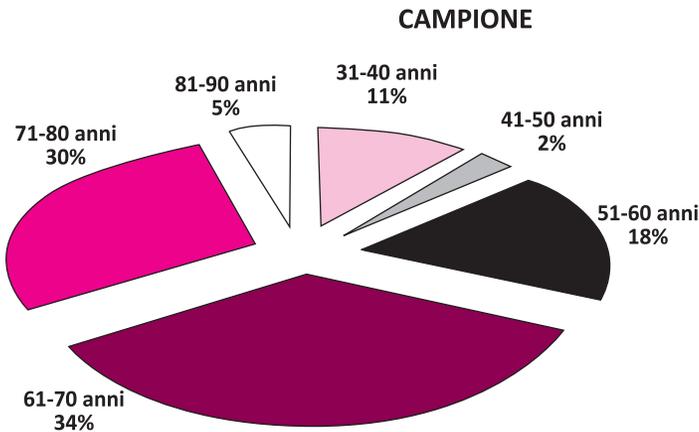
- “*Activities of Daily Living (A.D.L.)*” è una checklist con cut-off che valuta le autonomie funzionali del soggetto nella vita quotidiana. Valuta in modo accurato 6 attività di base: fare il bagno, vestirsi, toilette, spostarsi, continenza urinaria e fecale, alimentarsi.
- “*Test di Fluenza Verbale*” valuta l'ampiezza del magazzino lessicale, la capacità di accesso al lessico e l'organizzazione lessicale. La prova di fluency verbale per categorie fonemiche ha come consegna al soggetto di dire tutte le parole che gli vengono in mente e che cominciano con una specifica lettera; sono validi nomi di cose, verbi, aggettivi, avverbi; mentre non vengono considerati al fine del punteggio nomi propri di persona, nomi propri di città e parole derivate. La prova di fluency verbale per categorie semantiche chiede al soggetto di dire tutte le parole che appartengono ad una data categoria (animali, targhe o colori ad occhi chiusi, frutta).
- “*Questionario di gradimento*” elaborato *ad hoc* per il progetto allo scopo di rilevare il livello di soddisfazione dell'utenza.

Partecipanti

La popolazione target consta di soggetti afferenti alla Struttura Complessa di Psicologia Clinica e di Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva del Dipartimento di Salute Mentale di Taranto, i quali, con preferenza ma senza obbligatorietà di prenotazione telefonica, hanno usufruito dell'iniziativa gratuitamente presso gli ambulatori con sede in Taranto Via Pupino n° 2 (II piano).

L'iniziativa ha coinvolto in totale 44 persone (Grafico 1) di cui 29 di sesso femminile (65,9%) e 15 di sesso maschile (34,1%). Come risultante dalla nostra esperienza, le donne mostrano sempre una maggiore partecipazione a questo tipo di

Graf. 1 - Campione



iniziativa allo scopo di meglio conoscere aspetti di sé stesse. Le caratteristiche demografiche (età e scolarità) del campione sono riportate in Tabella 1.

L'aspetto che ha destato maggior sorpresa riguarda la partecipazione di soggetti di giovane età (*under 40 anni*). A livello informale, è stato chiesto il motivo di una valutazione in questi soggetti appena trentenni, le loro risposte rispecchiano una preoccupazione circa la possibilità di poter essere affetti da malattie neurodegenerative e la necessità di poterle identificare precocemente.

La parte del campione *over 40* ha aderito all'iniziativa per motivi di prevenzione facilmente identificabili, 15 delle persone visitate presentano familiarità per patologie degenerative primitive dell'encefalo, la possibilità di poter in futuro esserne affetti appare una reale preoccupazione che indirizza a valutazioni ed iniziative di questo tipo.

Tab. 1 - Caratteristiche demografiche

	Campione maschile	Campione femminile	Campione totale
Età media	61,9	62,86	62,86
Scolarità media	10,9	11,05	10,90
Moda età	66	71	71
Mediana età	66	65	67

Analisi dei Dati e risultati

Considerando l'esiguità del campione, si è

ritenuto necessario non applicare statistiche correlazionali che risulterebbero prive di significato clinico; è stata effettuata l'analisi psicometrico-statistica di tipo qualitativa, basata sull'analisi delle frequenze.

Come risultante dal profilo ricavato dal MMSE (Grafico 2), gran parte del campione valutato risulta cognitivamente integro. Solo 4 persone sono risultate con una curva cognitiva compromessa e questo dato riguarda solo persone di sesso femminile rientranti nel sottogruppo di età 71-80 anni.

La presenza di deterioramento di tipo lieve potrebbe sottendere condizioni di perdita cognitiva in parte compatibili con l'età e la bassa scolarità, ad esclusione di due casi che hanno registrato un deterioramento moderato ritraendo vere e proprie condizioni di decadimento legato a fenomeni clinici e medici di varia natura. Il profilo emergente dal MMSE viene confermato dal test di specifico ACE-R, nonostante una persona in più rispetto al precedente dato risulti non completamente integra dal punto di vista cognitivo (Grafico 3).

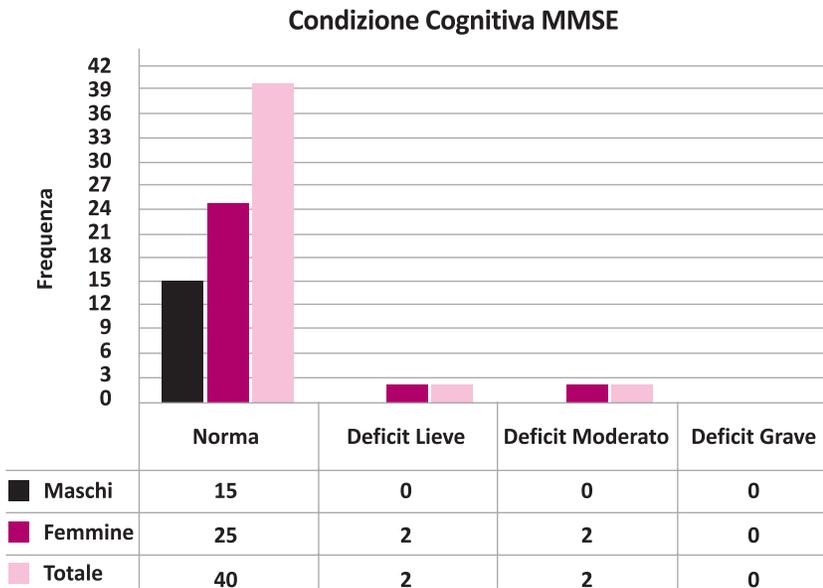
Tale dato assume importanza considerando che il test ACE-R è stato sviluppato per integrare il punteggio MMSE, spesso criticato per la poca specificità, sensibilità e per essere soggetto ad "effetto soffitto".

L'ACE-R consente una valutazione più accurata delle funzioni cognitive generali e, talvolta, non conferma le conclusioni ottenute dal MMSE.

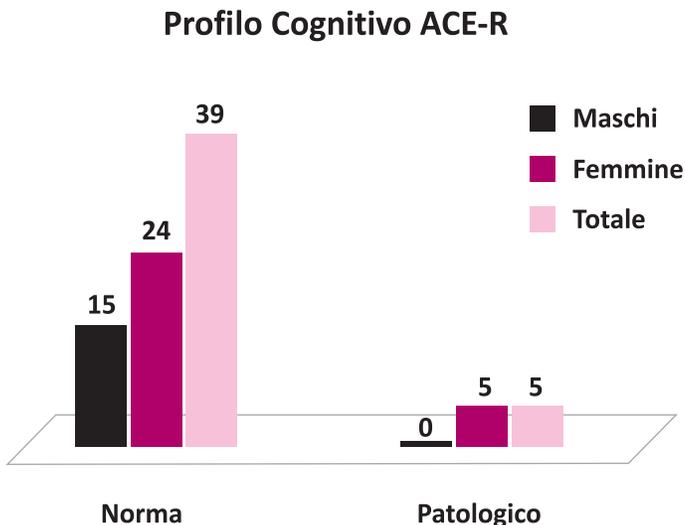
Dal test FAB emerge un profilo (Grafico 4) piuttosto variegato, con una netta maggioranza che si attesta sul versante della normalità cognitiva, mentre un numero non esiguo di partecipanti (9 su 44) si presenta con un profilo patologico. Cinque di costoro con compromissione frontale sono le stesse che cadono nell'ACE-R e che hanno a tutti gli effetti una compromissione cognitiva generale e polisettoriale. Le altre 4 persone sono risultate cognitivamente integre nei test di screening generale e presentano una compromissione specifica alla valutazione delle funzioni esecutive di tipo frontale.

È evidente che i due test (ACE-R e FAB), pur

Graf. 2 - Profilo cognitivo MMSE



Graf. 3 - Profilo cognitivo ACE-R



essendo entrambi test di screening rilevino caratteristiche cognitive diverse, risultando la FAB un test specifico per le componenti esecutive e trovando correlazione solo con alcune abilità indagate dall'ACE-R. Alcuni profili sono risultati "borderline", ossia persone che cognitivamente integre con decalaggi polisettoriali nelle funzioni disesecutive, in modo particolare nella prova di sensibilità all'interferenza.

Ampia variabilità, infine, è stata riscontrata nell'esaminare i dati inerenti il test di fluenza nelle sue distinte componenti (Grafici 5 e 6).

La fluenza fonologica appare essere quella che maggiormente va incontro a decadimento nel corso dell'età e tale dato trova conferma da un nostro precedente lavoro, in corso di pubblicazione, in cui la fluenza fonologica sembra decadere anche in quadri cognitivi non ancora compromessi,

a differenza della fluenza semantica che tende a comprometersi in presenza di danni cognitivi conclamati.

La fluenza semantica appare compromessa prevalentemente nei soggetti in cui è presente il deterioramento cognitivo emerso dagli screening ottenendo una prestazione non adeguata alle attese nella valutazione delle abilità frontali.

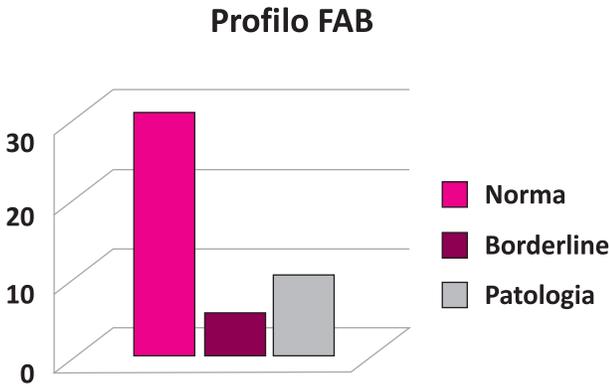
La fluenza fonologica si associa ad una compromissione cognitiva frontale in soggetti che risultano quasi completamente integri ai test di screening generale; ciò consente di ipotizzare come la fluenza fonologica sia un'abilità specificatamente frontale, mentre la fluenza semantica possa risentire sia di deficit cognitivi

generali che di compromissioni frontali non specifiche. Dalla valutazione autonoma, è emerso come le autonomie funzionali e strumentali della vita quotidiana siano compromesse nelle persone con deterioramento cognitivo.

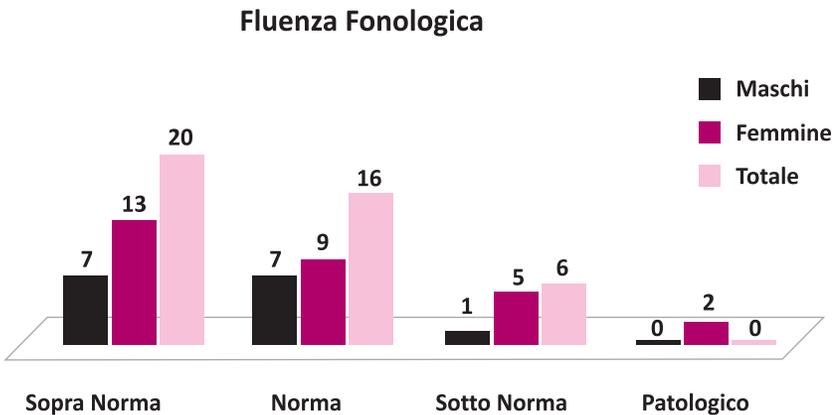
Discussione dei Risultati e Conclusioni

I risultati di tale progetto stimolano importanti

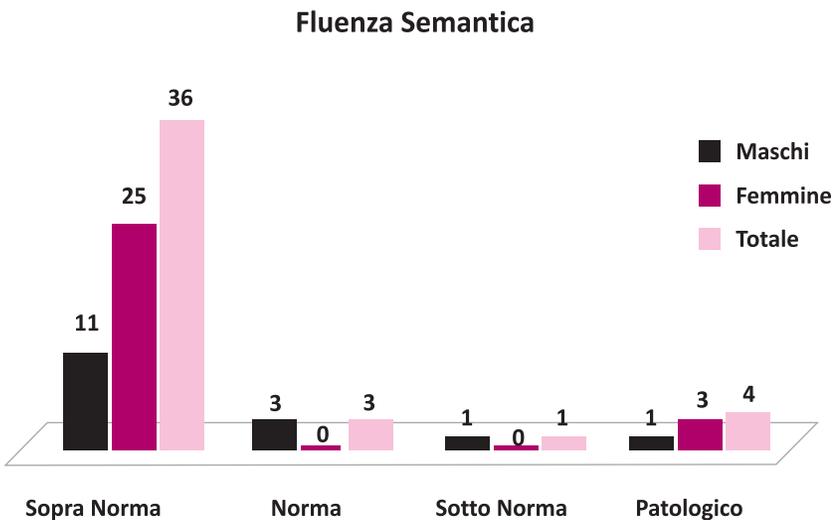
Graf. 4 - Profilo cognitivo FAB



Graf. 5 - Profilo fluenza fonologic



Graf. 6 - Profilo fluenza semantica



considerazioni in merito al tema della prevenzione in generale e del benessere psicologico in particolare.

Un primo dato su cui riflettere è il feedback positivo ricevuto dai partecipanti. L'evento ha ottenuto un soddisfacente risultato, soprattutto alla luce dei feedback positivi da parte degli utenti che hanno valutato l'iniziativa con un grado di soddisfazione pari al 100%. In particolare, dal questionario di gradimento emerge come venga ritenuta necessaria la possibilità di usufruire dell'iniziativa anche in futuro a scopo profilattico. La maggior parte delle persone è venuta a conoscenza dell'evento

attraverso le locandine pubblicitarie sparse in tutta la città di Taranto ed in alcune province, affisse presso gli studi medici, le farmacie e i vari ambulatori sanitari. Grazie anche al passaparola, come spesso accade in questi casi, in cui sono stati informati da parenti ed amici, si è giunti ad un'utenza di ben 44 persone in un mese, con soli due giorni a settimana dedicati all'iniziativa. A ciascun utente è stata dedicata almeno un'ora, necessaria per il colloquio anamnestico e la somministrazione della batteria predisposta. Sono state identificate 5 persone con quadro cognitivo richiedente ulteriori approfondimenti specialistici, per costoro è stata completata la valutazione includendo strumenti di approfondimento specifici, ed è

stato inoltre consigliato loro un re-test a 6 mesi allo scopo di monitorare la curva cognitiva.

Coloro i quali non hanno presentato compromissioni cognitive, hanno chiesto di poter essere rivalutati qualora l'iniziativa venisse re-implementata in futuro.

In definitiva, l'iniziativa ha consentito di mettere in luce la necessità di agire con impellenza e professionalità, sensibilizzando la collettività sulla figura dello Psicologo-Neuropsicologo come professionista del benessere e non solo del disagio.

Bibliografia

- Aylward, E., Burt, D. B., Thorpe, L. U., & Lai F. (1997). Diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 41*, 152-164.
- Baddeley, A.D., & Wilson, B.A. (2002). Prose recall and amnesia: implications for the structure of working memory. *Neuropsychologia, 40*, 1737-1743.
- Burt, D. B., & Aylward, E. H. (2000). Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 44*, 175-180.
- Cantagallo, A., Spitoni, G., & Antonucci, G., (2010). *La funzioni esecutive*. Valutazione e riabilitazione. Carocci Editore.
- Carlesimo, G.A., Caltagirone, C., & Gainotti, G. (1996). The Mental Deterioration Battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analyses of cognitive impairment. The Group for the Standardization of the Mental Deterioration Battery. *Eur Neurol; 36*, 378-384.
- Deb, S., Hare, M., Prior, L., & Bhaumik, S. (2007). Dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities. *British Journal of Psychiatry, 190*(5), 440-444.
- De Ronchi, D., Berardi, D., Menchetti, M., Ferrari, G., Serretti, A., Dalmonte, E., & Fratiglioni, L. (2005). Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60: a populationbased study from northern Italy. *Dement. Geriatr Cogn Disord; 19*, 97-105.
- Dijk, B., Serrati, C., Monacelli, F., Lucarini, S., Cava-gnaro, P., Odetti, P., & gruppo UNIVA della Sezione Ligure (2013). Il MMSE questo sconosciuto: variabilità interoperatori nell'esecuzione del test. *Psicogeriatría 2*, 57-62.
- Esralew L., Janicki M.P., Di Sipio M., Jokinen N., Keller S.M. & Members of the National Task Group Section on Early Detection and Screening (2013). National Task Group Early Detection Screen for Dementia: Manual. Version 1 May 2013-d.
- Jokinen, N., Janicki, M.P., Keller, S.M., McCallion, P., & Force, L.T. (2013). Guidelines for structuring community care and supports for people with intellectual disabilities affected by dementia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 10* (1), 1-24.
- Marec, L., Cotroneo, A.M., Mercadante, G., Malipensa, L.F., Trincas, F., Foti, D., Maina, E., & Cabodi, S. (2013). È possibile un attracco sicuro? Attaccamento e resilienza con la psicogeriatría. *Psicogeriatría 3*, 90-97.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J.R. (2006). The Addenbrooke's cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry, Volume 21, Issue 11*, 1078-1085.
- Orsini, A., Grossi, D, Capitani, E, Laiacona, M, Pappagno, C, & Vallar, G., (1987). Verbal and spatial immediate memory span: normative data from 1355 adults and 112 children. *Ital J Neurol Sci; 8*, 539-548.
- Petersen, C., G.E. Smith, S.C. Waring, R.J. Ivnik, E.G. Tangalos, & E. Kokmen (1999). Mild Cognitive Impairment Clinical Characterization and Outcome. *Arch Neurol. 1999;56*(3), 303-308. doi,10.1001/archneur.56.3.303.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., & Crook (1982). Thomas The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry, Vol 139* (9), 1136-1139.
- Royall, D., Mahurin, R., & Gray, K. (1992). Bedside assessment of executive cognitive impairment: The Executive Interview. *Journal of American Geriatrics Society, 40*, 1221-1226.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). A Compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary, ed 2. New York, Oxford University Press.
- Teri, L., Hughes, J.P. & Larson, E.B. (1990). Cognitive Deterioration in Alzheimer's Disease Behavioral and Health Factors. *J Gerontol 45* (2), 58-63.

Intervento di Prevenzione Primaria dei Disturbi dell'Alimentazione promosso dall'Associazione Nutri.Ente

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

*Psicologa-Esperta in Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità

**Psicologo-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale in Formazione

***Biologa Nutrizionista

Riassunto

Recenti studi epidemiologici hanno rilevato un aumento dell'incidenza dei Disturbi dell'Alimentazione nei paesi occidentali e tale incremento si rileva anche nella nostra Regione. L'Associazione Nutri.Ente, costituita da un'equipe multidisciplinare (Psicologa Esperta in Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità, Psicologo-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Biologa Nutrizionista

e consulente Medico-Psichiatra), ha effettuato un intervento di Prevenzione primaria rivolto ad alunni, genitori e insegnanti di tre classi della Scuola Media Inferiore "Alighieri-Tanzi" di Mola di Bari. Il presente contributo ha l'obiettivo di presentare le attività svolte e proporre alcune riflessioni a partire dai risultati emersi.

Parole chiave: *Disturbi del Comportamento Alimentare, Prevenzione, Promozione stile di vita sano*

I Disturbi dell'Alimentazione

I Disturbi dell'Alimentazione sono uno dei più comuni problemi di salute che affliggono gli adolescenti e i giovani dei Paesi occidentali. Sono caratterizzati da persistenti disturbi del comportamento alimentare

(DCA) e/o di comportamenti estremi di controllo del peso associati a un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo che causano spesso una grave morbilità fisica e psicosociale (Fairburn e Harrison, 2003) e un aumentato rischio di morte.

Classificazione Medica e Ipotesi Transdiagnostica

La classificazione dell'American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV TR) riconosce due disturbi dell'alimentazione principali - *anoressia nervosa* e *bulimia nervosa* – e una categoria diagnostica residua chiamata *disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS)*. La classificazione fornisce criteri diagnostici solo per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, ma non per i disturbi dell'alimentazione NAS, definiti solo come disturbi dell'alimentazione di gravità clinica che non soddisfano i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. All'interno dei disturbi dell'alimentazione NAS è incluso il *disturbo da alimentazione incontrollata*

caratterizzato dalla presenza di episodi bulimici ricorrenti in assenza dell'uso regolare dei comportamenti di compenso.

Gli studi hanno osservato una frequente migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra (Milos, Spindler, Schnyder, e Fairburn, 2005). Ad esempio, una persona sviluppa nell'adolescenza un disturbo dell'alimentazione con le caratteristiche cliniche dell'anoressia nervosa; in seguito, nella prima età adulta sviluppa episodi bulimici con comportamenti di compenso e manifesta un disturbo che soddisfa i criteri diagnostici della bulimia nervosa; infine, nell'età adulta ha episodi bulimici non seguiti da comportamenti di compenso con un quadro clinico che soddisfa i criteri diagnostici del disturbo dell'alimentazione NAS o meglio del disturbo da alimentazione incontrollata. Secondo la classificazione medica questa persona nella sua vita avrebbe avuto tre disturbi dell'alimentazione distinti. Considerando invece l'ipotesi transdiagnostica si può affermare che i disturbi dell'alimentazione rappresentano una categoria diagnostica distinta (ossia non migrano verso

altri disturbi psichiatrici) e che la suddivisione nelle tre categorie diagnostiche è probabilmente un artefatto che non riflette la realtà clinica (Fairburn, Cooper, e Shafran, 2003).

Epidemiologia dei Disturbi dell'Alimentazione

Studi epidemiologici internazionali evidenziano un aumento dell'incidenza dei DCA nelle femmine di età compresa tra i 12 e 25 anni, e stimano, nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'Anoressia intorno allo 0.2-0.8%, della Bulimia intorno al 3% e dei disturbi dell'alimentazione NAS tra il 3.7 e il 6.4% (Casey, Getz, e Galvan, 2008). Particolarmente preoccupante è l'abbassamento dell'età di esordio fino a interessare i bambini in età scolare (Robergeau, Jill, e Silber, 2006) con un aggravio economico sempre maggiore a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

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 dalla comparsa di nuovi disturbi tipici del sesso maschile come la Bigoressia anche detta Reverse Anorexia. Tale psicopatologia è caratterizzata dalla continua e ossessiva preoccupazione per quanto riguarda la propria massa muscolare anche a discapito della propria salute (Murray e colleghi, 2012).

Intervento di Prevenzione

Negli ultimi anni si è svilup-

pato un considerevole interesse nei confronti dei DCA e della loro prevenzione poiché il loro impatto in termini sia fisici che psicosociali assume proporzioni sempre più rilevanti. In particolare, molti sforzi sono stati dedicati a sviluppare programmi di prevenzione scolastica poiché i DCA hanno origine nell'adolescenza e conseguentemente la scuola diventa il luogo migliore per avere accesso alla maggior parte degli adolescenti (Dalle Grave, 2003).

“*Ri-Conoscere è Prevenire*” è il titolo del Progetto che l'Associazione Nutri.Ente ha svolto in occasione del Mese del Benessere Psicologico 2014 presso la scuola Media Inferiore “*Alighieri-Tanzi*” di Mola di Bari.

L'obiettivo generale dell'intervento è stato di incrementare le conoscenze sui DCA, e gli obiettivi specifici sono stati: a) apprendere i principi di uno stile di vita sano, b) rinforzare l'accettazione dell'immagine di Sé e del proprio corpo, c) favorire la conoscenza dei possibili “strumenti di cura” e l'informazione relativa alle realtà e risorse presenti sul territorio.

Il progetto è stato articolato in un incontro formativo seguito da tre giornate di sportello nutrizionistico e psicologico. L'incontro formativo è stato ripetuto in tre classi (due classi 3^a e una 2^a) al fine di favorire una comunicazione dinamica e circolare tra studenti e professionisti.

In questa occasione è stato somministrato un questionario anonimo costruito ad hoc, costituito da 10 item di cui 9 indicatori del livello di conoscenza

iniziale sui DCA e sul corretto stile di vita e un item riferito alle aspettative dei ragazzi e alle loro eventuali proposte future.

Durante le giornate di sportello alunni, insegnanti e genitori hanno potuto confrontarsi con gli esperti circa dubbi e preoccupazioni riferiti a uno stile di vita sano e inoltre sono emerse alcune situazioni meritevoli di approfondimento diagnostico e di eventuale presa in carico.

Riflessioni

Dai risultati del questionario somministrato agli alunni durante l'incontro formativo tenuto nelle singole classi, si evince una conoscenza superficiale e talvolta inesatta della psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione. È interessante osservare come nonostante una percentuale molto alta - pari al 92% - abbia risposto correttamente al primo item che riguarda la definizione generale dei DCA, solo il 27% ha risposto in maniera esatta alla successiva domanda più specifica sulla definizione di Bulimia e il 51% ha risposto correttamente al quesito su cosa è l'Anoressia.

Percentuali adeguate di risposte corrette (tra il 63% e il 95%) si riscontrano, invece, per gli item dedicati ai fattori di rischio e ai fattori causali dei DCA, così come sulla definizione di indice di massa corporea (BMI).

Inoltre, all'item dedicato alla definizione del concetto di fame il 53% ha risposto che la fame è un bisogno emotivo. Tale risultato potrebbe essere un indizio di come alla rappresentazione mentale della fame come biso-

gno fisiologico si sostituisce una rappresentazione della stessa come un bisogno emotivo, e quindi la sensazione di fame diverrebbe una risposta agli stati emozionali.

Un altro dato meritevole di attenzione è quello che emerge dall'analisi delle risposte date all'ultimo item riferito alle aspettative nei confronti del progetto.

Come riportato nel grafico in fig. 1, il 53% dei partecipanti richiede un intervento che si focalizzi sull'apprendimento di uno stile alimentare equilibrato, il 36% richiede un approfondimento delle conoscenze sui DCA, e il restante 10% una consulenza psicologica e nutrizionistica costante nel tempo.

Ai dati registrati per mezzo del questionario, si affiancano le richieste emerse durante le giornate di sportello: nello specifico, mentre i ragazzi chiedono un piano alimentare specifico ed equilibrato per la loro fascia d'età, le ragazze si mostrano più preoccupate per i loro corpi che cambiano e chiedono non solo una dieta equilibrata ma soprattutto consigli su come imparare a "controllare" il proprio corpo e le sue modificazioni.

In conclusione, dall'intervento di prevenzione condotto nelle classi e dalla partecipazione mostrata da alunni, insegnanti e genitori durante le giornate di sportello possiamo rilevare come il bisogno di formazione, prevenzione e trattamento dei

Aspettative nei confronti del Progetto

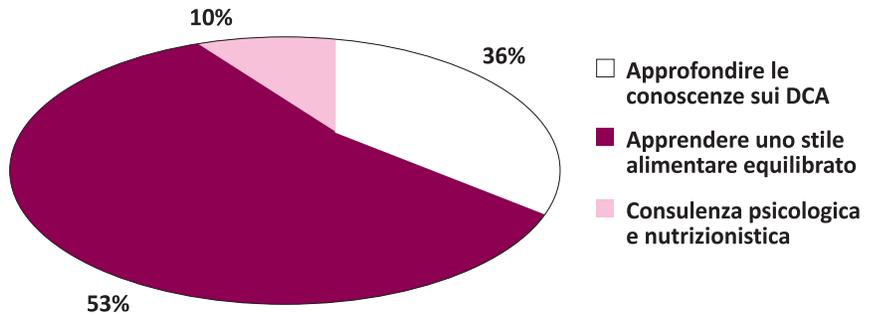


Fig. 1. Aspettative degli Alunni nei confronti del Progetto.

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 formazione, 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.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Dalle Grave, R. (2003). School-

Based Prevention Programs for Eating Disorders: Achievements and Opportunities. *Disease Management and Health Outcomes*, 11, 579-593.

- 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.

Gli universi relazionali di Diego Napolitani

Giusi D'Apolito

Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica e Gruppoanalisi

Riassunto

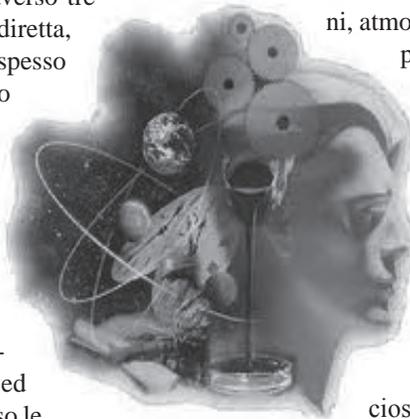
Sulla base dell'ipotesi epistemologica proposta da Diego Napolitani, psicoanalista e antropologo scomparso da poco più di un anno, l'autrice propone la lettura di un caso clinico interfacciando la propria esperienza clinica, umana ed esistenziale.

Parole chiave: Paradigma epistemologico/ Conoscenza/ Universi relazionali/ Transgenerazionale

*Da un paese
dove i due estremi d'Oriente e Occidente
si incontrano,
io,
da est a ovest e da sud a nord
ho attraversato diverse civiltà.
Poi
scavando il fondo di ogni civiltà
sotto ogni strato di cultura e dèi,
sempre la stessa luce che risplende:
l'"universalità", principio d'uomo.*

Daisaku Ikeda, *Duemilauno* (2000).

Ho l'impressione che l'incontro con Diego Napolitani sia avvenuto attraverso tre piani di *conoscenza*: una indiretta, attraverso il sentirne parlare, spesso o di tanto in tanto, nominato dai docenti e tra gli allievi della Scuola di Specializzazione in cui ero iscritta e lui, con il fratello Fabrizio, aveva fondato; una concettuale e teorica, con la lettura dei suoi scritti, in cui si racconta e racconta anche il suo percorso formativo ed esperienziale; l'altra, attraverso la sua presenza, di persona: sentire la sua voce, ascoltarne le espressioni giocose e salate ed esserne catturata.



Diego Napolitani ricorda che riflettere sul pensare entra nella nostra pratica in quanto terapeuti e propone la sua ipotesi teorica per un *ripensamento* dei modi generali di pensiero, dei paradigmi epistemologici, che gli uomini possiedono come «patrimonio culturale ereditario, come manifestazione viva e operante delle "anime collettive" di cui sono storicamente partecipi» (1987).

Sinteticamente individua tre modi di pensare che ci appartengono tutti, sono atti di pensiero che si producono nella nostra pratica ordinaria. Lo Verso così commenta: "E' solo nell'intima e mutevole combinatoria di questi tre universi che nasce l'atto di conoscenza, come fondamento della condizione dell'uomo nella sua più propria specificità" (Napolitani, 1987).

L'universo protomentale. E' un'esperienza, un modo di pensare che chiamiamo pensiero con qualche difficoltà poiché è più vicina a un sentimento, a una percezione che qualcosa sta per nascere, può essere una fantasia o una speranza. È evanescente, fugace, al punto da non essere quasi avvertita nel suo accadere eppure è la premessa di ogni processo simbolico e somato-psichico. Ne facciamo esperienza attraverso il sogno, che si avvale di una narrazione fatta di trame, immagini, atmosfere e di emozioni quasi allo stato

puro. Napolitani la descrive come: "Potenzialità creativa, riguarda l'esperienza di caos come apertura, come (ri)fondazione del Reale che consente all'uomo di sperimentare (...) il suo nascere a un mondo che nasce per lui" (Napolitani, 2007).

L'universo relazionale transferale o immaginario. In esso il nuovo è percepito come minaccioso, estraneo e quindi rifiutato. Si ha la tendenza alla permanenza, alla stabilità di relazioni già esistenti, alla ripetizione. In questo universo vi sono immagini che emergono dall'archivio della nostra memoria e vengono ap-

plicate alla nostra contingenza. Perciò esso è fatto di figure, di immagini visive, acustiche che si appoggiano a immagini concrete come ad esempio i segni. La percezione è quella di un approdo sicuro, per questo si ritrovano modalità sensoriali ed affettive note, e poiché fonte di stabilità e sicurezza, vengono scelte anche in caso di malessere e sofferenza. In questo tipo di modalità relazionale, il bambino è investito da aspettative e apprende che la sua sopravvivenza è garantita dalla capacità di adattarsi a esse.



L'universo relazionale simbolico o progettuale. L'individuo si configura nella sua individualità. È un modo personale con il quale ciascun individuo si apre all'incontro con il mondo. In questa area relazionale ci si dispone all'apertura, al possibile, al divenire.

Nel caso specifico della relazione terapeutica, Napolitani dice: "In essa si aprono congetture attorno a un fenomeno normale, della quotidianità, ci troviamo a dare un nuovo valore alle cose, un insolito, che è un'alterità rispetto al solito; ci richiama a un lavoro di cura, l'insolito richiama la cura perché non è scontato, è fuori dall'ordinario. Occuparsi di una cosa con cura richiede un'operazione originaria e nuova, mi richiede una nuova ricerca di senso, per cui il nuovo eccita domande che si dispongono in un ordine simbolico". (Napolitani, 2007)

A questo proposito mi torna in mente una seduta avuta con Alberto. Dopo aver cominciato la seduta raccontando tre sogni, aver fatto delle associazioni, si descrive dicendo di se stesso di essere altruista. Improvvisamente si interrompe, resta in silenzio e mi accorgo che un'idea nuova

gli balena per la testa. Dopo un po' mi dice:

"In realtà, non so se sono altruista o se lo faccio perché gli altri pensando di me che sono altruista, poi finisco col pensarlo anche io... E quindi non sono altruista!"

Alberto, è un ragazzo di 22 anni, figlio unico, al secondo anno di università. La madre depressa, è in trattamento psicoterapeutico da diversi anni, e dopo averne sperimentato i benefici incita il figlio a cominciare un percorso anche per lui. Ama stare da solo nella sua stanza, a pensare a quello

che è accaduto durante la giornata, a come si è comportato o al rapporto che non va con la sua ragazza. Un anno e mezzo fa, un amico dice di sapere la ragione della sua insoddisfazione: "Sei gay". Da allora, quando vede un ragazzo spesso si interroga, si mette alla prova, nel caso in cui possa davvero piacergli un uomo.

Riferisce che la sua è una vita normale, non ha nessun problema, mai nessun tipo di sofferenza eppure, "inspiegabilmente", avverte un perenne senso di insoddisfazione che non sa spiegarsi e che lo accompagna in tutti gli aspetti della sua vita, "c'è sempre una felicità che sento di non raggiungere, non sono mai contento di me, (...) anche quando do il massimo, poi penso che non è stato abbastanza". Attraverso altre informazioni, emerge che è stato ricoverato a 14 anni per una grave forma di gastrite, non vuole "entrare" in discorsi che riguardano i suoi genitori la cui conflittualità relazionale lo ha accompagnato soprattutto negli anni dell'infanzia e adolescenza. È sicuro e grato che siano rimasti insieme, sacrificandosi, in particolare la madre, per amore verso il figlio.

In *Introduzione al narcisismo* (1914) Freud

scrive: “L’individuo conduce effettivamente una doppia esistenza: una in cui egli è fine a se stesso e l’altra come membro di una catena a cui è assoggettato contro la sua volontà o almeno senza la partecipazione di questa”.

In *L’Io e l’Es* (1923), scrive: “Senza l’ipotesi di una psiche collettiva, di una continuità nella vita emotiva degli uomini, che permetta di prescindere dalle interruzioni degli atti psichici dovute alla transitorietà della vita individuale, la psicologia dei popoli in genere non potrebbe sussistere. Se i processi psichici di una generazione non si prolungassero nella generazione successiva, ogni generazione dovrebbe acquisire ex novo il proprio atteggiamento verso l’esistenza, e non vi sarebbe in questo campo nessun progresso e in sostanza nessuna evoluzione.”

