

# psicopuglia

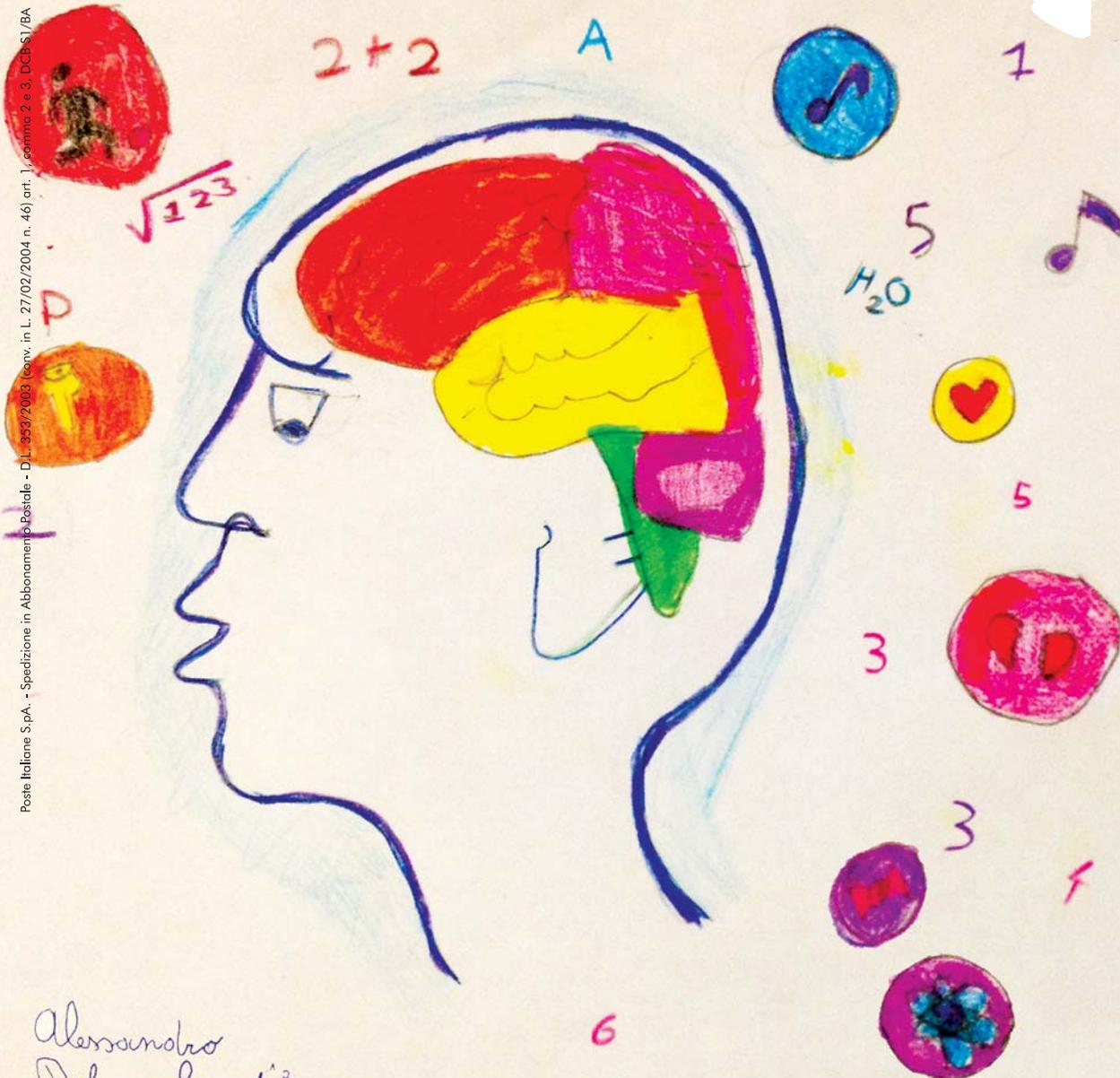
n. 13 - giugno 2014

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia



ISSN 2239-401X

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 352/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2 e 3, DCB SI/BA



Alessandro  
Difruscolo 11B  
SCUOLA PRIMARIA

## In questo numero

### **Editoriale del Presidente**

- 1 Roma, Stati Generali della Salute
- 3 Lettera del presidente agli iscritti

### **Iniziative del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update**

- 4 Commissione Redazione Rivista
- 6 Commissione di Etica e Deontologia
- 8 Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini
- 12 Commissione di Psicologia della Salute, Sanità, Politiche Sociali e Terzo Settore
- 14 Commissione Promozione del Benessere
- 15 Commissione Psicologia dell'Emergenza
- 16 Commissione Riabilitazione, Neuropsicologia e Psicologia del Ciclo di Vita
- 17 Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza
- 19 Commissione Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni
- 21 Commissione Psicologia Forense

### **Ricerche**

- 23 Lo Psicologo di Base nello studio del medico: un'analisi dei bisogni sulla popolazione della provincia di Bari
- 31 Crescita Post-Traumatica:

- «Un altro giro di giostra»
- 41 Diritti (anche Psicologici) a Scuola

### **Rassegna e approfondimenti tematici**

- 50 Coctenness training come strategia di intervento sulla ruminazione depressiva: Una descrizione del protocollo e prospettive di avanzamento
- 57 La teoria della mente ed il gruppo a partire dal pensiero di Foulkes
- 60 Epilessia e adolescenza: modelli d'intervento
- 66 Mobbing come relazione di potere: alessitimia e indifferenza nelle organizzazioni

### **Metodologia del lavoro psicologico**

- 74 Comunicazione Emotiva e Pet Therapy
- 77 Il gioco come strumento in terapia familiare
- 81 L'esperienza del lutto nella pratica clinica
- 88 Nucleo Interventi precoci per Esordi Psicotici. Il caso di Martina
- 94 Il trattamento multidisciplinare integrato nel gioco d'azzardo patologico

### **Esperienze sul campo**

- 102 Lo Psicologo nei Centri e negli Sportelli per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani

- 108 Diario di bordo - Un'esperienza clinica presso un Centro Diurno (DSM) con pazienti psichiatrici
- 110 Il Servizio di Sostegno Psicologico nell'U.O. di Ematologia dell'Ospedale V. Fazzi di Lecce
- 117 Lutto, Depressione e... Tratti Narcisistici, Ma Di Chi?

### **Spazio Neolaureati**

- 122 Psicologia e Medicina: Disagio Psicologico e Strategie di Coping in Pazienti Ambulatoriali Studio Osservazionale
- 127 Uso di Assistive Technology per Promuovere Occasioni Ricreative-Occupazionali
- 131 Tecnologie per Promuovere Forme di Comunicazione a Distanza in Persone con SLA: Studio di un Caso
- 136 Suggestionabilità interrogativa: un contributo alla validazione della GSS su un campione italiano
- 143 Rassegna stampa
- 146 Novità in libreria e Recensioni
- 150 Notizie dalla Segreteria

# Roma, Stati Generali della Salute

Antonio Di Gioia

La prevenzione come momento fondamentale dell'attività di chi opera per il benessere della persona. Se ne è parlato agli Stati Generali della Salute, ospitati a Roma all'interno dell'Auditorium della Musica l'8 e il 9 aprile. Un forum che ha chiamato a raccolta tutti i soggetti che lavorano per la sanità promuovendo incontri e confronti anche con realtà internazionali e al quale ho partecipato in qualità di Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia.

Siamo tutti d'accordo sul fatto che prevenire produce un doppio risultato: aiuta l'individuo ad evitare stati di sofferenza, a riconoscere nei tempi giusti il sopravvenire di una malattia e ad evitarne le conseguenze più gravi; permette un contenimento della spesa sanitaria, vincolo al quale ogni istituzione che ha competenze in questo ambito si deve attenere perché si riducono i costi delle cure. Dovremmo invece evitare che si arrivi ad un eccesso di prevenzione, ad una corsa ad esami e controlli, che provochi ansia e quindi nuove fonti di malessere psicologico. Sottoporsi a diagnosi precoce dovrebbe essere un processo da affrontare con il supporto dello psicologo. E lo psicologo di base sarebbe la figura migliore per affiancare medico e paziente in queste fasi. L'Ordine degli Psicologi della nostra regione è tra i più attivi nella promozione dell'istituzione dello

psicologo di base. Ne abbiamo parlato in maniera approfondita nel corso di Psicoterapie efficaci, il benessere a portata di mano", convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi di Puglia nell'ambito del mese del benessere, il 12 ottobre 2012, ospitando il Prof. Luigi Solano dell'Università la Sapienza di Roma che ha avviato con successo una sperimentazione in merito. Il lavoro congiunto di medico e psicologo di base è uno strumento di prevenzione.

Consiglio Nazionale degli Psicologi Giuseppe Luigi Palma affermando che "da questi Stati Generali rilanciamo anche la proposta di istituire la figura dello psicologo di base: mettere insieme, nello stesso ambulatorio, questa figura con quella del medico sarebbe anche profittevole per il paziente, per i medici e per la sanità pubblica consentendo, inoltre, anche in questo caso, di risparmiare sulla spesa sanitaria e di migliorare l'assistenza."

La psicologia deve essere considerata come un elemento fondamentale nel meccanismo che deve attivarsi per garantire una Sanità efficiente, che sappia diffondere benessere. Salute fisica e salute mentale non possono più essere considerate come due parti distinte dello stato di una persona. Entrambe contribuiscono a costruire il benessere complessivo dell'individuo. Sono due aspetti dello stesso insieme e spesso l'una influenza l'altra sia in senso positivo sia nella direzione opposta. In questa prospettiva è necessario valorizzare il lavoro degli psicologi impegnati in un'attività non solo di assistenza a favore di chi soffre ma anche di prevenzione e sostegno nel quotidiano.

E il quotidiano può essere, ad esempio, quello delle scuole. Il Ministro della Sanità Beatrice Lorenzin nel discorso inaugurale degli Stati Generali ha chiesto alle Regioni "impegni chiari, quantificati e misurati",



I risultati della sperimentazione evidenziano come molti stati di malessere fisico denunciati da pazienti sono riconducibili alla sfera psicologica. Comprendere questo e metterlo in pratica è in linea con la prevenzione e con il risparmio perché evita inutili spese in accertamenti e acquisto di farmaci. Sull'argomento è intervenuto il Presidente del

politiche concrete e ragionevoli a favore della salute, evitando il fallimento del Patto della Salute del 2009 in relazione al quale il 60% degli impegni è rimasto lettera morta. Allo stesso anno, voglio ricordare, risale l'approvazione della legge regionale istitutiva dello psicologo scolastico in Puglia. Legge che è ri-

una dieta sana, attività fisica ed evitando comportamenti ed usi scorretti come il fumare o il bere in eccesso.

Sull'importanza del ruolo della psicologia per un miglior servizio di Sanità Palma ha detto che “gli psicologi forniscono un apporto irrinunciabile alla salute dei cittadini, intesa come

ancora più immorale che nel resto della Pubblica Amministrazione”, ha detto il Ministro della Salute. Non c'è nulla di più vero e non c'è nulla di più sbagliato di un sistema che disperde le proprie risorse mentre altrove c'è gente che non è in grado di curarsi perché mancano le strutture, mancano gli strumenti. Un



masta sulla carta perché per essere esecutiva ha bisogno di un regolamento attuativo che non è mai arrivato.

L'Ordine degli Psicologi è impegnato su questo fronte, per cercare di sbloccare questa grave situazione di stallo che penalizza la nostra professione. È proprio partendo dalle scuole e con l'aiuto dello psicologo che è possibile diffondere quella cultura del benessere e della prevenzione che lo stesso Ministro ha evocato: un corretto stile di vita che si realizzi attraverso

benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia” Palma ha chiesto che “il numero degli psicologi del servizio sanitario nazionale passi dagli attuali 6mila a non meno di 9mila: non per una sterile rivendicazione di categoria ma per consentire siano effettivamente erogate le prestazioni ricomprese nei LEA, i livelli essenziali di assistenza”.

Siamo tutti allineati sul fatto che “non è più possibile nessuno spreco, neanche di un euro, perché in sanità sprecare soldi è

solo euro sprecato è un euro sottratto a chi ha bisogno di cure.

Mi auguro che dagli Stati Generali tutti i partecipanti siano tornati nella loro realtà con il desiderio di investire in benessere, di farlo attraverso la prevenzione in maniera intelligente e responsabile. Che siano tornati alle proprie attività nel delicato campo della sanità con il desiderio di condividere i concetti che stanno alla base di quella che il Ministro ha definito “un'operazione di sostenibilità sociale”.

## Lettera del presidente agli iscritti

Gentili colleghi, come ormai noto, il 27 gennaio 2014 presso la sede di Bari si sono concluse le procedure per l'elezione del nuovo Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia.

A guidare il Consiglio fino al 2017 sarà il sottoscritto, affiancato dalla dott.ssa Vanda Vitone, Vicepresidente, dalla dott.ssa Giovanna Pontiggia, Segretario, e dalla dott.ssa Emma Franca-villa, Tesoriere.

Il nuovo Consiglio è inoltre composto dalla dott.ssa Paola Annese, dott. Andrea Bosco, dott. Antonio Calamo-Specchia, dott. Geremia Caprioli, dott.ssa Maria Grazia Foschino, dott. Massimo Frateschi, dott.ssa Anna Gasparre, dott. Victor Laforgia, dott.ssa Anna Loiacono, dott.ssa Emanuela Soleti, dott.ssa Marisa Yildirim.

Come ogni gruppo che si rispetti, la partenza non è stata semplice. Ad una prima fase caratterizzata dalla necessità di definire obiettivi, ruoli, aspettative, dalla tendenza dei componenti a testare il terreno relazionale e da una generale resistenza rispetto al formarsi del gruppo, sta seguendo una fase caratterizzata da un clima sempre più positivamente orientato nei confronti del gruppo all'interno del quale si stanno via via delineando le norme che regolano le relazioni tra i consiglieri. È prioritario il compito di implementare le iniziative a favore della tutela e dell'arricchimento della nostra professione grazie anche ad una continua e costante ricerca, conoscenza e condivisione delle risorse individuali, professionali e morali di ciascuno e alla loro valorizzazione nell'ottica di offrire a tutti gli iscritti un servizio sempre più professionale e di qualità. In qualità di Presidente dell'Ordine Regionale considero fondamentale l'instaurarsi di una proficua collaborazione con tutti gli organi istituzionali, passando dalla ricerca scientifica e tecnica ai progetti operativi, dagli approcci multidisciplinari a quelli ultraspecialistici al fine di favorire una sinergia di interessi e intese volte ad una positiva evoluzione dell'attuale frangente storico. A fronte delle sempre più complesse

condizioni lavorative, in particolare la difficoltà a collocarsi nel mondo del lavoro, diventa sempre più impellente la *tutela e qualificazione* di questa professione in tutti i suoi aspetti. Operativamente si intende favorire, grazie anche all'aiuto diretto e concreto delle commissioni, azioni volte al *contrasto all'abusivismo* e alla *comunicazione e informazione* sul territorio al fine di *sensibilizzare* le comunità locali sul ruolo e sulle funzioni dello psicologo e sulle differenze dello stesso da altre figure professionali affini. In quest'ottica si intendono promuovere anche tutte quelle iniziative volte a favorire una maggiore *autonomia e indipendenza* attraverso ad esempio la valorizzazione della necessità dello psicologo di base, territoriale e scolastico. Considerando che l'Ordine degli Psicologi non deve rimanere un semplice ente di controllo, ma piuttosto deve puntare a fornire anche servizi innovativi per gli iscritti, il nostro operato sarà volto a favorire un tipo di *formazione* continua specialistica e professionalizzante attraverso un costante riferimento a standard internazionali e a *promuovere e sviluppare* nuove aree e nuovi settori specifici e tipici della scienza, conoscenza e competenza psicologica.

Vi ringrazio per aver compiuto già un primo atto di partecipazione costruttiva attraverso l'espressione del vostro voto e vi esorto a continuare a manifestare e comunicare le vostre necessità e i vostri progetti.

Tengo a confermare quanto l'avermi accordato questa carica sia motivo di grande onore ma soprattutto di grande responsabilità. La carica di Presidente viene conferita nell'interesse di tutti gli iscritti all'Ordine, al di là di personalismi o faziosità.

Sono il Presidente di tutti gli iscritti all'Ordine e sento di avere l'obbligo morale di rappresentare le istanze e i bisogni di tutti, al fine di trasformarli in opportunità e programmi.

Con i migliori saluti.

*Il Presidente  
Antonio Di Gioia*

## Commissione Redazione Rivista

**Coordinatore:** Anna Gasparre

**Componenti:** Yildirim, Caprioli, Annese, Frateschi

### Premessa

Per divulgazione scientifica si intende il processo con cui gli studiosi producono, condividono, valutano, diffondono e conservano i risultati dell'attività scientifica. Il desiderio di far conoscere i risultati delle proprie ricerche o più in generale del campo di studi nel quale si lavora è un'esigenza naturale che accomuna gran parte dei professionisti e/o ricercatori. Condividere le conoscenze e un dovere etico della scienza! La comunicazione pubblica può aiutare ad informare gli altri ricercatori delle proprie attività superando le barriere che separano gli ambiti disciplinari diversi, può favorire il consenso sociale attorno alle proprie attività ed è fondamentale per partecipare al dibattito pubblico tra scienza e società. La nuova necessità di comunicare al pubblico ovvero con la società misura il successo della scienza: più sa e sa fare più sono

passati da una scienza accademica ovvero solo all'interno della comunità scientifica ad una scienza postaccademica che necessita del continuo rapporto e scambio con la società per esser legittimata. Le decisioni importanti in termini scientifici sono sempre più frutto di una negoziazione con attori sociali quali i politici nazionali e locali, le imprese le loro associazioni, i gruppi di interesse, le autorità morali, i media. Lo sviluppo culturale e civile di un paese è strettamente collegato con il progresso della sua struttura socioeconomica e, contemporaneamente, con il livello di produzione e diffusione delle conoscenze scientifiche nei diversi strati sociali.

Questo processo ha molti attori: professori universitari e ricercatori che pubblicano i risultati della loro ricerca; università che forniscono l'infrastruttura della ricerca; editori che pubbli-



le occasioni di incontro con diversi soggetti sociali e punti di vista. Così se fino a poco tempo fa comunicare con la società era un *optional* ora è diventata una necessità.

Negli ultimi anni i rapporti tra scienza e società stanno cambiando, infatti, si pensa si sia

canò e diffondono le opere scientifiche; produttori di repertori e banche dati che indicizzano le pubblicazioni e biblioteche che forniscono un servizio di accesso alle pubblicazioni correnti e assicurano la conservazione delle pubblicazioni.

Per divulgare e diffondere il sapere si utilizzano i classici canali della comunicazione, i

mass media (radio, tv) e le riviste scientifiche. Da quasi una decina di anni a questi classici canali di informazione si è aggiunto il web 2.0 che attraverso i social network i blog e i wiky ha cambiato radicalmente la ricerca e la divulgazione scientifica nel mondo.



Tuttavia vi sono limiti e problematiche legate alla divulgazione scientifica. Primo fra tutti la difficoltà e impossibilità di veicolare un contenuto scientifico in senso stretto attraverso uno strumento destinato al grande pubblico.

Inoltre la semplificazione, banalizzazione, spettacolarizzazione, distorsione del rischio del contenuto scientifico stesso, che fa scadere la comunicazione scientifica tra le opinioni non degne di attenzione (teorie del complotto, pseudoscienze) e nel sensazionalismo.

Nel campo della psicologia o della psicoterapia non è facile scrivere articoli divulgativi, cioè per lettori non specialistici. Nei mass-media è difficile fare una divulgazione scientifica di buon livello nei campi della psicologia e della psicoterapia. Spesso gli articoli di giornali o riviste divulgative e i servizi televisivi riportano informazioni superficiali, imprecise e soprattutto ad effetto allo scopo di attirare l'interesse del pubblico, anche se ciò comporta una disinformazione.

Da qui ne deriva la necessità di individuare livelli e canali di comunicazione adeguate che favoriscono una comunicazione efficace ed efficiente del messaggio che si intende veicolare.

### Obiettivi

Questa Commissione sulla base delle premesse più generali sull'importanza della divulgazione scientifica in psicoterapia, vuole sollecitare i colleghi che intendano presentare contributi, ad adottare sempre più una scrittura tecnico-scientifica al fine di trasmettere il loro messaggio in modo efficiente ed efficace. Efficiente perché deve trasmettere il massimo di informazione con il minimo di parole, efficace

perché deve trasmettere il messaggio in modo valido, senza ambiguità e con il dettaglio necessario per le esigenze del lettore.

Si intende, inoltre, favorire la redazione di una rivista conforme con gli standard nazionali ed internazionali in tema di pubblicazione e

scrittura scientifica, l'American Psychological Association (APA).

### Metodologia

La rivista avrà una cadenza di pubblicazione bimestrale: Giugno e Dicembre. I contributi devono essere inviati, salvo diversi accordi con la direzione, entro il 30 aprile e il 15 ottobre rispettivamente per il primo e il secondo numero di ogni anno al direttore responsabile, la dott.ssa Anna Gasparre, al seguente indirizzo email: gasparre.anna@gmail.com. I contributi devono essere accompagnati da una lettera liberatoria.

La rivista sarà strutturata nelle seguenti sezioni:

- *Editoriale del Presidente*
- *Iniziative del Consiglio Regionale dell'Ordine: Update.*
- *Ricerche.*
- *Rassegne e Approfondimenti Tematici.*
- *Metodologie del lavoro psicologico.*
- *Esperienze sul campo.*
- *Spazio Neolaureati.*
- *Rassegne Stampa.*
- *Novità in libreria e Recensioni.*
- *Notizie dalla segreteria*

L'autore dovrà segnalare la sezione in cui si vorrebbe inserire il proprio contributo.

### Conclusioni

Comunicare i risultati delle proprie ricerche è un'esigenza naturale che accomuna gran parte dei professionisti e/o ricercatori.

E' bello uscire dai confini della specializzazione e condividere con gli altri le proprie passioni!!

## Commissione di Etica e Deontologia

**Coordinatore:** Geremia Caprioli

**Membri:** Anna Gasparre, Paola Annese

### Premessa

L'“Etica” è quella parte della filosofia che studia la Morale, cioè i costumi ed i comportamenti umani, cercando di comprendere e definire i criteri in base ai quali è possibile valutare le scelte e le condotte degli individui e dei gruppi, nonché le caratteristiche ed i contenuti delle dinamiche sociali nel corso dei quali si definiscono e si ridefiniscono, in un continuo processo di verifica e di aggiustamento interno ad ogni individuo e degli individui tra di loro, i valori, i principi e le regole cui si richiamano i singoli ed i gruppi. Per “Deontologia professionale” si intende la coscienziosità, scrupolosità nel lavoro unite, specialmente in alcune professioni, alla riservatezza. La “Deontologia” è l'insieme dei valori, dei principi, delle regole e delle consuetudini che ogni gruppo professionale si dà e deve osservare, ed alle quali deve ispirarsi nell'esercizio della sua professione. Al fine di garantire il rispetto di tali norme ciascun Ordine costituisce un determinato “Codice Deontologico” ovvero quello strumento, scritto e reso pubblico, che stabilisce e definisce le cosiddette “norme deontologiche”, vale a dire le concrete regole di condotta che devono necessariamente essere rispettate nell'esercizio di una specifica attività professionale.



zio abusivo della professione (art. 12, comma 2, lettera h) della L. 56/89). 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 dell'utenza. Tali principali ed inderogabili obiettivi sono perseguiti, tra l'altro, attraverso l'esercizio del potere disciplinare. Della Commissione di Etica e Deontologia fanno parte tre consiglieri dell'Ordine nominati per delibera, numero questo potenzialmente incrementabile in funzione della mole e della specificità di lavoro da svolgere.

*Quali sono i Principi ispiratori della Commissione di Etica e Deontologia (C. E. D.)?*

La Commissione di Etica e Deontologia non detiene poteri decisionali autonomi: qualsiasi segnalazione ad essa pervenuta e da essa vagliata viene discussa in seno all'intero Consiglio, il cui parere risulta definitivo e sovrano.

La C. E. D. è costantemente aperta al confronto e al dialogo con tutte quelle figure istituzionali che hanno da sempre affrontato e fatto crescere il tema della correttezza deontologica in psicologia. Lo spirito con il quale i membri della C. E. D. operano è esclusivamente uno spirito di servizio, ad unico vantaggio di una professione la cui immagine continua sovente, per responsabilità di diversa origine, ad essere attaccata e distorta.

La C. E. D., nell'accogliere integralmente lo spirito etico, vigile e coerente che ha animato la stesura del codice deontologico, è costantemente tesa ad accreditare e mantenere, presso la

### Obiettivi e Funzioni

*Che cos'è la Commissione di Etica e Deontologia?*

La Legge del 18 febbraio 1989 n. 56, istitutiva della professione di psicologo, affida al Consiglio regionale dell'Ordine il compito di vigilare per la tutela del titolo professionale e svolgere le attività dirette a impedire l'eserci-



pubblica opinione, un'alta considerazione degli psicologi sotto il profilo etico-professionale, sempre pronta a contrastare qualsiasi azione professionale che leda l'immagine della categoria o arrechi danno alla professione e al suo sviluppo.

Particolarmente onerosi e permeati di spirito etico appaiono tali intenti nell'esercizio della funzione deontologica nella nostra professione se è vero, come è vero, che gli interventi richiesti ai garanti istituzionali della deontologia non devono rispondere esclusivamente a domande inerenti alla fattibilità tecnica e/o giuridica, ma sfumano molto spesso nella moralità del comportamento intesa in senso più generale.

*Come funziona la Commissione di Etica e Deontologia?*

La C. E. D. vaglia tutte le segnalazioni autografe relative a presunte scorrettezze nell'esercizio della professione.

*È fondamentale che tali segnalazioni arrichino la firma del ricorrente, poiché è previsto che tutte le segnalazioni anonime siano cestinate.*

È palese, infatti, che segnalazioni in forma anonima, oltre ad intralciare i lavori della C. E. D., non contribuisce ad una auspicabile crescita della coscienza e della cultura professionale da parte degli iscritti né ad una concreta difesa della immagine degli psicologi all'esterno.

### **Metodologia di Lavoro**

Operativamente si procede nel modo seguente:

1. la segnalazione autografa pervenuta all'ordine è acquisita dalla C. E. D.;

2. nell'ambito di una fase ancora istruttoria, di tale segnalazione s'informa per iscritto l'interessato, comunicandogli i propri diritti e convocandolo presso la sede ordinistica per una audizione alla quale possono aggiungersi, su parere della C. E. D., testimonianze e/o documenti; altrettanto si dispone audizione, per mezzo di convocazione scritta, del ricorrente;
3. a conclusione di questa prima fase dei lavori gli atti della C. E. D. sono trasmessi al Consiglio che decide per l'archiviazione o per l'apertura di un procedimento disciplinare;
4. sia l'avvenuta archiviazione sia l'apertura di un procedimento vengono anch'esse comunicate in forma scritta sia al resistente sia al ricorrente, i quali vengono nuovamente convocati ed ascoltati dal consiglio una volta aperto il procedimento. Al resistente è consentito di presentare le proprie contro - deduzioni e nei suoi confronti è possibile, in caso di necessità, procedere in contumacia;
5. l'esito del procedimento e le sanzioni stabilite dal consiglio dell'ordine vengono comunicate, in forma scritta ed a cura della C. E. D., ad entrambi gli interessati.

### **Conclusioni**

La deontologia va intesa, dunque, come terreno privilegiato dell'incontro e della fusione tra la correttezza, la preparazione e l'etica professionale; il codice deontologico come documento che fissa regole aggiuntive a quelle generali date dallo Stato per una specifica professione e che funga da ineludibile punto di riferimento alle cui norme ciascun professionista è tenuto ad uniformarsi.

Garantire i lavori della commissione all'interno di questo ordine costituisce un onore ed un onere, a cui tutti gli iscritti sono chiamati a collaborare e a sviluppare una coscienza professionale tale da far sì che le energie della C. E. D. siano sempre più devolute alla crescita della professione e sempre meno alla erogazione di eventuali sanzioni.

## *Commissione Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini*

*Coordinatore: Massimo Frateschi*

*Componenti: Paola Annese, Marisa Yildirim*

### **Premessa**

La Commissione “Attività Formative e Culturali, Organizzazione Convegni e Patrocini” per l’intero quadriennio 2014-2017, attuerà 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.

### **Obiettivi e Funzioni**

Gli obiettivi strategici in relazione all’attività formativa e culturale degli psicologi vanno realizzati, innanzitutto sulla base dell’applicazione delle leggi e delle norme vigenti.

L’articolo 9 della Costituzione prevede: “La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica”.

Il DPR137/12 prevede all’art. 7. Formazione continua: “1. Al fine di garantire la qualità ed efficienza della prestazione professionale nel miglior interesse dell’utente e della collettività, e per conseguire lo sviluppo dell’obiettivo professionale, ogni professionista ha l’obbligo di curare il continuo e costante aggiornamento della propria competenza professionale secondo quanto previsto dal presente articolo. La violazione dell’obbligo di cui al periodo precedente costituisce illecito disciplinare”.

Il Codice deontologico degli psicologi italiani, articolo 5, prevede: “Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opera. La violazione dell’obbligo di formazione continua, determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla

base di quanto stabilito dall’ordinamento professionale”.

Il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi ha approvato a gennaio 2013 il “Regolamento sulla Formazione Continua in Psicologia (F.C.P.)”, in attesa del prescritto parere da parte del Ministero della Salute. In questo Regolamento sono indicate dieci azioni tese a migliorare la qualità della formazione in psicologia. La qualità, l’efficienza e l’efficacia della Formazione Continua in Psicologia è costruita sul senso di responsabilità e sulla multidimensionale competenza ed esperienza dello stesso professionista. Gli obiettivi dell’attività formativa e culturale, dunque, sono strategici sia per favorire gli apprendimenti, le competenze e la perizia da acquisire in progressione, in base alla responsabilità professionale dello psicologo, sia per promuovere l’attenzione, la dedizione e l’impegno di alto profilo professionale con cui rispondere alle moderne e complesse condizioni di bisogno, necessità ed emergenze psicologiche provenienti dalla società. Per quanto attiene alle funzioni specifiche e pertinenti della commissione, può essere utile una distinzione tra attività formative e culturali: per attività formative si intendono quelle intraprofessionali e rivolte in gran parte ai colleghi per lo sviluppo della professione, mentre per attività culturali vanno intese tutte le iniziative sia intraprofessionali, sia interprofessionali, aperte all’esterno, di sensibilizzazione culturale circa la figura, il ruolo le funzioni e le competenze dello psicologo. Relativamente alle funzioni dell’attività formativa, verranno contemplate le linee guida programmatiche delle attività formative, in correlazione alle aree di pratica professionale degli Psicologi, come ad esempio, dal Documento redatto dal gruppo di lavoro del CNOP. Inoltre, si terrà presente il Documento del CNOP su “*La qualità della formazione in psicologia*” (2013).

Le funzioni delle attività culturali, ugualmente in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, verranno sviluppate sia per aree e settori intraprofessionali, sia attraverso iniziative di divulgazione nella società, nelle comunità e nei contesti istituzionali e privati, della multidimensionalità professionale dello psicologo e dei servizi e degli interventi di promozione della salute e del benessere. Le funzioni della Commissione per l'organizzazione dei convegni in sinergia con le funzioni delle attività formative e culturali si svilupperanno 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. Per le funzioni della Commissione per il gratuito patrocinio si può fare riferimento all'articolo 1 - Patrocinio, del Regolamento per la concessione del Patrocinio del Consiglio dell'Ordine della Regione Puglia che prevede: "Il Consiglio Regionale dell'Ordine degli Psicologi può concedere il patrocinio a quelle manifestazioni e iniziative senza finalità di lucro, a quelle iniziative di interesse generale rispetto alle quali la professione assume rilevanza sotto il profilo dei valori sociali, morali, culturali e dell'immagine pubblica, nonché a quelle di cui vuole in particolare incentivare, attraverso la concessione del patrocinio, la continuità per il carattere qualificante della professione e l'incentivazione dell'occupazione". Anche per il gratuito patrocinio, in sintonia con tutte le norme del Regolamento suddetto, verrà dato 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.

### Metodologia

L'innovazione formativa e culturale che permea anche la missione dello psicologo attraverso la sua "*multidimensionalità professionale*" può tradursi in un approccio strategico metodologico, con tecniche e metodi specifici e mirati alle buone prassi di servizio e intervento specialistico. A tale proposito è stata già avviata la programmazione ed organizzazione dei convegni in virtù della più

ampia corrispondenza tra quanto sopra e la realizzazione di eventi che possano dare rappresentazione della multidimensionalità professionale dello psicologo, evidenziando le peculiarità di ogni area e settore della professione psicologica nella specificità delle tematiche trattate in ciascun evento. Già dai primi convegni, saranno avviate le linee programmatiche e la metodologia operativa, che si intendono seguire, aprendo al confronto e ai contributi provenienti dagli iscritti psicologi partecipanti attivi agli eventi, sulle varie aree tematiche d'interesse. Infatti, per esempio, i Gruppi di Lavoro possono consentire durante i convegni un confronto ed un'interazione spontanea e diretta, esperienziale e propositiva tra gli psicologi interessati e motivati su aree e settori sia tradizionali, sia innovativi della psicologia; il patrimonio di scienza, metodi e tecniche di Gruppo, tipico e peculiare della comunità degli psicologi potrà orientare le idee, le iniziative, le proposte di ogni partecipante attivo della comunità stessa, individualmente, in micro e macro gruppo; potrà essere sviluppato un confronto di esperienze e competenze per ogni Ricerca e Azione già in corso o da promuovere, con uno scambio di contributi ed eventuali collaborazioni propulsive di gruppo, per nuovi progetti da realizzare su differenti contesti e territori della Regione Puglia; infine, questo circuito produttivo di idee e azioni degli psicologi, eventualmente, potrà proseguire e tradursi in progetti, servizi e interventi, individuali e di gruppo multispecialistici di rilevante utilità e beneficio per il progresso della società.

### Conclusioni

Per quanto sopradetto, la comunità degli psicologi potrebbe dimostrare e dare un contributo di valore significativo per promuovere sia lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica, sia l'emancipazione della cooperazione, nel senso di appartenenza e della solidarietà umana. Le conseguenze positive del *modus operandi*, formativo, culturale e professionale dello psicologo potrebbero condurre a cambiamenti positivi, profondi ed efficaci, delle condizioni effettive e pratiche della salute e del benessere per l'intera società umana.



| 10 Giugno 2014   | 19 Giugno 2014   | 2 Luglio 2014  | 10 Luglio 2014   |
|--|--|--|--|
| <p><b>Hotel Sheraton</b><br/>Bari - Via Cardinale Ciasca, 9</p>  | <p><b>Hotel Gran Paradiso</b><br/>San Giovanni Rotondo (FG) - Viale Aldo Moro, 85</p>  | <p><b>Hotel Mercure-Defino</b><br/>Taranto - Viale Virgilio, 66</p>  | <p><b>Hotel Tiziano</b><br/>Lecce - Viale Porta d'Europa</p>   |
| <p>8.00 Registrazione dei partecipanti<br/>8.30 Saluto delle Autorità<br/>Apertura dei Lavori</p>  | <p>8.00 Registrazione dei partecipanti<br/>8.30 Saluto delle Autorità<br/>Apertura dei Lavori</p>  | <p>8.00 Registrazione dei partecipanti<br/>8.30 Saluto delle Autorità<br/>Apertura dei Lavori</p>  | <p>8.00 Registrazione dei partecipanti<br/>8.30 Saluto delle Autorità<br/>Apertura dei Lavori</p>  |
| <p><b>Dott. Antonio Di Gioia</b><br/>Presidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia<br/><b>Prof. Dott.ssa Rosalinda Casaliba</b><br/>Direttore del Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari</p> <p><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Giovanna Pontiggia</b><br/>Segretaria Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Emma Francavilla</b><br/>Tesoriere Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott. Massimo Fratreschi</b><br/>Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p>Tecniche Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia<br/>Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia<br/>Comitatore Commissione Attività Formative e Culturali,<br/>"Innovazione formativa e culturale e lavori di gruppo degli psicologi"</p>  | <p><b>Dott. Antonio Di Gioia</b><br/>Presidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia<br/><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Giovanna Pontiggia</b><br/>Segretaria Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Emma Francavilla</b><br/>Tesoriere Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott. Massimo Fratreschi</b><br/>Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p>Comitatore Commissione Attività Formative e Culturali,<br/>"Innovazione formativa e culturale e lavori di gruppo degli psicologi"</p>   | <p><b>Dott. Antonio Di Gioia</b><br/>Presidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia<br/><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Giovanna Pontiggia</b><br/>Segretaria Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Emma Francavilla</b><br/>Tesoriere Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott. Massimo Fratreschi</b><br/>Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p>Comitatore Commissione Attività Formative e Culturali,<br/>"Innovazione formativa e culturale e lavori di gruppo degli psicologi"</p>   | <p><b>Dott. Antonio Di Gioia</b><br/>Presidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia<br/><b>Prof. Dott. Sergio Salvatore</b><br/>Professore Ordinario di Psicologia Dinamica, Facoltà di Scienze della Formazione, Università del Salento</p> <p><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Giovanna Pontiggia</b><br/>Segretaria Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott.ssa Emma Francavilla</b><br/>Tesoriere Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p><b>Dott. Massimo Fratreschi</b><br/>Consigliere Ordine Psicologi Regione Puglia</p> <p>Comitatore Commissione Attività Formative e Culturali,<br/>"Innovazione formativa e culturale e lavori di gruppo degli psicologi"</p>   |
| <p>10.00 Prima Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 1 - ETICA E DEONTOLOGIA PROFESSIONALE</p> <p>GRUPPO 2 - ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI</p> <p>GRUPPO 3 - PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA</p> <p>GRUPPO 4 - RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA</p> <p>13.30 Pausa pranzo</p> <p>14.30 Seconda Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 5 - PSICOLOGIA DELLA SALUTE, SANITÀ, POLITICHE SOCIALI E TERZO SETTORE</p> <p>GRUPPO 6 - REDAZIONE RIVISTA, COMUNICAZIONE E GESTIONE DEL WEB</p> <p>GRUPPO 7 - PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELL'ORGANIZZAZIONE</p> <p>GRUPPO 8 - PSICOLOGIA FORENSE</p> <p>16.00 Dibattito</p> <p>16.30 QUESTIONARIO VERIFICA APPRENDIMENTO</p> <p>19.15 Conclusioni</p> <p><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> | <p>10.00 Prima Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 1 - ETICA E DEONTOLOGIA PROFESSIONALE</p> <p>GRUPPO 2 - ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI</p> <p>GRUPPO 3 - PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA</p> <p>GRUPPO 4 - RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA</p> <p>13.30 Pausa pranzo</p> <p>14.30 Seconda Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 5 - PSICOLOGIA DELLA SALUTE, SANITÀ, POLITICHE SOCIALI E TERZO SETTORE</p> <p>GRUPPO 6 - REDAZIONE RIVISTA, COMUNICAZIONE E GESTIONE DEL WEB</p> <p>GRUPPO 7 - PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELL'ORGANIZZAZIONE</p> <p>GRUPPO 8 - PSICOLOGIA FORENSE</p> <p>16.00 Dibattito</p> <p>16.30 QUESTIONARIO VERIFICA APPRENDIMENTO</p> <p>19.15 Conclusioni</p> <p><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> | <p>10.00 Prima Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 1 - ETICA E DEONTOLOGIA PROFESSIONALE</p> <p>GRUPPO 2 - ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI</p> <p>GRUPPO 3 - PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA</p> <p>GRUPPO 4 - RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA</p> <p>13.30 Pausa pranzo</p> <p>14.30 Seconda Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 5 - PSICOLOGIA DELLA SALUTE, SANITÀ, POLITICHE SOCIALI E TERZO SETTORE</p> <p>GRUPPO 6 - REDAZIONE RIVISTA, COMUNICAZIONE E GESTIONE DEL WEB</p> <p>GRUPPO 7 - PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELL'ORGANIZZAZIONE</p> <p>GRUPPO 8 - PSICOLOGIA FORENSE</p> <p>16.00 Dibattito</p> <p>16.30 QUESTIONARIO VERIFICA APPRENDIMENTO</p> <p>19.15 Conclusioni</p> <p><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> | <p>10.00 Prima Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 1 - ETICA E DEONTOLOGIA PROFESSIONALE</p> <p>GRUPPO 2 - ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI</p> <p>GRUPPO 3 - PROMOZIONE DEL BENESSERE E PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA</p> <p>GRUPPO 4 - RIABILITAZIONE, NEUROPSICOLOGIA E PSICOLOGIA DEL CICLO DI VITA</p> <p>13.30 Pausa pranzo</p> <p>14.30 Seconda Sessione Lavori di Gruppo "Ideagire" (confronto dibattito condotto da moderatore/i)</p> <p>GRUPPO 5 - PSICOLOGIA DELLA SALUTE, SANITÀ, POLITICHE SOCIALI E TERZO SETTORE</p> <p>GRUPPO 6 - REDAZIONE RIVISTA, COMUNICAZIONE E GESTIONE DEL WEB</p> <p>GRUPPO 7 - PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELL'ORGANIZZAZIONE</p> <p>GRUPPO 8 - PSICOLOGIA FORENSE</p> <p>16.00 Dibattito</p> <p>16.30 QUESTIONARIO VERIFICA APPRENDIMENTO</p> <p>19.15 Conclusioni</p> <p><b>Dott.ssa Vanda Vitone</b><br/>Vicepresidente Consiglio Ordine Psicologi Regione Puglia</p> |

## *Commissione di Psicologia della Salute, Sanità, Politiche Sociali e Terzo Settore*

**Coordinatore:** Geremia Capriuli

**Membri:** Anna Gasparre, Paola Annese, Massimo Frateschi, Marisa Yildirim

### **Premessa**

I temi psicologici non possono essere disgiunti dalla promozione dell'essere umano in tutti i contesti di vita, sociali, politici, organizzativi. La funzione prosociale degli psicologi che si estrinseca nei temi di giustizia sociale, solidarietà e tutela dei diritti fondamentali dell'uomo in tutte le fasi del ciclo di vita ed in tutte le circostanze (ordinarie e di emergenza) trova in questa Commissione lo spazio per il necessario approfondimento teorico, metodologico, politico e professionale.



### **Obiettivi e metodologie**

#### *Psicologia della Salute e Sanità*

Nella Commissione sono rappresentate trasversalmente le diverse competenze professionali di psicologi operanti in ambito sanitario che svolgono una funzione di consulenza, di progettualità e di promozione in merito ad iniziative di sviluppo professionale, scientifico e organizzativo della psicologia sanitaria.

La Commissione inoltre valuta quanto prodotto e promosso dall'Assessorato regionale competente e promuove iniziative di aggiornamento ed informative.

### *Politiche Sociali*

Le leggi nazionali e il PSSR individuano gli Enti Locali, nella figura dei Sindaci, come titolari della tutela e promozione della salute dei cittadini; la salute è uno stato di benessere psicologico, fisico, sociale ed economico, che per essere perseguito deve prevedere politiche di promozione della salute sinergiche nelle diverse aree di vita.

La psicologia può svolgere un ruolo fondamentale nel coniugare le scelte organizzative degli Enti Locali con i bisogni ed i vissuti dei cittadini.

Compito della Commissione è quello di promuovere il ruolo dello psicologo come promotore di salute, al servizio del benessere dei cittadini, sviluppando sinergie e collaborazioni con altre figure professionali (non solo sociali e sanitarie), nel rispetto delle singole specificità.

*Obiettivo (1): La sperimentazione e successiva messa a regime del servizio dello "psicologo in farmacia".*

1. Accogliere le richieste di aiuto psicologico, proponendo modelli di ascolto e di risposta ai bisogni relativi al disagio psichico, con caratteristiche di maggiore fruibilità e accessibilità da parte della popolazione.
2. Alleggerire di "richieste non appropriate" il servizio sanitario pubblico in ambito psicologico (con conseguente risparmio delle strutture sanitarie).
3. Offrire a persone di tutte le fasce di reddito la possibilità di un trattamento psicologico di primo livello per una possibile risoluzione del problema o un eventuale invio ai servizi di competenza; il progetto andrà così ad arricchire la rete dei servizi presenti sul territorio, attuando interventi

- di prevenzione tempestivi ed efficaci.
4. Monitorare e intervenire sui bisogni sommersi della popolazione, rilevando la specificità della domanda in relazione al contesto urbano di appartenenza.
  5. Promuovere e sviluppare una rete di alleanze per la salute con gli attori istituzionali della città, facilitando il raccordo con le competenti strutture specialistiche territoriali; in tal senso lo psicologo diverrebbe quella figura capace di monitorare il territorio e fare da tramite tra i cittadini, i servizi sanitari e le altre realtà associative o del privato sociale presenti sul territorio.
  6. Far conoscere la rete delle farmacie come luoghi di eccellenza per la salute e la prevenzione sul territorio, trasformandole in "Punti salute".
  7. Promuovere il ruolo professionale dello psicologo quale specialista del benessere psichico.

*Obiettivo (2): La sperimentazione e successiva messa a regime del servizio dello "psicologo di base".*

1. Garantire la presenza gratuita di uno psicologo negli ambulatori di MG al fine di operare un intervento di prevenzione del disagio psicologico e promozione del benessere;
2. Ridurre i tempi di attesa;
3. Predisporre spazi adeguati per l'accoglienza e l'ascolto dell'utenza all'interno degli ambulatori medici;
4. Analizzare la domanda ed pianificare interventi psicologici personalizzati.

*Obiettivo (3): La sperimentazione e successiva messa a regime del servizio dello "Psicologo del Territorio" ovvero del professionista che opera nel settore socio - assistenziale.*

1. Fornire risposte in tema di lettura delle criticità e individuazione di strategie, in diversi ambiti di intervento come quelle delle responsabilità familiari, delle donne in difficoltà, dei diritti dei minori, delle persone anziane, delle persone con disa-

bilità.

2. Agire con interventi individuali e di gruppo per migliorare la qualità della vita locale e relazionale ed il benessere dei contesti e delle comunità.

Nello specifico i compiti e le attività del Servizio di psicologia del territorio sono le seguenti:

- interventi in contesti residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- interventi in centri di accoglienza per l'assistenza alle donne maltrattate;
- interventi in favore di soggetti fragili minacciati o vittime di violenza fisica, sessuale e psicologica;
- interventi in favore delle famiglie con membri con disabilità;
- interventi in favore di famiglie ad alto rischio di disgregazione;
- interventi in favore di famiglie nei percorsi di affido ed adozione;
- interventi in favore di minori e adulti dell'area penale;
- interventi per favorire la piena integrazione psico-sociale dei cittadini immigrati;
- interventi di informazione e consulenza nella scuola finalizzati al benessere della scuola, al successo formativo, al contrasto del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio.

### *Terzo Settore*

La Commissione intende valorizzare il lavoro svolto dai molti colleghi nell'ambito del terzo settore. Saranno realizzati incontri, seminari e pubblicazioni per divulgare il valore aggiunto apportato - anche in termini economici - da chi lavora in questi contesti, sì da fornire ai colleghi strumenti utili a reperire stanziamenti per realizzare le proprie idee progettuali.

Viene fornito, in questo modo, sostegno pratico e concreto agli iscritti che desiderino un aiuto specifico per la propria situazione.

Tali iniziative diverranno azione e informazione su una competenza specifica della nostra professione e promozione di eventuali esperienze di eccellenza in quest'ambito.

## Commissione Promozione del Benessere

**Coordinatore:** Marisa Yildirim

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

### Premessa

La Promozione del Benessere richiama i principi della Psicologia Positiva, corrente sviluppatasi a partire dagli anni ottanta, che sposta l'attenzione, dai comportamenti atipici e patologici degli individui, al benessere e alla Qualità di Vita.

La nota affermazione di Promozione di Salute dell'OMS che definisce la Salute lo "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia" viene meglio esplicitata dalla

Carta di Ottawa nel 1986 che recita "la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Lo psicologo è chiamato ad essere un professionista del benessere anche dall'art. 3 del codice deontologico degli psicologi: "Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità".

L'ordine degli psicologi di Puglia si è già da tempo attivato in questo ambito e questa commissione intende progredire e potenziare i lavori su queste importanti tematiche.

### Obiettivi

Diffondere la cultura del benessere psicologico nella nostra regione per far comprendere che la salute è importante sia per il singolo che per la collettività intera e va raggiunta e man-

tenuta quotidianamente con strategie operative precise e mirate.

Promuovere la professionalità dello psicologo in tutti quei contesti entro i quali la psicologia è chiamata a contribuire ai processi di promozione dell'individuo, di miglioramento del benessere collettivo, di tutela della salute. All'interno di questo obiettivo verrà data continuità all'organizzazione del "Mese del Benessere" in Puglia.

Incoraggiare la collaborazione tra lo psicologo e gli altri specialisti, per promuovere il benessere psicologico di individui e gruppi nelle varie fasi del ciclo di vita.

### Metodologia di lavoro

La Commissione opererà in sinergia con i professionisti esperti che operano su tutto il territorio, ascoltando le diverse proposte che verranno dalle molteplici realtà. Per affrontare le varie questioni si potranno creare gruppi di lavoro che approfondiranno le materie proprie della Commissione.

### Conclusione

Gli psicologi forniscono un apporto rilevante per il benessere della popolazione. È pertanto doveroso promuovere e diffondere l'operato e gli ambiti di intervento dello psicologo. La commissione intende aprirsi alle nuove proposte degli psicologi che vogliono offrire il loro contributo in questo ambito.



## Commissione Psicologia dell'Emergenza

**Coordinatore:** Marisa Yildirim

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

### Premessa

La Psicologia dell'emergenza è la branca che abbraccia tutti gli interventi in situazioni di calamità, disastri ed emergenze. Più in generale, è *la disciplina che studia il comportamento e le risonanze affettive e relazionali negli individui, nei gruppi e nelle comunità in situazioni di crisi*. Ha come finalità di studio, la prevenzione ed il trattamento dei processi psichici che si verificano prima, durante e dopo gli eventi critici.

La psicologia dell'emergenza ricomponendo in maniera trasversale apporti di varie branche della psicologia (clinica, sociale, dinamica, traumatologica, ecc.) applicandole ai processi psicologici nelle situazioni "non ordinarie" ma di eventi acuti.

Le varie calamità naturali e tutti gli eventi di emergenza necessitano sempre più di competenze specialistiche al fine di alleviare le sofferenze psicologiche di chi è stato colpito ed aiutare i soccorritori ad affrontare correttamente (sotto il profilo psicologico) le emergenze.

### Obiettivi

La commissione intende realizzare nel periodo in carica dal 2014 al 2017 i seguenti obiettivi:

- Promuovere il valore psicologico e psicoterapeutico nelle urgenze cliniche e nella gestione delle calamità.
- Promuovere una collaborazione sempre più forte con gli organi preposti all'intervento in situazioni di emergenza.
- Coinvolgere i rappresentanti delle più importanti associazioni di psicologia dell'Emergenza di Puglia.
- L'ordine sarà un punto di riferimento e di filtro in caso di emergenza attraverso una rete di psicologi specializzati.
- Promuovere in collaborazione con la commissione "attività formative" la formazione e l'aggiornamento degli psico-

logi iscritti.

- Promuovere la formazione di un protocollo d'intesa tra l'ordine degli psicologi della Puglia e l'azienda regionale emergenza sanitaria 118, per individuare una collaborazione che consenta alle istituzioni di offrire un intervento sempre più qualificato nelle gestioni di emergenza sanitaria extra ospedaliera
- Dare continuità alle Equipe Psicosociali per le Emergenze (Epe) come previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri sui *Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi* (vedi Gazzetta Ufficiale n°200 del 29 agosto 2006).
- Aggiornare con l'assessorato regionale della protezione civile il protocollo d'intesa siglato l'anno scorso.
- Esaminare i questionari raccolti durante la precedente consiliatura ed a formalizzare un elenco di psicologi disponibili ad intervenire in situazioni di emergenza, senza alcun onere da parte dell'ordine.

### Metodi

La commissione si rende disponibile a creare un raccordo con le azioni portate avanti da parte del gruppo di lavoro che operava già durante la precedente consiliatura ed eventualmente a creare un gruppo di lavoro tra i professionisti esperti per dare la possibilità ad altri iscritti interessati di collaborare alla crescita di questo settore.

### Conclusione

Individuare nuove forme di collaborazione con le istituzioni, le associazioni e tutte quelle realtà e professionalità che possono essere fondamentali per offrire un intervento sempre più qualificato nelle situazioni di emergenza.

## *Commissione Riabilitazione, Neuropsicologia e Psicologia del Ciclo di Vita*

**Coordinatore:** Paola Annese

**Componenti:** Geremia Caprioli, Anna Gasparre, Massimo Frateschi, Marisa Yildirim

### **Premessa**

L'attività di abilitazione-riabilitazione è uno dei principali ambiti di intervento previsti dalla legge di ordinamento della professione di psicologo. L'articolo 1 della legge 56/89, infatti, recita quanto segue: *“la professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. (...)”* (Art.1, Legge 56/89). Tale attività si colloca in un settore complesso caratterizzato dalla multidisciplinarietà e multiprofessionalità degli interventi e dalla vastità delle problematiche da affrontare, relative alle diverse fasi del ciclo di vita.

Il concetto di “riabilitazione”, generalmente associato all'intervento sulla disabilità, ha esteso il suo ambito di applicazione, superando il confine segnato dalla definizione dei termini di menomazione, disabilità e handicap e includendo altri settori, come ad esempio quelli della riabilitazione neuropsicologica e della riabilitazione dell'anziano. L'approccio dell'intervento in riabilitazione enfatizza l'importanza di concentrarsi non solo sul deficit, ma soprattutto sulle risorse funzionali della persona, secondo quanto descritto dal modello biopsicosociale di salute dell'OMS.

### **Obiettivi e funzioni**

Gli obiettivi generali delle attività della Commissione Riabilitazione, neuropsicologia e psicologia del ciclo di vita sono inerenti alla definizione e valorizzazione della specificità della figura dello psicologo negli interventi in ambito riabilitativo e neuropsicologico, in tutte le fasi del ciclo di vita, e all'approfondimento sulle tematiche relative a questo settore disciplinare.

La Commissione esamina il quadro normativo vigente relativamente alle competenze dello psicologo in tale ambito di intervento in relazione ad altre figure professionali (quali quelle medi-

che, paramediche, socio-educative, etc) e individua proposte e azioni da intraprendere al fine di giungere ad un maggiore riconoscimento del ruolo dello psicologo, ove necessario, tenendo costantemente presenti i riferimenti legislativi, le norme e le Linee guida del CNOP.