Freud, citando un verso di Goethe, sottolinea la necessità per il singolo individuo di acquisire attivamente ciò che gli viene trasmesso attraverso l’ereditarietà psichica: “Ciò che hai ereditato dai Padri, conquistalo, se vuoi possederlo davvero”. A questo proposito Kaës ricorda che la trasmissione diretta attraverso la tradizione non dà una risposta soddisfacente alla questione della continuità della vita psichica; per diventare efficaci, le disposizioni psichiche ereditate devono essere stimolate da certi avvenimenti della vita individuale.

In una nuova veste, attraverso la lente di Napolitani, il *cogito ergo sum* Cartesiano potrà prestarci a questa lettura: «Qualcuno pensa in me, e io stesso sono allora il prodotto del pensiero dell’altro in me. Ma nel pensare che un altro pensa in me, in qualche modo e per qualche tratto me ne distinguo, ed è in questo distinguermene, per “un minimo” e mai totalmente e definitivamente, che si apre per me un’avventura giammai concepita altrove».

Ritornando nuovamente a Kaës: “La potenza della spinta alla continuità o alla interruzione si esprime con modalità variabili e con diverse poste in gioco: depositi, incitamenti, proiezione o rigetto del non rimosso. Ma, alla fin dei conti, niente di ciò che sarà stato ritenuto potrà restare interamente inaccessibile alla generazione che segue. Resteranno delle tracce, almeno nei sintomi che continueranno a legare tra loro le generazioni, in una sofferenza la cui posta, mantenuta, resterà loro ignota. Questa violenza della trasmissione si

stabilisce al di qua del senso accessibile attraverso il linguaggio delle parole e degli atti di parola: è una trasmissione di cosa”. (Kaës, 1995)

Secondo Lo Verso, dunque, il progetto coincide con il processo di conoscenza, inteso come proposta di nuove connessioni di senso, e non come raggiungimento di verità una volta per tutte oggettivabili.

A partire da questo incontro mi pongo nuovi interrogativi: “Io, la mia storia intima e personale, quanto e in che modo si intreccia con quella di Alberto? In che maniera posso restituire a lui e a me qualcosa che ci appartiene, reciprocamente e umanamente come soggetti e come appartenenti ad una collettività, ad una matrice comune, senza entrare in dicotomie o scissioni, ma come manifestazione di un’unione e, allo stesso tempo, di specifiche diversità? *Individualità e gruppaltà*, appunto!”.

Bibliografia

- Anzieu, D. (1976). *Il gruppo e l’inconscio*, Roma: ed. Borla.
- Anzieu, D. & Martin, Y.J. (1990). *Dinamica dei piccoli gruppi*, Roma: ed. Borla.
- Bion, W., (1983). *Apprendere dall’esperienza*, Roma: Armando Armando.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*, Torino: ed. Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell’Io*, Torino: ed. Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1923). *L’Io e l’Es*, Torino: ed. Bollati Boringhieri.
- Ikeda, D. (2000). *Duemilauno*, Milano: ed. Esperia.
- Kaës, R. (1994). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*, Roma: ed. Borla.
- Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. & Baranes J.J. (1995). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Roma: ed. Borla.
- Lawrence, G. (2001). *Social dreaming*, Roma: ed. Borla.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppaltà*, Torino: ed. Boringhieri.
- Napolitani, D. (2007). *Gli universi Relazionali*, Seminario SGAI, Roma.
- Neri, C. (1998). *Gruppo*, Roma: ed. Borla.
- Neri, C. “Genius loci: lo spirito di un posto, di un gruppo”, *Individuo, Gruppo e Natura*, <http://www.funzionegamma.edu>

¹ Napolitani D., (1987). *Individualità e gruppaltà*, Torino: ed. Boringhieri

Il supporto psicologico per le vittime del crollo del palazzo a Foggia: l'intervento della Sipem Sos Puglia

Anna Palumbo

Psicologo-Psicoterapeuta - Segretario Sipem Sos Puglia

Riassunto

L'articolo descrive l'intervento svolto dagli psicologi della Sipem Sos Puglia (Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza Federazione - Regione Puglia) a seguito del crollo di un palazzo a Foggia per lo scoppio di alcune tubature di gas, avvenuto la notte del 3 giugno 2014. Gli obiettivi e l'articolazione dell'intervento sono stati presentati seguendo una linea temporale di tre fasi: Fase di emergenza (primi quattro giorni), Fase di post-emergenza (prima e seconda settimana) e Fase a lungo termine.

Parole chiave: emergenza, psicologia dell'emergenza, Sipem Sos Puglia

Premessa

La mattina del 3 giugno 2014, alle ore 8, ricevo una chiamata da una collega facente parte del gruppo pugliese della Sipem Sos, la quale mi informa di aver appena appreso dai notiziari del crollo di una parte di un palazzo a Foggia per scoppio delle tubature di gas.

Accendo il computer per approfondire quanto accaduto: come già anticipato dalla collega, lo scoppio per fuga di gas, avvenuto nel piano terra di un palazzo, dove risiedeva un anziano signore (che perderà la vita qualche giorno dopo), aveva causato la morte di una giovane coppia, il cui figlioletto di due anni era stato ferito e trasportato in Ospedale, e l'evacuazione di più di 20 famiglie residenti nel palazzo.

Immediatamente, ho contattato un collega di Foggia per poter organizzare e pianificare adeguatamente l'intervento.

Primariamente, è stato opportuno considerare i seguenti fattori:

1. L'opportunità/la necessità di un intervento
2. I criteri di intervento
3. I destinatari dell'intervento

Opportunità/necessità di intervento

Il primo passo effettuato è stato quello di verificare nell'immediato:

- l'entità dell'evento, in termini di:
 - distruzione di cose (crollo di parte di un palazzo),
 - numero di vittime (deceduti, feriti, evacuati);
- l'impatto emotivo che tale evento può aver avuto sulle vittime direttamente coinvolte (feriti ed evacuati) e sui familiari colpiti da lutto;
- il coinvolgimento della comunità all'evento.

Considerato che:

- in riferimento a quanto precedentemente delineato, l'evento occorso può essere definito "critico", in quanto, per intensità e durata, ha avuto un impatto emotivo tale da sovrappassare le normali capacità adattive delle persone di far fronte alla situazione stressante,
- e,
- in qualità di componenti operativi della Sipem Sos Puglia nonché del Gruppo di lavoro in Psicologia dell'Emergenza dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia,
 - abbiamo ritenuto opportuno, necessario e doveroso fornire il nostro contributo di intervento di supporto psicologico a favore delle vittime colpite dall'evento.

Criteri di intervento

L'obiettivo prioritario di un intervento psicologico in emergenza è prevenire il cronicizzarsi delle normali reazioni degli individui a situazioni anomale, affinché si ristabilisca il prima possibile il normale funzionamento psico-fisico delle persone

e si prevenga la stabilizzazione di eventuali reazioni sintomatologiche post-traumatiche all'evento.

Per fare questo, la letteratura, dapprima in ambito militare e poi in quello civile (Mitchell, 1983), ha definito con l'acronimo *PIES* le caratteristiche sostanziali che un intervento immediato in emergenza deve avere:

- **PROXIMITY:** l'intervento deve essere eseguito nelle vicinanze del luogo dove è avvenuto l'evento. In conseguenza dell'evento occorso, infatti, come di seguito descritto, sono stati fatti interventi direttamente sul campo, sia nella tenda allestita dalla Croce Rossa sia nei piano terra forniti gentilmente dagli abitanti del quartiere.
- **IMMEDIACY:** l'intervento deve essere effettuato il prima possibile. Poche ore dopo l'evento, infatti, in seguito ai contatti con le istituzioni preposte, la Sipem Sos Puglia ha effettuato interventi sia sul luogo dell'evento, sia in obitorio che, qualche giorno dopo, ai funerali.
- **EXPECTANCY:** l'obiettivo del primo intervento è stato quello di mostrare alle persone con le quali si è venuti in contatto, l'aspettativa positiva da parte degli operatori di un loro ritorno alla operatività quotidiana pienamente ed in tempi brevi, mediante l'attivazione delle proprie normali risorse.
- **SIMPLICITY:** l'intervento si avvale di semplici tecniche, quali, ad esempio, offrire beni di conforto in obitorio al fine di stabilire un primo contatto con le vittime e di fornire loro una prima forma di supporto.

Destinatari dell'intervento

La letteratura sulla Psicologia dell'Emergenza distingue le vittime in:

- Vittime di I tipo: coloro che hanno subito direttamente l'evento
- Vittime di II tipo: familiari delle persone direttamente coinvolte dall'evento
- Vittime di III tipo: soccorritori
- Vittime di IV tipo: comunità coinvolta
- Vittime di V tipo: individui con condizioni pre-evento critiche
- Vittime di VI tipo: persone che, per diverse circostanze, avrebbero potuto essere vittime

di I tipo ma che, per motivi fortuiti, non erano presenti al momento dell'evento.

Considerata l'entità dell'evento, le risorse a disposizione (numero di operatori disponibili ad intervenire), le richieste pervenute e le persone con le quali si è venuti in contatto, si è scelto di effettuare l'intervento per le vittime di I e di II tipo. Tra le vittime di I tipo è stato effettuato anche un intervento su un "soggetto a rischio", un bambino affetto da autismo.

L'esiguità delle risorse umane a disposizione non ci ha permesso di estendere l'intervento anche ai soccorritori coinvolti.

Obiettivi e articolazione dell'intervento

L'intero intervento è stato organizzato per fasi:

FASE DI EMERGENZA (primi 4 giorni)

Obiettivi:

- Favorire l'accesso all'area, stabilendo primariamente contatti con le istituzioni preposte
- Raccogliere la disponibilità dei colleghi del luogo all'intervento
- Effettuare una ricognizione delle vittime direttamente coinvolte dall'evento
- Effettuare una ricognizione dei luoghi di intervento
- Preparare materiale informativo di diffusione
- Attivare il Servizio di Assistenza Psicologica
- Favorire il contatto con le persone coinvolte dall'evento
- Assistere in fase acuta, riducendo i sintomi da stress, promuovendo sicurezza e fornendo assistenza pratica

Nella fase di emergenza, sono stati organizzati i seguenti interventi:

- Intervento in obitorio
- Intervento ai funerali
- Interventi di roaming e di outreaching

FASE DI POST-EMERGENZA (prima e seconda settimana)

Obiettivi:

- Raccogliere informazioni sulle persone coinvolte dall'evento
- Valutare le reazioni all'evento e le risorse

- delle persone
- Individuare l'intervento più adeguato
- Normalizzare le reazioni all'evento e fornire supporto psicologico

Interventi:

- Primi colloqui individuali con adulti
- Primi colloqui individuali con i bambini
- Organizzazione dell'intervento di gruppo

FASE A LUNGO TERMINE

Obiettivi iniziali:

- Normalizzare le reazioni psico-fisiche conseguenti all'evento, rassicurare e ridimensionare la sintomatologia;
- Prevenire il cronicizzarsi delle normali reazioni psico-fisiche insorte, ripristinando il funzionamento pre-evento;
- Ridurre la reattività psico-somatica e i sintomi da stress;
- Ripristinare un senso di sicurezza
- Rinforzare l'Io, riattivare le capacità adattive e le risorse delle persone, sviluppare strategie per fronteggiare l'ansia e gestire lo stress

Obiettivi successivi:

- Accogliere e supportare il disagio causato dal vivere in una stanza d'albergo
- Accogliere e supportare il disagio causato dai tempi burocratici di messa in sicurezza del palazzo, molto più lunghi del previsto
- Accogliere e supportare il disagio causato da una ritmicità temporale quotidiana diversa da quella pre-evento
- Accogliere e supportare incomprensioni create all'interno del gruppo

Interventi:

- Intervento di gruppo per adulti (Debriefing)
- Interventi individuali sui bambini

Fase di emergenza

3 GIUGNO 2014

CONTATTI E ATTIVAZIONE

Nel corso della prima giornata (3 giugno), per favorire l'accesso all'area, sono stati presi contatti, dapprima telefonici e poi in forma scritta, con le istituzioni preposte all'intervento, in particolare:

- Sindaco del Comune di Foggia

- Assessore alla Protezione Civile del Comune di Foggia
- Comando dei Vigili Urbani

In seguito ai contatti e alle comunicazioni inviate ai Responsabili del Comune, i Servizi Sociali dello stesso si sono attivati per farci pervenire le prime richieste di intervento a favore di minori.

In seguito, gli stessi Servizi Sociali si sono occupati di contattare le famiglie che, a seguito del crollo, soggiornavano presso parenti.

DISPONIBILITÀ ALL'INTERVENTO

Nel corso della prima giornata, sono stati inoltre contattati i colleghi della Sipem Sos Puglia della Provincia di Foggia, al fine di raccoglierne le disponibilità:

- disponibilità immediata:
 - 1 psicologo che ha avviato contatti con le istituzioni
 - 1 psicologo per l'intervento sul campo
- disponibilità di intervento in obitorio: 1 psicologo
- disponibilità alla partecipazione ai funerali: 2 psicologi
- disponibilità di intervento a lungo termine: 5 psicologi

RICOGNIZIONE DELLE VITTIME DIRETTAMENTE COINVOLTE DALL'EVENTO

Attraverso i contatti con i Vigili Urbani, intervenuti direttamente sul luogo dell'evento, e con i Servizi Sociali del Comune di Foggia, è stato possibile effettuare una ricognizione delle vittime direttamente colpite dall'evento:

- 4 feriti in ospedale, di cui il figlioletto della coppia deceduta di due anni e l'anziano (poi deceduto nei giorni successivi) nel cui appartamento è avvenuto lo scoppio;
- 2 famiglie colpite da lutto
- 26 famiglie evacuate:
 - 2 famiglie collocate in un albergo
 - 6 famiglie collocate in un secondo albergo
 - 18 famiglie presso parenti

RICOGNIZIONE DEI LUOGHI NEI QUALI SONO STATI FATTI GLI INTERVENTI:

- Tenda allestita sul luogo dell'evento dalla Croce Rossa, dove le famiglie evacuate,

soprattutto nel primo periodo, consumavano i pasti e trascorrevano gran parte della giornata;

- Abitazioni localizzate nei piano terra, offerti gentilmente dai residenti del quartiere, per effettuare i primi colloqui con le famiglie evacuate
- Alberghi
- Obitorio
- Chiesa, durante i funerali
- Servizio di Assistenza Psicologica dell'Asl di Foggia

PREPARAZIONE DEL MATERIALE INFORMATIVO

Al fine di diffondere corrette informazioni sulle normali reazioni da stress che si verificano in tali situazioni, sul Servizio al quale rivolgersi e sui contatti telefonici attivati, è stata preparata una locandina, diffusa nei luoghi di intervento precedentemente elencati.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA

Nel corso della stessa giornata, il Responsabile del Servizio di Assistenza Psicologica della Asl Fg, Distretto n.1, nonché componente della Sipem Sos Puglia, ha chiesto l'autorizzazione al Capo Distretto del Servizio la possibilità di effettuare i successivi interventi all'interno della struttura.

4/5/6 GIUGNO 2014

FAVORIRE IL CONTATTO CON LE PERSONE COINVOLTE DALL'EVENTO

Per entrare in contatto con le persone coinvolte dall'evento, individuare l'eventuale necessità di assistenza psicologica immediata, fornire supporto psicologico ed informare sui servizi attivi sul territorio, sono stati svolti interventi direttamente sul campo:

4 giugno: intervento in obitorio

5 giugno: contatti con gli alberghi dove alloggiavano le famiglie

6 giugno:

- Presenza ed interventi durante i funerali;
- Interventi nel quartiere dove le famiglie evacuate, che alloggiavano negli alberghi, trascorrevano la maggior parte del giorno;

- Interventi presso la tenda allestita dalla Croce Rossa dove le famiglie consumavano i pasti.

ASSISTERE IN FASE ACUTA

INTERVENTO IN OBITORIO

La mattina del 4 giugno 2014 un operatore psicologo della Sipem Sos Puglia si è recato presso l'obitorio degli Ospedali Riuniti di Foggia dove erano presenti le famiglie della giovane coppia deceduta.

I familiari erano sul luogo dal giorno precedente e non conoscevano la data dei funerali in quanto erano in attesa che fosse eseguita sui corpi l'autopsia.

Dapprima sono stati presi contatti con il Responsabile dell'obitorio, al fine di ricevere indicazioni sui parenti prossimi delle vittime.

L'intervento in obitorio è stato eseguito nel seguente modo:

- Presentazione ed offerta di beni di conforto (acqua e caffè), al fine di:
 - Stabilire un primo contatto con i parenti prossimi delle persone decedute;
 - Fornire loro una prima forma di sostegno psicologico.
- Essere presenti sul luogo, in modo silenzioso e rispettoso
- Fornire la propria disponibilità in caso di bisogno
- Far emergere, con molta cautela, il racconto di quanto accaduto e di come fossero venuti a conoscenza della notizia
- Far emergere il vissuto emotivo che è risultato caratterizzato da: dolore e tristezza; rabbia per i mancati controlli
- Stabilizzare lo stato emotivo e fornire sostegno psicologico, in particolare mostrando comprensione per le reazioni emotive provate e normalizzandole.

In particolare, con ciascuna persona con cui si è venuti in contatto, mediante una breve conversazione, è stato effettuato un primo ed informale defusing.

Il *DEFUSING* è una tecnica di gestione dello stress da evento critico che viene utilizzata "a caldo", cioè nelle prime ore successive all'evento ed ha come obiettivo la riduzione, l'attenuazione e la

normalizzazione delle prime reazioni intense.

In un caso in particolare, è stato dato ad un parente diretto di una vittima “*sostegno psicologico non verbale*” mediante la “presenza fisica” ed il “contatto” con l’operatore, tenendo la sua mano (sostegno), mentre questi riceveva le condoglianze.

- Informare della presenza sul territorio di un Servizio di Assistenza Psicologica al quale eventualmente rivolgersi.

PRESENZA AI FUNERALI

Il 6 giugno 2014 si sono svolti i funerali delle vittime del crollo, ai quali hanno preso parte le autorità locali, alcuni corpi delle Forze dell’Ordine, la Croce Rossa Provinciale e due psicologi della Sipem Sos Puglia.

Grazie alla collaborazione con i Vigili Urbani e con la Croce Rossa siamo riusciti a posizionarci in un punto della Chiesa tale da poter “tenere sott’occhio” eventuali situazioni problematiche che potessero emergere. Nel corso della celebrazione, sono stati fatti due interventi:

1 persona con attacco di panico: la persona condotta all’esterno della Chiesa, in sagrestia, dopo aver sorseggiato un bicchiere d’acqua (bene di conforto come prima forma di sostegno) e guidata dall’operatore, ha espresso il proprio stato emotivo del momento e i propri pensieri. L’obiettivo immediato dell’intervento è stato quello di normalizzare le reazioni emotive emerse ed esplicitarne la loro transitorietà. Sono state, inoltre, fornite indicazioni sul Servizio al quale rivolgersi e sui numeri da contattare in caso di successiva necessità.

1 persona con reazione simil-dissociativa, che presentava:

- Sguardo fisso, vuoto e senza direzione;
- Espressione facciale assente e priva di qualsiasi emozione
- Eloquio e comportamento non reattivo
- Distacco
- Assenza di reattività emozionale

Grazie alla collaborazione con la Croce Rossa, è stato possibile, dopo un primo svenimento della signora, accompagnarla, al termine del funerale, all’esterno della Chiesa. L’intervento è stato svolto molto gradualmente nel seguente modo:

-Rispettoso e graduale contatto fisico attraverso l’offerta di acqua; il contatto fisico con l’operatore (che con una mano reggeva il capo della signora e

con l’altra le dava da bere) nonché la stimolazione delle labbra prodotta dall’acqua hanno favorito:

- Prima relazione
- Sostegno
- Orientamento a sensazioni attuali e alla realtà
- Espressione emotiva

Infatti, a seguito di questo primo contatto, la signora ha voltato il capo verso l’operatore e ha iniziato ad esprimere il suo dolore mediante alcune lacrime.

-Per facilitare un graduale riorientamento, è stato utile chiedere alla signora il suo nome, quello delle figlie, che intanto erano giunte sul luogo, ed avviare con lei una prima breve conversazione, facendo prendere contatto di tanto in tanto la signora con il suo respiro e con tutte le sensazioni che al momento riceveva dagli organi di senso (tecnica del *grounding*, che facilita nelle persone disorientate il contatto con la realtà circostante)

-In seguito, la signora è riuscita ad esprimere gradualmente lo stato emotivo di dolore dapprima mediante il pianto e poi verbalmente, cominciando a parlare della persona deceduta, del loro legame e di quello che tale perdita significasse per lei (“era come un figlio”).

-Al termine dell’incontro, sono state date al marito informazioni sul Servizio di Assistenza Psicologica al quale rivolgersi nei giorni successivi.

INTERVENTI DI ROAMING E DI OUTREACHING

Con “roaming” si definisce l’attività di vagabondaggio dell’operatore che si sposta nei luoghi frequentati dalle vittime al fine di raggiungere ed offrire sostegno al maggior numero di persone. Non sono infatti le persone che richiedono un aiuto, ma sono gli operatori che si rivolgono direttamente a queste.

Gli operatori, soprattutto nel corso delle prime giornate, hanno frequentato: il quartiere dove le persone evacuate, soprattutto nel primo periodo, trascorrevano il loro tempo; la tenda allestita dalla Croce Rossa dove queste, in attesa di una migliore sistemazione, consumavano i pasti; gli alberghi dove le famiglie, ancora attualmente, risiedono.

Con “outreaching”, invece, si definiscono le procedure attraverso le quali si diffondono informazioni sulle normali reazioni psicologiche all’e-

vento, sul servizio di assistenza psicologica attivato e sui numeri telefonici da poter contattare. Tutto questo è stato possibile mediante:

contatto diretto con le vittime nei luoghi su menzionati;

- la diffusione di locandine;
- Servizi Sociali del Comune.

È stato possibile constatare, nella pratica, l'importanza del contatto diretto degli operatori con le vittime. Infatti, è stato riscontrato che tutti coloro che sono entrati in contatto con gli operatori nei luoghi precedentemente delineati hanno richiesto in seguito assistenza psicologica. Nessuno di coloro che è stato informato da terzi (ad es. albergatori o operatori dei Servizi Sociali) ha richiesto un intervento. Tale condizione ci porta a riflettere sull'importanza del primo aggancio fatto da operatori esperti del settore.

Fase di post-emergenza (prima e seconda settimana)

Nel corso della prima e seconda settimana, i primi colloqui con coloro che hanno richiesto un intervento sono stati svolti in diversi luoghi:

- Tenda allestita dalla Croce Rossa nel quartiere dove è avvenuto l'evento
- Piano terra offerti dagli abitanti del quartiere
- Servizio di Assistenza Psicologica della Asl Fg, Distretto n.1

Il numero di persone per i quali è stato consigliato e/o richiesto un intervento psicologico successivo sono stati:

- 13 adulti
- 4 bambini, di cui un bambino autistico (anni: 10, 6, 4; il bambino autistico di 7 anni)

Obiettivi dei primi colloqui sono stati:

RACCOGLIERE INFORMAZIONI SULLE PERSONE COINVOLTE DALL'EVENTO, in particolare: dati anagrafici, tipologia di vittima (es. parente diretto, residenti evacuati, ecc...), presenza di eventuali problemi psicologici pregressi (come da scheda di *Triage psicologico* dei: "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi", *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, n.200 del 2006*).

VALUTARE LE REAZIONI DELLE PERSONE ALL'EVENTO

Coloro che hanno richiesto o per i quali è stato consigliato un intervento successivo hanno manifestato nelle settimane seguenti:

Adulti: stati d'ansia, disturbi del sonno, irritabilità, flashback (immagini relative al momento della fuga dalle scale a seguito dello scoppio, rumori, urla), facilità al pianto, sintomi gastrointestinali, cefalee, continua attivazione ed attività di alcuni e continua presenza sul luogo dell'evento nel tentativo di risolvere velocemente la situazione (come è tipico della *Fase Eroica*, che caratterizza i tempi di reazione ad un evento emergenziale da parte delle vittime).

Nelle settimane successive sono stati inoltre riscontrati, in associazione a quanto precedentemente delineato: sconforto e rabbia per il prolungarsi della situazione di precarietà e per le difficoltà burocratiche.

Bambini: enuresi, ansia da separazione dalle figure di attaccamento, aumento della irritabilità e della aggressività, flashback relativi al momento in cui è avvenuto lo scoppio.

INDIVIDUARE L'INTERVENTO PIÙ ADEGUATO

Adulti: incontri di gruppo (debriefing e sedute di distensione psico-fisica)

Bambini: incontri individuali (con e senza la presenza dei genitori) e sedute di distensione psico-fisica.

NORMALIZZARE LE REAZIONI ALL'EVENTO, RASSICURARE E DARE SICUREZZA

Fase a lungo termine

Sia gli incontri di gruppo per gli adulti che gli incontri individuali rivolti ai minori sono stati effettuati e sono tutt'ora in corso (ottobre 2014) presso il Servizio di Assistenza Psicologica della Asl di Foggia, Distretto n.1

Gli interventi effettuati in questa fase e gli obiettivi perseguiti possono essere divisi temporalmente in due momenti:

Nei primi mesi, da giugno a settembre 2014, l'obiettivo prioritario è stato quello di ridurre la sintomatologia da stress manifestata e di ripristinare

l'equilibrio psico-fisico pre-evento, in particolare:

- Normalizzare le reazioni psico-fisiche conseguenti all'evento, rassicurare e ridimensionare la sintomatologia;
- Prevenire il cronicizzarsi delle normali reazioni psico-fisiche insorte;
- Ridurre la reattività psico-somatica e i sintomi da stress;
- Ripristinare il senso di sicurezza
- Rinforzare l'Io, riattivare le capacità adattive e le risorse delle persone, sviluppare strategie per fronteggiare l'ansia e gestire lo stress

In seguito, sono state affrontate le problematiche che generalmente emergono dopo alcuni mesi dall'evento e che caratterizzano, tra le fasi temporali delle reazioni delle vittime, la Fase di Disillusione:

- Accogliere e supportare il disagio causato dal vivere in una stanza d'albergo (una famiglia per ogni stanza) con spazi alquanto ristretti, con conseguente perdita assoluta della propria privacy e privi dei propri oggetti personali;
- Accogliere e supportare il disagio causato dai tempi burocratici (messa in sicurezza del palazzo) molto più lunghi del previsto;
- Accogliere e supportare il disagio causato da una ritmicità temporale quotidiana diversa (cambiamento delle abitudini di vita, orari dei pasti scadenzati, ecc...)
- Accogliere e supportare il disagio causato da incomprensioni create all'interno del gruppo. Mentre in una prima fase le famiglie evacuate si sono supportate vicendevolmente e, all'interno del gruppo, si sono creati rapporti di amicizia, con il passare del tempo e con l'aumento della irritabilità causata dal vivere a stretto contatto e con i conseguenti disagi che sono aumentati nel tempo, hanno cominciato ad emergere tensioni all'interno del gruppo.

Gli interventi effettuati sono stati i seguenti:

INCONTRI DI GRUPPO PER ADULTI

Debriefing integrato con sedute di distensione psico-fisica

Il DEBRIEFING è una procedura di intervento

psicologico utilizzata a seguito di eventi potenzialmente traumatici tanto con le vittime quanto con i soccorritori. Ha come obiettivo prioritario quello di permettere alle persone di esternare pensieri, stati emotivi e reazioni disturbanti, normalizzandoli e ristrutturandoli, al fine di ridurre i sintomi da stress reattivi all'evento occorso. Nel caso in questione, per aumentare l'efficacia dell'intervento, il debriefing è stato integrato da sedute di distensione psico-fisica.

INCONTRI INDIVIDUALI CON I BAMBINI

Con i bambini, è stata utilizzata la procedura del debriefing attraverso l'utilizzo del gioco e del disegno. Anche con questi sono state utilizzate sedute di distensione psico-fisica.

Hanno partecipato e dato la loro disponibilità all'intervento, portando ancora oggi avanti il supporto alle persone colpite dall'evento, i colleghi del gruppo di Foggia della Sipem Sos Puglia:

Michele Cusano, Annarita Ungaro, Luigi Russo, Cinzia Daniele, Anna Palumbo.

Bibliografia

- Cusano, M., & Napoli, A. (2003). *Fondamenti di Psicologia dell'Emergenza*, in Giannantonio M., Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza, Ecomind, Salerno, 2005.
- Cusano, M. (2000). *Viale Giotto dall'altra parte. L'assistenza psicologica dell'ASL Fg/3 e del Comune di Foggia ai superstiti ed ai familiari delle vittime del crollo*, Ed. ASL FG/3.
- Del Lungo, S., Baldi, A., Cinquegrana, I., De Luca, M.L., Mancinella, A., & Napoli A. (2012). *Interventi di supporto psico-sociale in emergenza. Linee di intervento*, in Ordine degli Psicologi della Regione Lazio (a cura di), Etica, Competenza, Buone Prassi. Lo psicologo nella società di oggi. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Napoli, A. (2003). *L'intervento di Psicologia dell'Emergenza nelle catastrofi*, in Giannantonio M., Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza, Ecomind, Salerno, 2005.
- Ordine degli Psicologi della Regione Lazio, *L'intervento del Servizio di Psicologia dell'Emergenza dell'Ordine*, Notiziario Ordine Psicologi Lazio, n.3, 2009.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, Gazzetta Ufficiale, n. 200, 2006.
- Young B.H. et al. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Edizioni Erickson, Trento.

Sotto una buona Stella... Riflessione sulla mission "Stella Orientis" I nostri percorsi riabilitativi possono essere terapeutici?

Maria Antonietta Stefanelli

Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista presso Centro Diurno per il disagio psichico delle Figlie della Carità "Stella Orientis" Maglie (Le)

La domanda è consapevolmente complessa, potrebbe diventare complicata solo se ci si prefiggono obiettivi irraggiungibili e perciò irrealizzabili, obiettivi che hanno poco a che fare con la realtà di ciascun paziente e ben lontani dai loro bisogni, da quelli più interni e sconosciuti a quelli già noti.

Alla domanda che ci siamo posti circa la terapeuticità dei nostri percorsi noi della Stella Orientis sentiamo di poter rispondere sì senza avere la presunzione d'essere gli unici attori del grandioso progetto, grandioso solo nel senso della complessità e non nel delirio che lo potrebbe accompagnare... Il progetto di ciascun paziente è sempre un progetto lungo, laborioso e articolato, nel quale noi c'impegniamo di realizzare al meglio solo un segmento che, unito a tutti i nodi della complessa trama in cui l'individuo è immerso (istitu-



zionale, sanitario, sociale e familiare), potrebbe aiutarlo a gestire e valorizzare al meglio le risorse di cui dispone, migliorandone la sua qualità di vita. Quando i diversi contesti, pubblici e privati, lavorano in sinergia, lavorano tenendo sempre chiari gli obiettivi condivisi, in una reciproca posizione dialettica, (per evitare di vanificare gli sforzi dell'altro) allora non saremo più solo tanti contesti, parcellizzati, che si sommano nello sforzo riabilitativo, ma la gestalt sarà un'altra, qualcosa di più, saremo Trasformativi e perciò Terapeutici.

Questa è la nostra mission, la nostra bussola, operare scelte tenendo sempre a mente il meglio per il paziente e sostenerlo nel suo processo trasformativo.

Gran parte del loro progetto si sviluppa nella loro quotidiana presenza nei laboratori del Centro Diurno. La scelta di inserire i pazienti nei diversi laboratori artigianali viene valutata ai fini riabilitativi del

paziente stesso, ci si domanda qual è il significato di questa attività per questo paziente? Perché è riabilitativa?... tra le varie argomentazioni che si possono portare a sostegno delle diverse ipotesi per noi quella fondamentale è il **“fare con”** il fare insieme fa la nostra differenza, questo è fortemente riabilitativo.

Le attività che nel nostro Centro Diurno offriamo sono di vario tipo: culturale, artistico, tecnologico... in particolare: pittura, musica, musicoterapia, ricamo, ginnastica dolce, grammatica italiana, inglese, cucina, computer, giardinaggio, decopage, cartapesta, pittura su stoffa e su vetro... attività finalizzate a supportare

ciascun utente nell'explorare le proprie inclinazioni e attitudini e avvicinarsi, sempre in una situazione protetta e sostenuta da operatori e volontari esperti, al proprio mondo emotivo.

Queste attività “agite” sul “fare con” vengono elaborate in due momenti di pensiero strutturati, il gruppo e i colloqui individuali. Il gruppo è lo spazio della condivisione libera dove ciascun utente può affrontare questioni personali in relazione agli altri membri del gruppo stesso, parlare delle proprie esperienze, riflettere sulle emozioni che si stanno sperimentando nelle relazioni con gli altri utenti e operatori.

Il gruppo è aperto e accoglie tutti i nuovi arrivati, è condotto da una gruppoanalista e un osservatore esperto, si riunisce a cadenza settimanale.

Oltre all'ascolto grupale, settimanalmente, c'è il momento dell'ascolto individuale, momenti entrambi indispensabili

allo stato attuale le famiglie si incontrano e condividono la loro esperienza drammatica di sofferenza e solitudine che vivono tutti i giorni nelle loro case o nei reparti di psichiatria, noi mettiamo a loro disposizione un setting, un posto fisico e mentale dove poter pensare incontrare



per supportare il paziente e aiutarlo a elaborare in maniera più profonda le sue emozioni.

Anche le famiglie dei nostri utenti trovano uno spazio di ascolto nel centro, esiste da alcuni anni il “gruppo famiglie” che si riunisce a cadenza mensile, anche questo è condotto dalla stessa gruppoanalista assieme alla Suora referente del Centro, anche questo gruppo si fonda sulla priorità della condivisione.

Abbiamo per questo gruppo un progetto ambizioso, stiamo lavorando per dare a queste famiglie gli strumenti necessari per trasformarlo in gruppo di auto mutuo aiuto, un obiettivo importante ma ancora lontano,

e condividere le loro esperienze.

Abbiamo verificato da qualche tempo l'utilità di questo modo di fare rete, è utile per le famiglie che offre alle altre famiglie la propria esperienza, successi e fallimenti, le quali famiglie apprendono e si arricchiscono di una nuova consapevolezza tecnica ed emotiva che ricade, positivamente, nella gestione quotidiana dei propri cari, è utile per i nostri utenti che trovano risorse nuove e inaspettate nella propria famiglia, si rinforzano così processi di salute virtuosi che ricadono, infine, nel miglioramento generale della loro qualità di vita.

SOTTO NUOVA LUCE

L'esperienza di un laboratorio di fotografia presso il CSM di Ugento (Le)

Eleonora De Gaetani*, Vito Chiffi**

*Psicologa Tirocinante Laura Serra

**Psicologo Psicoterapeuta CSM Ugento

Riassunto

Gli autori presentano un'esperienza svoltasi presso il CSM di Ugento e che ha avuto come protagonisti alcune utenti e operatori, i quali hanno approfondito tematiche relative alla fotografia e all'arte-terapia come possibilità abilitative e riabilitative (recupero e crescita della persona nella sfera emotiva, affettiva e relazionale).

Tra i differenti mezzi artistici che è possibile utilizzare per la narrazione dei processi inconsci delle persone, la *fototerapia* è una delle tecniche che permette di esprimere, attraverso costruzioni simboliche che superano il potere rappresentativo della parola, il mondo interiore. Così dalla passione per la fotografia e per la psicologia nasce l'idea di un laboratorio creativo, che utilizzi come strumento il mezzo fotografico. Il laboratorio viene sostenuto dall'associazione "Photosintesi", presente sul territorio di Casarano dal 2009.

"*Sotto nuova luce*", titolo del progetto, sta ad indicare il desiderio di guardare da un altro punto di vista al disagio psichico e al contempo alla stessa fotografia, come strumento di diffusione utilizzabile da tutti. Inoltre, denota l'obiettivo principale: portare sotto nuova luce e a una maggiore consapevolezza ciò che ci circonda e sé stessi.

Parole chiave: Arteterapia, Fototerapia



(foto di Mary)



foto di Eleonora De Gaetani

Introduzione al progetto

La riabilitazione in ambito psichiatrico percorre strade, a volte, diverse e inaspettate. Pur facendo riferimento a studi ed analisi delle esperienze già consolidate, quando si passa dalla teoria alla pratica si viene invasi dalla paura e dalla preoccupazione di non riuscire a realizzare ciò che si ha in mente.

Quando la dr.ssa De Gaetani venne a propormi la realizzazione del "Corso di Fotografia" nel CSM di Ugento ho subito colto l'occasione, perché questa poteva essere, come poi è stata, una di quelle strade "diverse e inaspettate" per fare esperienza di riabilitazione.

Il CSM di Ugento si è sempre distinto per attività particolari oltre alle attività "istituzionali", quali, per esempio, le visite ambulatoriali e domiciliari, la psicoterapia e la farmacoterapia, i colloqui e gli inserimenti in strutture riabilitative. La nascita del gruppo di mutuo-auto-aiuto "L'intreccio", l'associazione delle famiglie "Baobab", i progetti "Vela" e "Natale Insieme", ma anche alcune ricerche e pubblicazioni sono alcune di queste attività per noi importanti.

Sempre più spesso, negli ultimi anni, abbiamo lasciato che la riabilitazione fosse appannaggio, quasi esclusivo, del privato sociale, convenzionato e non, contribuendo a far sì che i servizi psichiatrici della sanità pubblica, e in particolare i

CC.SS.MM., si fermassero alle visite, al colloquio, alle certificazioni, alle psicoterapie e alle farmacoterapie (diagnosi e cura ...).

Più volte ho colto l'occasione di convegni e incontri vari per ribadire la mia contrarietà a questi percorsi "ambulatoriali" verso cui sta andando incontro la psichiatria e la psicologia. Ecco, quindi, che queste esperienze, semplici e difficili nello stesso tempo, come il Corso di Fotografia, diventano uno spazio arricchente anche per noi operatori della Salute Mentale.

E' anche grazie a loro che continua l'interesse e l'entusiasmo che ci permettono di lavorare nella psichiatria.

Dott. Vito Chiffi

L'arteterapia e la fototerapia

L'Arteterapia è una disciplina che utilizza l'espressione artistica come mezzo terapeutico, e ha l'obiettivo di ottenere il recupero e la crescita della persona nella sfera emotiva, affettiva e relazionale. L'opera artistica è concepita come l'espressione dell'inconscio e come un derivato del processo di sublimazione degli istinti di base.

Nel XX secolo vennero mossi i primi passi verso l'Arteterapia così come viene intesa oggi grazie a Freud e Jung e alla psicoanalisi. Dal 1950 l'Arteterapia iniziò ad avere un suo peso nell'appoggio/cura di stati psichici disturbati divenendo terapia individuale per poi espandersi, laddove possibile, al gruppo, e orientandosi con maggior vigore verso metodi di espressione non verbale. Margaret Naumburg, psicoanalista e seguace di Freud, considerata la fondatrice dell'Arteterapia in America (*Art Therapy*), scrive: "il processo dell'arte terapia si basa sul riconoscere che i sentimenti e i pensieri più profondi dell'uomo, derivati dall'inconscio, raggiungono l'espressione di immagini, piuttosto che di parole". Tali immagini esprimono i conflitti e in questa nuova veste appaiono più comprensibili, e quindi, più facilmente risolvibili. Un'altra fondatrice dell'Arteterapia è Edith Kramer, contemporanea della Naumburg, la quale considera l'opera d'arte come un "contenitore di emozioni" e l'atto stesso del creare come terapeutico di per sé. Attualmente l'Arteterapia riflette un'ampia varietà di assunti teorici che si collocano in posizioni intermedie tra la Naum-

burg e la Kramer e forti influenze provengono dall'approccio umanistico, gestaltico, evolutivo e corporeo.

Questo tipo di tecnica, con risvolti terapeutici, si fonda sull'idea che l'inconscio utilizza un linguaggio fatto per lo più di rappresentazioni visivo-simboliche e, dunque, proprio l'uso dell'espressione artistica può permettere all'inconscio stesso di esprimersi attraverso un linguaggio fedele alla narrazione dell'Io.

Mentre in molti Paesi l'*arteterapia* presenta una tradizione consolidata, dalla quale è disceso anche un appropriato inquadramento legislativo, nonché specifici percorsi di formazione (cfr. Waller, 1998; Borowsky Junge *et al.* 1994; Hogan, 2001), in Italia tale pratica non arriva quasi mai a essere applicata alla psicoterapia in senso stretto, ma viene soprattutto utilizzata come tecnica orientata al sostegno di percorsi riabilitativi a favore di individui con *handicap* relazionali. Tale carenza è soprattutto motivata dalla mancanza di istituzioni preposte alla formazione di arte-terapeuti professionali e solo recentemente è possibile riscontrare la nascita di scuole il cui obiettivo è quello di affiancare alla psicoterapia il metodo dell'arte (cfr. Pasanisi, 2001).

Tra i differenti mezzi artistici che è possibile utilizzare per la narrazione dei processi inconsci delle persone, la *fototerapia* è una delle tecniche che permette di esprimere, attraverso costruzioni simboliche che superano il potere rappresentativo della parola, il mondo interiore.

"La fototerapia potrebbe essere considerata come un sistema articolato di tecniche di psicoterapia basato sull'utilizzo della fotografia da parte di figure professionali che attuano nel campo della salute mentale all'interno delle loro attività terapeutiche che servono ad aiutare i loro pazienti nelle indagini coscienti su se stessi, per reintegrare le rivelazioni o gli *insight* causati dalle foto per capirsi meglio e per migliorare la loro vita" (Weiser, 2011). Tra le differenti tipologie di immagini adoperate dalla tecnica di fototerapia (Weiser, 1993) sicuramente quelle che riescono a sviluppare interrogativi introspettivi sono soprattutto le immagini scattate di propria mano dal paziente, nonché i fotoritratti.

In entrambi i casi le immagini riescono a restituire i sentimenti più inconsci e spesso nascosti

che spetta all'analista portare in superficie e interpretare. La relazione terapeuta-paziente gioca dunque un ruolo importante nel processo terapeutico e il prodotto artistico diviene lo strumento che rafforza tale relazione.

Il vantaggio per la pratica psichiatrica consiste nel fornire una coscienza multipla delle differenti sfaccettature che compongono l'Io dell'individuo, fornendo contemporaneamente ai pazienti l'opportunità di comprendere il significato celato dietro i propri scatti, non solo da un punto di vista visivo, ma soprattutto emotivo.

Così dalla passione per la fotografia e per la psicologia nasce l'idea di un laboratorio creativo, che utilizzi come strumento il mezzo fotografico.

Il laboratorio viene sostenuto dall'associazione "Photosintesi", presente sul territorio di Casarano dal 2009.

"*Sotto nuova luce*", titolo del progetto, sta ad indicare il desiderio di guardare da un altro punto di vista al disagio psichico e al contempo alla stessa fotografia, come strumento di diffusione utilizzabile da tutti. Inoltre, denota l'obiettivo principale: portare sotto nuova luce e a una maggiore consapevolezza ciò che ci circonda e sé stessi.



Il progetto

Il progetto "*Sotto nuova luce*" si è svolto per alcune settimane presso il CSM di Ugento, coinvolgendo il dr. Vito Chiffi, Laura Serra, studentessa tirocinante dell'Università di Lecce, e alcuni utenti con buone capacità cognitive, in grado di attuare una riflessione critica e con una buona autonomia psico-fisica.

Gli obiettivi principali preposti sono stati: incoraggiare la conoscenza e l'utilizzo dello strumento fotografico; promuovere la socializzazione; sviluppare una maggiore presa di coscienza sulla realtà circostante.

Gli incontri hanno previsto brevi lezioni frontali, in cui sono state introdotte nozioni tecniche riguardanti lo strumento fotografico: cos'è la fotografia, stili fotografici, composizione, etc.

Inoltre, i partecipanti sono stati chiamati a fotografare autonomamente rispettando le tematiche assegnate, ed è stato attraverso l'osservazione di questi scatti e attraverso l'interazione discorsiva che ognuno di essi ha potuto meglio riconoscere e gestire le proprie emozioni.

Di vitale importanza la partecipazione di Daniele D'Amato, presidente dell'associazione Photosintesi, che grazie alla sua esperienza ha accompagnato il gruppo in una accurata "lettura" delle fotografie presentate, sottesa non solo alla tecnica ma anche ai contenuti psicologici, ripresi e sviluppati poi dalla dr.ssa De Gaetani Eleonora.

Riportiamo di seguito le fasi salienti del progetto con alcuni scatti dei partecipanti affinché sia evidente quanto emerso da questa interessante esperienza.

Prima tematica: La mia giornata - Il tempo

Essendo stata la prima tematica, e quindi la prima messa alla prova con lo strumento fotografico possiamo ricondurre a questo la difficoltà di rappresentare le proprie attività giornaliere; tuttavia, siamo consapevoli che manca un vero impiego del tempo per i nostri utenti.

Tutti i partecipanti sono stati chiamati a riflettere su se stessi e sulla propria realtà, attraverso la presa in esame delle proprie fotografie. Inoltre, attraverso alcune domande abbiamo cercato di facilitare la riflessione e di dirigere quanto basta i "fotoamatori" verso il reale soggetto richiesto.

Il tempo è ovviamente una delle tematiche fondamentali della fotografia, che costituisce un ottimo mezzo per fermarne l'inesorabile scorrere. L'istante bloccato dalla fotografia diventa evidente per quanto tempo è necessario al fruitore, che può guardarlo a lungo e ogni volta che lo richiede. L'istante e l'eterno si fondono, ciò che è stato non sarà più allo stesso modo, e questo inevitabilmente riconduce all'accettazione di alcuni avvenimenti, di alcune situazioni. La fotografia, inoltre, può essere un ottimo strumento per ricostruire in un *continuum* quella che è la storia personale ed individuale di ognuno.

Nel nostro caso, ciò che maggiormente si è evidenziato è l'assenza, la mancanza di attività da poter fotografare, l'assenza di reali contenuti

e quindi la promozione di un pensiero critico su come si trascorre e si impegna realmente il tempo a disposizione.

Di particolare interesse è questa immagine, con cui Liliana ci racconta e ci dice della sua malattia. Questo il primo eclatante esempio di come il mezzo fotografico sia un facilitatore per raccontare una parte di sé che a volte si tende a nascondere.



Nonostante la foto sia sfocata, il fotamatore ne ha curato attentamente la composizione, presentandola in formato quadrato quasi a voler prendere la forma dello stesso medicinale. Ecco che il contenuto, il messaggio, è più importante dello strumento stesso, per cui la tecnica passa in secondo piano; del resto nonostante la scarsa risoluzione, questa fotografia trasmette bene tutta la sua incertezza (poiché è evidente che i tratti della personalità influiscano sull'utilizzo dello strumento, i tagli continui di Liliana in quasi tutte le sue foto e i suoi aggiustamenti potrebbero essere riconducibili alla necessità di esercitare un certo tipo di controllo sulla realtà).

Seconda tematica: I luoghi che vivo - Lo spazio

La macchina fotografica serve a creare un collegamento con il mondo esterno, a fissare un oggetto o un rapporto con l'oggetto, e a trattenerlo mediante un meccanismo d'introduzione o incorporazione (*Servadio*).

Alfred Stieglitz parla di "fotografia di relazione col mondo", e non a caso egli aveva concepito la tecnica fotografica come una "funzione", termine questo, osserva C. Marra, inteso come "il modo dell'autoaffermazione del soggetto nei confronti del mondo".

La stessa Susan Sontag si rifà all'atto del fotografare come di un qualcosa che serve ad appropriarsi della cosa che si fotografa. Significa stabi-

lire con il mondo una relazione particolare che dà una sensazione di conoscenza, e quindi di potere.

Anche in questo caso è esemplare la foto in cui Mary "mostra" una realtà molto dolorosa che le appartiene. In certi periodi trascorre molto tempo in questo luogo, in cui ci si prende cura di lei, eppure in questo caso è lei a prendersi cura di questo luogo: sistema la scena per lo scatto, mette in ordine gli oggetti, sceglie il punto di ripresa che possa dare maggior dignità alla stanza. Mary vuole renderlo accogliente e presentabile rendendolo,



a sua volta, accettabile agli occhi di tutti e ci dice "é un luogo brutto, ma buono per me perché mi serve a star bene".

Al contrario suo, che riporta foto scattate tutte dal di dentro facendoci entrare nel suo mondo, accogliendoci a pieno, Liliana porta fotografie di luoghi dall'esterno. E' come se lei non li vivesse realmente e questo ci fa pensare e ci riconduce al distacco che pone tra sé e quello che questi luoghi rappresentano: il cimitero, la casa materna in cui lei non è più tornata dopo la morte della madre. Luoghi tenuti a distanza come si fa con le cose di cui abbiamo paura e ci rendiamo conto che la tematica ricorrente è evidentemente quella del lutto.

Potremmo supporre che le fotografie di Liliana ci mostrino ciò che più la spaventano, ciò che non riesce ad accettare, ma che rendendo visibile può divenire più ammissibile e superabile.

Augusto Pieroni in "leggere la fotografia" esprime un concetto personale che sposo appieno: "Un autore può trattare tutti i soggetti che vuole: i suoi temi restano pochi e ricorrenti. E si capisce che non se li è scelti: li ha solo compresi o non

compresi. Sono le ossessioni degli autori. E ognuno ne ha un numero limitatissimo: una, due”.

Vito si auto-fotografa posizionandosi attraverso la sua ombra in un luogo. Barthes diceva che la fotografia è una certificazione di presenza, e del resto i luoghi anche senza la componente umana possono dire molto delle persone che ci vivono.



“Marcare il territorio” è un atteggiamento innato attraverso cui l’uomo documenta la sua presenza.

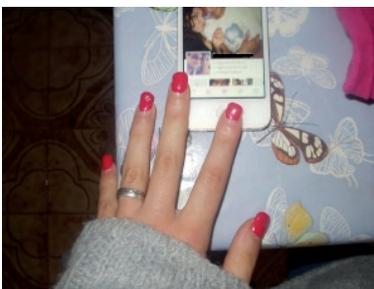
Gina invece riporta molte fotografie, ricche di particolari e di memorie emotive. attraverso le quali ci riconduce al periodo della sua malattia e alle tematiche di tipo mistico dei suoi deliri. La fotografia diviene auto-rivelazione senza mezzi termini, e senza veli si presta a mostrarsi in tutta la sua veridicità. Ci racconta della sua infanzia, della sua malattia e della “bellezza perduta”.

Terza tematica: Gli altri - Relazioni sociali

Il laboratorio stesso serve a promuovere lo sviluppo di adeguate competenze sociali, e il gruppo aiuta a creare una giusta atmosfera di condivisione e confronto.

Per quanto concerne le fotografie prodotte durante il laboratorio esse ritraggono soprattutto componenti della famiglia a dimostrazione di come i nostri utenti non appartengano a reali reti sociali e non abbiano vere relazioni sociali.

Federica, la più giovane, ci mostra la fotogra-



fia del mondo attuale e cioè come ogni relazione passi oramai attraverso i social network; lei stessa ammette di trascorrerci molto tempo e di comunicare con gli amici attraverso facebook.

In realtà “gli altri” non sono bene evidenti, poiché al di là di fratelli e genitori, mancano autentiche relazioni d’amicizia. Così si delimita un micromondo a cui appartengono i familiari e gli amici intimi e un macromondo a cui appartiene il resto della società che non viene lontanamente “guardato”, come se non gli appartenesse.

Solo Liliana ci mostra una piazza piena di anziani, ma L.G. ormai l’abbiamo conosciuta, è colei che ci mostra tutto a distanza, e anche in questo caso è una spettatrice estranea della scena e non una partecipante attiva.



Quarta tematica: Io-L’autoritratto

Un’esigenza presente in ogni individuo è il rapportarsi a sé stessi, sia in quella che è la componente esterna ed evidente, sia la parte interiore ed intima di sé.

È innato il desiderio di esplorare il proprio corpo, conoscerlo e imparare ad apprezzarlo nonostante la visione negativa; spesso infatti il nostro corpo diviene “sede di sentimenti di vergogna” e “prolungamento della mente al quale sono appese e ben visibili socialmente tutte le brutture del sé” (G. Pietropolli Charmet).

Spesso il corpo è percepito come una parte di se stessi che sfugge al controllo dell’individuo, poiché le sue caratteristiche e il suo funzionamento sono autonomi. Accade che una persona non si sente in simbiosi con esso e per superare questo disagio è necessario “trasformare la passività in qualcosa di attivo che l’individuo abbia l’impressione di padroneggiare, operando quello che

Freud ha definito un controllo retrospettivo sugli avvenimenti” (S. Ferrari).

Occorre riappropriarsi del proprio corpo, della propria figura e del proprio io... e quale mezzo migliore della macchina fotografica?

Il soggetto diviene anche oggetto da fotografare, oggetto di cui disporre e quindi da padroneggiare.

Gina racconta di una lei sempre curata, che la fa sentire sensuale e apprezzata, ricordiamo in lei ricorrente la tematica della bellezza esteriore, l'intellettualizzazione e il senso di perdita di una giovinezza che oramai non c'è più, di qualcosa che la malattia le ha portato via e che nel tempo ha dovuto ricostruire con fatica.

Mary ci mostra un doppio: come la vedono gli altri, come la vorrebbero (sorridente, truccata, curata) e come invece si vede lei: molto più semplice, naturale. Ha giocato con lo specchio, uno degli strumenti più utilizzati per il riconoscimento di sé, della propria immagine e identità. Lacan ci indica la fase dello specchio nel bambino dai 6 ai 18 mesi, in cui il bambino a un certo punto capisce che l'immagine speculare è la propria e riesce ad identificarvisi.



Ma anche Liliana attraverso le sue foto ci dice qualcosa di interessante: “io mi impongo di essere così; seria, quasi sempre incazzata, cupa”. Come se non potesse permettere a sé stessa di poter essere altro.

L'autoritratto serve anche a questo: guardare le tante sfaccet-



tature che il nostro sé può assumere e cercare di integrarle in un unico sé.

Il doppio è una tematica molto complessa che la fotografia esprime spesso, identificabile con l'Ombra junghiana che l'obiettivo fotografico, trasformandosi in uno strumento di autoanalisi e introspezione, può rivelare.

Una persona può non riconoscersi mentre osserva il proprio riflesso allo specchio, poiché si tratta di una immagine addomesticata (Heimlich).

Il senso di estraneità che molto spesso le persone provano davanti la propria immagine fotografica dipende dalla mancata coincidenza con l'immagine interna.

Infine Laura, che ha seguito con noi tutto il percorso, vuole omaggiarci di un messaggio importante e lo fa nel momento in cui deve auto-ritrarsi, facendosi portavoce ed esempio stesso delle parole che vuole farci leggere: “La vita è bella”. Potremmo anche pensare che il soggetto abbia fatto ricorso alle parole come vicario della sua stessa immagine, come se lei in un autoritratto non avrebbe potuto esprimere concretamente ciò che voleva dire.



Prova pratica: Colore, linee e forme - Emotività

Durante il laboratorio abbiamo svolto anche una prova pratica nel centro storico di Ugento. Abbiamo notato che non è tanto l'oggetto ripreso quanto il colore che riconduce ad uno stato d'animo. Risulta infatti per molti, importante la cromaticità: è il colore ad esprimere quindi la componente emotiva.

Liliana riporta spesso fotografie grigie, con colori spenti, e oscure. (la stessa delle tematiche



di morte). Questa per esempio è stata scelta per esprimere il tema “colore forte”, che non viene indicato in un contrasto tra due colori o nella presenza



di un colore piuttosto d'un altro. Il grigio sfumato del cielo indica chiaramente quell'oppressione e quella “forza” che è insita nell'animo stesso di chi ha fotografato. Forte infatti è stato ricondotto all'importanza personale del proprio vissuto.

Mary con questo scatto ci mostra di aver acquisito oramai una buona pratica tecnica.

I partecipanti hanno riportato via via, una particolare attenzione nell'atto fotografico, alcuni addirittura una difficoltà nella programmazione dello scatto stesso, segno di un pensiero critico che accompagna coscientemente l'atto creativo nella scelta di cosa e come fotografare.

Avendo fatto notare alcune inadempienze tecniche, cerchiamo di riportare l'attenzione alla cura e alla “pulizia” degli scatti, suggeriamo quindi di prestare attenzione a non tagliar via teste, piedi e a cercare di riprendere i soggetti a fuoco.

Anche se sono proprio questi “lapsus fotografici” che ci conducono alla parte più veritiera; è infatti ciò che sfugge al nostro controllo consapevole che poi esprime la parte più intima di noi.

Conclusioni

Fotografare vuol dire guardare nel mirino e “scegliere” una parte di mondo, cosa riprendere, come riprenderlo...

Allo stesso modo una persona guarda dentro di sé e sceglie come essere, cosa dire, come comportarsi... un processo attivo in cui unico filtro è l'individuo.

Nonostante la diversità data dal singolo, con la propria carica esperienziale e di vissuto, la fotografia permette a tutti di riconoscersi così che il “vissuto personale” diventi pubblico e nella condivisione possa essere “normalizzato”. Questo permette di non fronteggiare le paure secondo cui si è gli unici a soffrire a versare in un certo stato,

ma rendersi conto di non essere soli. Facilitando il meccanismo della proiezione si aiuta il paziente ad entrare in contatto con le diverse parti della propria personalità per riconoscere e identificare proiezioni ed aspettative.

La realtà interiore percepita come esterna permette di evitare il confronto con gli aspetti difficili del proprio sé.

Le foto scattate permettono in primis di esserne l'autore ma successivamente di porsi anche come spettatore e quindi come lettore della propria realtà personale.

La fotografia offre inoltre un'esperienza sicura di essere visti e ascoltati, poiché essa parla al posto del paziente in una lingua fatta di immagini.

Come dice Carlo Riggi, “Può essere un modo per ricordare ma anche per dimenticare, la sua valenza terapeutica consiste anche nell'aiutare a liberarci, elaborandolo, del dato grezzo che incombe e ci ingolfa, o da angosce senza nome che ci tormentano con la loro immanente visibilità.

La fotografia serve a far vedere quel che non si vede, a far esistere quel che non c'è, a rendere conoscibile l'inconoscibile.

“Quando l'invisibile si è fatto visibile, in quel preciso istante un pezzo di mondo è morto ed è rinato altrove. E' lì che dobbiamo puntare il nostro obiettivo fotografico se vogliamo scoprire qualcosa di noi”.

Da non tralasciare l'importanza che oramai riveste il mezzo fotografico. Di fatto, siamo in un mondo in cui l'immagine sta divenendo il vero mezzo di comunicazione, disfacendosi anche della parola stessa. La fotografia è diventata una forma di divertimento diffusa, quasi quanto il sesso e il ballo, il che significa che, come quasi tutte le forme d'arte di massa, non è esercitata dai più come arte, è soprattutto un rito sociale, una difesa dall'angoscia e uno strumento di potere (Susan Sontag); pertanto, è attraverso i nuovi strumenti che il mondo e la socialità ci offrono, che oggi dobbiamo e possiamo fare psicologia.



(foto di Laura)



(foto di Vito)

Bibliografia

- Barthes., R. (1980). *La camera chiara. Nota sulla fotografia*. Einaudi: Torino.
- Berman., L. (1997). *La fototerapia in psicologia clinica. Metodologia e applicazioni*. Erickson: Trento.
- Borowsky Junge, M., & Pateracki Asawa, P. A (1994). *History of Art Therapy in the United States*, Mundelein: *The American Art Therapy Association*.
- Caterina, R. (2005). *Che cosa sono le arti-terapie*. Roma: Carocci.
- Ferrari, S. (2002). *Lo specchio dell'io. Autoritratto e psicologia*. Laterza, Roma - Bari.
- Ferrari, S. (2007). *Il corpo adolescente. Percorsi interdisciplinari tra arte e psicologia*. Clueb, Bologna.
- Freud, S. (1976). *Tecnica della psicoanalisi*. Boringhieri: Torino.
- Freud, S., (1969) *Saggi sull'arte la letteratura e il linguaggio*, Torino: Boringhieri.
- Hogan, S. H., (2001). *The History of Art Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Improta, A., *Arteterapia - L'arte che cura*, disponibile on line: www.slowmind.net.
- Jung, G. C. (1955). *Mysterium Coniunctionis*, Trad. it. in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1990, Vol. XIV, t. 2 pag. 22.
- Jung, G.C., (1966). *The spirit in man, art, and literature*, Princeton: Princeton University Press.
- Kramer, E. (1977). *Arte come terapia nell'infanzia*, Firenze: La Nuova Italia.
- Marra, C. (1999). *Le idee della fotografia. La riflessione teorica dagli anni Sessanta a oggi*. Bruno Mondadori, Milano.
- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy: its principles and practices*, New

- York: Grune & Stratton.
- Pasanisi, R. (2001). *Una nuova scuola psicoterapeutica in Italia: l'Arteterapia*. *Psychomedia*, 12/ VII/2001, disponibile on line: www.psychomedia.it/pm/arther/art-ther/scuola.htm
- Pieroni, A. (2011). *Leggere la fotografia. Osservazione e analisi delle immagini fotografiche*. Edizioni Edup.
- Riggi, C. (2013). *L'esuberanza dell'ombra*.
- Servadio, E. (1977). *Psicologia e psicopatologia del fotografare. In aa.vv, cent'anni di fotografia, i problemi di Ulisse, Roma*.
- Sontang, S. (1978). *Sulla fotografia. Realtà e immagine nella nostra società*. Einaudi, Torino.
- Waller, D. (1998). *Towards a European Art Therapy. Creating a profession*, Buckingham: Open University Press.
- Weiser, J. (2011). *PhotoTherapy Lectures and Workshops in Italy*, September & November 2011, disponibile on line su: <http://www.phototherapy-centre.com/italian.htm>.
- Weiser, J. (1975). *Photography as a verb*, in "The BC photographer", fall 1973, n. 3
- Weiser J. (2001). *PhotoTherapy Techniques: Using Clients' Personal Snapshots and Family Photos as Counseling and Therapy Tools*, in "Afterimage: The Journal of Media Arts and Cultural Criticism", 29:3, novembre-dicembre 2001 (numero speciale "Media art as/in therapy"), pp. 10-15.
- Weiser J. (1992). *PhotoTherapy Techniques: Exploring the Secrets of Personal Snapshots and Family Albums*, PhotoTherapy Centre Press, Vancouver: Jossey-Bass Publishers.



(foto di gruppo durante la prova pratica)

Maltrattamento all'infanzia e interventi di comunità: una ricerca empirica

Daniela Racanelli

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Bari
Tirocinio post-lauream presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari

Riassunto

Il presente articolo, tratto da un lavoro di tesi in "Tecniche di intervento in psicologia clinica dello sviluppo" svolto con il Prof. A. Taurino presso l'Università degli Studi di Bari, mira a presentare i risultati di un progetto di ricerca transnazionale, condotto dall'Università di Bari in collaborazione con la Universidad de Valencia y Castilla-La Mancha (Spagna), volto ad approfondire le conseguenze delle esperienze traumatiche infantili sullo sviluppo emotivo-relazionale di minori residenti in comunità residenziali, in un contesto italiano e spagnolo. Nello specifico, all'interno di tale studio, condotto su 65 ragazzi di età compresa tra i 12 e i 18 anni, allontanati dalle loro famiglie d'origine in seguito ad episodi di maltrattamento e abuso, è stata indagata la distribuzione dei modelli di attaccamento; è stato anche esplorato il tema dei confini e delle appartenenze familiari. Le analisi effettuate hanno evidenziato la presenza nei minori istituzionalizzati, italiani e spagnoli, di un'elevata incidenza di attaccamento insicuro. Inoltre, i risultati delle analisi hanno mostrato che sia i minori italiani che spagnoli rappresentano i diversi sistemi di appartenenza e si schierano a favore di uno dei sistemi rappresentati; tuttavia, a differenza dei ragazzi spagnoli che mostrano un senso di appartenenza nei confronti della famiglia biologica, i minori italiani sentono di non appartenere a nessuno dei diversi sistemi.

Parole chiave: *Maltrattamento; adolescenti; comunità; attaccamento; confini e appartenenze familiari.*

Introduzione

Nel complesso dibattito sui maltrattamenti e abusi all'infanzia è stata recentemente introdotta la nozione di Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI; Felitti et al., 2001) per indicare quell'insieme di situazioni traumatiche vissute durante l'infanzia, comprendenti forme dirette e indirette di violenza, che incidono significativamente sui processi di attaccamento e che si possono definire come "incidenti di percorso" negativi, più o meno

cronici, rispetto all'ideale percorso evolutivo dei minori.

Ciò che accomuna tali esperienze sfavorevoli, e le rende anche poco differenziabili in termini di sintomi e comportamenti, è il fatto che, producendo un importante danno nei processi di attaccamento del bambino con le figure di riferimento e, quindi, nei modelli operativi interni sviluppati dal minore, deformano traumaticamente l'assetto della personalità. Il fatto che la maggior parte di tali esperienze abbia come teatro la famiglia ha, inoltre, come corollario l'elevata frequenza e la cronicità di tali situazioni e, quindi, una maggiore possibilità di produrre, in coloro che ne sono vittime, gravi e invalidanti conseguenze nei processi evolutivi. Si tratta, dunque, di eventi che, spesso, superano le naturali risorse di resilienza e di adattamento dei soggetti, tanto più se avvengono in età precoce e con individui ancora in formazione, dando luogo a importanti danni nel funzionamento individuale, che possono perdurare per tutto il corso della vita (Malacrea e Lorenzini, 2002).

Di particolare interesse, nei casi di maltrattamento e abuso, è lo studio delle aree di funzionamento psicologico, considerate cruciali per la futura salute mentale e, al contempo, vulnerabili alle esperienze di natura traumatica nelle relazioni primarie: le relazioni di attaccamento, l'immagine di Sé, la capacità di relazionarsi in maniera adeguata, la regolazione degli stati affettivi, le funzioni cognitive (Cheli et al., 2012). I dati più recenti della letteratura ormai convergono nel ritenere che le esperienze di maltrattamento in età precoce interferiscono in modo pervasivo sulle funzioni dello sviluppo psicologico, determinando esiti evolutivi negativi in adolescenza, che tendono a protrarsi anche in età adulta (Liotti e Farina, 2011). Sebbene, infatti, le ricerche principalmente focalizzate sulle conseguenze a lungo termine del maltrattamento siano ancora poche,

studi recenti hanno dimostrato che adolescenti e adulti, vittime di violenza durante l'infanzia, continuano a presentare modelli di attaccamento di tipo insicuro, mostrando grandi difficoltà a livello sociale e interpersonale, problemi nella regolazione delle emozioni, fallimenti a livello scolastico e professionale (Malacrea e Lorenzini, 2002).

Tuttavia, è stato anche rilevato come molti soggetti, pur avendo sperimentato eventi fortemente negativi durante l'infanzia, riescano a mantenere un discreto livello di adattamento psicosociale (Cicchetti e Rogosch, 1997; McGloin e Widom, 2001). È divenuto, pertanto, centrale il costrutto di resilienza, ovvero la manifestazione di un adattamento positivo, nonostante condizioni esistenziali avverse (Di Blasio, 2005; Heller et al., 1999; Luthar, 2003).

Nel panorama scientifico si è, quindi, sempre più fatta strada l'attenzione non solo ai fattori di rischio, che aumentano la probabilità di un cattivo adattamento dei soggetti, ma anche ai fattori di protezione, in grado di promuovere e attivare i meccanismi di recupero e l'adattamento resiliente. A tal proposito, di particolare importanza nel ridurre l'impatto delle esperienze traumatiche e favorire le risorse di resilienza risultano essere le comunità residenziali per minori, le quali sono, spesso, una delle soluzioni utilizzate per assicurare cure adeguate ai bambini allontanati dal loro nucleo familiare a causa di episodi di maltrattamento e abuso. Tali forme di accoglienza possono costituirsi, infatti, come importanti fattori protettivi, offrendo ai minori la possibilità di sperimentare relazioni positive e significative, capaci di offrire sicurezza e protezione. All'interno di tali contesti, attraverso gli adulti significativi, è possibile rielaborare le esperienze sfavorevoli e i traumi precoci vissuti e riorganizzare i modelli operativi insicuri interiorizzati dai bambini (Bastianoni e Taurino, 2009).

Di conseguenza, un settore che merita particolare attenzione, e che, al contrario, risulta ancora carente nella bibliografia internazionale, è proprio l'approccio al trattamento da parte di tali servizi e l'esito di questi interventi specifici (Cohen e Mannarino, 1996). Le conseguenze psicologiche delle Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI) possono, infatti, perdurare per tutto l'arco della vita se non avviene un'adeguata presa in carico dei

soggetti maltrattati e abusati (Di Blasio, 2000). Risulta, pertanto, lecito chiedersi se il trattamento e gli interventi attuati nelle comunità residenziali servano realmente a modificare i modelli operativi interni sviluppati da tali bambini o, se non altro, almeno a mitigare l'effetto delle esperienze traumatiche infantili, configurandosi, in questo senso, come fattori in grado di ridurre l'impatto negativo della violenza sull'adattamento psicologico.

In tale prospettiva, la valutazione degli esiti del trattamento, con la conseguente possibilità di individuare modelli di intervento efficaci, diventa, quindi, uno strumento di fondamentale importanza: essa consente, infatti, agli operatori di mettere in atto delle modalità operative utili ed appropriate nella presa in carico di bambini e ragazzi vittime di maltrattamento e abuso (Corato e Baglioni, 2008).

La ricerca: obiettivi e ipotesi

A partire da tale impostazione concettuale, è stato condotto dall'Università degli Studi di Bari, in collaborazione con la Universidad de Valencia y Castilla-La Mancha (Spagna), uno studio transculturale volto a confrontare minori inseriti in comunità terapeutico-riabilitative ed educative di tipo residenziale, in un contesto italiano e spagnolo.

L'obiettivo principale del progetto è stato quello di rilevare e analizzare le conseguenze delle Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI) sui processi di sviluppo di bambini e ragazzi residenti in strutture comunitarie, focalizzando in modo particolare l'attenzione sulle conseguenze relative allo sviluppo affettivo e relazionale.

Gli obiettivi specifici sono stati:

- Valutare se e in che modo i legami affettivi stabiliti dagli adolescenti vittime di esperienze sfavorevoli hanno influenzato lo sviluppo emotivo-relazionale;
- Valutare la qualità delle rappresentazioni relative ai legami di attaccamento negli adolescenti e pre-adolescenti inseriti in comunità italiane o spagnole;
- Valutare la rappresentazione dei confini e delle appartenenze familiari negli adolescenti e pre-adolescenti inseriti in comunità italiane e spagnole;

- Esplorare la presenza di eventuali differenze nelle dimensioni indagate tra i minori italiani e spagnoli residenti in strutture comunitarie;
- Contribuire allo sviluppo e al miglioramento dei programmi di intervento con i minori istituzionalizzati per migliorare la qualità della loro vita.

Più specificamente, analizzando il campione di ragazzi residenti nelle strutture comunitarie, si è proceduto a verificare alcune importanti ipotesi:

- I legami affettivi stabiliti durante l'infanzia dai minori vittime di maltrattamento e abuso influenzeranno il loro successivo sviluppo emotivo-relazionale.
- I ragazzi sia italiani sia spagnoli che hanno vissuto esperienze traumatiche sviluppano legami affettivi di tipo insicuro.
- La comunità per minori contribuisce ad incrementare i livelli di sicurezza rispetto all'attaccamento nei minori istituzionalizzati.
- Gli adolescenti vittime di maltrattamento e abuso durante l'infanzia sviluppano una particolare rappresentazione dei confini e delle appartenenze familiari, centrata sulla dimensione dell'isolamento.

Procedura e strumenti

Il presente lavoro ha avuto inizio con una prima fase di conoscenza reciproca con gli adolescenti e gli educatori di riferimento.