Ulteriore funzione della Commissione è quella di valutare il recepimento a livello regionale delle linee guida di intervento per differenti problematiche (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: autismo, DSA, BES, Alzheimer) e formulare proposte a partire dalle quali interloquire con i referenti Istituzionali per giungere alla definizione di standard di qualità nell'erogazione dei Servizi ai cittadini del territorio della Regione Puglia.

### **Metodologia di lavoro**

La Commissione lavorerà utilizzando una metodologia partecipata, al fine di raccogliere sollecitazioni e proposte dai professionisti esperti del settore operanti sul territorio, con l'obiettivo di fare sintesi rispetto alle varie istanze che perverranno alla stessa e rappresentare complessivamente la realtà dell'intervento professionale degli psicologi nelle sedi competenti. Ove necessario, su tematiche specifiche, potranno essere istituiti gruppi di lavoro per definire e implementare progettualità specifiche nelle aree di competenza della Commissione stessa.

### **Conclusioni**

Lo psicologo è la figura professionale che sviluppa nel suo percorso di formazione tutta una serie di competenze necessarie ad affrontare la complessità dell'essere umano, considerandone la globalità cognitiva, affettiva e relazionale e la natura bio-psico-sociale, come viene richiesto dalle più moderne direttive dell'OMS in materia di funzionamento e adattamento umano. Per tale motivo questa figura professionale diviene centrale, soprattutto nel settore della riabilitazione, e bisogna quindi cercare di promuoverne il ruolo e la funzione nella presa in carico globale della persona.

## Commissione Comunicazione, Gestione del Web e Trasparenza

*Coordinatore: Anna Gasparre*

*Componenti: Yildirim, Caprioli, Annese, Frateschi*

### Premessa

Con la rivoluzione telematica la possibilità di comunicazione scientifica e di settore è diventata sempre più facile. Saper presentare in modo adeguato la propria azienda e/o professione sul portale web è sempre più importante, per questo è necessario che il Sito dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia sia strutturato in modo tale da utilizzare una comunicazione chiara ed esaustiva.

### Obiettivi e funzioni

Si intende strutturate un sito che abbia come caratteristiche generali **l'interattività** ed **ipertestualità**, aspetti interessanti poiché offrono le maggiori potenzialità per una comunicazione scientifica qualitativamente superiore a quella degli altri media. L'interattività rende i lettori/utenti partecipi del processo comunicativo e consente anche di avere un riscontro sull'efficacia della comunicazione, proprio grazie alla possibilità di tenere un continuo dialogo con l'utente. L'ipertestualità consente di creare documenti "aperti" e di strutturare la comunicazione su più livelli di approfondimento, rendendo un sito web adatto a diversi gradi di difficoltà e flessibile relativamente alla creazione di percorsi informativi personalizzati.

**Nello specifico i criteri richiesti di strutturazione del Sito dell'Ordine degli Psicologi della Puglia sono i seguenti:**

#### 1. Comunicazione mirata

La comunicazione in un sito internet passa attraverso tutti gli elementi costitutivi: l'immagine grafica, la selezione dei contenuti, la modalità di presentazione, la scelta delle parole. Tutti questi elementi, devono essere **coerenti** e **pertinenti** con il target, con i contenuti e gli attori del sito internet. Affinché la comunicazione possa dirsi veramente **efficace** e arrivare a colpire il target di riferimento facendo passare esattamente il

messaggio desiderato è preferibile che vengano rispettati questi criteri:

- a. Gradevolezza:** Layout piacevole, chiarezza dei contenuti e facilità di navigazione e di lettura,
- b. Focus sulle informazioni più importanti,**
- c. Linguaggio semplice ma preciso e specialistico** considerato il target preparato,
- d. Gestione dei contenuti a piramide inversa:** I contenuti più generali vanno nelle poche pagine di primo livello subito visibili da tutti gli utenti. I contenuti più specifici vanno invece al secondo livello per approfondire le singole sezioni in modo che gli utenti interessati le possano trovare;
- e. Pochi colori, pochi font:** Per i colori valgono le comuni regole di psicologia dei colori, quindi per un sito professionale, meglio toni freddi come blu, grigi, alcuni verdi. Il testo è meglio in nero su sfondo bianco o comunque sempre ben contrastato. Da scartare quasi sempre in un sito istituzionale lo sfondo nero. Non mischiare colori caldi e freddi e non esagerare: tre colori bastano. Per i Font i più leggibili a schermo sono i cosiddetti bastoni, lineari (l'Arial, il Verdana, il Tahoma).
- f. Niente effetti speciali:** Evitare video, animazioni e musiche perché poco adatte ad un sito professionale a meno che non ci sia la necessità di inserirle per situazioni specifiche quali eventi, convegni ecc.
- g. Testi brevi e adatti al web:** Online è difficile leggere e l'utente resta solo pochi secondi su una pagina. Quindi, testi brevi e ben studiati. Titoli ben fatti possono attrarre l'utente. Sommari o brevi introduzioni tornano utili. Approfondimenti e link esterni possono essere molto più utili se raggruppati alla fine del testo. Niente sottolineature. Lasciare spazi bianchi, non

ammassare i testi. Non mettete troppe cose (testi, link, immagini) nella stessa pagina.

- h. Poche immagini:** Le immagini pesano in termini di kilobyte, quindi rendono i tempi per scaricare una pagina più lunghi. Quindi meglio prima ottimizzarla, ovvero ridurla a dimensioni adatte alla pagina dove la caricherai e in un formato compresso come .gif o .jpeg.

### 2. Usabilità del web

L'usabilità comprende alcuni requisiti che sono imprescindibili per un buon sito internet:

- a. Riconoscibilità degli elementi:** immediata, con il minimo sforzo;
- b. Navigabilità tra i contenuti:** totale, completa ipertestualità, senza vicoli ciechi, ricca di strumenti di ricerca e di orientamento;
- c. Facilità di lettura e comprensione:** senza fatica e con buona soddisfazione;
- d. Facilità di interazione:** rapida, facilmente memorizzabile, con buona gestione dell'errore e del feedback.
- e. Accessibilità:** il rispetto dei principi di usabilità è uno dei requisiti da rispettare per garantire l'accessibilità di un sito web.
- f. Consentire all'utente di tornare sempre alla homepage da qualsiasi pagina del sito Web,** con un link diretto o con un clic sul logo.
- g. Utilizzare tag giusti per categorizzare le pagine.**

### 3. Codice corretto

Il codice scelto e utilizzato per la costruzione delle pagine del sito deve aderire agli standard formali condivisi di cui il W3C (World Wide Web Consortium) si fa promotore e garante.

La correttezza del codice è la terza condizione indispensabile affinché il sito possa assicurare i seguenti aspetti:

- a. Buona indicizzazione:** Se il sito è finito ed è online, il lavoro non è terminato. Bisogna farlo conoscere. Ovvero pubblicizzarlo dove siamo più sicuri di trovare utenti interessati. Quindi: siti di settore, newsgroup, blog per ciò che è online, eventi, riviste per ciò che è offline. Bisogna essere attivi!. Oppure bisogna fare in modo di farsi trovare. Lo si può fare stando attento a molti particolari, investendo molto tempo sul sito. Ad es. scegliere un

indirizzo (url) facile da ricordare. Mettere contenuti testuali e rinnovarli spesso. Segnalare il sito ai motori, fare molti link in uscita dal sito verso altri inerenti. I motori di ricerca tengono in considerazione, tra i vari parametri, anche gli elementi di marcatura utilizzati all'interno delle pagine. Internet è un mezzo di comunicazione e come tale va trattato. Se lo si conosce, lo si può sfruttare;

- b. Portabilità:** attraverso una corretta separazione tra forma e contenuto si assicura la buona visibilità del sito su differenti sistemi operativi, browser o monitor, e si rende possibile realizzare versioni dello stesso sito ottimizzate per palmari e smartphones; assicura inoltre rapidità di caricamento e di aggiornamento;
- c. Leggerezza:** un buon codice deve essere anche scritto in maniera da rendere la pagina leggera e non influire sui tempi di caricamento;
- d. Rapidità di aggiornamento:** un codice corretto è sicuramente più facile da mantenere e aggiornare rispetto ad un codice farcito di errori;
- e. Accessibilità:** l'attenzione alla correttezza formale del codice è il primo requisito per l'accessibilità di un sito web.

## Metodologia

Si pensa ad un sito continuamente aggiornabile e attivo attraverso ad esempio sezioni *News* e in cui vi sia un continuo scambio ed interazione con l'utente da cui ricevere continuamente *feedback*. Ciò è reso possibile dagli strumenti di comunicazione sincroni e asincroni della Rete i quali sviluppano forme di socialità: E-mail, Mailing List, Newsgroup, Forum, Chat (IRC).

## Conclusioni

In definitiva si pensa di strutturare un sito strutturato con modalità studiate per renderlo **immediatamente comprensibile, facilmente consultabile e piacevole da fruire.**

**Immediatezza, facilità e soddisfazione** conquistano sempre gli utenti così come la mancanza anche solo di uno di questi requisiti tende ad allontanarli rapidamente.

## Commissione Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni

**Coordinatore:** Paola Annese

**Componenti:** Massimo Frateschi, Marisa Yildirim, Anna Gasparre, Geremia Capriuoli

### Premessa

La psicologia del lavoro e delle organizzazioni rappresenta un'area della psicologia che si occupa delle relazioni tra persona, lavoro e contesti organizzativi con riguardo ai fattori personali, interpersonali, psicosociali e situazionali che intervengono nella costruzione delle condotte individuali e collettive. Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP - Aree di pratica professionale) ha definito i tre grandi ambiti di questo settore con le relative specificità di intervento della figura dello psicologo:

**Psicologia del lavoro:** "L'expertise degli psicologi del lavoro si esplicita, in prevalenza: nell'analizzare e riprogettare il lavoro anche dal punto di vista ergonomico, nel valutare condizioni ottimali di esecuzione dei compiti, nel considerare processi cognitivi ed emotivi coinvolti nelle prestazioni e nelle relazioni di lavoro, nell'assessment delle skills e nello sviluppo di competenze e apprendimenti lavorativi, nell'analizzare fattori di ostacolo alle prestazioni efficaci e sicure, nel valutare le fonti e i processi di insoddisfazione e disagio lavorativo, nell'analizzare e progettare azioni adatte a ridurre i rischi

lavorativi e le condizioni di insicurezza, ecc.”.

**Psicologia delle organizzazioni:** “Per quanto riguarda gli psicologi delle organizzazioni risultano prioritarie le azioni di: analizzare e migliorare il funzionamento dei gruppi di lavoro e delle relazioni tra gruppi, analizzare e intervenire sulla leadership per accrescere l'efficacia dell'azione direttiva, contribuire all'incremento della qualità delle relazioni sindacali e dei processi di negoziazione, riconoscere gli effetti sulle persone dei differenti climi psicosociali ed organizzativi, analizzare ed intervenire sui fattori psicosociali che influenzano il funzionamento organizzativo, cooperare affinché i processi di cambiamento organizzativo abbiano un sostenibile impatto sulla vita delle persone, progettare, contribuire all'arricchimento dei sistemi di comunicazione interna ed esterna, ecc.”.

**Psicologia delle risorse umane:** “gli psicologi delle risorse umane si occupano, in prevalenza delle scelte lavorative, dell'inserimento delle

persone nel lavoro e dell'apprendimento lavorativo e di ruolo, delle loro motivazioni al lavoro, dei processi di socializzazione alla vita professionale, della costruzione dei loro percorsi professionali e delle carriere organizzative e psicosociali, degli effetti della mobilità occupazionale anche non volontaria e della disoc-



cupazione, dell'outplacement e, più in generale, delle modalità di gestione delle persone (orientamento professionale, reclutamento, selezione, inserimento lavorativo, formazione, valutazione, consulenza di carriera, ecc.) coerenti con le aspettative dei lavoratori e delle organizzazioni”.

In questo settore lavorativo lo psicologo si confronta e collabora con vari professionisti e nell'attuale panorama del mondo del lavoro, le compe-

tenze proprie della figura dello psicologo del lavoro vengono talvolta svolte anche da altre figure professionali.

### Obiettivi e funzioni

La programmazione delle attività della Commissione Psicologia del lavoro e delle organizzazioni sarà strutturata per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Promuovere il profilo di competenze dello Psicologo del lavoro nei tre settori precedentemente citati attraverso azioni di sensibilizzazione e formazione sul territorio regionale rivolti ai colleghi e al più vasto pubblico;
- Sviluppare azioni di rete ed accreditamento presso i vari stakeholder strategici, interessati al tema (Istituzioni, Aziende, ecc).

La Commissione svolgerà le seguenti funzioni:

- Operare una ricognizione di leggi, normative, circolari, sentenze, produzione scientifica, ecc... - italiana ed internazionale - che valorizzi il contributo professionale dello psicologo in tale ambito;
- Monitorare i percorsi metodologici degli strumenti di valutazione e dell'impiego della professionalità dello psicologo, anche alla luce delle indicazioni fornite dalla Legge Regionale del 10 marzo 2014, n. 8 "Norme per la sicurezza,

la qualità e il benessere sul lavoro" ed elaborare proposte da presentare nell'interlocuzione con le Istituzioni;

re istituiti gruppi di lavoro per definire e implementare progettualità specifiche nelle aree di competenza della Commissione stessa.



- Monitorare i possibili sconfinamenti da parte di alcune professioni non regolamentate (ad esempio nell'ambito della formazione sui rischi psicosociali, la gestione dei gruppi e dei conflitti, il supporto psicologico ai lavoratori, ecc).

### Conclusioni

L'ambito della Psicologia del lavoro sta acquisendo negli ultimi anni particolare rilievo anche in considerazione di una serie di norme che enfatizzano l'importanza della promozione della sicurezza e del benessere nei luoghi di lavoro. Lo Psicologo può essere un agente importante per le realtà aziendali innanzitutto per garantire un'effettiva tutela di salute e sicurezza dei lavoratori, ma anche per la potenziale riduzione dei costi legati al personale, che derivano da una migliore gestione delle risorse umane. Favorire il riconoscimento del ruolo che lo Psicologo può svolgere rappresenta un cambiamento culturale utile e necessario sul nostro territorio regionale per la promozione del benessere individuale e collettivo.

### Metodologia di lavoro

La Commissione lavorerà utilizzando una metodologia partecipata, mettendo in rete i colleghi che, in forma libero professionale o in organizzazioni, operano nell'ambito della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, al fine di confrontarsi su vincoli e opportunità di scenario, individuare best-practices ed aree di possibile sviluppo e progettualità.

Ove necessario, su tematiche specifiche, potranno esse-

## Commissione Psicologia Forense

**Coordinatore:** Massimo Frateschi

**Componenti:** Paola Annese, Geremia Caprioli, Anna Gasparre, Marisa Yildirim

### Premessa

La Commissione “Psicologia Forense” promuoverà una programmazione che, tenendo presente costantemente i riferimenti legislativi, le norme e le Linee guida del CNOP, consenta di avanzare proposte, progetti, idee e iniziative per aree e settori specifici, sia per un consolidamento del ruolo e delle funzioni tradizionali dello psicologo forense, sia per una innovazione che estenda i campi di conoscenza, competenza ed intervento dello psicologo forense, in collaborazione con le altre Commissioni e tutta la comunità professionale degli psicologi.

### Obiettivi e Funzioni

Gli obiettivi strategici della Commissione in relazione alla promozione e allo sviluppo della Psicologia Forense saranno perseguiti in considerazione di molteplici riferimenti etici, deontologici, giuridici, sociali, organizzativi ed educativi.

Dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, verranno tratti dei riferimenti specifici:

- Art. 3: “Lo psicologo... opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace... è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell’esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri...”;
- Art. 4: “... Lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all’autodeterminazione ed all’autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni... e tutela prioritariamente il destinatario dell’intervento stesso...”;
- Art. 5: “Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione professionale e ad aggiornarsi nella pro-

pria disciplina specificatamente nel settore in cui opera...”;

- Art. 6: “... Nella collaborazione con professionisti di altre discipline esercita la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze”;
- Art. 7: “... Lo psicologo, su casi specifici, esprime giudizi e valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile”.

Si potrebbe proseguire ancora sugli Artt. 11, 17, 24, 26, 28, 31, fino all’Art. 33 che prevede: “I rapporti fra gli psicologi devono ispirarsi al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza”.

Molteplici sono gli obiettivi specifici per aree e settori di studio, competenze, servizio ed intervento, in stretta correlazione, per esempio, con dimensioni intraprofessionali: psicologico clinico, psicodiagnostico, psicopatologico, psicoterapeutico, psicologico sociale, educativo, lavorativo, organizzativo, ecc.; con contesti interprofessionali: scuola, lavoro, organizzazioni, comunità per dipendenze, comunità socio-educative, tribunali, penitenziari, ecc; con destinatari vari: individui, famiglie, piccoli gruppi, comunità; bambini, adolescenti, anziani; soggetti o gruppi a rischio, con disagi, difficoltà, conflitti, patologie, ecc.

Questa specificità moderna può essere considerata come una opportunità, grazie ad una prospettiva di alta qualificazione della Psicologia Forense, attraverso Linee Guida che si ramificano nelle varie aree e nei differenti settori, nel territorio della Regione Puglia, con sviluppo innovativo collaborativo, cooperativo e solidale di reti interdisciplinari.

Le funzioni della Commissione implicheranno gli orientamenti, le teorie, i metodi e gli strumenti psicologici che favoriranno: le inte-

razioni con molteplici destinatari, con altri professionisti, con sistemi della giustizia amministrativa, civile, penale, minorile, ecclesiastica, e ancora, con gruppi, comunità, istituzioni in rete, comunicazione multimediale, internet, ecc.; la promozione del contributo professionale dello psicologo forense a favore delle politiche sociali, della giustizia, del diritto, della legalità, della onestà, della lealtà, per la tutela della salute, il benessere e la solidarietà da realizzare in ogni contesto del territorio. Infatti, lo "Psicologo giuridico e forense" (CNOP - Area di pratica professionale), può inserirsi in contesti differenti, in qualità di consulente, perito, giudice onorario, operatore dei servizi socio-educativi, esercitando la professione:

- come libero professionista consulente per individui o gruppi, società o organizzazioni che lavorano su aspetti familiari, assicurativi, lavorativi;
- nei servizi psicologici della ASL, delle scuole, di altre istituzioni pubbliche;
- come CTP, CTU, Esperto presso Tribunali, Centri per la Giustizia minorile;
- come ricercatore in centri studi e ricerche pubblici e privati e presso Università.

### Metodologia

La Commissione svilupperà una metodologia pragmatica programmando incontri, confronti e riunioni con singoli professionisti psicologi e con gruppi di ricerca, Istituzioni, Università, Centri di ricerca e studio pubblici e privati, Enti, Associazioni, Organizzazioni, Comunità interprofessionali, per attivare nuove forme, modalità e reti di informazione, formazione, comunicazione e interazione, che possano promuovere l'identità professionale dello Psicologo con un percorso specialistico in Psicologia Forense, anche attraverso nuove opportunità di profili di

ruolo e funzioni e di inserimento professionale. Le idee, i contributi e le iniziative provenienti da tutti gli psicologi interessati proposti alla Commissione verranno esaminate e valutate, allo scopo di favorire il confronto, la partecipazione attiva e la collaborazione, possibilmente,



già da una fase preliminare di attenzione e studio condivisi in un lavoro di gruppo, e quindi, di avvio di un processo per fasi di elaborazione di proposte e progetti congruenti e pertinenti alla Psicologia Forense, da presentare successivamente al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia.

### Conclusioni

La Psicologia Forense può favorire un contributo importante oltre che per la tutela della salute e del benessere psicologico anche per lo sviluppo etico, morale, giuridico, sociale ed educativo della società.

A tale proposito, la Commissione intende promuovere le nuove proposte, i progetti, le idee e le iniziative, di tutti gli psicologi che vogliono impegnarsi in questo campo psicologico specifico, scientifico e tecnico, per contribuire ai processi di innovazione di metodi, strumenti, prassi e competenze relazionali e comunicative significative, dedicandosi con una qualificata professionalità al servizio della popolazione della Regione Puglia.

# *Lo Psicologo di Base nello studio del medico: un'analisi dei bisogni sulla popolazione della provincia di Bari*

Filippo Anelli\*, Katia Balenzano\*\*, Gaetano Bufano\*\*\*, Lucia Elia\*\*, Anna Gasparre\*\*,  
Alessia Mancini\*\*\*\*, Valentina Marzano\*\*, Rossella Palmieri\*\*, Edvige Zatton\*\*

\*Medico, Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari

\*\*Psicologa e psicoterapeuta presso "EMPEA: Centro Clinico e di Ricerca in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale"

\*\*\* Medico, Fiduciario FIMMG ASL BA/4

\*\*\*\*Dott.ssa in Scienze e Tecniche Psicologiche

## **Riassunto**

La riflessione sul ruolo dello Psicologo di Base negli ultimi anni sta divenendo più ricca e condivisa proprio per la potenziale utilità che questa figura professionale avrebbe nel campo della promozione della salute intesa in modo più ampio anche come promozione della qualità di vita e del benessere psicologico. Varie sono le esperienze internazionali alle quali guardare alla ricerca di *best practices* da applicare; scarse, invece, sono le applicazioni nel contesto italiano, dove solo l'intervento di Solani ha prodotto uno studio di efficacia. **Obiettivo:** Lo studio esplorativo presentato si propone di indagare, su un campione di pazienti di studi medici della provincia di Bari, la richiesta e il bisogno dello Psicologo di Base, nonché l'utilità percepita della presenza di uno psicologo che operi al fianco del medico di famiglia.

**Metodo:** Hanno partecipato alla ricerca 195 pazienti di 5 medici di famiglia di altrettanti comuni della provincia di Bari. **Risultati:** I risultati mostrano che diversi pazienti si recano dal medico di famiglia per problemi con caratterizzazione psicologica, come stanchezza (72%), sintomi d'ansia (57,7%) e disturbi del sonno (52,4%). Inoltre, sebbene una buona parte del campione senta il bisogno di recarsi da uno psicologo (30%) solo pochi di loro vi si rivolgono effettivamente (18,4%). Riguardo all'utilità percepita, i pazienti ritengono che lo psicologo possa aiutarli soprattutto nella gestione dei problemi familiari e lavorativi.

**Conclusioni:** I risultati confermano la necessità della presenza nello studio del medico di uno specialista della promozione del benessere psicologico e della cura della sofferenza emotiva dei pazienti, affinché sia reso più efficace e più tempestivo l'intervento specialistico a supporto del benessere psicologico o, in presenza di disturbo psicologico, l'invio verso i servizi territoriali competenti.

*e sostegno psicologico, collaborazione interprofessionale.*

## **Introduzione**

Nonostante il notevole incremento dell'offerta di assistenza psicologica registrato negli ultimi decenni nel nostro Paese, metà delle persone che sperimentano uno stato di disagio continua a non rivolgersi alla figura dello psicologo. Questo dato non è motivato esclusivamente dall'evidente difficoltà di accesso ai servizi pubblici, spesso troppo oberati di lavoro, ma anche alla presenza di forti pregiudizi diffusi nelle nostre comunità sul ruolo professionale dello psicologo.

A testimoniare la presenza di un "vuoto" da colmare è un dato riferito dal vicepresidente di Gfk-Eurisko (Istituto operante in Italia, nelle ricerche sul consumatore) secondo cui il 35% degli interventi richiesti al medico di famiglia sono mossi da fattori psicologici.

In questo contesto, già nel 2006 il Presidente dell'Ordine degli Psicologi Giuseppe Luigi Palma sostiene l'importanza di affiancare al medico di famiglia, lo "Psicologo di Base", ovvero un esperto in grado di captare il disagio dei pazienti, interpretare i bisogni di chi soffre e indirizzare ogni singolo caso al servizio specialistico più adatto. In tal senso, l'innovazione proposta risulterebbe pienamente coerente con gli approcci più recenti al tema della salute, non più vista come assenza di malattia ma come stato di benessere fisico, psichico e sociale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948). In tal senso, lo Psicologo di base non solo risponderebbe a un'esigenza sociale sentita dai cittadini ma sarebbe in grado di ridurre note-

**Parole chiave:** *Psicologo di base, prevenzione*

volmente i costi della Sanità per farmaci, analisi cliniche e costi diretti e indiretti legati alla cronicizzazione delle patologie psicologiche, proprio mediante l'azione di screening e prevenzione che questo specialista svolgerebbe<sup>1</sup>. Sebbene i vantaggi attesi dall'introduzione di questa figura professionale teoricamente sembrano essere condivisi dalla comunità scientifica, l'iter legislativo che regolarizzerebbe la strutturazione di un servizio stabile di psicologia di base è piuttosto tortuoso.

Un punto di svolta nella promozione della figura dello Psicologo di Base è costituito certamente dalla Proposta di Legge (PdL) n. 3215 nel 2010, assegnata alla XII Commissione Affari sociali per iniziativa dell'Onorevole Foti. Tuttavia, questa PdL è stata oggetto di molte critiche e dibattiti sia da una parte della comunità dei medici di base, che ha visto sminuire il loro ruolo di "assistenti a tutto tondo" delle famiglie, sia da parte dell'Ordine degli Psicologi, che ha espresso il proprio dissenso per il requisito di iscrizione all'albo con dieci anni di anzianità previsto dalla normativa. Nonostante le buone premesse della proposta di legge, che aveva inteso istituire la figura professionale dello Psicologo di Base, convenzionato con il servizio sanitario nazionale (SSN), la proposta di legge è stata presto accantonata, sia per mancanza di accordo da parte degli *stakeholder* sia per scarsità di risorse economiche disponibili per finanziare il progetto.

Diversamente dal contesto italiano, in altri Paesi l'iniziativa è stata già implementata da qualche anno ed è utile guardare a questi Stati alla ricerca delle *best practices*. In Inghilterra, ad esempio, hanno avuto molto successo l'esperienza di *collaborative care* e di *stepped care*. Nel primo caso lo psicologo svolge incontri di gruppo, basati sulle tecniche cognitivo-comportamentali, con i pazienti segnalati dal medico di famiglia per problemi lievi di ansia e depressione e il suo ruolo è di tipo didattico. Nello *stepped care*, invece, lo psicologo, affiancato ai medici di base, funge

da filtro per la domanda di assistenza psicologica: prende in cura pazienti depressi con sintomi d'intensità lieve o moderata con interventi di tipo psico-educativo mirati a supportare le capacità di *coping*, mentre invia allo specialista i pazienti che hanno bisogno di una psicoterapia. Meno successo ha riscosso l'esperienza australiana del "*Better Access*" finanziato dal sistema sanitario con l'obiettivo di garantire, a pazienti con patologie diagnosticate secondo i criteri dell'ICD-10, interventi multidisciplinari realizzati da parte di psicologi, psichiatri ed altri specialisti. La causa di questo insuccesso è da attribuire alle disparità nelle possibilità di accesso ai professionisti da parte dei cittadini che vivevano in contesti rurali. L'esperienza in Quebec di *shared care* e *stepped care* ha messo in evidenza inequivocabilmente la qualità superiore di questo modello di assistenza che non si è rivelata un'insostenibile spesa aggiuntiva per il budget del Paese ma un necessario investimento per ridurre le spese sanitarie (Fleury, Imboua, Aubé et al., 2012).

Sebbene non abbiano trovato un'applicazione sistematica e diffusa, anche in Italia esistono alcune esperienze pilota di collaborazione tra medico e psicologo. È possibile citare, ad esempio, l'esperienza dello "Psicologo di Famiglia" realizzata nel 2011 a Carmignano del Brenta e la pluriennale esperienza sperimentale avviata dal Prof. Solano. Nel primo caso è stato avviato uno sportello ad accesso libero su appuntamento, dedicato agli utenti dello studio medico che spontaneamente e autonomamente decidono di consultare uno psicologo sulla base del riconoscimento di un disagio psicologico, in un'ottica di promozione della salute e di *empowerment*. Nel secondo caso, invece, si tratta di uno studio pilota messo a punto dall'equipe di ricerca del Prof. Solano a partire dal 2000, che prevede: a) l'affiancamento dello psicologo al medico di base durante le visite; b) l'approfondimento con un numero limitato di colloqui psicologici per quei casi in cui è necessario evidenziare un disagio psicologico non espresso o fornire un supporto specifico per un problema. Alcuni risultati di questa ricerca-intervento (Solano, 2001) mostrano come l'ingresso dello psicologo nello studio medico abbia mediamente prodotto un risparmio significativo in termini di spesa sanitaria.

A partire dalla cornice di riferimento sin'ora

<sup>1</sup> Un caso tipico è costituito dalle persone affette da ipocondria (comunemente definite "malati immaginari"), le quali, mosse da una preoccupazione eccessiva ed infondata riguardo alla propria salute, si prestano a continue analisi nella convinzione che possano rivelare qualche patologia.

descritta, ed in particolar modo dalla discrepanza riscontrata tra il bisogno di supporto psicologico spesso inespresso e l'effettiva domanda di consulenza psicologica, la ricerca presentata costituisce il primo studio esplorativo realizzato in Puglia finalizzato ad indagare l'esistenza di un effettivo bisogno di una consulenza psicologica anche ad un livello di assistenza primaria, in collaborazione con il proprio medico generico.

Più specificamente, questo studio si pone due obiettivi primari. In primo luogo, intende stimare la diffusione di un disagio psicologico e/o di sintomi psicosomatici in un campione accidentale di pazienti assistiti da 5 medici di famiglia, ciascuno operante in un Comune diverso della provincia di Bari (Valenzano, Bitonto, Capurso, Casamassima e Noicattaro). In secondo luogo, aspira a indagare l'atteggiamento predominante della comunità locale coinvolta nella ricerca rispetto alla figura professionale dello psicologo e ad una possibile collaborazione tra medico e psicologo.

## Metodo

### *Partecipanti*

Hanno partecipato alla ricerca 195 pazienti di 5 medici di famiglia che hanno i loro ambulatori nei comuni di Valenzano (n= 20), Bitonto (n= 54), Capurso (n= 44), Casamassima (n= 21) e Noicattaro (n= 54). Non trattandosi di un campionamento per quota, il numero di questionari compilati è variabile da città a città sulla base dei pazienti presenti in ambulatorio e delle libere adesioni. L'età dei partecipanti varia da un minimo di 14 anni ad un massimo di 84 anni (età media 47,43 anni; d.s.= 15,138) con una prevalenza di donne (67,4%) ed una minoranza di uomini (32,6%). La gran parte del campione risulta sposata (72,7%). Il livello di istruzione risulta essere medio-basso in quanto quasi il 70% è in possesso della sola licenza media o del diploma, mentre è laureato solo il 13% del campione. Quasi la totalità del campione, inoltre, non usufruisce di altri servizi socio sanitari territoriali (97,9%).

Un'analisi delle patologie mediche più lamentate fa emergere la prevalenza dell'ipertensione (29,7%) e dell'artrosi (27%), con percentuali nettamente superiori alle altre opzioni, ad eccezione della voce "altre malattie" (30,2%), che compren-

de tutte le altre patologie non presenti tra quelle elencate e per le quali si rileva solo una leggera prevalenza di ipotiroidismo e di ipercolesterolemia.

### *Procedura di rilevazione dei dati e strumenti*

Per la rilevazione dei dati è stato utilizzato un questionario semi-strutturato costruito *ad hoc* sulla base degli scopi della ricerca.

Il questionario è stato messo a punto da un'équipe di 6 psicologi-psicoterapeuti ad orientamento cognitivo-comportamentale ed è stato perfezionato grazie al contributo dei medici di famiglia che hanno collaborato alla ricerca, suggerendo i sintomi più comuni riferiti dai pazienti e i principali motivi per cui essi dichiarano di rivolgersi al proprio medico di famiglia.

Si tratta di un questionario piuttosto breve (14 item) a risposta mista; il formato di risposta è talvolta aperto, talvolta chiuso.

La prima parte del questionario, è dedicata all'indagine demografica e di alcuni aspetti socio-assistenziali (tipo di servizio socio-assistenziale o territoriale eventualmente utilizzato). Gli altri item, a risposta chiusa, indagano: il motivo per cui in quel momento il paziente si sta rivolgendo al suo medico di base (es.: prescrivere farmaci o esami, nuovo problema fisico, vecchio problema che si è ripresentato, ecc.), la frequenza dei sintomi eventualmente avvertiti negli ultimi 3 mesi (mal di testa, mal di pancia, disturbi del sonno, ansia, depressione, ecc.) e le patologie eventualmente diagnosticate (diabete, ipertensione arteriosa, artrosi, ecc.).

Le ultime domande, infine, indagano se la persona abbia mai sentito il bisogno di rivolgersi a uno psicologo e, in caso affermativo, quale sia stata la motivazione, se vi si è effettivamente recato, e se abbia mai assunto farmaci per problemi psicologici o psichiatrici.

Un'ultima domanda, di carattere demoscopico, chiede al paziente se consideri utile la presenza di uno psicologo nello studio del proprio medico di famiglia.

Previo consenso dei medici, il questionario è stato somministrato dagli psicologi che hanno affiancato i medici di famiglia dei 5 comuni sopracitati per un periodo di 2-3 settimane. Hanno

risposto ai questionari i pazienti che, debitamente informati, hanno scelto liberamente di partecipare alla ricerca mentre erano in attesa del proprio turno di visita.

*Analisi dei dati e risultati*

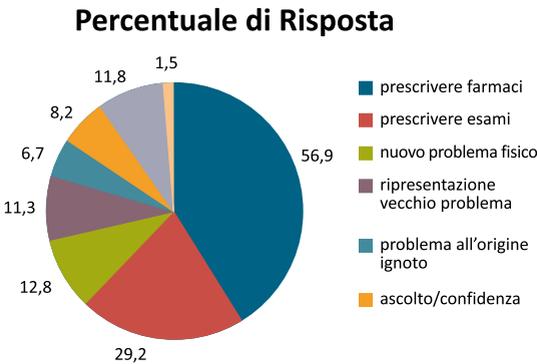
*Per quali motivi ci si rivolge al medico di famiglia?*

Analizzando le frequenze relative alla domanda “Perché oggi si è rivolto al suo medico?” emerge che la percentuale più alta viene registrata sull’opzione di risposta “bisogno di prescrizione di farmaci” (56,9%); seguono la “prescrizione di esami diagnostici” (29,2%), “la necessità di una consulenza per l’insorgenza di un problema fisico” (12,8%), e la “necessità di una visita per il ripresentarsi di un vecchio problema” (11,3%). Inoltre, ben il 6,7% delle persone che va dal me-

dico lamenta un problema dall’origine ignota, e quindi un possibile sintomo psicosomatico, mentre l’8,2% si reca dal medico per un mero bisogno di confidarsi e ricevere ascolto (vedi Graf.1).

*Quali sintomi riportano i pazienti intervistati?*

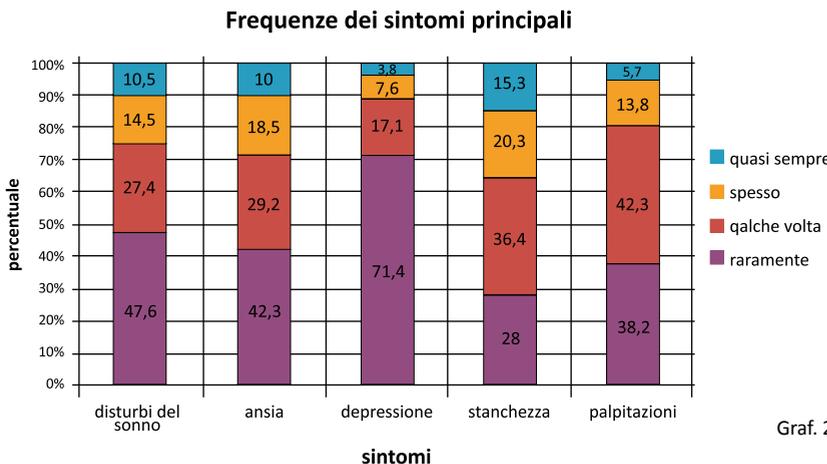
Tra i sintomi avvertiti negli ultimi 3 mesi, i più frequenti manifestati “spesso” e “quasi sempre” dai pazienti sono di natura fisica: mal di schiena (40,1%), sensazione di stanchezza (35,6%), dolori reumatici (33,4%) e mal di testa (30,2%). Seguono in percentuali tuttavia non trascurabili i sintomi d’ansia (28,5%) e i disturbi del sonno (25%). In particolare, se si considera la classe di frequenze più ampia, che annette alla voce “quasi sempre” e “spesso” anche “qualche volta”, il sintomo della stanchezza ottiene la percentuale più elevata (72%), seguita dai sintomi d’ansia (57,7%) e dai disturbi del sonno (52,4%). Sebbene degni di attenzione clinica, i risultati riguardo i sintomi sono da valutare con cautela, dal momento che su questo item si è registrato il più alto numero di risposte mancanti (vedi Graf.2).



Graf. 1- Percentuali di risposta sulle motivazioni per cui andare dal medico.

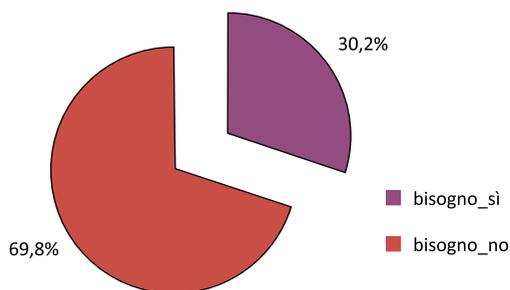
*Bisogno dello psicologo e/o esperienza di consulenza psicologica*

L’analisi delle risposte date dai pazienti alle domande “Ha mai sentito il bisogno di rivolgersi ad uno psicologo?” e alla domanda “E’ mai andato da uno psicologo?” fanno emergere che ben il 30,2% di loro almeno una volta nella propria vita ha sentito il bisogno di recarsi da uno psicologo ma che di questi solo il 18,4% vi si è effettivamente rivolto (vedi Graf. 3 e 4).



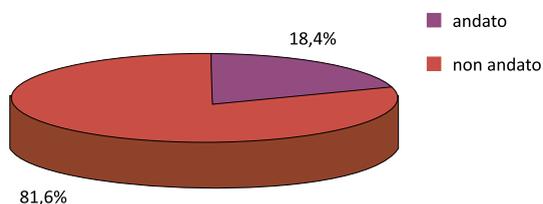
Graf. 2- Frequenze dei sintomi.

### Bisogno avvertito di consultare uno psicologo



Graf. 3- Bisogno avvertito di consultare uno psicologo.

### Percentuale di chi si è rivolto allo psicologo



Graf. 4 - Percentuale di chi si è rivolto allo psicologo.

#### Perché rivolgersi allo psicologo?

Relativamente a quanto espresso dai partecipanti rispetto alla domanda aperta del questionario che indagava le motivazioni alla base della richiesta di aiuto alla figura dello psicologo, è stato utile categorizzare le risposte fornite in tre classi semantiche: “risolvere problemi personali e familiari”, “ricevere supporto, bisogno di parlare e sentirsi ascoltati” e “consultazione per specifiche emergenze” (Tab. 1).

Come è immediatamente riscontrabile osservando la tabella n. 2, solo 15 persone del campione intervistato riferiscono di essersi rivolte allo psicologo per cercare di risolvere problemi specifici di diverso tipo, 9 affermano di essersi recato dallo psicologo perché avevano bisogno di confidarsi con qualcuno che sapesse ascoltare e comprendere. Infine, 3 persone hanno affermato di aver fatto ricorso allo psicologo per motivazioni specifiche (es.: una consulenza in merito ad una gravidanza inattesa).

Tab. 1 - Etichette semantiche per le tre classi di risposta riguardo le motivazioni del ricorso allo psicologo.

| Risolvere problemi personali e familiari | Ricevere supporto, bisogno di parlare e sentirsi ascoltati | Consultazione per specifiche emergenze (es. gravidanza) |
|--|--|---|
| problemi familiari                       | Bisogno di confidarsi                                      | Consultazione per gravidanza                            |
| problemi dei propri familiari            |  |   |
| disturbo di panico                       |  |   |
| ansia, dist. d'ansia generalizzato       |  |   |
| disturbi di personalità                  |  |   |
| ansia e confusione                       |  |   |
| problemi di coppia                       |  |   |
| ansia ed esaurimento nervoso             |  |   |
| insicurezza                              |  |   |
| depressione                              |  |   |
| ansia e depressione                      |  |   |
| problemi di memoria                      |  |   |

Tab. 2 - Motivazione del ricorso allo psicologo.

| Motivazione del ricorso allo psicologo  | N° di persone | Percentuale di risposta |
|---|---------------|-------------------------|
| Problem solving                         | 3             | 11,1%                   |
| Bisogno di parlare e sentirsi ascoltati | 9             | 33,3%                   |
| Consultazione per specifiche emergenze  | 15            | 55,6%                   |

Risulta rilevante, inoltre, il dato che è emerso in risposta alla domanda “Ha mai preso farmaci per problemi psicologici / psichiatrici?” (es. insonnia, nervosismo, tristezza, ansia, depressione ecc.). I risultati evidenziano che 13 soggetti hanno fatto uso di farmaci per problemi psicologici o psichiatrici rivolgendosi anche ad uno psicologo, mentre ben 27 persone ne hanno fatto uso senza mai rivolgersi ad uno psicologo. Inoltre, l’assunzione di psicofarmaci è legata soprattutto alla presenza di sintomi ansiosi (48,7%) e a condizioni miste di

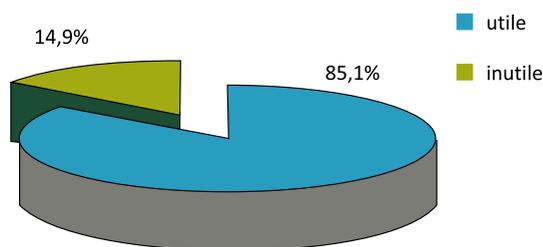
ansia e depressione (13,5%); essi vengono usati in casi di insonnia, con o senza ansia (13,5%) ma anche a causa di stress ed esaurimento nervoso (8,1%) depressione o mal di testa e sbandamenti dovuti a stress (5,4%). Infine un 2,7% dei soggetti assume farmaci per alleviare ansia e aritmia o tristezza e nervosismo. Oltre ai sintomi depressivi e ansiosi, altri sintomi comuni riscontrati sono le palpitazioni (da qualche volta a quasi sempre il 61,8%), più probabilmente riferibile a stati d'ansia, la stanchezza ("spesso" o "quasi sempre" il 35,6%), quest'ultima più facilmente riferibile ad una condizione di tipo depressivo. Inoltre, ben il 52,4% dei pazienti dichiara di avere disturbi del sonno da qualche volta a quasi sempre e di questi circa la metà spesso o quasi sempre.

Psicologo al fianco del medico di famiglia: quale utilità?

Alla domanda aperta "Considera utile la presenza di uno psicologo nello studio del suo medico di famiglia?" la maggior parte dei partecipanti (85,1%) ha risposto di ritenere utile la collaborazione tra medico e psicologo, mentre solo un 14,9% dei soggetti la ritiene inutile. (Graf. 6)

Un'analisi qualitativa preliminare ha permesso di classificare le diverse risposte fornite dai partecipanti che ritengono utile la presenza dello psicologo nello studio del medico in due grandi categorie: a) "necessità di *problem solving*", in cui sono state incluse tutte le risposte che facevano riferimento alla possibilità di essere supportati nella gestione dei disagi psicologici e dei problemi familiari e lavorativi, (23,6%); "confronto con l'esperto", che ha racchiuso le risposte riferite alla necessità di un confronto con un professionista competente dei problemi psichici e relazionali, per ricevere consigli attendibili (19,5%). Ben il 44,6% dei soggetti, tuttavia, pur ritenendo utile la collaborazione medico-psicologo, dichiara di non saperne spiegare il motivo. Nel seguente grafico (Graf. 7) è possibile osservare tutte le categorie di risposta risultate in fase di codifica dei dati, e le rispettive percentuali.

### Utilità percepita della figura dello psicologo



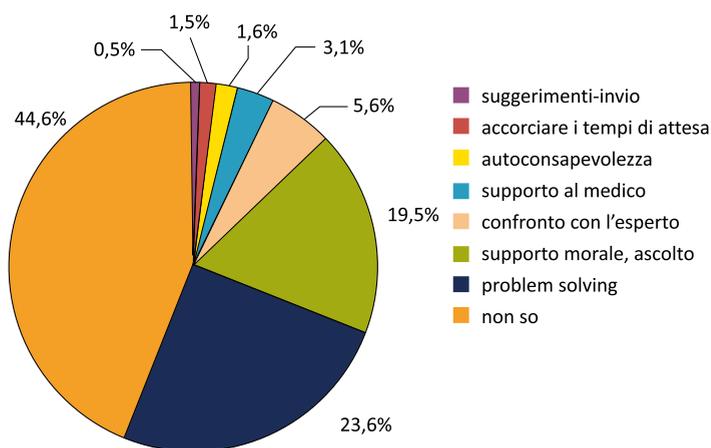
Graf. 6- Utilità percepita della figura dello psicologo.

### Discussione dei risultati e conclusioni

I risultati di questa ricerca stimolano in primo luogo alcune considerazioni che aiutano a chiarire il profilo della società contemporanea in rapporto al tema della salute.

Un primo dato su cui riflettere è costituito dall'8,2% dei soggetti che afferma di recarsi dal medico per parlare e confidarsi con lui, investendo il medico di famiglia di un ruolo di ascolto empatico, consulenza e supporto psicologico, piuttosto che rivolgersi ad uno specialista della cura del disagio psicologico. Dati di questo tipo devono far riflettere sul fatto che, se pur la funzione sociale del medico contempi un certo supporto morale al paziente, la presenza dello psicologo nello studio medico avrebbe proprio la finalità di accogliere la richiesta di supporto e di rispondervi in modo più approfondito e specialistico.

### Percentuali di risposta



Graf. 7- Motivazioni dell'utilità dello psicologo nello studio del medico di base.

I risultati sulla prevalenza dei sintomi che i pazienti intervistati riportano confermano ancor di più la necessità della presenza nello studio del medico di uno specialista della promozione del benessere psicologico e della cura della sofferenza emotiva dei pazienti. I sintomi e i disturbi più frequentemente lamentati dal campione di pazienti coinvolti, infatti, sono i sintomi d'ansia: ben il 57,7% dei questi, infatti, afferma di avere sintomi d'ansia da qualche volta a quasi sempre, di cui un 28,5% spesso o quasi sempre. Se più della metà dei pazienti lamenta stati d'ansia, ben il 10% circa di loro ha anche forti problemi nel gestirla e dichiara di non possedere le risorse per farlo. Questo dato farebbe pensare che questi pazienti si siano rivolti ad uno psicologo, eppure, i risultati del nostro studio suggeriscono che chi soffre d'ansia è più portato ad intraprendere una terapia farmacologica, tra l'altro prescritta dagli stessi medici di famiglia, che una consulenza con un esperto. Infatti, la maggior parte dei pazienti che assume farmaci per problemi psicologici lo fa per curare ansia, o ansia accompagnata da depressione, o da insonnia, da aritmia oppure da stress. Il dato è molto simile nel caso dei sintomi depressivi sebbene in questo caso i dati siano meno chiari, forse perché i pazienti hanno avuto la tendenza a non dichiarare i sintomi depressivi a causa dell'effetto di desiderabilità sociale. Infatti, la percentuale di coloro che si dichiarano depressi spesso o quasi sempre è piuttosto bassa (11,4%) e, se si sommano i soggetti che si dichiarano depressi qualche volta, si raggiunge il 28,5% del campione. Tuttavia, questo dato non è in accordo con quello sulla percentuale di utilizzo dei farmaci: i pazienti che assumono farmaci solo per la depressione sono il 5,4% e coloro che li assumono per problemi di depressione ed ansia il 13,5%, per un totale di 18,9% di farmaci assunti per curare la depressione.

Questi dati suggeriscono che la presenza dello psicologo nello studio del medico *onsite*, in una stanza attigua, o alla stessa scrivania del medico, come sperimentato da Solano, faciliterebbe la formulazione di una diagnosi precoce e una stima della gravità dei sintomi riportati dal paziente, con il duplice risultato di incanalare al più presto il paziente verso un piano d'intervento e di cura adeguato e personalizzato che non sempre prevede l'uso di farmaci. In questo modo, non solo si abbatterebbero i tempi di attesa fornendo un intervento

precoce ma, soprattutto, si ridurrebbe l'utilizzo di psicofarmaci ai soli casi che medico e psicologo insieme ritengono necessari, con un considerevole risparmio sulla spesa sanitaria. Anche i dati relativi alla prevalenza sui disturbi del sonno vanno in questa direzione. Le alterazioni del sonno, infatti, sono un sintomo sia del disturbo d'ansia generalizzato che dei disturbi dell'umore ma i soggetti in cui i disturbi del sonno si manifestano quasi sempre, nel caso in oggetto ben il 10,5% del campione, costituiscono dei casi a rischio di cui il medico non può occuparsi a pieno e che andrebbero inviati o co-gestiti con uno psicologo. Lo stesso discorso può essere generalizzato a quella percentuale di persone che riferisce di soffrire quasi sempre di iperfagia o inappetenza (3,9%), disturbi sessuali (2,9%) o difficoltà di concentrazione (5,5%). Un risultato ancor meno trascurabile è che nonostante emerga che i pazienti fanno scarso ricorso allo psicologo, si evince che la stragrande maggioranza di loro afferma di considerare utile la sua presenza nello studio del proprio medico (Graf. 6).

Questo dato suggerisce che il motivo per cui pochi si orientano verso una terapia psicologica non è una sfiducia nei professionisti dei disturbi mentali ma una difficoltà spesso di natura economica, o di natura sociale, legata al pregiudizio diffuso sul ruolo dello psicologo come "dottore dei pazzi". Questo risultato ci porta a pensare che la maggior parte delle persone non sia abituata a considerare la figura dello psicologo come funzionale nella propria vita o che, più probabilmente, non sia abbastanza informata sulle sue peculiarità professionali. Coloro che forniscono una risposta, inoltre, ritengono che lo psicologo sia utile per un sostegno emotivo ma non si aspettano da lui un trattamento specifico per un problema o un disturbo. Questi risultati aprono alla considerazione che la presenza dello psicologo nello studio del medico non è un intervento sufficiente *tout court* ma andrebbe coadiuvato da un'adeguata sensibilizzazione della comunità locale, sia con interventi su larga scala, sia con iniziative sull'utenza specifica del medico di famiglia al quale ci si va ad affiancare. Inoltre, i risultati fanno luce sul fatto che, nel nostro Paese, la figura dello psicologo non ha un suo chiaro status quo nel mondo lavorativo. Non si può omettere, ad esempio, che nella pubblica amministrazione e nella sanità spesso si fa a meno del suo contributo,

e che questo fenomeno sia in parte causa dell'ignoranza sul suo ruolo. Di conseguenza, permane l'atteggiamento disinformato e diffidente dei cittadini.

In definitiva, i risultati della ricerca sulla popolazione considerata mettono in evidenza l'utilità della collaborazione medico-Psicologo di Base come strumento operativo strategico per intervenire in modo specialistico e mirato su una larga fetta della popolazione che pur avendo bisogno di un supporto psicologico non si rivolgerebbe a psicologi per ragioni economico-sociali e culturali. Lo studio, infine, mette in luce la necessità di agire con impellenza e professionalità per sensibilizzare le comunità locali sulle potenzialità degli psicologi come professionisti del benessere e non solo del disagio, in linea con la legislazione sociale (L. 285/97; L. 328/00) che orienta le politiche sociali in un'ottica di prevenzione ed empowerment e non più nell'ottica assistenzialistica che in passato era vista l'unica chance nei casi di disagi conclamati e cronicizzati. Solo attraverso un reale investimento nelle politiche di sensibilizzazione delle comunità, anche attraverso il nostro Ordine Professionale, si può tentare di scardinare i pregiudizi spesso alla base della difficoltà della popolazione a richiedere un aiuto specialistico. Tale condizione, necessaria ma non sufficiente, garantirà un più facile accesso dei cittadini a servizi psicologici, senza però risolvere il problema dei costi dei trattamenti psicologici che solo una parte della popolazione può permettersi di sostenere. In tal senso, pensare di sviluppare progetti di Psicologia di Base non può prescindere dall'analisi di fattibilità economica degli stessi e dalla necessità di individuare risorse pubbliche finalizzate a gestirne i costi d'implementazione. Solo dopo aver superato questo ostacolo basilare, sarà proficuo discutere le modalità più consone alla realizzazione di tali progetti, analizzando, anche mediante studi empirici realizzati *ad hoc* l'efficacia e l'efficienza di sperimentazioni parallele che varino le modalità di erogazione del servizio (ad es. in stanza del medico o in stanza attigua; con o senza filtro del medico...).

### Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione il dott. Filippo Anelli (Studio Medico di Noicattaro), il dott. Gaetano Bufano (Studio Medico di Bitonto), la dott.ssa Maria Carmela Coppola (Studio Medico

di Capurso), la dott.ssa Arcangela Greco (Studio Medico di Valenzano), il dott. Nicola Acciani (Studio Medico di Casamassima).

### Bibliografia

- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London, (trad. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961).
- Engel, George L., "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". *Science* (1977), 196(4286):129-136. Trad. it. Albasi, Cesare; Clerici, Carlo Alfredo, "Nucleo monografico sul saggio di George L. Engel: la necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina", *AeR-Abilitazione e Riabilitazione*, Anno XV - N. 1, 2006.
- Felaco R., & Zullo C. (2005). *Esperienze in psicologia ospedaliera*. Napoli: Liguori.
- Fleury, M. (2012). Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Mental Health In Family Medicine*, 9 (2), 77-90.
- Fletcher, J. (2011). Psychologists' Experiences with the Better Access Initiative: A Pilot Study. *Australian Psychologist*, 46 (3), 153-162.
- Frazer, S. (2006). Primary care graduate mental health workers' experience of using an integrated care pathway for the treatment of depression in primary care. *Primary Care Mental Health*, 4 (4), 255-263.
- Gask, L. (2009). *Primary Care Mental Health*. RCPsych Publications.
- Greenaway, R. (2006). General practitioners' views of psychology services: a comparison of general practitioners who refer to onsite and offsite services. *Primary Care Mental Health*, 4 (4), 245-254.
- Hickie, I. A. (2011). Australia's Better Access Initiative: Still Awaiting Serious Evaluation?. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 45 (10), 814-823.
- Parsons, T. (1951). La struttura sociale e il processo dinamico: il caso della professione medica moderna. In *Il sistema sociale*, trad. it.(1981), Italiana Ed. di Comunità, Milano.
- Solano, L. (Ed.). (2011). *Dal sintomo alla persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: Franco Angeli.
- Taylor, G.J. (1987): "Psychosomatic Medicine and contemporary psychoanalysis". *International United Press*. Trad. It. (1993): *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio.
- Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2004). Integrating Psychologists Into Primary Mental Health Care in Australia. *Families, Systems, & Health*, 22(3), 294-305. doi:10.1037/1091-7527.22.3.294.

# Crescita Post-Traumatica: «Un altro giro di giostra»

Anna Gasparre\*, Chiara Maddalena\*\*, Rosanna Montanaro\*\*\*

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

\*\* Psicologa

\*\*\*Psicologo convenzionato Asl TA

## Riassunto

La crescita post-traumatica si riferisce alla capacità degli individui, che affrontano le conseguenze di un trauma, di ricostruire la loro percezione di sé, degli altri e il significato degli eventi. Studi recenti hanno mostrato come la crescita si verifichi anche in pazienti affetti da patologie croniche, tra cui il cancro. Il campione del presente studio è costituito da 52 pazienti oncologici. Ai partecipanti si è richiesto di compilare un questionario che valuta differenti aspetti psico-sociali tra cui anche la crescita post-traumatica. I risultati hanno mostrato come i partecipanti abbiano esperito livelli elevati di crescita, in particolar modo nelle “relazioni con gli altri”. Un maggior tempo trascorso dalla diagnosi, la spiritualità e le strategie di *coping* adattive sono correlate positivamente con tutti i domini della crescita. In particolare da un’analisi di mediazione è emerso come la relazione tra spiritualità e crescita non sia lineare, quanto piuttosto mediata dall’utilizzo di strategie di *coping* adattive. Inoltre, a conferma dei dati emersi dalla letteratura, in questo studio è risultata anche una correlazione positiva tra crescita post-traumatica, pensieri intrusivi ed evitamento, questi ultimi da considerarsi indici di rielaborazione cognitiva piuttosto che *marker* di *distress*.

**Parole chiave:** trauma, crescita post-traumatica, *coping*, diagnosi di cancro.

## Introduzione

E’ noto come l’esposizione ad un evento traumatico abbia un impatto distruttivo sulla vita di una persona e determini un’intensa crisi psicologica (Janoff-Bulman, 1992). In letteratura sono riportati numerosi studi che valutano le conseguenze psichiche in seguito a diverse tipologie di disastri (naturali, personali, tecnologici e provocati volontariamente dall’uomo) ed è stato dimostrato come eventi diversi abbiano un impatto dissimile sulla salute mentale (Norris *et al.*, 1996). Le reazioni suscitate da tali eventi possono includere il disturbo post-traumatico da stress

(PTSD), il disturbo depressivo maggiore (MDD), l’abuso d’alcol, disturbi d’ansia e di somatizzazione, problemi comportamentali, disturbi della *performance* e della reattività psicologica. Tuttavia, numerosi contributi di ricerca, in ambito clinico e sperimentale, hanno mostrato, usando le più innovative risorse degli strumenti per l’indagine quantitativa e qualitativa, che eventi traumatici nella vita delle persone possono dar luogo a reali cambiamenti in positivo (Si veda Gasparre, 2009 per ulteriori approfondimenti). Infatti alla fine degli anni Ottanta, come risposta ad una visione diagnostica e curativa della persona, che ha caratterizzato la psicologia fin dalla Seconda Guerra Mondiale, si è sviluppata la corrente della Psicologia Positiva. Secondo questa prospettiva il focalizzarsi solo sulle conseguenze negative di un evento traumatico in termini di “*distress* psicofisico” è alquanto limitante.

La salute mentale ed il benessere sono qualcosa di più della mera assenza di *distress* (Vaillant, 2003); ma si fondano sulla possibilità di potenziare i punti di forza quali l’amore, la temperanza, la saggezza e conoscenza, il coraggio, la giustizia e la trascendenza (Seligman, 2002).

«Un altro giro di giostra», esplicito riferimento all’opera omonima di Tiziano Terzani (2004), ben esprime la prospettiva della Psicologia Positiva ed in particolar modo l’essenza del fenomeno della Crescita Posttraumatica (o *Post-traumatic Growth*; PTG) che questo lavoro mira a dimostrare non essere esclusiva delle grandi menti, ma un fenomeno più frequente e comune di quello che la psicologia profana possa pensare.

La crescita post-traumatica è definita da Tedeschi, Park e Calhoun (1998) come l’esperienza soggettiva di un cambiamento psicologico positivo conseguente a un evento traumatico di proporzioni «sismiche». I cambiamenti in positivo interessano tre macroaree: percezione del sé,

relazioni interpersonali, filosofia di vita. Questo fenomeno è stato ampiamente indagato a seguito di un ampio *range* di eventi negativi: lutto (Davis, Nolen-Hoeksema e Larson, 1998), diagnosi di cancro (Cordova *et al.*, 2001), sclerosi multipla (Mohr *et al.*, 1999), disastri naturali e tecnologici (McMillen, Smith e Fisher, 1997), AIDS (Updegraff *et al.*, 2002) ecc.

Tuttavia, per la sua portata “sismica” e per la grande minaccia all’integrità e al benessere psicofisico della persona, in questo lavoro ci focalizzeremo sulla diagnosi di cancro. In Italia la sopravvivenza al cancro a cinque anni dalla diagnosi è per gli uomini del 45,7% e per le donne del 57,5% (dati dell’ICR, *Italian Cancer Registries*), dati che oggi vedono un miglioramento del 15% rispetto al 1985, in linea con la media europea, ma ancora distanti da quella statunitense, che raggiunge il valore del 64%. Il 2,5% dell’intera popolazione italiana è costituita da sopravvissuti al cancro e solo in Puglia si stimano tra i 70-80.000 lungo sopravvissuti.

La psiconcologia rappresenta uno dei campi elettivi di studio della crescita post-traumatica, nella convinzione che anche gli adattamenti disfunzionali all’ambiente non possono essere veramente compresi senza un’adeguata comprensione dei percorsi adattivi che conducono alla salute e al benessere psichico. L’esperienza dell’incontro con la malattia oncologica segna un traumatico *turning point* nella vita delle persone, è un momento di cesura, uno spartiacque. L’impatto di una diagnosi oncologica varia in funzione della fase del ciclo di vita nella quale il soggetto si trova. L’impatto risulta essere più minaccioso e inquietante là dove si sono appena delineati progetti individuali di sviluppo e di riorganizzazione della propria vita, oppure là dove si stanno consolidando progetti personali e/o familiari e ci sono ancora obiettivi da realizzare per sé e per gli altri.

Diversi studi empirici hanno mostrato come il processo di crescita si verifichi anche in pazienti malati di cancro nelle diverse dimensioni delle prospettive, delle risorse personali, delle relazioni, dei valori e della spiritualità (Affleck e Tennen, 1996; Andrykowski *et al.*, 1996; Carver e Antoni, 2004; Tomich e Helgeson, 2004). Antonioni *et al.* (2001) ad esempio hanno trovato che la maggior parte delle donne alle quali era stata fatta una dia-

gnosi precoce di cancro al seno, riportava che le loro vite avevano subito cambiamenti in senso positivo, tra cui: maggiore accettazione, maggiore focalizzazione sull’importanza delle relazioni con la famiglia e con gli amici e cambiamento nelle priorità di vita. Più grande è la minaccia per la sopravvivenza, più grande è la crescita esperita (Cordova *et al.*, 2001). Il corpus di ricerche, che dimostrano che gli individui che esperiscono eventi di vita maggiormente traumatici riportano benefici maggiori rispetto a coloro che esperiscono eventi meno traumatici, è crescente (Cordova, Cunningham, Carlson, e Andrykovski, 2001; Fromm *et al.*, 1996; Mc Farland e Alvaro, 2000; Park, Cohen, e Murch, 1996; Taylor, 1983; Tedeschi e Calhoun, 1995, 1996). Gli stessi Tedeschi, Park e Calhoun (1998) sostengono che il carattere catastrofico dell’evento è *conditio sine qua non* della crescita.

La letteratura sulla crescita in pazienti affetti da cancro mostra come alcune variabili quali il genere femminile, lo stato civile “coniugato”, l’età, l’avere dei figli, l’essere seguiti dai Servizi Territoriali o da associazioni competenti e l’avere un impiego *full o part time* siano variabili predittive della crescita post-traumatica, poiché dovrebbero essere associate alla percezione di maggiore supporto sociale (Park, Cohen, e Murch, 1996; Tedeschi e Calhoun, 1996; Weiss, 2002, 2004; Joseph e Linley, 2005, Helgeson, Reynolds e Tomich, 2006; Schaefer e Moos, 1984; O’Leary, Alday, e Ickovics, 1998; Updegraff e Taylor, 2000; O’Leary *et al.*, 2001; Prati, 2005; Bellizzi e Blank, 2006.). Ad esempio in uno studio di Bellizzi (2004) sono state esaminate le relazioni tra crescita post-traumatica, generatività, età e genere in pazienti adulti sopravvissuti al cancro, dimostrando che i giovani adulti (26-41 anni) si impegnavano maggiormente rispetto ai più anziani in comportamenti generativi. La generatività correleva positivamente con più alti livelli di PTG. E’ stata inoltre riscontrata una differenza di genere tra uomini e donne, le quali ottenevano mediamente punteggi più alti degli uomini almeno in quattro delle cinque dimensioni del *Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI). Le donne pertanto tenderebbero a farsi carico da subito della complessità della malattia e delle sue conseguenze in misura maggiore rispetto agli uomini, i quali, in-

vece, dimostrano maggiore difficoltà ad adattarsi precocemente alla situazione inattesa introdotta dall'esperienza di malattia. Helgeson, Snyder e Seltman (2004) hanno condotto uno studio che ha portato ad identificare come variabili predittive a lungo termine dell'adattamento al cancro al seno gli indici di risorse personali (percezione del controllo personale, autoefficacia, senso di comprensione dell'esperienza, incertezza o confusione riguardo alla malattia e al trattamento, ottimismo, autostima) e sociali (diverse tipologie di supporto sociale ricevuto da familiari e amici).

Una variabile rilevante, ampiamente studiata in pazienti oncologici, è il livello di spiritualità. Diversi studi hanno mostrato come la religione e la spiritualità siano spesso benefiche, per gli individui che devono affrontare eventi di vita stressanti. In particolare si è visto come la partecipazione alla vita religiosa e l'apertura alle questioni esistenziali e spirituali siano variabili connesse con un maggior livello di crescita posttraumatica percepita (Pargament, 1997; Tedeschi e Calhoun, 1995; Shaw, Joseph e Linley, 2005). Inoltre, si è riscontrata la tendenza ad un generale incremento della spiritualità a seguito di esperienze traumatiche estremamente stressanti (Park, Cohen, e Murch, 1996). Principalmente i benefici apportati da questa maggiore apertura alle questioni religiose sono la possibilità di dare una cornice di senso alla propria vita, un aumento del supporto sociale, l'accettazione delle difficoltà e la possibilità di avere un sistema di credenze saldo e strutturato.

Altri predittori di adattamento e di crescita considerati negli studi sono le variabili relative all'evento, ovvero la gravità oggettiva e soggettivamente percepita della malattia come quantità di *distress* esperita e il tempo trascorso dalla diagnosi. Per quanto riguarda la gravità della malattia, una rassegna di studi sui pazienti malati di cancro (Stanton *et al.*, 2006) ha rilevato come la crescita sia positivamente associata al livello di *distress* percepito e non alla gravità oggettiva della malattia. Invece in merito alla variabile tempo, si è visto come tanto più tempo passa dalla diagnosi, tanto più alto è il livello di crescita esperito e questo perché gli individui avrebbero bisogno di un certo periodo di tempo per l'accomodamento degli schemi affinché una crescita positiva possa essere percepita (Tedeschi, Park, e Calhoun,

1998; Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Helgeson, Reynolds, e Tomich, 2006).

Accanto alle variabili di natura socio-demografica e a quelle più strettamente legate alle caratteristiche dell'evento, gli altri possibili correlati della crescita indagati sono stati le strategie di *coping* e i pensieri intrusivi ed evitanti. Lechner, Caver, Antoni, Weaver e Phillips (2006), ad esempio, hanno riscontrato l'importanza dell'impiego, da parte delle pazienti affette da cancro al seno, di strategie di *coping* funzionali ed adattive, e in particolar modo del *coping* religioso, il cui impiego sarebbe associato a misure maggiori di *benefit finding*, costruito concettualmente molto simile a quello di crescita post-traumatica. Si sostiene che le suddette strategie possano aiutare le pazienti a ridare una cornice di senso all'esperienza e a renderla intelligibile, accettabile. Bellizzi e Blank (2006) suggeriscono che modalità di *coping* adattive (ristrutturazione cognitiva, ricerca di supporto sociale, problem-solving ecc.) rappresentino una componente critica della crescita post-traumatica in campo oncologico. Gli autori, infatti, ritengono che l'insegnamento delle strategie di *coping* adattive dovrebbe rivelarsi utile negli interventi volti alla promozione della crescita post-traumatica.

Infine, i pensieri intrusivi e la crescita post-traumatica, secondo recenti indagini, non sarebbero fenomeni mutualmente esclusivi, in quanto sarebbe possibile interpretare la presenza dei primi come indice di un processo cognitivo in atto (Horowitz, 1986; Park, *et al.*, 1996) e non di *distress*, quindi come normale reazione al trauma, purché non eccessiva, non autocolpevolizzante e non prolungata oltre certi limiti (Calhoun e Tedeschi, 1998).

Visti questi pochi dati appare evidente come il tema della sopravvivenza al cancro e della qualità della vita dei sopravvissuti e dei loro congiunti necessiti di studi sempre più numerosi ed approfonditi.

## Obiettivi e Predizioni

In linea generale, il presente studio intende verificare se e quanto un campione di persone che ha subito il trauma di una diagnosi oncologica riporti una crescita post-traumatica a circa tre anni dalla diagnosi. In modo particolare si vuole approfon-

dire la relazione esistente tra i diversi domini della crescita, le misure dell'impatto traumatico dell'evento (pensieri intrusivi ed evitamento), le modalità di *coping*, il tempo trascorso dalla diagnosi e le variabili dello Stile di Vita. Ci aspettiamo che maggiori livelli di crescita siano positivamente associati all'impiego di strategie di *coping* funzionali ed adattive, nel senso di una maggiore tendenza a intraprendere azioni concrete, ricercare aiuto e informazioni (Taylor *et al.*, 1992; Carver *et al.*, 1993; O'Leary *et al.*, 1998; Moos e Schaefer, 1998; Cordova *et al.*, 2001; Frazier, Conlon, e Glaser, 2004; Bellizzi e Blank, 2006; Helgeson, Reynolds e Tomich, 2006), ad uno stile di vita regolare (per quanto concerne il sonno, l'alimentazione e l'attività sessuale, l'assenza o la presenza saltuaria di dolore, e un alto livello di spiritualità) (Tedeschi e Calhoun, 1996; Koenig *et al.*, 1998), ed infine ad un maggior tempo trascorso dalla diagnosi (Tedeschi, Park, e Calhoun, 1998; Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Helgeson, Reynolds, e Tomich, 2006). Infine ci aspettiamo una correlazione positiva tra pensieri intrusivi, strategie di evitamento e crescita posttraumatica (Horowitz, 1986; Park, *et al.*, 1996).

## Metodo

### *Partecipanti e procedura*

La ricerca ha coinvolto 52 pazienti dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, da aprile a giugno 2008, di cui 42 frequentanti il *Day Hospital* di Oncologia Medica e Sperimentale, 4 ricoverati nel reparto di Radiologia Interventistica, 6 ricoverati in Oncologia Medica e Sperimentale. Il campione risulta composto da 12 uomini e 40 donne di età compresa tra i 27 e gli 83 anni (M=59,19; DS=14,80). L'intervistatrice era tirocinante presso il Servizio Sperimentale di Psicologia Oncologica dell'Istituto e laureanda in Psicologia presso l'Università degli Studi di Bari. Ai partecipanti si chiedeva se avessero voluto prender parte ad una ricerca volta ad indagare la qualità della vita di persone come loro esposte ad eventi di vita fortemente stressanti. L'adesione allo studio è stata libera, è stata richiesta massima sincerità nel rispondere e assicurato l'anonimato. Per ragioni etiche, i partecipanti sono stati rassicurati sull'assoluta riservatezza delle informazioni for-

nite, sull'utilizzo dei dati per fini esclusivamente scientifici e sulla possibilità di abbandonare la ricerca in qualsiasi momento lo avessero ritenuto opportuno. Il questionario è stato somministrato secondo una modalità "intervista", formulando le domande e leggendo le possibili risposte. La scelta di tale modalità è giustificata dal fatto che l'autocompilazione dello strumento generava spesso incomprensioni di alcuni *item*, un maggior numero di non-risposte, e problemi con i numerosi pazienti anziani non in grado di leggere e compilare autonomamente i protocolli. A parte le istruzioni generali, contemplate dai manuali psicometrici di ciascuna scala, si sono introdotte delle istruzioni più specifiche relative all'evento *target* della ricerca (*i.e.* "Ricorda che per evento si intende la condizione che stai vivendo").

### *Strumenti*

A tutti i partecipanti volontari è stato somministrato un questionario anonimo, composto da più parti, le quali vanno ad indagare vari aspetti:

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

*Aspetti Socio Assistenziali:* ai partecipanti si chiedeva se percepiscono invalidità civile, accompagnamento o se sono in corso di pratica c/o l'ASL. Inoltre si è richiesto loro se sono seguiti dai Servizi Territoriali, da associazioni o se sono stati inviati a Servizi competenti.

*Stile di Vita:* informazioni riguardanti l'alimentazione, il sonno, l'attività onirica, l'attività sessuale, il dolore, la spiritualità.

*Diagnosi e Tempo Trascorso dalla Diagnosi:* si chiedeva il tipo di diagnosi e la data in cui è stata comunicata.

*Livello di Sconvolgimento Emozionale al Momento dell'Evento:* Su una scala a 10 punti (da 0 "per nulla" a 10 "del tutto") è stato richiesto di indicare in che misura la diagnosi di cancro è stata sconvolgente quando è stata scoperta.

*Livello Attuale di Sconvolgimento Emozionale:* Su una scala a 10 punti (da 0 "per nulla" a 10 "del tutto") è stato richiesto di indicare in che misura la diagnosi di cancro è tuttora sconvolgente.

*Differential Emotion Scale (DES, Izard et al., 2000).* Ai partecipanti si richiedeva di valutare

su una scala a 7 punti (da 0 “per niente” a 6 “del tutto”) il grado di intensità di dodici emozioni di base (Attenzione, Gioia, Sorpresa, Tristezza, Risentimento, Delusione, Paura, Vergogna, Senso di colpa, Disprezzo, Ansia, Sdegno) provate nel ripensare all’evento traumatico.

*Brief Cope* (Carver, 1997): forma ridotta e di più facile utilizzo del COPE (Carver, Scheier, e Weintraub, 1989), composto da 28 items, articolati in 14 scale composte ciascuna da 2 items. Gli items sono valutati su una scala a 4 punti, da 0 (*non ho assolutamente fatto questo*) a 3 (*ho fatto proprio così*). Le scale del *Brief Cope* sono le seguenti: Ristrutturazione Positiva, Distrazione, Catarsi, Uso del Supporto Strumentale, *Coping* Attivo, Diniego, Religione, Umorismo, Disimpegno Comportamentale, Uso del Supporto Emotivo, Uso di Sostanze, Accettazione, Pianificazione, Autoaccusa. Sulla base di indicazioni fornite dalla letteratura abbiamo costruito due indici: strategie di coping adattive (comprendente le scale del *Coping* Attivo, Uso del Supporto Emozionale, Uso del Supporto Strumentale, Catarsi, Ristrutturazione Positiva, Pianificazione, Umorismo, Accettazione, Religione;  $\alpha=0,80$ ) e strategie disadattive (comprendente le scale della Distrazione, Diniego, Uso di Sostanze, Disimpegno Comportamentale, Autoaccusa;  $\alpha=0,43$ ).

*Impact of Event Scale* (IES, Horowitz *et al.*, 1979): 15 items volti ad indagare l’adattamento cognitivo ad eventi di vita stressanti. Si chiede di valutare su una scala a 4 punti (0=“mai”/3=“molto spesso”), con quale frequenza ogni risposta è stata vissuta dopo l’evento. La IES si articola in due sottoscale: pensieri intrusivi ( $\alpha=0,89$ ) ed evitamento ( $\alpha=0,70$ ) dei pensieri e sentimenti relativi all’evento stressante.

*Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI; Tedeschi e Calhoun, 1996): 21 items volti ad indagare la percezione di una crescita a seguito di un’esperienza traumatica. Questa scala include 5 domini di cambiamento: *Relazione con gli Altri* ( $\alpha=0,82$ ), *Nuove Possibilità* ( $\alpha=0,84$ ) *Forza Personale* ( $\alpha=0,76$ ), *Cambiamento nella Spiritualità* ( $\alpha=0,95$ ), *Apprezzamento per la Vita* ( $\alpha=0,65$ ). Ai partecipanti si chiede di valutare il livello in cui hanno percepito a seguito dell’evento traumatico ciascuno dei cambiamenti elencati. Gli items sono tutti al positivo e hanno un formato di risposta da 0

(«non ho provato questo cambiamento come conseguenza dell’evento») a 5 («ho provato questo cambiamento come conseguenza dell’evento»).

## Risultati

### Analisi descrittive

La maggior parte dei partecipanti, come evincibile dalla *tabella 1*, è di genere femminile, casalinga, sposata, in possesso di diploma di scuola secondaria superiore, in ospedale per la terapia. Il 43,4% del campione è affetto da un cancro al seno. Il tempo trascorso dalla diagnosi è in media di tre anni e due mesi ( $DS=3,2$  anni).

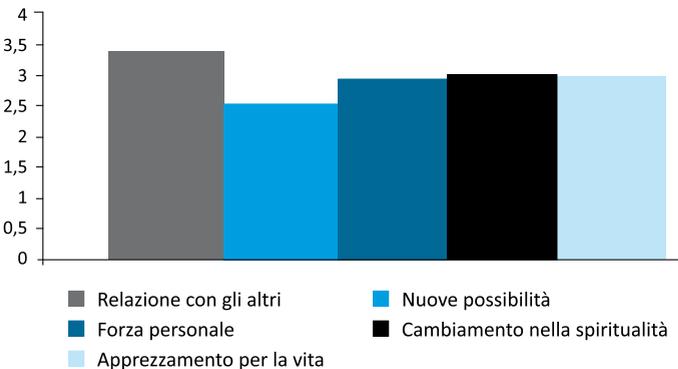
Tab.1 - Caratteristiche del campione

|                              | Pazienti (N=52)   |
|------------------------------|-------------------|
| Genere (% di donne)          | 76,9              |
| Età (M $\pm$ DS in anni)     | 59,19 $\pm$ 14,80 |
| Stato civile                 |                   |
| (% di sposati)               | 78,8              |
| (% di single)                | 3,8               |
| (% di conviventi)            | 1,9               |
| (% di vedovi)                | 9,6               |
| (% di divorziati o separati) | 5,8               |
| Titolo di studio             |                   |
| (% licenza elementare)       | 26,0              |
| (% licenza media)            | 30,0              |
| (% diploma)                  | 40,0              |
| (% laurea)                   | 4,0               |
| Posizione lavorativa         |                   |
| (% impiego full time)        | 9,6               |
| (% impiego part time)        | 0                 |
| (% casalinga)                | 50,9              |
| (% pensionato/a)             | 37,7              |
| Localizzazione del tumore    |                   |
| (% colon-retto)              | 5,7               |
| (% fegato)                   | 5,7               |
| (% ginecologico)             | 1,9               |
| (% intestino)                | 5,7               |
| (% pelle)                    | 7,5               |
| (% polmoni)                  | 5,7               |
| (% seno)                     | 43,4              |
| (% stomaco)                  | 3,8               |
| (% testa-collo)              | 3,8               |
| (% missing)                  | 17,0              |

| Pazienti (N=52)                  |      |
|----------------------------------|------|
| Motivo dell'ospedalizzazione     |      |
| (% prima visita)                 | 1,9  |
| (% controllo annuale/semestrale) | 22,6 |
| (% terapia)                      | 75,5 |

I risultati della DES (Izard *et al.*, 2000) dimostrano che l'emozione maggiormente esperita dai pazienti è l'attenzione ( $M=4,98$ ), seguita dall'ansia ( $M=3,57$ ) e dalla paura ( $M=3,02$ ).

In generale, come si può osservare dal grafico 1, i partecipanti mostrano di percepire i diversi domini del PTGI con la stessa intensità, anche se la sottoscala delle "Relazioni con gli Altri", presenta una media più elevata.



Graf. 1 - Livello di Crescita Postraumatica

Da un'analisi della varianza emerge che le misure della crescita non differiscono a seconda dello stato civile, del numero dei figli, del titolo di studio, della posizione lavorativa, della percezione di invalidità o accompagnamento, dell'essere seguiti da associazioni o da Servizi Territoriali ( $p>0,05$ ). Emerge, invece, un effetto significativo del genere; le donne riferiscono livelli maggiori di crescita rispetto agli uomini [ $F(1,50)=6,18$ ;  $p<0,05$ ;  $M_{donne}=3,2$ ; ( $DS=1,3$ );  $M_{uomini}=2,1$ ; ( $DS=1,2$ )].

### Analisi correlazionali

I risultati di analisi correlazionali condotte tra i fattori della *crescita post-traumatica*, le sottoscale della IES, del *Brief Cope*, la variabile *tempo* e le variabili dello Stile di Vita sono mostrate in *tabella 2*.

Come si può osservare l'indice globale di IES (comprendente le misure di intrusione ed evitamento) sembra correlare positivamente solo con il dominio del PTGI del "Cambiamento Spirituale" ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ), mentre, coerentemente con quanto ipotizzato tutti i domini del PTGI correlano positivamente ed in misura elevata con l'indice globale di  *coping*  adattivo e funzionale con la maggior parte delle correlazioni comprese tra 0,31 e 0,58 ( $0,001<p<0,05$ ), e non con le strategie di  *coping*  disadattive ( $p>0,05$ ).

Tab. 2 - Correlazioni tra PTGI, IES, Brief COPE, Stile di vita

|                    | Relazione Altri | Nuove Possibilità | Forza Personale | Spiritualità | Apprezzamento Vita |
|--------------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------|--------------------|
| Totale IES         | 0,12            | 0,53              | 0,14            | <b>0,29*</b> | 0,20               |
| Coping Adattivo    | <b>0,53**</b>   | <b>0,54**</b>     | <b>0,58**</b>   | <b>0,31*</b> | <b>0,46**</b>      |
| Coping Disadattivo | -0,07           | -0,04             | 0,05            | 0,25         | 0,14               |
| Tempo              | 0,20            | <b>0,43**</b>     | <b>0,37**</b>   | 0,13         | <b>0,31*</b>       |
| Spiritualità       | <b>0,46**</b>   | <b>0,35**</b>     | <b>0,44**</b>   | <b>0,31*</b> | <b>0,38**</b>      |
| Alimentazione      | -0,02           | 0,17              | 0,23            | 0,27^        | 0,03               |
| Sonno              | 0,11            | -0,03             | 0,13            | -0,07        | -0,12              |
| Attività onirica   | 0,24            | 0,00              | 0,11            | 0,21         | 0,04               |
| Attività sessuale  | -0,16           | -0,02             | -0,03           | -0,05        | 0,08               |
| Dolore             | -0,07           | 0,19              | 0,12            | -0,08        | 0,09               |

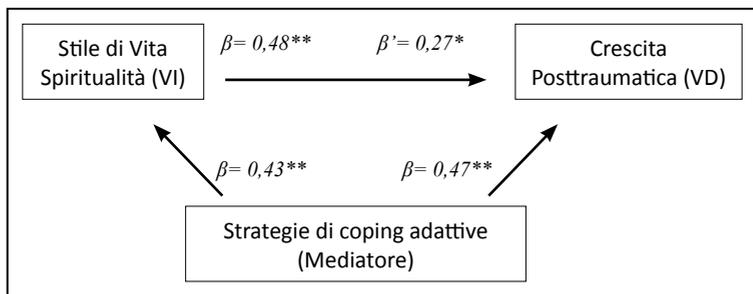
\*\*  $p<0,01$ ; \*  $p<0,05$ ; ^  $p>0,05$

Dai risultati è emerso inoltre che tanto più tempo è trascorso dall'evento tanto più le persone percepiscono una crescita in termini di Nuove Possibilità di Vita ( $r=0,43$ ;  $p<0,01$ ), Forza Personale ( $r=0,37$ ;  $p<0,01$ ), e Apprezzamento della Vita ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) con la maggior parte delle correlazioni comprese tra 0,31 e 0,43 ( $0,001<p<0,05$ ). Tra le varie componenti della variabile Stile di Vita, la Spiritualità è l'unica che risulta correlare con tutti i domini della crescita con la maggior parte delle correlazioni comprese tra 0,31 e 0,46 ( $p<0,01$ ).

### *Strategie di coping adattive come variabile di mediazione dell'effetto dello stile di vita improntato alla spiritualità sulla crescita posttraumatica.*

Sulla base dei risultati emersi dall'analisi delle correlazioni, testiamo l'ipotesi che l'effetto dello stile di vita improntato alla spiritualità sulla crescita posttraumatica sia mediato dal livello in cui le persone utilizzano strategie di coping adattive. Si sono seguite le linee guida per l'analisi di mediazione suggerite da Baron e Kenny (1986). Per affermare la presenza di un ruolo di mediazione significativo devono essere soddisfatte diverse condizioni: (a) relazioni statisticamente significative tra la variabile indipendente (*stile di vita improntato alla spiritualità*) e la variabile dipendente (*indice globale di crescita posttraumatica*); (b) relazioni statisticamente significative tra la variabile indipendente ed il potenziale mediatore (*strategie di coping adattive*); (c) relazione statisticamente significative tra il potenziale mediatore e la variabile dipendente. Inoltre per confermare la nostra ipotesi è necessario che vi sia una riduzione dell'effetto predittivo della variabile *stile di vita improntato alla spiritualità* (Variabile Indipendente) sull'*indice globale di crescita posttraumatica* (Variabile Dipendente), nel senso

Fig.1 - Test dell'ipotesi di mediazione: Le strategie di coping adattive mediano l'effetto dello stile di vita improntato alla spiritualità sulla crescita posttraumatica



#### Note

$\beta$  = Coefficiente di Regressione

$\beta'$  = Coefficiente di Regressione di VI dopo aver parzializzato per il mediatore

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

che l'effetto predittivo deve scomparire o essere significativamente ridotto dall'introduzione della variabile *strategie di coping adattive* (Mediatore) (Baron e Kenny 1986).

Per verificare l'effetto di mediazione abbiamo condotto tre analisi di regressione (si veda Figura 1.). La prima ha confermato la condizione (a); lo *stile di vita improntato alla spiritualità* predice significativamente la *crescita posttraumatica* [ $R^2=0,21$ ,  $F(1,52)=15,12$ ;  $p<0,00$ ,  $\beta=0,47$ ,  $t=3,89$ ,  $p<0,00$ ]. La seconda ha confermato la condizione (b); lo *stile di vita improntato alla spiritualità* predice significativamente la variabile *strategie di coping adattive* [ $R^2=0,17$ ,  $F(1,52)=11,59$ ;  $p<0,05$ ,  $\beta=0,43$ ,  $t=3,41$ ;  $p<0,05$ ]. La terza equazione ha confermato la condizione (c) [ $R^2=0,38$ ,  $F(1,52)=17,41$ ;  $p<0,00$ ], mostrando che la variabile *strategie di coping adattive* (Mediatore) predice la *crescita posttraumatica* (Variabile Dipendente) [ $\beta=0,47$ ,  $t=3,92$ ;  $p<0,00$ ], parzializzando la Variabile Indipendente (*stile di vita improntato alla spiritualità*) [ $\beta=0,28$ ,  $t=2,29$ ,  $p>0,05$ ]. Poiché l'effetto della Variabile Indipendente, si riduce dopo aver parzializzato l'effetto del Mediatore, si può parlare di *mediazione parziale*. L'applicazione del test di Sobel (vedi Baron, & Kenny, 1986) ha confermato la significatività dell'effetto,  $Z=2,84$ ,  $p<0,001$ .

## Conclusioni

L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare la crescita post-traumatica e le variabili ad essa associate in persone affette da patologia oncologica, considerata traumatica per la minaccia alla sopravvivenza che essa rappresenta.

Come ci aspettavamo, le persone coinvolte nello studio mostrano di percepire i diversi domini del PTGI con la stessa intensità, anche se la sottoscala delle "Relazioni con gli Altri" presenta una media più elevata. Tra le variabili socio-demografiche indagate emerge solo un effetto significativo del genere: i maggiori livelli di crescita erano riferiti più dalle donne che dagli uomini. Questo dato è in linea con l'evidenza secondo la quale le donne tendono in misura maggiore rispetto agli uomini non solo a farsi carico fin da subito della complessità della malattia e delle sue conseguenze, ma anche ad essere maggiormente orientate verso i processi emotivi e relazionali coinvolti negli eventi di vita e verso la rivalutazione positiva (Park, Cohen, e Murch, 1996; Tedeschi e Calhoun, 1996; Weiss, 2002; Tamres, Janicki, e Helgeson, 2002; Bellizzi, 2004; Linley e Joseph, 2004).

Tra i correlati della crescita indagati in questo studio è emerso che la variabile "spiritualità" dello stile di vita e le strategie di *coping* funzionali e attive sono positivamente associate alla maggior parte dei domini di crescita.

In particolare, utilizzando il modello proposto da Baron e Kenny (1986) di analisi di mediazione, abbiamo dimostrato come la relazione tra stile di vita improntato alla spiritualità e crescita post-traumatica non sia lineare, ma mediata dal livello in cui le persone utilizzano strategie di *coping* adattive. Molti pazienti oncologici, infatti, si rifugiano nella religione, come tentativo di trovare un senso alla propria vita. La religione e la spiritualità possono fornire agli individui una filosofia di vita unificante, funzionare come forze integranti e stabilizzanti, capaci di offrire un *framework* all'interno del quale interpretare i cambiamenti di vita e trovare una risoluzione a questioni quali la sofferenza, la morte e l'ingiustizia (Emmons *et al.*, 1998). Così, le esperienze religiose, provvedendo una cornice di senso all'esperienza, si ritengono promotrici di strategie adattive quali la ricerca di supporto strumentale ed emozionale e la tendenza a ristrutturare positivamente l'evento e a risolvere

i problemi (Joseph e Linley, 2005). Gli sforzi di guardare il lato positivo delle cose e di attivarsi in maniera positiva e propositiva sono strategie utili a favorire un processo di crescita (Helgeson, Reynolds, e Tomich, 2006). Questi risultati sono, infatti, a sostegno di quello che la letteratura ha da anni evidenziato, ovvero una stretta associazione tra *coping* attivo (*approach*) e crescita post-traumatica (Moos e Schaefer, 1998; Cordova *et al.*, 2001; Frazier, Conlon, e Glaser, 2004) e religione o spiritualità e crescita posttraumatica (Shaw *et al.*, 2005). Il ruolo della spiritualità come "strategia di ricerca di senso" emerge anche dalla correlazione tra il dominio del "Cambiamento spirituale" della crescita e l'indice globale di impatto traumatico (pensieri intrusivi ed evitamento). Una recente meta-analisi sulla crescita post-traumatica (Helgeson *et al.*, 2006) ha infatti mostrato come i pensieri intrusivi possano essere un indizio degli sforzi compiuti dagli individui di trovare un significato all'esperienza vissuta e possano indicare che un processo di elaborazione cognitiva è in atto, piuttosto che essere *marker* di *distress*.

La correlazione positiva tra tempo trascorso dalla diagnosi e crescita posttraumatica sta ad indicare come in questo processo di costruzione di senso e di accomodamento dei propri schemi alla nuova informazione traumatica, gli individui abbiano bisogno di un certo periodo di tempo prima che una crescita positiva, come esito, possa essere percepita (Tedeschi, Park, e Calhoun, 1998; Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Helgeson, Reynolds, e Tomich, 2006).

E' opportuno evidenziare quali sono i limiti di questo studio, tra questi il numero dei partecipanti, troppo esiguo per consentire ai nostri dati un'adeguata generalizzabilità e il carattere *cross-sectional* delle rilevazioni. Sono auspicabili, come del resto suggeriscono le ultime meta-analisi, ulteriori ricerche di tipo longitudinale.

Appaiono evidenti le potenzialità applicative di questo filone di ricerca e la necessità della presa di consapevolezza sul piano clinico del potenziale per il cambiamento positivo nei pazienti esposti ad eventi di vita traumatici, che testimonia la grande variabilità nelle risposte al cancro da parte degli individui. I cambiamenti positivi potrebbero essere usati come fondamentali per il futuro lavoro terapeutico da parte dei clinici (Calhoun e Tede-

schi, 1999; Linley e Joseph, 2002). Infatti, il disagio psicologico è più tollerabile se una persona riesce ad attribuire una cornice di significato e di valore all'esperienza del trauma. La speranza è che maggiori investimenti in questo campo di ricerca e un'accelerazione nel cambiamento culturale in atto, che vede la scienza medica ed oncologica operare in sinergia con la scienza psicologica nell'interesse della persona, prima ancora che del malato, portino innanzitutto ad una fioritura di ricerche sempre più valide, e, come direbbero gli anglofoni, "last but not the least", alla creazione di strategie di intervento massimamente efficienti ed efficaci, per aiutare le persone ad uscire dalla crisi, superarla, elaborarla, e trasformarla in opportunità, in valore aggiunto per il futuro individuale e collettivo.

### Bibliografia

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing Benefits from Adversity: Adaptational Significance and Dispositional Underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 899-922.
- Andrykowski, M.A., Munn, R.K., & Studts, J.L. (1996). Interest in Learning of Personal Genetic Risk for Cancer: A General Population Survey. *Preventive Medicine, 25*, 527-536.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A., & Carver, C.S. (2001). Cognitive-Behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances Benefit Finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 23*, 3-15.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Bellizzi, K.M. (2004). Expressions of generativity and Posttraumatic growth in adult cancer Survivors. *Int'l. Aging and Human Development, 58*, 267-287.
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.M. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology, 25*, 47-56.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma and Human Resilience. Have we underestimated the Human Capacity to thrive after Extremely Aversive Event?. *American Psychologist, 1*, 20-28.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Post-traumatic growth: a clinician's guide*. Mahawa, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L.Jr., & Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-391.
- Carver, C.S. (1997). You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*, 92-99.
- Carver, C.S., & Antoni, M. H. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology, 23*, 595-598.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. *Health Psychology, 20*, 176-185.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 561-574.
- Emmons, R.A., Cheung, C., & Tehrani, K. (1998). Assessing Spirituality Through Personal Goals: Implications for Research on Religion and Subjective Well-Being. *Social Indicators Research, 45*, 391-422.
- Fromm, K., Andrykowski, M., & Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine, 19*, 221-240.
- Gasparre, A. (2009). La crescita posttraumatica: Una concettualizzazione del costrutto. *Giornale Italiano di Psicologia, 4*, 741-764.
- Helgeson, V.S., Reynolds K. & Tomich, P. (2006). A Meta Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 797-816.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.
- Izard, C.E., & Ackerman, B.P. (2000). Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions. *Handbook of emotions, 16*, 253-264.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Joseph, S., & Linley, P.A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology, 9*, 262-280.
- Koenig, H.G., Larson, D.B., Hays, J.C., McCullough, M.E., George L.K., Branch, P.S., Meador, K.G., &

- Kuchibhatla, M. (1998). Religion and survival of 1010 male veterans hospitalized with medical illness. *Journal of Religion Health, 37*, 15-29.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I., & Nielsen, J.B. ((1998). Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 9*, 513-521.
- Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E., & Phillips K.M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 828-840.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2002). Posttraumatic growth. *Counselling and Psychotherapy Journal, 13*, 14-17.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 11-21.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L.K.F., & Grana, G. (2004). Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*, 442-454.
- O'leary, V., Alday, C., & Ickovics, J. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. In Tedeschi, R., Park, C. & Calhoun, L. (a cura di), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 127-15). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*, 71-105.
- Park, C.L., & Helgeson, V.S. (2006). Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events-Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 791-796.
- Prati, G. (2005). *Strumenti di misura e validità del costrutto della crescita post-traumatica*. Disponibile in <http://emergenze.psice.unibo.it>.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. New York: Free Press.
- Schaefer, J., & Moos, R. (1998). The context for post-traumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R.G. Tedeschi, C. Park, L.G. & Calhoun (eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture, 8*, 1-11.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A., & Tennen, H. (2006). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology, 58*, 565-592.
- Tamres, L.K., Janicki, D., & Helgeson, V.S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 12-30.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*, 1161-1173.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.C., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high risk sexual behaviour among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 460-473.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Newbury Park, CA: Sage.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-471.
- Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L., (1998). Posttraumatic growth: Conceptual Issue. In R. Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Terzani, T. (2004). *Un altro giro di giostra*, Longanesi.
- Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2006). Cognitive adaptation theory and breast cancer recurrence: Are there limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 980-987.
- Upegraff, J.A., & Taylor, S.E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J.H Harvey, & E. Miller (Eds.), *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives* (pp.3-28). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Upegraff, J.A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. (2002). Positive and Negative Effects of HIV Infection in Women With Low Socioeconomic Resources. *Personality and social Psychology Bulletin, 28*, 382-394.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1272-1284.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer and Their Husbands. *Journal of Psychosocial Oncology, 20*, 65-80.
- Zilberg, N.J., Weiss, D.S., & Horowitz, M.J. (1982). Impact of Event Scale: A cross validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 407-414.

# Diritti (anche Psicologici) a Scuola

Raffaele Farina

Psicologo - Psicoterapeuta ad indirizzo Umanistico-Rogersiano

## Riassunto

L'autore presenta i risultati di una ricerca condotta in una Scuola Secondaria di 1° Grado mirata a validare la potenziale efficacia dell'utilizzo in ambito scolastico (e in particolare nell'area problematica del disagio e della dispersione) di una metodologia che integra elementi del tipico lavoro Psicologico di matrice umanistico-Rogersiana con elementi del Social-Work e della Metodologia delle Reti Sociali (Folgheraiter, 2011). Strategicamente tale metodologia utilizza sistematicamente e sistemicamente (cioè coinvolgendo nel processo tutti i ruoli coinvolti: docenti, alunni, genitori) il setting grupale (vs quello tipicamente diadico del tradizionale presidio di Psicologia Scolastica: lo Sportello Ascolto) in modalità circle-time con una conduzione professionale molto leggera che, attraverso il potenziamento delle competenze comunicative ecologiche, di auto-mutuo-aiuto e di problem-solving sociale negoziato, mira ad attivare un processo culturale di riapprendimento della partecipatività e di riappropriazione di protagonismo e responsabilità individuali nella soluzione di problemi. In un tale quadro metodologico è più agevole anche per il professionista sottrarsi alla cultura della delega e dell'erogazione di soluzioni decontestualizzate che alimentano viziosamente il circolo della connotazione marginalizzata della Psicologia Scolastica (Farina, 2010; Salvatore, 2009) e ne precludono sviluppi e contributi di livello sistemico. Trasversalmente a ciò, quindi, l'autore tenta di sollecitare un dibattito fruttuoso e fattivo sul futuro della Psicologia Scolastica in Puglia e, nell'immediato, sugli sviluppi del cantiere DAS - Diritti A Scuola Progetti C.

*Parole chiave:* Dispersione scolastica, Psicologia Scolastica, Metodologia Socio-Relazionale, Problem-solving sociale, Protagonismo individuale, Diritti A Scuola

## Introduzione

Il presente articolo ha l'obiettivo di condividere con il lettore alcune metodologie e buone prassi di Psicologia Scolastica partendo dai risultati di un intervento condotto presso una Scuola Secondaria di 1° grado, nel periodo Marzo-Giugno 2013, nell'ambito del Bando Regionale DAS - "Diritti

a Scuola" (Regione Puglia, 2012a) puntato sulla dispersione scolastica.

L'occasione sarebbe anche gradita per avviare all'interno della categoria della Professione Psicologica un dibattito più sistematico e organico sulla Psicologia Scolastica in Puglia, con l'auspicabile istituzione di tavoli di lavoro o quanto meno di gruppi informali di confronto e condivisione di buone prassi che costituiscano un minimo d'indirizzo e coordinamento che, ad avviso dello scrivente, sono mancati nella prima tornata 2012/13 di Bandi DAS - Progetti C che hanno visto per la prima volta in Puglia una tale mobilitazione di colleghi nel comparto Scolastico: circa 350 tra Psicologi e Orientatori per un totale di circa 21.000 ore di lavoro tra gennaio e giugno 2013 in 212 Scuole Pugliesi e per un volume d'affari di oltre 1.000.000 di euro<sup>1</sup>. Numeri che tra l'altro, essendo andati a decuplicare in un solo anno l'andamento medio d'interventi di Psicologia Scolastica in Regione<sup>2</sup>, meriterebbero per se stessi alcune considerazioni e risposte ai seguenti interrogativi: esiste un preciso e voluto piano mirato sulla dispersione scolastica, francamente e strategicamente puntato sul potenziale contributo della

<sup>1</sup> Stime elaborate dallo scrivente sulla base dei dati presenti sul portale regionale per la formazione (Regione Puglia, 2013a) e sulla base del report finale elaborato dalla Cabina di Regia DAS -Scuola Polo IISS "R.Gorjux" di Bari - (Regione Puglia, 2013b)

<sup>2</sup> Riferendoci per esempio all'anno 2012 durante il quale si contano 723 bandi PON in Regione (fonte: portale dell'Ufficio Scolastico Regionale, <http://www.pugliausr.it> sezione PON) e stimando un'occorrenza media del 10% di ricorso ad Esperti Psicologi (cioè che ogni 10 bandi PON solo in uno di questi venga richiesto lo Psicologo. Chi spulcia annualmente tali bandi può confermare tale andamento medio!), il monte ore annuo 2012 Regione Puglia per interventi di Psicologia Scolastica area PON è stato approssimativamente di 2.160 ore (il 10% di 723 moltiplicato la durata media di un progetto PON che è ca. 30 ore)

professione psicologica alla causa o queste 21.000 ore sono solo il frutto di una contingenza casuale? Ammesso che dietro il “Progetto C” ci sia una regia composta da colleghi Psicologi o comunque da professionisti che credono nel potenziale della professione Psicologica, come s’intende procedere, quali gli obiettivi, quali gli strumenti? Esiste un piano di valutazione e monitoraggio oltre a quello della Cabina di Regia<sup>3</sup> DAS ufficiale che, stando ai contenuti dell’ultimo report (Regione Puglia, 2013b), non sembra spendersi molto (né avere gli strumenti e i giusti indicatori per farlo) sull’area C del progetto DAS?

Una nota di merito, che ci piacerebbe sapere a chi accreditare, è stata l’impostazione dei Bandi con un paletto di massimo due assegnazioni pro capite ad Esperto: disposizione che ha finalmente interrotto il circolo vizioso dei bandi PON che, in area scolastica, favorisce da anni sempre e soltanto gli stessi Esperti (sempre più esperti!) permettendo al popolo dei PPPP (Psicologi-pluriformati-plurimasterizzati-praticamente senza esperienza!) di accedere al cantiere Scolastico.

## Premessa e analisi del contesto

Scuola Secondaria di 1° Grado, sud-ovest Barese, 269 alunni in dodici classi di cui 103 partecipanti al progetto DAS - Diritti a Scuola, progetto che, accanto ai canonici percorsi di recupero delle competenze di base di Italiano e Matematica (Progetti A e B), prevedeva un’azione complementare a cura di figure professionali esperte nell’ambito psicologico e dell’orientamento (cosiddetto Progetto C), figure<sup>4</sup> preposte -secondo il bando e re-

lativamente al 1° Grado di Scuola Secondaria- al servizio dei genitori degli allievi e per fornire loro a) «un supporto di consulenza psicologica per informare e collaborare con gli stessi nel sostenere l’integrazione sociale dei ragazzi coinvolti nei percorsi di recupero A e B», b) «un’attività informativa – con particolare riguardo ai genitori in situazioni di difficoltà socio-lavorative - e d’indirizzo verso i servizi d’istruzione e formazione del lavoro che possano aiutarli in un percorso specifico di integrazione» (Regione Puglia, 2012a).

Di concerto con la Dirigenza, d’accordo sulla non adeguatezza alle esigenze scolastiche di un’adozione rigida del target indicato dal bando (“prevalentemente genitori”), si è inteso estendere l’intervento a tutto il contesto scolastico, contesto dal quale non si può prescindere per un sensato intervento mirato alla dispersione scolastica in tutte le forme in cui essa si manifesta così come del resto dichiarato nelle stesse finalità del Progetto DAS (Regione Puglia, 2012a).

Quanto appena affermato si è tradotto praticamente - anche per via della notevole sproporzione risorse/target e quindi dell’impossibilità di lavorare adeguatamente sui singoli casi - in una scelta strategica di tipo socio-relazionale consistita cioè in lavori di gruppo (di classe - con o senza docenti -, gruppetti interclasse, gruppi genitori, reti di negoziazione docente-famiglia-alunno, ecc...) puntati da un lato a smuovere le dinamiche sociali (di classe e non) stereotipizzanti e marginalizzanti, dall’altro a potenziare (tanto a livello individuale quanto grupale) il problem solving sociale (cioè condiviso, concertato e negoziato all’interno di reti sociali di attori) andando così in modo più sostenibile nella direzione di trasferire competenze alla comunità scolastica invece di delegare l’erogazione di soluzioni al professionista di turno (Farina, 2010; Salvatore, 2009). Una strategia che ha permesso di raggiungere, in molti casi anche in modo mirato e continuativo, un target molto ampio e diversificato. Del resto, di là dalla scelta obbligatoria, la strategia è abbondantemente accreditata nella letteratura di settore (a target scolastico) che, oltre a confermare il frequente ricorso a interventi a forte “dimensione relazionale” (vd cooperative learning, peer-tutoring), afferma che il benessere

nienza non è più possibile.

<sup>3</sup> A scanso di equivoci, ricorrendo di frequente il termine “regia” nell’elaborato, il riferimento alla Cabina di Regia Ufficiale è solo quello con caratteri maiuscoli (“REGIA”). Altrove, in minuscolo, ci si riferisce a un’auspicabile regia costituenda in seno alle categorie professionali coinvolte dal Progetto C. In realtà sulla carta tale regia esiste già dal 2009 (la Regione Puglia è una delle poche ad aver istituito l’Unità Regionale di Psicologia Scolastica con L.R. 31/09) ma si è probabilmente persa nei meandri istituzionali.

<sup>4</sup> Per i meccanismi di scorrimento graduatoria, le due figure in questo Istituto sono coincise con il medesimo Professionista. A partire dal bando successivo, e cioè quello relativo all’A.S. in corso 2013/14, questa eve-

*socio-relazionale* di un alunno risulta fortemente<sup>5</sup> correlato con il rendimento scolastico positivo e come fattore protettivo dalla dispersione scolastica (Carli e Mosca, 1980; Moreno, 1943; Trussoni, 2009; Zani e Cicognani, 2000).

Oltre a ciò il Servizio è riuscito comunque a dare un supporto psicologico e orientativo individuale, quando richiesto, tanto agli alunni che alle famiglie.

## Obiettivi e strategie generali

Questi gli obiettivi prefissati.

Un *obiettivo generale* di supporto al sistema scolastico inteso come complessità d'istanze e di ruoli educativi (Dirigente, docenti, genitori, alunni). Supporto finalizzato a potenziare competenze e prassi utili a lavorare secondo principi di *inclusione e integrazione* della dispersione scolastica in tutte le forme in cui si manifesta. Supporto inteso ed esercitato in termini di (a) costante attività di osservazione, (b) attività di facilitazione delle dinamiche comunicative e socio-relazionali attraverso la creazione di contesti idonei al confronto e allo scambio di esperienze e di feedback fra gli attori sistemici, (c) tentativo di trasferire, al contesto e agli attori, competenze sostenibili e riproponibili nei successivi anni scolastici.

Un *supporto alle classi* di tipo socio-relazionale, funzionale cioè a migliorare il clima di classe, lo spirito di gruppo, il senso di appartenenza, il confronto reciproco, la comunicazione efficace ed ecologica tra gli alunni e tra questi e i docenti (anche per rinforzare il contratto formativo). Attività condotta in compresenza con l'insegnante, in modalità esperienziale e per un numero di 2/3 incontri per classe fino alla fine dell'anno scolastico.

Un *supporto ai ruoli educativi (genitore/docente)* intesi come ruoli tecnicamente differenziabili (mansioni, competenze, contesto) ma necessitanti di aperture reciproche, confronti e collaborazioni. Attività di gruppo pomeridiane da concordare.

Un *ascolto professionale individuale* (Sportello Ascolto e Orientamento), su richiesta, per problematiche di qualsiasi tipo correlate al Siste-

ma Scuola e rivolto ai *ragazzi* (difficoltà d'inserimento scolastico, di apprendimento, disagi emotivi-relazionali, ecc...), ai *genitori*, ai *docenti* e a chiunque altro in qualche modo appartenente alla rete socio-educativa.

## Metodologia

Per quanto riguarda le *valutazioni quantitative* è stato molto proficuo poter contare sullo strumento sociometrico (De Matteis, 2002) che ha permesso in poche ore (anche grazie all'aiuto degli insegnanti opportunamente istruiti) di raccogliere dati utili e informativi tanto sul piano delle dinamiche sistemiche (di classe) che sul piano individuale di ogni singolo alunno. Tali dati naturalmente sono stati integrati da osservazioni

Tab. 1 - *Questionario sociometrico utilizzato.*

|   |
|---|
| IL MIO NOME                                   |
| Con chi mi sento più in amicizia?.....        |
| E con chi mi ci sento poco o per niente?..... |
| Chi vorrei come compagno di banco?.....       |
| E chi non vorrei al banco con me?.....        |
| Con chi vorrei fare i compiti?.....           |
| Con chi, invece, non li farei?.....           |
| Con chi mi confiderei?.....                   |
| Con chi non mi confiderei?.....               |

dirette (nei vari momenti della vita scolastica), dalla partecipazione ai consigli di classe e dai continui scambi con i docenti. Sui dati raccolti è stato possibile inoltre effettuare delle elaborazioni quantitative interessanti, dotate anche di un impianto metodologico quasi-sperimentale<sup>6</sup> che ha previsto la divisione della popolazione di alunni in due gruppi di classi: Gruppo sperimentale (8

<sup>5</sup> Nella fenomenologia dispersiva le variabili "relazionali" hanno un peso maggiore (sia in termini di rischio che di protezione) rispetto ad altre (Trussoni, 2009).