Al fine di rilevare le caratteristiche concernenti la famiglia d'origine e la storia personale degli adolescenti partecipanti alla ricerca, si è proceduto alla lettura delle loro cartelle storiche e si sono tenuti colloqui con gli assistenti sociali e gli educatori.

Riguardo alla famiglia d'origine sono state raccolte informazioni sulla composizione del nucleo familiare (famiglie con entrambi i coniugi, genitori separati o famiglie monoparentali); sul titolo di studio posseduto dai genitori, il più alto tra i due (laurea, scuola media superiore, scuola media e/o elementare, nessuno); sullo status socio-economico dei genitori, il più alto tra i due (alto, medio, basso); sulla presenza di psicopatologie (in entrambi i genitori, in almeno uno o in nessuno) e

sull'accertamento di qualche forma di comportamento di rilevanza penale (in entrambi i genitori, in almeno uno o in nessuno).

Per quel che concerne la storia individuale del minore sono state considerate: la tipologia di maltrattamento subito (trascuratezza, maltrattamento psicologico, fisico o abuso sessuale); l'epoca di riconoscimento dello stesso, ovvero a che età è stata riconosciuta la presenza di maltrattamento (a meno di tre anni, tra i quattro e i sette, tra gli otto e gli undici, tra i dodici e i quindici, a più di quindici anni); quando è avvenuto l'allontanamento (a meno di tre anni, tra i quattro e i sette, tra gli otto e gli undici, tra i dodici e i quindici, più di quindici anni) e, in caso di istituzionalizzazione, quanto questa sia durata (meno di un anno, tra l'anno e i tre anni, tra i tre e i cinque anni, più di cinque anni) o se si fossero verificati precedenti esperienze di inserimenti comunitari falliti.

Sono stati successivamente somministrati i seguenti strumenti di indagine:

- L'Intervista sull'Attaccamento nella Latenza (IAL) è un'intervista semi-strutturata derivata dall'Adult Attachment Interview, utilizzata con bambini in età scolare, pre-adolescenti e adolescenti. L'obiettivo di tale strumento è quello di rilevare la qualità delle rappresentazioni del minore rispetto alle relazioni di attaccamento. Lo stile dell'attaccamento dei ragazzi intervistati è stato, quindi, considerato in termini di "Sicuro", "Insicuro" (nel quale sono inclusi anche gli stili "Distanziante" e "Preoccupato"), "Non risolto" e "Non classificabile". Qualora si sia fatto riferimento esclusivamente alle categorie "Sicuro" e "Insicuro", in quest'ultima sono stati inclusi gli stili "Distanziante", "Preoccupato", "Non risolto" e "Non classificabile".
- Il Test "La doppia luna" è un test grafico-proiettivo ideato con lo scopo di indagare l'ambiguità dei confini e delle appartenenze familiari in bambini e adulti che vivono situazioni familiari complesse.

Nel presente lavoro, particolare attenzione è stata rivolta alla Posizione del soggetto, ovvero alla sua modalità di rappresentarsi (Sdoppiamento per esprimere l'appartenenza a due diversi sistemi,

Schieramento a favore di uno o dell'altro sistema di appartenenza rappresentato, Metafamiglia cioè la rappresentazione in un unico insieme dei due poli familiari, in questo caso famiglia d'origine e sistema accogliente/comunitario, Isolamento, che vede il soggetto estraneo, non appartenente a nessun sistema), al Vissuto di appartenenza, osservando in quale sistema i soggetti si collocano (Nessuna appartenenza, Appartenenza al sistema biologico, Appartenenza al sistema accogliente, Sistema completo), alla Presenza e agli Elementi del confine intersistemico, ovvero se il ragazzo inserisce nel disegno alcuni elementi, come persone della famiglia d'origine, della comunità, della famiglia allargata o elementi extrafamiliari, quali gli amici (Famiglia biologica e sistema accogliente, Famiglia allargata, Extrafamiliari/Amici, Famiglia biologica, accoglienza e extrafamiliari, Famiglia allargata ed extrafamiliari, Tutti).

Partecipanti

Il presente studio ha visto coinvolti diversi minori residenti in comunità residenziali italiane e spagnole. I primi sono stati selezionati mediante il contatto con diverse Cooperative Sociali e comunità per minori presenti nel territorio pugliese e grazie al supporto degli assistenti sociali dei vari comuni della provincia di Bari, i quali hanno provveduto a contattare le famiglie, a spiegar loro le finalità della ricerca e a chiedere la disponibilità a parteciparvi. Allo stesso modo, la Universidad de Valencia y Castilla-La Mancha ha provveduto a selezionare il sottocampione di minori spagnoli.

Fra i numerosi minori accolti presso le diverse strutture italiane e spagnole, sono stati selezionati adolescenti rispondenti alle seguenti carat-

teristiche: a) sesso maschile o femminile; b) età compresa fra i 12 e i 18 anni; c) assenza di deficit cognitivi rilevanti tali da escludere condizioni di disabilità.

Alla ricerca hanno preso, quindi, parte 65 ragazzi, 37 italiani e 28 spagnoli, di cui 33 maschi e 32 femmine, di età compresa tra i 12 e i 18 anni (+/- 6 mesi; $M = 15,62$; $ds = 1,41$). In particolare, il campione italiano è composto da 22 maschi e 15 femmine, con un'età media di 15,62 ($ds = 1,46$), mentre quello spagnolo da 11 maschi e 17 femmine, di età media pari a 15,61 ($ds = 1,37$).

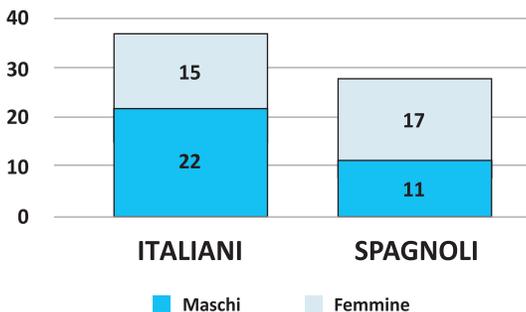
Relativamente alle caratteristiche della famiglia d'origine, è emerso che la maggior parte dei soggetti del campione (31; 17 italiani, 14 spagnoli) proviene da un nucleo familiare unito, comprendente famiglie tradizionali, famiglie ricostituite e famiglie con genitori conviventi. Rispetto alla scolarità e alla professionalità del nucleo familiare, i soggetti hanno in particolare genitori con una licenza elementare o media (29; 14 italiani, 15 spagnoli) e un livello professionale medio (38; 21 italiani, 17 spagnoli). Inoltre, i soggetti del campione provengono prevalentemente da famiglie in cui i genitori non presentano disturbi mentali (42; 20 italiani, 22 spagnoli) o comportamenti problematici (29; 7 italiani, 22 spagnoli).

Per ciò che concerne le caratteristiche individuali, i soggetti del campione sono stati inseriti nelle strutture comunitarie in modo particolare a causa dell'assenza di cure genitoriali (36; 18 italiani, 18 spagnoli). Per la gran parte di essi, inoltre, il maltrattamento è stato riconosciuto tra gli 8 e gli 11 anni (21; 13 italiani, 8 spagnoli) e il primo inserimento in comunità è avvenuto tra i 12 e i 15 anni (25; 13 italiani, 12 spagnoli). Rispetto alla durata dell'istituzionalizzazione e alla presenza di precedenti inserimenti falliti, la maggior parte dei soggetti risulta essere inserita in una comunità per un periodo maggiore o uguale a 5 anni (27; 14 italiani, 13 spagnoli) e non presenta fallimenti (51; 25 italiani, 26 spagnoli).

Analisi dei dati e risultati

Verranno di seguito presentati i dati relativi alle differenze tra il campione italiano e spagnolo nelle specifiche variabili oggetto di indagine.

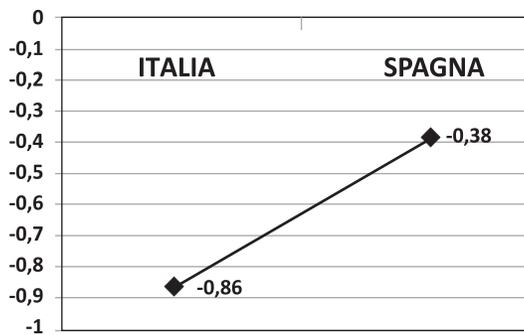
Al fine di osservare come le caratteristiche del



Graf. 1 - Descrizione del campione

background socio-familiare d'origine e inerenti al percorso di vita degli adolescenti partecipanti alla ricerca si distribuiscono e si differenziano all'interno delle forme di accoglienza esaminate sono state svolte preliminarmente alcune analisi del Chi quadro.

Dal punto di vista delle variabili socio-demografiche, l'analisi del Chi quadro non ha rilevato differenze statisticamente significative per quanto riguarda la professionalità dei genitori ($x(2)^2 = 2.592$; $p=n.s.$) e la presenza di psicopatologia ($x(2)^2 = 2.779$; $p=n.s.$). L'analisi statistica condotta ha, invece, mostrato differenze significative nei due sottocampioni relativamente all'ambiente familiare (nucleo unito, separato, monoparentale) ($x(2)^2 = 9.771$; $p<.01$), alla scolarità ($x(2)^2 = 7.781$; $p=.51$) e alla devianza della famiglia di origine ($x(2)^2 = 17.721$; $p<.001$).



Graf. 2 - T test per campioni indipendenti

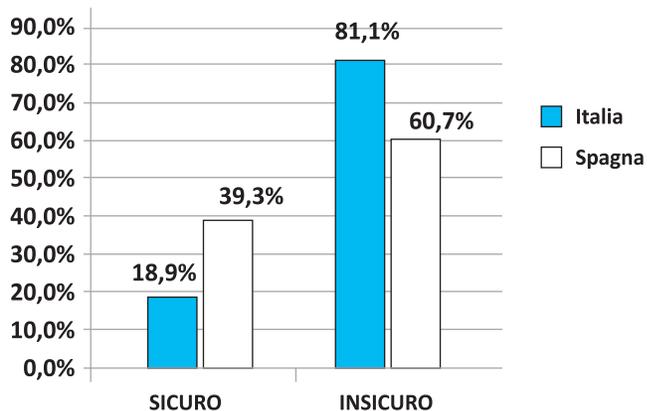
Un'alta percentuale di ragazzi italiani, infatti, proviene da una famiglia separata (78% vs. 21%), mentre una consistente quantità di ragazzi spagnoli da una famiglia monoparentale (76% vs. 23%). Nel sottocampione italiano, inoltre, è maggiore la percentuale di genitori che ha conseguito la licenza superiore (85% vs. 14%). In più, i ragazzi italiani hanno prevalentemente almeno uno dei genitori che esibisce comportamenti devianti (77% vs. 22%), a differenza dei ragazzi spagnoli, i cui genitori per lo più non presentano comportamenti a rischio (75% vs. 24%).

Con riferimento alle variabili individuali, non sono emerse differenze

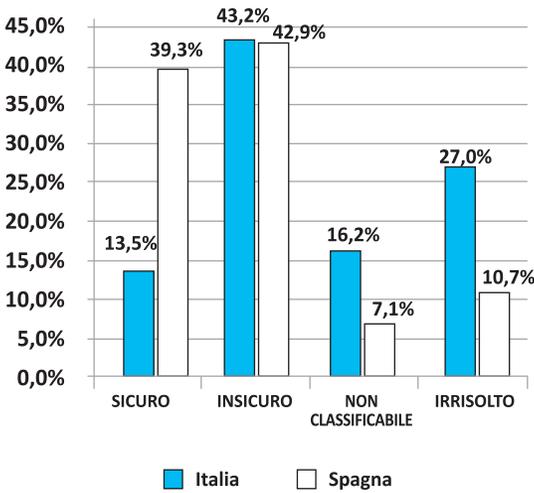
significative tra i soggetti italiani e spagnoli relativamente alla tipologia di abuso che ha determinato l'inserimento nelle strutture comunitarie (Chi quadro: $x(3)^2 = 1.388$; $p=n.s.$), all'età in cui è stato riconosciuto il maltrattamento (Chi quadro: $x(4)^2 = 2.870$; $p=n.s.$), così come per ciò che concerne l'età della prima istituzionalizzazione (Chi quadro: $x(4)^2 = 1.553$; $p=n.s.$) e la durata dell'inserimento in strutture di accoglienza (Chi quadro: $x(3)^2 = 5.227$; $p=n.s.$). E' stata, tuttavia, rilevata una tendenza alla significatività per quanto riguarda la presenza di precedenti inserimenti falliti (Chi quadro: $x(1)^2 = 6.032$; $p<.05$). I soggetti del campione italiano, infatti, mostrano una maggiore frequenza di fallimenti (85% vs. 14%).

Per verificare se esiste una differenza tra gli adolescenti accolti nelle comunità italiane e spagnole rispetto alla qualità dell'attaccamento, è stata effettuata l'analisi del T-Test, per campioni indipendenti, con variabile dipendente le medie dei punteggi di sicurezza ottenuti dai 65 soggetti a cui è stata somministrata la IAL, e variabile indipendente le tipologie di accoglienza (Italia vs. Spagna). I risultati dell'analisi non hanno evidenziato differenze significative ($F = 2.04$; $p=n.s.$). In particolare, le medie dei punteggi mostrano una forte tendenza verso l'insicurezza piuttosto che sicurezza dei modelli operativi interni osservati nei minori.

Un'ulteriore analisi statistica del Chi quadro svolta per osservare la distribuzione dei modelli di attaccamento nei minori italiani e spagnoli non ha evidenziato differenze significative rispetto alla sicurezza dell'attaccamento (Chi quadro: $x(1)^2 =$



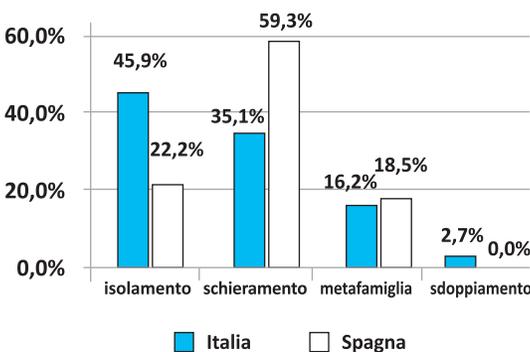
Graf. 3 - Sicurezza dell'attaccamento



Graf. 4 - Classificazione dell'attaccamento

3.30; $p=n.s.$) nei due sottocampioni. La maggior parte dei soggetti analizzati presenta un attaccamento di tipo Insicuro; l'81% dei ragazzi italiani e il 60% di quelli spagnoli sono stati valutati, infatti, come Insicuri.

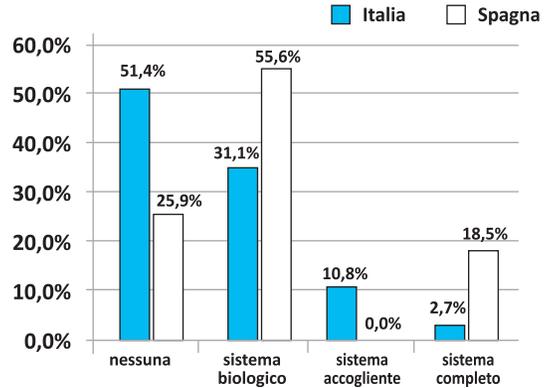
Più nello specifico, considerando la categoria degli "Insicuri" come distinta dai "Non classificabili" e dagli "Irrisolti" le analisi hanno confermato i risultati precedenti, non evidenziando differenze significative tra i due sottocampioni nelle rappresentazioni relative all'attaccamento (Chi quadro: $x(3)^2 = 7.49$; $p=n.s.$). La maggioranza del campione, ovvero il 43% dei ragazzi italiani e il 42% di quelli spagnoli, sembra rientrare nella categoria Insicuro.



Graf. 5 - Posizionamento

Per quanto riguarda la rappresentazione dei

confini e delle appartenenze familiari, non sono emerse differenze statisticamente significative nei due sottocampioni relativamente al posizionamento dei minori (Chi quadro: $x(3)^2 = 5.23$; $p=n.s.$). I partecipanti alla ricerca, in particolare il 35% dei soggetti italiani e il 55% di quelli spagnoli, si collocano prevalentemente nella categoria Schieramento.

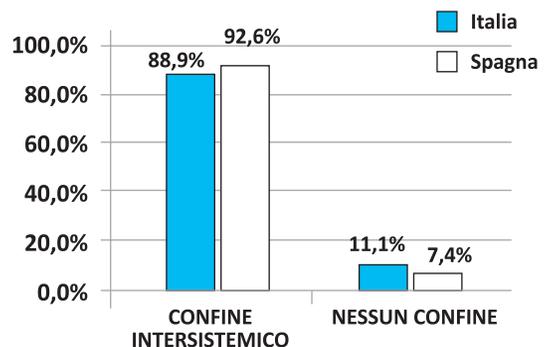


Graf. 6 - Vissuto di appartenenza

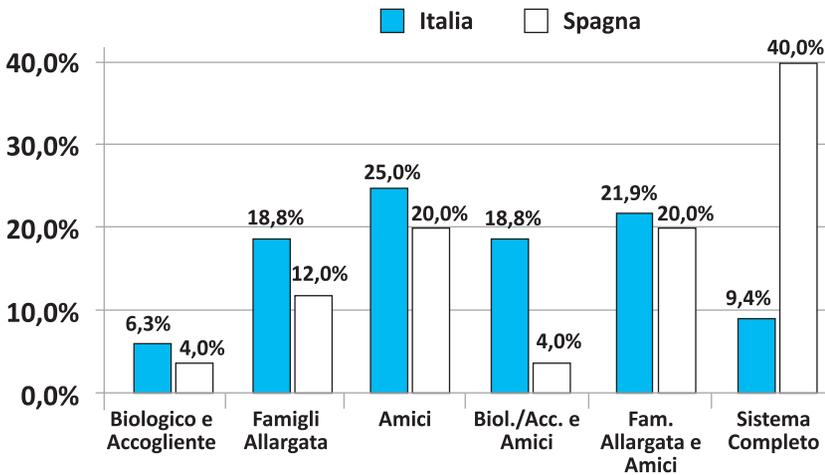
L'analisi statistica del Chi quadro ha, tuttavia, evidenziato una differenza significativa tra i soggetti italiani e spagnoli nel vissuto di appartenenza ($x(3)^2 = 11.05$; $p<.05$). Tra i ragazzi italiani, un'elevata percentuale di soggetti (51%) sente di non appartenere a nessun sistema, mentre la maggior parte dei ragazzi spagnoli (55%) mostra un senso di appartenenza nei confronti del Sistema biologico.

Inoltre, i risultati delle analisi non hanno rilevato differenze statisticamente significative anche per ciò che concerne la presenza (Chi quadro: $x(1)^2 = .25$; $p=n.s.$) e gli elementi del confine intersistemico (Chi quadro: $x(5)^2 = 8.97$; $p=n.s.$).

Graf. 7 - Presenza del confine intersistemico



Graf. 8 – Elementi del confine intersistemico



Un'alta percentuale di soggetti del campione, rispettivamente l'88% dei ragazzi italiani e il 92% di quelli spagnoli, presenta, infatti, un confine intersistemico; inoltre, il campione osservato, nello specifico, il 9% dei ragazzi italiani e il 40% di quelli spagnoli, sembra collocarsi principalmente nella categoria Sistema completo.

Discussione

Le analisi statistiche effettuate mostrano che i minori osservati presentano alcune differenze significative dal punto di vista delle variabili socio-demografiche e, in particolare, per quanto riguarda la tipologia di nucleo familiare, la scolarità dei genitori e il livello di devianza della famiglia di origine.

In particolare, i ragazzi italiani e spagnoli, pur provenendo in maniera prevalente da un nucleo familiare unito, comprendente famiglie tradizionali, famiglie ricostituite e famiglie con genitori conviventi, sembrano differenziarsi rispetto alle altre due tipologie di nucleo familiare: i primi, infatti, appartengono per lo più a famiglie con genitori separati, mentre i secondi a famiglie costituite da un solo genitore. Sebbene in entrambi i sottocampioni i genitori possiedono principalmente la licenza elementare/media, i soggetti italiani hanno, in misura maggiore rispetto a quelli spagnoli, genitori con un diploma di scuola superiore. In più, nel sottocampione italiano, i soggetti hanno in modo particolare uno dei due genitori che pre-

senta comportamenti problematici, contrariamente ai ragazzi spagnoli, che provengono principalmente da famiglie in cui i genitori non sembrano mostrare comportamenti socialmente devianti.

Relativamente alle caratteristiche individuali, invece, i soggetti italiani e spagnoli differiscono in maniera significativa solo rispetto alla presenza di precedenti inserimenti

falliti: sebbene in entrambi i sottocampioni siano presenti in misura minore fallimenti nel percorso di istituzionalizzazione, i ragazzi italiani presentano più inserimenti falliti di quelli spagnoli.

Inoltre, i risultati delle analisi non hanno evidenziato differenze statisticamente significative nei due sottocampioni per ciò che concerne la sicurezza e le rappresentazioni relative alle relazioni di attaccamento. E' stata, infatti, rilevata nei minori istituzionalizzati, sia italiani che spagnoli, una prevalenza di modelli di attaccamento di tipo insicuro. Tuttavia, i minori spagnoli inseriti nelle comunità residenziali risultano essere più sicuri di quelli italiani.

Con riferimento alla rappresentazione dei confini e delle appartenenze familiari, non sono emerse dalle analisi statistiche effettuate differenze significative rispetto alla posizione dei minori, che indica se il soggetto si percepisce in una famiglia, in nessuno dei sistemi, si sdoppia o integra le due famiglie (famiglia d'origine e comunità). Gli adolescenti osservati si collocano, infatti, prevalentemente in una categoria, quella relativa allo schieramento. Rispetto a tale scelta, è stata, tuttavia, riscontrata una tendenza alla significatività: gli adolescenti italiani, infatti, non rappresentano per lo più alcuna appartenenza, a differenza dei ragazzi spagnoli, i quali si percepiscono in misura maggiore all'interno della famiglia biologica.

Nel campione di minori istituzionalizzati è stata analizzata anche l'eventuale presenza e

gli elementi del confine intersistemico al fine di comprendere in che modo questi ragazzi si rapportano col loro passato (famiglia d'origine), presente (comunità, famiglia allargata) e con il mondo esterno (amici). A tal proposito, non sono emerse differenze statisticamente significative tra i minori delle strutture di accoglienza osservate. La maggior parte dei soggetti italiani e spagnoli, infatti, sembra presentare un confine intersistemico, inserendo nella propria rappresentazione i differenti sistemi di appartenenza. Inoltre, entrambi i minori rappresentano principalmente il sistema completo.

Nello specifico, i minori istituzionalizzati, italiani e spagnoli, si differenziano in maniera rilevante rispetto ad alcune caratteristiche del nucleo familiare di provenienza e alla storia dei ricoveri. In particolare, i soggetti del campione italiano, confrontati con quelli spagnoli, provengono principalmente da famiglie caratterizzate da conflitti e separazione coniugale e dalla presenza di comportamenti socialmente devianti in almeno uno dei genitori. Inoltre, essi presentano in misura maggiore un percorso di istituzionalizzazione contraddistinto da inserimenti falliti, prima di risiedere nelle comunità attuali. Tali dati sembrano sottolineare il livello maggiore di disfunzionalità



Conclusioni

L'obiettivo di tale studio è stato quello di approfondire il rapporto tra esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia ed esiti di sviluppo in un campione di adolescenti e pre-adolescenti inseriti in comunità residenziali, sia in un contesto italiano che spagnolo.

I soggetti osservati sembrano provenire da diverse esperienze maltrattanti, nelle quali risulta maggiormente rappresentata l'assenza di cure genitoriali.

vissuto dai ragazzi italiani, il quale potrebbe aver contribuito ad amplificare l'impatto negativo delle esperienze traumatiche sullo sviluppo di tali minori, concorrendo in tal modo a spiegare alcune delle differenze riscontrate in tale studio.

Nella ricerca condotta, si è scelto di focalizzare in modo particolare l'attenzione sulle conseguenze che le esperienze traumatiche vissute nella prima infanzia producono sullo sviluppo affettivo e relazionale dei minori.

Nello specifico, è stata indagata, nel campione di minori istituzionalizzati, la distribuzione della

sicurezza dell'attaccamento; è stato anche esplorato il tema dei confini e delle appartenenze familiari.

Le analisi effettuate hanno evidenziato la presenza di un'elevata incidenza di attaccamento insicuro nei ragazzi, italiani e spagnoli, allontanati dalle famiglie di origine, a causa di episodi di maltrattamento e abuso. Contrariamente alle aspettative, quindi, la possibilità di vivere in un ambiente alternativo al nucleo familiare non sembra favorire la strutturazione di modelli di attaccamento più sicuri.

Come suggerito da Howes (1999), è probabile che bambini e ragazzi che hanno sperimentato gravi difficoltà relazionali abbiano bisogno, per ristrutturare i propri modelli di attaccamento, di adulti molto più sensibili e adeguati di quanto non sia necessario nelle normali situazioni di relazione adulto-bambino. Tali livelli di qualità sembrano essere difficilmente realizzabili nelle situazioni esaminate, caratterizzate da un frequente turnover degli operatori professionali presenti nelle comunità. L'instabilità, dovuta all'alternanza delle diverse figure educative, non sembra, dunque, consentire, sia nelle comunità italiane che spagnole, un'adeguata ristrutturazione dei modelli operativi insicuri dei ragazzi accolti.

Tuttavia, sebbene tra i due sottocampioni non vi sia alcuna differenza rilevante per ciò che concerne i legami di attaccamento sviluppati, i minori spagnoli sembrano presentare modelli di attaccamento più sicuri rispetto a quelli italiani.

Relativamente alla rappresentazione che gli adolescenti possiedono rispetto ai confini e alle appartenenze, è emerso, contrariamente a quanto ipotizzato, che sia i minori italiani che spagnoli percepiscono la presenza di persone importanti che interagiscono nella loro vita (intersistema) ed essi rappresentano in misura maggiore tutte le figure dei diversi sistemi di appartenenza. Entrambi i minori, inoltre, scelgono principalmente di schierarsi a favore di uno dei sistemi rappresentati, tuttavia, a differenza dei ragazzi spagnoli, che sentono di appartenere in modo particolare alla famiglia biologica, quelli italiani sembrano, invece, non sentirsi parte di nessuno dei diversi contesti.

Questi dati sembrano dimostrare, rispetto allo specifico campione coinvolto nello studio, che nelle comunità spagnole, gli interventi attuati nei

confronti dei minori sono maggiormente in grado di ristrutturare i loro modelli interni; all'interno delle stesse si lavora anche in maniera più efficace sull'integrazione tra minore e famiglia d'origine. Al contrario, nelle comunità italiane, sembra essere più complesso creare nuovi legami affettivi che consentano una riorganizzazione dei modelli operativi interiorizzati e, al tempo stesso, mantenere quelli significativi con la famiglia d'origine.

I risultati ottenuti risultano essere in linea con alcuni studi che, analizzando la qualità del legame di attaccamento nei bambini istituzionalizzati, hanno riscontrato una forte incidenza di modelli relazionali di tipo insicuro (O' Connor et al., 2003; Zeanah, Keyes e Settles, 2003; Van Ijzendoorn e Juffer, 2006; Rutter et al., 2007).



Da alcune recenti analisi condotte in tale direzione emerge, infatti, come l'organizzazione della maggior parte delle comunità per minori non soddisfi i requisiti necessari affinché sia possibile, per il bambino, ristrutturare i propri modelli operativi interni: il continuo turnover dei caregiver, la necessità per questi ultimi di prendersi cura contemporaneamente di più bambini, la mancanza di una figura di riferimento costante in anni cruciali per le acquisizioni dello sviluppo emotivo e sociale, e l'enfasi posta sulla funzione educativa della comunità in senso stretto, sembrano essere i fattori maggiormente responsabili della presenza massiccia di modelli di attaccamento di tipo insicuro fra i bambini istituzionalizzati, indipendentemente dal tipo di struttura di accoglienza, dalla qualità della stessa e dal tempo che i minori vi hanno trascorso (Cassibba e Costantini, 2003; Rutter, 2000; Rutter et al., 2007).

L'esperienza di permanenza in comunità, quindi, non può essere considerata in maniera aprioristica come un fattore di rischio o di protezione per lo sviluppo del minore; piuttosto è la qualità delle esperienze che il bambino o il ragazzo fa al suo interno che sembra giocare un ruolo chiave rispetto al suo percorso evolutivo. Questo, da un lato, sembra spiegare come mai bambini e ragazzi accolti in comunità possano andare incontro ad esiti divergenti; dall'altro, conferma la necessità di migliorare la qualità delle cure e dell'accudimento offerti e di sostenere la costruzione di una buona relazione affettiva tra minore ed educatore.

Da quanto detto finora emerge, pertanto, la necessità di interrogarsi sui cambiamenti da apportare, in primo luogo, alle soluzioni di accoglienza esaminate, e, in generale, alle comunità residenziali, affinché queste realtà possano sempre più configurarsi come forme di accoglienza capaci di rispondere in maniera efficace ai reali bisogni affettivi dei minori.

Bibliografia

- Bastianoni, P., & Taurino, A. (2009). *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carocci.
- Cassibba, R., & Costantini, A. (2003). Modelli di attaccamento in minori inseriti in comunità: incidenza delle condizioni di rischio psico-sociale sulla sicurezza dei legami affettivi. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 5, 3, 79-92.
- Cheli, M., Campieri, M., Fini, A., Montenegro, M. E., Piccioni, A., Pincanelli, et al. (2012). Esperienze traumatiche in età evolutiva e fattori di rischio familiari: un'indagine sugli esiti nello sviluppo. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 14, 3, 91-103.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. (1997). *The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children*. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A Treatment Outcome Study for Sexually Abused Preschool Children: Initial Findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1, 42-50.
- Corato, A. M., & Baglioni, P. (2008). Il trattamento psicosociale dei minori abusati e maltrattati: uno studio di follow-up sui casi del "Centro Tutela del Minore" di Vicenza. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 10, 3, 73-101.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino.
- Di Blasio, P. (2005). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Milano: Unicopli.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Norderberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, et al. (2001) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In K. Franey, R. Geffner & R. Falconer, *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*. S. Diego: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23, 321-338.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luthar, S. (2003). *Resilience and vulnerability*. New York: Cambridge University Press.
- Malacrea, M., & Lorenzini, S. (2002). *Bambini abusati. Linee-guida nel dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- McGloin, J., & Widom, C. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021-1038.
- O' Connor, T. G., Marvin, R. S., Rutter, M., Olrick, J. T., & Britner, P. A. (2003). Child-Parent Attachment Following Early Institutional Deprivation. *Development and Psychopathology*, 15, 19-38.
- Rutter, M. (2000). Children in Substitute Care, Some Conceptual Considerations and Research Implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 9, 685-703.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., & Beckett, C. (2007). Early Adolescent Outcomes for Institutionally-Deprived and Non-Deprived Adoptees. I: Disinhibited Attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1, 17-30.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as Intervention. Meta-Analytic Evidence for Massive Catch Up and Plasticity in Physical, Socio-Emotional and Cognitive Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 12, 1228-1245.
- Zeanah, C. H., Keyes, E., & Settles, L. (2003). Attachment Relationship Experiences and Childhood Psychopathology. *Annals New York Academy of Sciences*, 1008, 22-30.

Supporti tecnologici per promuovere risposte adattive in situazioni di post-coma grave

Fabrizia Capurso

*Psicologa - Laurea Specialistica in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*

Introduzione

La condizione di post-coma grave è forse l'emblema di ogni patologia invalidante: a tutti i livelli e su tutti i piani vi sono gravi difficoltà ed invalidità. Il quadro neurologico è spesso quello di una tetraplegia conclamata e sul piano motorio si ritorna ai quadri caratteristici della motricità primaria: prevale un'attività riflessa primitiva, mancano le reazioni di raddrizzamento e di equilibrio; sul piano intellettuale ci si ritrova ad un livello di codificazione-decodificazione massiva; a giudicare dai feedback agli stimoli esterni la dispercezione eccessiva sembra essere il fenomeno più eclatante, come se gli stimoli esterni ed interni invadessero, senza selezione, senza filtro, senza controllo, il cervello e la mente; sul piano affettivo la mancanza di autocoscienza fa regredire alla capacità di esprimere solo emozioni primitive. Se la persona riesce ad esprimere dei sentimenti, spesso esprime solo quelli negativi, di dispiacere, di sofferenza, di mancata soddisfazione dei bisogni. L'impossibilità di comunicare per mezzo dei canali e strumenti consueti è conseguenza della mancanza di repertorio comportamentale.

Nel lavoro che verrà presentato saranno descritti tre studi, ciascuno concernente un programma di apprendimento per una persona con una diagnosi di stato di minima coscienza o in una condizione borderline tra stato di minima coscienza e stato vegetativo, in un reparto ospedaliero di neuroriabilitazione. L'approccio degli studi in questione è basato sugli indizi di apprendimento.

Obiettivo

I tre studi hanno tutti in comune l'obiettivo di promuovere forme di apprendimento, cioè di associazioni di risposte con stimoli ambientali plausibilmente favorevoli. In questo modo si promuovono risposte adattive con cui la persona in

condizioni di post-coma diventa capace di gestire autonomamente stimolazioni favorevoli, rapportandosi all'ambiente e diventando conseguentemente più attiva. Una volta individuate delle risposte minime presenti nel repertorio comportamentale limitato di queste persone, si utilizza il supporto tecnologico più adatto per rilevare tali risposte e assicurare che a queste seguano periodi di stimolazione piacevole.

Studio I

Partecipante

Questo studio ha coinvolto un ragazzo di 34 anni in stato vegetativo. È stato in coma, di natura anossica, a seguito di un arresto cardiaco. Ha la tracheotomia, utile per le secrezioni, la PEG (gastrostomia endoscopica percutanea), una sonda posizionata nello stomaco da cui è alimentato, ed è provvisto di catetere vescicale. A poche settimane dall'insorgenza dello stato vegetativo, gli è stata somministrata la JFK Coma Recovery Scale-Revised, strumento utile a differenziare i diversi stati di disordine della coscienza: stato di coma, stato di minima coscienza, stato vegetativo (Giacino et al., 2002). I punteggi ottenuti hanno confermato la diagnosi di stato vegetativo. Oltre a seguire trattamenti fisioterapici e cure infermieristiche regolarmente, riceve l'assistenza dei familiari, che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento di una relazione attiva con l'ambiente circostante. La famiglia ha dato il consenso informato per la partecipazione del ragazzo al progetto di ricerca.

Risposta, microswitch e sistema di controllo

La risposta selezionata era la chiusura dell'occhio (singolo blinking). Il microswitch usato comprendeva un sensore ottico fissato con del nastro medico sotto l'occhio destro del partecipante,

sullo zigomo, durante le sessioni. Lo stesso tipo di nastro medico veniva tagliato per circa 1x2,5 cm e applicato sulla palpebra, in modo tale che la chiusura oculare fosse rilevata dal sensore, quando veniva così coperto dalla palpebra finta. Il segnale era trasmesso ad un sistema di controllo a batteria che azionava una stimolazione di 10 secondi, contingente alla risposta, fatta eccezione per le sessioni di baseline. Qualsiasi attivazione che avveniva durante il tempo di somministrazione del rinforzo (10 sec) non era rilevata e non causava l'attivazione di un ulteriore stimolo (Lancioni & Lems, 2001). La stimolazione ambientale consisteva nell'attivazione di un lettore mp3 contenente i brani preferiti dal partecipante, precedentemente selezionati, e in un lieve massaggio sul braccio.

Setting, sessioni e raccolta dati

Il setting nel quale sono state svolte le sessioni di baseline e d'intervento era costituito dall'unità di terapia sub-intensiva presso l'ospedale in cui era ricoverato il partecipante. Durante le sessioni, si cercava di mantenere l'ambiente il più possibile preservato da eventuali fattori che potessero compromettere l'attendibilità delle risposte del partecipante e la validità dei risultati del programma. Venivano svolte in media 4 sessioni al giorno, tutte videoregistrate e con intervalli di 10 minuti tra una sessione e l'altra. La raccolta dati, effettuata da due operatori, consisteva nella registrazione delle occorrenze delle risposte oculari, durante le sessioni di baseline e di trattamento con il microswitch.