<sup>6</sup> Si tratta di un disegno di ricerca AB tra gruppi non equivalenti (cioè creati con assegnazioni non casuali) ma comunque omogenei (cioè con performance medie identiche al Test e quindi confrontabili) (McBurney, 2001).

classi in cui sono stati effettuati gli interventi) e Gruppo di controllo (4 classi in cui sono state effettuate unicamente le operazioni di Test-Retest).<sup>7</sup> Il questionario sociometrico consisteva in una batteria di otto domande (4 di scelta/4 di rifiuto) più o meno bilanciate su due distinti criteri d'indagine: affettivo-relazionale (scelta/rifiuto basata su affinità psicologiche) e pragmatico (scelta/rifiuto basato su abilità pratiche del compagno) (Tab.1).

Circa la *metodologia d'intervento* invece, ci si è mossi prevalentemente, come già anticipato in premessa, secondo un approccio *socio-relazionale* con (a) l'obiettivo immediato di attivare e/o potenziare le competenze comunicative ecologiche, il problem-solving sociale negoziato e le abilità sociali in generale e (b) l'obiettivo a medio-lungo termine di trasferire competenze sociali nella comunità scolastica vs perpetrare la cultura della delega e dell'erogazione di soluzioni da parte del professionista di turno (Farina, 2010; Salvatore, 2009).

Il professionista, secondo tale approccio, mettendo da parte le competenze tecnico-cliniche ha lasciato emergere prioritariamente quella che in letteratura ricorre come funzione di facilitatore, funzione che – comunque complessa e articolata in varie competenze (catalizzare risorse/energie, mediare le distanze, favorire l'integrazione delle differenze, veicolare un clima collaborativo, sostenere/aiutare, motivare) – non è prettamente consulenziale nel senso tecnico del termine, cioè non si caratterizza tanto come erogazione di un servizio esperto di risoluzione di problemi quanto per un lavoro mirato a far emergere dal contesto e dai protagonisti stessi le risorse, le abilità, le nuove prassi e le soluzioni (a quei problemi). In tal senso la sua migliore qualità è quella di rimanere defilata, retrocessa in un ruolo neutro, non direttivo, alleggerita delle istanze professionali di onnipotenza che null'altro fanno che alimentare i processi di delega e di deresponsabilizzazione. Il facilitatore così inteso emerge allora come figura

chiave nel processo culturale di riapprendimento della partecipatività, della riappropriazione di protagonismo e responsabilità tanto all'interno dei contesti organizzativi (nel nostro caso la Scuola) che nei personali percorsi individuali (nel nostro caso degli alunni in primis ma anche dei caregivers educativi).

Il movimento culturale e scientifico di riferimento da cui prende le mosse questo modello non è prettamente psicologico ma storicamente ampio e trasversale a più discipline: si va dalle teorie/prassi di pertinenza della sociologia delle organizzazioni che a partire dal movimento delle Relazioni Umane segnala la decisiva incidenza della dimensione socio-relazionale sulla dinamica organizzativa (Bolognini, 2001), per passare attraverso la Psicologia Umanistica e l'Antipsichiatria che hanno insistito sull'importanza dell'attivazione/responsabilizzazione dell'utenza nella relazione d'aiuto (Liss, 1996; Liss, 1998; Liss, 2004; Rogers, 1951) (dando avvio anche al movimento socio-culturale dell'Auto-Mutuo-Aiuto), senza tralasciare, in ottica un po' più sociologica, le istanze di revisione del Welfare odierno i cui concetti chiave (sussidiarietà, cittadinanza attiva, protagonismo sociale, governance) si vanno strutturando in metodologie dal basso come la Metodologia Relazionale delle Reti Sociali (Folgheraiter, 2011; Raineri, 2004) che, quest'ultima in particolare, sistematizza e puntualizza teorie e prassi del lavoro in rete sui "single cases" tipico del contesto scolastico.

Non è mancato naturalmente il ricorso a tecniche un po' più strutturate come il Role playing (Lewin, 1947) e il Sociodramma (Boal, 1977) ma senza mai perdere di vista l'obiettivo di veicolare apprendimenti mediati dal gruppo e dal personale coinvolgimento (emotivo, cognitivo e corporeo).

### Tempi, attività e fasi

Le attività sono durate ca. 180 ore (60 oltre le 120 ufficiali e comunque a titolo volontario): **20% per Attività preliminari e collaterali** (Conoscenza del target e del contesto, Osservazione e Somministrazione test sociometrico nelle classi, Partecipazione ai Consigli di Classe e agli incontri Scuola-Famiglia, Contatti telefonici con le famiglie, Attività informativa e promozionale dei

<sup>7</sup> Le classi appartenenti al Gruppo di controllo sono classi in cui non sono stati fatti interventi o, se fatti, non hanno minimamente interessato la dinamica sociometrica (si tratta di 1-2 max. contatti individuali per classe, su segnalazione della famiglia) e sono state scelte secondo un criterio di minore priorità di intervento rispetto a quelle del Gruppo sperimentale.

contenuti del Servizio); 80% per Attività specifiche (Sportello Ascolto, Lavoro nei gruppi classe, Lavoro in sottogruppi di alunni anche interclasse, Incontri con le famiglie, Incontri di negoziazione docente-famiglia-alunno).

## Risultati

L'intervento ha prodotto i seguenti risultati: (1) *La definizione del target "dispersione" alunni (n° 160)*. Nel target abbiamo incluso gli alunni Rifiutati e Isolati (categorie sociometriche), quelli segnalati dai Docenti/ dal Consiglio di Classe/ dalle Famiglie, i casi auto- segnalati e infine gli alunni DAS. Tale interpretazione del concetto di dispersione, volutamente allargata e comunque non inclusiva di tutto ciò che resta sommerso, si fonda su una non ancora chiara e univoca definizione di letteratura. Il MIUR per esempio, nel catalogare la casistica rientrante nel fenomeno utilizza anche la voce «qualità scadente degli esiti» facendo così rientrare nel concetto di dispersione praticamente qualsiasi condizione che in qualche modo incida negativamente sulle performance degli alunni (Ministero della Pubblica Istruzione, 2000). Tale definizione si ripercuote del resto sul calcolo del tasso di dispersione (rapporto tra alunni in dispersione e alunni totali) che nel nostro caso è pari a 59,5% (160/269), valore che, non confrontabile con quelli periodicamente divulgati dalle agenzie statistiche sul fenomeno dispersivo, corrisponde tuttavia alle esigenze della nostra ricerca e soprattutto agli obiettivi della professione Psicologica che ha il compito di prendere in carico qualsiasi condizione in "dispersione".

(2) *La classificazione di una casistica target contesto-specifica*<sup>8</sup>, cioè di alunni tipo necessitanti di presa in carico inclusiva: (a) Alunno ripetente; (b) Alunno con problematiche riconducibili alla famiglia (sociali, lavorative, finanziarie, violenza domestica in corso o pregressa, lutti in corso o non elaborati, disordine nella vita domestica, poca presenza/cura genitoriale, mancanza di regole/orari,

uso di tv/playstation/pc, separazione/divorzi in corso o non elaborati); (c) Alunno con problematiche legate al contesto scuola o degli apprendimenti in generale (no studio, no metodo di studio, no attenzione in classe, no materiali in classe, no uso di diario, difficoltà di concentrazione, esperienze scolastiche pregresse negative, DSA, diagnosi di Q.I depresso); (d) Alunno con problematiche di tipo socio-relazionale (profilo sociometrico Isolato o Rifiutato così come rilevato dal Test Sociometrico).

(3) *Il contatto e intervento su casi target come di seguito*: n° 46 alunni (29% del target) raggiunti con intervento individuale + 91 alunni (57%) raggiunti con intervento di gruppo.

(4) *L'individuazione di alcune buone prassi*. (a) **LAVORO IN EQUIPE INFORMALI**. Fondamentale che il professionista trovi il modo di interagire collaborativamente e sinergicamente con gli attori sistemici. Nel nostro caso è stato fondamentale per esempio "correggere" il target di Bando d'accordo con il Dirigente e, inoltre e in modo assolutamente non scontato, lavorare in sistematico e strategico confronto e collaborazione educativa con i docenti, caso per caso.<sup>9</sup> (b) **CIRCLE TIME**. Fare cerchio è un ottimo modo per affrontare i problemi e i ragazzi lo hanno sperimentato. E' possibile farlo dovunque e con chiunque: in classe, in gruppetto, anche con ragazzi di altre classi, con i docenti. Tra l'altro, con opportuni artifici e attenzioni formative "attive", è possibile transitare gradualmente verso dinamiche autogestite dove non occorre la presenza di un esperto ma solo quella di un facilitatore che presidi il rispetto di alcune semplici e naturali regole alla base della comunicazione efficace (ascolto, privacy, tempo per tutti, momenti di sintesi e rifocalizzazione). (c) **DIARI**. Quella dei diari (semplici fascicoli realizzati con fogli A4 spillati a mo' di

opuscolo) è una prassi semplicissima ma molto efficace per affrontare i problemi in modo pratico

<sup>8</sup> L'utilità pratica di questa rilevazione era, nei propositi, sostanzialmente quella di mettere a disposizione della Scuola uno strumento (a matrice empirica e molto contestualizzato) di prevenzione e pre-sensibilizzazione degli operatori scolastici sulle situazioni potenzialmente produttive di "dispersività".

<sup>9</sup> Si tratta di concetti e principi abbastanza scontati ma la cui messa in opera rischia sistematicamente di naufragare a causa di dinamiche e contingenze (tempi ridotti, diffidenze, resistenze) che lo Psicologo deve cercare di governare con energia e spirito d'iniziativa per non cadere nel circolo vizioso della "connotazione marginalizzata dell'intervento Psicologico nella Scuola" (Salvatore, 2009; Farina, 2010).

e con la partecipazione responsabile dell'interessato (alunni ma anche docenti o genitori). Si tratta di una strategia puntuale e sistematica (ispirata alla tradizione cognitivo-comportamentale) di automonitoraggio di un comportamento che si vuole controllare o gestire meglio. Possiamo avere diari per la gestione responsabile della playstation, per gestire il tempo studio pomeridiano o per controllare la propria attenzione in classe. Si prestano moltissimo a verifiche periodiche.

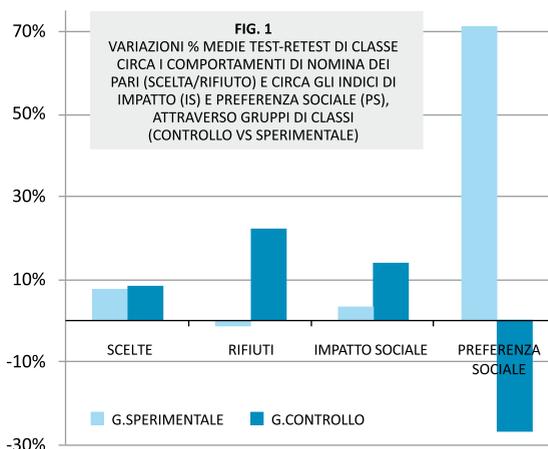
(5) *Altre rilevazioni.* Alunni<sup>10</sup>, Genitori, Indici Sociometrici<sup>11</sup>. (Tab.2)

Tab. 2 - Alunni e Genitori. Altre rilevazioni

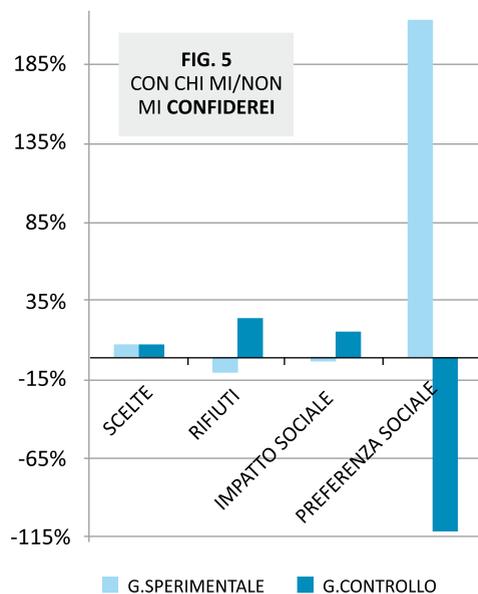
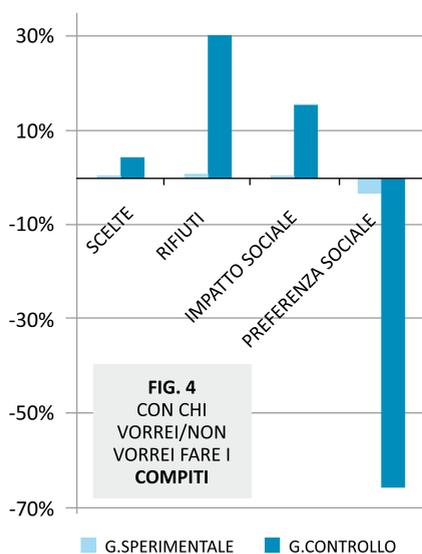
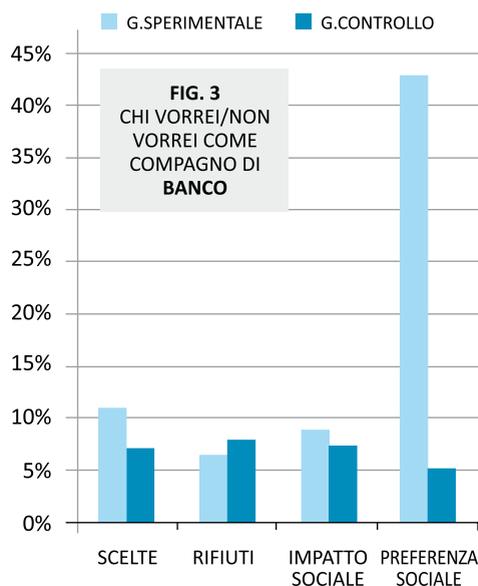
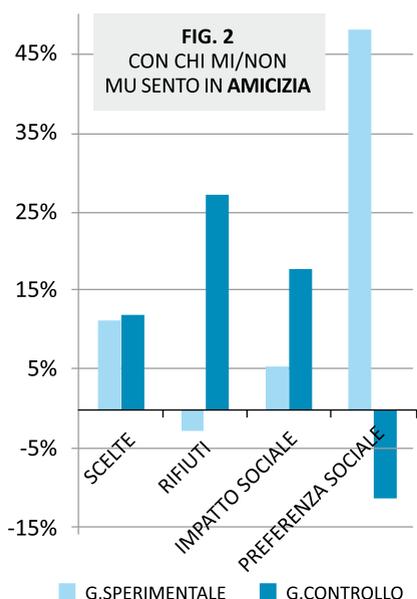
| Alunni: PRESENZE   | VALORI |      |
|--|--------|------|
| N° fruitori del servizio   | 183    |      |
| N° erogazioni  | 369    |      |
| % di ri-accesso (erogazioni/fruitori)  | 201%   |      |
| <b>Alunni: INDICI SOCIOMETRICI:</b> variazioni medie% Gruppo sperimentale (GS) vs Gruppo di controllo (GC) Fig.1 | GS     | GC   |
| Variazione dei comportamenti di scelta dei pari  | 8%     | 8%   |
| Variazione dei comportamenti di rifiuto dei pari   | -1%    | 22%  |
| Variazione di IS-Impatto Sociale ( <b>scelte+rifiuti</b> )   | 4%     | 14%  |
| Variazione di PS-Preferenza Sociale ( <b>scelte-rifiuti</b> )  | 71%    | -27% |
| <b>Genitori: ATTIVITA' INFORMATIVA e SUPPORTIVA</b>  |        |      |
| N° fruitori  | 44     |      |
| N° erogazioni  | 75     |      |
| % di ri-accesso (erogazioni/fruitori)  | 170%   |      |

<sup>10</sup> Circa gli alunni (a) per servizio s'intende sia individuale che di gruppo, (b) il numero di fruitori è > di quello relativo al target "dispersione" (160) perché, come già detto, il Servizio è stato inteso come globalmente offerto alla comunità scolastica e non solo al target "dispersione", (c) il dato di riaccesso è un po' sporco perché tiene conto dei lavori in classe e cioè di un ri-accesso non francamente volontario come quello a sportello. Lo abbiamo lasciato così perché i ritorni dello Psicologo nelle classi (mediamente si è riusciti a condurre due incontri a classe) sono stati quasi sempre richiesti dagli alunni stessi e comunque altamente graditi

<sup>11</sup> Della vasta e articolata criteriologia sociometrica presente in letteratura da Moreno (Moreno, 1943) in poi abbiamo scelto, per gli scopi della presente ricerca e al tempo stesso per non appesantirne la gestibilità divulgativa, solo i comportamenti di nomina in entrata, cioè le scelte/rifiuti *avuti* da ogni alunno (tralasciando quindi scelte/rifiuti eseguiti e percezioni di scelte/rifiuti). Si è inoltre deciso, per gli stessi motivi, di rimandare ad una successiva pubblicazione la trattazione e l'elaborazione dati relativa a sottogruppi e/o singoli individui appartenenti a categorie sociometriche significative (Rifiutati e Isolati, comunque abbondantemente presenti nella popolazione indagata). Riepiloghiamo per comodità del lettore le Categorie/Stati sociometrici. *Popolari*: impatto e preferenza elevati; *Rifiutati*: impatto elevato e bassa preferenza; *Isolati*: impatto e preferenza bassi; *Medi*: preferenza e impatto sociale nella media; *Controversi*: impatto elevato e bassa preferenza (a differenza dei rifiutati hanno molte nomine pos./ neg.) (Coie, Dodge, Coppotelli, 1982; Newcomb e Bukowski, 1983).



*Letture e interpretazione dei risultati.* Gli indici sociometrici globali (Fig.1) segnalano delle differenze tra i gruppi (GS vs GC) nel comportamento di nomina dei pari ma solo per quanto riguarda i rifiuti che nel Gruppo di Controllo staccano di 23 punti percentuali i coetanei del Gruppo Sperimentale (GS a -1% vs GC a +22%). In altre parole si evidenzia che mediamente gli alunni che hanno preso parte in vario modo alle attività proposte mostrano un comportamento di "nomina rifiutante" ridotto rispetto a quello dei loro coetanei "non trattati". Questo dato inoltre ha un'immediata contropartita in termini d'impatto e preferenza sociale: il Gruppo di Controllo a fronte di



una sociodinamica in crescita (IS a +14%), mostra tuttavia un trend decrescente di gradimento socio-relazionale (PS a -27%, cioè il bilancio scelte/rifiuti perde un po' di colpi rispetto al momento del Test); il Gruppo Sperimentale, tiepido sulla sociodinamica (4%, riflesso tuttavia di una riduzione di rifiuti più che di scelte), mostra invece un notevole balzo in avanti sul piano della preferenza sociale (PS a +71%).

I dati provenienti dal dettaglio di ogni singola domanda del questionario (Fig.2-3-4-5), oltre a confermare quest'andamento medio, aggiungono

ulteriori informazioni utili. In particolare è possibile notare che (a) se da un lato, nei grafici relativi alle nomine su Amicizia/Banco/Compiti, abbiamo andamenti (pur nella specificità di ogni singola domanda) comunque equivalenti tra i due gruppi (per es. in Fig.3, sulla scelta del compagno di banco, abbiamo una maggior "movimento" scelte/rifiuti che tuttavia interessa entrambi i gruppi), (b) dall'altro in Fig.5, sull'argomento Confidenza, lo scarto tra i due gruppi si dilata considerevolmente sulla preferenza sociale (GS a +214% vs GC a -112%) segnalando tra l'altro la sua forte inciden-

za sul dato medio globale di PS.

Volendo azzardare un'ipotesi esplicativa sembrerebbe che l'intervento abbia veicolato (a) da un lato un *tenore socio-relazionale di classe più disteso* (meno "rifiutante", per rimanere sul costruito indagato) frutto di attività durante le quali i ragazzi hanno avuto opportunità di incontrarsi e ri-conoscersi in modo emotivamente autentico e comunicativamente ecologico, (b) dall'altro un diverso approccio alla scelta sociale che, tiepida e stazionaria su questioni più o meno ordinarie (amicizia, banco, compiti), è andata a concentrarsi lì dove conta e cioè nella ricerca e selezione di coetanei su cui poter contare per scambi amicali più intimi e profondi, segnalando quindi una *crescita personale sul piano socio-affettivo*.

Entrambi questi potenziali risultati vanno senza dubbio nella direzione di un *clima socio-relazionale* scolastico (prima di classe e poi d'Istituto) maggiormente *inclusivo e supportivo* che, come già visto è uno dei più significativi fattori protettivi dalla dispersione scolastica (Trussoni, 2009).

Ricerche ulteriori potrebbero occuparsi di (a) replicare l'intervento (e generalizzarlo sul secondo grado della scuola secondaria) adottando opportune misure correttive e migliorative dell'impianto metodologico di ricerca nonché sistematizzando la metodologia d'intervento, (b) estenderlo con misure di follow-up su scolaresche già trattate allo scopo di verificare tanto il mantenimento nel tempo dei risultati sociometrici quanto variazioni verso il basso del tasso di dispersione.

## Considerazioni conclusive.

Il presente lavoro, oltre ad aver cercato di dare contezza della potenziale efficacia della *metodologia socio-relazionale* nell'intervento di Psicologia Scolastica, è nato tuttavia dall'esigenza di sollecitare un dibattito fruttuoso e fattivo sul futuro della Psicologia Scolastica in Puglia e, nell'immediato, sugli sviluppi del cantiere DAS - Diritti A Scuola Progetti C. In particolare si pongono le seguenti questioni (rinviando il lettore per un contributo alla pagina facebook  Diritti (anche Psicologici) A Scuola):

(1) *Sul concetto di dispersione scolastica*. L'intervento oggetto di questo studio ha adottato un concetto molto ampio di dispersione perché come già esposto sopra, non esiste in letteratura una de-

finizione univoca e chiara di fenomeno dispersivo né il Bando dava indicazioni chiare in proposito. Sarebbe opportuno che a livello di regia si facessero scelte più precise in modo da produrre interventi omogenei e risultati confrontabili.

(2) *Sul target di bando*. Il Bando non è molto chiaro in proposito ma l'interpretazione estensiva (e cioè che l'intervento C vada esteso a tutto il contesto scolastico e quindi non solo agli alunni fruitori DAS) dovrebbe essere corretta in quanto le procedure di valutazione (questionari somministrati ai Tutor dalla Cabina di Regia DAS ufficiale - I.I.S.S. R. GORJUX di Bari) fanno esplicito riferimento e distinguo tra ore dedicate a ragazzi DAS e non DAS.

(3) *Sul target "dispersione" nella Scuola Secondaria di 1° grado*. L'indicazione di target fornita dal Bando ("*prevalentemente genitori*") ci è sembrata un po' inadeguata alle esigenze e aspettative del contesto scolastico. Sarebbe opportuno rivederne i termini.

(4) *Monitoraggio e valutazione*. In proposito ci si è già espressi nell'introduzione. Si potrebbe pensare ad una collaborazione con la Cabina di Regia DAS ufficiale (I.I.S.S. R. GORJUX di Bari) in modo da agganciare ad un organigramma esistente (funzionale e capillare) una serie di azioni utili a standardizzare interventi e raccolta dati relativi al progetto C in modo più specifico e con indicatori più adeguati.

(5) *Tempi*. Tenuto conto di quanto detto finora circa il tipo e il volume d'impegno che il Progetto C richiede al Professionista, le 60 ore previste (e da spalmare su un contesto scolastico costituito mediamente da decine di classi) sono sicuramente poche per non rischiare di lasciare interventi sospesi, lì dove a volte in un intervento (formativo o riabilitativo, lungo o breve che sia) quello che più conta è che riesca a chiudere su qualcosa, su un apprendimento, una consapevolezza, una decisione, piccola per quanto sia ma necessaria alla chiusura di un ciclo. In proposito si avanzano due proposte non alternative: (a) la messa a punto di un protocollo amministrativo snello e flessibile che permetta di coinvolgere nei progetti C i Tirocinanti (studenti laureandi/laureati) che potrebbero svolgere un grosso lavoro di supporto, (b) fare in modo che i progetti C, che in genere partono verso Febbraio, slittino più avanti (Marzo o Aprile) in

modo da chiudersi con la fine dell'anno scolastico che è un momento in cui, oltre ad avere maggiore disponibilità da parte dei ragazzi (maggiormente motivati, quelli in dispersione, dalla necessità di recuperare), c'è una fisiologica predisposizione alla "chiusura" di un ciclo e alla verifica del percorso formativo annuale (si pensi, per esempio all'importanza che può avere in questa fase il supporto all'elaborazione della bocciatura/rimandatura, che tra l'altro è un supporto che interessa il sistema scuola a 360°, dallo studente al Consiglio di Classe).

(6) *Cabina di regia Progetti C*. Sintetizzando quanto detto fin qui, siamo già alla seconda edizione annuale ma non esiste ancora un coordinamento dei lavori né un piano di monitoraggio e raccolta dati specifico e puntato sul progetto C. Il professionista (Psicologo o Orientatore) continua a lavorare in proprio in un cantiere in cui non c'è un direttore dei lavori: al meglio (se è un professionista esperto, con esperienza specifica) farà un buon lavoro locale che tuttavia non sapremo mai se avrà contribuito alla causa (il sistema Scuola, il fenomeno dispersivo). Sta a noi decidere se pigramente lusingarci del fatto che la Regione Puglia abbia deciso di scommettere sulla Psicologia per la qualifica del sistema scolastico e per la prevenzione della dispersione, oppure come categoria professionale - in attesa del regolamento attuativo della L.R. 31/09 d'istituzione dell'Unità Regionale di Psicologia Scolastica - passare al governo del processo e in modo uniforme e monitorato dettare linee-guida, buone-prassi e corrette metodologie.

### Bibliografia

Bolognini, B. (2001). *Comportamento organizzativo e gestione delle risorse umane*. Roma: Ed. Carocci  
 Boal. (1977). *Il teatro degli oppressi. Teoria e tecnica del teatro latinoamericano*. Milano: Ed. Feltrinelli.  
 Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano* Ed. Il Mulino: Bologna  
 Carli R., & Mosca A. (1980). *Gruppo e istituzione a scuola*. Torino: Boringhieri  
 Coie, J., D., Dodge, K., A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, 18, 557-570.  
 De Matteis, A. (2002). *Prospettive e potenzialità del sociogramma nel gruppo-classe*. *Educazione&Scuola, Rivista Telematica*. A. VII, n. 854, 2002  
 Farina, R. (2010). *La Scuola ha bisogno di Psicologia?* *Notiziario dell'Ordine Psicologi Puglia*, 2, 89-90

Folgheraiter, F. (2011). *Fondamenti di metodologia relazionale. La logica sociale dell'aiuto*. Ed. Erickson: Trento  
 Lewin, K. (1947). *Frontiers of Group Dynamics: Concept, method and reality in social science, social equilibria, and social change*. *Human Relations*, 1, 5-41.  
 Liss, J. (1996). *Insieme per vincere l'infelicità*, Milano: Ed. FrancoAngeli  
 Liss, J. (1998). *La comunicazione ecologica*, Molfetta: Ed. La Meridiana  
 Liss, J. (2004). *L'ascolto Profondo*, Molfetta: Ed. La Meridiana  
 McBurney, D., H. (2001). *Metodologia della ricerca in psicologia*. Bologna: Il Mulino.  
 Ministero della Pubblica Istruzione. (2000). *La dispersione scolastica: una lente sulla scuola*. Roma  
 Moreno J.L. (1943). *Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations*. Washington: Nervous and mental disease Publ. Co.  
 Newcomb, A., F., & Bukowski, W., M. (1983). Social impact and social preference as determinants of children's peer group status. *Developmental Psychology*, 19, 856-867  
 Raineri, M., L. (2004). *Il metodo di rete in pratica. Studi di caso nel Servizio Sociale*. Ed. Erickson: Trento  
 Regione Puglia. (2012a). *Determinazione Dirigenziale Servizio Formazione Professionale Regione Puglia. Avviso pubblico n.7/2012 - P.O. Puglia 2007-2013 - fondo sociale europeo 2007IT051PO005 - approvato con decisione c(2011)9905 del 21/12/2011, asse III-inclusione sociale - Progetto "DIRITTIA SCUOLA": interventi per qualificare il sistema scolastico e prevenire la dispersione, favorendo il successo scolastico, con priorità per i soggetti svantaggiati*. *Bollettino Ufficiale Regione Puglia*, 168, 22-11-12  
 Regione Puglia. (2013a). <http://formazione.regione.puglia.it/index.php?page=documenti&opz=getdoc&id=413>  
 Regione Puglia. (2013b). [http://www.pugliausr.it/public/files/dirittiascuola\\_2013.zip](http://www.pugliausr.it/public/files/dirittiascuola_2013.zip)  
 Rogers, C., R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Houghton Mifflin  
 Salvatore, S. (2009, Giugno). *La domanda di psicologia del mondo scolastico*. Paper presented at: *Giornata di Studio organizzata dall'Ordine Psicologi Puglia, Bari*.  
 Trussoni F., Romano D., Madeddu F., Schadee H. (2009). *I FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI AL DISAGIO SCOLASTICO IN ADOLESCENZA: l'analisi multivariata sui dati di uno studio longitudinale*. Doctorial dissertation. XXI CICLO. Università degli Studi Milano-Bicocca. Milano  
 Zani, B., Cicognani, E. (2000). *Psicologia della Salute*. Il Mulino, Bologna

# Cocreteness training come strategia di intervento sulla ruminazione depressiva: Una descrizione del protocollo e prospettive di avanzamento

Raffaella Dischiena

Ph.D, Psicologa - Psicoterapeuta presso l'Ospedale psichiatrico Titeca, Bruxelles

## Riassunto

Dati recenti hanno mostrato che la prevalenza del disturbo depressivo in Italia è intorno al 10 per cento. Un tale dato rimanda alla necessità di investire in nuove e più efficaci terapie di intervento. In questo articolo dapprima rivediamo le più recenti teorie che associano il disturbo depressivo al fenomeno della ruminazione mentale, per poi presentare nel dettaglio un protocollo di intervento sulla depressione che agisce proprio sulla ruminazione. L'intervento, noto come *concreteness training*, è stato messo a punto e validato in Inghilterra, dove il governo ha riconosciuto l'importanza di moltiplicare i fondi per la psicoterapia della depressione. Noi auspichiamo e prevediamo una sua validazione anche su popolazioni non anglofone.

**Parole chiave:** Ruminazione, Depressione, *Concreteness Training*

## Introduzione

Secondo i dati del 2010 resi noti dalla SIF (Società Italiana di Farmacologia), dalla SIP (Società Italiana di Psichiatria) e dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) il disturbo depressivo maggiore o minore diagnosticato colpisce circa il 10% degli italiani. Sono dunque interessati sei milioni di cittadini del nostro paese, ma altri nove si stima che soffrano in silenzio.

Nonostante ciò vi è una difficoltà ad avere trattamenti riconosciuti (Scogin, Hanson, e Wells, 2003), che si riflette anche in un deficit nel numero di terapisti addestrati. Se si eccettuano i protocolli classici di intervento su questo disturbo, ovvero l'intervento sulle distorsioni cognitive e la riattivazione comportamentale di beckiana memoria (Beck, 1976; Clark, Beck, e Alford, 1999), pochi tentativi sono stati compiuti di sistematizzazione di nuove tecniche, a fronte di una così larga diffusione del disturbo, di una importante mole di

ricerca prodotta e di nuove conoscenze acquisite.

Prova di un tale bisogno è il fatto che attualmente in Inghilterra comitati di esperti (ad esempio, Hollon et al, 2002; Layard, 2004) nonché di politici hanno designato lo sviluppo e la diffusione di efficaci interventi per la depressione come una priorità, con conseguente profusione di fondi.

Con il presente lavoro intendiamo portare all'attenzione del lettore un protocollo di intervento sul disturbo depressivo messo a punto all'Università di Exeter, in Inghilterra, da Edward Watkins e i suoi colleghi. Si tratta di un protocollo finalizzato alla riduzione del pensiero ruminativo astratto. A tal fine verranno dapprima passati in rassegna gli studi sul pensiero ruminativo, dai primi modelli a quelli che più di recente distinguono diversi stili di pensiero all'interno della stessa ruminazione. Si darà poi una descrizione del "*concreteness training*" e dello stato di avanzamento dei lavori di adattamento di tale protocollo in paesi non anglofoni.

## La ruminazione: tra vecchi e nuovi modelli

*La ruminazione come strategia di avvicinamento all'obiettivo*

La definizione corrente di ruminazione si riferisce alla classe di pensieri coscienti riguardo un comune tema strumentale (Martin e Tesser, 1996), che il più delle volte risultano essere prolungati nel tempo e intrusivi. I pensieri ruminativi spesso sono la conseguenza di eventi emotivi: diverse ricerche hanno messo in luce che le emozioni, siano esse intense come i traumi (es. Tait e Silver, 1989) o meno intense (es. Rimé et al., 1992), sono seguite da numerosi episodi di ruminazione.

Per meglio comprendere cosa sono i pensieri

ruminativi possiamo fare riferimento alla distinzione proposta da Klinger (1975, 1977), datata quanto ancora efficace. Klinger distingue i pensieri consci in *operanti* o *rispondenti* (o *intrusivi*): i primi sono sotto il controllo volontario dell'individuo e sono associati al compito in corso, con l'obiettivo di monitorare il progresso verso il raggiungimento dell'obiettivo e di portare a termine il compito; i secondi si manifestano invece senza premeditazione, possono essere attivati senza alcuna richiesta ambientale attuale, non sono associati al compito in corso e anzi comportano uno spostamento dell'attenzione dal compito. Anche questi pensieri hanno però una forte carica motivazionale in quanto riguardano altri obiettivi importanti non raggiunti (*effetto Zeigarnik*, 1938). I pensieri ruminativi sarebbero più di tipo rispondente che di tipo operante, soprattutto quando ci riferiamo a pensieri intrusivi come quelli del Disturbo Ossessivo Compulsivo.

Tuttavia tale distinzione va adottata con cautela dal momento che spesso nella catena di pensieri si può osservare l'emersione di un pensiero a fini operanti e poi una sua trasformazione in pensiero rispondente nella misura in cui il comportamento per la soluzione del problema non viene messo in atto e l'individuo rimane imprigionato in questo rimuginio.

Benché i meccanismi che li producono siano intesi come largamente inconsci, i pensieri ruminativi si intendono generalmente consci. Essi risultano dalla constatazione di una discrepanza tra lo stato attuale e l'obiettivo. Se la ruminazione è attivata da un progresso problematico verso lo scopo, il miglior modo per interromperla sarebbe intuitivamente il raggiungimento dello scopo suddetto. Questo può essere però difficile in quanto gli individui possono porsi obiettivi troppo lontani sia nel tempo che nella catena di compiti da svolgere per arrivarci, o ancora tali obiettivi possono essere scarsamente definiti.

Gli autori hanno individuato diverse categorie di pensieri ruminativi:

- Problem solving: L'individuo concentra il suo pensiero su come risolvere i problemi legati all'evento
- Day-dreaming (sogni ad occhi aperti): L'individuo concentra i suoi pensieri su fantasie relative a come l'evento vorrebbe che

si svolgesse

- Pensieri controfattuali: L'individuo immagina come le cose sarebbero andate se avesse adottato scelte diverse;
- Ricerca di significato: L'individuo concentra i suoi pensieri sulla ricerca di un possibile significato per l'evento;
- Brooding (rimuginio): Confronto passivo e ripetitivo della situazione attuale con gli scopi non raggiunti, senza ricerca delle possibili soluzioni.

### *La relazione tra ruminazione e stati affettivi*

La ruminazione partecipa del ciclo depressivo attraverso vari meccanismi.

Innanzitutto il pensiero ricorrente sulla discrepanza tra lo stato attuale e quello desiderato determina un costante confronto con contenuti negativi che mantengono lo stato tristezza.

Uno dei meccanismi che descrivono e spiegano l'insistenza del pensiero ruminativo e il suo legame con lo stato affettivo del soggetto è contenuto nel modello teorico di Papageorgeu e Wells (2004), che sottolinea l'importanza delle credenze meta-cognitive, ovvero delle convinzioni in possesso degli individui inclini all'adozione di un pensiero di questo tipo. Di fronte alla valutazione di una discrepanza tra l'obiettivo e lo stato attuale l'individuo è convinto che riflettere ripetutamente sulla situazione sia una strategia efficace (convinzione meta-cognitiva positiva), ciò lo induce ad attardarsi su questo pensiero che poi al contrario lo allontana dall'azione. Successivamente potrebbero però crearsi delle convinzioni meta-cognitive negative: dopo aver ruminato per un certo tempo l'individuo si convince di non avere controllo sul proprio pensiero, esitando così in un accrescimento dell'umore negativo.

Talvolta è l'emozione stessa a determinare la ruminazione attraverso il meccanismo dell'*"affect as information"* (Schwarz & Clore, 1983). Spesso le persone usano le emozioni per valutare la situazione e la misura in cui raggiungono i loro scopi. Va da sé che in uno stato d'umore negativo le discrepanze rispetto all'obiettivo si percepiscono come più forti. Anche un umore positivo può dunque influenzare la percezione di una discrepanza (ad es. far valutare il proprio progresso

verso l'obiettivo superiore a quello atteso).

*La Response Style Theory (RST; Nolen-Hoeksema, 1991)*

Uno dei modelli più accreditati e citati sulla ruminazione depressiva è la teoria degli stili di risposta di Susan Nolen-Hoeksema (1991). L'autrice definisce la ruminazione come un complesso di "pensieri ripetitivi e passivi relativi ai propri sintomi depressivi nonché alle cause e conseguenze di tali sintomi", considerandolo una modalità di risposta disposizionale (stile) ad eventi negativi e alle condizioni di stress in genere. L'effetto depressivo di tali pensieri viene attribuito al fatto che assorbono risorse che sarebbero altrimenti destinate ad una efficace soluzione del problema, aumentando così il grado di impotenza percepita.

Lo stile di risposta ruminativo è quindi concepito dall'autrice come sempre disadattivo, laddove nelle teorie precedenti la ruminazione veniva intesa come un fattore depressogeno solo a determinate condizioni, ovvero nel caso in cui ci si sofferma su contenuti negativi e/o se si associa a valutazioni secondarie di impotenza, inefficacia personale e mancanza di controllo.

Nolen-Hoeksema contrappone allo stile disposta ruminativo la "distrazione", che spesso manipola sperimentalmente nei suoi studi. Da questi è emerso, ad esempio, che individui con uno stile più ruminativo (cv. Improntato alla distrazione) nella risposta situazione di stress, hanno più difficoltà nello svolgimento di compiti di *problem-solving*, sono più vulnerabili allo sviluppo di sintomi depressivi e mostrano più convinzione nelle scelte fatte. Come sistematizzato in una recente rassegna sul tema, la ruminazione può essere un antecedente della depressione attraverso 4 meccanismi: 1. Rafforzando l'utilizzazione di pensieri negativi; 2. Interferendo in un processo di *problem-solving* efficace; 3. Riducendo la motivazione ad impegnarsi nel comportamento strumentale; 4. Ostacolando la percezione e la ricerca di supporto sociale (cf. Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

*La proposta di Watkins (2008)*

Edward Watkins ha di recente riconcettualizza-

to il rapporto tra pensieri ripetitivi e stati depressivi in un imponente rassegna dal titolo "*Constructive and Unconstructive Repetitive Thoughts*" pubblicata su *Psychological Bulletin*.

Innanzitutto l'autore abbandona il termine ruminazione per relegarlo ad una delle categorie possibili contenute nella dicotomia. L'orizzonte di indagine viene così allargato al fine di includere sia pensieri a valenza positiva che pensieri a valenza negativa. Secondo l'autore le conseguenze funzionali o disfunzionali dei pensieri ripetitivi dipenderebbero dal processo attivato, piuttosto che dalla valenza dei contenuti, riprendendo la visione articolata proposta in passato da Martin e Tesser (1996). Secondo questa prospettiva, definita *process-mode hypothesis*, esistono due diverse modalità di processo (Watkins, 2008): da un lato abbiamo una modalità ASTRATTA, caratterizzata da un alto livello di costruzione dei pensieri, articolabile verbalmente ma non in modo esperienziale (difficile ricorso ai sensi per la descrizione delle rappresentazioni che ne risultano); i pensieri a questo livello si caratterizzano per essere ipotetici e difficilmente falsificabili, centrati sul significato generale della situazione, basati su ricordi generici (semantici e non episodici) e/o su elaborazioni del futuro scarsamente immaginabili. Di contro, una modalità di processo CONCRETA sarebbe caratterizzata da un basso livello di costruzione-articolazione dei pensieri, basata su immagini o rappresentazioni sensoriali dettagliate e contestualizzate, su ricordi di episodi specifici o su immagini di un futuro facile da immaginare. Un modo più sintetico di descrivere la dicotomia proposta da Watkins è il seguente: le rappresentazioni astratte sarebbero incentrate sul "perché"(significato) della situazione corrente, mentre quelle concrete sul "come" (procedura). A livello esemplare, gli individui che adottano una modalità astratta posso avere pensieri del tipo "Che cosa significa questo per la mia vita?", "Perché reagisco sempre in questo modo?", "Non riesco mai a farcela".

Al contrario, nella modalità concreta i pensieri si presentano nella forma del "come è successo tutto ciò?", "come posso intervenire per risolvere il problema?", "quali sono i miei sentimenti in questo momento?".

La ricerca condotta da Watkins e colleghi ha

mostrato che la manipolazione di queste modalità di processo può modificare aspetti chiave nello sviluppo di un disturbo depressivo (per una rassegna si rimanda a Philippot, Neumann, & Vrielynck, 2007). Ad esempio si è visto che l'adozione di una modalità di processo astratta genera un peggioramento del *problem-solving* sociale (Watkins e Baracaia, 2002), un aumento di giudizi sul sé globali e negativi (Rime e Watkins, 2005; Watkins e Moulds, 2005; Watkins e Teasdale, 2001, 2004), un peggioramento nella performance accademica e di autoregolazione (Pham e Taylor, 1999; Rivki e Taylor, 1999; Taylor et al., 1998; Taylor e Schneider, 1989), problemi nel recupero emotivo da eventi stressanti (Watkins, 2004), un aumento della vulnerabilità a ricadute depressive (Moberly e Watkins, 2006) ed un aumento della disforia generale (Watkins, Baeyens e Read, 2009).

Vi sono almeno tre meccanismi responsabili di tale effetto. Innanzi tutto la focalizzazione sugli aspetti valutativi astratti procurerebbe descrizioni degli eventi meno dettagliate e quindi meno efficaci nella generazione dei piani d'azione per la risoluzione dei problemi. In secondo luogo le rappresentazioni meno vivide generano un'inferiore attivazione emotiva e di conseguenza una meno accurata e fedele descrizione dell'esperienza ed elaborazione emotiva. Terzo, il processo astratto durante l'elaborazione di contenuti negativi rilevanti per il sé produce valutazioni e giudizi generalizzati, riconosciuto come uno dei meccanismi principe alla base della depressione.

### **Gli studi sul *concreteness training***

E' attualmente in fase di messa a punto un protocollo di trattamento volto ad aumentare la concretezza del pensiero. I dati preliminari sull'efficacia di tale intervento ci vengono dai due studi pubblicati di Watkins e Moberly (2008) e di Watkins, Baeyens e Read, (2009) e dimostrano una sensibile riduzione dei sintomi di depressione.

In entrambi gli studi si è fornita una prova di efficacia su un campione di disforici, ovvero di soggetti con punteggio superiore o uguale a 14 al Beck Depression Inventory, senza necessariamente una diagnosi di depressione maggiore. Le

condizioni sperimentali consistevano nell'assegnare un gruppo di soggetti disforici ad una di tre condizioni in modo randomizzato: condizione di *concreteness training* (CNT), condizione di controllo con training fasullo (Bogus Training= BT) e condizione di controllo senza training (Waiting List=WL).

I risultati hanno mostrato che i soggetti in condizione di CNT avevano una significativa diminuzione dei sintomi depressivi al BDI, rispetto ai soggetti assegnati agli altri due gruppi.

Per ragioni di semplificazione nel presente lavoro si riportano i dettagli della procedura del solo studio del 2009. Nello studio del 2008 detta procedura era sostanzialmente invariata, ma lo studio più recente si presenta come di più ampio respiro in quanto più aspetti, oltre alla valutazione dei sintomi depressivi o del grado di ruminazione disposizionale, vengono presi in esame in un campione anche più ampio (N=61). Si rimanda ai lavori pubblicati dagli autori per un approfondimento delle statistiche.

Di seguito riportiamo dapprima la procedura delle due condizioni di controllo, per poi riferire più nel dettaglio gli elementi del CNT.

#### *Waiting List (WL)*

Un gruppo di soggetti in tutto equivalente agli altri due completava le misure di depressione e ruminazione disposizionale in due sessioni ma senza partecipare ad alcun tipo di training.

#### *Bogus Training (BT)*

Nel BT tutte le operazioni finalizzate a aumentare la concretezza del pensiero sono state eliminate, ma venivano tenuti intatti altri aspetti del CNT di eventuale confusione, quali la sessione di introduzione al razionale terapeutico, il contatto terapeutico, l'esercizio quotidiano per una settimana e il manuale di *self-help*.

Sia nella condizione di BT che in quella di CNT i soggetti partecipano in primo luogo ad una sessione introduttiva di un'ora e mezza, nella quale il training viene presentato come una tecnica di intervento sui pensieri associati alla depressione; se ne illustrano i vantaggi e si forniscono ragguagli sulla metodologia di svolgimento dell'esercizio a casa. Per formare al meglio i partecipanti vengo-

no fatte brevi simulazioni dell'esercizio e infine viene presentato loro il materiale di supporto da utilizzare a casa. Nella sessione introduttiva anche il BT viene presentato ai partecipanti come un training per aumentare la concretezza dei pensieri, così da evitare l'effetto di confusione delle attese dello sperimentatore. Questo training fasullo consisteva in una pratica quotidiana ripetuta di 30 min. Nello specifico, si chiedeva ai partecipanti di risolvere 64 situazioni sociali che venivano loro presentate tramite descrizioni scritte e che rimanevano ambigue fino all'ultima parola, proposta come dettaglio concreto della vignetta e che il partecipante avrebbe dovuto completare. Per procedere alla vignetta successiva i partecipanti dovevano inserire le lettere mancanti nel frammento della descrizione e poi rispondere ad una domanda di comprensione della descrizione che avrebbe rinforzato l'interpretazione concreta. Per evitare effetti di confusione dovuti ad una manipolazione involontaria dell'umore, 32 di queste descrizioni erano positive e 32 negative.

Esempio di vignetta:

*“Vi siete frequentati per tre settimane e sembra che tu abbia trovato l'anima gemella. Dopo cena, una sera, lei (lui) ti spiega che non potete stare più insieme. In quel momento sei seduto al tavolo e contempi il tuo b...re. (i.e., il termine “bicchiere” dovrebbe forzare una costruzione concreta della situazione invece che il termine “vita”).”*

I partecipanti ricevevano anche un manuale *self-help* con spiegazione del rationale dell'intervento e spazi vuoti da completare durante settimana, sotto forma di diario.

### Concreteness training

Come nel BT, la sessione introduttiva del CNT consiste nello spiegare ai partecipanti il rationale dell'intervento e nel guidarli all'esercizio che poi svolgerebbero a casa con il supporto di una voce guida. Guidato dal trainer il partecipante si esercita nell'elaborazione di pensieri concreti su 6 scenari standard (tre positivi, es. farsi nuovi amici ad una festa; e tre negativi, es. non essere invitato dai colleghi ad una serata): tre scenari rilevanti per il sé e tre ricordi autobiografici (uno positivo, uno negativo ed uno in cui il soggetto si è sentito parti-

colarmente assorto nella situazione). Le istruzioni date in questa sezione sono riassunte di seguito:

1. Focalizzarsi sui dettagli sensoriali di un evento immaginato o rievocato, i.e. “ciò che puoi sentire, vedere o ascoltare”;
2. Notare i dettagli contestuali dell'evento;
3. Notare come l'evento si svolge nelle sue diverse fasi;
4. Generare piani su come procedere *step-by-step* a partire dal momento presente.

In questa fase si prevedono eventuali chiarimenti e ripetizioni, così che il paziente è preparato a ben rispondere alle istruzioni che a casa gli verranno fornite dalla voce guida audio-registrata. Al termine di questa sessione ai pazienti viene dato il materiale di supporto per l'esecuzione del protocollo, consistente in un CD audio e un booklet. Il booklet è presentato nella forma di un manuale *self-help* di 70 pagine, articolato in quattro sezioni che vengono riassunte di seguito.

I - La prima sezione è dedicata alla spiegazione del rationale teorico (che cosa è la ruminazione e come partecipa al ciclo depressivo).

II - La seconda sezione è dedicata alla definizione dell'impegno, attraverso indicazioni sull'organizzazione del tempo e la scelta del luogo, così da favorire l'esecuzione quotidiana dell'esercizio: Al termine di questa sezione il paziente è invitato a sottoscrivere un contratto terapeutico, di cui riportiamo un esempio: *Io (nome e cognome) mi impegno ad eseguire l'esercizio di CNT ogni giorno, alle ore ..... circa, nel luogo....., per sei settimane a partire dal giorno ....*

*Firma...*

*Data.....*

III - Nella terza sezione sono riportate istruzioni per l'esecuzione corretta dell'esercizio, simili a quelle fornite nella sessione introduttiva. Nello specifico sono presentati tre esercizi, corrispondenti alle tre tracce del CD. Il primo è definito “esercizio principale” (= *main exercise*) e dura 30 minuti, il secondo è definito “esercizio di assorbimento” (= *engaging with life*) dura 7 minuti, mentre il terzo è definito “esercizio di pronto soccorso” (=

*concreteness as first aid*) e dura anch'esso 7 minuti. Nello specifico, l'esercizio principale richiede di applicare il pensiero concreto a 2 eventi passati particolarmente stressanti e a due eventi più recenti legati a preoccupazioni attuali. La voce guida aiuta il paziente ad elaborare una rappresentazione il più possibile concreta di suddetti eventi. L'esercizio di assorbimento richiede al paziente di ripercorrere

- IV - Nella quarta sezione si riportano schede pre-compilate sottoforma di diario quotidiano nelle quali si chiede al paziente di indicare gli eventi che ha rievocato, come si è sentito e i problemi osservati.
- V - La quinta sessione è di verifica degli apprendimenti sul piano teorico e contiene una trattazione su come applicare il protocollo alla vita quotidiana.



mentalmente i pensieri e le immagini di un momento di pieno contatto con l'esperienza presente, ovvero di un momento in cui il senso del tempo e di sé si sono rivelati quasi totalmente assenti e la mente è stata solo in contatto con gli avvenimenti del momento. Esempi di esperienze di assorbimento sono attività creative o particolarmente piacevoli per il paziente. L'esercizio di pronto soccorso viene eseguito dal paziente nel caso in cui si senta particolarmente giù o abbia motivi di preoccupazione, angoscia, rabbia. L'esercizio è strutturato in modo da risultare facilmente eseguibile, con un po' di pratica, anche senza il supporto audio, al fine di generalizzare le acquisizioni del CNT alla vita quotidiana. Di seguito riportiamo la schedula degli esercizi così come compare sul booklet, con l'indicazione dei giorni in cui si prevedono le sessioni telefoniche di comunicazione con il trainer.

### Lo stato dei lavori per la validazione del protocollo su popolazione non anglofona

I materiali del CNT sono stati gentilmente concessi dall'Università di Exeter all'Università di Louvain La Neuve in Beglio per la validazione su popolazione francofona. Allo stato attuale dei lavori è stata effettuata la traduzione del CD e del booklet. La validazione in corso assume la forma dello studio su caso singolo che è stato avviato su un paziente maschio belga di 50 anni con punteggio BDI di 33.

Con questo paziente è stata attualmente eseguita la sessione introduttiva, ma ci sono problemi nell'invogliarlo all'esecuzione del training a casa, presumibilmente a causa dello stato di depressione grave nel quale si trova. Si prospetta quindi un tentativo su un altro paziente con un livello di depressione meno grave.

Lo step successivo auspicabile dell'attuale lavoro è la validazione su popolazione italiana, sempre nella forma dello studio su caso singolo, con misure di *base-line*, *pre-training*, *post-training* e *follow-up*.

**Bibliografia**

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*, Meridian, New York.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: Wiley.
- Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardlee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., et al. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52, 610-630.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.
- Layard, R. (2004). *Mental health: Britain's biggest social problem? Briefing paper to Cabinet Strategy Office*, London
- Martin, L. & Tesser, A. (1996). *Some ruminative thoughts*. In R. S. Wyer (Eds.), *Advances in Social Cognition*. (Vol. 9.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Pp 1-48.
- Moberly, N. J., & Watkins, E. (2006). Processing mode influences the relationship between trait rumination and emotional vulnerability. *Behavior Therapy*, 37, 281-291.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). *Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination*. In: C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Pham, L. B., & Taylor, S. E. (1999). From thought to action: Effects of process- versus outcome-based mental simulations on performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 250-260.
- Philippot, P., Neumann, A., & Vrielynck, N. (2007). Emotion, information processing and affect regulation: Specificity matters! In M. Vandekerckhove et al. (Eds.). *Regulating emotions: Culture, social necessity and biological inheritance* (pp. 189-209). London/New York: Blackwell Publisher.
- Rimé, B. Philippot, P. Boca, S. & Mesquita, B. (1992) Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination. In W. Stroebe and M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 3, pp. 225-258). Chichester: Wiley.
- Rivkin, I. D., & Taylor, S. E. (1999). The effects of mental simulation on coping with controllable stressful events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1451-1462.
- Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 513-523.
- Scogin, F.R., Hanson A. & Welsh, R. (2003) Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 59, pp. 341-349.
- Tait, R., & Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 351-382). New York: Guilford Press.
- Taylor, S. E., & Schneider, S. K. (1989). Coping and the simulation of events. *Social Cognition*, 7, 194.
- Taylor, S. E., Pham, L. B., Rivkin, I. D., & Armor, D. A. (1998). Harnessing the imagination: Mental simulation, self-regulation, and coping. *American Psychologist*, 53, 429-439.
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-1052.
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1179-1189.
- Watkins, E., & Moulds, M. L. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 353-357.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Watkins, E., Baeyens, B. C., & Read, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: Proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 55-64.
- Watkins, E.R., Moberly, N.J. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: a pilot proof-of-principle study. *Behavioural Research and Therapy*, 47(1), 48-53.
- Zeigarnik, B. (1938). *On finished and unfinished tasks*. In W. D. Ellis (Ed.), *A source book of gestalt psychology* (pp. 300-314).

# La teoria della mente ed il gruppo a partire dal pensiero di Foulkes

Giusi D'Apolito



*Bond of union (Legame d'unione), Escher 1956*

*Tutti i fenomeni accadono in un'interrelazione fra due individui... che muta e si sviluppa costantemente.*

**Balint (1957)**

## Riassunto

L'autore propone la lettura della teoria della mente a partire dal cambiamento di paradigma che vede il bambino, e successivamente l'individuo, non più o non solo come studio del suo mondo interno ma della relazione tra il bambino e la persona che lo acudisce. Da qui l'importanza del legame relazionale con la madre ma anche il legame con il gruppo, in primis quello di appartenenza, come fondanti l'individuo stesso in senso Psicico. In particolare si propone il contributo fornito dal punto di vista dei primi gruppoanalitisti come Foulkes, Cruciani ed infine agli apporti di Kaes che introducono ed integrano i concetti di trasmissione della vita psichica tra generazioni: "In un certo modo, non siamo interamente padroni della scelta di non essere messi-insieme nel gruppo e non più di quanto siamo liberi di avere o no un corpo: così veniamo al mondo, mediate il corpo e mediante il gruppo, e il mondo è corpo e gruppo. Che il corpo o il gruppo siano rifiutati, avviene al prezzo dell'abolizione dello spazio psichico". Infine l'autore presenta un caso clinico che fa riferimento agli emulati teorici su menzionati.

**Parole chiave:** Teoria della mente /gruppo / Foulkes / Cruciani/ Kaes

Foulkes descrive l'individuo come un tutto in una situazione totale. Le immagini proposte dai suggestivi quadri di Escher mi consentono di introdurre alcuni concetti alla base della teoria della mente e del gruppo: la continuità tra l'individuo e l'ambiente, l'interazione dialettica tra questi, elemento costitutivo dell'individuo, ed il *legame* con l'Altro ed il Gruppo.

Vi è una condizione con la quale ogni individuo si confronta e si relaziona, per il semplice fatto di essere venuto al mondo, vale a dire come condizione dell'esistenza in quanto essere umano. Infatti, non si può pensare all'individuo senza tener conto della complessità di un sistema che lo ha "intenzionato", attraverso il quale si è costituito come persona e di cui, a sua volta, fa parte.

A questo proposito mi sembra significativo quanto scrive René Kaës (1994): "L'inevitabile è che noi siamo messi al mondo da più di un altro, da più di un sesso, e che la nostra preistoria ci fa, molto prima della nascita, già membri di una coppia, soggetto di un gruppo, ritenuti da più di un altro come servitori ed eredi dei loro «sogni di desideri irrealizzati», delle loro rimozioni e delle loro rinunce, nel tessuto dei loro discorsi, dei loro fantasmi e delle loro storie."

Foulkes sottolinea che l'impostazione individualistica ci consente di conoscere "solo la metà, e spesso la meno importante, della storia clinica del nostro paziente". Secondo il suo punto di vista il disturbo, così come i suoi sintomi, sono il risultato dell'interazione di più persone che contribuiscono alla comparsa dello stesso e alla sua conservazione.

Si può pensare al modello della mente come ad uno spazio psichico che include l'altro sia a livello intrapsichico che intersoggettivo. La mente, in quanto apparato di trasformazione, è in una relazione fra parti e funzioni in evoluzione reciproca fra loro. Per questo mi sembra significativo che accanto allo scenario dello spazio vi sia anche quello del tempo, un tempo in realtà caratterizzato dall'a-temporalità, come è proprio dell'inconscio.

La vita psichica della mente si ristrutturata *continua-mente*.

Il modello della mente è collegato a quello della relazione: la relazione con l'Altro consente di trovare il Sé. "Relazionalità e individualità sono dunque in un rapporto dialettico e paradossale." Il bambino, rispetto al concetto di mente, può essere inteso "come un costrutto ipotetico di un unità funzionale che si costituisce tramite l'altro, che lo mette in relazione con l'altro ma anche con se stesso." (Bonaminio, 2009)

Bion fa riferimento ad una mente grupppale descritta come un costrutto, un'ipotesi sull'esistenza di una struttura che possiede modalità di funzionamento che possono essere descritte e comprese per facilitare il cambiamento e la crescita. Il costrutto di tale struttura viene descritta in termini di relazioni che, pur restando un'unità ipotetica i cui confini sono più o meno ampi e flessibili, descrivono l'individuo non isolato e indipendente dal contesto e dalla relazione con l'ambiente, ma in continua interazione con esso.

Cruciani nel parlare della teoria della mente, ricorda che gli individui hanno una struttura che li accomuna, per la comune condizione di esseri umani, e una predisposizione di funzionare della mente consente di fondare il gruppo e dà al gruppo principalmente due possibilità:

attenersi ad un tipo di risposte primitive, arcaiche, che funzionano come risposte stereotipate, e che tendono a riprodurre sempre una risposta originariamente adattiva;

una modalità evoluta, il gruppo di lavoro, che presenta una capacità di avere un contatto con la realtà, una capacità di apprendere dall'esperienza e una certa consapevolezza.

Il transpersonale descrive la dimensione relazionale, culturale e familiare della mente che rende possibile la comunicazione di emozioni, esperienze e significati.

"La terapia analitica di gruppo è "un'educazione dell'Io nell'azione", intendendo qui per azione l'attività intrapsichica dell'Io in senso Analitico. Il gruppo, ponendo l'individuo di fronte a sempre nuove situazioni, lo stimola ad assumere sempre nuovi atteggiamenti di risposta che possono essere osservati e analizzati." (Foulkes, 1991)

Attraverso la psicoterapia di gruppo si presenta la possibilità di assistere alla comparsa dei sinto-

mi nella situazione terapeutica, e di conseguenza, si presenta la possibilità di intervenire e influenzare l'esperienza *nuova*.

A proposito di mente e gruppo, piuttosto recentemente, le neuroscienze confermano diversi degli argomenti trattati molti anni prima a proposito dei fattori terapeutici della psicoterapia di gruppo, come il Mirroring e la Risonanza. I neuroni specchio, infatti, per entrare in funzione non richiedono un'attività del soggetto, basta che i sensi percepiscano un vicino che compie quell'attività. I neuroni riflettono, come uno specchio, esperienze che il soggetto non sta compiendo ma con cui è entrato in risonanza.

Vorrei presentare il caso di Vittorio che seguo in colloqui di co-terapia con il Dr. Sistopaoli, Psicologo e Psicoterapeuta, con una frequenza di due volte a settimana presso il Nucleo Interventi Precoci per Esordi Psicotici<sup>1</sup>.

Ho spesso associato questo caso con l'immagine che propongo di seguito e con una citazione di R. Kaës: "In un certo modo, non siamo interamente padroni della scelta di non essere messi insieme nel gruppo e non più di quanto siamo liberi di avere o no un corpo: così veniamo al mondo, mediate il corpo e mediante il gruppo, e il mondo è corpo e gruppo.

Che il corpo o il gruppo siano rifiutati, avviene al prezzo dell'abolizione dello spazio psichico".



Rind (Corteccia) Escher 1955

"L'unità non è l'individuo bensì una struttura costituita dall'ambiente e dall'individuo. Il centro di gravità dell'essere non parte dall'individuo. Esso è in questa globalità. Attraverso un rapporto ambiente "sufficientemente buono" l'involucro progressivamente cadrà e il nocciolo (il bambino) può incominciare ad essere un individuo". Winnicott D.W. (1952)

<sup>1</sup> ASL Rm/D

V. ha 19 anni nei primi periodi in cui fa riferimento al Servizio. È presente una grossa componente paranoica: tutti lo guardano, soprattutto uomini e gay e, a suo dire, gli si propongono sessualmente. A causa di questi sguardi, che il paziente interpreta come a voler dire, in modo dispregiativo: “ma guarda come è belloccio questo”, V. non esce di casa e non va più a scuola. Ha cambiato cinque indirizzi scolastici in due anni. Presenta una dismorfofobia per cui riferisce che il suo corpo è “esagerato”, le ossa sono cresciute troppo e i suoi occhi troppo belli. Accompagna queste affermazioni con una “smorfia” delle labbra con cui indica il disappunto e la sofferenza che vive in relazione a questo. È terzo e ultimo figlio di una coppia separatasi quando lui aveva circa dieci anni. Entrambi i genitori lavoravano, ma per diversi anni successivi al matrimonio, il padre era inoltre molto impegnato a casa per studiare e laurearsi in Ingegneria; a causa di ciò esigeva dai figli, molto piccoli, un silenzio improponibile per la loro età. La separazione dei genitori è giunta a seguito di anni caratterizzati da liti furibonde, alle quali, nel corso degli anni, ha cominciato ad intervenire il fratello maggiore, a difesa della madre, con scontri fisici molto violenti con il padre. Da varie ricostruzioni ci appare evidente che V. sia stato un bambino non visto!

Vittorio appare molto interessato agli altri. Quando è meno angosciato sembra più chiaro il desiderio che ha di fare “esperienza dell’Altro”, ma allo stesso tempo sembra che non si percepisca: a volte parla di ciò che gli accade come se fosse completamente svincolato da lui, non trova il nesso tra ciò che gli accade e la disposizione d’animo con cui lui ha compiuto delle azioni. Molto spesso sembra cercare in qualche modo di avere un rimando su di lui. Ci racconta un episodio: era uscito, si trovava alla stazione Termini quando inizia a fissare insistentemente un ragazzo seduto in autobus per “verificare” come gli altri si comportano con lui: se lo ignorano, lo trattano male o se lo accolgono benevolmente. Molto spesso nelle sue uscite adotta questo “test”, così lo chiama lui, nel tentativo di capire qual è la realtà che lo circonda. La reazione che ha suscitato nel ragazzo che si percepiva osservato è stato un crescendo di gesti ed intimidazioni rispetto alle quali però V. rispondeva ricominciando a fissarlo

fino a che la situazione non si è maggiormente compromessa, innescando una lite. La precedente citazione di Kaës mi sembra esplicativa in questo caso su due versanti: uno riguarda il gruppo familiare che avrebbe dovuto “vedere” V., con il suo mondo interno, riconoscendo la sua individualità, e l’altro che riguarda la perdita di questo spazio come possibilità negata di far albergare la propria mente nel proprio corpo. In questo modo infatti Vittorio sembra condurre un’esistenza alienata, osservando gli eventi e ciò che lo circonda con grande desiderio, ma senza riuscire a trovare un nesso relazionale tra il proprio Sé e ciò che vive.

### Bibliografia

- Balint, M., (1957). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Editore Feltrinelli.
- Bonaminio, V., (2009). *Processi di integrazione e non-integrazione nel pensiero di Winnicott: considerazioni clinico-evolutive e terapeutiche*. Lavoro presentato al Seminario SGAI, Roma.
- Cruciani, P. (2009). *La teoria della mente e del gruppo nel pensiero di Foulkes*. Lavoro presentato al Seminario SGAI Aprile-Maggio, Roma.
- Foulkes, S.H. (1991). *Introduzione alla psicoterapia gruppo analitica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Kaës, R. (1994). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Roma: ed. Borla.
- Menarini, R. (2003). *UNO e MOLTI, la teoria psicotomica del gruppo*. Roma: Edizioni Studium.
- Sistopaoli, P. (2007). *Storia di Mara: dolore, perdita, esordio psicopatologico*. Lavoro presentato al Convegno Cambiamento Catastrofe e Trasformazione, 6-7 Ottobre, Roma.
- Sistopaoli, P. (1997). *Narcisimo libidico e narcisismo distruttivo nelle Psicoterapie psicoanalitiche istituzionali*. Milano: Riv. Prospettive Psicoanalitiche nel lavoro istituzionale (Vol 15, n. 1 Gen-Apr).
- Sistopaoli, P. (2007). *Il Sé come banda*. Lavoro presentato al Congresso “Tavistok”: “Il metodo psicoanalitico”, 17-20 Febbraio, Firenze.
- Balbi, A., Chiaia E., & Sistopaoli P. (2007). *Narrazione e psicopatologia: l’anamnesi Stati Psicotici all’Esordio*. Roma: Rivista di psichiatria, (Vol I n. 42).
- Sistopaoli P., (2004). *Rappresentazioni oniriche nei disturbi gravi di personalità in adolescenza*, in: Balbi A., Lago G., Petrini P., a cura di: *Sonno, sogno, psicopatologia*. Roma: ed SEU.
- Winnicott, D.W. (1952). “La psicosi e l’assistenza al bambino”, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, (1958). Firenze: Martinelli.
- Zoja, L. (2009). *La morte del prossimo*. Torino: ed. Einaudi.

# *Epilessia e adolescenza: modelli d'intervento*

Edvige Zatton

*Psicologa- Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale presso EMPEA:  
Centro Clinico e di Ricerca in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*

## **Riassunto**

L'epilessia è una malattia cronica che ha un impatto sostanziale sulla salute individuale. Questo è ancor più vero nel periodo adolescenziale, poiché le crisi epilettiche possono essere viste dal ragazzo come un ostacolo al raggiungimento di alcuni obiettivi di sviluppo tipici di questa età, tra cui la costruzione di un'immagine positiva di sé e la costruzione dell'autonomia. Il lavoro si propone come una rassegna dei vari tipi di trattamenti comportamentali, farmacologici, psicologici e comportamentali sviluppati, analizzandone di volta in volta i dati di efficacia presenti in letteratura. In particolare, ampio spazio viene dedicato all'approfondimento degli studi che hanno descritto, applicato e verificato l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) con questi pazienti.

**Parole chiave:** *epilessia, adolescenza, trattamento farmacologico, intervento comportamentale, trattamento cognitivo-comportamentale, Acceptance and Commitment Therapy*

## **Introduzione**

L'epilessia è una condizione neurologica cronica caratterizzata da ricorrenti e improvvise "crisi" provocate dall'eccessiva attività funzionale di una popolazione più o meno estesa di neuroni della corteccia cerebrale. Essa è, tra le patologie neurologiche, una delle più diffuse, tanto da essere riconosciuta come "malattia sociale". L'incidenza

del disturbo nella popolazione italiana è pari all'1% e l'intervento in età evolutiva acquista particolare importanza poiché si stima che nell'80% dei casi l'insorgenza si colloca nell'infanzia o nell'adolescenza.

Nella sua qualità di malattia cronica, l'epilessia ha un impatto sostanziale sulla salute individuale a vari livelli: fisi-

con gli altri (Collins e Steinberg, 2006), facilitando la comparsa di una visione pessimistica riguardo al futuro. Non è raro, infatti, che i pazienti epilettici incorrano in disturbi dell'umore (Tomson e coll., 2004; Johnson e coll., 2004; Cummins, 1997), anedonia, disturbi d'ansia e sintomi ossessivo-compulsivi (Baker, Spector, McGratha, Soterioub,



co, interpersonale, cognitivo e comportamentale (Austin, 1989; Hitiris e coll., 2007; Lambert e Robertson, 1999). Se già in età infantile il disturbo può essere fonte di disagio psichico, in adolescenza l'accettazione dell'epilessia risulta ancora più difficile. Le crisi epilettiche, infatti, possono essere viste come un ostacolo al raggiungimento di alcuni obiettivi di sviluppo tipici di questa età, come la costruzione di un'immagine positiva, autonomia e competente di sé e di sé

2005). Inoltre, gli adolescenti tendono ad essere molto concentrati sul loro aspetto fisico e non gradiscono percepirsi diversi dal gruppo dei pari e possono arrivare a rifiutare i farmaci o altre precauzioni. Alla luce di tali problematiche, intervenire per promuovere l'accettazione della malattia ed integrare questo dato nel processo di riorganizzazione dei costrutti personali, tipico della fase adolescenziale, è fondamentale per migliorare la qualità della vita dell'adolescenza.

te. Tuttavia gli studi di efficacia degli interventi sull'epilessia sono quasi tutti svolti su pazienti di età adulta.

Quindi, dopo aver passato in rassegna i vari tipi di trattamenti che nel tempo sono stati sviluppati per i pazienti epilettici, verrà trattato il modello di intervento che è nato nell'ambito dell'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, e Wilson, 1999). Si tratta dell'unico approccio terapeutico, sviluppato da Dahl e Lundgren (2005), che si focalizza esplicitamente sull'accettazione della malattia e che, peraltro, è nato per essere applicato a giovani adulti e ragazzi. Anche in questo caso verranno analizzati i risultati di efficacia.

### Obiettivi

Diversi sono gli interventi psicologici nel trattamento dell'epilessia che sono stati sviluppati e valutati negli anni. L'obiettivo di questo lavoro è quello di passare in rassegna i vari tipi di trattamenti comportamentali, farmacologici e psicologici e comportamentali sviluppati, analizzandone di volta in volta i dati di efficacia presenti in letteratura. In particolare, nel presente lavoro viene dedicato spazio all'approfondimento degli studi che hanno descritto, applicato e verificato l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) con questi pazienti.

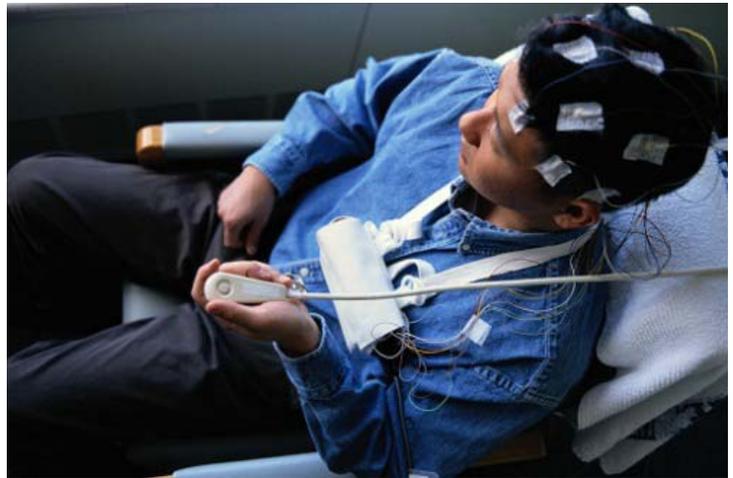
### Metodo

La ricerca e la scelta del materiale oggetto di approfondimento è stata effettuata utilizzando la

banca dati EBSCO dell'Ordine Nazionale degli Psicologi e consultando il sito della Association for Contextual Behavioral Science (ACBS), associazione fondata e presieduta da Hayes, selezionando gli articoli di ricerca che facevano specifico riferimento al trattamento cognitivo-comportamentale dell'epilessia. Sono stati, inoltre, consultati con lo stesso criterio articoli pubblicati sulle riviste: *Epilepsia*, *The Behavior Analyst Today*, *Journal of Behavior Medicine*.

condo questo principio le crisi partono da un'eccessiva attività e sincronizzazione dei neuroni di alcune parti del cervello e questo avrebbe un correlato comportamentale. Le crisi potrebbero essere contrastate, quindi, partendo proprio dal comportamento.

Da questo principio discendono alcune tecniche comportamentali di controllo delle crisi che consistono, quindi, in stimolazioni sensoriali antagoniste alla crisi stessa come stimolazioni tattili intorno alla parte dalla



### Gli interventi psicologici

#### *L'intervento comportamentale*

Già Galeno descriveva le crisi epilettiche come una catena prevedibile di comportamenti che può essere interrotta attraverso la stimolazione di alcune parti del corpo. A partire dalla fine dell'800, questo principio è stato ripreso e sviluppato da diversi studiosi (Brown-Sequard, 1858; Gowers, 1881; Jackson, 1931) ed ha preso il nome di principio di "competitive recruitment". Se-

quale parte la crisi (es.: pressione della mano), oppure in stimoli generali in grado di produrre un forte *arousal* che contrastava la crisi che stava cominciando (es.: far annusare dei forti odori) (Jackson, 1931; Brown-Sequard, 1858; Gowers, 1881).

Queste teorie passarono in secondo piano con l'avvento dei farmaci antiepilettici, per poi avere un nuovo impulso intorno alla metà del XX secolo, quando l'invenzione dell'EEG rese più chiari i meccanismi di condizionamento già messi in

evidenza del principio teorico di “*competitive recruitment*”. In una teoria che ha dato fondamento ai nuovi trattamenti comportamentali dell’epilessia, Fenwick (1994) suggerisce che l’attivazione neurale è solo un fattore di predisposizione, ma il fattore scatenante la crisi è l’inattività, mentre l’attivazione comportamentale normale ed organizzata è in grado di contrastare la diffusione dell’attività neurale anormale. Da un punto di vista del trattamento, insegnare al paziente il funzionamento della crisi gli consente di controllarla e significa insegnargli ad a riconoscere quando una crisi si sta per verificare e come la deve contrastare

Numerosi sono stati i protocolli di intervento comportamentale sviluppati che, a partire dall’analisi funzionale, hanno mostrato efficacia nel ridurre la frequenza delle crisi, comportando, oltretutto, bassi costi (Goldstein, 1990; Yardi, 2000; Ramaratnam e coll., 2004; Dahl e Lundgren, 2005; Wagner e Smith, 2005). Kuhn, Allen e Shiver (1995) hanno pubblicato, ad esempio, le linee guida per i medici che si occupano di epilessia infantile chiamato “*Behavioral Management of children’s seizure activity*” in cui sottolineano l’importanza degli interventi comportamentali come un’alternativa al trattamento farmacologico. Obiettivi dell’intervento comportamentale sono: (a) comprendere i meccanismi di condizionamento della crisi epilettica attraverso l’analisi funzionale e (b) insegnare ai pazienti a controllare le loro crisi. In linea di principio, questi interventi for-

niscono all’individuo una nuova storia di apprendimento che interrompe la connessione funzionale tra situazioni-stimolo (SD), che solitamente precedono la crisi epilettica, e la crisi stessa (C) che si sarebbe formato per un processo di condizionamento classico. Una tecnica centrale in questi programmi d’intervento è l’esposizione sistematica agli eventi che il paziente teme perché associati alle crisi epilettiche. In questo modo verrebbero interrotti anche gli evitamenti delle situazioni temute che mantengono il problema.

### *Il trattamento farmacologico*

Sebbene non sia strettamente connesso agli interventi di tipo psicologico, il trattamento farmacologico è importante perché ha tuttora delle forti implicazioni a livello teorico e pratico



ed è imprescindibile dell’intervento sulle crisi. Il modello teorico sottostante è quello medico ed è assolutamente opposto al principio di “*competitive recruitment*” e all’idea della crisi come frutto di un meccanismo di condizionamento. Le crisi epilettiche sono viste, infatti, come la manifestazione comportamentale incondizionata di un’attività elettrica anormale sottostante e la causa di questa attività è una

disfunzione organica, piuttosto che essere il frutto di un condizionamento.

Oggi molti dei pazienti affetti da epilessia che prendono farmaci antiepilettici sono del tutto liberi dalle crisi ma questo non senza dei costi. Infatti, il farmaco non agisce direttamente sulla sede della crisi ma agisce in modo omogeneo su tutte le cellule neurali, riducendone la reattività e riducendo così la probabilità che si verifichi una crisi. I correlati comportamentali e cognitivi di questo abbassamento dell’attività neurale sarebbero il rallentamento psicomotorio, la riduzione dell’attenzione e della memoria, nonché un abbassamento del tono dell’umore. In particolare le benzodiazepine mostrano gli effetti più negativi (Loring e Meador ,2001). Di conseguenza, alcuni pazienti percepiscono come più gravi gli

effetti dei farmaci che quelli delle crisi, poiché essi influirebbero sulla qualità di vita (Loring e Meador , 2001).

### *L’intervento con la CBT*

Alcuni studi hanno evidenziato che i pazienti epilettici sperimenterebbero pensieri ed emozioni negative legati alla loro condizione di malati cronici (Tomson e coll., 2004; Johnson e coll., 2004; Cummins, 1997). A livello comportamentale, inoltre, come abbiamo già visto, essi sarebbero pronti ad utilizzare comportamenti di evitamento delle situazioni associate alle

crisi epilettiche. Questi aspetti cognitivi e comportamentali sembra che a volte producano un handicap maggiore di quello procurato dalle crisi stesse (Newson e coll., 1998; Spector e coll., 1994). Infatti, alcuni dati (Tomson e coll., 2004; Johnson e coll., 2004; Cummins, 1997) suggeriscono che l'epilessia cronica risulta correlata con disturbi psichiatrici (in particolare, depressione), bassa qualità di vita e conseguenze negative sul piano della salute generale. Inoltre, la stigmatizzazione della diagnosi di epilessia, accanto a tutte le potenziali minacce associate al verificarsi delle crisi, producono emozioni stressanti, che, a loro volta, possono innescare ulteriori crisi (Haut e coll., 2003).

La CBT ha sviluppato, quindi,



dei programmi d'intervento volti al cambiamento delle emozioni negative e dei pensieri, insieme alla modificazione comportamentale che tradizionalmente era stata affrontata dalla terapia comportamentale. La CBT, infatti, parte dall'osservazione che

i pensieri e i sentimenti negativi di paura non solo sono spesso associati alle crisi epilettiche ma probabilmente essi interferiscono con le competenze di autogestione delle crisi (Newson, Goldstein e Fitzpatrick, 1998). Le tecniche più usate nei programmi di CBT per epilettici sono la ristrutturazione cognitiva (Goldstein, 1990), anche tecniche di rilassamento, meditazione e di gestione dello stress. A causa delle carenze metodologiche negli studi di efficacia, ci sono poche evidenze che mostrano il vantaggio dell'uso della CBT rispetto alla terapia comportamentale tradizionale senza componenti cognitive (Dahl e Lundgren, 2005).

### *L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

L'ACT (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) è l'unico intervento psicologico che utilizza strategie di accettazione e di consapevolezza, l'impegno e le strategie di cambiamento del

comportamento, per aumentare la flessibilità psicologica. Per flessibilità psicologica s'intende la capacità dell'individuo di essere pienamente in contatto con il momento presente, cosciente, per poter scegliere se cambiare o persistere nel proprio comportamento sulla base di quello che la situazione permette, sempre nel rispetto dei valori che si è scelto di perseguire.

Ad un livello teorico, questo approccio terapeutico ben si adatta all'applicazione a pazienti malati cronici come gli epilettici se si considera che sono chiamati ad integrare nella loro identità la malattia. Sembra, infatti, che il successo delle tecniche comportamentali di controllo delle crisi aumenti se il paziente è in grado di accettare la malattia, il che implica essere consapevole delle situazioni che facilitano la comparsa delle crisi, essere attento a quando se ne sta per avviare una e saper mettere in atto le tecniche comportamentali di contrasto tempestivamente (Dahl e Lundgren, 2005).

Recentemente, Lundgren, Dahl e Hayes (in stampa) hanno sviluppato un protocollo di trattamento programmato esplicitamente per adulti e giovani epilettici resistenti al farmaco e ne ha valutato l'efficacia nel corso di due studi sperimentali. Il protocollo prevede un programma di trattamento che unisce la terapia dell'accettazione e dell'impegno alle tecniche di controllo comportamentale delle crisi. Obiettivi del protocollo d'intervento sono: (a) favorire l'accettazione della malattia, che non si può cambiare, attraverso delle specifiche tecniche di accettazio-

ne; (b) favorire l'impegno e il coinvolgimento nel modificare ciò che si può cambiare, ovvero insegnare le tecniche comportamentali di gestione delle crisi. In questo protocollo ACT, quindi, i pazienti imparano ad convivere con la predisposizione ad avere crisi e tutte le paure, i pensieri negativi e le emozioni associate all'epilessia, abbandonando l'attitudine a combatterle. Nel corso del trattamento si distingue, infatti, l'epilessia 'pulita' da quella 'sporca'.

La prima è descritta come la tendenza a mantenere un aspetto vigile sulle crisi per cogliere quando si verificano e per essere pronti a contristarle; la seconda, invece, sarebbe la lotta che spesso il malato ingaggia contro l'epilessia, che lo porta ad evitare e a non controllare le contingenze in cui si verificano le crisi. Obiettivo ultimo, quindi è imparare ad accettare il rischio di avere crisi epilettiche e vivere pienamente la vita insieme a questo rischio. Due studi pilota (Lundgren, Dahl, Melin e Kies, 2006; e Lundgren, Dahl e Hayes, in stampa) hanno valutato l'efficacia del protocollo in due campioni di giovani adulti con epilessia farmaco resistente. In entrambi gli studi il campione sperimentale usufruiva del protocollo di trattamento psicologico basato sulla ACT, combinata con tecniche comportamentali di controllo delle crisi, mentre il gruppo di controllo usufruiva solo di una terapia supportiva.

I risultati di efficacia mostrano che in entrambi gli studi i campioni che avevano usufruito del trattamento erano pressoché liberi da crisi (il 90%) a differen-

za dei pazienti nella condizione di controllo. Anche la qualità della vita (misurata con lo strumento del WHO) era migliorata, soprattutto nei follow up a sei e a dodici mesi: il benessere fisico e psicologico percepiti e la qualità delle relazioni sociali. La capacità di agire in risposta a dei valori personali si era rivelata molto elevata già subito dopo la fine degli interventi.

## Conclusioni

Sebbene l'incidenza di epilessia sia alta durante l'adolescenza e la prevalenza di disturbi psichiatrici sia anche superiore a quella registrata durante l'infanzia o l'età adulta, non esistono interventi specifici per adolescenti con epilessia.

Numerosi studi hanno mostrato come protocolli di trattamento comportamentale siano efficaci nel ridurre la frequenza delle crisi (Goldstein, 1990; Yardi, 2000; Ramaratnam e coll., 2004; Dahl e Lundgren, 2005; Wagner e Smith, 2005). Accanto a tecniche comportamentali di comprovata efficacia, l'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) ha mostrato di poter contribuire ad aprire nuovi orizzonti di trattamento, anche con gli adolescenti e i giovani adulti.

Se, infatti, l'obiettivo della terapia comportamentale è il controllo delle crisi, l'ACT si propone di creare flessibilità psicologica, ridurre i pattern di evitamento esperienziale caratteristici degli epilettici e costruire un repertorio comportamentale più ampio orientato nella direzione dei valori personali.

Lo studio di Dahl e Lundgren (2005) suggerisce che un modello di trattamento composto da tecniche comportamentali di controllo delle crisi e dalle principali componenti della ACT (accettazione, defusione, mindfulness e azione impegnata in direzione dei valori) sia efficace nella cura dell'epilessia perché. Questo perché le strategie di controllo comportamentale, che possono essere utilizzate per prevenire, prevedere e interrompere una crisi, verrebbero coniugate all'acquisizione della flessibilità cognitiva necessaria ad accettare la possibilità del sopraggiungere delle crisi.

Secondo gli autori, questa combinazione rappresenta una praticabile alternativa e/o complemento alla terapia farmacologica e chirurgica. Tuttavia, occorre aggiungere alla cautela nel considerare l'efficacia degli interventi di ACT in generale (Corrigan, 2001; Powers, Zum Vörde Sive Vördin e Emmelkamp, 2008) un'ulteriore prudenza nel considerare l'efficacia su questa popolazione. Infatti, ad ora lo studio di Dahl e Lundgren (2005) rimane unico nel suo genere e non vi sono ulteriori evidenze empiriche a supporto.

Alla luce dei modelli di trattamento analizzati e di alcune isolate esperienze positive d'integrazione di diversi approcci effettuate da alcuni autori (Lundgren e Dahl, 2005; Lundgren, Dahl e Hayes, 2008), si ritiene utile che a livello clinico si predispongano in futuro ulteriori studi di efficacia che mettano in evidenza l'utilità dell'applicazione di queste tec-

niche, soprattutto su campioni italiani. Inoltre, data la carenza di applicazioni specifiche in età evolutiva, è auspicabile che in futuro si predispongano trattamenti specifici per questa età.

### Bibliografia

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Austin, J. K. (1989). Comparison of child adaptation to epilepsy and asthma. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 139-144.
- Collins, W.A., & Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. In N. Eisenberg, W. Damon, e M. Lerner (a cura di). *Handbook of child psychology*, vol. 3 (6<sup>a</sup> edizione pp.1003-1067). Hoboken, NJ: Jon Wiley & Sons.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A Threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24(9), 189-193.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life for people with disabilities. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for handicapped people* (pp. 116-150). Cheltenham, England: Stanley Thomas.
- Dahl, J., Lundgren, T. (2005). Behavior analysis of epilepsy: conditioning mechanisms, behavior technology and the contribution of ACT. *The Behavior Analyst Today*, 6(3), 191-202.
- Derogatis, L.R. (1992). *The Symptom Checklist - 90-revised*. Minneapolis, MN: NCS Assessments.
- Goldstein, L. (1990). Behavioural and cognitive-behavioural treatments for epilepsy: a progress review. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 257-269.
- Haut, S. R., Vouyouklis, M., & Shinnar, S. (2003). Stress and epilepsy: A patient perception survey. *Epilepsy & Behavior*, 4 (5), 511-514.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hitiris, N., Suratman, S., Kelly, K., et al. (2007). Sudden unexpected death in epilepsy: A search for risk factors. *Epilepsy and Behavior*, 10, 138-141.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M., et al. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 45, 544.
- Lambert, M. V., & Robertson, M. M. (1999). Depression in epilepsy: Etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia*, 40, 21-47.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Behavior Medicine*, 31(3), 225-235.
- Lundgren, A. T., Dahl, J., Melin, L., et al. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa. *Epilepsia*, 47, 2173-2179.
- Lv, R., Wu, L., Jin, L., Lu, Q., Wang, M., Qu, Y., & Liu, H. (2009). Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurological Scandinavica*, 120, 335-341.
- Montanaro, M., Battistella, P.A., Boniver, C., & Galeone, D. (2004). Quality of life in young Italian patients with epilepsy. *Neurological Sciences*, 25, 264-273.
- Newson, D., Goldstein, L., & Fitzpatrick, D. (1998). Fear of seizures: an investigation and treatment. *Seizure*, 7, 101-106.
- Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B., & Emmelkamp, P.M.G. (2009) Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 7b, 73-80,
- Press, J., Neumann, L., Uziel, Y., Bolotin, A., & Buskila, D. (2002). Assessment of quality of life of parents of children with juvenile chronic arthritis. *Clinical Rheumatol*, 21, 280-3.
- Ramaratnam S, Baker GA, & Goldstein LH. (2004) *Psychological treatments for epilepsy. (Cochran Review)*. The Cochran Library, Issue 1. John Wiley and Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Spector, S., Goldstein, L., Cull, C., et al. (1994). *Precipitating and inhibiting epileptic seizures: A survey of adults with poorly controlled epilepsy*. London: International League against Epilepsy.
- Tomson, T., Beghi, E., Sundqvist, A., et al. (2004). Medical risks in epilepsy: a review with focus on physical injuries, mortality, traffic accidents and prevention. *Epilepsy Research*, 60, 1-16.
- Wagner J.L., & Smith G. (2005). Psychosocial intervention in pediatric epilepsy: Acritique of the literature. *Epilepsy and Behavior*, 8, 39-49.
- Yardi N. (2000). Yoga for epilepsy. *Seizure*, 0, 1-6.

# Mobbing come relazione di potere: alessitimia e indifferenza nelle organizzazioni

Marina Caravella

Psicologa-Psicoterapeuta Analista Transazionale - Dir. Psicologa SPESAL ASL/FG

## Riassunto

L'autrice propone una lettura del mobbing come un processo parallelo ed interattivo legato alle relazioni e i ai ruoli dei diversi attori, all'interno delle dinamiche gerarchiche e del funzionamento di gruppi istituiti ed organizzazioni. La linea seguita è quella che rinvia alla Psicologia Sociale: gli esperimenti di Milgram e Zimbardo confermano che la violenza non si consuma nel rapporto carnefice/vittima, ma è legata all'esercizio dell'autorità, al ruolo e all'indifferenza dei bystanders. Il mobbing è quindi correlato alle dinamiche del potere e dell'obbedienza, alla tendenza a diventare "meccanici ripetitori d'influenza", schiavi del "non poter evadere da copioni irrigiditi che ovunque rappresentiamo per dovere" (ruolo), indifferenti (per conformarci all'autorità e alla maggioranza) alla sofferenza inflitta agli altri. Lo scopo del lavoro è quello di mettere in luce i meccanismi che innescano il fenomeno, nella speranza di ridurre, attraverso la via preventiva, le condizioni organizzative e di contesto che lo generano.

**Parole chiave:** potere/ostracismo/conformismo/indifferenza/alessitimia: difficoltà a provare o esprimere emozioni, e di interpretare le emozioni altrui, con tendenza ad assumere comportamenti conformistici

*A Gianna, Lucia, Gennaro e Paola.*

*Non conoscendo le regioni dei sentimenti, altro non gli resterà che quella della condotta, agendo meccanicamente. Sacrificandosi (...) sull'altare di un rigido adattamento (...) egli è come se fosse finito nel 'lago dell'indifferenza' (...) il suo freddo ingranaggio ben si sincronizza con il movimento che scandiscono i tempi dei sistemi organizzativi (...) le organizzazioni non amano le novità. Preferiscono coltivare la routine. Il mondo del sangue gelido è un mondo sempre uguale, ripete costantemente la stessa litania. Adriano Zamperini*

Non è facile occuparsi di mobbing per il fatto che il termine viene "banalizzato" rinviandolo a

situazioni che sono comunemente accettate. Tuttavia, la normale convivenza nel luogo di lavoro può diventare un inferno relazionale con forme di ostracismo che incidono sui bisogni e su l'auto-regolazione sia dei lavoratori che dell'organizzazione.

Personalmente, nella stesura di questo scritto, ho ripercorso gli eventi accaduti due anni fa: la morte per suicidio di due colleghi che lavoravano con me in un Centro di Salute Mentale, rivissute a settembre 2013 con l'omicidio di una Psichiatra di Bari. L'omicidio di Paola ha riproposto, in una tragica ripetizione, quanto accaduto vent'anni prima a Gianna, giovane infermiera di Foggia.

Ho attraversato i tempi e i luoghi della memoria, dal mio ingresso nel mondo del lavoro ad oggi, in una successione carica di coloriture emotive per un ripensamento del fenomeno, arricchito dalla più recente esperienza in un Centro per il Disadattamento Lavorativo (Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti Lavorativi) e dai risultati di una ricerca empirica che ha coinvolto dieci soggetti (cinque maschi e cinque femmine), di età compresa tra i 35 e i 59 anni, ai quali una specializzanda ha somministrato il Rorschach, per concludere la sua formazione in psicoterapia.

Il mobbing non è un evento che può essere attribuito solo alla percezione e all'ipersensibilità dell'individuo mobbizzato o circoscritto alla sua relazione con il mobber, come accade di solito, ma, a mio parere, è strettamente collegato all'esercizio dell'autorità, all'assunzione di un ruolo lavorativo all'interno della gerarchia organizzativa e dei gruppi istituiti, all'indifferenza e alla "fluttuazione della responsabilità".

Gli omicidi e i suicidi, con significati simbolici diversi, rappresentano l'esito dello scollamento del "potere" dalla riflessività, dalla responsabilità e dall'empatia, in una razionalizzazione (management) apparente dei sistemi organizzativi che, a ben vedere, può risultare fuorviante e distruttiva.

Così, incapaci di dissentire, ci adattiamo al ruolo lavorativo con l'idea di auto conservarci, ci conformiamo all'autorità formale o informale del gruppo e navighiamo nel "lago gelido dell'indifferenza", perdendo la geografia emotiva della nostra identità in sincronia con "l'alessitimia delle organizzazioni" che viene scandita dalla "routine", dalla "burocrazia" e dal "distanziamento".

Nell'essenza del potere è che esistano degli altri da dominare: senza di essi, non è pensabile alcun atto di potere. L'atto di potere può consistere nell'allontanamento degli altri, ed è tanto più grande quanto più l'allontanamento è radicale e globale. Così la vittima di mobbing viene ostracizzata attraverso un sistema di credenze e condotte condivise con le quali i membri di un gruppo di lavoro e l'organizzazione tutta, l'escludono e l'allontanano contro la sua volontà.

Zamperini, riprendendo alcuni passaggi dell'Uomo invisibile di Ralph Ellison, usa la metafora dell'invisibilità per definire l'effetto dell'ostracismo, facendo parlare il protagonista del romanzo che, consapevole del suo ruolo, dice: *"l'invisibilità di cui parlo si verifica per la speciale disposizione degli occhi di coloro con i quali vengo in contatto"*

*(...) Dipende dalla struttura dei loro occhi interni(...)" - così - "nell'intimo vieni a sospettare di essere tu stesso il colpevole, e te ne stai nudo dinanzi a (...) occhi che ti guardano attraverso senza vederti. È questa la vera malattia dell'anima" (...) "che altro potevo fare (...) se non tentare di dirvi ciò che accadeva in realtà quando i vostri occhi guardavano senza vedere? Ed è questo che mi spaventa: Chi può dire che io (...) non parli per voi?"* (op. cit. 2010, pp. 61-62).

Sopravviviamo, in altre parole, nel copione lavorativo, nella ripetitività dei ruoli e dei giochi di potere. Nella sopravvivenza, per Canetti (1998), è insita l'essenza del potere, dalla quale si configura la dinamica del conflitto e la superiorità del vincitore sul vinto.

Sopravvivere concretizza *spietatamente* una situazione 'ben delimitata', 'inconfondibile': chi ha preso il gusto di sopravvivere vuole accumulare il potere e cercherà, o al limite tenderà a provocare, situazioni in cui possa sopravvivere a molti.

La conoscenza del fenomeno mobbing è d'importanza cruciale, perché può permettere politiche

di osservazione e di ascolto nei posti di lavoro e nelle organizzazioni.

Il mobbing, pur riconosciuto, nell'accordo europeo del 2004, come avvenimento collegato al contesto lavorativo, viene separato da altre risposte allo stress come, ad esempio, il Burn out. Questa separazione, dal mio punto di vista, potrebbe ridurlo ad un mero problema giuridico, dovuto alla volontà vessatoria del mobber, ai suoi tratti di personalità e, alla fragilità dei confini del Self o alla passività del mobbizzato, come di fatto già avviene.

Il mobbing nasce e si consuma all'interno di un'organizzazione anche a causa dell'inerzia dei bystanders. Più in particolare sono i processi paralleli e gerarchici di gruppo, l'influenza dell'autorità, l'assunzione dei ruoli Persecutore/Vittima/Bystanders all'interno di dinamiche disfunzionali che concorrono al suo sviluppo e al suo esito.

Lo scopo di questo scritto è quello di mettere in luce i meccanismi che innescano il mobbing, nella speranza di ridurre, attraverso la via preventiva, le condizioni organizzative e di contesto che generano le sue differenti manifestazioni.

### **Mobbing: intenzionalità, aggressività, capro espiatorio**

L'uso della parola mobbing storicamente nasce nell'ambito dell'etologia con Konrad Lorenz (1964) che lo utilizzò per definire la tendenza di alcuni animali della stessa specie ad attaccare ripetutamente un proprio simile, con lo scopo di indurlo ad uscire dal proprio gruppo di appartenenza, per mantenere l'omogeneità e la gerarchia necessari alla sopravvivenza (alimentazione, riproduzione).

Il termine mobbing deriva dal verbo anglosassone "to mob" che indica in senso letterale: "accerchiare", "aggredire" e, dal latino "mobile vulgus", cioè il "movimento di gentaglia". Il concetto di mobbing è stato introdotto dallo studioso svedese Heinz Leymann (psicologo scolastico e del lavoro), il quale aveva osservato l'emarginazione e l'isolamento prodotti in ambito lavorativo da condotte vessatorie poste in atto da superiori e colleghi per danneggiare un lavoratore. Gli atteggiamenti e comportamenti in cui si concretizza il mobbing arrecano gravi danni alla salute psico-

fisica dei lavoratori oggetto di tali abusi, sino a sfociare in forme depressive ed in lesioni rilevanti della capacità lavorativa ed autostima che spingono al suicidio.

Nel nostro Paese il mobbing trova più che altrove condizioni favorevoli per prosperare grazie alla grave crisi economica in atto che provoca precarietà e drastiche riduzioni di personale.

Il mobbing è costituito da una serie di comportamenti vessatori, attuati del tutto arbitrariamente con modalità polimorfe, messi in atto in un arco di tempo determinato, stabilito dalla giurisprudenza di legittimità in almeno sei mesi. Il termine definisce la forma di terrore psicologico, ripetuto e protratto nel tempo che ha origine all'interno delle gerarchie dei gruppi di lavoro con lo scopo di eliminare una persona ritenuta scomoda.

Il mobbing è, quindi, una strategia (intenzionalità), un attacco (aggressività), ripetuto, continuato, sistematico e duraturo, che presuppone come parametri di base per valutarlo le variabili temporali della frequenza e della durata. Può determinare diverse fattispecie di danno che richiedono per la loro quantificazione percentuale le competenze medicolegali. Il danno alla salute oltre che nella lesione psicofisica valutata dal medico è definito anche dal profilo dinamico-relazionale che comporta un danno esistenziale, inteso come compromissione della capacità relazionale della vittima (capro espiatorio) (Bussotto e Moriondo, 2010).

Molti sono gli autori, tra i quali Ege (1997), Zapf (1999) e Hirigoyen (1998), che si sono occupati di mobbing cercando di far luce sul fenomeno e spiegando i motivi per cui esso si verifica; i diversi modelli affrontano il problema da punti di vista differenti, analizzano gli aspetti della personalità dei singoli appartenenti al gruppo e dell'ambiente di lavoro che possono favorirne lo sviluppo, trascurando, tuttavia, l'aspetto legato alle dinamiche di potere nei gruppi istituiti.

In tal modo vengono negati gli elementi costitutivi presenti, in nuce, già nell'interpretazione etologica del fenomeno, trasposta poi da Leymann (1996), nel contesto lavorativo che sottolinea la "comunicazione ostile e non etica" e la natura asimmetrica del conflitto relazionale.

Concordo, per quanto riguarda la visione del fenomeno in Analisi Transazionale, con Sylvie Rossi (2007) nell'affermare che l'organizzazione non può essere considerata un contesto neutrale nel determinare il fenomeno mobbing. Il mobbing rappresenta, infatti, un vero e proprio attacco al Self, oltre che alle fami individuate da Berne e ai bisogni relazionali di Erskine.

Il mobbing è un processo evolutivo caratterizzato da stadi che può concludersi con l'uscita anticipata dal mondo del lavoro, terminare tragicamente con l'omicidio del mobber o, più frequentemente, con il "suicidio anomico" del mobbizzato. Il suicidio anomico rappresenta, come ha scritto Emile Durkheim riferendosi ad un contesto sociale più ampio di Stato, *"l'autoaffondamento del cittadino cui sono strappati non solo i diritti ma gli obblighi della cittadinanza: la libera sottomissione alle necessità del lavoro, il sentirsi parte di una società, di un ordine professionale, di un sindacato che includa e integri"* (la citazione è di Barbara Spinelli).

Quando la persona viene privata della possibilità di accedere all'ambito lavorativo viene attaccata la possibilità di soddisfare i bisogni primari e i bisogni di crescita e relazionali. Così, senza lavoro l'uomo perde inesorabilmente la sua *dignità* (identità) e con essa l'*eguaglianza* e la *libertà*.

Il lavoro, infatti, non solo colloca la persona nella dimensione delle relazioni sociali, in cui il soggetto astratto s'incarna nell'uomo concreto che conquista un ruolo sociale, ma costituisce anche un mezzo per costruirsi persona.



## Bisogni e costruzione del ruolo

Le ricerche sperimentali sull'attaccamento confermano che il legame 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. Si comprende così il bisogno umano di far parte di gruppi e l'importanza vitale del lavoro attraverso cui l'individuo soddisfa i propri bisogni primari e costruisce la propria identità, il proprio Self, nell'interazione con gli altri in reciprocità di ruoli. Il Self, la cui caratteristica essenziale è la riflessività, ha una polarità individuale e una sociale: ci costruiamo persone sul significato condiviso delle azioni reciproche che diventano simboli attraverso il linguaggio. Tramite il processo di simbolizzazione, soprattutto con il linguaggio, si costituisce una serie di oggetti dotati di "senso comune" che ci permette un'attribuzione condivisa di significati. La mente e la condivisione si sviluppano in questo scambio di interazione: nella relazione ha origine e si costruisce la vita psichica cosciente, così che anche l'intrapsichico si spiega risalendo al sociale, in un continuo processo d'influenza e assunzione di ruoli ed atteggiamenti.

Infatti, secondo Mead, che è il padre di quella corrente della psicologia che prende il nome d'Interazionismo Simbolico, l'individuo entra in relazione con il mondo sociale attraverso un incessante conversazione interiore/soliloquio che consiste in un flusso costante tra due polarità del Self: l'I e il Me, in cui l'I costituisce l'impulso ad agire, il lato più naturale dell'essere umano; mentre il Me rappresenta l'insieme delle aspettative della società, dei gruppi che l'individuo ha interiorizzato mediante ripetute assunzioni di atteggiamenti e ruoli altrui (role-taking). Il Self, costituito dall'I e dal Me, è inteso dagli interazionisti quale "cabina di regia" di ogni individuo ed è il prodotto delle attività sociali che, di conseguenza, è sempre soggetto a modificazioni e assestamenti.

La maggioranza delle persone appartiene alla tipologia conformista (Me) ed è ciò che rende possibile la convivenza in una determinata società, sostanziosamente in valori condivisi da tutta la comunità, dotata di regole e ruoli propri in funzione di un obiettivo/bene comune che costituiscono "l'altro generalizzato". L'altro generalizzato è

quindi la cultura condivisa di un gruppo, la legge interiorizzata, penetrata nell'individuo tramite la socializzazione.

Alcuni concetti di matrice interazionista sono quelli di Self, d'interazione sociale, d'interpretazione della situazione, di assunzione dell'atteggiamento altrui che avviene in forza di ripetuti role-taking. Così l'individuo, come osservatore osservante, deve estraniarsi da se stesso e immedesimarsi in un altro individuo o gruppo, di cui assume il ruolo in azioni e relazioni circolarmente costruite.

Tutta la struttura sociale, quindi, può essere considerata come consistente di vari Self in forma di ruoli e questi ruoli sono caratterizzati sia dal loro reciproco coordinamento sia da tensioni e conflitti. Il modo in cui vediamo gli altri e anche noi stessi è determinato da aspettative che riguardano i ruoli.

Il ruolo è necessario per l'identità e per mantenere le funzioni riflessive del Self, ci posiziona, in altre parole, tra gli altri. Seguendo la lettura interazionista, possiamo considerare, di conseguenza, l'effetto sociale sul Self e, parallelamente, l'ordine sociale che scaturisce dai ruoli individuali (Ceretti e Natali, 2009).

Ai ruoli è legato lo status che comprende il potere d'influenza e, naturalmente, la gerarchia, dei diversi attori all'interno delle dinamiche, manifeste e nascoste, di un gruppo. Questo doppio livello esige, in ultima analisi, una lettura che "è impossibile ricavare esclusivamente dalle considerazioni delle motivazioni individuali" (Berne, 1964) e che rimanda alla Psicologia Sociale, alle dinamiche di gruppo.

## Il ruolo di capro espiatorio nei gruppi di lavoro

Nelle organizzazioni lavorative le risorse per la realizzazione dei compiti istituzionali devono essere adeguate qualitativamente e quantitativamente al compito istituzionale da assolvere. Quando esistono delle carenze di risorse o dei limiti negli aspetti strutturali, delle confusioni gerarchiche (di ruolo) o delle inadeguatezze gestionali, le funzioni del gruppo di lavoro si perdono e le relazioni interne cominciano a deteriorarsi in un processo regressivo caratterizzato da conflittualità

manifesta e nascosta. “*A prescindere dalla maturità e dall'integrazione psicologica dell'individuo, i piccoli e i grandi gruppi non strutturati che mancano di una leadership operativa o di un compito chiaramente definito che possa metterli in relazione con l'ambiente, tendono a provocare nell'individuo un'immediata regressione (...) Il potenziale di tale regressione è insito in ciascuno di noi: quando perdiamo la nostra abituale struttura sociale, quando i nostri ruoli sociali vengono sospesi (...)*” (Kernberg, 1999 p. 49).

Così nel gruppo di lavoro, con la perdita di strutturazione della chiarezza e reciprocità dei ruoli, che, nella visione degli Interazionisti, concerne il Self e la riflessività, si può inserire l'aggressività agita verso un membro del gruppo attraverso le condotte mobbizzanti, le cui radici affondano, a ben vedere, nei miti e i riti della Grecia antica in cui il capro espiatorio, aveva la funzione di assorbire il *loimos*, lo sporco della comunità.

Questi rituali possono riemergere in forma di condotte violente nel contesto lavorativo in momenti critici o in relazione alle fasi di crescita di un gruppo.

Il fenomeno mobbing allora può essere letto come la trasposizione di un rito culturale arcaico che si ripropone nelle istituzioni lavorative quando nel gruppo o nella organizzazione emergono crisi che minacciano l'omeostasi o la sopravvivenza. Queste minacce dovute a processi interni o esterni fanno precipitare il gruppo ad un livello in cui al pensiero e alla riflessione vengono sostituiti aspetti emotivi che favoriscono la regressione e si perdono così i confini individuali e quelli di gruppo.

Nell'atto sacrificale il gruppo, giunto al parossismo della disgregazione e della conflittualità, ritrova la sua unità d'un colpo con un meccanismo semplice: un'alleanza contro un Persecutore comune, cui attribuire le colpe assolvendosi dalle proprie responsabilità. Il Persecutore può essere un diverso, il portatore di una mentalità che si discosta dal pensiero conformistico del gruppo, uno che rompe con le regole non scritte cui il gruppo si è adeguato e che disturba con i suoi codici di pensiero divergenti. Si genera così una violenta tensione, dapprima agita, con occasionali e apparentemente scollegati episodi di aggressione, che in un crescendo si intensificano drammaticamente

su un soggetto, spinto nella posizione di Vittima e attaccato fino alla sua esclusione dal contesto lavorativo. La Vittima, privata della possibilità di soddisfare i suoi bisogni materiali e sociali, necessari alla sopravvivenza, può decidere di suicidarsi. L'esito di questa stessa dinamica può essere diverso quando l'attacco proviene da un soggetto non appartenente al gruppo, per un'eccessiva permeabilità dei confini esterni, la Vittima, in questo caso, attraverso l'uccisione da parte dell'estraneo, diventa Salvatore del suo gruppo.

Non considerare queste dinamiche, i processi interni ed esterni, significa non riconoscere l'aggressività insita nella relazione individuo-gruppo e tra gruppi diversi, le cui conseguenze ricadono tragicamente su singoli individui e si estendono all'intera organizzazione. Tali processi si muovono entro la struttura dei legami istituiti nel tempo attraverso la costruzione sociale di “*modi di dominio*” che vengono conservati mediante un lavoro incessante di riproduzione. È quindi nelle dinamiche implicite ed esplicite di potere in un gruppo istituito e le congiunture peculiari della realtà istituzionale che può svilupparsi il mobbing, i cui attori, all'interno dei ruoli costituiti gerarchicamente, utilizzano il *conformismo* come meccanismo di difesa per annullare la responsabilità nell'agire atti violenti o restare indifferenti. Così si struttura quello che la Arendt ha definito la “*banalità del male*” (1964).