Condizioni procedurali

Lo studio è stato condotto secondo un disegno sperimentale di tipo ABABAB nel quale A rappresenta la fase di baseline e B la fase d'intervento. La ripetizione delle fasi A e B ha consentito di verificare i dati ottenuti nella prima parte del programma, eliminando qualsiasi dubbio sull'eventuale causalità dei risultati positivi. Si farà riferimento solo alla prima sequenza AB. La fase di baseline consta di 14 sessioni, dalle quattro alle cinque volte a settimana. Durante la baseline, microswitch e sistema di controllo erano attivi e registravano l'occorrenza delle risposte ma non si verificava alcuna somministrazione di stimoli preferiti in seguito alla risposta target. Quando i dati sono ri-

sultati rappresentativi, si è passati alla fase di intervento che includeva 55 sessioni. Le condizioni procedurali erano le stesse della baseline con la differenza che l'attivazione del microswitch produceva la somministrazione degli stimoli preferiti per un periodo di tempo di 10 secondi. Se il partecipante non produceva il comportamento-risposta autonomamente ad inizio sessione e nel corso della stessa (per almeno 30 sec) riceveva dei prompt che consistevano in un leggero soffio sull'occhio per provocare l'ammiccamento. Quando è stato registrato un aumento del numero di attivazioni, è stata interrotta la fase di intervento per passare alla nuova baseline, e poi ancora all'intervento, fino ad arrivare ad una terza baseline a cui è seguita una nuova fase di intervento.

Risultati

Le frequenze medie, ottenute dal partecipante, sono riportate nella figura 1. Le barre rappresentano le frequenze medie delle risposte (attivazione del microswitch), calcolate per blocchi di sessioni, nelle fasi di baseline e di intervento. Il numero di sessioni da cui è composto ciascun blocco è indicato dal valore su ciascuna barra. Nella fase di baseline, composta da 14 sessioni, il partecipante ha ottenuto una frequenza media di 10 risposte, indipendenti da prompt per sessione, in un range compreso tra 4 e 17. Nella fase di intervento, composta da 55 sessioni, il partecipante ha fatto registrare un valore medio di attivazioni pari a 17, con parametri compresi tra 10 e 25. Tali valori sono quindi notevolmente aumentati rispetto alla fase di baseline. Il test di Kolmogorov-Smirnov (Siegel & Castellan, 1988) ha mostrato che le differenze nella distribuzione delle frequenze medie delle risposte erano statisticamente significative ($p < .01$) tra la fase di baseline e la fase di intervento.

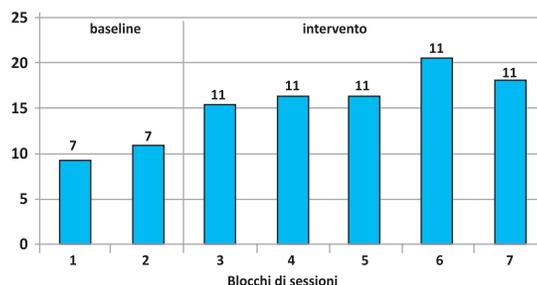


Fig. 1

Studio II

Partecipante

Il partecipante è un uomo di 70 anni che è stato ricoverato in rianimazione in stato di coma grave (GCS 5) a seguito di un'emorragia cerebrale spontanea. Dopo 2 mesi circa gli è stata somministrata la JFK Coma Recovery Scale-Revised (Giacino et al., 2002). Ottenendo un valore pari a 3 alla subscale visiva, uditiva e oromotoria, 5 alla subscale motoria, 2 a quella della vigilanza e 1 nella comunicazione, è risultato in stato di minima coscienza. Ha la tracheotomia, utile per le secrezioni, la PEG, ed è provvisto di catetere vescicale. Anche in questo caso il partecipante, oltre ad esser sottoposto a cure fisioterapiche e infermieristiche regolarmente, riceveva l'assistenza dei familiari, i quali contribuivano allo sviluppo e al mantenimento di una relazione attiva con l'ambiente circostante. La famiglia ha dato il consenso informato alla ricerca.

Risposta, microswitch e sistema di controllo

È stata selezionata come risposta target, presente nel repertorio comportamentale del partecipante e facilmente eseguibile, la chiusura della mano, cioè un tocco delle dita o anche una lieve pressione su di un microswitch fissato sul palmo della mano. Il microswitch era costituito da un sensore a pressione di circa 5,5x4,5x5 cm e un sistema di controllo elettronico. La membrana esterna del cuscinetto, quella posta di fronte alle dita, era sensibile al tocco e poteva essere attivata da un dito qualsiasi o da una pressione superiore a 20 grammi. Il sistema di controllo serviva ad azionare una stimolazione di 10 secondi, contingente alla risposta, fatta eccezione per le sessioni di baseline. Qualsiasi risposta che avveniva durante la somministrazione della stimolazione non era rilevata dal sistema e non causava l'attivazione di un ulteriore stimolo (Lancioni & Lems, 2001). La stimolazione ambientale consisteva nell'attivazione di un lettore CD contenente i brani preferiti, precedentemente selezionati, e carezze sul braccio.

Setting, sessioni e raccolta dati

Le sessioni, sia di baseline che di intervento,

sono state svolte nella stanza ospedaliera. Erano tutte videoregistrate. Durante le sessioni si cercava di mantenere un ambiente silenzioso, in modo da preservare il partecipante da eventuali distrazioni. Venivano effettuate in media 3 sessioni al giorno. Fra una sessione e l'altra intercorreva un intervallo di 5 minuti, per consentire al partecipante di riposarsi. Durante le sessioni di baseline e di intervento sono state registrate le frequenze delle risposte. La raccolta dati era effettuata da due operatori e consisteva nella registrazione delle occorrenze delle risposte della mano, durante le sessioni di baseline e di trattamento con il microswitch.

Condizioni procedurali

Lo studio è stato condotto secondo un disegno sperimentale di tipo ABAB dove A rappresenta la fase di baseline e B la fase d'intervento. Si ribadisce l'utilità della ripetizione delle fasi A e B al fine di verificare i dati ottenuti nella prima parte del programma, eliminando qualsiasi dubbio sull'eventuale causalità dei risultati positivi. Sono state eseguite due fasi di baseline, costituite da 13 e 7 sessioni, della durata di 5 minuti ciascuna, in media cinque volte alla settimana. Durante la baseline, microswitch e sistema di controllo erano attivi e a disposizione del partecipante. Registravano l'occorrenza delle risposte ma non si verificava alcuna somministrazione di stimoli preferiti in seguito alla risposta target. Quando i dati sono risultati rappresentativi, si è passati alla fase di intervento. Le due fasi di intervento sono costituite rispettivamente da 68 sessioni per la prima fase e da 4 sessioni per la seconda fase, della durata di 5 minuti ciascuna. Le condizioni procedurali erano simili a quelle dell'indagine di base, salvo per il fatto che l'attivazione del microswitch era seguita dalla stimolazione preferita, per la durata di 10 secondi. Se il partecipante non rispondeva autonomamente sin dall'inizio e nel corso della sessione stessa per almeno 30 secondi, riceveva un prompt verbale. Non è stato possibile proseguire il programma a causa del trasferimento del partecipante in un'altra struttura.

Risultati

Le frequenze medie ottenute dal partecipante sono riportate nella figura 2. Durante la prima

fase di baseline, di 13 sessioni, il partecipante ha riportato una frequenza media di 8 risposte target a sessione, con un range variabile da un minimo di 2 a un massimo di 17 risposte. Nella prima fase d'intervento, di 68 sessioni, la frequenza media è significativamente aumentata con un valore medio di circa 18 attivazioni per sessione, con un range che andava da 3 a 25 risposte. La frequenza delle attivazioni torna drasticamente a ridursi nella seconda fase di baseline, di 7 sessioni. Il partecipante ha infatti riportato una media di 4 risposte a sessione, con valori compresi tra 1 e 7. Vista tale diminuzione, si è proceduto con la seconda fase d'intervento. L'andamento delle frequenze medie ha ripreso un andamento positivo. Si è registrato un valore medio di 23 risposte a sessione, con valori compresi tra 22 e 24. È risultata statisticamente significativa al test di Kolmogorov-Smirnov (Siegel & Castellan, 1988) sia la differenza nella distribuzione delle frequenze medie di risposte della prima baseline e di quelle del primo intervento, sia la differenza tra le frequenze medie della seconda baseline e del secondo intervento ($p < .01$).

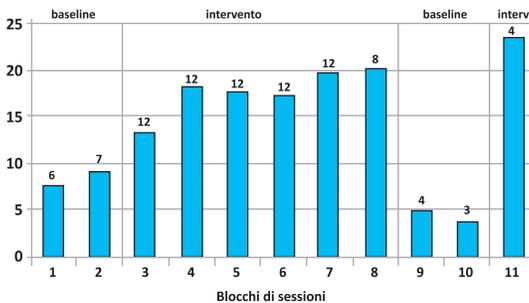


Fig. 2

Studio III

Partecipante

Il partecipante è un uomo di 62 anni, da oltre 5 mesi in stato vegetativo a seguito di un'ischemia cerebrale. Ha la trecheotomia, la PEG e il catetere vescicale. Riceveva cure fisioterapiche e infermieristiche regolarmente, oltre all'assistenza dei familiari, che contribuivano allo sviluppo e al mantenimento di una relazione attiva con l'ambiente circostante e che hanno dato il consenso informato alle riprese.

Risposta, microswitch e sistema di controllo

È stata selezionata come risposta target il doppio ammiccamento (blinking) entro un intervallo di tempo di 2 secondi. A tal fine la strumentazione impiegata comprendeva un sensore ottico fissato con del nastro medico sotto l'occhio sinistro del partecipante, sullo zigomo, durante le sessioni. Lo stesso tipo di nastro medico veniva tagliato per circa 1x2,5 cm e applicato sulla palpebra, in modo tale che la chiusura oculare fosse rilevata dal sensore, che veniva così coperto dalla palpebra finta. Il segnale era trasmesso ad un dispositivo di controllo che rilevava la risposta, connesso ad una centralina a batteria che serviva ad azionare una stimolazione di 10 secondi, contingente alle risposte, fatta eccezione per le sessioni di baseline. Anche in questo caso la stimolazione ambientale consisteva nell'attivazione di un lettore CD contenente i brani preferiti, precedentemente selezionati, e carezze sul braccio.

Setting, sessioni e raccolta dati

Anche per questo studio il setting era costituito dall'unità di terapia sub-intensiva. Durante le sessioni, si cercava di mantenere l'ambiente il più possibile preservato da eventuali fattori che potessero compromettere l'attendibilità delle risposte del partecipante e la validità dei risultati del programma. Venivano svolte in media 4 sessioni al giorno, tutte della durata di 5 minuti e videoregistrate. Erano previsti degli intervalli di 10 minuti tra una sessione e l'altra. La raccolta dati era effettuata da due operatori e consisteva nella registrazione delle occorrenze delle risposte oculari, durante le sessioni di baseline e di trattamento con il microswitch.

Condizioni procedurali

Lo studio è stato condotto secondo un disegno sperimentale di tipo ABAB dove A rappresenta la fase di baseline e B la fase d'intervento. La fase di baseline è costituita da 6 sessioni. Durante la baseline, microswitch e sistema di controllo erano attivi e a disposizione del partecipante. Registravano l'occorrenza delle risposte ma non si verificava alcuna somministrazione di stimoli preferiti in seguito alla risposta target. Quando i dati sono risultati

rappresentativi, si è passati alla fase di intervento, che consta di 115 sessioni. Le condizioni procedurali erano simili a quelle dell'indagine di base, salvo per il fatto che l'attivazione del microswitch era seguita dalla stimolazione preferita, per la durata di 10 secondi. Se il partecipante non rispondeva autonomamente sin dall'inizio e nel corso della sessione stessa per almeno 30 secondi, riceveva un prompt, che consisteva in due leggeri soffi (entro un intervallo di tempo di 2 secondi) sull'occhio per elicitarne la risposta del doppio blinking.

Risultati

Le frequenze medie ottenute dal partecipante nello studio sono riportate nella figura 3. Durante la fase di baseline, di 6 sessioni, il partecipante ha riportato una frequenza media di 8 risposte target a sessione, con un range variabile da un minimo di 4 a un massimo di 12 risposte. Nella fase d'intervento, di 115 sessioni, questi valori sono cresciuti, e il partecipante ha ottenuto una frequenza media di circa 12 attivazioni per sessione, con un range di valori compresi tra 4 e 22. Il test di Kolmogorov-Smirnov (Siegel & Castellan, 1988) ha mostrato che le differenze nella distribuzione delle frequenze medie delle risposte erano statisticamente significative ($p < .04$) tra la fase di baseline e la fase di intervento.

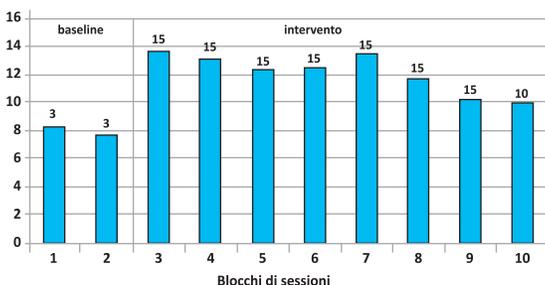


Fig. 3

Discussione

Utilizzando le parole di Hawking (il celebre professore di Oxford malato di SLA), l'Assistive Technology è un "ponte verso l'indipendenza".

Gli studi presentati sono stati condotti per promuovere l'apprendimento di risposte adattive in funzione di stimolazioni ambientali positive. I dati suggeriscono che i partecipanti hanno compreso la

relazione tra risposta e stimolazione contingente, e l'incremento delle risposte nelle fasi d'intervento rappresenta un segno di apprendimento. L'evidenza è meno forte per il terzo partecipante, per il quale la frequenza delle risposte target è inferiore rispetto agli altri due partecipanti. Tuttavia l'intervento ha rappresentato comunque la possibilità di procurarsi stimolazioni piacevoli utilizzando le sue stesse risposte. Questo può essere visto come un importante cambiamento, positivo, rispetto alle condizioni di passività e isolamento in cui giaceva.

Per questo motivo il programma di intervento discusso negli studi in questione, basato su principi di apprendimento e tecnologie assistive, può essere preferibile ai programmi di stimolazione sensoriale, che considerano l'individuo passivo, un "recipiente" che riceve stimolazioni di varia natura. Infatti, permettere ad una persona di controllare il livello e la tempistica di somministrazione della stimolazione è importante per rispettare la sua dignità e la sua singolarità, così come per mantenere elevata la qualità della sua vita (Felce & Perry, 1995). Nuove ricerche potrebbero condurre a vari risultati e obiettivi e nuove tecnologie potrebbero essere messe a punto, meno invasive rispetto alla tecnologia disponibile. Anche quando sembra che non ci sia più niente da fare, si può quindi cercare di ridurre la solitudine e il distacco dall'ambiente, migliorare la coscienza, l'immagine sociale e l'interazione emozionale. Nonostante raramente si possa ottenere la guarigione che, per altro, diventa sempre più improbabile quanto più passa il tempo, è possibile alleviare la sofferenza e migliorare la qualità della vita.

Bibliografia

- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*, 51-74.
- Giacino, J. T., Ashwal, S., Childs, N., Cranford, R., Jennett, B., Katz, D. I., et al. (2002). The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology, 58*, 349-353.
- Lancioni, G. E., & Lems, S. (2001). Using a microswitch for vocalization responses with persons with multiple disabilities. *Rehabilitation Engineering, 23*, 745-748.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. Jr. (1988). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Science*, McGraw-Hill, New York.

Social Dominance Orientation: Aspetti di una ricerca Cross - Nazionale

Susanna Tortello

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

Introduzione

La dominanza autoritaria: La Social Dominance Orientation di Pratto e Sidanius

La teoria della dominanza sociale (Sidanius, 1993; Sidanius, Pratto, 1999; Sibley, Liu, 2010; per contributi italiani vedi Roccato, 2003; Aiello, Pratto, 2006) rappresenta la versione più accreditata dell'autoritarismo nella sua componente di dominanza autoritaria. L'idea di partenza è che ogni società caratterizzata da un surplus economico possa contenere tre distinti sistemi di gerarchie basate sull'appartenenza di gruppo (Pratto, Sidanius, Levin, 2006). Un **primo sistema** è quello basato sull'*età*, secondo cui le persone adulte detengono un potere sovradimensionato rispetto alle persone in età evolutiva o anziana. Un **secondo sistema** è quello basato sul *genere*, per cui gli uomini risulterebbero detentori di un potere, politico e sociale, maggiore rispetto a quello delle donne. Un **terzo sistema**, *arbitrary-set system*, risulterebbe "arbitrariamente" e culturalmente determinato in base alle maggiori *opportunità possedute* da alcuni gruppi dominanti rispetto ad altri in posizione svantaggiata (Sidanius, Pratto, van Laar e al., 2004). In questo caso la dominanza è sempre stabilita su qualche dimensione (mutevole) di confronto che assume uno specifico valore in un determinato assetto culturale e sociale. In questo senso, per esempio, lo status sociale non definirebbe le caratteristiche del gruppo in senso assoluto, ma specificerebbe una dimensione di confronto con almeno un altro gruppo oggetto di dominanza sociale. Frequentemente, questa forma variabile di dominanza sarebbe legittimata sulla base di pregiudizi e discriminazioni. I gruppi dominanti godrebbero in questo modo della diseguale distribuzione di risorse sociali "positive", mentre i gruppi subordinati sarebbero vittime e oppressi da una diseguale, forzata, condivisione di risorse so-

ciali "negative" (Caricati, 2006). Uno degli aspetti di pregio della proposta di Sidanius e Pratto è di aver parlato di un processo che nasce dall'individuo come *predisposizione*, ma che si propaga poi nel sociale. L'obiettivo è di creare consenso per una visione delle relazioni interpersonali, intergruppi e sociali basata sul sostegno di disuguaglianze fondate sull'appartenenza di gruppo. Tale dinamica, di appoggio a politiche di promozione delle disuguaglianze e di dominio autoritario tra gruppi, può trovare contesti in cui è incentivata (*contesti hierarchy-enhancing*) o in cui è largamente moderata o osteggiata (*contesti hierarchy-attenuating*). Quella che può essere definita una "motivazione alla dominanza" (Sidanius, Pratto, van Laar et al., 2004) deve confrontarsi con le specificità del contesto nel quale trova modo di esprimersi. Questo aspetto, insieme ad altri che ne caratterizzano tale teoria, sottolinea la natura e la dimensionalità non strettamente intraindividuale dell'autoritarismo. Società, politica, assetti istituzionali diventano fattori coinvolti a pieno titolo nell'espressione dell'azione della dominanza sociale, determinando destino, impatto e riuscita delle azioni intraprese dalle persone portatrici di "dominio sociale". Questo collegamento fra un tratto specifico dell'autoritarismo e dinamiche sociopolitiche "macro" fa sì che la teoria della dominanza sociale abbia suscitato interesse non solo in ambito sociopsicologico, ma anche politologico ed economico (Aiello, Pratto, 2006). La natura della dominanza sociale come "ideologia sociale" viene chiarita da Pratto (1999; vedi anche Mosso, Briante, Aiello, 2011) come ascrivibile a un sistema plastico di "conoscenze condivise" alle quali le persone fanno riferimento. Tale sistema, fornirebbe alle persone indicazioni riguardo le modalità più o meno condivise di guardare alle relazioni intergruppo a partire da sistemi valoriali, di opinioni e di atteggiamenti, destinati a connotare le relazioni tra le persone in termini di dominanza-

sottomissione. Tali ideologie sociali divengono così, forme manifeste di discriminazione, come nel caso dell'ideologia anti-Black, che ha trovato istituzionalizzazione (in particolare, per ciò che concerne la "segregazione razziale") nella storia anche recente di Paesi, come il Sudafrica o in altri contesti politico-istituzionali (Sidanius, Pratto, 1999). Nello specifico, F. Pratto, J. Sidanius, Lisa M. Satllworth e Bertram F. Malle ("Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes", 1994), nel loro lavoro di ricerca precisano il costrutto di social dominance orientation e definiscono il termine "miti di legittimazione", delineando, successivamente, la social dominance theory. Con il termine "miti di legittimazione" s'intende "l'accettazione di ideologie che legittimano la disuguaglianza ed i comportamenti che la generano, essi sono determinati dal desiderio di dominio di un gruppo o del singolo verso un altro gruppo/singolo".

La dominanza sui gruppi, si fonda su tre processi e ne viene a sua volta influenzata: *Discriminazione individuale aggregata*, ovvero tutte quelle discriminazioni che vengono messe in atto fra gli individui (ad esempio non cedere il posto ad un anziano sull'autobus perché di una determinata razza); *Discriminazione sociale-istituzionale aggregata*, ovvero l'insieme di tutte quelle regole o azioni delle istituzioni che sono consapevolmente (o meno) discriminatorie (ad esempio, quando una decisione di un'istituzione crea uno squilibrio nella distribuzione delle risorse ai gruppi);

Asimmetria di comportamento, ovvero la differenza di condotte tra individui appartenenti a gruppi diversi. È possibile riscontrare quattro modalità di asimmetrie di comportamento:

- *L'asymmetrical group bias*, per cui i gruppi dominati tendono ad essere meno etnocentrici dei gruppi dominanti;
- *L'outgroup favoritism*, che può essere concepito come un caso speciale di *asymmetrical group bias*, forte al punto da spingere i membri dei gruppi dominati a favorire gli *outgroup* e non il proprio *ingroup* (Rabinowitz, 1999);
- La *self-debilitation*, che si fonda sul fatto i membri dei gruppi subordinati tendono a condividere con i membri dei gruppi dominanti stereotipi negativi su di sé, ed a met-

tere in atto comportamenti autodistruttivi che, almeno in parte, si fondano su essi;

- *L'ideological asymmetry*, che spinge i gruppi dominanti più dei gruppi dominati a fondare il loro pensiero sociale su valori orientati alla dominanza sociale, il che rende difficile un'eventuale riduzione delle differenze di status fra essi (Roccatò, 2001).

I tre processi precedentemente descritti sono in stretta relazione con i miti di legittimazione, i quali vengono definiti da Sidanius, Pratto et al. (1999) per sottolineare il fatto che essi sono approvati da buona parte dei membri della società e che sono ritenuti spiegazioni sufficienti per chiarire il motivo dell'organizzazione del mondo sociale. Essi sono in relazione con le discriminazioni individuali, sociali e con le asimmetrie sociali, nel senso che concorrono a sostenerle e/o a contrastarle. Esistono due tipi di miti di legittimazione: quelli che contribuiscono all'*approvazione della stratificazione sociale* (ne sono un esempio il razzismo, l'elitismo culturale, il pregiudizio etnico, il sessismo, ecc. i quali sostengono che le persone hanno lo stato sociale che meritano, e concorrono quindi, alla legittimazione della disuguaglianza); e quelli che concorrono invece, alla *legittimazione dell'uguaglianza* (come il comunismo, il socialismo, il femminismo e molte istanze del cristianesimo), sono convinti dell'uguaglianza di tutti gli esseri umani (Pratto, Sidanius, Stallworth e Malle, 1994; Roccatò, 2001). La teoria della dominanza sociale (SDT) formulata dagli autori citati precedentemente ("Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes", 1994), evidenzia i principali fattori alla base della SDO (social dominance orientation):

- L'appartenenza e l'identificazione del soggetto con gruppi dominanti e il tipo di ruolo (anche lavorativo) che occupano all'interno della società in riferimento ai sistemi di stratificazione della stessa;
- Lo status educativo, il tipo di fede religiosa e l'insieme di eventi naturali e sociali avvenuti durante l'infanzia del soggetto, ad esempio disastri naturali, guerre ecc.;
- Alcuni tratti innati di temperamento e di personalità;

- Il genere: gli uomini tendono ad essere tendenzialmente più dominanti rispetto alle donne e questo può essere esacerbato dalla scelta del ruolo occupato.

Cercando di analizzare le caratteristiche, i comportamenti e gli orientamenti tipici di soggetti che possiedono elevati punteggi di SDO, si tratta principalmente di uomini adulti, che spesso cercano di prevalere su anziani e bambini, i quali promuovono dure sanzioni penali, punizioni e durezza. Essi spesso occupano posizioni di rilievo nella società, promuovendo gerarchie etniche che favoriscono il pregiudizio “etnico”; hanno, inoltre, un’identificazione totalizzante con il proprio gruppo di appartenenza che a volte crea svantaggi per l’outgroup. “La teoria della dominanza sociale mette in evidenza che le oppressioni ricorrenti verso i gruppi subordinati vengono aumentate da sistematiche discriminazioni istituzionali (ad esempio scuole, organizzazioni religiose, agenzie matrimoniali ecc.) e individuali, in quanto alcuni uomini molto potenti attribuiscono cose desiderabili (come prestigio, ricchezza, potere, cibo e buona salute) ai membri di gruppi sociali dominanti, mentre attribuiscono cose indesiderabili (come lavori pericolosi, disprezzo, morti premature) a membri di gruppi sociali privi potere” (C.van Laar, Shara Levin, Felicia Pratto, J. Sidanius, 2004 *Political Psychology* n.6 p.847).

Gli sviluppi. La Contro Dominanza Sociale.

Il costrutto SDO è stato declinato attorno a diverse tematiche che gli autori, Pratto, Sidanius e altri ancora, hanno ritenuto utile approfondire, quali ad esempio il supporto per la pena di morte, le dinamiche relazionali nei contesti lavorativi, l’adattamento del lavoratore all’organizzazione e viceversa, la preferenza da parte dei datori di lavoro di soggetti con valori simili all’organizzazione, il pregiudizio etnico, il favoritismo verso i gruppi con alto status, le relazioni interrazziali e le adozioni transrazziali, il ruolo della religione e del terrorismo, la considerazione dei dominanti e degli autoritari di Destra nei confronti degli immigrati, il rapporto fra razzismo, conservatorismo, affirmative action e grado di istruzione e infine, la considerazione dei dominanti nei confronti della discendenza Araba. Il costrutto ha dato vita a stu-

di e ambiti di ricerca alquanto variegati. In questa sezione, verrà presentato un studio ancora in progress che analizza una nuova prospettiva della dominanza sociale, la contro- dominanza sociale, ovvero quell’atteggiamento politico di oppositività verso i regimi politici autoritari e gerarchie sociali (Aiello, Morselli, Prati, Serino, Zeineddine, Stewart e Pratto). In occasione del XII Congresso Nazionale delle sezioni dell’AIP (Associazione Italiana di Psicologia, Padova, Settembre 2013) il gruppo di studio internazionale di Psicologia Politica composto da A. Aiello (Università di Pisa), D. Morselli (Università di Losanna, CH), F. Prati (Università di Bologna), C. Serino (Università di Bari “Aldo Moro”), F. Bou Zeineddine, A. Stewart, F. Pratto (Università del Connecticut, US) ha presentato il programma di ricerca “*La valutazione di fenomeni sociali della politica attraverso la misura breve di orientamento alla dominanza sociale*” interessandosi al recente fenomeno denominato dell’Arab Uprising. Il nuovo costrutto CDO, contro-dominanza sociale (Pratto et al., 2012) rappresenta l’atteggiamento politico volto ad esprimere una valutazione di oppositività verso regimi politici autoritari e gerarchie sociali. Esso si basa sulla motivazione di chi è collocato, o valuta dall’esterno, regimi antidemocratici, conducendo lo stesso ad una “sfida” contro assetti politici antidemocratici, opponendosi a un’organizzazione autoritaria delle convivenze, delle imposizioni, delle restrizioni, delle esclusioni. In netta contrapposizione con la SDO, la CDO valorizza il multiculturalismo, la solidarietà verso popoli e gruppi vittime di oppressione politica e gerarchie sociali sostenendo “a gran voce” e valorizzando processi sociali inclusivi. Inoltre, si contraddistingue dalla SDO per il carattere meno “intraindividuale” e più specificatamente socio-politico della valutazione espressa nei confronti di assetti politico-societari antidemocratici, ad esempio, i regimi dittatoriali dei Paesi Arabi. I risultati emersi dallo studio hanno permesso, al gruppo di ricerca, di constatare una correlazione negativa¹ fra i due costrutti SDO

¹ Esempio degli Item Comportamenti politici partecipativi “Parteciperei apertamente a forme aperte di protesta a sostegno delle rivendicazioni delle persone più deboli” (SDO -.15; CDO .17; correlazione significativa al livello 0,05); Item “Mi organizzerei volentieri con altre persone nel mio Paese per sostenere le rivolte nei Paesi oppressi” (SDO -.16 correlazione

e CDO; in particolare, all'aumentare della SDO la CDO diminuisce e viceversa. In altre parole, in riferimento ad alcuni item analizzati, si può notare in maniera evidente come maggiori punteggi di SDO portino il soggetto ad approvare e a legittimare un controllo esterno necessario per la sicurezza del mondo, ad esempio, risultando così fondamentale l'accordo tra nazioni egemoni, o la protezione da parte di paesi considerati minacciosi; viceversa, ottenere punteggi maggiori per quanto riguarda la CDO significa sostenere l'autonomia dei paesi più deboli e promuovere la protezione dei civili, la protezione degli oppressi, mirando alla pace fra tutte le nazioni. Tale studio mette in risalto la salienza della Dominanza Sociale (Pratto et al., 2012) strettamente connessa con l'appoggio di tendenze antidemocratiche, di valutazioni ad esse associate, di relazioni intrattenute con miti legittimanti quali il "controllo autoritario intergruppi" e i miti politico-ideologici a cui si lega (ad esempio, l'autodeterminazione dei popoli, Stato Palestinese) e la relazione negativa con la CDO (contro-dominanza sociale). In conclusione, il gruppo di studio internazionale, avverte la necessità di approfondire il nuovo costrutto valutativo socio-politico CDO volto ad orientarsi verso un'opposizione attiva circa la dominanza sociale quando istituzionalizzata in regimi/assetti societari antidemocratici.

Presentazione della Ricerca

Lo studio qui presentato è parte di una più ampia ricerca cross-nazionale sulla SDO condotto in collaborazione con Felicia Pratto (Università del Connecticut), da psicologi sociali delle università di Bari (C. Serino), di Pisa (A. Aiello), di Bologna (F. Prati), di Losanna (D. Morselli), e del Connecticut (F. Bou Zeineddine, A. Stewart). Una molteplicità di sedi italiane, europee e statunitensi hanno somministrato il questionario ("Questionario Internazionale sulla vita sociale e politica") utilizzato per lo studio, il quale impiega la misura SDO correlandola con diverse variabili quali l'empatia, la volontà di dare sostegno ai popoli più deboli, l'etnocentrismo, l'uguaglianza dei gruppi, l'indipendenza politica, la volontà di impegnarsi in

politica, la competenza gruppi minoritari e altre variabili riguardanti aspetti strettamente politici.

Obiettivi e ipotesi della ricerca

Il principale *scopo della ricerca* è verificare la relazione fra la SDO e una serie di altre variabili quali *l'uguaglianza, l'etnocentrismo, la superiorità dei gruppi*, la volontà di dare *sostegno ai popoli più deboli* e altre ancora che non verranno discusse in questa sede. La *prima ipotesi* dello studio è che il costrutto SDO sia correlato negativamente con l'uguaglianza dei gruppi, in quanto, chi approva e adotta uno stile competitivo guidato dalla volontà di superiorità e potere sugli altri gruppi, genera disuguaglianze in merito a risorse materiali e simboliche (Esses, Jackson, e Armstrong, 1998; Esses, Jackson, Dovidio, e Hodson, 2005), mentre, positivamente correlato con l'etnocentrismo e la superiorità dei gruppi, infatti, gli studi di Adorno e coll. (T. W. Adorno, Else Frenkel-Brunswik, D. J. Levinson e N. Sanford, 1950) sostengono che i soggetti con alti livelli di SDO siano maggiormente predisposti ad avere una personalità autoritaria che genera e mantiene vive le disuguaglianze fra gruppi e fra singoli; in riferimento a quanto detto ci proponiamo di esaminare il fattore "*genere*", ovvero quanto questo possa incidere sulla differenza di percezione del costrutto SDO in relazione alle variabili positivamente e negativamente correlate. La *seconda ipotesi*, si propone di utilizzare la variabile "empatia" come indipendente e quindi correlarla con le misure di uguaglianza dei gruppi, volontà di dare sostegno ai popoli deboli, aspettandoci, da queste, una correlazione positiva, in quanto la maggiore predisposizione empatica, la comprensione degli stati emotivi e di necessità dei soggetti, incrementi nell'altro la propensione ad offrire maggiore sostegno verso chi ne necessita. Confronteremo, inoltre, l'empatia con la rigidità culturale e con il desiderio di superiorità dei gruppi aspettandoci, da queste, che siano negativamente correlate.

Il campione

Il *campione* è prevalentemente di origine pugliese, ad eccezione di un caso residente in "altra zona". Esso è stato scelto secondo dei criteri di una equa distribuzione per genere ed età. Il livello

significativa al livello 0,05; CDO .21 correlazione significativa al livello 0,01).

di istruzione varia da elementare a laurea.

Il range di età è dai 18 anni ai 60 anni (età media 38,5; DS 13,5). È composto da 132 soggetti, di cui 65 donne e 67 uomini.

Gli strumenti di ricerca

Lo *strumento di ricerca* utilizzato è un *questionario*, in particolare la seconda edizione de “*Il questionario internazionale sulla vita sociale e politica*” elaborato da Jim Sidanius e Felicia Pratto con lo scopo di comprendere la valutazione, da parte del soggetto, di temi più prettamente politici e sociali e, di conseguenza, di ricavarne un indice di maggiore o minore propensione alla dominanza sociale in attinenza all’approvazione o alla disapprovazione di alcuni dei temi presentati nel questionario. Il questionario somministrato è omogeneo per tutti i gruppi di ricerca. Esso è composto da quesiti volti a interfacciare le misure di SDO con una serie di altre variabili; si compone di 142 item suddivisi in 17 aree tematiche. La *prima area tematica “Q1”* tratta temi di natura sociale quali ad esempio, *l’empatia*, *il rapporto fra culture*, *il senso di minaccia*, *il grado di impegno in politica*, *il grado di soddisfazione della propria vita*, *l’etnocentrismo*, *l’uguaglianza di tutti i popoli*, *l’indipendenza politica*, *il rapporto con il potere* (item Q1_01 a Q1_52). La *seconda area tematica “Q2”* esamina temi che riguardano *la competenza dei gruppi minoritari*, *gli aiuti internazionali ai paesi poveri*, *il controllo sui paesi deboli per mantenere la sicurezza* e altri ancora (item Q2_01 a Q2_09); *l’area che indaga la SDO è “Q3”* (item Q3_01 a Q3_16). Le aree Q1, Q2 e Q3 sono composte da scale likert a 11 punti (da 0= completamente in disaccordo a 10= completamente d’accordo). Le restanti *aree, da Q4 a Q17*, sono composte da item riguardanti temi strettamente politici, trattano, ad esempio, *la prepotenza politica*, *le idee in riferimento a movimenti rivoluzionari*, *banche e corporazioni multinazionali*, *l’approvazione/disapprovazione di intervento da parte dei paesi più potenti verso i paesi meno potenti*, *gli interventi nelle questioni dei paesi meno potenti*, *gli ideali umanitari o il nazionalismo* e quanto questi *influenzano l’identità dei soggetti*, *il grado di legittimità dell’autorità di una serie di gruppi*, quali la nazione più potente al mondo,

il governo del proprio paese, il gruppo religioso ecc., e altri ancora. La parte finale del questionario rileva *informazioni di carattere personale* del partecipante: *situazione economica*, *appartenenza etnica*, *titolo di studio*, *coalizione politica preferita*, *genere*, *nazionalità*, *luogo di compilazione e formato questionario* (cartaceo o online). Naturalmente, il gruppo di ricerca di Bari ha applicato il questionario nella sua *versione integrale e condivisa*, per motivi di confrontabilità dei dati nelle diverse sedi. Lo strumento applicato non è esente da *limiti*. Il *primo limite* riscontrato è la diversa lunghezza degli item proposti²; il *secondo* che possiamo evidenziare è che gli item di controllo sono contigui a quelli effettivi³, il che può dare al soggetto la possibilità di confrontare e adattare le risposte in modo che siano coerenti fra loro.