### **Condotte non etiche: alessitimia e indifferenza**

Le condotte non etiche e violente risultano, quindi, scarsamente correlate alle caratteristiche personali di chi le agisce, mentre lo sono fortemente con le strutture di potere, la dinamica dell'obbedienza e l'assunzione di un ruolo.

L'influenza dall'autorità e l'assunzione di un ruolo in un contesto specifico favorirebbero, come dimostrano gli esperimenti di Milgram del 1963 e Zimbardo del 1972, le condotte ostili e non etiche che possono essere agite da persone prive di tratti caratteriali che predispongano ai maltrattamenti e alla violenza.

Gli esperimenti di Milgram e Zimbardo traggono origine dagli studi condotti da Solomon Asch, il quale dimostrò come il “*conformismo*”

possa far sì che la gente affermi che una linea è più lunga perché tutti gli altri lo sostengono, anche se ciò che appare ai loro occhi mostra il contrario.

L'esperimento di Stanley Milgram (1) dimostrò che gente comune accetta di infliggere ad altri individui quelli che pensa siano shock elettrici, anche di intensità tali da poter arrecare gravi danni per l'effetto "dell'obbedienza all'autorità".

Nell'esperimento di Zimbardo (2) i volontari (che non presentavano alcun segno di anormalità) erano stati suddivisi a caso in prigionieri e guardie carcerarie. Ad entrambi furono dati dei simboli di riconoscimento della loro posizione e c'era una lunga lista di norme. Coloro che avevano il ruolo di guardia diedero subito dimostrazioni del loro potere con atti di crudeltà.



1. Milgram reclutò uomini di tutte le condizioni sociali in cambio di un piccolo compenso. Ciascun volontario veniva presentato ad un attore che fingeva di essere un altro partecipante. Nell'esperimento un partecipante doveva assumere il ruolo dell'insegnante, mentre l'altro il ruolo dell'alunno con l'obiettivo di dimostrare gli effetti delle punizioni sull'apprendimento. Manipolando il sorteggio, al volontario veniva sempre assegnato il ruolo di docente con il compito di insegnare all'allievo delle prove di memoria e di punirlo con una scarica elettrica (di cui egli stesso aveva provato la sensazione sgradevole) per ogni sbaglio. Per infliggere la scossa, l'insegnante aveva a disposizione 30 interruttori, che andavano dai 15 volt (etichettata come "scossa leggera") fino a 450 volt. Egli doveva punire gradualmente l'alunno per ogni risposta sbagliata. Iniziato l'esperimento e quindi gli errori dell'alunno, l'insegnante doveva infliggere le scosse: quelle forti venivano accompagnate dapprima da gemiti di dolore, in seguito da urla vere e proprie, dal rifiuto e proteste da parte dell'attore/alunno. Ai tali segnali, il volontario/insegnante mostrò angoscia, chiedendo spiegazioni allo sperimentatore il quale, con sicurezza, annunciava che l'esperimento doveva proseguire. Quando l'attore, per scosse superiori a 300 volt, simulò ulteriori sofferenze fino a fingere di svenire, i volontari cominciarono a protestare; lo sperimentatore

rispondendo con severità alle proteste, ribadì che l'esperimento doveva andare avanti e che ogni partecipante sarebbe stato esente da ogni responsabilità. Contrariamente alle aspettative il 68% dei partecipanti inflisse scosse sempre più intense fino a 450 volt. Purtroppo altri studi più recenti hanno confermato i risultati di Milgram, mettendo in evidenza che l'obbedienza all'auto-

rità è altrettanto probabile oggi come lo è stato allora, indipendentemente dal contesto storico e dallo status sociale degli individui.

2. Gli sperimentatori ingaggiarono volontari maschi tra i 17 e 30 anni affinché partecipassero a pagamento ad uno studio sulla "vita di prigione": alcuni di essi furono assegnati casualmente al ruolo di prigionieri mentre gli altri a quello di secondini. Ogni aspetto della vita in prigione doveva simulare fedelmente la realtà, a cominciare dall'arresto: vennero prese le impronte digitali dei prigionieri e furono incarcerati con uniformi a righe. Le guardie, a loro volta, dovevano interpretare fedelmente la loro parte: far rispettare le regole e la disciplina. Inaspettatamente i prigionieri si ritrovarono alla mercé dell'arbitrio delle guardie. L'esperimento fu interrotto per gli effetti sulla psiche dei partecipanti, (Frammenti di Psicologia Sociale, Diario del sottosuolo, Internet pp. 13-14)

Zamperini (2001) riprendendo i risultati delle ricerche sperimentali sull'inibizione morale che può essere erosa da tre fattori: "l'autorizzazione," "la routine" e "la disumanizzazione". L'autorizzazione, il sentirsi cioè autorizzati dall'alto ad attuare azioni distruttive, corrisponde all'assun-

zione dell'obbedienza agli ordini superiori come criterio morale fondamentale.

L'etica dell'obbedienza si stabilisce quando vivendosi come un'estensione dell'autorità l'individuo non solo rinuncia al pensiero ma anche all'empatia e alla responsabilità.

Inoltre, quando un'azione è organizzata in tutti i suoi dettagli, tende ad assumere l'aspetto di una semplice procedura burocratica che toglie ogni possibilità di manifestarsi alla resistenza morale. Quando la ripetizione di certe azioni le trasforma in routine, si può verificare un processo di desensibilizzazione in cui il ruolo della decisione e della scelta è completamente azzerato, evitando così l'emergere di dissonanze cognitive e dilemmi morali.

Tuttavia è la disumanizzazione lo strumento che si rivela più efficace per inibire l'empatia sia nei carnefici che negli spettatori. La disumanizzazione viene agita con condotte che mirano ad allontanare la vittima dagli altri membri del gruppo.

Tramite questi meccanismi l'individuo, rinuncia alla responsabilità di operare scelte secondo criteri morali, non si cura più delle conseguenze delle sue azioni: precipita in uno stato eteronomico, in cui il sentire personale cede il passo agli obblighi di ruolo.

Questo conformarsi al ruolo riguarda l'uomo delle organizzazioni che, incapace di provare emozioni e stati d'animo, deficitario nello sforzo di costruire relazioni autentiche, assumerà il rigido copione del burocrate sincronizzandosi con l'alestitimia delle organizzazioni, in un passivo adattamento che congelerà il dialogo interpersonale (Zamperini, 2007).

Così abbiamo evidenziato i fattori che, in situazioni di violenza, inibiscono l'intervento dello spettatore o che comunque influiscono sulla "scelta" di non intervenire autogiustificandosi e deresponsabilizzandosi.

Le conclusioni degli esperimenti di Milgram dimostrano che le condotte non etiche e aggressive sono correlate ai modelli d'interazione sociale più che ai tratti di personalità. Se vi fossero dei dubbi in proposito è probabile che essi svaniscano esaminando i risultati dell'esperimento di Zimbardo in cui viene eliminato anche il potenziale fattore di disturbo costituito dall'autorità istituita, impersonata dallo sperimentatore. Nell'espe-

perimento di Zimbardo, infatti, non c'era nessuna autorità esterna a cui appoggiarsi per liberarsi dal peso della responsabilità. Tutta l'autorità proveniva esclusivamente dal ruolo distribuito ai soggetti dallo sperimentatore tra le diverse posizioni all'interno di un modello codificato d'interazione (Bauman, 1992).

La crudeltà scaturiva dall'identificazione, attraverso i simboli di appartenenza al ruolo, dal contesto sociale e non dalla presunta malvagità dei partecipanti. Se i ruoli fossero stati invertiti tra i partecipanti all'esperimento, il risultato complessivo non sarebbe cambiato. A quanto sembra il punto fondamentale sta nella facilità di scivolare nel ruolo purché prima sia stato debitamente rafforzato e legittimato da un'autorità superiore.

La solidarietà quindi non è tanto dovuta alla ragione e all'applicazione di principi morali, quanto piuttosto a quel più profondo stato psichico che è l'empatia, dove lo spettatore si sente unito o addirittura si identifica con la sofferenza della vittima.

A inibire o al contrario a favorire l'intervento di sostegno alla vittima concorrono fattori extra-situazionali quali la presenza di determinate norme, aspettative, la tendenza a solidarizzare con i membri che si percepisce appartenenti al proprio gruppo (insiders) che determina un parallelo disinteresse, per esempio, per la sorte di chi da tale gruppo non viene riconosciuto (outsiders).

## Conclusioni

Un aspetto fondamentale del mobbing è legato alle dinamiche aggressive che possono generarsi all'interno dei gruppi nella definizione dei rapporti di potere. Possiamo distinguere l'aggressività strumentale da quella di tipo reattivo. Nella forma reattiva l'aggressività è la risposta ad un evento frustrante, minaccioso o traumatico, una difesa che rappresenta prevalentemente una genuina protesta contro l'asprezza della vita. Al contrario, l'aggressività strumentale è quella finalizzata ad uno scopo, che riguarda il dominio di una persona su un'altra, per l'ascesa nella gerarchia di un gruppo o il predominio di un gruppo su un altro per la conquista di posizioni più vantaggiose (Caravella, 2012).

Il mobbing è un processo che va letto alla luce della psicologia sociale e delle dinamiche aggres-

sive strumentali che possono generarsi nella definizione dei rapporti di potere, infragruppo e intergruppi e dell'assunzione del ruolo.

Il mobbing è, quindi, un problema che non può essere ricondotto né a semplici "problemi personali" del soggetto che lo subisce, né alle dinamiche di semplice conflitto. Il conflitto fisiologico si struttura, infatti, quando le parti in opposizione hanno uguale potere e forza; se invece le forze sono squilibrate la parte più debole si può trasformare in vittima.

Così affermo, con Milgram, che le condotte non etiche sono una questione riguardante i rapporti sociali e l'etica dell'obbedienza. Se i rapporti sociali sono razionalizzati e tecnicamente perfezionati, attraverso la routine, la burocrazia, le pratiche di management, altrettanto avviene per la produzione sociale delle condotte non etiche.

Nell'esperimento di Zimbardo, inoltre, non c'era alcuna autorità esterna riconosciuta pronta ad affrancare i soggetti dal peso della responsabilità dei loro atti. Lo sperimentatore, infatti, si limitò solo ad innescare il processo, distribuendo i soggetti tra le diverse posizioni di un modello codificato d'interazione.

Allo stato attuale, in assenza nel nostro Paese di una normativa specifica sul mobbing, la giurisprudenza prevede l'onere della prova a carico del mobbizzato facendo riferimento alla relazione lineare mobber-mobbizzato. Si chiede alla vittima di mobbing di dimostrare l'intenzionalità dell'agito del mobber, strutturando così un processo alle intenzioni e, in assenza di documenti attestanti gli abusi di potere, rendendo di fatto inopponibile la prova della vittima.

Secondo le indagini statistiche il 20% dei suicidi in un anno in Svezia hanno come causa scatenante fenomeni di mobbing nel contesto lavorativo (Belsito, 2012).

Pertanto, il fenomeno mobbing andrebbe analizzato come dinamica interna ai gruppi istituiti, come processo che si sviluppa ai diversi livelli della gerarchia organizzativa, in cui il conformismo è centrale nella sua manifestazione. Ai fini della riduzione del fenomeno, sarebbe necessario intervenire sul gruppo direttamente coinvolto e sul contesto socio-organizzativo allargato.

Questo cambiamento di prospettiva nello studio del mobbing, pur non potendo contribuire di

fatto nel processo penale o civile può costituire la base per la diagnosi e la prevenzione del fenomeno nelle organizzazioni e il compendio per un'interpretazione più profonda e incisiva di quanto già prescritto dal Testo Unico della Sicurezza sul Lavoro, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

### Bibliografia

- Andreoli, S., (2012). <http://www.diariodelsottosuolo.it/>, Frammenti di Psicologia Sociale, Diario del sottosuolo, 13-14.
- Arendt, A. (1963). *La banalità del male*, Milano, Feltrinelli, 1964.
- Bauman, Z. (1991). *Modernità e Olocausto*, Bologna: il Mulino, 1992.
- Berne, E. (1964). *A che gioco giochiamo*, Milano, Bompiani, 1967.
- Belsito, A., (2012). *Lo strano fenomeno del mobbing*, Bari, Cacucci Ed.
- Bussotti, G. & Moriondo, S. (2010). *Valutazione del Mobbing*, Roma, Ediesse.
- Canetti, E. (1998). *Potere e Sopravvivenza*, Saggi Adelphi, Milano.
- Caravella, M. (2012). *Leadership, potere e mobbing lavorativo*, Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia, 9, 48-52.
- Ceretti, I A. & Natali, L. (2009). *Cosmologie Violente*, Milano, Raffaello Cortina Ed.
- Ege, H. (1997). *Il mobbing in Italia*, Bologna, Ed. Pitagora.
- Hirigoyen, M. F. (1998). *Molestie sessuali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*, Torino, Einaudi, 2000.
- Kernberg, O. F. (1998) *Le Relazioni nei Gruppi*, Milano, Raffaello Cortina Ed., 1999.
- Leymann, H., (1996). *The Content and Development of Mobbing at Work*, in "European Journal of Work and Organizational Psychology", 5, 165-184
- Lorenz, K. (1964). *Storia naturale dell'aggressività*, Milano, Feltrinelli, 1973.
- Rossi, E.S. (2007). *Identità e lavoro: il mobbing come attacco all'identità?*, Convegno AIAT, Milano.
- Spinelli, B. (2012). *Quando il cittadino diventa un clandestino*, in "La Repubblica", 11 Aprile.
- Zamperini, A. (2001). *Psicologia dell'inerzia e della solidarietà. Lo spettatore di fronte alle atrocità collettive*, Torino, Einaudi.
- Zamperini, A. (2007). *L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale*, Torino, Einaudi.
- Zamperini, A. (2010). *L'ostracismo. Essere, esclusi, respinti e ignorati*, Torino, Einaudi.
- Zapf, D. (1999). *Organizational Group Related and Personal Causes of Mobbing/Bulling at Work*, in *International Journal of Manpower*, 20, 1-2, 70-85.

# Comunicazione Emotiva e Pet Therapy

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

Le autrici sostengono che la Pet Therapy si possa far rientrare all'interno della comunicazione non verbale dal momento che agisce sul dominio delle emozioni e dei sentimenti. L'utilizzo del rapporto uomo-animale in campo medico, psicologico e sociale, porta al soddisfacimento del bisogno di affetto e di legami interpersonali e stimola la partecipazione attiva del paziente alle cure. Il rapporto uomo-animale opera attraverso le vie biochimiche della risposta di rilassamento, stimolando la produzione di adrenalina e di ormoni corticosteroidi, e determina modificazioni fisiologiche quali la diminuzioni del ritmo cardiaco-respiratorio, della pressione arteriosa, del tono muscolare nonché il rallentamento delle onde elettrico-cerebrali.

La Pet Therapy può recare beneficio a persone con difficoltà relazionali o in stato confusionale, a soggetti con disordini dello sviluppo, disabilità fisiche, difficoltà di parola, problemi di udito e/o di vista, a pazienti psichiatrici, a persone con deprivazioni sensoriali, e anche a persone ospedalizzate, a malati terminali, bambini istituzionalizzati, anziani. L'équipe prescrittivo progettuale deve individuare l'animale più idoneo per il singolo paziente in base alle preferenze personali, alle capacità psicofisiche e alle risposte emotive rilevate durante le prime sedute.

**Parole Chiave:** *pet therapy - terapia di supporto - comunicazione emotiva*

Ogni comunicazione permette di entrare in relazione con qualcuno attraverso un insieme di messaggi - verbali e non - che servono per trasferire informazioni, sentimenti ed emozioni. Uno studio condotto nel 1972 da Albert Mehrabian ha mostrato che ciò che viene percepito in un messaggio vocale può essere così suddiviso: movimenti del corpo (soprattutto espressioni facciali) 55%, aspetto vocale (volume, tono, ritmo) 33%, aspetto verbale (parole) 7%.

La Pet Therapy si inserisce all'interno della comunicazione non verbale agendo sul dominio delle emozioni e dei sentimenti. Nasce nel 1953 in

America a opera dello psichiatra Boris Levinson, che, mentre lavorava con un bambino autistico si rese conto che il suo cane gli offriva la possibilità di proiettare le proprie sensazioni interiori, costituiva un'occasione di scambio affettivo, di gioco e rendeva più piacevoli le sedute. Nel 1961 conì il termine Pet Therapy, con il quale s'intende, una terapia *dolce*, basata sull'interazione uomo-



animale, che integra, rafforza e coadiuva le terapie tradizionali, può essere impiegata su pazienti affetti da differenti patologie, con obiettivi di miglioramento comportamentale, fisico, cognitivo, psicosociale e psicologico-emotivo. Essa utilizza il rapporto uomo-animale in campo medico, psicologico e sociale. Alla sua base vi è il soddisfacimento del bisogno di affetto e di legami interpersonali. In lingua inglese con "Pet" si indica l'animale domestico da accarezzare e coccolare, che presuppone la presenza di un contatto fisico. Gli animali forniscono compagnia, sono esseri attivi, offrono un supporto emozionale, sono di stimolo all'esercizio fisico, fanno sentire accettata la persona che se ne prende cura, risvegliano il senso di responsabilità. La presenza di un animale permette in molti casi di consolidare un rapporto emotivo con il paziente, e tramite questo rapporto, sia di stabilire sia un canale di comunicazione paziente-animale-medico sia di stimolare la parte-

cipazione attiva del paziente.

Alla Pet Therapy si può fare ricorso quando persone che si trovano in situazioni di stress o disagio psicologico hanno difficoltà a mantenere il controllo tra le richieste della società e le proprie emozioni e pulsioni. Il rapporto uomo-animale, tranquillizzante e rilassante, opera attraverso le vie biochimiche della risposta di rilassamento, della produzione di adrenalina e di ormoni corticosteroidi, e produce modificazioni fisiologiche, quali diminuzione del ritmo cardiaco-respiratorio, della pressione arteriosa, del tono muscolare, e il rallentamento delle onde elettrico-cerebrali. Nel 1981, viene fondata negli Stati Uniti la **Delta Society**, che si occupa di studiare gli effetti terapeutici legati alla compagnia degli animali. Oggi la Pet Therapy, che solo recentemente ha ottenuto il giusto riconoscimento, trova ampia applicazione in svariati settori socio-assistenziali, tra i quali: case di riposo, ospedali, comunità di recupero.

Il termine Pet Therapy, si riferisce più propriamente alle **Terapie Assistite dall'Animale (TAA)**.

La **TAA** è diretta da un professionista con esperienza specifica nel campo, nell'ambito dell'esercizio della propria professione. A essa si affiancano le **Attività Assistite dall'Animale (AAA)**, interventi di tipo educativo, ricreativo e/o terapeutico, che hanno l'obiettivo di migliorare la qualità della vita. Gli interventi di **AAA** possono essere erogati in ambienti di vario tipo, da professionisti opportunamente formati, para-professionisti e/o volontari, con animali che rispondono a determinati requisiti. Le **TAA** sono finalizzate a un miglioramento delle condizioni fisiche, sociali ed emotive delle persone a cui sono dirette. Per la **Delta Society**, nella **TAA** e **AAA** si possono utilizzare solo animali domestici che abbiano ottenuto una valutazione che ne attesti lo stato sanitario e le attitudini.

Quando si pratica la Pet Therapy, i meccanismi d'azione che entrano in gioco sono tanti:

- rapporto uomo-animale
- comunicazione uomo-animale
- elementi ludici
- facilitazione sociale
- empatia
- antropomorfismo
- attaccamento

- responsabilità
- tatto.

La Pet Therapy può recare beneficio a persone con difficoltà relazionali o in stato confusionale, a soggetti con disordini dello sviluppo, disabilità fisiche, difficoltà di parola, problemi di udito e/o di vista, a pazienti psichiatrici, a persone con deprivazioni sensoriali, e anche a persone ospedalizzate, a malati terminali, bambini istituzionalizzati, anziani. Non può essere praticata, invece, per chi ha ferite aperte, deficit del sistema immunitario, fobie nei confronti degli animali, allergie.

Può anche produrre un effetto placebo se eseguita nell'ambito di un'attività di tipo medico e se vi è una rilevante partecipazione del paziente in base all'importanza che attribuisce all'efficacia e affidabilità dell'intervento.

Le attività di Pet Therapy devono venire dapprima progettate da una équipe "prescrittiva progettuale" (E.P.P.), e poi venir attivate da una équipe "operativa" (E.O.). In base a una procedura univoca da seguire (protocollo operativo), che tenga conto sia del benessere della persona sia dell'animale coinvolto.

Si prevedono le seguenti figure:

- **Responsabile di progetto** (un professionista del campo sanitario e clinico)
- **Medico veterinario** (che valuta i requisiti comportamentali e sanitari dell'animale, l'aspetto igienico sanitario e il benessere dell'animale)
- **Coordinatore d'intervento** (psicologo/psicoterapeuta, infermiere/assistente sanitario, educatore, terapeuta della riabilitazione, terapeuta occupazionale, psicomotricista)
- **Coadiutore dell'animale** (che promuove la relazione uomo - animale e monitora lo stato di salute e il benessere dell'animale in collaborazione con il veterinario)

Altre figure professionali individuate dalla E.P.P. e dall'E.O.

Le figure professionali coinvolte devono avere una preparazione specifica per quanto riguarda le caratteristiche generali degli animali coinvolti nella Pet Therapy. Enti pubblici quali l'università e gli enti sanitari regionali permettono una formazione il più possibile uniforme e accessibile sotto il profilo economico.

Di fondamentale importanza é la coppia **Ani- male (“Pet”) - Conduttore (“Pet partner”)**. L'équipe prescrittivo progettuale individua l'animale piú idoneo per il singolo paziente in base alle preferenze personali, alle capacità psico-fisiche, all'analisi di eventuali fobie specifiche, alle allergie, nonché sulla base delle risposte emotive durante le prime sedute. Per esempio, nel caso si disponga di piú cani, si dovrà definire l'abbinamento cane-paziente tenendo conto della taglia dell'animale, della sua indole, del tipo di pelo.

Nella Pet Therapy è possibile utilizzare anche altri animali come:

- gatti/cani
- cavalli (Ippoterapia)
- asini (Onoterapia)
- delfini (Delfinoterapia)

La Pet Therapy é quindi un'attività stimolante e affettivamente coinvolgente che crea **emozioni positive** destinate a diventare **sentimenti**.

#### Bibliografia

- Anolli, L. (2002). *Psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino.
- Anolli, L. (2010). *Prima lezione di psicologia della comunicazione*. Roma-Bari: Laterza.
- Anolli, L., & Ciceri R. (1995). *Elementi di psicologia della comunicazione. Processi cognitivi e aspetti strategici*. Milano: LED Universitarie.
- Ballarini, G. (1995). *Animali amici della salute: curarsi con la pet therapy*. Milano: Xenia.
- Ballarini, G. (2000). *Animali terapia dell'anima: le nuove vie dell'applicazione degli animali nella terapia umana (pet therapy)*. Brescia: Fondazione iniziative zooprofilattiche e zootecniche.
- Cirulli, F. (2013). *Animali terapeuti. Manuale introduttivo al mondo della pet therapy*. Roma: Carocci.
- De Palma, M. (2007). *Pet therapy: il potere di guarigione degli animali*. Milano: Armenia.
- Defranceschi, M., Michielin, E., & Sangalli, A. L. (2010). *Un cane diversamente abile. Pet therapy e progettazione pedagogica in contesti riabilitativi e terapeutici*. Milano: Franco Angeli.
- Del Negro, E. (1998). *Pet therapy: un metodo naturale: un programma di riabilitazione e rieducazione psicoaffettiva*. Milano: Franco Angeli.
- Del Negro, E. (2004). *Pet therapy: una proposta di intervento per i disabili neuromotori e sensoriali*. Milano: Franco Angeli.
- Fabbi F., & Cibeca L. (Ed.) (2007). *Pet therapy: quando l'animale aiuta a stare bene*. Perugia: EFFE.
- Fiz Perez, F. J., & Falasco, C. (2010). *Psicologia della comunicazione. Concetti teorici e pratici*. Bologna: Persiani.
- Fossati, R. (2003). *Guida alla pet therapy: verso il benessere psicofisico con gli animali da compagnia*. Firenze: Olimpia.
- Giacon, M. (1992). *Pet therapy: psicoterapia con l'aiuto di Amici del mondo animale*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Giuseppini M. (1997). *L'animale nella cura del disabile*. La Rosa Blu: periodico di informazione sulle dis-abilità. gen/feb, Roma: ANFFAS.
- Giusti E., & La Fata, S. (2004). *Quando il mio terapeuta è un cane... Animal Assisted (Pet)-Therapy*. Roma: Sovera.
- La Fata, S. (2013). *Pet therapy. Le terapie assistite dall'animale domestico*. Roma: Sovera Edizioni.
- Maldonato, M. (2002). *Psicologia della comunicazione. Cibernetica, fenomenologia e complessità*. Napoli: Ellissi.
- Marchesini, R., & Corona, L. (2007). *Attività e terapie assistite dagli animali: l'approccio zooantropologico alla pet-therapy*. Bologna: Apeiron.
- Marnati, L. (2011). *Manuale di pet therapy*. Milano: Xenia.
- Meluzzi, A. (1997). *La via degli spiriti animali: dalle grotte di Altamira alla Pet-therapy*. Bresso: Gruppo Futura.
- Meluzzi, A. (2000). *Pet therapy: aiutarsi con gli animali*. Torino: Camedda & C.
- Proietti, G., & La Gatta W. (2005). *La pet therapy*. Milano: Xenia.
- Pugliese, A. (2005). *Pet therapy - Strategie di intervento e linee guida*. Messina: Armando Siciliano Editore.
- Reginella, R. (2009). *Educazione e riabilitazione con la pet therapy*. Trento: Erickson.
- Rousselet Blanc, V., & Mangez, C. (1993). *Gli animali guaritori*. Milano: Geo.
- Rumiati, R., & Lotto, L. (2007). *Introduzione alla psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino.
- Settimo, G. (2011). *Pet therapy. Gli animali che curano*. Cornaredo (MI): Red Edizioni.
- Strocchi, C. (2004). *Psicologia della comunicazione. Manuale per lo studio del linguaggio pubblicitario e delle tecniche di vendita*. Cinisello Balsamo: San Paolo.
- Tanguusso, R., & Tondi, G. (2008). *Pet-therapy: terapia pedagogica del disagio emozionale nel bambino, nell'anziano e nel disabile*. Enna: La Moderna Edizioni.
- Verrastro, V. (2007). *Psicologia della comunicazione. Un manuale introduttivo*. Milano: Franco Angeli.
- Villamira, M., & Bracco, F. (2009). *Comunicare. Elementi di psicologia della comunicazione*. Milano: Franco Angeli.

# Il gioco come strumento in terapia familiare

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

Le autrici sostengono che il gioco sia l'espressione più autentica dell'infanzia e uno dei mezzi principali nella formazione psicofisica dell'individuo, poiché rappresenta un'occasione di socializzazione e di apprendimento grazie alle sue componenti relazionali e culturali. Per lo "spirito di imitazione" il bambino riproduce nel gioco i principali aspetti caratteriali dei membri della propria famiglia e grazie "all'amico immaginario" riesce a immedesimarsi con gli adulti di riferimento, a comprendere le loro interazioni e a esprimere i propri stati d'animo, sentimenti, conflitti.

Il gioco può essere utilizzato nel contesto ospedaliero e all'interno di una psicoterapia familiare per comprendere i conflitti del minore e le relazioni familiari, e quindi per ripristinare un comportamento adeguato

e delle relazioni più funzionali tra genitori e figli. Una delle autrici ha utilizzato, nella propria attività clinica, il gioco come mezzo per risolvere la conflittualità tra una bambina di 5 anni, con genitori separati, e suo padre: per lavorare sul rispetto delle regole con un bambino con diagnosi di Disturbo Pervasivo dello Sviluppo NAS; e ancora per svelare il lato affettuoso e divertente di un genitore super-impegnato e periferico.

**Parole Chiave:** *infanzia - gioco - psicoterapia familiare*

Il gioco è l'espressione più autentica dell'infanzia e anche uno dei mezzi principali nella formazione psicofisica dell'individuo, poiché rappresenta un'occasione di socializzazione

alle azioni sono attribuiti un significato e un valore diversi da quelli abituali. La struttura del comportamento ludico umano, poi, si complica per effetto delle componenti relazionali e culturali. All'interno di una situazione di gioco, per esempio, è importante anche l'atteggia-



e di apprendimento, abitua al rispetto delle regole, favorisce l'integrazione, si avvale dello "spirito di imitazione", insegna a competere, e implica l'attivazione del sistema emozionale e il desiderio di piacere.

Ha una natura biologica, comune a tutti i vertebrati, che implica l'attitudine a porsi in un piano di "finzione" in cui

mento di chi non gioca, perché può influire sullo svolgimento del gioco stesso.

Il gioco ha subito continue variazioni nel corso della storia. Nell'Antica Grecia, per esempio, seppur considerato importante era circoscritto soltanto all'interno della famiglia. Durante l'Impero Romano i bambini praticavano molti gio-

chi pervenuti fino a noi, come per esempio il tiro al bersaglio e i birilli, spesso in compagnia degli adulti. Nel Medioevo il gioco era visto dalla Chiesa come un'attività pericolosa, demoniaca. Nel Quattrocento ogni gioco dei bambini doveva essere svolto sotto la guida degli adulti, che dovevano badare a renderlo "morale". Nel Settecento, nell'ottica di una Pedagogia orientata a valori sociali e civili, furono fatti vari tentativi di collegare la scuola al gioco. Con l'avvento delle società in-

teragiscono; in tale forma di gioco spesso si trova "l'amico immaginario", un "oggetto transizionale" tra il mondo interno e la realtà esterna, attraverso cui il bambino può esprimere stati d'animo, pensieri, sentimenti, conflitti, traumi: il bambino si rapporta a lui come si rapporta a se stesso. L'amico immaginario in psicoterapia può essere utile per entrare in contatto con il bambino, con l'accortezza, però, di non dotare questa presenza di realtà propria con il rischio di creare confusione tra

teragiscono; in tale forma di gioco spesso si trova "l'amico immaginario", un "oggetto transizionale" tra il mondo interno e la realtà esterna, attraverso cui il bambino può esprimere stati d'animo, pensieri, sentimenti, conflitti, traumi: il bambino si rapporta a lui come si rapporta a se stesso. L'amico immaginario in psicoterapia può essere utile per entrare in contatto con il bambino, con l'accortezza, però, di non dotare questa presenza di realtà propria con il rischio di creare confusione tra

teragiscono; in tale forma di gioco spesso si trova "l'amico immaginario", un "oggetto transizionale" tra il mondo interno e la realtà esterna, attraverso cui il bambino può esprimere stati d'animo, pensieri, sentimenti, conflitti, traumi: il bambino si rapporta a lui come si rapporta a se stesso. L'amico immaginario in psicoterapia può essere utile per entrare in contatto con il bambino, con l'accortezza, però, di non dotare questa presenza di realtà propria con il rischio di creare confusione tra



dustriali abbiamo assistito alla comparsa dei giochi prefabbricati, che hanno sostituito quelli auto-costruiti.

È importante che i genitori e gli educatori giochino con i bambini per garantire loro benessere psichico, aiutandoli a sviluppare una buona capacità

situazioni (cani, treni...).

È essenziale fornire ai minori spazi e luoghi in cui possano gestire il proprio gioco senza dar loro fretta.

Con il gioco immaginativo il bambino impara a immedesimarsi con le figure adulte per comprendere come le persone

reale e fantastico.

Il gioco può essere utilizzato anche nel contesto ospedaliero, come parte integrante della terapia con i piccoli. Poter avere e utilizzare i giocattoli di casa permette ai bambini ospedalizzati di mantenere legami col proprio mondo, mentre il gioco

spontaneo li aiuta a scaricare l'ostilità verso gli operatori e le cure a volte intrusive e dolorose. I giochi di fantasia permettono loro di evadere dal regime ospedaliero, mentre i giochi collettivi forniscono le gratificazioni proprie della vita sociale. In ospedale il gioco dovrebbe essere guidato da educatori esperti, che possano scegliere i giochi più appropriati.

All'interno di una psicoterapia familiare il gioco può aiutare a ripristinare un comportamento adeguato e delle relazioni più funzionali tra genitori e figli: lo psicoterapeuta può fungere da modeling per aiutare i genitori a migliorare le proprie competenze nei confronti del minore.

Nel Servizio di Psicoterapia Familiare dell'U. O. di Psichiatria Universitaria del Policlinico di Bari la Dott.ssa Mariagrazia Carone ha seguito B. una bambina di 5 anni, con genitori separati e un padre che lei rifiutava di incontrare. Per questo motivo era stata richiesta una CTU. B. aveva ricavato informazioni circa l'affidabilità del padre dai racconti della madre che lo denigrava e dal suo extraverbale, pertanto lo ignorava. Il gioco è servito come mezzo per risolvere le conflittualità: la psicoterapeuta ha fatto in modo che B. cominciasse a giocare con il padre dopo che lo stesso aveva concordato con la madre il tipo di gioco, le sue regole e lo svolgimento: B., inizialmente perplessa e diffidente, gradualmente mostrava di divertirsi con il padre, verbalizzando il suo dispiacere quando doveva interrompere il gioco.

I genitori di B., tramite il

gioco, le avevano dimostrato accordo e complicità, trasmettendole serenità, sicurezza, protezione e una nuova percezione delle qualità e delle competenze del padre, permettendole di impostare una relazione diversa con lui.



Il gioco è stato utilizzato anche nella psicoterapia con un M., bambino con diagnosi di Disturbo Pervasivo dello Sviluppo NAS. Nel suo nucleo familiare era presente una forte coalizione con uno solo dei genitori. Facendo svolgere in seduta e a casa, come prescrizione, un semplice gioco con la palla, in cui si invertiva a turno l'ordine del tiro dei tre membri della famiglia, la psicoterapeuta aveva favorito in M. il rispetto delle regole impartite da entrambi i genitori azzerando i ruoli precedenti.

In altri casi, prescrivendo che un minore giocasse quotidianamente con un padre periferico, si è favorito un suo rapporto più intimo con il figlio.

O ancora agevolando il gioco di minori affetti da autismo si è

ripristinato il loro senso di competenza, di utilità, di possibilità di cambiamento, aprendo di fatto la possibilità che lo stesso avvenisse.

A volte, poi, il gioco è servito a svelare ad alcuni bambini, "l'altra faccia della medaglia",

il viso di una madre affettuosa e divertente, occultato dalla preponderanza dell'altra, il suo viso severo, arcigno, super-impegnato, di genitore che, unico tra i due, impone regole e controlla che vengano rispettate.

Ancora, suggerire a un genitore di disegnare on il proprio figlio, assumendo la direzione della raffigurazione (cosa disegnare, come), può essere mirato a ristabilire in modo funzionale i loro ruoli, precedentemente divenuti confusi e impropri.

Infine il gioco può diventare un importante mezzo diagnostico della salute di un sistema familiare, del grado di vicinanza/distanza nelle relazioni con i minori, o di loro eventuali triangolazioni.

In definitiva... in gioco veritas!

**Bibliografia**

- Andolfi M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Andolfi M. (2005). *I pionieri della terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Andolfi M. (2010). *Il bambino nella terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Andolfi M. & Mascellani A. (2010). *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bertando P. & Toffanetti D. (2000). *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*, Milano: Raffaello Cortina.
- Bowen M. (1980). *Dalla famiglia all'individuo*. Astrolabio: Roma.
- Bruni F. & De Filippi P. G. (2007). *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Caruso A. (2002). *Altravisione: una posizione nella conversazione terapeutica fra teoria sistemica e teoria socio-costruzionista*. Connessioni, 11, 73-82.
- Chianura P., Chianura L., Fuxa E. & Mazzoni S. (2011). *Manuale clinico di terapia familiare. Processi relazionali e psicopatologici* (Vol. 1). Milano: Franco Angeli.
- Chianura P., Chianura L., Fuxa E. & Mazzoni S. (2011). *Manuale clinico di terapia familiare. Le buone prassi nella terapia sistemico-relazionale* (Vol. 2). Milano: Franco Angeli.
- Chianura P., Chianura L., Fuxa E. & Mazzoni S. (2011). *Manuale clinico di terapia familiare. Metodi e strumenti per la valutazione dei processi relazionali* (Vol. 3). Milano: Franco Angeli.
- Cianciotta A. (2009). *Famiglie in gioco. Relazioni di genere e generazioni in famiglia*. Molfetta: La Meridiana.
- Cirillo S., Selvini M. & Sorrentino A. M. (2002). *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cooklin A. (1986). *The Family Day Unit: Regenerating the elements of family life*. In C. Fishman & B. Rosman (Eds.), *Evolving models for family change* (pp. 122-143). New York: Guilford Press.
- Cooklin A. (1998). *From the return of the repressed to dialectics: Making connections through talking with children*. Journal of Family Therapy, 20, 153-164.
- Cooklin A. (2001). *Eliciting children's thinking in families and family therapy*. Family Process, 40, 293-312.
- Cooklin A. & Gorell Barnes G. (1993). *Taboo and social order: New encounters for family and therapist*. In E. ImberBlack (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 292-328). New York: W.W. Norton.
- Donaldson M. (1992). *Human minds: An exploration*. London: Penguin Books.
- Dowling E. & Gorell Barnes G. (1999). *Working with children and parents through separation and divorce*. London: Macmillan.
- Gorell Barnes G. (1996). *Gender issues*. In R. Davie, G. Upton & V. Varma (Eds.), *The voice of the child: A handbook for professionals* (pp.137-152). London: Farmer Press.
- Gorell Barnes G. (1998). *Family therapy in changing times*. London: Macmillan.
- Hellinger B. (2013). *Riconoscere ciò che è. La forza rivelatrice delle costellazioni familiari*. Milano: Feltrinelli.
- Lupoi S., Corsello A. & Padi S. (2013). *Curare giocando, giocare curando. La famiglia, i bambini, i terapeuti*. Milano: Franco Angeli.
- Minuchin P. (1985). *Families and individual development: Provocations from the field of family therapy*. Child Development, 56, 289-302.
- Minuchin S. & Fishman H.C. (1982). *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Minuchin S., Lee Wai-Yung & Simon G. (1996). *Mastering family therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Minuchin S., Rosman B. L. & Baker L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio.
- Minuchin S. (1977). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Morrow V. (1998). *Understanding families: Children's perspectives*. London: The National Children's Bureau.
- Opie I., & Opie P. (1959). *The lore and language of schoolchildren*. Oxford: Oxford University Press.
- Rober P. (1998). *Reflections on ways to create a safe therapeutic culture for children in family therapy*. Family Process, 37, 201-213.
- Steinglass P. (1996). *Editorial: Family Process*. Family Process, 35, 1-3.
- Steinglass P. (1998). *Editorial: Re-searching narrative therapy*. Family Process, 37, 1-2.
- Stroh Becvar D. & Becvar R. J. (2014). *Terapia familiare. Un'integrazione sistemica*. Palermo: Nuova Ipsa.
- Trevarthen C. & Aitken K.J. (2001). *Intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications (review)*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, 3-48.
- Winnicott D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock (trad.it Gioco e realtà, Armando, Roma, 1974).
- Winnicott D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Hogari Press.

# L'esperienza del lutto nella pratica clinica

Chiara Cuoccio

Psicologa - Specializzanda in Psicoterapia Sistemico-Relazionale

*“Solo coloro che si tengono lontani  
dall'amore  
possono evitare la tristezza del lutto.  
L'importante è crescere, tramite il lutto,  
e rimanere vulnerabile all'amore.”*  
**JOHN BRANTNER**

## Riassunto

Quella del lutto è una tematica spesso ardua sia da accettare che da trattare, soprattutto in terapia. Essa chiama in causa una serie di fattori emotivi, culturali, religiosi non solo dei pazienti che *chiedono aiuto*, ma anche del terapeuta stesso, le sue credenze in merito, il suo sistema di valori, mettendolo di fronte alle sue stesse paure, più o meno conscie e dovendo gestire tutto ciò su un terreno controtransferale alquanto delicato.

Non sempre la competenza tecnica e una impeccabile metodologia a livello professionale, possono da sole far funzionare il processo terapeutico o tenere lontano dalla terapia insidie varie che si possono incontrare nel percorso con il paziente, né possono fornire in maniera esaustiva *tutte* le informazioni su *come* meglio agire: si tratta ogni volta di un viaggio nuovo, diverso.

In tale ottica l'autore, nel presente contributo, intende esporre, con tutti i limiti e le difficoltà che ciò può presupporre, *una* delle esperienze terapeutiche “possibili e passabili” in cui si incontra il tema della perdita in stanza di terapia per condividere e fornire alcuni spunti di riflessione.

**Parole chiave:** lutto, perdita, trauma, terapia familiare, controtransfert.

## Premessa

Parlare di una tematica così delicata, quale quella del lutto, che riguarda la condizione umana, porta con sé il rischio di cadere in numerose trappole, alcune delle quali rappresentate da prese di posizione che si perdono tra sentimentalismi e luoghi comuni o, al contrario, di incorrere nell'eccessivo tecnicismo delle teorie. In tal caso, si può argomentare esponendo contenuti, certamente utili e interessanti, da un punto di vista speculativo, esposti però all'alto rischio di risultare “sterili”,

se considerati privi di uno specifico contesto di riferimento e, ancor peggio, a quello di essere depauperati dell'umanità che li caratterizza, e non ricondotti alla persona, avendo cura di considerarla nella sua essenza spirituale e corporale, prima ancora che pensarla in termini di potenziale o eventuale paziente *in carne ed ossa*.

È questa la ragione per cui, in tale contributo, intendo proporre una riflessione sul tema della perdita, facendo trama e ordito di qualche riferimento teorico e della mia, anche se breve, esperienza professionale, nell'ambito di due percorsi di consultazione che ho portato avanti.

## La vita *con* e la vita *senza* la persona amata: un drammatico cambiamento

Nella società odierna sembra esserci sempre meno posto per l'elaborazione del lutto: è come se l'accelerazione dei ritmi della vita quotidiana non contemplatesse più la possibilità di concedersi un *tempo fisiologico e soggettivo di attesa*, necessario per giungere all'accettazione di una perdita.

La scomparsa di un congiunto, all'interno del contesto familiare, inevitabilmente, una “fenditura a quella trama”: fino a quel momento la famiglia si è data un determinato assetto all'interno del quale ogni membro ha assunto un proprio ruolo, più o meno attivo, che rispetta uno “script” (Byng-Hall, 1998) o copione, condiviso o contestato, implicito o esplicito, approvato o negato dai membri di quel nucleo. A prescindere dalla sua entità, un qualsiasi cambiamento (trasloco, matrimonio, nascita, malattia, ecc.), sopraggiunto in una organizzazione così complessa, quale la famiglia, scatena a macchia d'olio una serie di ulteriori cambiamenti, come in una reazione a catena: ciò determina inevitabilmente un “dis-equilibrio”, un dissesto che genera perturbazioni anche nei microsistemi (Brofenbrenner, 2002) più prossimi. Nel caso in cui la causa di una “modificazione del sistema familiare” sia rappresentata da un lutto il quadro si complica, poiché il cam-

biamiento, determinato dalla scomparsa di un congiunto, necessita, per il “clan familiare”, di una nuova riorganizzazione *in assenza di uno*. Il sistema deve ristrutturarsi, non potendo più utilizzare i precedenti *copioni*: “coloro che restano in vita devono *piangere* lo script familiare che avevano scritto per il futuro e riscriverne un altro, senza la persona defunta” (Byng-Hall 1998). Da questo punto di vista affrontare un lutto è un’esperienza molto complessa e perturbante per il processo di sviluppo futuro, sia individuale che relazionale, e le profonde difficoltà nel *viverlo e accettarlo* possono portare all’individuazione di una richiesta di aiuto individuali e/o familiari. Il cordoglio, infatti, non è legato solo alla perdita delle persone care, ma anche a tutto ciò che esse offrivano in termini di condivisione di aspetti fisici, sociali, psicologici e spirituali (Carone, 2010).

È opportuno sottolineare che la natura ha fatto sì che il sistema comportamentale dell’attaccamento, designato dalla selezione naturale per scoraggiare la separazione prolungata tra un individuo e la sua figura di accudimento (Fraleigh e Shaver, 2002), produca un innegabile dolore al sopraggiungere della perdita. Tale innegabile dolore viene spesso mitigato, soprattutto nelle fasi iniziali del lutto, dal conservare il sentimento o l’impressione che la persona defunta sia vicina, benché non la si possa vedere o udire (Parkes, 1980).

Il nuovo assetto che il nucleo familiare si può dare spontaneamente può essere più o meno funzionale alla rielaborazione del lutto; quando ciò non accade, altre sofferenze si aggiungono a quelle già prodotte dall’atroce dolore della perdita, alimentando affezioni psicologiche, che possono sfociare anche nella psicopatologia conclamata. Si può, ad esempio, delineare la situazione in cui, per un *tacito accordo*, “non si deve parlare” dell’evento luttuoso o della persona defunta: l’*evitamento attivo del dolore* (che diviene tabù) non ne agevola la sua elaborazione e la naturale ripresa del cammino evolutivo del nucleo familiare. L’angosciante silenzio dei propri vissuti emozionali, sommata alla scarsa condivisione degli stessi può gravare pesantemente sulla *gestione del dolore* alimentando fantasie disfunzionali, ingombranti sensi di colpa, rabbie taciute, ma attive, e vissuti di abbandono profondamente laceranti.

Altra possibile reazione ad una perdita signifi-

cativa può essere il “congelamento” della famiglia al tempo in cui il defunto era in vita, con un irrigidimento difensivo contro l’angoscia di frammentazione (è il caso, ad esempio, di stanze lasciate per anni “così com’erano” al momento del triste evento, mantenute intatte come mausolei).

In generale, tutti gli individui e tutti i sistemi, come la famiglia, sono esposti a fattori critici di mutamento; contestualmente vi è la tendenza da parte di essi a mantenere l’omeostasi (Watzlawick, 1971), ossia trovare e conservare un *proprio* equilibrio. Questa necessità, primariamente ontogenetica e filogenetica, è finalizzata alla sopravvivenza della specie ed è tale anche nei casi più drammatici, quali una separazione o un lutto, da qui, la spinta a “riattivare la ricerca di un altro *significativo* con cui vivere l’esigenza del *condividere il senso della vita e dei suoi atti*” (Gentili e Badii, 2001). La perdita di un membro rompe l’equilibrio e, l’intensità emotiva che ne risulta, dipende sia dal livello funzionale di integrazione emotiva della famiglia in quel momento, sia dall’importanza funzionale della persona che è venuta a mancare (Onnis, 2010).

La riorganizzazione psicologica, in tali casi, se basata sull’accettazione della perdita, può portare alla possibilità di ri-prendere o ri-attivare il proprio percorso di vita, senza ingaggiare quella che Bowlby (1982) chiama “lotta con il passato”.

## L’elaborazione del lutto

Dopo la morte del congiunto si auspica che, “per chi rimane”, abbia inizio un processo psichico di elaborazione del lutto, ovvero un confronto con *la perdita*: “l’uomo è posto, dalla morte dell’altro, di fronte alla domanda esistenziale e pragmatica su chi lui sia e sulla sua relazione con la propria esistenza” (Gentili e Badii, 2001).

Al di fuori di manifestazioni psicopatologiche conclamate, si può pensare a questo processo come ad un duro “lavoro psichico” che ha un inizio e un suo sviluppo, unico e irripetibile. Secondo Bowlby (1983), le reazioni apparentemente “immature” alla perdita, quali l’incredulità, la rabbia, la ricerca e il sentire continuamente la presenza della figura di attaccamento perduta, sono da un punto di vista etologico, comprensibili e spiegabili. La perdita di una persona importante ha un impatto disorga-

nizzante sul sistema di accudimento/attaccamento (Pianta, Marvin e Morog, 1995) i cui segni possono diventare profonde lacerazioni nella storia di vita della persona, difficili a rimarginare.

Con il lutto, il mondo affettivo dell'individuo e del contesto relazionale risulta minato da un'assenza, ormai permanente, la quale paradossalmente porta con sé una "presenza sempre più ingombrante" che può facilmente apparire incompatibile con la salute mentale: l'emergere dell'angoscia. Il lutto, tuttavia, non è una malattia; può diventarlo di fronte all'impossibilità o incapacità di cogliere, i segnali di una "degenerazione del naturale sentimento della tristezza" che lentamente può condurre a manifestazioni psicopatologiche *pervasive* e *croniche*. Infatti, la mancata elaborazione, seppur parziale, di un dolore profondo, può comportare il rischio che esso si sedimenti come uno strato di fango, uccidendo e soffocando gran parte della vita emotiva (Sunderland, 2005). E' pur vero che ristrutturare un *nuovo* equilibrio psico-emotivo, di fronte al cambiamento determinato dalla perdita, prevede un percorso molto delicato e doloroso, sconvolgente e perturbante, ma non è impossibile approdare ad una elaborazione *sufficientemente* adeguata. Il tipo di relazione instaurata in vita con il defunto influenza chiaramente il processo dell'elaborazione del lutto, così come l'atteggiamento di accoglienza o di censura della rabbia e della tristezza da parte dell'ambiente familiare nei confronti della manifestazione della sofferenza (Astorre et al., 1999). Elisabeth Kübler Ross (1992) ha egregiamente delineato, all'interno di un modello teorico complesso, l'attraversamento di fasi (rifiuto, rabbia, contrattazione, depressione, accettazione) che condurrebbero alla faticosa "elaborazione del lutto": come accade per la maggior parte degli schemi teorici, non tutti gli individui, ciascuno dei quali è portatore di singolari vissuti, emozioni e sentimenti, possono essere "incasellati" in uno stadio preciso, così come l'autrice li ha identificati. È lecito però attendersi che, laddove si avvii, tutto il processo di elaborazione conduca ad un "graduale riaffermarsi del principio di realtà" (Cancrini, 1996) e, da questo punto di vista, i riti e i momenti collettivi in cui ci si stringe intorno ai sopravvissuti costituiscono un spazio vitale per accogliere, seppur momentaneamente, il dolore e accompagnare "chi resta" verso un processo di

"rinnovamento". A conferma di ciò, nelle teorizzazioni della Kubler-Ross (1981), è importante che non si impedisca, ad esempio, la vista del corpo del defunto: ciò sembra essere il primo passo fondamentale nel processo di elaborazione. Un eventuale ostacolo a questa possibilità può produrre, per un congiunto, uno stallo in uno stadio, quale quello del rifiuto, che non facilita il confronto col dato di realtà, ossia la morte del proprio caro.

Nella generazione di un nuovo equilibrio per la persona colpita da un lutto, di non minore importanza, è "non dimenticare il defunto", attraverso la possibilità di poterlo "re-incontrare" in un luogo, un cimitero, che, prima ancora d'essere reale, necessita d'essere mentalmente rappresentato. Se a questo passaggio si aggiungesse una riattivazione delle relazioni vitali della persona sopravvissuta, nonché la fruizione di un supporto psicologico a livelli sistemici (Bronfenbrenner, 2002) diversi (ad esempio, in altri *microsistemi*, come il gruppo degli amici, i vicini di casa, etc., ed *esosistemi*, come i servizi territoriali preposti al sostegno psicologico quali sportelli d'ascolto, consultori, etc.), la transizione verso il nuovo equilibrio da raggiungere risulterebbe senz'altro più agevolata.



Figura 1. Scultura di William Wetmore Story dedicata alla moglie.

## Il lutto e la presa in carico familiare: due casi a confronto

### Il caso G.

G. è un ragazzo di 17 anni, che giunge in consulto per i suoi sintomi ossessivo-compulsivi. Nel cor-

so dei colloqui effettua una ricostruzione della storia familiare: emerge la tragica morte della madre sopraggiunta per una malattia, quando il piccolo G. ha solo 6 anni. La nonna materna, in presenza di un padre inadeguato e trascurante, assume da subito il ruolo di principale figura accudente del bambino.

Dopo qualche anno dal drammatico evento, G. può contare anche sull'aiuto di uno zio, fratello maggiore del padre, reduce da vicende familiari problematiche, conclusesi con una separazione dalla moglie ed un rientro nella propria famiglia d'origine, la stessa in cui G. vive ormai da anni. Questo cambiamento nella "geografia familiare" ha costituito, per certi versi, un fattore di protezione per G., determinato dal poter contare anche su una figura maschile vicariante, figura che il bambino per tanti anni ha cercato disperatamente e invano (come lui stesso afferma, in uno dei nostri incontri, riferendosi al padre biologico). Inoltre, tale dinamica si è innestata in una fase evolutiva determinante per G., ossia quella a ridosso dell'ingresso nell'adolescenza, quando i bisogni di identificazione per la successiva individuazione diventano ancor più necessari e determinanti.

Nel ciclo di incontri avuti con G. l'obiettivo è stato quello di creare uno spazio in cui, prima di tutto, accogliere e parlare di questo grande dolore, per lui quasi inesplorato, fino a quel momento. Il ragazzo conferma, in diversi incontri, che in famiglia non aveva mai avuto il coraggio di "soffrire" davanti ai familiari: la sua paura più grande era quella di non far sentire la nonna abbastanza efficace nell'occuparsi di lui. G. dichiara di non aver mai potuto trovare il modo di "disinfettare" e medicare questa ferita emotiva.

La sintomatologia addotta da G. è, non a caso, legata all'acquisto compulsivo di disinfettanti e a pensieri ossessivi di pulizia: la sua "emorragia interna" (Cfr., Abraham K., 1997) ha continuato per lui a sanguinare, anche a distanza di più di 10 anni, alimentando nell'allora piccolo bambino, sensi di colpa atroci, riscontrabili nei cosiddetti "lutti irrisolti". Inoltre, l'evitamento del contenuto emotivo dell'evento, fino a quel momento soltanto agito, non gli aveva permesso di entrare in contatto con i propri vissuti, di dare ad essi un nome, o anche soltanto di pronunciare la parola "morte" e di associarla, seppur drammaticamente, alla propria madre: non aveva avuto il permesso di vivere ed

attraversare il suo dolore.

Una coltre di silenzio era scesa in famiglia, ispessita dal tabù che alimentava il dolore di tutti nella speranza che, lo strazio di quello stesso dolore di cui non si parlava potesse essere attutito; invece, inevitabilmente, tale atteggiamento ha alimentato un senso di vuoto sempre più incolmabile ed inesprimibile, soprattutto per G., sia con gli altri e ancor di più con se stesso.