Risultati

In questa sezione vengono riportati i principali *risultati della ricerca*, tenendo conto che il focus dell’attenzione è sulla variabile **SDO**. Altre sezioni del questionario, come affermato precedentemente, ci permettono di indagare le caratteristiche dei partecipanti e il loro atteggiamento verso l’orientamento politico, e i problemi del proprio e di altri paesi, ad esempio, la percezione di minaccia nella vita quotidiana, il rapporto con le altre culture, il grado di impegno in politica, la soddisfazione per la propria vita, gli atteggiamenti verso la relazione fra popoli, in una prospettiva che mette in luce le differenze di potere e le possibili istanze di popoli oppressi e più deboli. Pertanto, nell’analisi dei punteggi di SDO, in funzione delle variabili di stratificazione e di altri criteri di confronto all’interno del campione, considereremo *la relazione fra la misura di SDO e alcune altre caratteristiche dei rispondenti* a proposito della loro visione dei rap-

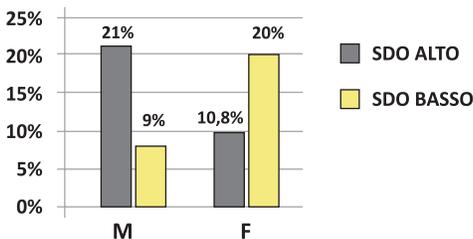
² Ad esempio: Item Q1_33 “Voglio lasciare l’Italia”; Item Q1_46 “Importanti questioni politiche, anche quelle interne al paese, fanno oramai parte di un gioco internazionale di potere”.

³ Ad esempio: Item Q1_09 “Le condizioni della mia vita sono eccellenti”; Item Q1_10 “Ho spesso difficoltà a procurare le cose di cui io e la mia famiglia abbiamo bisogno”; Item Q1_12 “Il mondo è fondamentalmente una “giungla”, dove il potere, la ricchezza e la vittoria rappresentano tutto”; Item Q1_13 “Il mondo è fondamentalmente giusto-ognuno riceve ciò che si merita”.

presentanti sociali e politici nella loro vita sociale e di appartenenza alla società. L'indice di SDO è stato ricavato considerando i 16 item (sezione Q3, item Q3_01 a Q3_16) che in letteratura vengono generalmente impiegati (J. Sidanius, F. Pratto, A. Aiello, A. Chirumbolo); in particolare è stata effettuata un'analisi dei cluster che ci ha permesso di individuare all'interno della lista degli item, quali siano più strettamente associati. L'indice SDO è stato costruito sulla base di quegli item che risultano associati e coerenti fra loro (α di Cronbach .78). Volendo esplorare più in profondità l'effetto della variabile SDO, abbiamo pensato di costruire, a partire dal campione originario, due gruppi di persone con "alto" vs. "basso" SDO basandoci sul punteggio ottenuto agli item della sezione "Q3" precedentemente descritti.

Figura 1

Genere: SDO ALTO VS. BASSO



Legenda: Gruppi con alto vs. basso SDO. Frequenze percentuali in funzione del genere. Gruppo "SDO alto" M= 14, F= 7; Gruppo "SDO basso" M= 6, F= 13. ($\chi^2 = 6,35$ valore significativo; $p = .01$).

In sostanza, sono stati trattenuti per le successive analisi, un gruppo "SDO alto" (sogg. n. 21; media 6,5) e un gruppo "SDO basso" (sogg. n. 19; media 1). I punteggi differiscono in maniera significativa per lo SDO⁴. Abbiamo, quindi, sviluppato una serie di analisi applicando una distribuzione fattoriale in cui è possibile osservare l'effetto di due variabili, dove una delle variabili indipendenti è quella con alto vs. basso SDO. Osservando la figura 1, notiamo che le differenze di SDO in base al genere, risultano nette e coerenti con la letteratura: gli uomini ottengono un punteggio maggiore di SDO "alto" rispetto alle donne, le quali, invece, ottengono un punteggio maggiore per lo SDO "basso". Nella parte che segue, un'a-

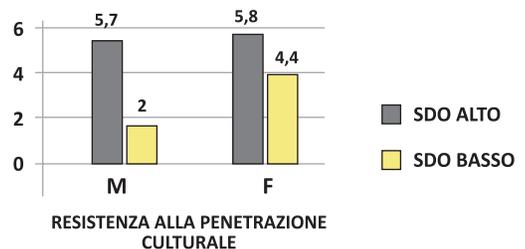
nalisi della varianza, ci permette di considerare l'effetto di due variabili indipendenti (genere M- F vs. gruppi con alto- basso SDO) utilizzando come misura (variabile dipendente) una serie di indici ricavati dalla sezione "Q1" e "Q2" del questionario. Questi indici riguardano: la *resistenza alla penetrazione culturale*, l'*accettazione della superiorità dei gruppi*, la *propensione a sostenere l'uguaglianza fra i gruppi*. Inoltre, come accennato precedentemente, è stata utilizzata come variabile indipendente anche l'empatia (genere M-F vs. gruppi empatici-non empatici) utilizzando come misura (variabile dipendente) una serie di indici ricavati dalla sezione "Q1" e "Q2" del questionario. Questi indici riguardano: l'*accettazione della superiorità dei gruppi*, la *resistenza alla penetrazione culturale*, la *propensione a sostenere l'uguaglianza fra i gruppi* e la *disponibilità a sostenere i popoli deboli*. Di seguito, vediamo in dettaglio i risultati di queste elaborazioni.

L'orientamento alla dominanza nel nostro campione

La prima misura presa in considerazione è la "*resistenza alla penetrazione culturale*"⁵. La letteratura classica a tal proposito sostiene che i soggetti "dominanti" siano etnocentrici e meno predisposti all'apertura culturale rispetto ai soggetti considerati "non dominanti". Qui di seguito, verrà presentato il grafico ottenuto dai punteggi medi dei rispondenti (fig. 2).

Figura 2

SDO vs. RESISTENZA ALLA PENETRAZIONE CULTURALE



⁵ La misura "resistenza alla penetrazione culturale" è stata costruita grazie all'analisi del grado di associazione degli item seguenti da cui è stato calcolato, poi, un indice medio degli item: Q1_04 "Mi dispiacerebbe se la gente in Italia preferisse altre culture"; Q1_06 "Mi dispiacerebbe se diventasse assolutamente necessario per i miei concittadini imparare un'altra lingua".

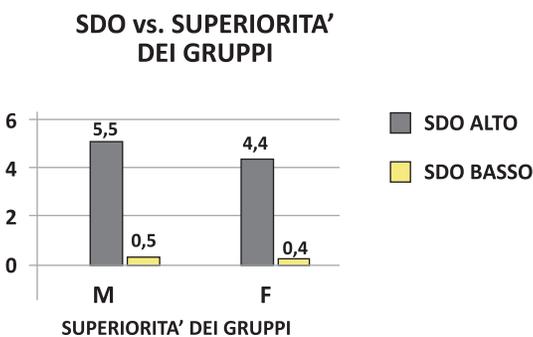
⁴ Anova 4,86; F critico 4,11; α 0,05; DS 1,77.

Legenda: La misura “resistenza alla penetrazione culturale” è stata ottenuta dalla media dei punteggi di ciascun rispondente: il gruppo con “SDO alto” è formato da M= 14, F= 7, e il gruppo con “SDO basso” da M= 6, F= 13.

Conformemente alla letteratura di riferimento, le persone con “SDO alto” risultano essere più resistenti alle diverse culture rispetto ai soggetti appartenenti al gruppo con “SDO basso”. Fra le persone con “SDO alto” non ci sono differenze in base al genere, in quanto entrambi i generi confermano la propensione verso una chiusura culturale. Fra le persone con “basso SDO” si osserva una differenza fra le donne, più disponibili alla penetrazione culturale, e gli uomini i quali appaiono poco inclini ad aprirsi alle diverse culture.

La seconda misura esaminata è la “*superiorità dei gruppi*”⁶, nello specifico, la tendenza da parte dei soggetti ad approvare e legittimare la superiorità di alcuni rispetto ad altri. Ciò che ci si aspetta, riguardo tale misura, è che la dominanza e l’approvazione per la superiorità correlino fra loro. Coerentemente con il modello di Sidanius e Pratto, sono i rispondenti con “alto SDO” ad approvare l’idea che vi siano gruppi superiori ad altri. Questa tendenza è un po’ più blanda per le donne. Nelle persone con “basso SDO”, invece, questa tendenza diminuisce drasticamente senza differenze di rilievo fra uomini e donne. Qui di seguito, verrà presentato il grafico con i punteggi ottenuti (vedi fig. 3).

Figura 3

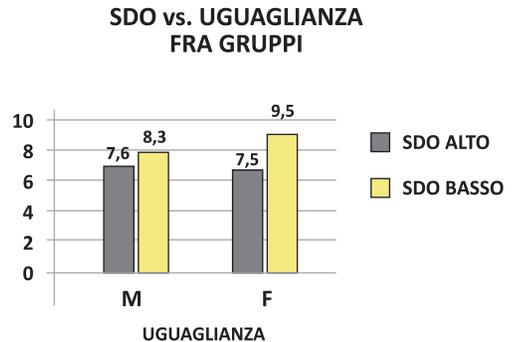


Legenda: La misura “superiorità dei gruppi” è stata ottenuta dalla media dei punteggi di ciascun rispondente: il gruppo con “SDO alto” è formato da M= 14, F= 7, e il gruppo con “SDO basso” da M= 6, F= 13.

⁶ La misura “superiorità dei gruppi” corrisponde all’item Q3_03 “I gruppi superiori dovrebbero dominare i gruppi inferiori”.

La quarta misura correlata con la dominanza sociale è “*l’uguaglianza fra gruppi*” (figura 4). In relazione a quanto enunciato nei paragrafi precedenti, ci aspettiamo una correlazione negativa fra la dominanza e l’uguaglianza.

Figura 4



Legenda: La misura “uguaglianza fra gruppi” è stata ottenuta dalla media dei punteggi di ciascun rispondente: il gruppo con “SDO alto” è formato da M= 14, F= 7, e il gruppo con “SDO basso” da M= 6, F= 13.

La Figura 4 mostra che vi è una tendenza inversa e proporzionale di affermare la necessità dell’uguaglianza fra gruppi: le persone con “basso SDO” appaiono più sensibili al tema rispetto alle persone con “alto SDO”, senza differenze di rilievo in base al genere. Tuttavia, in questo caso, anche le persone con “alto SDO” sembrano aderire in qualche misura all’ideologia dell’uguaglianza dei popoli e del rispetto di ogni paese.

L’empatia nel nostro campione

Abbiamo deciso di analizzare ed esaminare il ruolo dell’empatia nel nostro campione trattandola come variabile indipendente e di correlarla ad una serie di misure con cui anche la dominanza è stata correlata precedentemente (vedi paragrafo precedente). L’empatia è la condivisione degli stati emotivi dell’altro, non necessariamente di natura esclusivamente positiva, alcuni affermano che sia innata, altri ancora che sia possibile po-

⁷ La misura “uguaglianza dei gruppi” è stata costruita grazie all’analisi del grado di associazione degli item seguenti da cui è stato calcolato, poi, un indice medio degli item: Q1_34 “Tutti i paesi meritano di essere rispettati e considerati al pari degli altri”; Q1_35 “Nel mondo nessun paese dovrebbe porsi in modo elitario”; Q1_37 “Nessun dovrebbe avere maggiori privilegi di altri”.

tenziarla o addirittura acquisirla per chi non la possedesse. Essa riguarda, quindi, la capacità del soggetto di calarsi nei panni dell'altro e di fornirgli aiuto nei momenti di necessità. A questo punto, risulta essere preponderante *il legame fra la dominanza e l'empatia*, in quanto quest'ultima viene considerata come fattore di protezione nei confronti della dominanza sociale. Solitamente ci si dovrebbe aspettare che persone empatiche siano meno inclini ad accentuare le discriminazioni sociali e siano, invece, più sensibili ai temi dell'uguaglianza e di sostegno alle popolazioni che versano in condizioni critiche. Ovvero, chi promuove rapporti basati sull'uguaglianza dei gruppi, sulla parità dei sessi, contro quindi la discriminazione e la prevaricazione dei potenti sui deboli avrà livelli di SDO inferiori rispetto a coloro i quali supportano e incentivano rapporti costruiti e basati sulla disparità relazionale. Infatti, così come affermato in letteratura, quello che ci aspettiamo è che ci sia una correlazione negativa fra empatia e SDO, per la quale all'aumentare della SDO, l'empatia diminuisce e viceversa⁸. In questa luce, il nostro campione è stato analizzato in funzione del punteggio di empatia. Tali punteggi sono stati ricavati calcolando le medie dell'item del questionario che indaga l'empatia, il Q1_01⁹. Sulla base di quanto precedentemente enunciato, all'interno del campione originario, sono stati estrapolati 2 sottogruppi¹⁰ in riferimento al punteggio ottenuto all'indice di Empatia precedentemente descritto: in sostanza, sono stati tratti per le successive analisi, un gruppo di "Empatici" (sogg. n. 29; media 10) e un gruppo "Non empatici" (sogg. n. 22; media 4). La prima misura con cui abbiamo confrontato i gruppi di "empatici" e di "non empatici", divisi anche in base al genere, riguarda la *"volontà di dare sostegno ai popoli"*¹¹.

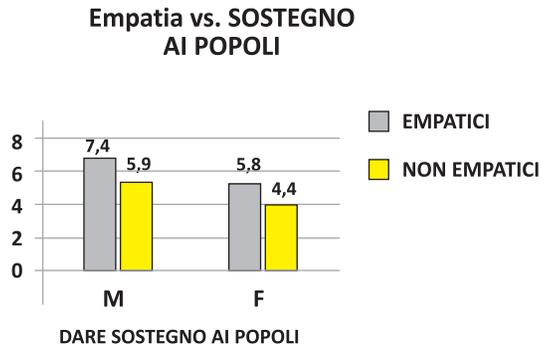
⁸ Analisi Dati effettuate sull'intero campione (132 sogg): Correlazione 0,040724278; T test 9,645 Val. Critico 1,645-GDL 130.

⁹ Item del questionario che indaga l'empatia: Q1_01 "Mi sento ferito quando le altre persone soffrono"; il punteggio medio ottenuto dall'intero campione (132 soggetti) in riferimento a tale item è di X 7,4 e DS 2,05.

¹⁰ Analisi Dati: Anova 3,62- F critico 4,03; T test 1,40- Val crit. 1,677-gdl 49; DS 2,05.

¹¹ La misura "Dare sostegno ai popoli" è stata costruita gra-

Figura 5



Legenda: La misura "dare sostegno ai popoli" è stata costruita prendendo i punteggi medi del campione: il gruppo "Empatici" è formato da M= 14, F= 14, e il gruppo "Non Empatici" da M= 15, F= 8.

La scelta per gli uomini di fornire sostegno alle popolazioni più deboli, prescinde dalla dimensione affettiva e potrebbe avere un'altra motivazione, che significa non identificazione con il popolo debole ma potrebbe essere una scelta omologata. È probabile che gli uomini adottino diverse chiavi di lettura, più politiche. Gli uomini e le donne con bassa empatia, conformemente alla letteratura classica, non danno sostegno ai popoli deboli.

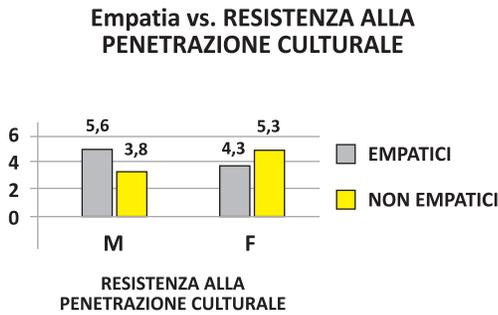
La seconda misura presa in considerazione è la *"resistenza alla penetrazione culturale"*¹². Ciò che ci si aspetta, conformemente alla letteratura, è che i soggetti empatici siano maggiormente predisposti all'accoglienza di diverse culture a differenza dei soggetti meno empatici, i quali tenderebbero ad essere meno propensi all'apertura culturale. La figura 6 (vedi sotto) mostra i dati medi ottenuti dai rispondenti del nostro campione.

La correlazione dell'empatia con la "resistenza alla penetrazione", in riferimento ai nostri respon-

zie all'analisi del grado di associazione degli item seguenti da cui è stato calcolato, poi, un indice medio: Q2_06 "Mi unirei a una protesta in favore delle rivolte delle persone nei Paesi più deboli"; Q2_07 "Penso che, tutti insieme, potremmo sostenere le rivolte delle persone nei Paesi più deboli"; Q2_08 "Farei qualcosa insieme ad altri in Italia per fornire un sostegno alle rivolte delle persone nei Paesi più deboli"; α di Cronbach .83.

¹² La misura "resistenza alla penetrazione culturale" è stata costruita grazie all'analisi del grado di associazione degli item seguenti da cui è stato calcolato, poi, un indice medio degli item: Q1_04 "Mi dispiacerebbe se la gente in Italia preferisse altre culture"; Q1_06 "Mi dispiacerebbe se diventasse assolutamente necessario per i miei concittadini imparare un'altra lingua".

Figura 6



Legenda: La misura "resistenza alla penetrazione culturale" è stata costruita prendendo i punteggi medi del campione: il gruppo "Empatici" è formato da M= 14, F= 14, e il gruppo "Non Empatici" da M= 15, F= 8.

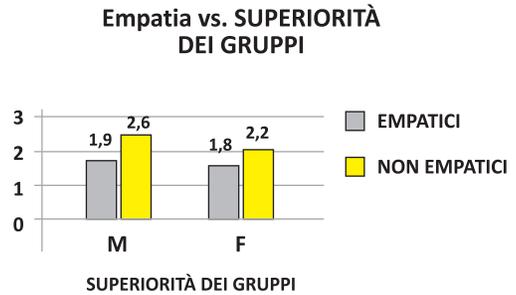
denti, appare abbastanza contrastante: per gli uomini notiamo che sono gli empatici ad essere più resistenti alle altre culture, mentre nel gruppo delle donne, sono le "non empatiche" ad essere più resistenti alle culture diverse. Ciò che è possibile riscontrare è un effetto di interazione "genere per empatia": gli uomini con alta empatia e le donne con bassa empatia sono più resistenti alla penetrazione culturale; mentre le donne con alta empatia e gli uomini con bassa empatia risultano meno resistenti. Le donne rispondono ai fatti politici con una diminuzione affettiva ed emozionale, mentre per gli uomini, la relazione fra popoli è indipendente dalla partecipazione empatica.

Per la variabile "superiorità dei gruppi"¹³, ci aspettiamo, in accordo con la letteratura classica, una correlazione negativa su tale misura. Gli empatici dovrebbero ottenere punteggi molto più bassi, e non sostenere di conseguenza, la superiorità dei gruppi (vedi fig. 7) ed essere, invece, a favore dell'uguaglianza che verrà esaminata in seguito (vedi oltre).

In sintonia con quanto annunciato precedentemente, possiamo osservare punteggi molto bassi per il gruppo degli empatici. In realtà, in tutto il campione preso in considerazione (vedi legenda) è possibile riscontrare medie molto basse per entrambi i gruppi "empatici vs. non empatici" e "uomini vs. donne".

¹³ La misura "superiorità dei gruppi" corrisponde all'item Q3_03 "I gruppi superiori dovrebbero dominare i gruppi inferiori".

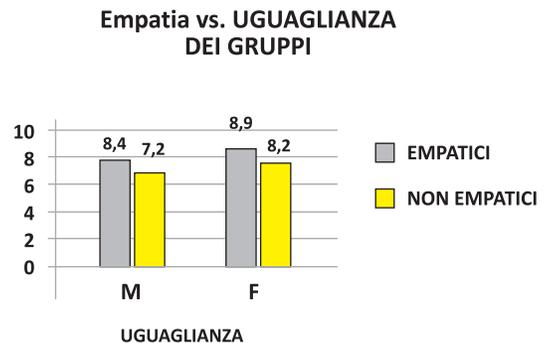
Figura 7



Legenda: La misura "superiorità dei gruppi" è stata costruita prendendo i punteggi medi del campione: il gruppo "Empatici" è formato da M= 14, F= 14, e il gruppo "Non Empatici" da M= 15, F= 8.

Come abbiamo affermato precedentemente, l'empatia dovrebbe correlare positivamente con l'*uguaglianza fra gruppi*¹⁴, in quanto chi predilige relazioni paritarie dovrebbe altresì essere empatico. La figura 8 (vedi sotto) mostra quanto emerso in riferimento al nostro campione.

Figura 8



Legenda: La misura "uguaglianza dei gruppi" è stata costruita prendendo i punteggi medi del campione: il gruppo "Empatici" è formato da M= 14, F= 14, e il gruppo "Non Empatici" da M= 15, F= 8.

Genere ed empatia agiscono senza interazione, determinando un orientamento diverso al tema

¹⁴ La misura "uguaglianza dei gruppi" è stata costruita grazie all'analisi del grado di associazione degli item seguenti da cui è stato calcolato, poi, un indice medio degli item: Q1_34 "Tutti i paesi meritano di essere rispettati e considerati al pari degli altri"; Q1_35 "Nel mondo nessun paese dovrebbe porsi in modo elitario"; Q1_37 "Nessun dovrebbe avere maggiori privilegi di altri".

dell'uguaglianza in maniera indipendente¹⁵. In riferimento a quanto summenzionato, il gruppo degli "empatici" risulta maggiormente egualitario rispetto al gruppo dei "non empatici", ma entrambi i gruppi ottengono punteggi elevati in riferimento a tale misura. Per quanto riguarda la variabile "genere", sono le donne ad essere più egualitarie rispetto agli uomini e questo è confermato anche dalla letteratura classica.

Discussione Generale dei risultati

I costrutti di Dominanza e di Empatia sono stati utilizzati come variabili indipendenti e sono stati correlati con una serie di altre misure quali ad esempio, la volontà di dare sostegno ai popoli, la resistenza alla penetrazione culturale, l'uguaglianza, la superiorità dei gruppi, l'indipendenza politica e altre ancora che non sono state trattate in questa sede. I **risultati** emersi, in funzione dell'età e del genere, hanno in parte confermato la letteratura classica e altre volte, abbiamo ottenuto dei risultati in controtendenza che ci hanno portato a riflettere su alcune tematiche. La *differenza di genere* per la dominanza (sdo uomo vs. donna), la suddivisione del campione in 2 sottogruppi "SDO alto" e "SDO basso" (vedi grafico 1), e l'ulteriore divisione del campione in base alla fascia d'età, ci porta a sostenere che c'è una tendenza degli uomini ad approvare e sostenere la dominanza e il predominio a prescindere dalla fase evolutiva in cui si ritrovano, per le donne invece, vi è una tendenza a incrementare con gli anni la dominanza sociale e quindi il sostegno per le disuguaglianze sociali. In riferimento all'*empatia* invece, notiamo che si distribuisce in maniera piuttosto equa in tutte le fasce, ad eccezione di quella più giovane, che a questo punto risulta poco empatica ma anche poco dominante. Per quanto riguarda le analisi di *SDO ed Empatia* con le altre misure (vedi paragrafi precedenti), ci è sorto un quesito in merito: è possibile sostenere l'analogia fra la dominanza sociale e la capacità di leadership, in

un'ottica positiva, e quindi di trasformazione degli "schematismi" presenti all'interno della società? Ad esempio, nelle correlazioni eseguite, abbiamo ritrovato che le persone empatiche risulterebbero più etnocentriche rispetto ai non empatici (vedi fig. 6), o che sono gli uomini ad essere più disponibili ad offrire sostegno in situazioni di difficoltà geo-politica in cui si rileva una differenza di status e di potere (vedi fig. 5), o ancora, in riferimento alla dominanza, abbiamo riscontrato che anche i soggetti considerati dominanti hanno ottenuto punteggi superiori alla media agli item che indagano l'uguaglianza (vedi fig. 4). Ci è consentito, a tal proposito, desumere che, per quanto riguarda questo campione, la dominanza sia da intendere come capacità di leadership, come potenzialità di fronteggiare i gruppi dominanti in favore della minoranza così da renderla indipendente e svincolata da logiche stereotipiche? Queste riflessioni, che non saranno approfondite in questa sede, sarebbe auspicabile si potessero approfondire in futuro, con metodi di ricerca focalizzati esclusivamente



sul tema della dominanza sociale. A tal proposito, data la natura alquanto composita e variegata del questionario utilizzato, ci sorge un'ulteriore riflessione in merito al tema dell'impegno politico¹⁶ (vedi item in nota): entrambi i gruppi "SDO alto" vs "SDO basso" e i gruppi "empatici" vs. "non empatici" ottengono punteggi molto bassi

¹⁵ Genere: $F=4,61$; $p=.04$; Empatia: $F=6,3$; $p=.01$; valori significativi.

¹⁶ Item "impegno politico": Q1_27 "Mi impegno concretamente per promuovere le mie convinzioni politiche"; Q1_31 "Provo a impegnarmi in azioni politiche che hanno a che fare con questioni internazionali".

agli item e questo ci spinge a supporre che forse, questi dati rappresentano l'attuale sfiducia verso i sistemi di governo, partiti politici e rappresentanti di essi, e quindi, il conseguente disimpegno politico deriverebbe proprio da ciò e dalle problematiche che si sono verificate nell'ultimo decennio.

Conclusioni

Il progetto di ricerca sulla *Dominanza Sociale* e più recentemente della *Contro-Dominanza Sociale* è ancora un progetto in progress, per cui i risultati raggiunti sono solo una parte di quelli che saranno ancora analizzati. Tale progetto, risulta di estrema attualità, in quanto soprattutto nell'ultimo ventennio, sempre più spesso nella nostra società assistiamo alla messa in atto di condotte dominanti, di favoritismo del più forte a discapito del più debole, di nepotismo, di privilegi di caste, di prevaricazione ed esclusione di colui che viene definito "diverso": perché non aderisce alle stesse logiche di potere che vengono costantemente mantenute e promulgate all'interno del tessuto societario, perché non segue le "mode", perché troppo sensibile, perché di un diverso orientamento sessuale, perché cerca di combattere quei modelli-paradigmi di comportamento ormai "malati" della società, e tanto altro ancora. Quello che mi aspetto, personalmente, per le ricerche future sul costruito SDO e CDO è che mirino anche, con interventi pratici, alla modificazione di pregiudizi, stereotipi e schematismi, ormai divenuti automatismi, che non ci permettono di valorizzare le differenze, di sopprimere le disuguaglianze ma, al contrario, ci mantengono costantemente in una posizione di stagnazione senza possibilità di andare oltre questi circoli ormai viziosi.

Bibliografia

- Adorno T.W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., Sanford, R.N., (1950), *The authoritarian personality*. New York: Harper Book.
- Aiello, A., Pratto, F., (2006), *Dominanza sociale e relazione intergruppi*. In Pierro, A., (a cura di), *Prospettive psicologico-sociali sul potere*. Milano: Franco Angeli, pp. 73-95.
- A. Aiello, D. Morselli, F. Prati, C. Serino, F. Bou Zeineddine, A. Stewart, F. Pratto, (2013). La valutazione di fenomeni sociali della politica attraverso la misura breve di orientamento alla dominanza sociale.
- Caricati, L., (2006), *Relazioni tra gruppi*. Roma: Carocci.
- Esses, V.M., Jackson, L.M., Armstrong, T.L., (1998), *Intergroup Competition and Attitudes Toward Immigrants and Immigration: An Instrumental Model of Group Conflict*. *Journal of Social Issues*, 54, 699-724.
- Esses, V.M., Jackson, L.M., Dovidio, J.F., Hodson, G., (2005), *Instrumental relations among groups: Group competition, conflict, and prejudice*. In J.F. Dovidio, P. Glick, L. Rudman (Eds.), *Reflecting on the Nature of Prejudice*, pp. 227-243. Oxford, UK: Blackwell.
- F. Pratto, J. Sidanius e S. Levin, (2006). Social dominance theory and the dynamics of intergroup relations: Taking stock and looking forward.
- Felicia Pratto, Andrew L. Stewart, Fouad Bou Zeineddine (2013). *When Inequality Fails: Power, Group Dominance, and Societal Change*.
- F. Pratto, T. Saguy, A.L. Stewart, D. Morselli, R. Foels, A. Aiello, M. Aranda, A. Çidam, X. Chrysochoou, K. Durrheim, V. Eicher, L. Licata, J.H. Liu, L. Liu, I. Meyer, O. Muldoon, S. Papastamou, N. Petrovic, F. Prati, G. Prodomitis, J. Sweetman, (2013). *Attitudes towards Arab ascendance: Israeli and Global perspectives*.
- Mosso, C., Briante, G., Aiello, A., (2011), *The role of legitimizing ideologies as predictors of prejudice in young people: evidence from Italy and the USA*.
- Roccatò, M., (2003). *Le tendenze antidemocratiche*. *Psicologia sociale dell'autoritarismo*. Torino: Boringhieri.
- Sensales G. (2005). *Rappresentazioni della "politica". Ricerche in psicologia sociale della politica*. Collana di psicologia sociale diretta da G. Trentini. Milano: Franco Angeli
- Sibley, C.G., Liu, J.H. (2010), *Social dominance orientation: testing a global individual differences perspective*. In *political psychology*, 31, pp. 175-206.
- Sidanius, J., (1993), *The psychology of group conflict and the dynamics of oppression: A social dominance perspective*. In Iyengar, S., McGuire, W. (a cura di), *Explorations in Political Psychology*. Durham, NC: Duke University Press, pp. 183-219.
- Sidanius, J., Pratto, F., Lisa M. Satllworth e Bertram F. Malle, (1994). *Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes*.
- Sidanius, J., Pratto, F., (1999), *Social dominance: an intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York: Cambridge university press.
- Sidanius, J., Pratto, F., Van Laar, C., Levin, S., (2004), *Social dominance theory: its agenda and method*. In *political psychology*, 25, pp. 845-880.

Il mobbing coniugale: dal conflitto intrafamiliare alla alienazione genitoriale: due casi a confronto

Teresa Fiora Fornaciari

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

Introduzione

Oggi nella famiglia scattano alcuni meccanismi di conflitto, di rabbia repressa, di frustrazioni che generano comportamenti fisici e psicologici violenti sia negli adulti che nei minori. C'è nella famiglia una incapacità di reggere il peso psicologico e affettivo degli eventi stresso geni e nello stesso tempo vi è la manifestazione di un disagio profondo che mette in discussione ogni componente di essa.

Essendo luogo in cui tanti sono gli investimenti psicologici e affettivi, il nucleo familiare produce da sé conflitti e incertezze; e quando non è esso a provocare disagio diventa comunque "contenitore" implosivo ad esito esplosivo di uno stato di insofferenza ed esasperazione.

La sociologia definisce la famiglia contemporanea come "sistema vivente, altamente complesso, in cui si realizza quella esperienza vitale specifica che è fondamentale per la strutturazione dell'individuo come persona, cioè come individuo in relazione nelle sue determinazioni di genere e di età, quindi nei rapporti tra i sessi e le generazioni". Dunque, se la famiglia oggi non consente per vari motivi - che in questo mio lavoro proverò ad analizzare - una formazione e una strutturazione sana dell'individuo, quale rapporto avrà costui col mondo? Le sue relazioni affettive, sentimentali, professionali, sociali di che qualità potranno essere?

E' la domanda principale, a mio avviso, che chi si appresta a svolgere una relazione d'aiuto della famiglia dovrebbe porsi; il benessere di uno può rappresentare la salvezza dell'intero nucleo familiare, così come una comunicazione distorta può scatenare reazioni a catena sulle quali intervenire si può ma a livelli di complessità sempre più elevati.

Nella fattispecie dell'argomento che tratterò in questo mio lavoro, si parla di conflitti intrafamiliari riguardanti i coniugi e le conseguenze subite dai propri figli. Ancor prima però di parlare degli esiti sui figli, ho scelto di partire dall'origine e cioè dalla

coppia; in fin dei conti la famiglia nasce da un fidanzamento, poi il matrimonio e poi la procreazione.

Pertanto, se il fisiologico ciclo della famiglia segue questi passi, perché - mi domando - nell'analisi delle problematiche che la colpiscono non seguire lo stesso percorso?

Nei casi che presenterò potrebbe apparire evidente che si tratta di Alienazione genitoriale o Sindrome d'alienazione parentale a seguito di separazione; ma analizzando ogni passo e contesto delle CTU (consulenze tecniche d'ufficio) in questa tesi il mio obiettivo è dimostrare alcuni punti fondamentali:

- L'alienazione genitoriale è un concetto astratto, e come tale non deve diventare una diagnosi ma la più esatta o meno errata fotografia di una situazione;
- La sede giudiziaria (in uno dei casi che illustrerò avviene ciò) può diventare e farsi portatrice di un progetto "terapeutico" della famiglia;
- Qualsiasi forma di cosiddetta "alienazione" o discriminazione di un genitore da parte dell'altro è nella maggior parte dei casi - vera o falsa che sia - il triste esito di conflitti coniugali mai risolti o appianati o mediati dall'aiuto di un operatore, e cioè di uno psicologo o da un mediatore della famiglia;
- E' vero che la Sindrome d'Alienazione Parentale non è riconosciuta come diagnosi da alcun manuale psichiatrico (DSM-IV o DSM V), ma è vero anche che sia all'origine del comportamento mobbizzante e di conseguenza alienante sia come esito di tale comportamento sui figli tale forma di "abuso" potrebbe rivelarsi un criterio diagnostico nel senso di essere un indicatore patognomico molto ben circoscritto.

E' di pochi giorni fa la notizia e le immagini viste da noi tutti di quel bambino prelevato da scuola dal

padre con l'ausilio delle Forze dell'Ordine per essere portato in una casa famiglia; bambino conteso anche lui. Mentre quelle immagini continuavano a passare davanti ai nostri occhi, i suoi genitori - indistintamente e nelle stesse assurde maniere - litigavano tra loro attraverso avvocati e periti di parte senza che fosse fatto veramente l'interesse del loro piccolo figlio. Interesse nel quale avrebbero dovuto chiedere l'ausilio non della Polizia ma di psicologi, di educatori, di assistenti sociali.

Anche se apparentemente e formalmente i due ruoli dello psicologo clinico e psicologo forense non hanno o non dovrebbero avere nulla in comune, nella realtà delle controversie legali - come questa - legate alle separazioni, tale netto confine a cui ci guida la letteratura si rivela estremamente labile.

Dal mobbing coniugale alla alienazione genitoriale

Nel diritto di famiglia, è ancor più difficile tracciare un quadro di mobbing soprattutto perché, in materia giurisprudenziale, non sono state fatte ricerche esaustive.

Si è cominciato a parlare di tale fenomeno a seguito di una sentenza della Corte d'Appello di Torino del 2001, che ha ritenuto il mobbing familiare causa giustificante della separazione, dal momento che tali comportamenti erano lesivi della dignità del coniuge e pertanto in contrasto con i doveri sanciti dall'istituzione del matrimonio.

Anche nel contesto intrafamiliare - come sul lavoro - il mobber attua nei confronti della vittima molestie psico-fisiche, maltrattamenti, ingiurie, denigrazioni, al fine di sminuirla e disintegrarne l'integrità psichica e talvolta morale; è consueto, infatti, che la vittima finisca per sentirsi in colpa per ciò che non ha commesso o addirittura per vedersi come il suo mobber-persecutore la dipinge e la diffama anche all'esterno del contesto familiare.

Questo tipo di violenza non è fisica, ma il suo potere distruttivo agisce giorno dopo giorno, a livello psicologico creando uno stato di malessere psico-fisico. Le manifestazioni tipiche del mobbing coniugale sono:

- Offese in pubblico
- Chiari comportamenti di disistima
- Continue provocazioni
- Sottrazione di beni

- Coinvolgimento di terzi (familiari) nelle liti
- Tentativi di sminuire la vittima in famiglia

Come si può evincere da queste poche caratteristiche - che sono soltanto alcune delle tante - il mobbing coniugale si manifesta attraverso una vera e propria strategia persecutoria da parte di un coniuge verso l'altro al fine di allontanarlo dal contesto familiare.