G. in seduta, piangendo, dichiara di non aver mai "perso così il controllo": per lui dare ora spazio al vissuto di angoscia significa "perdere quel controllo", che ha fin d'ora tentato di mantenere sui suoi sentimenti e suoi comportamenti, come le sue compulsioni testimoniano. Sembra quindi emergere il conflitto tra la fatica impiegata nel costruire le spesse mura che imprigionano le sue emozioni e l'alleggerimento paradossale che prova, quando finalmente può esprimere la sua "normale angoscia": la mia restituzione sulla naturalezza e spontaneità di tali vissuti sembra aver fatto breccia su un nuovo modo di vivere le emozioni in una forma alternativa, forse, per lui più adeguata.

Dopo alcuni incontri in cui il tema del lutto, ormai emerso, è stato affrontato, G. ha potuto finalmente "piangere sua madre", senza sentirsi giudicato e i suoi sintomi sono *magicamente* comparsi.

### *Il caso T.*

La famiglia T., composta dalla mamma e due figli (F. e G., un maschio e una femmina, rispettivamente di 10 e 8 anni) viene colpita da una tragica ed improvvisa disgrazia: in un incidente avvenuto sul lavoro il padre muore drammaticamente, a soli 36 anni. La famiglia nucleare "incassa" il colpo del lutto e, a seguito di una decisione condivisa tra madre e figli, progetta subito un trasferimento nella città natale della signora, dove può usufruire dell'appoggio della sua famiglia di origine. Questa decisione è subito interpretata come un "tradimento" da parte della famiglia di origine del defunto.

Questa famiglia deve affrontare ora due grandi cambiamenti: il lutto e l'adattamento ad un nuovo contesto (e questo vale soprattutto per F. e G. che si trovano pure a cambiare scuola e amici).

Il nucleo, ben presto integrato nel nuovo ambiente, continua a mantenere contatti con la famiglia e il paese originari del congiunto defunto.

In queste occasioni la signora riferisce di sentirsi “appesantita”, forse vittima, di una specie di “congiura del silenzio” (Cfr., Antonelli, 1981) operata attivamente dalla famiglia del marito circa il lutto e sottolinea, amaramente, che ciò crea turbamento non solo in lei, ma anche nei figli, alimentando quello che lei letteralmente definisce il suo “*terrore che si dimentichi*”. Dichiarò che, a casa della suocera, sembra esserci un “accordo segreto” che implichi il non parlare di questo dolore per evitare di farsi male anche se, a suo dire, “il male in quella casa si genera proprio dall’evitamento”, nonché dalla censura del ricordo.

Il turbamento emozionale di questa famiglia emerge con note alquanto intense, soprattutto attraverso atteggiamenti di rabbia e scontentezza da parte di F., il primogenito, riferiti dalla madre. Il bambino, come direbbe Kaplan (1996), si è chiuso inizialmente nel suo “*guscio sottile di autosufficienza*”, ma si scopre ben presto sprovvisto di energie utili per sopravvivere in quella sua solitudine, avendo perso la propria fonte di protezione impersonata dal padre.

Il lavoro portato avanti con la famiglia è andato nella direzione di una presa di contatto con i propri vissuti emotivi da parte di tutti e tre i membri e di una loro esplicitazione liberata dalla paura di dare a quei sentimenti il proprio nome, nonché semplicemente di pronunciare la parola “morte”. Dopo la lacerazione traumatica (Cfr., Malaguti, 2005) del lutto, ho tentato di aiutare loro a ricucire le trame della rete protettiva della loro famiglia attivando il riconoscimento dei fattori di resilienza intraindividuali, interindividuali e relazionali, per rendere possibile il loro “*continuare a vivere e costruire il futuro*” (Miglio, 2008).

In entrambi i casi, la *presa in carico di tipo familiare* ha consentito di allargare il focus di attenzione da un senso di perdita vissuto soltanto ad un livello *intraindividuale* ad uno condiviso: l’obiettivo è stato cercare di trovare, nel più ampio contesto relazionale (genitori, fratelli, zii, cugini, nonni, etc.), non solo un supporto concreto rappresentato da una condivisione di vissuti, ma anche eventuali risorse alternative.

Nelle convocazioni familiari, infatti, il paziente ha la possibilità di esplorare delle “zone d’ombra” sulle quali può far luce per atturare “*l’onda d’urto emotiva*” (Bowen, 1979), responsabile della ma-



Figura 2 e 3. L’uomo sotto la pioggia, disegnati rispettivamente da F. (10 anni) e G. (8 anni).

nifestazione sintomatica che lui porta in consultazione. La convocazione del “sistema”, inoltre, nel caso del lutto, facilita la *de-pazientificazione* e “normalizza” il naturale e coerente vissuto fisiologico della sofferenza che segue una perdita consentendo una più agevole ri-attivazione di energie e risorse momentaneamente “congelate”.

La formulazione di ipotesi diagnostiche e prognostiche di natura relazionale è però possibile se si *contestualizza* il dolore della perdita, calandolo nella sua reale rete di relazioni: l’idea è consentire una sua ri-definizione, funzionale all’*accettazione* e alla ripresa del proprio progetto di vita, mediante quella capacità nota come “*resilienza*” (Cyrułnik, 2001). Resilienza non è sinonimo di invulnerabilità, immunità dallo stress; si tratta di un diverso modello di risposta ad una crisi, più adattivo e funzionale. Tale caratteristica posseduta dagli individui non risulta acquisita una volta per tutte, ma si sviluppa nel corso della vita (Bertetti, 2008).

Il concetto di resilienza individuale si può inscrivere però in una più ampia riflessione sulla capacità dell'intera famiglia di "resistere agli urti", la cosiddetta "*resilienza familiare*" (Walsh, 2008). Alcune famiglie mostrano una singolare competenza nel far fronte a eventi della vita che procurano sofferenza e dolore contando proprio sul supporto del contesto familiare più allargato per riprendere le fila della propria esistenza e riattivare le risorse che le sono proprie. Jordan e coll. (1993) parlano, a tal proposito, di "adunanza del clan", intendendo con questo termine una particolare risposta comportamentale di una famiglia di fronte ad una perdita: l'obbiettivo è proteggere i membri vulnerabili, soprattutto se il lutto è inatteso.

### Il controtransfert dello psicologo nei percorsi di sostegno in caso di lutto

L'insieme delle reazioni emozionali dello psicologo ai vissuti dei pazienti "in lutto", come si può ben immaginare, richiede la messa in campo di una grande quantità di "energie", non solo strettamente *cognitive* (intese come il bagaglio di conoscenze e strumenti che fa dello psicologo un professionista d'aiuto), ma anche e soprattutto *emozionali e psicologiche* che non mancano di coinvolgere l'operatore anche da un punto di vista più strettamente personale.

Lavorare *con* e *sulla* perdita può infatti riattivare esperienze traumatiche "irrisolte" derivanti da ricordi di perdite personali vissute o temute: il complesso materiale psicologico che ne risulta può produrre una vasta gamma di emozioni che vanno dalla paura alla tristezza e persino all'angoscia. Questi vissuti di sofferenza del paziente vengono raccolti dal clinico per essere rispecchiati e restituiti in una forma che "integra la trama della vita" della persona in lutto; al contrario, il non-ascolto del dolore del paziente (eventualmente legato a blocchi personali dello psicologo) può risultare deleterio per chi chiede aiuto poiché può accrescere il suo senso di sfiducia verso se stesso e il mondo esterno, oltre che nei confronti del terapeuta a cui lui ha chiesto sostegno.

Anche i forti sentimenti di impotenza del clinico, che le situazioni di perdita possono produrre, non sono rari, soprattutto se il peculiare gioco

tra onnipotenza e impotenza per l'operatore non è divenuto ancora privilegiato oggetto di approfondimento. Pertanto, da parte del clinico, la conoscenza dei propri limiti e debolezze, così come il riconoscimento di conflitti irrisolti e di propri bisogni emozionali, associata ad un'adeguata e continua supervisione, possono arginare i rischi che il percorso terapeutico con un paziente in lutto può comportare; l'autoconsapevolezza e l'autoanalisi sono strumenti da sempre apprezzati, che il terapeuta utilizza per preservare un equilibrio flessibile tra l'empatia e una prospettiva obiettiva sul lavoro clinico (Cfr., Lieberman et al., 2007).

### Conclusione

L'invito a dare, in terapia, spazio al dolore (il prof. Cancrini ha intitolato il suo prezioso volume "*Date parole al dolore*") e alla naturale espressione della sofferenza dell'evento luttuoso è un messaggio fondamentale che fatica a farsi strada in una società che maschera il delirio d'onnipotenza espresso dal desiderio di essere imperituri, attraverso il mito dell'eterna giovinezza. La spinta alla ricerca spasmodica dell'"elisir di lunga vita" identifica la felicità nella "assenza totale di tristezza"... eppure la tristezza è una delle emozioni fondamentali e universali biologicamente determinate (Cfr., Ekman, 2006) e dovremmo aspettarci che essa sia, quindi "possibile e passabile" nella vita di ognuno. I media, a scapito di questa, sono divulgatori dell'idea illusoria di una società iperperformante e che non soffre; in verità, una società che non accetta la sofferenza, non riconosce e non accetta la propria natura espressa *anche dai propri limiti*... anche la morte (e il dolore che ne consegue) è in tal senso la *viva* testimonianza della vita. I clinici nell'ambito delle relazioni di aiuto si limiterebbero, pertanto, a restituire ai pazienti una "normalizzazione" dei vissuti depressivi conseguenti all'evento della perdita e promuovere contestualmente una *possibile integrazione* con il concetto di vita, di cui la stessa è parte.

Da questo punto di vista, noi occidentali avremo molto da imparare da quelle tribù africane in cui al lutto si attribuisce un senso che non tralascia una ripresa e ri-organizzazione del *clan*, con la ridefinizione di ruoli all'interno del gruppo sociale.

Utile è pertanto concedere un *tempo soggettivo*

per il recupero di “una nuova visione del mondo” (Fromm, 1963) che un lutto porta con sé.

“Date parole al vostro dolore; il dolore che non parla sussurra al cuore troppo gonfio e lo invita a spezzarsi”

... così recitano dei versi shakespeariani (Macbeth, IV, 3) che sembrano dare un monito a chi non si concede la preziosa opportunità di esprimere la propria sofferenza e di esprimersi nella sofferenza.

Il dialogo, necessario al percorso del lutto, contribuisce a evitare che questo, se non elaborato, allontani dal passato e dal defunto, ostacoli una libera e felice dinamica esistenziale, e si trasmetta da una generazione all'altra (Oppenheim, 2004).

Manifestare il proprio dolore, riprendere in pienezza il proprio progetto di vita inscritto nella propria dimensione psichica e fisica, oltre che ontologica, è necessario per continuare a scrivere la storia della propria vita, storia della quale quello stesso dolore entrerà a far parte, come esperienza individuale e intrasferibile, alla quale non si può sopravvivere, se non dopo avervi attribuito un senso entro cui lo stesso è “giustificato e compreso” (Cfr., Natoli, 2002).

### Bibliografia

Abraham, K. (1997). *Opere*. Torino: Bollati Boringhieri.

Antonelli, F. (1981). *Per morire vivendo*. Roma: Città Nuova.

Astorre, P., Crescini T., Maritati R., Mastromauro C., Persemoli L., Bacciu O., Falzetta A., Pelagalli L., Markovic O., & Rondinelli M. V. (1999). *La difficile elaborazione del lutto*, *INformazione Psicologia, Psicoterapia Psichiatria*, n° 36-37, Gennaio-Agosto, pagg. 76-85, Roma.

Bertetti, B. (2008). *Oltre il maltrattamento. La resilienza come capacità di superare il trauma*. Milano: Franco Angeli.

Bowlby, J. (1983). Trad. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. III: La perdita della madre. Torino: Bollati Boringhieri.

Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.

Profenbrenner, U. (2002). Trad. it. *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.

Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.

Byng-Hall, J. (1998). *Le trame della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.

Cancrini, L. (1996). *Date parole al dolore*. Piacenza: Frassinelli.

Carone, M. G., *Il lavoro dell'elaborazione del lutto. Psicopuglia*, 2, 49-51.

Cirulnik, B., & Ferron, C. (2001). A proposito del concetto di resilienza. *La Salute Umana*, 174, 7-9.

Ekman, P., & Friesen W. (2006). *Giù la maschera. Come riconoscere le emozioni dalle espressioni del viso*. Roma: Giunti.

Fraley, R. C., & Shaver P. R. (2002). *Perdita e lutto*, In Cassidy J., Shaver P. R., *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Fioriti.

Fromm, E. (1963). *The Dogma of Christ and Other Essays on Religion, Psychology and Culture*. New York: The Macmilian Company.

Geniti, P., & Badii S. (2001). *Il lutto e l'anima*, *INformazione Psicologia, Psicoterapia Psichiatria*, n° 43, maggio agosto, pagg. 26 - 31, Roma.

Jordan, J., Kraus, D., & Ware, E. (1993). *Observations on loss and family development*. *Family Process*, 32, 425-440.

Kaplan, L. J. (1996). *Voci dal silenzio*. Milano: Raffaello Cortina.

Kübler-Ross, E. (1981). *Domande e risposte sulla morte e il morire*, Red Edizioni, 1981, Como.

Lieberman, A. F., Compton, N. C., Van Horn, P., & Ippen C. G. (2007). *Il lutto infantile*. Bologna: Il Mulino.

Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento: Erickson.

Miglio, V. (2008). *La resilienza si impara? La persona ferita nell'anima può ritornare alla vita?*. *Psicopuglia*, 8, 43-47.

Natoli, S. (2002). *L'esperienza del dolore*. Milano: Feltrinelli.

Omnis, L. (2010). *Legami che creano, legami che curano*. Torino: Bollati Boringhieri.

Omnis, L. (2010). *Il tempo sospeso*. Torino: Franco Angeli.

Oppenheim, D. (2004). *Dialoghi con i bambini sulla morte*. Trento: Erickson.

Pianta, R.C., Marvin R. S., & Morog M. C. (1995). *Pasato e presente*, In Parkes C. M., Stevensons-Hinde J., Marris P., *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Parkes, C. M. (1980). *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Milano: Feltrinelli.

Shakespeare, W. (2004). *Tutto il teatro*. Roma: Newton e Compton.

Sunderland, M. (2005). *Aiutare i bambini... a superare lutti e perdite*. Trento: Erickson.

Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina.

Watzlawick, P., Beavin J. H., & Jackson D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana* Roma: Astrolabio.

# *Nucleo Interventi precoci per Esordi Psicotici. Il caso di Martina*

*Giusi D'Apolito*

*Psicologa-Psicoterapeuta*

## **Riassunto**

L'autore presenta il Servizio per gli esordi psicotici, inserito nel Progetto 2000, un progetto di ricerca organizzato dal Ministero della Salute, coordinato a Milano dal Servizio di psichiatria dal Prof. Cocchi, che ha cinque punti di osservazione in Italia per la valutazione e lo studio degli esordi psicotici.

Viene descritto tutto l'itinerario del percorso dei pazienti, a partire dalle strutture di invio, il protocollo adottato (una serie di test clinici, colloqui e visite psichiatriche) e la metodologia dell'intervento.

In particolare i dipartimenti segnalano al Servizio per gli esordi psicotici pazienti in giovane età che, in seguito ad un test di ingresso, vengono valutati a rischio di psicosi. A tal fine vengono effettuati 4 colloqui psicologici di assessment, una visita psichiatrica, la somministrazione dell'anamnesi Sp.Es ai genitori per l'inquadramento psicodinamico del caso, fornendo una restituzione ai curanti con diagnosi approfondita e una indicazione per il trattamento.

Si effettuano, inoltre, dei controlli a distanza di anni che monitorano l'andamento dei casi.

All'interno del Servizio per gli esordi psicotici l'autore partecipa alla conduzione di colloqui di psicoterapia con i pazienti e alla raccolta anamnestica ai genitori degli stessi, e talvolta a colloqui psichiatrici, attraverso l'utilizzo di un protocollo anamnestico, appositamente studiato e creato per ricostruire la storia clinica e rintracciare i prodromi della malattia.

***Parole Chiave:** Esordio psicotico/ Anamnesi/ Valutazione e diagnosi differenziale*

## **Presentazione del servizio e della struttura**

Il Progetto 2000, è un progetto di ricerca organizzato dal Ministero della Salute, coordinato a Milano dal Servizio di psichiatria dal Prof. Cocchi, che ha cinque punti di osservazione in Italia, per la valutazione e lo studio degli esordi psicotici. Il Servizio per gli esordi psicotici di Roma è uno dei cinque poli di osservazione su territorio nazionale.

La struttura riceve gli invii ed affianca il DSM (Dipartimento di Salute Mentale), il CSM (Centro di Salute Mentale) e SPDC (Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura) attraverso il monitoraggio dei casi clinici segnalati con protocolli che prevedono una serie di test clinici, colloqui e visite psichiatriche.

I suddetti dipartimenti segnalano al Servizio per gli esordi psicotici pazienti in giovane età che, in seguito ad un test di ingresso, vengono valutati a rischio di psicosi. A tal fine vengono effettuati 4 colloqui psicologici di assessment, una visita psichiatrica, la somministrazione dell'anamnesi Sp.Es ai genitori per l'inquadramento psicodinamico del caso, fornendo una restituzione ai curanti con diagnosi approfondita e una indicazione per il trattamento.

Si effettuano, inoltre, dei controlli a distanza di anni che monitorano l'andamento di questi casi.

All'interno del Servizio per gli esordi psicotici partecipo alla conduzione di colloqui con i pazienti e/o nella raccolta anamnestica ai genitori degli stessi con lo psicologo referente del Servizio, il dott. Sistopaoli.

## **Anamnesi Sp.Es**

L'anamnesi Sp.Es è così chiamata come acronimo per indicare "Stati psicotici all'esordio"; il dott. Menichincheri, Psichiatra referente del Servizio, con questo termine rievoca il riferimento latino che sta ad indicare la "Speranza".

L'anamnesi Sp.Es è un'intervista ai genitori che "cerca di cogliere i prodromi del disturbo, spostandolo nel passato: passato prossimo e passato remoto dei pazienti", sottolinea il dott. Sistopaoli. Si tratta di un'intervista, in principio solo qualitativa, poi anche semiquantitativa, che tende a cogliere il clima emotivo nelle relazioni precoci del bambino nel suo gruppo familiare ed è informatizzata su domande di tipo medico e re-

lative ai traumi, al fine di effettuare studi e ricerche. In pratica, offre la possibilità di raccogliere informazioni dettagliate che riguardano elementi biologici (domande riguardanti il parto, le funzioni fisiologiche dell'infante) e psicologici, come lo stile di attaccamento. Inoltre, cerca di cogliere come è stato pensato il bambino nella mente dei genitori prima del concepimento, raccogliendo la descrizione sulle aspettative che essi avevano nei riguardi del nascituro.

Sviluppando le anamnesi si vede l'importanza dell'influenza delle rappresentazioni mentali sullo sviluppo psichico del bambino e sulla qualità delle relazioni interpersonali. Spesso si è riscontrato che ci sono traumi nelle generazioni precedenti che si trasmettono transgenerazionalmente, al punto di parlare di trasmissione transgenerazionale, non solo dello stile di attaccamento, ma di traumi veri e propri, che a volte si ritrasmettono nella stessa forma.

L'anamnesi è suddivisa in varie aree in cui si esplora la Coppia genitoriale (storia di coppia, famiglie di origine, stato mentale della coppia al momento della nascita del bambino/paziente, capacità di contenimento emotivo, fantasie genitoriali, stile di attaccamento degli attori della relazione), la Gravidanza (intenzionalità della coppia rispetto alla gravidanza, cambiamenti nel rapporto con le figure genitoriali, vissuti della coppia, esperienze traumatiche e/o luttuose verificatesi nel periodo immediatamente precedente e seguente la nascita del figlio), lo Sviluppo del paziente (anamnesi clinica del paziente:

nascita a termine o meno, tipo di parto, peso alla nascita, ecc.; tappe di sviluppo, atmosfera affettiva, stile di attaccamento, difficoltà nell'inserimento scolastico, difficoltà nell'apprendimento) e le Caratteristiche di personalità (descrizione del carattere del bambino, rapporti con l'altro sesso, modifiche nei rapporti inter-transgenerazionali, coesione e tenuta della coppia davanti ai problemi di crescita del figlio, primi segni del disagio, risorse e competenze della famiglia).

Da un punto di vista epidemiologico i disturbi psichiatrici maggiori negli esordi psicotici, come

anche nei disturbi bipolari e negli scompensi di personalità attraverso le droghe, avvengono nella media adolescenza o nell'età giovane-adulta.

### L'utenza e l'adolescenza

Per alcuni autori l'adolescenza è l'età della ridefinizione dell'identità; è quindi un'occasione per ridefinire in meglio un equilibrio che funzionava precariamente.

La qualità delle relazioni con la madre e con il sistema genitoriale vengono ridefinite.

Vi è l'irruzione di nuovi elementi, come la sessualità genitale, che spingono verso comportamenti e spazi al di fuori della famiglia. La ricerca di partners, appunto, nuovi traguardi e (de)motivazioni scolastiche, stimoli intellettuali ed ideologici e, soprattutto, il confronto con il gruppo dei pari, in parte sostituiscono o riformulano i codici normativi precedenti.

La mente degli adolescenti, direbbero gli autori



dell'Infant Research, attraversa un conflitto particolarmente vivo tra dipendenza ed autonomia, fra l'attaccamento, l'evitamento e l'esplorazione dell'ambiente.

Jeammet (1992) definisce "l'adolescenza di per sé a rischio" poiché è una fase della vita caratterizzata da un equilibrio emotivo fragile, che vede la sofferenza psichica molto incapsulata.

In un quadro psichico di questo tipo, gli adolescenti nel momento in cui subiscono un "trauma" si possono più facilmente scompensare.

L'ipotesi patogenetica focalizza l'attenzione sui fattori ambientali, pur riconoscendo l'importanza dei fattori ereditari, in particolare sugli "eventi di vita avversi" che avvengono durante l'adolescenza e che potrebbero agire da "triggers", incidendo su questo periodo di cambiamenti biologici, fisici e psicologici.

Per il DSM-IV è traumatico ciò che è violento, "oggettivo"; il trauma è tale in virtù delle conseguenze che gli eventi, o le situazioni che lo hanno determinato, producono.

Molte ipotesi suggeriscono, inoltre, che l'esposizione a situazioni "traumatiche" (o "potenzialmente traumatogene") siano alla base di diversi disturbi tra cui il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo borderline di personalità ed i disturbi dissociativi.



### Il caso di Martina

Martina è stata inviata dal CSM per un approfondimento diagnostico, in particolare, per una diagnosi differenziale fra uno stato psicotico all'esordio oppure uno stato mentale a rischio (borderline) che potrebbe coinvolgere in un disturbo patologico conclamato.

Si effettuano 4 colloqui clinici e psicologici, la somministrazione ai genitori dell'anamnesi Sp.Es ed un colloquio psichiatrico con la madre.

Ho assistito con lo psicologo ai quattro incontri effettuati con lei ed alla somministrazione della suddetta anamnesi ai genitori.

La famiglia si è rivolta al Centro di Igiene Mentale, anche se la ragazza era già seguita da una psicologa, in intramoenia.

Martina manifesta degli impulsi aggressivi molto forti, durante i quali rompe tutto e che le lasciano un forte senso di colpa per cui dopo ha bisogno di tagliarsi; minaccia di defenestrarsi. In casa vive solo in camera sua, non parla più ai genitori, e ci sono continue e furibonde liti con la sorella. Ha 19 anni, è stata bocciata un anno al liceo classico, ha avuto molti ragazzi, fuma quotidianamente cannabis, fa uso di pasticche e frequenta un ambiente musicale tecno.

Nei primi colloqui parla dell'angoscia che le suscita la relazione con la madre e della situazione scolastica: non ha voglia di studiare, ma mostra una grande sensibilità, infatti scrive poesie.

Durante la prima seduta riferisce di un sogno ricorrente fatto alle soglie della pubertà, e poi reiteratosi per tutta l'adolescenza.

Il sogno: *Si trovava in un bel parco, in un giardino con la madre, quando scopre un passaggio, una porta in mezzo a delle frasche che introduce ad un mondo fantastico, un mondo fantasy. In questa porta c'è una luce particolare, è tutto molto bello, misterioso, affascinante e fa anche un po' paura.*

*Si rende conto che questo portale si sta chiudendo e quindi deve uscire di corsa perché altrimenti rimarrebbe intrappolata lì dentro con la madre. Subito dopo si trova a ripassare nel paesaggio precedente. Guida la macchina della madre con all'interno la nonna (la madre della madre), ma la macchina è senza freni, ha paura di andare a sbattere o di ribaltarsi perché si rende conto che non ha i freni. Guida a fatica e dopo poco si trova nel giardino di prima dove trova tutto sfiorito e deperito.*

Mi ritrovo spesso a parlare e a pensare a questo sogno con il collega, ci sembra paradigmatico. Sembra descrivere bene la relazione con la madre, l'angoscia che questa relazione suscita, gli impulsi incontrollabili, ed è rappresentativo anche della difficoltà di Martina di crescere.

Al primo colloquio è molto disarmonica nell'aspetto, con un taglio di capelli quasi punk, le un-

ghia colorate di fucsia fluorescente, paradossale nell'abbigliamento: era aprile, indossava una cagnotta a bretelline ed una sciarpa grossa che nascondeva un'insolita collana. Mi sembrava un lucchetto per bici. Martina racconta di aver avuto una grossa lite con la sorella, la quale la sera prima le chiedeva di essere ascoltata perché le era capitata una vicenda amorosa complicata ma Martina era troppo stanca, voleva andare a dormire. La mattina dopo, a causa di una telefonata andata male con la madre, Martina voleva parlare alla sorella, che le risponde che non essendo stata ascoltata il giorno prima, ora non vuole più parlarle. Durante la lite, Martina minaccia di defenestrarsi e la sorella deve calmarla. Spesso minaccia il suicidio in questo modo.

La madre di Martina, Anna, durante il colloquio con lo psichiatra, ricorda che lei aveva 17 anni quando sua nonna si suicidò, defenestrandosi.

“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 è stato ritenuto potrà restare interamente inaccessibile alla generazione che segue. Resteranno della 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” (Kaes, 1995).

Nella lite con la sorella è come se entrambe cercassero l'un l'altra un contenimento emotivo in una famiglia in cui sembra impossibile strutturalmente trovarlo: per il modo di essere dei genitori e per la malattia della madre, la sclerosi multipla, di cui non si è mai parlato. È una malattia che nella mente della paziente sembra essere impensabile, non elaborabile. Infatti, se si libera della tensione litigando con la madre, sembra poi dovere scaricare il senso di colpa tagliandosi. “Tutte le volte che litigo con mia madre poi vado in bagno e mi taglio”. E subito dopo aggiunge: “Lei già sta male”, dice velocemente, “in più io l'accuso, l'attacco, la faccio soffrire”. *Sembra che ognuno sia troppo appesantito per sé stesso al punto da non*

*poter reggere il carico emotivo dell'altro.*

Nell'ultima seduta, sembra più contenuta nei suoi eccessi, aveva una tintura più uniforme ai capelli, non indossava più quella grossa sciarpa. Emerge un aspetto nevrotico; dai suoi racconti: tende a legarsi a dei ragazzi ricreando spesso situazioni triadiche, o edipiche, come ad esempio il ragazzo di sua cugina, o l'ex di sua sorella. Sembra che trovi piacere nel sedurre l'uomo impossibile e desiderato da altri, soprattutto per permetterle di essere in una relazione importante. Questo aspetto sembra quello più sano, malato in quanto nevrotico, ma Bion ricorda l'importanza del cercare la parte più sana dei pazienti, e lei sembra volersi mettere molto in discussione su questo aspetto di sé.

Non si rileva che ci sia un vero e proprio piacere nella ricerca di relazioni sessuali, ma ritorna l'idea del bisogno di contenimento, di qualcuno su cui potersi regolare, *in qualche modo sembra più una richiesta di elemosina*. E questo succede anche con le amiche, con la sorella e anche con le droghe che pare le servono per allontanare l'angoscia.

Durante l'elaborazione del caso, abbiamo avvertito un'atteggiamento richiedente, attento, misurato e rispettoso; non abbiamo sentito la svalutazione tipica dei borderline, caratteristica degli adolescenti. Martina sembra molto bisognosa di aiuto, impegnata in una richiesta continua di protezione.

Quando è andata via mi ha lasciato una grossa commozione. Condividevo con il collega psicologo la sensazione di uno spreco, come se lei spreccasse la sua esistenza, la sua vita.

In vari aspetti ritroviamo un chiaro riferimento a ciò che Kernberg descrive come borderline sul versante nevrotico. Va via lasciandoci uno stato d'animo che conferma l'aspetto borderline, fatto di due poli. Questa tipologia di pazienti ha bisogno di sentire una relazione forte, salvifica, importante, ma d'altra parte non riesce a sopportare tutto questo, poiché una relazione troppo intensa deve poi essere demolita.

Nel nostro caso, Martina, da una parte, ci ha fatto sentire che aveva un grande bisogno di noi ma, dall'altra, ci ha fatto provare una grande angoscia sul futuro, continua a non prendere la terapia farmacologica, poiché incompatibile

con la chetamina che assume. Mi confronto con l'angoscia che mi suscita sapere che se Martina insiste con certi comportamenti tossicomani la sua mente si appiattisce, si dissolve e comincia a mancare lo spessore, la profondità, per poter mentalizzare le esperienze. Nutro e condivido con il collega il desiderio di poter continuare a lavorare con lei. Ma dopo i quattro colloqui di assessment non sono previsti ulteriori incontri.

*È frustrante non sapere che fine farà Martina e mi chiedo se in altri Servizi si occuperanno di lei; con noi sembrava essersi creato un buon contatto.*

### **Somministrazione dell'anamnesi Sp.Es ai genitori di Martina e restituzione**

Nell'incontro con i genitori di Martina sono colpita dall'aspetto fisico dei due: riconosco nel volto della madre i tratti fisionomici della figlia e nel padre colgo qualcosa di buffo. Ha qualcosa di settantottino: gli occhiali rotondi, un certo tipo di barba e un'applicazione di Mickey Mouse su una felpa di tipo militare.

- **COPPIA GENITORIALE.** Mirco e Anna, genitori di Martina, si sono conosciuti all'Università, quando erano entrambi studenti della stessa facoltà. Al momento del fidanzamento la madre aveva 24 anni ed il padre 22. Anna è primogenita; segue una sorella più piccola di 2 anni e un fratello di dieci. Suo padre, il nonno di Martina, è un architetto con la passione della scrittura, e la madre, laureata in Storia dell'arte, smette di lavorare come insegnante, quando lei nasce. Mirco, il padre di Martina, descrive la propria famiglia affermando che è di "un livello culturale più basso": i genitori sono stati bidelli, lui ha vissuto in provincia, ed è il maggiore di due fratelli.
- **GRAVIDANZA.** Martina nasce dopo un anno e mezzo di matrimonio, da una gravidanza "non cercata e non evitata", ma vengono a conoscenza che Anna è incinta, in modo particolare: il suo eccessivo dimagrimento suscita la preoccupazione di uno zio medico che le prescrive una serie di accertamenti, tra cui delle lastre, e le suggerisce di evitare una gravidanza in questo

momento. Dopo gli accertamenti scoprirà di essere già incinta. Da un punto di vista emotivo, per la madre la gravidanza è vissuta con un po' di ansia per le radiografie a cui si era sottoposta non sapendo di essere già incinta. Il padre ha appreso la notizia con gioia, infatti segue il corso di preparazione al parto, ed affronta la paura delle iniezioni per sottoporsi ad alcune analisi e poter essere presente alla nascita di Martina. Quando alla coppia viene chiesto se si sono verificati eventi stressanti nell'anno che ha preceduto e in quello che ha seguito la nascita della figlia, rispondono che si erano manifestate le prime avvisaglie della malattia di Giovanna, che lei sospettava di avere ma che, solo molto più tardi, le sarà diagnosticata: la sclerosi multipla. Ha avuto anche una neurite ottica retrobulbare, per la quale quasi perse la vista e, durante la gravidanza, vi sono stati brevi episodi di parestesie. Negli anni successivi non ha avuto più nessuna di queste manifestazioni, che le ritorneranno di nuovo molto più tardi. Rispetto alla malattia, riferendosi allo zio medico la madre afferma: "Forse lui lo sapeva (della malattia) e non ha voluto dire la verità, ma ormai è morto."

- **SVILUPPO DELLA PAZIENTE.** Martina viene allattata al seno fino a cinque mesi e mezzo, poi la madre deve interrompere per seguire una cura di antibiotici. Anna era preoccupata, le sembrava che la figlia crescesse poco infatti fa analizzare il proprio latte, ma andava bene. Martina non ha mai usato il ciuccio, piuttosto ha tenuto un pannetto vicino alle labbra, ma senza succhiare. Dormiva molto, al punto che la sera dovevano svegliarla per farla mangiare. Non ha mai gattonato, ma è stata subito molto sicura nel camminare. Comincia a parlare prima dei due anni, formulando sin dall'inizio frasi complete. Nel passeggino doveva sempre restare in piedi, e i genitori commentano: "Martina è nata adolescente, le piaceva essere padrona delle situazioni e se no si ribellava." La scuola materna è stata per lei un'esperienza dura, piangeva molto e giocava poco con altri bambini, inoltre era

poco socievole. Anna dice: “Mi sembrava sola come bambina”; ricorda un episodio di quegli anni: un bambino le si avvicina (alla madre) e le dice, a proposito di Martina: “Lo sai che parla da sola?” poi commenta: “non mi aveva preoccupata, stava bene da sola. Aveva un mondo suo, tutto suo di fantasia.” *Il rifiuto del ciuccio, lo scarso nutrimento col latte materno, il “salto” di tappe evolutive e poi gli evitamenti sociali, potrebbero far pensare ad una negazione precoce delle funzioni materne.*

- CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ. I genitori descrivono il carattere che aveva sin da bambina: molto permalosa, piangeva con facilità ed enfasi, aveva la tendenza ad esagerare. Alle scuole medie si trovava molto male con le compagne di classe. Durante il Liceo si innamora di un ragazzo che si scopre gay. Lei soffre molto a causa di questa storia. Poco prima di cominciare la psicoterapia, ha un amicizia virtuale in Internet con un ragazzo, anche lui gay. Poi le giunge sempre via Internet, dal una presunta sorella di lui, la comunicazione che sarebbe morto, infine si scopre che questo ragazzo non è mai esistito, era stato inventato da quella che si spacciava come sorella di lui.

Si avverte la presenza di Anna come molto centrale, anche rispetto alla propria famiglia, sul versante transgenerazionale, e la figura del padre resta più periferica.

Per alcuni versi Giovanna si mostra col tempo più incisiva, capace, ma allo stesso tempo provata, ambivalente e “nevrotica”.

In alcuni momenti si sentiva irrompere la sua rabbia per questa malattia, in altri la rabbia per la figlia che si fa bocciare, che potrebbe essere bravissima a scuola, che scrive poesie, ma non studia mai.

Anna è ambivalente anche rispetto alla propria malattia. Quando lo psichiatra le chiede se ne ha parlato con le figlie, risponde: “C’è bisogno di parlare? Non lo sanno che sto male?” Quando ne parla con noi ci dice che ha evitato di parlarne per non preoccuparle. È vero che le figlie sanno della malattia della madre, ma sembra che non ci possa

essere un momento di condivisione del dolore, di quanto questa malattia faccia preoccupare tutti. Ad entrambe è stata data un’indicazione sulla possibilità di fermarsi un attimo e condividere qualche aspetto di questa grave malattia. Comunicare e condividere le ansie, le sofferenze ed anche certi aspetti più celati e privati di sé è certo più funzionale a sé stessi che non cercare vie elusive della realtà ricorrendo all’uso della droga.

Martina parla della sua psicoterapia in modo positivo, ma gli incontri avvenivano in modo diradato.

Lo psicologo decide di contattare la psicoterapeuta che la segue, confrontandosi con lei e fornendo alcune delle informazioni emerse con i genitori. Ci è sembrato importante suggerire un possibile aggancio con la famiglia proprio rispetto al modo di vivere la malattia della madre.

La sensazione che a noi aveva trasmesso Martina era che avesse bisogno di sentirsi presa sul serio e che, se trattata con molta attenzione e competenza, avrebbe potuto trarre molto giovamento dalla psicoterapia, modificando in qualche modo il suo tormentato e difficile percorso.

### Bibliografia

- Anzieu, D., (1996). “L’Io-pelle familiare gruppale”, Rivista *Interazioni*. Milano: Franco Angeli, n. 1/96.
- Balbi, A., Chiaia, E., & Sistopaoli P., (2007). *Narrazione e psicopatologia: l’anamnesi SpEs*. Roma: Rivista di Psichiatria, Il Pensiero Scientifico (Vol. 42 n.1 Gen-Feb.).
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall’esperienza*. Trad. it. Armando, Roma 1998.
- Eiguer, A. (1997). *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*. Paris: Dunon.
- Fonagy, P., & Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Roma: Cortina.
- Jeammet, P. (1992) , *Psicopatologia dell’adolescenza*, Roma: Borla.
- Kaës, R. (1991). *L’istituzione e le istituzioni*, Roma: ed. Borla.
- Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., & Baranes, J.J., (1995). *Trasmisione della vita psichica tra generazioni*. Roma: ed. Borla.
- Napolitani, D. (2007). *La conoscenza tra scienza e coscienza. Apprendimenti e comprensione nell’incontro con l’Altro*, Rivista Italiana di Gruppoanalisi, (Vol. XXI – n.3).
- Napolitani, D. (2008). *La mente relazionale: reti intere intra-personale*, Presentato al Seminario SGAI.

# *Il trattamento multidisciplinare integrato nel gioco d'azzardo patologico*

Giovanna Teresa Pontiggia\*, Concetta Altamura\*\*

\*Dirigente Psicologo Psicoterapeuta ASL/BA, Segretario Ordine Psicologi Puglia, Professore a Contratto Università degli Studi di Bari

\*\*Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Perfezionata in interventi per le ludopatie e dipendenze da gioco d'azzardo patologico

## **Riassunto**

Il gioco è diventato oggi un fenomeno sempre più in espansione ed è impensabile cercare di capire se gli uomini si affidano al caso per necessità o divertimento. I giocatori problematici in Italia risultano essere infatti in crescita costante negli ultimi anni e nel 2013 pari a 790.000 con una conseguente crescita costante della Raccolta Complessiva dei Giochi.

Numerose nell'ultimo anno sono state le iniziative in Italia tra le quali l'approvazione di diverse Leggi Regionali compresa quella pugliese. Anche il DSM-V ha inserito il Gioco d'Azzardo Patologico a tutti gli effetti tra le dipendenze ma risulta allo stesso tempo utile distinguere tre diversi tipi di giocatore: sociale (gioco episodico), problematico (gioco problematico) e dipendente (gioco compulsivo).

Viene quindi proposto il Trattamento Multidisciplinare Integrato elaborato dal gruppo di lavoro del Centro Studi e Formazione di Promozione Sociale "Omniamentis" (MT). Esso prevede diverse fasi: richiesta d'aiuto, colloqui di conoscenza, colloqui motivazionali, trattamento (distinguibile in ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale) e monitoraggio clinico. Durante il percorso terapeutico differenti sono le figure professionali coinvolte tra le quali figurano psicoterapeuti, psichiatri, mmg, counselor, tecnici della riabilitazione psichiatrica, avvocati, consulenti e mediatori sociali.

Attraverso lo studio di casi clinici si è potuto notare che si riesce ad ottenere una percentuale di risultati positivi maggiore nel trattamento ambulatoriale; non vi sono esiti negativi nel trattamento residenziale e per quanto riguarda i percorsi comunitari (residenziali) i pazienti sono ancora in fase riabilitativa.

**Parole Chiave:** *gioco, azzardo, trattamento multidisciplinare integrato*

«Prima di essere faber l'uomo è ludens e, attraverso il gioco, si misura con i propri limiti e prende coscienza delle proprie qualità e delle proprie potenzialità provando l'ebbrezza della vittoria o

la frustrazione del perdere.» (Croce, 2003)

I giochi, come bene ha spiegato Callois (1981), sono raggruppabili in: giochi di competizione, giochi di travestimento, giochi di vertigine e gioco di Alea (dal latino "alea": dado); in quest'ultimo il risultato dipende dal caso, dalla fortuna, è imprevedibile ed incontrollabile mediante la razionalità.

Il gioco è diventato oggi un fenomeno sempre più in espansione ed è impensabile cercare di capire se gli uomini si affidano al caso per necessità o divertimento. Il gioco d'azzardo può avere infatti una connotazione ludica o di compensazione, a seconda dei periodi. In entrambi i casi, laddove la sorte premia il giocatore, quest'ultimo si sente scelto e felice mentre, laddove la fortuna non fosse dalla sua parte, è sempre possibile una rivincita. È questo il meccanismo che principalmente si instaura nei giocatori che, pian piano, finiscono per assumere un comportamento che è considerato a tutti gli effetti patologico.

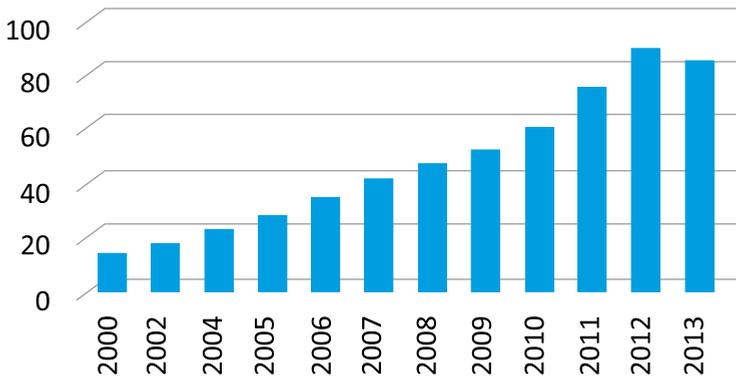
## **L'Italia: dati statistici**

Secondo i dati de "Il fatto quotidiano" ([www.ilfattoquotidiano.it](http://www.ilfattoquotidiano.it)) emerge che nel 2013 sono 790.000 (1,65% della popolazione) i giocatori d'azzardo problematici a rischio, rispetto ai 590.000 del 2009.

Si è rilevata, inoltre, una relazione tra ricorso al gioco e minore scolarizzazione.

Infine, si può notare la costante crescita del fenomeno del Gioco d'Azzardo avvenuta dal 2000 al 2012 tramite l'analisi della Raccolta Complessiva dei Giochi (Graf.1- Raccolta complessiva dei giochi). Nel 2013 essa perde il 2,5% circa rispetto all'anno precedente. Secondo i dati del **Cirmpa** (Centro di ricerca della Sapienza di Roma) e

Raccolta complessiva dei Giochi (in mld)



Graf.1

dell’Istituto **Ipsos** ([www.ipsos.it](http://www.ipsos.it)) anche la **crisi economica**, che ha colpito una famiglia su quattro, ha triplicato l’insoddisfazione degli italiani nei confronti del proprio lavoro e, negli ultimi anni, ha spinto la popolazione verso il gioco.

Ciò è dovuto anche alla diffusione di Internet come uno dei principali canali di gioco a cui sono strettamente connessi Social Network (con grande valore nell’innescare e mantenere la relazione col gambler), Smartphone, Tablet e Connected Tv.

**La legislazione italiana**

I giochi, nella loro disciplina giuridica, si suddividono tradizionalmente in tre grandi categorie: giochi forniti di piena tutela giuridica, giochi limitatamente tutelati e giochi vietati.

Il Decreto Bersani legalizza i giochi dove l’abilità svolge un ruolo predominante rispetto alla fortuna, autorizzati dall’AAMS (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) quali “skill games”, con buy-in massimo di 100 euro, svolti nella formula del torneo o del solitario e dove almeno l’80% della raccolta è destinata al montepremi.

Il Decreto Balduzzi predispose, invece, nuove norme sull’ubicazione dei luoghi di gioco e maggiori controlli su quelli già esistenti, il divieto di messaggi pubblicitari che promuovono il Gioco d’Azzardo e la proposta di modifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), col fine di inserirne gli interventi rivolti ai cittadini dipendenti da gioco d’azzardo.

L’ultimo anno ha visto molte iniziative finaliz-

zate a prevenire la diffusione del Gioco d’Azzardo; dopo l’approvazione del PAN (Piano d’Azione Nazionale) molte le regioni che sono intervenute approvando una Legge Regionale e tra queste figura anche la Puglia.

**Da giocatore sociale a giocatore patologico**

È necessario distinguere il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) dal gioco come forma di attività sociale e ludica che accompagna l’essere umano lungo la sua esistenza stimolando lo sviluppo dell’intelligenza e della creatività. A questo proposito è utile distinguere tre differenti tipi di gioco e giocatore (tab.1).

| TIPO DI GIOGO | GIOCATORE    |
|---------------|--------------|
| Episodico     | Sociale      |
| Problematico  | Problematico |
| Compulsivo    | Dipendente   |

Tab.1

Il processo che conduce il *giocatore sociale* a diventare *giocatore problematico* e successivamente *dipendente* appare subdolo e lento.

Sembra, inoltre, molto difficile operare una distinzione tra giocatore patologico e sociale; si può, tuttavia, indicare una precisa sintomatologia

che viene mostrata dai giocatori patologici e che riguarda tre aspetti dell'individuo:

- **psicologico:** ossessione del gioco, senso di onnipotenza, presunzione, nervosismo, irritabilità, ansia, alterazioni del tono dell'umore, persecutorietà, senso di colpa, alterazioni dell'autostima, tendenza alla superstizione, aumento dell'impulsività, distorsione della realtà;
- **fisico:** alterazioni dell'alimentazione, cefalea, conseguenze fisiche dell'utilizzo di sostanze stupefacenti o alcool (se associati), sintomi fisici d'ansia;
- **sociale:** danni economici, morali, sociali, familiari e lavorativi, difficile gestione del denaro, isolamento sociale.

### Definizione del DSM-V e dell'ICD-10

Nella terza edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), quella del 1980, l'American Psychiatric Association (APA) ha introdotto il concetto di dipendenza da gioco d'azzardo (gambling), inquadrandolo come una nuova categoria diagnostica e quindi come disturbo psichiatrico. In tal modo, è stato riconosciuto ufficialmente il "pathological gambling" e classificato all'interno della sezione comprendente i "Disturbi del Controllo degli Impulsi". Il DSM-V ha apportato una modifica fondamentale, inserendo il Gioco d'Azzardo Patologico nelle dipendenze (Substance-Related and Addictive Disorders) dato che la ricerca ha ampiamente dimostrato sovrapposizioni nei diversi quadri di addiction. Il DSM-V, quindi, riconosce a tutti gli effetti al GAP lo status di dipendenza con le caratteristiche cliniche e le conseguenti modifiche a livello terapeutico.

L'ICD-10 invece definisce il GAP come "un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto che continua e spesso aumenta, nonostante le conseguenze negative finanziarie, familiari e sociali". In passato si faceva riferimento al GAP con il termine "gioco d'azzardo compulsivo" ma i due sistemi classificatori internazionali (DSM-V e ICD-10) hanno introdotto il termine "patologico" sottolineando che, a differenza delle compulsioni, il gioco d'azzardo è egosintonico cioè fonte di piacere ed eccitazione legata al momento del gioco. Le compulsioni sono invece principalmente egodistonici

che e cioè fonte di disagio estremo per l'individuo.

### Eziopatogenesi del Gioco d'Azzardo

L'eziologia della dipendenza dal gioco è ancora oggi sconosciuta, ma, numerosi studi hanno individuato differenti fattori di rischio che portano al gioco patologico.

Essi si possono raggruppare in due grandi categorie, in interazione fra loro: fattori individuali (comorbidità, caratteristiche di personalità, fattori cognitivi, vulnerabilità genetica e neurobiologica) e fattori socio-ambientali (sesso, età, livello di istruzione, contesto familiare, gruppo di appartenenza, luoghi e frequenza delle giocate).

### L'intervento multidisciplinare integrato

Il Gioco d'Azzardo Patologico è una dipendenza che spesso viene alla luce quando il gambler rimane a corto di risorse finanziarie per continuare a giocare. In questo modo la famiglia, alla quale fino ad allora il giocatore ha continuato a mentire, si ritrova improvvisamente in difficoltà economiche e di fronte alla perdita delle proprie risorse. Nella maggior parte dei casi si verifica un abbandono da parte di familiari o del partner e lo sviluppo di una patologia depressiva o di un disturbo post traumatico da stress. È importante considerare, quindi, l'intervento sul Giocatore d'Azzardo Patologico di un trattamento di tipo globale che deve considerare l'approccio ecologico e deve essere orientato ad intervenire sull'ambiente di vita del soggetto, sulle relazioni principali ecc.

Il modello terapeutico di tipo olistico è volto, quindi, ad agire su tutti gli aspetti della vita del soggetto che siano stati coinvolti negativamente dalla dipendenza da Gioco d'Azzardo. Va comunque sempre tenuto presente che, seppure il modello di trattamento sia unico, esso è destinato ad essere modulato in base alle specifiche esigenze e alla situazione di ogni singolo paziente.

L'intervento multidisciplinare integrato sul gambler è stato elaborato dal gruppo di lavoro del Centro Studi e Formazione di Promozione Sociale "OmniaMentis" (MT).

### Le fasi del trattamento

L'intervento sul gambler, come tutti gli inter-

venti, deve necessariamente essere diviso in diversi momenti che vanno, dalla richiesta d'aiuto ai colloqui di conoscenza e motivazionali, fino ad arrivare alle fasi di trattamento vere e proprie e al monitoraggio clinico.

### *Richiesta d'aiuto*

Rappresenta il primo approccio con il disagio che questa dipendenza comporta.

In molti casi è uno dei familiari o una persona vicina al soggetto interessato che chiede aiuto e, solo in un secondo momento, subentra il gambler, poiché egli molto spesso si trova ancora nella fase in cui, nella sua vita, non riesce a vedere altro che il gioco. Il servizio preposto a questa prima fase di trattamento è il centro di ascolto con funzione di accoglienza, comprensione della situazione di disagio e orientamento verso le varie soluzioni offerte dal territorio.

### *Colloquio di conoscenza.*

Rappresenta il momento decisivo per affrontare la dipendenza in cui si cerca di inquadrare e fare chiarezza sulla situazione che interessa il gambler. In questa fase del trattamento si crea un rapporto empatico tra paziente e clinico che deve trarre delle informazioni finalizzate all'identificazione di aspetti chiave della personalità del soggetto interessato.

### *Fase I: Colloqui motivazionali.*

L'aspetto motivazionale è di fondamentale importanza nel trattamento di una dipendenza. In assenza di motivazione non si può avviare un processo di cambiamento. Nella persona dipendente, tuttavia, non vi è la presa di coscienza del suo stato di compromissione; è necessario, perciò, nella fase iniziale, stimolare e orientare l'interesse del gambler verso il riconoscimento del proprio disagio, vedendolo come conseguenza della sua dipendenza.

Il colloquio di motivazione, quindi, deve favorire la costruzione della motivazione al cambiamento, gestire la resistenza che il soggetto mostra e mantenere costantemente l'attenzione ai valori, ai desideri e alle aspirazioni del paziente senza persuaderlo con argomentazioni esterne. L'obiet-

tivo non è dare lezioni di vita o impiantare motivazioni ma è far emergere queste ultime dal paziente stesso che è protagonista e responsabile del suo cambiamento.

### *Fase II: Trattamento.*

È la fase durante la quale il gambler, assieme alla sua famiglia, è chiamato ad intraprendere un percorso terapeutico e riabilitativo finalizzato alla gestione della sua dipendenza attraverso la sobrietà dall'attività di gioco.

Possono essere intrapresi, a questo punto, tre tipi di trattamento: ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale

**Trattamento ambulatoriale.** Potrebbe rappresentare anche il primo step verso un trattamento residenziale. Questa tipologia viene, però, utilizzata con i pazienti che hanno una situazione clinica non gravemente compromessa; non prevede, infatti, il supporto di una comunità riabilitativa ma è caratterizzato da:

- Assessment (psicologico, psichiatrico, socio-familiare, esistenziale);
- Assistenza farmacologica;
- Gestione dipendenze correlate;
- Colloqui individuali;
- Colloqui di coppia e/o familiari;
- Assistenza giuridico-legale e finanziaria;
- Supporto di gruppo per la prevenzione delle ricadute.

**Trattamento semi-residenziale.** Questa tipologia di intervento viene utilizzata con i pazienti che non presentano la necessità di trattamento in residenzialità completa; vengono seguite in parte le attività della comunità riabilitativa e in parte le cure ambulatoriali senza vivere nella comunità 24h su 24, con elementi comuni al trattamento di tipo ambulatoriale e a quello di tipo residenziale (non è inclusa la terapia farmacologica) in quanto prevede:

- Assessment (fisico, psicologico, psichiatrico, socio-familiare, lavorativo);
- Ergoterapia individuale e di gruppo;
- Psico-educazione individuale e di gruppo;
- Psicoterapia individuale;
- Laboratori emotivi/esperienziali di gruppo;

- Colloqui individuali, di coppia e/o familiari;
- Assistenza giuridico-legale e finanziaria;
- Reinserimento sociale;
- Supporto di gruppo per la prevenzione delle ricadute.

**Trattamento residenziale.** Caratterizzato da un numero più elevato di interventi sul paziente, integra la modalità ambulatoriale alla quale vengono aggiunte le attività riabilitative. Può essere definito come il trattamento più “completo” ed utilizzabile nei casi di compromissione più importante in quanto comprende:

- Assessment (fisico, psicologico, psichiatrico, socio-familiare, lavorativo);
- Assistenza farmacologica;
- Gestione dipendenze correlate;
- Ergoterapia individuale e di gruppo;
- Psico-educazione individuale e di gruppo;
- Psicoterapia individuale;
- Laboratori emotivi/esperienziali di gruppo;
- Colloqui individuali, di coppia e/o familiari;
- Assistenza giuridico-legale e finanziaria;
- Reinserimento sociale;
- Supporto di gruppo per la prevenzione delle ricadute.

### *Fase III: Monitoraggio clinico.*

Durante questa fase è prevista una costante supervisione dei risultati ottenuti.

Al fine di fronteggiare eventuali difficoltà emergenti, riferite a possibili ricadute, in questo stadio si effettua un trattamento ambulatoriale o, nei casi più gravi, un trattamento semi-residenziale.