La vittima infatti - come l'impiegato si dimette nel caso di vessazioni sul lavoro - spesso si allontana da casa, è disposta alla separazione consensuale, rinuncia ai propri diritti di padre o madre pur di non portare avanti una lotta stremante per la salute fisica e psichica.

Ben si può parlare di mobbing, dunque, anche nel contesto delle relazioni familiari, dove sono purtroppo estremamente frequenti comportamenti finalizzati alla delegittimazione di uno dei coniugi e alla estromissione di questo dai processi decisionali riguardanti la famiglia o la prole. In alcuni casi, si arriva a mettere in atto vere e proprie strategie persecutorie nei confronti dell'altro coniuge allo scopo di costringerlo a lasciare la casa coniugale o ad acconsentire ad una separazione consensuale pur di chiudere rapporti coniugali conflittuali dietro cui spesso si celano relazioni extraconiugali.

Il mobbing familiare si esplica nel tentativo di emarginare l'altro coniuge dalle decisioni tipiche dei genitori, mediante minacce, vere e proprie campagne di denigrazione e di legittimazione del ruolo genitoriale, sabotaggi delle frequentazioni con il figlio.

Con l'applicazione della nuova legge sull'affido condiviso, si auspica un arginamento del fenomeno quanto meno in relazione alle ridotte concrete occasioni di esercitare pressioni e ricatti sull'altro genitore.

L'istituto dell'affido monogenitoriale, invece, contribuisce a rendere il fenomeno del mobbing di maggiore gravità ed evidenza. Questo tipo di affidamento dei figli attribuisce infatti al genitore affidatario l'esercizio della potestà genitoriale sui minori, pur riservando ad entrambi i genitori le decisioni di maggiore interesse.

Una delle manifestazioni più frequenti del mobbing familiare è infatti l'attuazione di una vera e propria campagna denigratoria contro l'altro genitore, non solo davanti ad amici e parenti ma anche e soprattutto nei confronti del proprio figlio. A tale

denigrazione si accompagna spesso il sabotaggio degli incontri tra genitore e figlio, o anche semplicemente la predisposizione di condizioni e situazioni tali da rendere gli incontri “controllabili” dal genitore affidatario (per la presenza di soggetti terzi, quali parenti, insegnanti, medici) o comunque tali da ostacolare una diretta e profonda comunicazione figlio - genitore non affidatario.

Il ruolo dello psicologo in ambito peritale

Come ho accennato nell'introduzione, il ruolo dello psicologo forense o giuridico è ben distinto da quello dello psicologo clinico sotto due aspetti in particolare: nel tipo di “mansioni” svolte da ognuno e nella questione squisitamente deontologica e cioè che chi ha il ruolo di perito non può essere terapeuta di nessuna delle parti facenti parte il procedimento giudiziario.

La Psicologia Giuridica è una disciplina che applica la psicologia alla sfera legale e forense; anche se la sua nascita in Italia risale agli inizi del Novecento, solo negli ultimi anni è entrata nelle Università acquisendo così una legittimità scientifica autonoma. Sia il Diritto che la Psicologia si occupano del comportamento umano: l'uno per indicare ciò che è lecito e per dare al Giudice elementi diagnostici, con l'obiettivo di stabilire le responsabilità individuali; l'altra per studiare e spiegare i comportamenti e le dinamiche dei conflitti e per diagnosticarli mettendoli in relazione a molteplici variabili.

La Psicologia Giuridica è una scienza applicata che ha il compito di tradurre in significati contestuali (per contesto si intendono le norme e i sistemi di Giustizia) i processi che costituiscono l'oggetto della sua conoscenza. L'autonomia dei due ambiti, giuridico e psicologico, è il prerequisito della loro complementarità e solo a partire da questa consapevolezza è possibile realizzare quella comunicazione intersistemica che fonda il nucleo centralizzato della suddetta disciplina (Gulotta, 2002).

La Psicologia Giuridica è dunque un'attività estremamente delicata e complessa, che necessita di un bagaglio di conoscenze specifiche e di un continuo aggiornamento sugli argomenti oggetto della materia.

Il lavoro nell'ambito della psicologia forense rischia di essere spesso visto come un'estensione automatica delle attività nell'ambito della psicologia

clinica tralasciando che verità clinica e giudiziaria non sempre coincidono.

L'attività peritale è una costruzione tridimensionale in cui confluiscono una dimensione giuridica, una metodologica ed una deontologica. In questa composizione non si devono confondere però il processo con la terapia; il colloquio clinico con quello peritale; la verità processuale con quella clinica (Fornari, 2006).

I motivi di tale difformità sono numerosi. Innanzitutto il soggetto in ambito forense, e cioè il periziato, non ha richiesto in prima persona l'intervento del perito, ma gli è stato prescritto da terzi, pertanto non è una relazione scelta e cercata dal soggetto ma **imposta da un'autorità** all'interno di indagini. Un secondo aspetto è la **natura pre-impostata** delle operazioni peritali, che nascono spesso dall'esterno; infine, nella relazione tra perito e periziando si inseriscono altre figure professionali che spesso non hanno nel proprio linguaggio molto a che vedere con la psicologia. Pertanto il perito deve “dimettersi” dal suo ruolo specificamente psicologico salvaguardando al massimo il rispetto della personalità e dell'intimità del periziando; il suo terreno di lavoro è innanzitutto la Giustizia, non dovrebbe essere quello della cura e della riabilitazione, anche se come vedremo da uno dei due casi che vengono presentati, **proprio la sede della CTU diverrà luogo di terapia, cura e riabilitazione familiare.**

Il circuito giudiziario pone allo psicologo forense, tra tanti altri, quesiti circa la valutazione dell'attendibilità di un minore a testimoniare e la valutazione delle capacità genitoriali: in entrambi i casi che presenterò, infatti, è stata richiesta dal Giudice CTU, dal resoconto delle quali illustrerò le vicende che hanno coinvolto questi due nuclei familiari prima e dopo la separazione dei coniugi.

La valutazione psicologica delle funzioni genitoriali deve partire dalla consapevolezza e conoscenza di quanto ed in quali modi la relazione genitore-minore incida sullo sviluppo complessivo (abilità motorie, cognitive, affettivo-relazionali, linguistiche, comportamentali, sociali, ecc.) di quest'ultimo; richiede quindi un interesse ed una preparazione sulle basi neuro-fisiologiche dell'intersoggettività, sull'attaccamento, sulle tappe fondamentali dello sviluppo del minore, nonché sulla qualità interattiva di tutti i passaggi del processo di crescita. Non può comunque prescindere dalla consapevolezza che la

costruzione del benessere del minore è il risultato dell'interazione tra le risorse dello stesso, dei genitori e del contesto sociale nel quale la famiglia vive.

Presentazione, analisi e discussione di due casi a confronto

I CASO

Al momento dell'affidamento dell'incarico al perito CTU, due fratelli, Paolo di anni 12 e Francesca di anni 9, vivono presso l'abitazione dei nonni paterni col padre; continuano a frequentare la scuola e le attività extra scolastiche; incontrano la madre presso la sua abitazione accordandosi con lei di volta in volta circa i giorni e gli orari. Il quesito è il seguente: "Accerti il CTU la condizione psicologica dei minori alla luce degli elementi emersi nel corso dell'istruttoria e conseguente alla forte conflittualità esistente tra i genitori".

I due minori presentano livelli di sviluppo adeguati all'età cronologica. Dalla valutazione dell'attaccamento attraverso il SAT emerge che il minore possiede dei modelli operativi interni di tipo ansioso-ambivalente. Ciò significa che sulla base delle interazioni quotidiane sperimentate sin dall'infanzia con i propri genitori, ha maturato una scarsa fiducia nella possibilità di poter contare in maniera costante sul sostegno emotivo ed affettivo dei genitori. Tale incertezza circa l'accessibilità emotiva dei genitori costringe il minore a "controllare" di volta in volta la possibilità di poter contare sulle figure di riferimento, tenendo impegnate delle risorse emotive e cognitive che potrebbero essere rivolte all'esplorazione del mondo fisico e sociale. Inoltre il minore può essere portato a giustificare i genitori pensando di non essere capace di comunicare i suoi bisogni e di non meritare le loro attenzioni ed il loro affetto; tale forma di attaccamento può avere ripercussioni anche sul piano dell'autostima e dell'immagine di Sé.

Alla luce dei dati emersi dalle valutazioni effettuate nel corso della CTU si ritiene opportuno che i bambini continuino a risiedere col padre ma che allo stesso tempo venga fatto ogni tentativo per far sì che i minori incontrino regolarmente la madre e siano aiutati a stabilire relazioni ben funzionanti sotto il profilo emotivo, affettivo e sociale.

Nonostante i bambini abbiano chiesto insistentemente di non regolarizzare gli incontri con la madre,

è bene che non venga lasciata ai minori la possibilità di scegliere la frequenza e le modalità degli incontri. Ciò per evitare che nei bambini si possa amplificare il conflitto di lealtà già presente, così come i sensi di colpa per la situazione di solitudine vissuta dalla madre. Allo stesso tempo si eviterà il rischio che gli incontri con la madre diventino motivo di "ricatto" da parte dei bambini nei suoi confronti.

II CASO

Quesiti richiesti al CTU:

- 1) Accerti il CTU quali siano le attuali condizioni di salute dei minori, sotto il profilo del livello di sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale conseguito dagli stessi in relazione all'età cronologica.
- 2) Indichi il CTU se sul piano oggettivo ed in relazione al grado di sviluppo raggiunto dai minori, siano in grado di esprimere libere propensioni per l'uno o per l'altro genitore
- 3) Evidenzi il CTU se i minori abbiano maturato un maggiore senso di appartenenza nei confronti di uno dei due contesti sociali frequentati.
- 4) Verifichi il CTU quale percezione i minori abbiano di sé e dei loro familiari conviventi.
- 5) Accerti, se nei rapporti con le Figure adulte conviventi, siano presenti elementi di anomalie specie per quanto concerne il ruolo dei genitori
- 6) Verifichino il CTU in entrambi i genitori gli atteggiamenti oggettivi ed educativi nei confronti dei minori, evidenziando eventuali messaggi impliciti ed espliciti inviati ai figli con riguardo al genitore assente.
- 7) Osservi la personalità di entrambi i genitori ed evidenzi le loro capacità educative, in riferimento all'acquisizione di regole, abitudini norme, nonché la loro progettualità di costruzione familiare.
- 8) Metta in evidenza i reali intenti dei genitori, verificando se essi abbiano un autentico interesse al benessere psichico dei minori, ovvero siano mossi dal mero intento di un'affermazione personale a discapito dell'immagine altrui.
- 9) Osservi infine se i minori abbiano in sé eventuali segni di disagio.

Questi i quesiti posti al CTU nel primo incarico; dopo un anno circa viene conferito nuovamente mandato dal momento che la situazione non si era risolta.

Cesare e Vito sono due bambini sensibili, educati e preparati al tipo di argomenti che nel corso dell'incontro sarebbero stati affrontati; hanno una certa familiarità con lo studio della sottoscritta, per cui si muovono in maniera autonoma e sicura. Si presentano curati nell'aspetto, simpatici e brillanti.

Vito è molto controllato e circospetto nel rispondere ad alcune domande, pesa le parole, mentre Cesare appare ironico, più spontaneo e meno filtrato.

Rispetto al genitore convivente, la percezione del padre rimanda ad uno stile educativo rigoroso, a volte un po' rigido, ma veicolato attraverso un amorevole atteggiamento di accudimento e cura; il padre risulta come una figura dedita e attenta a soddisfare i bisogni dei figli e a ai loro compiti di sviluppo quali la scuola, lo sport e le attività ludico-ricreative.

Come nel fratello, anche in Cesare emerge il desiderio di retrocessione nel passato, la presenza di atteggiamenti regressivi e la carenza affettiva materna.

A livello di contenuto come impressione globale suscitata dai test grafici, si registra una sensazione delle figure come sospese nello spazio, nel vuoto e immobilità nel passato.

In merito alla separazione e alle ragioni del progresso e attuale conflitto genitoriale Cesare appare confuso, e guarda alla madre attraverso gli occhi del padre, la giudica attraverso il rapporto che la madre ha avuto con il padre, piuttosto che con se stesso.

Nel nostro caso è evidente che Vito è ancora succube dei condizionamenti paterni. A proposito di tali condizionamenti va detto che non sempre sono espliciti, più spesso si manifestano con l'extraverbale: nel senso che se il padre dice di non aver nulla in contrario alla frequentazione di Vito con la madre, la sua espressione del volto rivela il suo disappunto. Ovviamente Vito obbedisce a questo "comando" implicito.

Cesare è stato capace di sottrarsi, ma ne sta pagando il prezzo. Vive una doppia realtà in modo drammatico, anche se cerca di difendersi con ironia; contemporaneamente cerca di convincere il fratello maggiore a seguirlo nelle frequentazioni materne ed è evidente il tentativo di risolvere il conflitto fra i

genitori. Questo ruolo di mediatore è troppo impegnativo, ma sembra che i genitori lo gradiscano.

Va comunque segnalato il fatto che i sintomi psicosomatici che accompagnavano i primi incontri fra Cesare e la madre, sono col tempo scomparsi. Evidentemente questa è una strada da percorrere perché il bambino è soddisfatto della possibilità di frequentare la madre, ma soprattutto ha potuto appurare che il padre ha assorbito il colpo. Non è da escludere che il padre stia abbassando le armi e che entrambi i genitori siano finalmente stanchi di questa lunga ed inutile battaglia legale, ma il loro risentimento emerge ogni volta che interagiscono.

Pertanto sorge la necessità di un filtro che gestisca con la dovuta professionalità questo difficile rapporto, che per il momento deve essere "a distanza". Ciascuno deve comunicare le proprie esigenze e le proprie difficoltà separatamente a chi deve occuparsi di questa vicenda. Il confronto fra i due genitori deve essere per il momento procrastinato: al contrario - d'ora in avanti - è necessario che la comunicazione fra i genitori riguardi esclusivamente la gestione dei figli, mettendo da parte gli antichi rancori.

Il padre deve accettare di svolgere un ruolo più attivo in questa fase della vicenda familiare: deve riprendere il ruolo di padre normativo, sottraendolo ai figli; infatti Vito detta le regole della famiglia, Cesare svolge il difficile ruolo di mediatore.

Questi obiettivi possono essere raggiunti con l'intervento del locale consultorio familiare, che già ampiamente conosce questa vicenda.

È necessario che il padre venga richiamato alla sua responsabilità nel favorire senza indugi la ripresa degli incontri fra Vito e la madre. Se questo non avverrà nei prossimi sei mesi, saranno necessari provvedimenti limitativi della potestà genitoriale.

Dal canto suo, la madre deve aspettare e rispettare i tempi che saranno necessari perché in Vito maturi la decisione di perdonare la madre e di riprendere i rapporti con lei.

Entrambi i periti del giudice hanno sottolineato il peso psicologico che grava sui bambini sproporzionato all'età; mi riferisco in particolare al piccolo Cesare che nel secondo caso è stato il primo a "riaprire l'accesso" alla madre e che in seguito ha fatto di tutto per portare il fratello più grande a fare altrettanto, ma non in modo superficiale ma studiando ogni atteggiamento, movimento del corpo e dei

gesti; penso per esempio a quando prende la mano al fratello più grande mentre racconta delle vacanze trascorse con la madre durante l'estate.

Non è un caso che il perito definisca il suo ruolo di "co-terapeuta": Cesare diventa proprio questo nel corso del procedimento giudiziario; un piccolo protagonista proteso a risolvere le vicende conflittuali della sua famiglia che non riesce a vedere così frammentata e persa nel rancore.

Nel prossimo capitolo mi soffermerò sulla scrittura condivisa da CTU e CTP parlando della terapia sistemica familiare ma soprattutto dell'importanza di mettere in primo ordine l'interesse dei minori.

La *Parental Alienation Syndrome* non è nosograficamente riconosciuta in alcun manuale psichiatrico né dalla Giurisprudenza. Il Mobbing coniugale invece sì: nel 2001 la Corte di Cassazione di Torino ne parla come causa di addebitabilità di separazione. Pertanto, è certo che un conflitto coniugale sfocia in corso di separazione quasi sempre in un tentativo di condizionamento dei figli.

L'alienazione genitoriale così come ne diede definizione Gardner lascia spazio a molti interrogativi che sono soprattutto interrogativi di contenuto che noi operatori ci poniamo tutti i giorni "sul campo"; definire un disturbo, un comportamento in teoria può essere molto semplice, ma definirlo vedendolo, osservandolo è tutta un'altra cosa.

I casi che ho illustrato sono tratti da storie vere. E la lettura attenta dei fatti ci dimostra che il condizionamento dei genitori verso i figli spesso è di entrambi i genitori; la compulsione a continuare a litigare anche quando pare le cose vadano meglio (come nel secondo caso) dimostra che l'interesse dei figli non è sempre la priorità in corso di separazioni legali.

Ma noi Operatori abbiamo questo compito, oserci chiamarla "missione" di fare da stampella che sostituisca i genitori nel momento del conflitto nel fare innanzitutto l'interesse dei minori e di riabilitare la coppia genitoriale attraverso percorsi di mediazione familiare e/o individuali che risolvano i propri conflitti, le proprie lacune, la propria sofferenza di figli.

Bibliografia

Andolfi, M. (1977), *La terapia con la famiglia*, Roma, Astrolabio Ubaldini.
 Andolfi, M. (2005) *I pionieri della terapia familiare*, Milano, Franco Angeli.
 Bertando, P., & Toffanetti, D. (2000). *Storia della tera-*

pia familiare. Le persone, le idee, Milano, Raffaello Cortina.
 Besozzi, E. (2009). *Tra sogni e realtà, gli adolescenti e la transizione alla vita adulta*, Carocci Ed., Roma.
 Bini L., & Bazzi T., (1971). *Psicologia Medica*, Vallardi Ed., Milano.
 Bruni, F., & De Filippi, P. G. (2007). *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*, Torino, Bollati Boringhieri.
 Bowen, M. (1980). *Dalla famiglia all'individuo*, Roma, Astrolabio Ubaldini.
 Carli, L. (2010). *La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento*, Franco Angeli Ed., Milano.
 Cassibba, R., & Salerni, N. (2007). *Osservare i bambini: tecniche ed esercizi*, Carocci Ed., Roma.
 Cassibba, R., & D'odorico L. (2006). *Osservare per educare*, Carocci Ed., Roma.
 Cirillo, S., & Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2002). *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Milano, Raffaello Cortina.
 De Cataldo Neuburger, L. (2005). *La testimonianza del minore*. Padova, Cedam.
 D'odorico, L. (1990). *L'osservazione del comportamento infantile*, Cortina Ed., Milano.
 Freud, S., (2008). *Casi clinici*, Bollati Boringhieri Ed., Torino.
 Gardner, R.A. (1987). *The Parental Alienation Syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sexual abuse*. Creskill: Creative therapeutics.
 Gulotta, G. (1976). *La vittima*, Giuffrè Ed., Varese.
 Gulotta, G., & Curci A. (2010) *Mente società e diritto*, Giuffrè Ed., Milano.
 Gulotta, G. (2002). *Elementi di psicologia giuridica e il diritto psicologico*, Milano Giuffrè ed., Milano.
 Laplanche, J., & Pontalis, J. (2008). *Enciclopedia della psicoanalisi*, Toni I e II Laterza Ed., Bari.
 Minuchin, S. (1977). *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio Ubaldini.
 Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*, Roma, Astrolabio Ubaldini.
 Minuchin, S., & Fishman, H.C. (1982) *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio.
 Ordine Psicologi Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la valutazione della genitorialità: raccomandazioni per gli psicologi*, Pendragon Ed., Bologna 2009.
 Semerari A. (2010). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Laterza Ed., Lecce.
 Trentini, C. (2008). *Rispecchiamenti, l'amore materno e le basi neurobiologiche dell'empatia*, Il pensiero scientifico Ed, Roma.
 Villanova, M. (2010). *Orientamenti clinico forensi ed educativo-pedagogici di Neuropsichiatria Infantile*, La Sapienza Editrice, Roma.

Analisi della rappresentazione della relazione coi propri genitori attraverso l'Adult Attachment Interview

Tiziana De Giulio

Psicologa - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e delle Relazioni - Università degli studi di Bari "Aldo Moro" - Specializzanda in Psicoterapia Breve Strategica

Introduzione

Secondo la Teoria dell'Attaccamento, ogni individuo, sin dalla sua nascita, è inserito in un network sociale all'interno del quale, con il tempo, costruirà una relazione speciale con una persona che coprirà il ruolo di "figura d'attaccamento". Questa figura d'attaccamento, con la sua costanza e sensibilità, permetterà lo svilupparsi di strutture meta-cognitive che determineranno lo stile d'attaccamento che il soggetto avrà in seguito durante le sue relazioni da adulto, nonché il suo stile d'attaccamento che trasferirà ai suoi figli quando anche lui sarà genitore. Esiste, in tutto l'arco di vita di un individuo, una continuità nel suo sviluppo ma comunque il legame tra le sue esperienze di attaccamento vissute e il successivo comportamento genitoriale può essere spezzato grazie a ulteriori esperienze di attaccamento con altre figure importanti come amici intimi, coniuge o col terapeuta (vedi attaccamenti multipli). Appare pertanto evidente l'importanza di prestare attenzione alle rappresentazioni mentali delle esperienze di attaccamento con i propri genitori per poter cogliere la continuità e i cambiamenti che si possono verificare durante la trasmissione intergenerazionale con la propria progenie. L'influenza delle esperienze di attaccamento in età adulta iniziò, quindi, a rappresentare un tema alquanto affascinante, ma complesso da studiare. Per decenni sono scarseggiate misure adeguate per rilevare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento adulto. Le prime ricerche si avvalevano di misure come i self-report come Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling, Brown, 1979). Ma i limiti di questi primi strumenti risiedono nella troppa fiducia riposta nella memoria autobiografica dell'uomo, non considerando fenomeni quali la rimozione o l'idealizzazione delle esperienze

passate. L'introduzione della Adult Attachment Interview (AAI; George, Kopleman, Main, 1985) rappresentò, quindi, una vera svolta nel campo della ricerca.

Obiettivi

Lo scopo di questa ricerca qualitativa è di capire e verificare se, tra le madri con attaccamento sicuro e le madri con attaccamento insicuro, corrisponde una differenza delle rappresentazioni mentali della loro relazione con i rispettivi genitori e se queste differenze siano possibili rilevarle attraverso l'analisi delle descrizioni verbali delle loro relazioni parentali.

Campione

Ad un campione di 40 madri della Regione Puglia è stato somministrato l'Adult Attachment Interview. Di queste 40 madri, solo 35 sono state prese in considerazione. Le rimanenti, classificate CC (non classificabili), sono state escluse dall'analisi perché non consentivano di indagare sull'obiettivo prescelto.

Metodo e strumenti

Questo studio si basa su un'analisi qualitativa degli aggettivi più rappresentativi utilizzati dalle "madri sicure" e "madri insicure" per descrivere il rapporto con i propri genitori.

Pertanto gli strumenti utilizzati sono:

1) **Adult Attachment Interview (AAI)**, un'intervista semistrutturata creata per la valutazione dell'attaccamento in età adulta codificandolo in categorie quali "Attaccamento Sicuro (*Free: F*) e Attaccamento Insicuro. Quest'ultima si suddivide in: *Distanziante (Dismissing: Ds)*; *Preoccupato (Entangled: E)*; con *Traumi o Lutti non Risolti*

(Unresolved: U); Inclassificabile (Cannot Classify: CC).

Per questo studio, infine, sono state estrapolate e analizzate le risposte di due domande in particolare che descrivono il rapporto con entrambi i genitori: “Vorrei chiederle di scegliere 5 aggettivi o parole che rispecchiano il rapporto che aveva con sua madre/padre, cominciando dai primi ricordi della sua infanzia cercando di spingersi più indietro possibile nel passato”.

2) **T-LAB**: strumento specifico per l’analisi dei testi creato da Franco Lancia (2004). Il software è costituito da un insieme di strumenti **linguistici** e **statistici** che consentono l’**esplorazione**, l’**analisi**, la **comparazione**, la **rappresentazione grafica** o mappatura e l’**interpretazione** dei contenuti presenti in **testi** di vario tipo. In particolare, lo strumento T-LAB consente di realizzare tre tipi di analisi: **Analisi delle co-occorrenza**; **Analisi tematiche**; **Analisi comparative**.

Procedura

A ciascuna madre è stata somministrata l’AAI che complessivamente dura circa 1 ora. Questa, previa autorizzazione, è stata audio registrata, in modo tale da poter essere riascoltata e trascritta integralmente, parola per parola, includendo pause, balbettamenti e contraddizioni. Personale specializzato e abilitato alla codifica ha analizzato ogni singola intervista suddividendo, così, il campione in due gruppi: madri con stile d’attaccamento sicuro (siglate F) e madri con stile d’attaccamento insicuro (siglate Ds, E, U). Tutte le risposte che le madri F hanno dato alla domanda presa in esame dell’AAI sono state, quindi, inserite ed elaborate con il T-LAB (la stessa cosa è stata fatta per le risposte date dalle madri Ds, E, U) procedendo all’analisi e alla valutazione dei dati.

Analisi e valutazione dei dati

Con il programma T-LAB, è stata fatta, inizialmente, un’analisi comparativa generale, analizzando le specificità degli aggettivi, ovvero gli aggettivi più utilizzati nei due gruppi. I risultati sono stati riassunti in 2 tabelle¹. La prima si rife-

risce alla specificità degli aggettivi che vengono utilizzati dalle mamme classificate come Sicure (M_Sic), suddivisa per eccesso e per difetto². La seconda tabella si riferisce, invece, alla specificità degli aggettivi che vengono utilizzate dalle mamme classificate come Insicure (M_Ins), anche essa suddivisa per eccesso e per difetto. In quest’analisi il programma T-LAB utilizza il test del Chi Quadrato per verificare la significatività delle differenze tra coppie di valori che indicano occorrenze di unità lessicali e stabilire se esiste una differenza significativa tra i valori osservati e quelli ipotizzati³. Più esattamente, valori di soglia maggiori o uguali a 3.84 (p. 0.05) consentono di respingere l’ipotesi nulla.

SPECIFICITA' PER ECCESSO (M_Sic)			
LEMMA	CHI ²	SUB	TOT
Amiche	13,93	27	29
Grande	9,24	20	22
Presenza	7,41	20	23
Mancare	6,89	29	36
Autoritario	6,44	21	25
Amico	6,17	18	21
Capire	5,22	28	36
Papà	4,18	71	103
Sgridare	4,16	17	21
Coprire	3,96	9	10

SPECIFICITA' PER DIFETTO (M_Ins)			
LEMMA	CHI ²	SUB	TOT
Disponibile	-14,40	2	16
Tranquillità	-3,99	6	17

Tab. 5.1

dati, necessari allo scopo di questo studio.

² Il termine “specificità per eccesso” si riferisce ai lemmi più frequentemente utilizzati nel gruppo preso in esame (es. M_SIC). Al contrario, il termine “specificità per difetto” si riferisce ai lemmi meno utilizzati in quello stesso gruppo (M_SIC) ma, invece, più frequentemente utilizzato nel gruppo opposto (es. M_INS).

³ Secondo l’ipotesi nulla i valori osservati delle categorie in riga e in colonna non hanno alcuna relazione di dipendenza reciproca e, in qualche modo, la loro distribuzione è casuale.

¹ In tutte le tabelle che mostreremo in questo lavoro, riporteremo solo le parole e gli aggettivi, con i relativi

Dalla prima tabella, si può notare che il lemma emerge più frequentemente tra le specificità delle madri Sicure è il lemma “amiche” su un totale di 29 volte (in cui la parola è stata usata in tutto il corpus), 27 volte tale lemma è stato ritrovato nelle risposte delle madri sicure, con un $\text{Chi}^2 = +13,93$. Proseguendo nella lettura delle tabelle, si può notare che gli aggettivi che più occorrono sono “grande” 20 volte su 22 con un $\text{Chi}^2 = +9,24$ e “presenza” 20 volte su 23 con un $\text{Chi}^2 = +7,41$. Tutti questi lemmi, come anche gli altri che seguono, nella lingua italiana riportano ad associazioni positive, ovvero a credere che le mamme (sicure) abbiano dato un giudizio abbastanza positivo della loro relazione con i genitori. Con particolare sorpresa, invece, si è rilevato che tra i lemmi più utilizzati ci sia anche il lemma “mancare” ritrovato 29 volte su 39 con un $\text{Chi}^2 = +6,89$. Sorprendente perché, chi è classificato come “sicuro”, presuppone che abbia vissuto una relazione con la sua figura d’attaccamento molto forte, duratura e caratterizzata, al contrario, da una continua presenza di essa in ogni momento.

SPECIFICITA' PER ECCESSO (M_Ins)			
LEMMA	CHI ²	SUB	TOT
Disponibile	14,40	14	16
Buono	12,68	16	20
Buona	12,11	14	17
determinato	11,39	10	11
Attenta	10,84	16	21
Normale	9,50	12	15
Allegro	9,10	22	33
Presa	7,63	9	11
conflittuale	6,99	10	13
Giocare	5,93	57	109
Gioco	4,61	8	11
Aiutare	4,53	19	32
Paura	4,53	19	32
Bello	4,06	26	47
tranquillità	3,99	11	17

SPECIFICITA' PER DIFETTO(M_Ins)			
LEMMA	CHI ²	SUB	TOT
Amiche	-13,93	2	29
sgridare	-4,16	4	21

Tab 5.2

Osservando i lemmi del gruppo M_Ins (tabella 5.2) si ritrovano ai primi posti lemmi con accezioni abbastanza positive, che indurrebbe l’autore a pensare che anche le mamme classificate come Insicure abbiano dato giudizi abbastanza positivi riguardo alle relazioni passate con i rispettivi genitori. Pertanto si riscontrano lemmi come “disponibile” ritrovato 14 volte su 16 con un $\text{Chi}^2 = +14,40$; “buono” ritrovato 16 volte su 20 con un $\text{Chi}^2 = +12,68$. Rilevante osservazione ricade, invece, sui lemmi “conflittuale” con un $\text{Chi}^2 = +6,99$ e “paura” $\text{Chi}^2 = +4,53$, anche se non troppo frequenti rispetto ad altri. Tali lemmi sono, comunque, tra i più rappresentativi usati nelle categorie insicure.

Quindi, da questa prima analisi non si è riscontrata una significativa differenza tra i lemmi utilizzati dalle madri sicure e insicure, ponendo, di conseguenza, i presupposti per procedere con altri due tipi di analisi: l’analisi delle co-occorrenze e l’analisi tematiche.

Confronto tra madri sicure e insicure nell’utilizzo degli stessi aggettivi

Per ogni gruppo sono stati esaminati gli stessi aggettivi osservando non solo la co-occorrenza ma anche le associazioni con altre parole-chiave più rilevanti, e la coerenza del discorso complessivo. Di seguito riporteremo degli esempi di aggettivi che sono stati comparati.

Il primo lemma messo a confronto è stato il lemma “affettuoso”. Si è rilevato che esso è lontano da tutte le parole-chiave a cui è associato (“chiamare” e “mancare”). Queste, infatti, hanno un basso coefficiente del coseno e una co-occorrenza rispettivamente di 2 e 1. Dai testi che sono stati estratti, si nota che l’aggettivo “affettuoso” anche se utilizzato, non è supportato contestualmente da spiegazioni valide e precise. Le mamme, infatti, sono solite dare spiegazioni generali e distaccate: *affettuosa perché ci comprava non dico tutto*.

Differentemente, lo stesso lemma “affettuoso” nel gruppo M_SIC appare decisamente più vicino e quindi più associato alle parole-chiave. Per capire il senso che queste madri hanno attribuito al lemma, l’autore si è focalizzato su due parole-chiave: “bisogno” e “scuola”. Essendo ricordi risalenti ad una fascia d’età tra i 5 e i 12 anni, gli

ciascun esempio, affermano di non avere un buon ricordo del padre, figura spesso associata ad uno stato di paura e sofferenza.

Nel gruppo M_SIC, invece, il lemma “paura” è abbastanza lontano da tutte le altre parole-chiave (fig. 5.4). Per verificare l’esistenza di una differenza tra i due gruppi, si è preso in esame la parola-chiave “padre” che riportava più alti coefficienti d’associazione. Un’importante rivelazione è stata trovata leggendo dei frammenti di testi relativi a tale associazione. In questo caso, la parola “paura” è associata al padre, ma non con valenza negativa, bensì con valenza positiva: *aver paura di perderlo*; o l’esempio in cui una madre è riuscita a superare una paura grazie alla presenza del padre che le ha trasmesso fiducia e tranquillità.

Conclusioni generali

Dai risultati ottenuti da questo studio, quindi, si può affermare che le diverse rappresentazioni mentali delle relazioni passate delle madri con i propri genitori, si esprimono attraverso una differente modalità linguistica.

Questa differenza non si evince palesemente nella diversità dei lemmi utilizzati ma attraverso un’analisi completa del testo nel quale sono inseriti.

Infatti, nelle descrizioni delle madri Sicure emerge uno stile narrativo chiaramente più coerente e preciso, in cui ogni aggettivo utilizzato è supportato dal resto della frase. I ricordi narrati dalle madri Sicure riportano episodi di contatto fisico e di conforto ricevuto dalle figure d’attaccamento nei momenti di maggior difficoltà.

Di contro, le descrizioni delle madri classificate come Insicure risultano essere strutturate in modo più contorto, ambiguo e approssimato tanto da rendere difficile la loro lettura. Gli aggettivi

che vengono utilizzati da queste madri, spesso non sono supportati da spiegazioni. Ancora più evidente è l’utilizzo di un linguaggio ambivalente che deduce la presenza e il coinvolgimento presente e attivo di sentimenti negativi e ostili nei confronti della figura genitoriale.

Bibliografia

- Ammaniti, M., Candelori, C., Dazzi, N., De Coro, A., Muscetta, S., Ortu, F., Pola, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Zampino, F., (1990). *IAL Intervista sull’attaccamento nella latenza*, manoscritto non pubblicato, Roma.
- Attili, G. (2001a). *Ansia da separazione e misura dell’attaccamento normale e patologico*. Versione modificata e adattamento italiano del *Separation Anxiety Test (SAT)* di Klagsbrun e Bowlby, Edizioni Unicopli, Milano.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic book. Tr. it. *Attaccamento e perdita. L’attaccamento alla madre*. Torino, Boringhieri, 1972.
- Cassibba, R. e D’Odorico, L. (2000). *La valutazione nell’attaccamento nella prima infanzia*, F. angeli, Milano.
- George, C., Koplman, N., Main, M (1985). *Adult Attachment Interview*, unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Hesse, E. (1996). *Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emergine cannot classify category*, in “*Infant Mental Health Journal*”, 17, pp 4-11.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l’analisi dei testi. Introduzione all’uso di T-LAB*. FrancoAngeli. Milano.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument, in “*British Journal of Medical Psychology*”, 1, pp. 1-10.
- Piaget, J. (1936). *La nascita dell’intelligenza del bambino*. Tr. It. La Nuova Italia, Firenze 1968.
- Simonelli, A. Calvo, V. (2005). *L’attaccamento: Teorie e metodi di valutazione*. Carocci editore.

Errata corrige

n. 13 di Giugno 2014 (pagg. 60-65)

“Epilessia e adolescenza: modelli di intervento”

Annalisa Ritucci*, Edvige Zatton*, Chiara Lamuraglia*, Maria Grazia Foschino Barbaro**

*Psicologo-psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

**Responsabile del Servizio di Psicologia Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A. O. U. Policlinico Bari.

L’articolo è una revisione del contributo presentato al IV Forum di Formazione in Psicoterapia”, Assisi, ottobre 2011.



Comunicato stampa

L'Ordine degli Psicologi della Puglia manifesta profonda preoccupazione nei confronti delle politiche sanitarie regionali che hanno messo in atto una riduzione numerica degli psicologi nelle piante organiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere pugliesi. Un processo regressivo che ignora i principi sanciti da oltre mezzo secolo dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che intendono la salute non come assenza di malattia ma come la coesistenza di benessere fisico, psichico e sociale. Sordo davanti alle richieste degli utenti.

“Gli atti organizzativi delle strutture delle ASL, adottati negli ultimi mesi, - afferma il presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia Antonio Di Gioia - sono limitati ad una visione parziale e propriamente organicistica di salute, priva di un reale accertamento dei bisogni, con l'unico scopo di tagliare i servizi di assistenza psicologica, costringendo le strutture esistenti ad accorpamenti disfunzionali e inadeguati in contrasto con una domanda sempre più crescente di servizi necessari alla tutela e alla prevenzione nel campo della salute mentale”.

La gravità della situazione coinvolge tutti i servizi pubblici offerti attraverso Consultori, Centri di Salute Mentale, Servizi di Riabilitazione, Servizi per le Dipendenze Patologiche, Servizi di Neuropsichiatria Infantile. “In particolare - spiega Di Gioia - le delibere emanate dall'ASL BA riducono impropriamente le unità operative semplici di assistenza psicologica previste da precedenti atti aziendali in ogni distretto socio sanitario, così come le unità operative di assistenza consulto-

riale. Tutto questo - continua il Presidente degli psicologi pugliesi - a fronte dei dati allarmanti forniti dalle rilevazioni epidemiologiche che rilevano un crescente aumento del disagio psichico nella popolazione legato al momento storico, nonché all'aumento di patologie croniche e gravi che richiedono un intervento complessivo e multidisciplinare”.

L'Ordine degli Psicologi si chiede come la Regione Puglia intenda rispondere ai cittadini la cui sofferenza psichica cresce in rapporto ad una società sempre più complessa ed in forte crisi economica; come, con questa continua riduzione di mezzi e professionisti si

possa intervenire nei sempre più frequenti episodi di violenza nei confronti di donne e minori; come si intende fornire prevenzione e riabilitazione a fronte di un numero sempre più elevato di suicidi, all'ampliarsi di patologie psichiatriche, alla nascita di nuove dipendenze.

Critiche sono mosse nei confronti delle scelte operate nell'ambito della prevenzione che, pur essendo campo elettivo della multidisciplinarietà, viene denominata riduttivamente come “medicina fisica”. Preoccupazione è espressa anche sulla “psichiatriizzazione” delle disabilità con l'assegnazione dei minori disabili alla neuropsichiatria.

“Stiamo assistendo - afferma Di Gioia - ad un ritorno al passato, ai principi medicali in voga nell'Ottocento, che ripudiano la riforma ed i miglioramenti introdotti sin dalla Legge Basaglia”.

La figura dello psicologo è incomprensibilmente esclusa dai piani di una riqualificazione dell'assistenza sanitaria pugliese. “La Regione



Puglia - denuncia il Presidente dell'Ordine degli Psicologi - ha organizzato le Commissioni deputate a programmare e fornire indirizzi sulle attività sanitarie senza prevedere in alcun modo al loro interno la presenza di psicologi”.

“L'orientamento della Regione Puglia - conclude Di Gioia - non solo contravviene palesemente agli indirizzi in merito alla letteratura scientifica e

alla ricerca, ma non garantisce i livelli essenziali di assistenza e disattende i principi minimi del dettato legislativo. È per queste ragioni che riteniamo fondamentale informare e rendere consapevoli tutti i cittadini delle conseguenze che ben presto subiranno a causa di queste politiche, impegnandoci a fare quanto possibile per modificare questa tendenza ad una gestione involutiva della salute”.



Ottobre 2014 mese del benessere psicologico in Puglia “Ascoltare, Comprendere, Prendersi cura di Sé: gli psicologi promotori del Benessere”

“In questo momento in cui la sofferenza, la fragilità sta aumentando gli psicologi sono a disposizione favorire la promozione del benessere e migliorare la qualità della vita”, lo ha detto Antonio Di Gioia Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia in occasione dell'inaugurazione del Mese del Benessere Psicologico iniziato nel weekend con iniziative a Bari in via Sparano, incontrando i cittadini all'interno di un gazebo, e a Foggia in Corso Vittorio Emanuele dove gli psicologi erano presenti con un camper. “Diffondere la cultura del benessere psicologico, la valorizzazione delle capacità cognitive ed emozionali, il miglioramento della qualità della vita sono gli obiettivi dell'evento”, ha detto Di Gioia che riprendendo quanto afferma l'Organizzazione Mondiale della Salute ha ricordato che “la salute non è assenza di malattia ma uno stato di

benessere fisico psichico e sociale”. Altra finalità del Mese del Benessere è far conoscere la figura dello psicologo ancora oggi vincolata all'idea che si tratti di un professionista che si occupa di patologie. “Lo psicologo – ha detto Di Gioia – accanto alle azioni di diagnosi, terapia, riabilitazione, agisce anche nel promuovere il benessere della persona, dei gruppi, della comunità, diffondendo la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, contribuendo così alla crescita dei livelli generali di benessere, supportando gli individui in tutte le fasi del ciclo di vita, nell'acquisizione delle proprie risorse e degli strumenti necessari al raggiungimento del benessere psicologico”.

Nel mese di ottobre gli psicologi aderenti hanno offerto consulenze gratuite. Sono stati organizzati convegni, workshop, seminari, laboratori.



La violenza e i servizi socio-sanitari ad un anno dalla morte della dott.ssa Labriola

Vanda Vitone

Vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia

Il 4 settembre è ricorso il primo anniversario della scomparsa della dott.ssa Paola Labriola, stimata professionista dalle non comuni doti professionali e personali. Al dolore della sua morte si è associata da subito la forte preoccupazione per le condizioni di sicurezza degli operatori dei servizi socio-sanitari, esposti ad enormi rischi durante lo svolgimento della propria attività in cui il contatto quotidiano con il disagio sociale, le tante marginalità e la sofferenza psicologica hanno peso preponderante.

Una sensazione di vulnerabilità, precarietà, solitudine e impotenza ci ha accompagnati in quest'anno trascorso da quell'efferato delitto, da quella morte sul lavoro, così come alcune considerazioni sul significato da attribuire a quel sacrificio.

Molte sono state le domande: si sarebbe potuto evitare questo evento, in quale modo? Se ci fosse stato un uomo al suo posto sarebbe accaduto ugualmente? Se al servizio non ci fossero state solo presenze femminili? Se l'accesso ai servizi fosse stato vigilato?

Subito dopo l'episodio l'attenzione è stata posta sulla sicurezza e sulle necessarie misure da adottare nei posti di lavoro, nei servizi psichiatrici e socio-sanitari del territorio; solo un numero esiguo di essi sono stati dotati di vigilanza e sistemi di controllo e tale problematica rimane ancora irrisolta: lavorare in sicurezza deve essere garanzia per tutti!

Affinché tale morte non resti vana e non abbia come conseguenza solo una triste commemorazione,

si impone una riflessione collettiva sul significato di tale violento evento soprattutto al fine di prevenire altri omicidi e atti di aggressione ai danni degli operatori dei servizi socio-sanitari.

Tale riflessione attiene all'area del crescente disagio psico-sociale in una società sempre più in crisi dal punto di vista economico e valoriale, caratterizzata da conflittualità nelle relazioni familiari, da violenza all'interno della coppia, da disagi infantili e adolescenziali, da maltrattamenti nei confronti dei minori.

La violenza, la sopraffazione, il farsi giustizia da sé si sta sostituendo al rispetto, all'attenzione all'altro nelle relazioni, all'espressione delle emozioni positive nelle interazioni tra gli adolescenti, al riconoscimento dei diritti nel mondo del lavoro. Quello che però preoccupa maggiormente è la violenza nelle relazioni intime ed il crescente fenomeno del femminicidio che ci rimanda all'incapacità di una parte del mondo maschile di emanciparsi da una cultura patriarcale che genera comportamenti di controllo ed aggressione nei confronti delle donne, anziché processi di elaborazione psichica dei cambiamenti e percorsi condivisi.

Come intendono rispondere i politici e gli amministratori dei servizi sanitari regionali al bisogno di salute psichica dei cittadini in una società in continua e repentina evoluzione? Come intendono intervenire per migliorare le condizioni lavorative degli operatori dei servizi territoriali che a tali bisogni cercano di rispondere quotidianamente in condizioni di precarietà di mezzi, di personale, di

servizi e di misure di sicurezza?

Il fenomeno della violenza non è solo espressione di un "mente malata", spesso non è legata a



patologie psichiatriche, pertanto necessita di azioni finalizzate al potenziamento dei servizi che erogano interventi psicologici, sia di tipo preventivo che di cura e di riabilitazione e alla loro organizzazione più funzionale.

Si rende in oltre necessaria una implementazione dei centri antiviolenza e l'istituzione di centri

di ascolto per uomini maltrattanti.

Lo stesso Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, Antonio Di Gioia, ha evidenziato che si sta assistendo a tagli delle piante organiche degli Psicologi nei servizi socio-sanitari e ospedalieri della Regione Puglia, ad una riduzione dei servizi di assistenza psicologica e ad accorpamenti disfunzionali di strutture deputate alla prevenzione del disagio psichico come i Consultori Familiari e a processi di medicalizzazione di eventi psicologici.

Tutti i cittadini devono essere coinvolti nella lotta al fenomeno della violenza attraverso l'impegno nel processo di cambiamento culturale veicolato dall'educazione nei confronti dei propri figli, dalla più tenera età, basata sul rispetto nei confronti dell'altro.

Tanto dobbiamo alla dott.ssa Paola Labriola e a tutti i professionisti sottoposti a rischi sui posti di lavoro e che come lei si impegnano ogni giorno per realizzare "un ideale".

Comunicato stampa

Enzo de Gennaro

Ufficio Stampa Ordine Psicologi Puglia Via Fratelli Sorrentino, 6 Bari, 3293058113

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia e l'Assessorato Regionale al Welfare e alla Sanità avviano un tavolo di confronto per contribuire alla definizione di un sistema socio-sanitario rispondente ai variegati bisogni delle cittadine e dei cittadini pugliesi, in termini di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione.

L'Assessore regionale Donato Pentassuglia ha incontrato Il Presidente dell'Ordine Antonio Di Gioia per discutere delle criticità e delle prospettive dello psicologo nel sistema sociale e sanitario regionale. Un momento di confronto al quale hanno partecipato anche il Vicepresidente dell'Ordine Vanda Vitone e il Segretario Giovanna Pontiggia. L'Assessore Pentassuglia ha manifestato piena

disponibilità ad individuare spazi, tempi e modalità finalizzati alla valorizzazione dell'assistenza psicologica, anche attraverso sperimentazioni nei settori della Sanità e dei Servizi sociali e socio-sanitari.

"L'incontro odierno - afferma Di Gioia - pone le premesse per un continuo impegno da parte dell'Ordine volto alla giusta valorizzazione della nostra professione nel quadro generale della Sanità e del Welfare. Accogliamo con vero piacere l'attenzione dimostrata dall'Assessore Pentassuglia come il segno tangibile che attraverso il confronto è possibile garantire ai cittadini il diritto alla salute e ad un'assistenza sanitaria e sociale più confacente anche ai nuovi bisogni emergenti".



Comunicato stampa

Ideagire: diventare protagonisti della propria professione con nuove idee, nuove opportunità di sviluppo, nuovi modi di intervento per la promozione del benessere della collettività e dell'individuo. È con questo fine che l'Ordine degli Psicologi della Puglia ha organizzato un ciclo di convegni che si è spostato per tutta la Puglia: Bari il 10 giugno, San Giovanni Rotondo il 19 giugno, Taranto il 2 luglio, Lecce il 10 luglio.

Dopo una parte convegnistica, i presenti divisi in gruppi di lavoro, hanno approfondito specifiche aree di interesse: etica e deontologia professionale; attività formative e culturali; promozione del benessere e psicologia dell'emergenza; riabilitazione, neuropsicologia e psicologia del ciclo di vita; psicologia della salute, sanità, politiche sociali e terzo settore; redazione rivista, comunicazione e gestione del web; psicologia del lavoro e dell'organizzazione; psicologia forense.

Ideagire è il primo evento organizzato dal nuovo consiglio dell'Ordine degli Psicologi, eletto a gennaio 2014 e dal neo Presidente Antonio Di Gioia che vede in questi momenti "un'opportunità per stare insieme in modo diverso e nuovo, per dialogare e condividere proposte e prospettive di una professione che ancora oggi non è inserita in maniera idonea all'interno delle strutture sanitarie". Sono solo 6mila in tutta Italia gli psicologi che lavorano a tempo pieno per il Servizio Sanitario Italiano. Un dato molto basso in considerazione dei 96mila psicologi presenti in tutto il paese di cui solo la metà svolge la professione ed in considerazione del numero di nuovi laureati che ogni anno si aggirano tra i 5 ed i 6mila.

"Ideagire - afferma Di Gioia - è un modo per andare incontro agli iscritti, per instaurare un rapporto più stretto e collaborativo attraverso il quale avviare un approccio dinamico della professione alle esigenze della società che cambia e dell'individuo che

cambia all'interno della società moderna". Ed è un modo per avviare un cambiamento della professione è di aprirsi e collaborare con altri professionisti. Lavorare insieme per avviare proposte più solide alle istituzioni da indirizzare alle istituzioni. Una voce comune, più forte. È quanto avverrà attraverso il tavolo tecnico istituito il 16 maggio nel corso di un altro convegno (Minori e Diritti Ristretti) e che coinvolge psicologi, medici, assistenti sociali ed avvocati. In un momento storico di grave crisi lavorativa sia per i giovani psicologi, sia per chi è già inserito nel mondo del lavoro o dell'attività professionale per il vicepresidente Vanda Vitone, "l'Ordine deve assumere la funzione di tutela e di difesa degli iscritti. Saperli indirizzare, aiutarli a trovare la strada per dare un seguito ai propri studi, alle proprie aspirazioni, alle proprie competenze professionali".

Un ordine che lavora per i propri iscritti ma che non può fare a meno degli stessi perché le idee e le azioni devono viaggiare in due direzioni. È la posizione di Giovanna Pontiggia Segretaria del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi che vede nei giovani "non solo dei professionisti da aiutare ma anche una risorsa ed una potenzialità da far maturare di cui l'intero settore ha bisogno per la promozione di interventi innovativi sul territorio".

Massimo Frateschi, Consigliere dell'Ordine e coordinatore della commissione attività formative e culturali torna sull'argomento dell'interdisciplinarietà affermando che "la missione dello psicologo può essere orientata, grazie alla multidimensionalità professionale, a contribuire al benessere e ridimensionare i problemi che le persone vivono nell'attuale società, collaborando con altri professionisti, attraverso molteplici tipi e forme di lavori di gruppo tra professionisti".

Tra i relatori la dott.ssa Rosalinda Cassibba, direttore del Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari che auspica ad una collaborazione sempre più stretta tra Università ed Ordine per favorire un momento della formazione condiviso e che individui meglio chi deve essere lo psicologo, quali competenze deve acquisire. Università e Ordine devono lavorare in sinergia - ha detto Carribba - perché in questo modo si muoverebbero sinergicamente il momento della ricerca e quello della formazione. Quando questi due aspetti non hanno contatto si verifica un impoverimento su entrambi i fronti".



Comunicato stampa

“Minori e Diritti Ristretti” è il nome del convegno organizzato da ordine degli Psicologi della Puglia, ordine dei Medici della Provincia di Bari, ordine degli Avvocati di Bari ed ordine degli Assistenti Sociali della Puglia che si è svolto nel pomeriggio di venerdì 16 maggio presso l’Hotel Excelsior di Bari.

Minori e adolescenti nella società moderna sono soggetti fragili, sottoposti a continue minacce e possibili deviazioni che possono segnare la futura esperienza di adulti. Difficoltà economiche delle famiglie, strutture educative inadeguate, condizionamenti da standard di vita che impongono modelli che non tutti possono realizzare, sono tutti fattori che contribuiscono a rendere difficile attraversare questa fase delicata dell’esistenza.

Il convegno non è stato solo occasione per discutere e confrontarsi ma anche un momento operativo nel corso del quale è stato istituito un tavolo permanente delle professioni.

Le problematiche dei minori in ambito psicologico, sociale, sanitario e giuridico sono il tema di “Minori e Diritti Ristretti”. L’evento non si è limitato solo ad analizzare uno stato di fatto, ma è stato ideato per andare oltre la semplice constatazione della realtà, per elaborare linee di intervento concrete finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita dell’infanzia e dell’adolescenza. Le professioni coinvolte sono quelle che in prima linea si preoccupano della vita e del benessere dei minori. Si ritiene che è attraverso la condivisione di obiettivi e di strategie di intervento che diventa davvero possibile realizzare pienamente i diritti sanciti dalla Carta Costituzionale e dalle Convenzioni Internazionali. È la sinergia tra diverse competenze professionali che permette di avere una visione completa della situazione e agire considerando differenti prospettive. “La multidisciplinarietà è prevista dalle nuove leggi regionali - ha detto Antonio Di Gioia Presidente dell’Ordine degli Psicologi della Puglia - ma non è ancora applicata e si procede con interventi settoriali che rallentano e limitano l’efficacia degli stessi in un ambito com-

plesso come quello della promozione del benessere del minore. Il tavolo tecnico opererà nell’ottica di studiare e applicare sinergie comuni per interventi di prevenzione contro i fattori di rischio dell’infanzia e dell’adolescenza”.

Gli ordini coinvolti nel progetto chiedono che le istituzioni possano agevolare la multidisciplinarietà con l’attuazione delle norme e con fondi che possano sostenere gli sforzi che si metteranno in campo sia nell’assistenza pubblica sia in quella privata. “Gli interventi a favore dei minori per l’approvazione dei diritti e soprattutto per la tutela e la protezione dei minori hanno necessità di essere sostenuti da una responsabilità pubblica, primaria ed inderogabile”, ha affermato Giuseppe De Robertis Presidente dell’Ordine regionale degli Assistenti Sociali. “Non è ipotizzabile - ha aggiunto De Robertis - considerare gli interventi a favore dei minori una politica residuale, al contrario si tratta di una priorità. Deve essere sempre in primo piano”.

Il tema della prevenzione torna nelle parole di Angelo Massagli per Puglia e Basilicata della Società Italiana Neuropsichiatria (SINPIA) che fa notare che “il 50% delle problematiche neuropsichiatriche dell’adulto trovano il loro esordio nell’età evolutiva e che esistono disturbi come quello dell’attenzione e del comportamento che, se diagnosticati in età minore possono essere completamente recuperati”.

La collaborazione tra professioni si completa con gli avvocati ai quali è affidato il compito di assistere i minori nelle delicate cause che coinvolgono le famiglie. Anche in questo caso non è più possibile prescindere da una sinergia con gli altri professionisti che possono supportare il minore. Le leggi intanto si muovono nella direzione di una rivalutazione della figura del minore: “Tra le conquiste più importanti - ha ricordato Rosa Chieco Tesoriere della Camera Minorile di Bari - vi è il diritto all’ascolto. Il minore deve essere sentito dal giudice durante i processi e l’opinione del minore stesso non può essere trascurata. Si tratta di un’evoluzione straordinaria perché fa diventare il minore capace di tutelare i propri diritti. Il diritto all’ascolto - aggiunge Chieco - è ritenuto a livello di Unione Europea come elemento fondamentale per il riconoscimento della sentenza in un altro degli stati membri”.

L’impegno del gruppo di esperti (psicologi, assistenti sociali, avvocati e medici) è di ritrovarsi periodicamente per verificare i risultati raggiunti attraverso le iniziative promosse, suscitando nuovi elementi di discussione e di intervento.

Autore: Accursio Gennaro, Roberta Gaia Scagliarini
Titolo: **La Costruzione della personalità**
Editore: Piccin
Anno: 2014
Pagine: 192
Prezzo: €19,00

Note Autori:

Accursio Gennaro è Professore di Psicologia della Personalità, Facoltà di Medicina e Psicologia "Sapienza" Università di Roma. Insegna alla II Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica "Sapienza" Università di Roma.

Roberta Gaia Scagliarini, psicologa clinica, psicoterapeuta ed esperta in Diritto del Minore, è giudice onorario minorile della Corte di Appello di Bari. Collabora all'attività didattica e di ricerca della Cattedra di Psicologia della Personalità "Sapienza" Università di Roma.

Tra le ultime pubblicazioni: A. Gennaro, R.G. Scagliarini: La personalità del bambino tra sistemi cerebrali e processi evolutivi, FrancoAngeli (2006); Temperamento e personalità, Piccin (2007), Ottimismo e Personalità, Piccin (2011).

Presentazione

Nell'ambito della psicologia della personalità, questo volume intende chiarire i processi che sottendono l'itinerario evolutivo della persona e ne declinano la sua costruzione nell'intreccio tra fattori neuropsicologici e ambientali.

La duplice finalità del volume, la prima, a carattere prettamente didattico e la seconda, a carattere più ampio, mira a coniugare la ricerca scientifica nell'ambito della psicologia della personalità con spunti di elaborazione suscettibili di essere utilizzati in diversi contesti formativi.

Ne "Le basi biologiche della personalità" si mette in luce l'importanza e l'influenza che i sistemi cerebrali, il temperamento e l'ambiente

hanno sui meccanismi di autoregolazione e di crescita che si formano a partire dai primi anni di vita.

Uno dei segreti del processo evolutivo consiste nel fatto che il sistema nervoso non è già pronto alla nascita ma per formarsi necessita di interagire con l'ambiente. Sembra, infatti, che esista un rapporto costante tra geni e ambiente nel determinare lo sviluppo e il consolidamento delle connessioni cerebrali. Il termine "fattori epigenetici" si riferisce al patrimonio genetico innato grazie al quale siamo dotati sin dalla nascita di un consistente potenziale neuronale, il quale subirà delle continue modificazioni sia quantitative che qualitative nel corso del tempo. Queste modificazioni sono regolate dal rapporto con l'ambiente, il quale fornisce delle informazioni che, agendo come stimoli nel sistema nervoso centrale, innescano una sorta di competizione tra le connessioni sinaptiche, attivando quelle più appropriate ai fini dell'adattamento e disattivando invece quelle che a tal fine non si sono rivelate utili. Il modo principale di procedere per il cervello umano sembra essere quello di produrre strutture neuronali grezze e poi attendere informazioni dall'ambiente. Attraverso questa incessante opera di selezione delle popolazioni neuronali più efficaci, le esperienze individuali conducono alla realizzazione dell'organizzazione cerebrale.

Il cervello si evolve continuamente: connessioni vengono instaurate e rimosse incessantemente, subendo variazioni continue. Geni e ambiente, quindi, non sono in contrapposizione ma sono piuttosto meccanismi complementari; entrambi si esprimono incidendo sull'organizzazione sinaptica del cervello. Questo processo interattivo ha favorito il processo evolutivo nel fornire all'essere umano un mezzo capace di adattarsi all'ambiente in modo non precostituito. Le connessioni sinaptiche, costitutesi e stabilizzatesi nel corso del tempo, restano comunque continuamente mutevoli e passibili di ripetuti aggiustamenti da parte di nuove stimolazioni provenienti dall'ambiente.

Questo processo di rimodellamento manifesta un grado variabile di efficienza nelle varie fasi del ciclo vitale e non si interrompe mai.

Lo sviluppo della mente è il risultato delle interazioni fra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. I rapporti con gli altri hanno un'influenza fondamentale sul cervello: i circuiti che mediano le esperienze sociali sono, infatti, strettamente correlati a quelli responsabili dell'integrazione dei processi che controllano l'attribuzione di significati, la regolazione delle funzioni dell'organismo, la modulazione delle emozioni, l'organizzazione della memoria e le capacità di comunicazione.

In tale direzione, il temperamento, considerato come il "pre" del relazionarsi al mondo, è una dotazione innata, ereditaria e genetica ma non immutabile, che determina una disposizione di base attraverso cui l'individuo si affaccia a fare esperienza. Ogni persona, dunque, nasce con una configurazione biologica e una combinazione di disposizioni temperamentali assolutamente uniche. Nessuna di queste ultime, però, può essere considerata la base fondante di un unico tipo di personalità: ciascuna disposizione temperamentale rende relativamente facile o difficile acquisire una famiglia di comportamenti, emozioni e convinzioni, che rappresentano uno dei primi strumenti con cui l'individuo si rapporta al mondo.

Su questa base che fa da sfondo al volume, in "Memoria, immagini, rappresentazioni", lo studio della memoria ha portato a valorizzare, non solo un processo cognitivo fondamentale nell'organizzazione della personalità, ma la modalità che per molti versi si caratterizza come processo di giunzione degli stati mentali in continua costruzione.

La memoria ha un ruolo importante nella definizione di sé e nell'organizzazione della personalità.

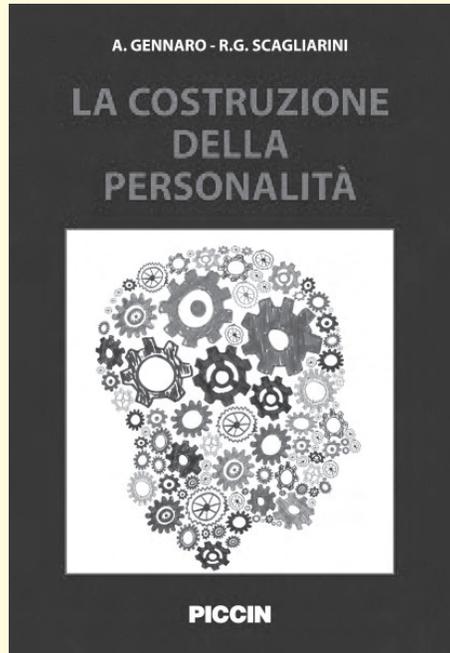
I ricordi garantiscono una continuità di sé nel passato, nel presente e nel futuro, organizzando e ricostruendo la propria esperienza in modo da formare un tutto coerente. Essi rappresentano "l'espressione fenomenologica" del Sé, cioè una forma di conoscenza dell'esperienza, che deriva dalla percezione della realtà fisica e sociale e che permette di comprendere l'insieme di attitudini, aspettative, significati e sensazioni che compongono la personalità.

La memoria implicita, in particolare, evidenzia come i bambini anche molto piccoli sono capaci di avere ricordi di esperienze precedenti, che si manifestano in termini di apprendimento comportamentale, percettivo ed emozionale. Lo sviluppo di determinate aree cerebrali permette successivamente al bambino di avere anche dei ricordi espliciti di natura semantica prima e autobiografica poi.

Ampio spazio viene dato allo studio dell'amnesia infantile, che è legata ad una incompleta maturazione del senso del sé, del senso del tempo e delle capacità verbali e narrative del bambino; questa interpretazione trova sostegno in diversi studi neurobiologici, in base ai quali l'amnesia infantile sarebbe dovuta all'imaturità dell'ippocampo e delle aree orbito-frontali.

La relazione tra memoria autobiografica, sé e personalità si mostra attraverso il progressivo evolversi della definizione di "sé" in "sé autobiografico" e "identità narrativa".

In "Emozioni, affetti e modelli relazionali" si dà particolare rilievo all'analisi dell'esperienza emotiva, affettiva e relazionale della personalità, sfera estremamente varia e complessa, in cui le caratteristiche generali dello sviluppo sono ampiamente influenzate dalle caratteristiche personali di ciascun individuo e dalla specificità



delle situazioni ambientali in cui egli matura. In particolare, si mette in luce il complicato intersecarsi della formazione della nostra capacità di relazione con gli eventi della realtà esterna che accompagnano questa maturazione, attraverso un'attenta analisi dei processi di attaccamento e della relazione tra attaccamento, carenze affettive e psicopatologia.

Le emozioni, definite come “*esperienze intrinsecamente soggettive che coinvolgono processi di attribuzione di significati e di interazioni con l'ambiente*” (Siegel, 1999b, p.151), rappresentano il linguaggio principe che ogni individuo ha per esser al mondo e per relazionarsi fin dal periodo immediatamente successivo alla nascita e nel corso della vita. Esse nella loro costitutiva dimensione relazionale costituiscono contemporaneamente una manifestazione e uno strumento di costruzione della dinamica interattiva relazionale.

Lo studio delle relazioni precoci connotate affettivamente porta ad approfondire la “relazione di attaccamento” come un “sistema motivazionale” di base, innato e biologicamente determinato, che risulta organizzato in sistemi comportamentali complessi finalizzati a mantenere la prossimità del bambino con il caregiver, al fine di regolare il proprio senso di sicurezza personale.

Mentre il *legame di attaccamento* indica i sentimenti di affiliazione e legame affettivo che si sviluppano rispetto alla figura di riferimento, la *relazione di attaccamento* è l'ambito specifico della relazione bambino-caregiver, che implica da parte dell'adulto l'offerta della propria disponibilità affettivo-emotiva e, da parte del bambino, la ricerca di vicinanza, contatto, protezione e conforto, quando ne sente il bisogno; è il prototipo su cui vanno a formarsi le successive relazioni sociali.

In tale prospettiva, nel capitolo “*Sé e Personalità*” si descrivono gli studi dell'*Infant Research*, che hanno permesso l'indagine del continuo interscambio costruttivo che nel corso della relazione si stabilisce fra la dimensione intrapsichica e la dimensione interattivo-comportamentale dei singoli membri della relazione stessa. Mettendo a confronto le teorie

sull'intersoggettività infantile, si approfondiscono ulteriormente i fenomeni della “Mutua regolazione degli affetti” e della “Sintonizzazione affettiva”, evidenziando in che modo gli scambi interattivi veicolati da emozioni sono processi cardine in una relazione e nello sviluppo del Sé.

Il Sé, visto come un insieme complesso di emozioni, ricordi, attitudini e impulsi, diventa così multiforme da costituire il ponte per comprendere la struttura di personalità. Il sé non è il prodotto di processi integrativi tra individuo e ambiente e intra-individuali, ma è il processo stesso dell'integrazione che modula in modo negoziale l'incontro tra maturazione, geneticamente programmata, del sistema nervoso e l'incessante flusso delle esperienze, determinato dalle relazioni e dal contesto sociale, come pure intra-individuale, tra organi, tra apparati, tra funzioni.

Il senso di sé e lo sviluppo del sé sociale implicano, dunque, processi in continua costruzione, che iniziano nei primi anni di vita e che, pur raggiungendo una certa stabilità in età adulta, tendono a riorganizzarsi attraverso aggiustamenti continui.

In linea con la costruzione dell'identità personale, esito dell'interazione congiunta tra organizzazione genetica e pressione ambientale, si evidenzia l'importanza dello sviluppo socio-personale e morale, prestando particolare attenzione alla ricerca in questo ambito e al modo in cui questa chiarisce le relazioni con le figure parentali, i processi di comunicazione e di simbolizzazione, le modalità di controllo educativo fin dalle fasi più precoci.

Infine, si affronta il tema del cambiamento e della trasformazione della personalità dove, a partire dalla matrice biologica temperamentale, si prende in considerazione la dimensione dell'inconscio come processo permeabile alla modificazione.

Gli Autori

Accursio Gennaro, Roberta Gaia Scagliarini

Notizie dalla Segreteria

Sede: Via Fratelli Sorrentino N° 6, int. 6 Piano 3°
(di fronte all'ingresso della Stazione Ferroviaria da Via Capruzzi)

Orari di apertura al pubblico della Segreteria:
tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00
martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037 - Fax: 080 5508355
e-mail: segreteria@psicologipuglia.it - **e-mail:** presidenza@psicopuglia.it
Pec: segreteria.psicologipuglia@psypc.it
Sito: <http://www.psicologipuglia.it> - **skype:** ordinepsicologiregionepuglia

N° totale degli iscritti alla sez. A al 13 novembre 2014: 4.132
N° totale degli iscritti alla sez. B al 13 novembre 2014: 10
N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 1.847

ORARI DI RICEVIMENTO DEI CONSIGLIERI

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dai Consiglieri dell'Ordine, **facendone richiesta telefonica** ai componenti del Consiglio interessati, oppure alla Segreteria o per e-mail.

Per le cariche elettive gli orari di ricevimento sono i seguenti:

Presidente: Dott. Antonio Di Gioia
giovedì ore 16:00 - 18:00
Vice Presidente: Dott.ssa Vanda Vitone
giovedì ore 16:30 - 18:30
Segretario: Dott.ssa Vanna Pontiggia
martedì ore 17:00 - 19:00
Tesoriere: Dott.ssa Emma Francavilla
martedì ore 15:30 - 17:30

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Previo appuntamento da fissare contattando i professionisti:

consulenza fiscale-tributaria
(Dott. Gianluca Orlandi) giorla@tin.it
lunedì dalle ore 10.00 alle ore 13.00

consulenza legale-amministrativa
(Avv. Antonio Nichil) 0832/245079:
giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi. Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza come dai seguenti allegati ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

AVVISO IMPORTANTE: Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione. Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda (**ALLEGATO 2**) via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in origina-

le bisogna allegare: 70 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due certificati; 1,90 centesimi in francobolli (costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di tre o più certificati.

CAMBIO DI RESIDENZA O VARIAZIONI DI DOMICILIO

E' necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

- 1) L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro. se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.
- 2) Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:
 - a) non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano; non deve avere in atto o in istruttoria contenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;
 - b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente. deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

- 3) L'interessato al trasferimento deve:
Presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza.

Deve essere resa autodichiarazione sul cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.

Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione.

Deve essere allegata copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio.

Va altresì allegata la ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n°15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari

- Fotocopia del documento di identità.

NORME PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.



CONSIGLIO DELL'ORDINE

PRESIDENTE:

dott. **Di Gioia Antonio**
presidenza@psicologipuglia.it

VICEPRESIDENTE:

dott.ssa **Vitone Vanda**
vandavitone@virgilio.it
vanda.vitone.289@psypec.it
*Incarico per le Pari Opportunità e la
Parità di Genere*

SEGRETARIO:

dott.ssa **Pontiggia Giovanna Teresa**
giovannapontiggia@libero.it
giovannateresa.pontiggia@pec.it
*Delega Rapporto con Altri Ordini,
Enti, Istituzioni*

TESORIERE:

dott.ssa **Francavilla Emma**
emyfranc@virgilio.it
emma.francavilla.822@psypec.it

CONSIGLIERI:

dott.ssa **Annese Paola**
dr.annesepaola@gmail.com
paola.annese.935@psypec.it

dott. **Bosco Andrea**
a.bosco@psico.uniba.it
andrea.bosco.327@psypec.it

dott. **Calamo-Specchia Antonio**
a.calamospecchia@gmail.com
antonio.calamospecchia.544@psypec.it

dott. **Capriuoli Geremia**
capriuoligeremia@gmail.com
geremia.capriuoli.467@psypec.it

dott.ssa **Foschino Barbaro Maria Grazia**
grafoschi@email.it
graziamaria.foschinobarbaro.482@psypec.it

dott. **Frateschi Massimo**
massimo.frateschi@virgilio.it
massimo.frateschi.593@psypec.it

dott.ssa **Gasparre Anna**
gasparre.anna@gmail.com
anna.gasparre.292@psypec.it

dott. **Laforgia Victor**
victorlaforgia@hotmail.com
victor.laforgia.323@psypec.it

dott.ssa **Loiacono Anna**
loiacono-anna@libero.it
anna.loiacono.444@psypec.it

dott.ssa **Soleti Emanuela**
manusoleti@libero.it
emanuela.soleti.317@psypec.it

dott.ssa **Yildirim Marisa**
marisayildirim@gmail.com
marisa.yildirim.399@psypec.it



Servizio gratuito di Posta Elettronica Certificata (PEC) per gli iscritti: ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è ora possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella PEC sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella PEC è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo. Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la PEC è sul sito dell'ordine www.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.

Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c, legge 662/96 - Filiale di Bari

Direttore Scientifico:
dott.ssa Anna Gasparre

Redazione: dott.ssa Yildirim - dott. Caprioli -
dott.ssa Annese - dott. Frateschi

Stampa: **Tipografia SUMA**
Sammichele di Bari (Ba) - tel. 0808917238
www.tipografiasuma.it

Copertina:
disegno di una alunno della classe II, B
Scuola Primaria I.C. "Pascoli"
Noicattaro (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