Durante questa fase vengono svolte tre attività fondamentali:

- Psicoterapia individuale;
- Colloqui individuali, di coppia e/o familiari;
- Supporto di gruppo per la prevenzione delle ricadute.

In riferimento al supporto di gruppo, sono state fondate delle associazioni specifiche che offrono questo tipo di servizio in un’ottica completamente innovativa: il gruppo, infatti, accompagna tutto il piano di trattamento del giocatore costituendo un

aiuto supplementare che apre un varco sul benessere e migliora la qualità di vita.

### **Le figure professionali coinvolte nel trattamento**

L’equipe di lavoro coinvolta nel trattamento multidisciplinare integrato del Gioco d’Azzardo Patologico è composta da diverse figure professionali:

- psicologo psicoterapeuta con specializzazione in psicoterapia clinica e della famiglia: effettua il trattamento psicoterapeutico individuale, familiare, di coppia e di gruppo;
- psichiatra: si occupa della gestione del trattamento farmacologico e delle dipendenze correlate;
- medico di base: gestisce gli eventuali disturbi clinici correlati all’uso di farmaci;
- professional counselor specializzato in counseling motivazionale: sviluppa una relazione d’aiuto nella quale vengono potenziate le capacità del paziente, favorendo una visione più realistica della realtà circostante al fine di supportarlo nelle scelte;
- tecnici della riabilitazione psichiatrica ed educatori della struttura riabilitativa: si occupano della riabilitazione in senso globale gestendo i laboratori emotivi/esperienziali di gruppo, l’attività di psico-educazione e il reinserimento sociale e lavorativo; svolgono altresì un’attività di accompagnamento durante tutto il percorso riabilitativo;
- mediatore sociale: esercita la propria professione occupandosi della mediazione nei conflitti in ambito familiare e sociale e, in maniera imparziale, è in grado di gestire il contenzioso portandolo verso una risoluzione positiva;
- avvocato: fornisce assistenza giuridico-legale;
- consulente finanziario: si occupa dell’analisi e dell’amministrazione delle risorse economiche del gambler (attivazione finanziamenti e mutui, appianamento dei debiti).

### **Studio di casi clinici**

La finalità dello studio è stata quella di appro-

fondire i risultati del trattamento multidisciplinare integrato proposto e attuato dal gruppo di lavoro del Centro Studi e Formazione di Promozioni Sociale "OmniaMentis" (MT).

A tal fine è risultata necessaria una conoscenza approfondita del fenomeno oggetto dello studio, del trattamento previsto, degli operatori impegnati e dei pazienti che ne prendono parte.

Nello studio di due casi clinici (uno per il trattamento residenziale e uno per il trattamento ambulatoriale) è stata, quindi, utilizzata una metodica incentrata sull'osservazione, sull'analisi dei test somministrati e sull'intervista rivolta ai pazienti.

### Caso 1 (trattamento residenziale).

Si tratta di un uomo, M., di circa 50 anni. È il secondo di quattro fratelli. Definisce la sua famiglia benestante e vive un forte attaccamento con la madre. Vive un'infanzia ed un'adolescenza definite da lui serene, con una forte propensione verso ciò che considera bello anche se non fa uso di droghe (considerate, all'epoca, una delle massime trasgressioni). Comincia a giocare a 17 anni e ricorda una certa compulsività nella ricerca del cambiamento. Si iscrive regolarmente all'università e, dopo qualche anno, riesce ad inserirsi nel mondo del lavoro, grazie alla vincita di un concorso per un'importante società finanziaria. Si sposa nel 1986 e, da questo matrimonio, nascono due figli. La quotidianità e l'abitudine lo lasciano, però, sempre più verso il gioco compulsivo e M., negli anni, arriva a giocare fino a 4000 € in un solo giorno. La situazione precipita nel mese di settembre del 2011, quando, viene allo scoperto la mancanza di denaro su conti di famiglia, di amici e di colleghi. Segue, perciò, un ricovero in Psichiatria durato un mese e la conseguente presa in carico da parte della comunità dove vive. Attualmente è separato e sta cercando di recuperare il rapporto con i suoi figli. Riferisce che la presa di coscienza della situazione e la volontà di cambiarla diventano ogni giorno maggiori.

Il profilo personologico di M. è stato valutato tramite il test di personalità MMPI-2 all'ingresso in comunità e, in verifica, dopo tre mesi.

Alla prima valutazione, il soggetto appare notevolmente ansioso, teso e pervaso da sentimenti depressivi: sono presenti i sintomi di una

sindrome neurastenica. L'atteggiamento è rigido, perfezionista e scrupoloso e M. tende ad essere intrapunitivo e passivo-dipendente nelle relazioni interpersonali. Si evidenziano tratti psicoastenici e tendenza a sviluppare comportamenti anacastici vissuti in modo passivo. In gruppo, si rileva la tendenza ad interagire con aggressività sociale, con conseguenti problematiche a livello di integrazione.

Alla seconda valutazione, in verifica, il soggetto manifesta un bisogno di successo e di approvazione sociale. Il tono dell'umore appare tendenzialmente elevato e labile con possibilità di variazioni disforiche. Si rilevano dubbi ed esitazioni di fronte alle decisioni ricollegabili all'ansia che comportano impulsività nelle reazioni. Risultano migliorati l'inserimento sociale e la valutazione di se stesso.

L'importanza data al gioco nella vita del paziente è stata valutata tramite il test "La passione del gioco" di Ladoucer (Ladoucer, 2003). Esso ha lo scopo di far assumere al gambler un certo distacco rispetto al gioco e l'esercizio consiste nel rappresentare, annerendo l'interno di un cerchio vuoto, la porzione rappresentante il posto che questa attività occupa nella sua vita. La suddetta porzione, quindi, indica fino a che punto il gioco ha invaso "l'universo" del gambler.

Alla prima valutazione (fig.1), riferita al periodo precedente il ricovero in psichiatria, il paziente annerisce quasi interamente l'interno del cerchio riferendo di "sentirsi prigioniero in una vita grigia, come in un labirinto".

Alla seconda valutazione (fig. 2), dopo quattro mesi di residenzialità completa, il paziente annerisce una porzione del cerchio decisamente più piccola e riferisce di "sentirsi pesante due quintali e di voler diventare leggero come una piuma".

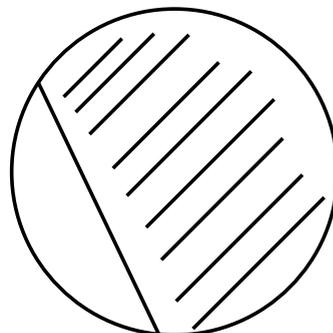


fig. 1

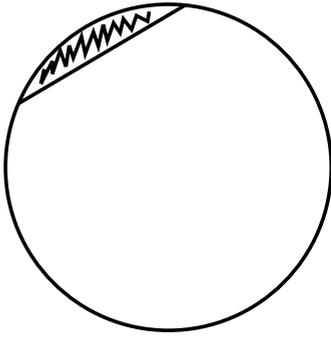


fig. 2

Da ciò emerge che, dopo sette mesi di sobrietà, M. riconosce ancora una componente della sua vita legata al gioco. Durante una verifica all'esterno della comunità, infatti, egli ha giocato una piccola somma di denaro pari a due euro per un "Gratta&Vinci" convinto che *"la fortuna non lo avesse del tutto abbandonato"*.

Caso 2.

Si tratta di un uomo, A., di circa 40 anni. È originario di un paese di provincia ed è il secondo di tre figli. Definisce la sua famiglia come modesta e i genitori come persone *"che peccano, a volte, di carattere per potersi imporre"*. L'infanzia e l'adolescenza sono definite tranquille anche se si rileva, sporadicamente, un avvicinamento alle droghe leggere. Inizia a giocare, attratto dal guadagno facile, a 17 anni, avvicinandosi principalmente alle slot machines in maniera sempre più frequente dopo la vincita di un milione di lire di fronte ad una puntata di 10000 lire. Comincia ad omettere, pertanto, dalla sua vita familiari ed amici e inizia a chiedere denaro ai genitori e a contrarre debiti ai quali spesso non può far fronte. Si susseguono una serie di menzogne e un malessere che conduce ad un deperimento generale della forma fisica e ad uno stato d'ansia molto accentuato. Si sposa nel 2004 e, dopo il matrimonio, nascono due figlie. Dal 2010 A. è gestore di una sala giochi: vive, quindi, a stretto contatto con l'oggetto della sua dipendenza. Avendo a disposizione fondi, tempo e mezzi da utilizzare per il gioco, la sua situazione peggiora maggiormente e lo conduce ad investire anche somme massime di 3000 euro in un giorno (inserendo nelle slot machines due euro per volta e trascorrendo in sala giochi fino ad undici ore al giorno). Così in due anni accumula un debito

pari a 50000 euro che ancora oggi sta cercando di appianare. A maggio del 2012 si rivolge ad un professionista per chiedere aiuto ma interrompe per un periodo di tempo il trattamento, poi ripreso nel mese di settembre. Il profilo personale di M. è stato valutato tramite il test di personalità MMPI-2 alla ripresa del percorso terapeutico.

Il soggetto mostra marcati sentimenti depressivi: sono presenti astenia, uniformità ideativa e povertà d'iniziativa; le situazioni vitali insoddisfacenti vengono elaborate in senso depressivo. Sono presenti sentimenti di inadeguatezza, malinconia, vuoto e disperazione con vissuti di incertezza rispetto al futuro ed indifferenza verso la propria vita. È da segnalare la presenza di gravi sentimenti di colpa. Vi sono difficoltà nel differire il soddisfacimento degli impulsi ed incapacità nel tollerare la noia. Si apprezza la presenza di sintomatologia ansiosa con sentimenti di tensione, astenia, tendenza alla preoccupazione e scarsa capacità di concentrazione. Vi è la convinzione che gli altri siano ostili nei suoi confronti. Nel rapporto interpersonale si mostra ostile ed irritabile con tendenza a manipolare gli altri. La scarsa previsione circa le conseguenze delle proprie azioni e il rifiuto delle norme previste dalle convenzioni sociali possono dar vita a comportamenti

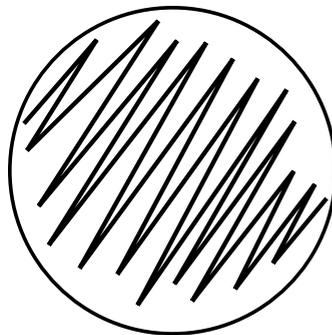


fig. 3

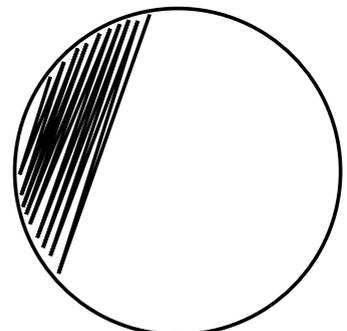


fig.4

scarsamente controllati a livello sociale, talvolta preceduti da una fase di insicurezza ansiosa. Nelle situazioni di gruppo, tende ad agire in maniera aggressiva e scarsamente controllata. Può mostrare poca fiducia nelle proprie possibilità; nelle situazioni di stress può assumere la tendenza a sviluppare sentimenti di autosvalutazione e, a copertura di ciò, può mettere in atto comportamenti reattivi a connotazione aggressiva. Può, in alcuni casi, rilevarsi una certa tendenza ad accentuare l'importanza degli eventuali disturbi psichici o somatici al fine di ottenere attenzione. L'equilibrio emotivo appare abbastanza stabile ma, in condizioni di particolare stress, possono manifestarsi alcune tendenze alla labilità emotiva.

L'importanza data al gioco nella vita del paziente è stata valutata tramite il test "La passione del gioco" di Ladoucer.

Alla prima valutazione (fig. 3), riferita al biennio 2010/2011, il paziente annerisce l'intero cerchio specificando che il gioco occupava tutta la sua vita.

La seconda valutazione (fig.4), invece, riferita al mese di novembre del 2012, evidenzia ancora una componente della vita di A. legata al gioco ma, essa è pari ad 1/4 dell'intera superficie. Il paziente riferisce, infatti, di "non poter e non voler ammettere che a lui piace il gioco perché si rende conto che esso provoca molti danni".

Il paziente si rende conto, quindi, che ha sottratto molto tempo e dedizione alla sua famiglia per dedicarsi al gioco e vuole recuperare il tempo perduto. Negli ultimi anni la sua vita è stata "come un tunnel buio" ma, grazie all'aiuto dei professionisti coinvolti nel trattamento e alla sua forza di volontà, comincia a vedere la luce per uscire dalla sua situazione difficile. A. sente di dover venire fuori da questo periodo tormentato anche per gratitudine verso la moglie che in tutti questi anni gli

è stata vicino con la sua grande forza di volontà e determinazione nonostante la scarsa considerazione sia come donna che come moglie e madre.

### Risultati generalizzati

Sono stati osservati nello specifico le valutazioni e i risultati di due casi di dipendenza patologica da Gioco d'Azzardo (uno per il trattamento residenziale, l'altro per quello ambulatoriale).

I risultati generalizzati, però, osservati dall'anno 2009 all'anno 2012 e inseriti nel programma sperimentale di valutazione, riguardano tutte le tipologie di trattamento multidisciplinare integrato e si possono riassumere nella seguente tabella (Tab.2):

Da essa si deduce che è stata riscontrata una percentuale maggiore di utenti con esito positivo nel trattamento ambulatoriale; in quello semi-residenziale non si sono osservati esiti negativi e per quanto concerne il trattamento di tipo residenziale non può essere effettuata alcuna valutazione in quanto i pazienti sono ancora in fase riabilitativa.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V)", Raffaello Cortina editore;
- Callois, R. (1981). "I giochi e gli uomini, la maschera e la vertigine", Milano, Bonpiani.
- Croce, M., & Zerbetto, R. (2001). "Il gioco d'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità d'intervento", Milano, ed. Franco Angeli.
- Gilberti, F., & Rossi R., (2009). "Manuale di psichiatria", Padova, Piccin.
- Guerreschi, C., (2000). "Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico", Milano, ed. S. Paolo.
- Le Breton, D., (1995). "La passione del rischio", Torino, ed. Gruppo Abele.
- Smeraldi, E., (2003). "Trattato italiano di Psichiatria", Milano, Masson.

| Trattamento       | N° utenti | Esiti positivi |       | Esiti negativi |       |
|-------------------|-----------|----------------|-------|----------------|-------|
|                   |           | n.             | %     | n.             | %     |
| Ambulatoriale     | 18        | 12             | 66,66 | 6              | 33,34 |
| Semi-residenziale | 2         | 2              | 100   | 0              | 0     |
| Residenziale      | 5         | *              |       | *              |       |

Tab.2

# Lo Psicologo nei Centri e negli Sportelli per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani

Daniela Costabile\*, Liliana D'Avanzo\*\*, Laura Lagrasta\*\*\*, Valentina Marzano\*\*\*\*, Annunziata Valentina Minerva\*\*\*\*\*, Riccarda Sinisi\*\*\*

\* Psicologa e Psicoterapeuta Sistemico Relazionale

\*\* Psicologa e Psicoterapeuta transazionale

\*\*\* Psicologa e Specializzanda in Psicoterapia

\*\*\*\* Psicologa e Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale presso EMPEA Centro Clinico e di Ricerca in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

\*\*\*\*\* Psicologa e Psicoterapeuta strategico breve

## Riassunto

Rilevato l'aumento del disagio psicologico ed emotivo nella popolazione legato principalmente al disagio economico occupazionale in aumento sul territorio e in attuazione del Masterplan Regionale e del Piano di Implementazione Provinciale, nel 2012 la Provincia Barletta-Andria-Trani ha attivato un Servizio di Consulenza Psicologica presso i Centri e gli Sportelli per l'Impiego.

Ognuna delle sei psicologhe all'interno dei Centri per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani, si è occupata di: accoglienza e prima informazione; consulenza e/o sostegno psicologico individuale; accompagnamento alle scelte in ambito formativo e/o lavorativo; interventi sulla motivazione nella ricerca del lavoro; interventi su inadeguatezza, autostima ed autoefficacia; simulazione colloqui di lavoro.

Nel periodo compreso tra il 15 Maggio e il 15 Dicembre 2012 si sono rivolti al Servizio di Consulenza Psicologica presso i Centri e gli Sportelli per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani n. 254 utenti, di cui 139 uomini e 115 donne, con età media di 38 anni, prevalentemente coniugati/e, con un titolo di studio di licenza media e in uno stato di disoccupazione. Considerata l'affluenza crescente dell'utenza al Servizio nel corso dei mesi e visto il grande bisogno rilevato, il Servizio è stato riattivato anche per l'anno 2013. Sarebbe pertanto auspicabile garantire la continuità del Servizio Psicologico all'interno dei Centri per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani e condividere ed estendere l'esperienza svolta anche in altre realtà territoriali.

**Parole Chiave:** *Disagio, Centro per l'Impiego, Servizio di Consulenza Psicologica*

## Dagli Uffici di Collocamento ai Centri Per l'Impiego

La riforma del mercato del lavoro, avvenuta nel

1999, ha trasformato i "vecchi" uffici di collocamento nei "moderni" Centri per l'Impiego equiparando l'Italia ai più evoluti paesi europei.

La Regione Puglia, mediante la stesura del Masterplan Regionale, approvato nel 2010, ha pianificato a livello strategico il completamento della riforma dei servizi per l'impiego recependo le innovazioni normative e procedurali intervenute dalla suddetta riforma e lasciando ai Piani di Implementazione Provinciali il compito di definire come questi nuovi obiettivi dovessero essere raggiunti sotto il profilo operativo e organizzativo.

La promozione e la gestione dei servizi per il lavoro, affidata alle Province, ha inteso supportare l'integrazione nel mercato del lavoro delle persone esposte al rischio di esclusione sociale, promuovere la partecipazione femminile e incentivare la qualità dell'occupazione e la creazione dell'impresa, offrendo, altresì, attraverso i Centri per l'Impiego, servizi rivolti ai cittadini (anche diversamente abili), agli enti ed alle imprese.

## Analisi del contesto economico e sociale

Ed è proprio in attuazione del Masterplan Regionale e del Piano di Implementazione Provinciale che la Provincia Barletta-Andria-Trani, Settore Politiche del lavoro<sup>1</sup>, ha attivato, nel periodo compreso tra Maggio e Dicembre 2012, il Servi-

<sup>1</sup> Si ringraziano il dott. Francesco Ventola-Presidente della Provincia Barletta-Andria-Trani, la dott.ssa Caterina Navach-Dirigente Settore Politiche del Lavoro, Formazione Professionale, Pubblica Istruzione e I.T.A. della Provincia Barletta Andria Trani e gli Operatori dei Centri e degli Sportelli per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani.

zio di Consulenza Psicologica volto a migliorare il lavoro svolto presso i 4 Centri per l'Impiego di Andria, Barletta, Bisceglie e Canosa di Puglia e 2 dei 6 Sportelli (Trani e Trinitapoli).

Obiettivi primari del servizio sono stati quelli sia di rilevare il fabbisogno dell'utente derivante dalla necessità di inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro, sia di rilevare un bisogno di supporto clinico, dovuto a situazioni di disagio familiare e sociale, spesso conseguenti a condizioni di inattività lavorativa.

Tale necessità è nata in un contesto in cui si è rilevato un aumento del disagio psicologico ed emotivo nella popolazione legato principalmente a un disagio economico occupazionale in aumento sul territorio a causa del sempre maggiore fallimento delle aziende presenti sul territorio stesso.

Secondo i dati ISTAT, infatti, il tasso di disoccupazione a Dicembre 2012 è arrivato all'11%, tasso più alto dal gennaio 2004 con un tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) giunto al 29,1 % già nel 2011.

Dal punto di vista bibliografico, gli studi condotti sulla disoccupazione hanno messo in evidenza come il disagio per la perdita del lavoro sia in grado di generare nell'individuo un abbassamento del morale, scoraggiamento nella ricerca di un nuovo lavoro, inadeguatezza, perdita delle proprie sicurezze. Tantissimi articoli sono stati scritti circa l'esperienza della perdita di lavoro o delle prospettive di coloro che non trovano un impiego (Howe, Levy, Caplam, 2004; Blakely, Collings, Atkinson, 2003; Price, Choi, Vinokur, 2002; Wanberg, Kammeyer-Mueller, e Shi, 2001; Hanisch, 1999) e ritraenti la perdita di lavoro come un'esperienza altamente stressante che provoca reazioni quali ansia, depressione e problemi generali alla salute fisica. Alla disoccupazione sono associate forme di malessere sociale e psicologico che vanno dalla diminuzione dell'autostima, dalla destrutturazione della propria identità sociale nel tempo fino ad arrivare ad episodi di depressione.

Tali fattori possono generare un progressivo isolamento sociale e una sempre più evidente tensione nei rapporti familiari.

### **Finalità del lavoro svolto**

Nel periodo compreso tra Maggio e Dicembre

2012 ognuna delle sei psicologhe ha effettuato trenta giornate lavorative presso i Centri e gli Sportelli per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani: Centro per l'Impiego di Andria, dott.ssa Laura Lagrasta; Centro per l'Impiego di Barletta, dott.ssa Daniela Costabile; Centro per l'Impiego di Canosa di Puglia, dott.ssa Liliana D'Avanzo; Centro per l'Impiego di Bisceglie, dott.ssa Riccarda Sinisi; Sportello per l'Impiego di Trani, dott.ssa Valentina Marzano; Sportello per l'Impiego di Trinitapoli, dott.ssa Annunziata Valentina Minerva.

I destinatari del Servizio di Consulenza Psicologica sono stati principalmente:

- Inoccupati;
- disoccupati di breve e lunga durata;
- cassa integrati;
- in mobilità;
- diversamente abili;
- occupati con contratti a termine.

Nello specifico, le prestazioni offerte dal Servizio di Consulenza Psicologica sono stati le seguenti:

1. colloquio di accoglienza e prima informazione finalizzato a rilevare i bisogni dell'utente e dare prime informazioni sul nuovo servizio offerto;
2. consulenza e/o sostegno psicologico individuale finalizzato ad offrire consulenza per problematiche psicosociali e/o familiari (situazioni di precarietà lavorativa e ripercussioni sulle relazioni familiari e sociali) e/o sintomi ansioso-depressivi (laddove la precarietà lavorativa ha slatentizzato il disagio psichico o il disagio era preesistente ed è stato aggravato dalla precarietà lavorativa);
3. colloquio di accompagnamento alle scelte in ambito formativo e/o lavorativo, con utenti che sperimentano difficoltà in ambito scolastico o nella ricerca di lavoro, ovvero interventi sulla motivazione nella ricerca di un lavoro o nella prosecuzione di un percorso formativo, sul senso di inadeguatezza, sull'autostima ed autoefficacia;
4. simulazione colloqui di lavoro.

Dal punto di vista procedurale, le 6 psicologhe coinvolte nel Servizio di Consulenza Psicologica

hanno cercato di adottare delle linee di intervento comuni attraverso degli incontri periodici di confronto e di scambio delle esperienze svolte nei Centri e negli Sportelli per l'Impiego presso i quali erano state assegnate.

Il modo di procedere comune è stato il seguente:

1. 1° colloquio: accoglienza e ascolto empatico; compilazione dati anagrafici; compilazione e firma modulo sulla privacy ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196; a partire dalla richiesta dell'utente, definizione degli obiettivi da raggiungere;
2. 2° colloquio: compilazione modulo consenso counseling psicologico;
3. definizione del numero dei colloqui stabilito e concordato con l'utente, in base alla richiesta e agli obiettivi da raggiungere.

L'obiettivo comune è stato quello di garantire un servizio di orientamento e di accompagnamento al lavoro, valorizzando le esperienze svolte, attraverso una consulenza che promuovesse l'autonomia dell'utente nella ricerca attiva del lavoro e che fornisse un sostegno psicologico nelle situazioni di ansia e depressione.

È stato inoltre attivato un lavoro di rete con gli altri Servizi presenti sul territorio, quali i Servizi Sociali, i Consulenti Familiari e i Centri di Salute Mentale per l'invio di utenti che necessitavano di interventi specifici.

Presso lo Sportello per l'Impiego di Trinitapoli, una delle azioni del Servizio di Consulenza Psicologica è stata mirata al contrasto del fenomeno dell'abbandono scolastico, un fenomeno allarmante per dimensioni e conseguenze, laddove a una scarsa motivazione del ragazzo, a un contesto sociale ed economico sfavorevole, a un contesto scolastico non rispondente alle aspettative, a degli scacchi scolastici precedenti o bocciature ed a fronte di problematiche familiari, possono esserci conseguenze devastanti legate alla precarietà e alla esclusione sociale.

Il Servizio di Consulenza Psicologica, unitamente al Policentro di Trinitapoli, ha quindi promosso un lavoro di rete tra Scuola, Sportello per l'Impiego e Servizi Sociali del Territorio. Nello specifico sono stati effettuati dei colloqui focalizzando l'attenzione sull'esplicitazione delle cause che avevano condotto all'abbandono scolastico, sulla valorizzazione del ruolo della famiglia quale

primo contesto sociale fondamentale per l'educazione, la crescita e la maturazione di ciascun individuo, sulla necessità di concludere il circuito di istruzione quale prerogativa necessaria per accedere al Mercato del Lavoro e sulla necessità di sviluppare e coltivare Competenze.

Altra attività svolta presso lo Sportello per l'Impiego di Trinitapoli è stata quella dell'azione di Orientamento in una Scuola Secondaria Superiore di San Ferdinando di Puglia. L'attività seminariale è un tipo di attività che annualmente lo Sportello per l'Impiego di Trinitapoli effettua ponendo l'accento su quelli che sono, dal punto di vista psicologico, gli elementi essenziali in un percorso formativo e lavorativo: autostima, autoefficacia e motivazione, partendo dall' assunto secondo il quale esiste un continuum tra questi tre aspetti. Tre elementi essenziali per compiere una scelta consapevole e responsabile.

Presso il Centro per l'impiego di Canosa di Puglia, invece, parallelamente all'attività di sostegno psicologico, sono stati attivati dei seminari rivolti ai lavoratori in cassa integrazione in deroga e in mobilità in deroga.

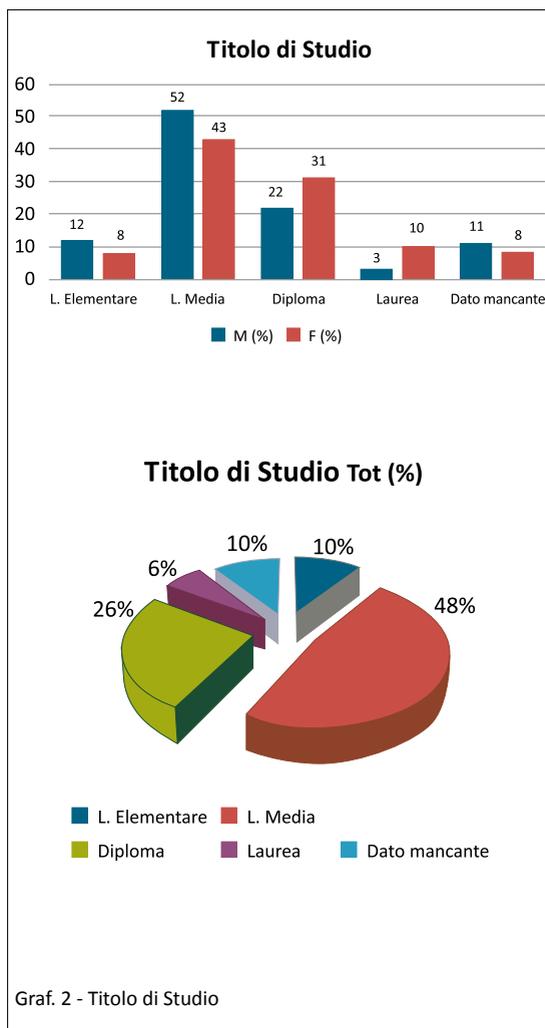
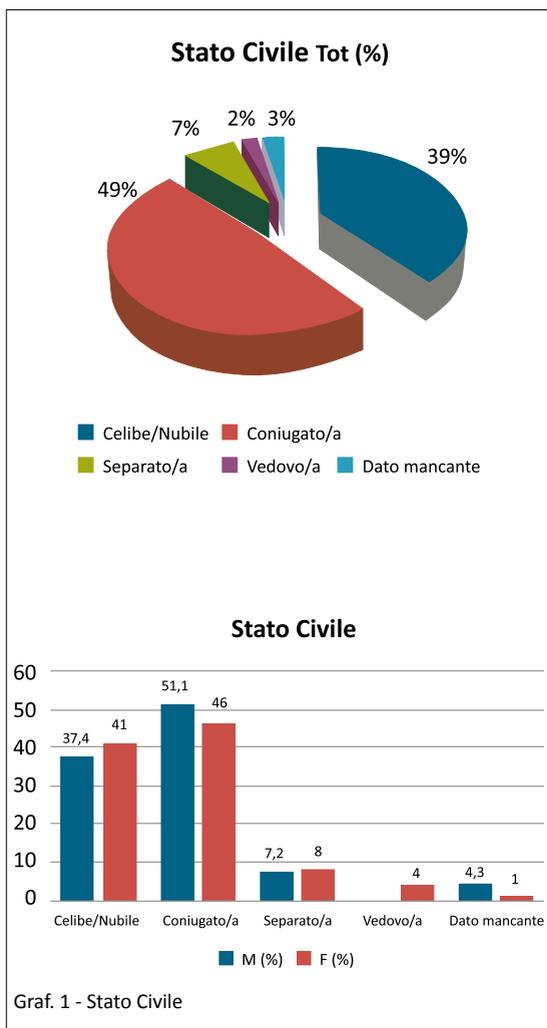
Pertanto, partendo dai bisogni e dalle motivazioni dei singoli utenti rispetto alle situazioni problematiche in ambito lavorativo che andavano ad intaccare la sfera personale, si è cercato di informare i lavoratori circa i possibili percorsi lavorativi e di rispondere ai loro quesiti.

La scelta di creare gruppi accomunati dalla stessa condizione lavorativa, non è stata casuale, ma ha voluto favorire la comunicazione e lo scambio relazionale tra gli utenti. Il gruppo è stato un luogo privilegiato di apprendimento su di sé e sulle relazioni con gli altri, ma anche di rivisitazione della propria esperienza lavorativa, con la possibilità di coniugare il collettivo e l'individuale.

Il gruppo, dunque, è stata occasione per definirsi persona e per aprirsi al confronto, per imparare a confrontarsi con il mondo esterno rendendosi conto che ci sono persone che vivono la stesse problematiche.

### **Analisi dell'utenza che si è rivolta al Servizio**

Nel periodo compreso tra il 15 Maggio e il 15 Dicembre 2012, si sono rivolti al Servizio di Con-



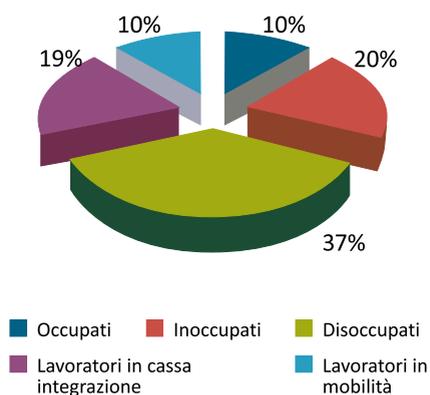
sulenza Psicologica presso i Centri e gli Sportelli per l'Impiego della Provincia Barletta-Andria-Trani n. 254 utenti, di cui 139 uomini e 115 donne, con età media di 38 anni (tali valori risultano bilanciati per sesso).

Dall'analisi dei dati raccolti emerge che l'utenza che ha usufruito del Servizio di Consulenza Psicologica è costituita in prevalenza da uomini/donne, coniugati/e, con un titolo di studio di licenza media e in uno stato di disoccupazione.

Come illustrato nel Grafico 1, rispetto allo stato civile, è stata rilevata una prevalenza di coniugati/e (49%) e celibi/nubili (39%), in percentuali minori separati (7%) e vedove (2%).

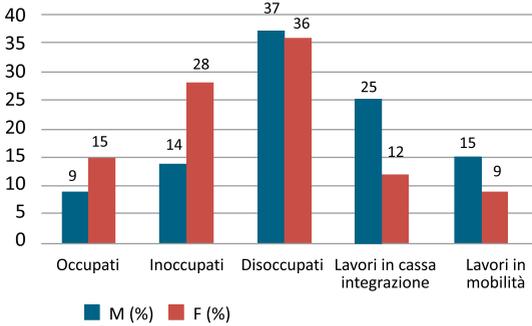
Rispetto al titolo di studio è possibile rilevare

### Situazione Lavorativa Tot (%)



Graf. 3 - Situazione lavorativa

### Situazione Lavorativa



Graf. 3 - Situazione lavorativa

(Grafico 2) che la maggior parte dell'utenza (48%) ha la licenza media inferiore, a seguire un diploma (26%), in percentuali minori licenza elementare e laurea.

Si evidenzia una percentuale superiore di uo-

mini con possesso di licenza media inferiore e di donne con diploma e laurea.

Rispetto alla situazione lavorativa (Grafico 3), la maggior parte degli utenti che si è rivolta al Servizio è costituita da disoccupati (37%), a seguire da inoccupati, lavoratori in cassa integrazione, lavoratori in mobilità ed occupati; suddividendoli per sesso rileviamo valori percentuali bilanciati tra i due sessi rispetto alla disoccupazione, una prevalenza di inoccupate ed occupate e di lavoratori in cassa integrazione e in mobilità.

### Analisi del Bisogno dell'utenza

Il Colloquio di sostegno psicologico e il colloquio di accompagnamento allo studio e/o al lavoro sono stati gli strumenti conoscitivi e di intervento utilizzati per la prevenzione, le attività di consulenza e di sostegno in ambito psicologico.

I diversi bisogni espressi dall'utenza che si è

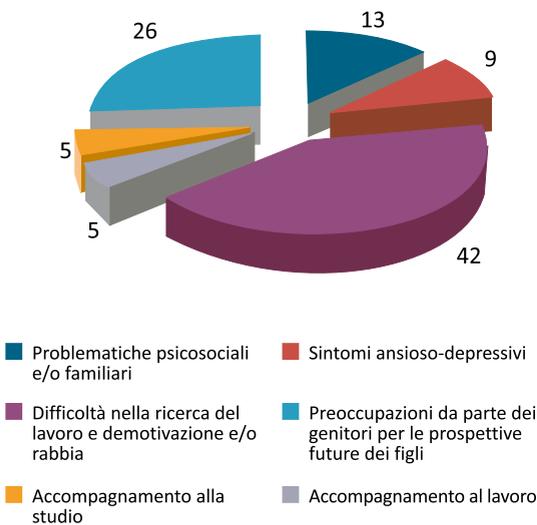
Tab 1 - Bisogni espressi dall'utenza che si è rivolta al Servizio Psicologico

| Analisi del bisogno   |  |
|---|--|
| 1. Problematiche psicosociali e/o familiari                                 | a) situazioni di precarietà lavorativa e ripercussioni sulle relazioni di coppia, familiari e/o sociali (es. conflittualità di coppia conseguente alla mancanza/perdita del lavoro)<br>b) concomitanza di eventi stressanti (es. perdita del lavoro e lutto familiare) |
| 2. Sintomi ansioso-depressivi   | a) la precarietà lavorativa ha slatentizzato il disagio psichico<br>b) il disagio era preesistente ed è stato aggravato dalla precarietà lavorativa  |
| 3. Difficoltà nella ricerca del lavoro e demotivazione e/o rabbia           | La mancanza/ perdita del lavoro e la difficoltà nella ricerca di una collocazione lavorativa si associano vissuti di inadeguatezza, demotivazione, rabbia, bassa autostima   |
| 4. Preoccupazioni da parte dei genitori per le prospettive future dei figli | Genitori preoccupati per il benessere psicologico e le prospettive professionali future dei propri figli in una società sempre più precaria e incerta.   |
| 5. Accompagnamento allo studio  | Difficoltà scolastiche e confusione rispetto alle scelte future  |
| 6. Accompagnamento al lavoro  | Bisogno di riflessione e confronto per:<br>a) individuazione di punti di forza e di debolezza;<br>b) valutazione delle proprie esperienze lavorative svolte e riflessione sulle scelte future;<br>c) simulate di colloqui di lavoro con osservazione comportamentale.  |

rivolta al Servizio si possono sintetizzare nelle seguenti categorie (Grafico 4 e Tabella 1)

1. Problematiche psicosociali e/o familiari
2. Sintomi ansioso-depressivi
3. Difficoltà nella ricerca del lavoro, demotivazione e/o rabbia
4. Preoccupazioni da parte dei genitori per le prospettive future dei figli
5. Accompagnamento allo studio
6. Accompagnamento al lavoro

**Analisi del Bisogno Tot (%)**



Graf. 4 - Bisogni espressi dall'utenza

Dal grafico 4, si rileva che il bisogno prevalente espresso dall'utenza riguarda la difficoltà nella ricerca del lavoro e la presenza di demotivazione, bassa autostima, rabbia con un atteggiamento di sfiducia verso il cambiamento della propria condizione (42%); a seguire chi si è rivolto al Servizio ha richiesto un accompagnamento al lavoro (26%), un supporto per problematiche psicosociali e/o familiari (13%), per sintomi ansioso-depressivi (9%) e in percentuali minori per accompagna-

mento allo studio (5%) e preoccupazioni da parte dei genitori per le prospettive future dei figli (5%).

## Conclusioni

I disoccupati e gli inoccupati possono perdere la capacità di attivare le proprie risorse per uscire dalla crisi. Obiettivo del Servizio Psicologico è stato quindi quello di lavorare sulla consapevolezza e riattivazione delle risorse delle persone in difficoltà per permettergli di fare un passo avanti verso la riappropriazione del proprio progetto di vita.

Considerando l'affluenza crescente dell'utenza al Servizio nel corso dei mesi e il grande bisogno rilevato, il Servizio è stato riattivato anche per il 2013. Sarebbe pertanto auspicabile garantire la continuità del Servizio Psicologico all'interno dei CPI della Provincia Barletta-Andria-Trani e condividere ed estendere l'esperienza svolta anche in altre realtà territoriali.

## Bibliografia

- Blakely T.A., Collings S.C, e Atkinson J., (2003). Unemployment and Suicide. Evidence for a Causal Association? *Journal of Epidemiology & Community Health*.57(8):594-600.
- Hanisch, K. A. (1999). Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: A review of and recommendations for research and intervention. *Journal of Vocational Behavior*; 55, 188-220.
- Howe G. W., Levy M., e Caplan R. D., (2004). Job Loss and Depressive Symptoms in Couples: Common Stressors, Stress Transmission, or Relationship Disruption? *Journal of Family Psychology*. 18(4):639-650.
- Price R. H., Choi J. N., e Vinokur A. D., (2002). Links in the Chain of Adversity Following Job Loss: How Financial Strain and Loss of Personal Control Lead to Depression, Impaired Functioning, and Poor Health, *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(4):302-312.
- Wanberg, C.R., Kammeyer-Mueller, J.D., e Shi, K. (2001). Job loss and the experience of unemployment: International research and perspectives. In Anderson, N., Ones, D. S., Sinangil, H. K. e Viswesvaran, C. (Eds.), *International Handbook of Work and Organizational Psychology* (Vol. 2, pp. 253-269). London, UK: Sage.

www.istat.it

# Diario di bordo - Un'esperienza clinica presso un Centro Diurno (DSM) con pazienti psichiatrici

Giusi D'Apolito

Psicologa-Psicoterapeuta

## Riassunto

L'autore presenta una *nuova* esperienza di tirocinio, come previsto nel corso di studi degli anni di Specializzazione, effettuata presso un Centro Diurno del DSM-RM/D, in cui si svolgono quotidianamente attività psicoterapiche e riabilitative di vario tipo con pazienti psichiatrici. In particolare, l'autore descrive l'osservazione di un gruppo di utenti durante un'attività riabilitativa di un laboratorio di fotografia, che segue due volte a settimana. Si fa particolare riferimento al primo incontro con i partecipanti, segue ad una breve descrizione di alcuni di essi, ponendo in rilievo l'impatto emotivo di tale esperienza e lasciando spazio a tutte le osservazioni e riflessioni che si sviluppano nell'autore in senso intrapsichico.

**Parole Chiave:** *Pazienti Psichiatrici/ Attività riabilitative/ Centro Diurno*

*Diario di bordo* è l'espressione utilizzata per indicare un momento istituzionale di gruppo durante il quale i pazienti afferenti al Servizio, che di seguito presento, si riuniscono in Assemblea, secondo quanto proposto da Fabrizio Napolitani in quanto "soggetti capaci di parola comunicativa, di confronto riflessivo e di partecipazione responsabile all'organizzazione della vita comunitaria".<sup>1</sup> Mi piace inaugurare con questa espressione la prima pagina del quaderno di appunti nel quale annoto una nuova esperienza di tirocinio, come previsto nel corso di studi degli anni di Specializzazione.

*Diario* è correlato all'intimità con cui vivo questa esperienza, con quanto avviene sulla e nella "mia pelle", riprendendo un'espressione tanto cara ad Anzieu. E mi piace il molteplice senso a cui si presta la parola *bordo*: mi piace pensare che quello che mi appresto ad osservare ha una cornice nella quale essere iscritta. Inoltre, penso alla rotta, alla direzione che un'imbarcazione segue;

quindi, ad un quaderno nel quale raccontare gli avvenimenti di un *viaggio*. Mi auguro di trovare uno spazio in cui sperimentarmi e nel quale come direbbe Diego Napolitani "con meraviglia vado scoprendomi".

## Presentazione del servizio e della struttura

Come già accennato, mi appresto a presentare l'esperienza riguardante un anno di tirocinio come previsto dal training formativo per la Scuola di Specializzazione presso un Centro Diurno del DSM-RM/D, in cui si svolgono quotidianamente attività psicoterapiche e riabilitative di vario tipo con pazienti psichiatrici.

In particolare, mi occupo dell'osservazione di un gruppo di utenti durante l'attività di fotografia. Seguo il gruppo una o due volte alla settimana.

## Osservazione nel gruppo di fotografia

Riporterò di seguito l'esperienza di osservazione che effettuo durante il corso di fotografia. In particolare, racconto della prima volta che ho incontrato il gruppo, presento brevemente le prime interazioni con i partecipanti e riporto alcune evoluzioni avvenute nel corso del tempo<sup>2</sup>.

Il corso di fotografia si tiene due volte alla settimana. Vi partecipano circa 11 utenti, un operatore e un'infermiera. Al primo incontro a cui sono stata presente mi introduce il responsabile della struttura il dott. Menichincheri, e mi accoglie Stefano, il curatore del corso di fotografia. Dopo un saluto iniziale da parte dei presenti, che mi guardano con sorpresa poiché il mio arrivo è inaspettato, Daniela inizia subito a farmi delle domande: alla prima rispondo con qualche titubanza, *non mi piaceva essere "interrogata"*, e, come se avessi seguito un'"intuizione clinica", chiarisco che non rispondo

<sup>2</sup> Utilizzo il carattere corsivo per pensieri, riflessioni e considerazioni fatte tra me, in senso intrapsichico.

<sup>1</sup> <http://www.sgai.it/pagina/104/150/profilo-storico>

a domande sulla mia vita privata, non mi piace farlo. Vedo il consenso degli operatori, che avevano assistito a questa scena “giocata” in pochi secondi, i quali mi spiegano che Daniela “fa così” e che ho fatto bene a chiarire la mia posizione. Poco dopo riproverà a chiedermi da dove vengo, l’età, quando sono nata e dove vivo. A posteriori mi chiedo se Daniela, con il suo interrogarmi, svolga una funzione nel gruppo. Sapere più cose possibili su chi viene, entrando improvvisamente nel loro gruppo, tende a ridurre la naturale tensione e l’ansia che genera un estraneo. Forse me lo chiedo perché in fondo anch’io temo il gruppo, *sono tanti tutti insieme*: tanti pazienti psichiatrici.

Anche Antonella ha attirato molto la mia attenzione durante il primo incontro: è molto pensierosa, cupa, con la fronte costantemente corrugata. Dice spesso di non star bene. Penso che con questo atteggiamento attiri molto l’attenzione su di sé. Infatti, Stefano le chiede se ha parlato con la sua psicologa di riferimento e poi la incoraggia a intraprendere l’attività di fotografia. Un’ora dopo, Antonella torna a chiedere chiarimenti sulle affermazioni di Stefano, emerge qualche aspetto paranoico ma anche di narcisismo: vuole sapere se è stata la psicologa a chiedere di andarle a parlare o se qualche altro dottore avesse parlato di lei. Mi rendo conto che Antonella non sa distogliere la *sua* attenzione, come fosse fissata, inchiodata in un circuito che si manifesta con uno stato d’animo di angoscia. Diego Napolitani descrive bene lo stato mentale della psicosi rappresentandolo con la metafora dei buchi neri.

A volte “regna” un’atmosfera plumbea, lentissima: un modo disorganizzato e inconcludente di procedere. Tempi lunghissimi. In tanti sono fermi nei propri posti, aspettano che qualcuno dica come procedere. Si ripetono nelle loro stereotipie. Sebastiano è completamente ricurvo su se stesso, scivola nella sedia, ha difficoltà ad attraversare le porte, si blocca. Alcuni non li sento quasi mai parlare. Mi colpisce l’atteggiamento di Cristina che sbotta alla fine di un incontro dicendo: “Mi sono rotta le palme”. Penso che è molto sano quello che dice. Verbalizza quello che pensavo anch’io. Non tutti sono nella stessa situazione, non tutti hanno le stesse abilità cognitive o gli stati emotivi per far fronte ad un gruppo di lavoro, ma proprio questo tipo di gruppo di lavoro cerca di tener conto di questo aspetto. È necessaria un’enorme pazienza. Antonella vuole

partecipare, fa una domanda poi si distrae, richiede continuamente di rispiegarle cosa si è detto. In questo tipo di attività la mia presenza non può essere solo di osservazione, è necessaria un’interazione che mi ricorda ciò che Bion dice del lavoro con i pazienti psicotici. Con questa tipologia di paziente, è importante creare un buon contenitore delle angosce e dei conflitti. A volte è necessario farsi carico della loro incapacità di pensare, di fare, o di sentire, e in quel momento diventa importante pensare, fare o sentire al posto loro. In questo periodo i partecipanti al corso di fotografia stanno realizzando un cortometraggio che mette a confronto Caravaggio e Pasolini. Alcuni partecipanti del gruppo usano il Pc, lo scanner e programmi sofisticati di fotografia, con grandissima competenza. È molto bello il documentario che stanno realizzando. Sono stupita delle loro abilità. Mi rendo conto di avere un pregiudizio verso di loro; un clichè che tende a farmi escludere le loro abilità. Ma comincio ad avere un vero incontro con queste persone e nel confronto con loro misuro anche i miei limiti.

Trovo fondamentale lo scambio con gli operatori, avere informazioni sulla storia dei pazienti, ma soprattutto sapere che prima e dopo gli incontri col gruppo, posso parlare di quello che è avvenuto con il responsabile e referente del servizio. Questo però non può sempre avvenire poiché l’istituzione ha ritmi ed impegni incalzanti. Mi sembra di poter fare esperienza in prima linea, di avere uno spazio di autonomia ma anche dei riferimenti per nuovi possibili piani di lettura. E sento questo importante per la mia formazione e per me come persona.

### Bibliografia

- Anzieu, D. (1996). “L’Io-pelle familiare gruppale”, Rivista Interazioni. Milano: Franco Angeli, n. 1/96.
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall’esperienza*. Trad. it. Armando, Roma 1998.
- Eiguer, A. (1997). *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*. Paris: Dunon.
- Kaës, R. (1991). *L’istituzione e le istituzioni*, Roma: ed. Borla.
- Napolitani, D. (2007). *La conoscenza tra scienza e coscienza. Apprendimenti e comprensione nell’incontro con l’Altro*. Rivista Italiana di Gruppoanalisi, (Vol. XXI - n.3).
- Napolitani D. (2008). *La mente relazionale: reti inter- e intra-personale*, Presentato al Seminario SGAI.
- Pines M. (1988). *Bion e la psicoterapia di gruppo*, Milano: Cortina.

# *Il Servizio di Sostegno Psicologico nell'U.O. di Ematologia dell'Ospedale V. Fazzi di Lecce*

Tania De Iaco\*, Riccardo Pagliara\*\*, Nicola Di Renzo\*\*\*, Raffaele Maniglia\*\*\*\*

\*Psicologa presso R.O.Sa.

\*\*Associazione Salentina Angela Serra Dott. Psicologo Clinico

\*\*\*Direttore U.O. Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali Presidio Ospedaliero "Vito Fazzi" - Lecce

\*\*\*\*Responsabile U.O. Psicologia Ospedaliera Presidio Ospedaliero "Vito Fazzi" - Lecce

*"A volte Dott.ssa mi sento come un cane alla catena. Le mie ore libere durante la giornata sono quelle mattutine, dal risveglio fino a quando non inizio le terapie. Per il resto della giornata, mi sembra di avere solo un raggio di movimento di un metro. Ecco, è proprio così che mi sento: incatenata."*  
(D.G.)

*Dottore: "Oggi è proprio una brutta giornata, questa pioggia crea molti disagi!"*

*Paziente: "In realtà, Dottore, da quando ho questa malattia non vedo più giorni brutti, tutti i giorni per me adesso hanno l'incanto di essere speciali, per il semplice fatto di potere essere vissuti."*  
(A.L.)

Sono le parole di due pazienti del reparto: la malattia è la stessa, la condizione psicologica è differente.

D.G. ed A.L. hanno lo stesso problema medico, ma il loro modo di vedere la vita si distingue considerevolmente: il primo centra la sua attenzione in tutto quello che ha perduto, il secondo si focalizza su tutto ciò che ha.

Il modo di pensare e provare emozioni si diversifica tra i pa-

zienti: tutto questo è campo psicologico. Spesso la psicologia influisce in modo tale che il proprio atteggiamento nei confronti della situazione diventi uno strumento che può essere utilizzato per ottimizzare i risultati. A volte invece l'atteggiamento psicologico non ha nessun impatto sulla condizione medica (Coyne et al., 2007).

A parte i dati, non bisogna commettere l'errore di considerare la psicologia applicata in ambito ematologico in funzione dei propri effetti sulla sopravvivenza; l'intervento psicologico va inteso come un'integrazione all'assistenza medica: la condizione psicologica non passa in secondo piano, ma viene trattata con la giusta competenza.

La presenza di un servizio psicologico all'interno di un reparto di Ematologia permette che le necessità del paziente siano prese in carico in modo globale: il termine "paziente" non equivale né si esaurisce nel significato del termine "malattia".

Il paziente non è la sua malattia, non è una serie di sintomi fisici, una diagnosi e una prognosi. Almeno, non è solo questo. È un universo di significati, che a partire da una determinata sintomatologia attraversa un'infinità di risvolti personali di tipo

emotivo, cognitivo, relazionale, comportamentale fino a giungere alla messa in discussione e ridefinizione del significato della propria vita alla luce di ciò che la malattia porta con sé.

Il paziente va inteso nella sua totalità: nella relazione che ha con i suoi familiari, nella relazione con gli operatori, nella relazione che questi ultimi hanno con il paziente e gli effetti sugli uni e sugli altri della malattia. L'importanza data al benessere psicologico, alla dignità soggettiva del paziente e di tutto il sistema coinvolto sono proprie di una prospettiva culturale in cui l'essere umano è al centro delle cure.

*Il Servizio di Sostegno Psicologico nell'U.O. di Ematologia dell'Ospedale V. Fazzi di Lecce offerto da R.O.Sa. (Rete Oncologica Salentina), Associazione Salentina Angela Serra si pone come interfaccia tra la disciplina ematologica e quella psicologica attraverso un servizio rivolto ai pazienti, ai familiari e agli operatori del reparto.*

Il paziente è supportato nell'espressione e nell'elaborazione delle emozioni esperite nei confronti della malattia e/o del trattamento attraverso colloqui psicologici; è monitorata la sua risposta alla situazione attraverso

so lo screening del distress; nei casi in cui è richiesto, è aiutato, attraverso un protocollo di psicoeducazione, nell'acquisizione di un atteggiamento funzionale al fine di affrontare efficacemente la malattia e il percorso terapeutico, migliorare l'aderenza ai trattamenti, assumere un atteggiamento distaccato e consapevole riguardo gli effetti disfunzionali di alcuni contenuti e processi cognitivi con lo scopo ultimo di apprendere strategie funzionali al proprio benessere psicologico. Il servizio è a disposizione del paziente anche dopo la degenza in reparto, tramite consulenze e/o eventuali percorsi di sostegno psicologico all'interno dell'ambulatorio di psicologia.

Il servizio, inoltre, offre consulenza psicologica ai familiari, i quali sono spesso sovraccaricati dalla situazione, poiché si devono confrontare ogni giorno con la sofferenza del proprio caro. I familiari rispondono ai bisogni del paziente a diversi livelli, da quello pratico, a quello sanitario fino a quello emotivo e spirituale. Il servizio offre loro la possibilità di poter esprimere le proprie emozioni, piacevoli o spiacevoli che siano, e di poter trovare insieme le strategie più funzionali per affrontare la malattia del proprio caro, riconoscendo loro il diritto di chiedere e ricevere aiuto.

Infine, viene prestata attenzione alle necessità del personale impiegato nel reparto: la relazione operatore-paziente necessita di elevate competenze,

sia tecniche che relazionali da parte dell'operatore. Al fine di migliorare la qualità dell'offerta sanitaria e il benessere psicofisico degli operatori, sono in cantiere la realizzazione di un corso di formazione sulla relazione operatore-paziente e la formazione di gruppi di condivisione per operatori.



## La Psicologia in Reparto: Per Chi?

### *Il paziente e i suoi diritti*

Nonostante l'assistenza sanitaria in Europa sia tra le prime al mondo, dobbiamo attraversare l'oceano ed arrivare negli U.S.A. prima che si parli di diritto del paziente ematologico ad essere assistito anche da un punto di vista psicologico.

Nel 2007 l'IOM (*Institute of Medicine*) su richiesta del NIH

(*National Institute of Health*) nel report "Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs" stabilisce che **le cure nel dominio sociale e psicologico debbano rientrare negli standard nazionali di cure.**

In agosto 2012 la *Commission of Cancer (CoC)* dell'*American College of Surgeon (ACS)* rea-

lizza i nuovi standard per l'accreditamento degli ospedali oncologici: la loro prospettiva di cure centrate sulla persona prevede **l'inclusione del Distress Management di tutti i pazienti onco-ematologici.**

Il Distress psicologico è comune tra le persone affette da una malattia e consiste in una normale e comprensibile risposta ad una situazione traumatica e di minaccia (Moorey, 2013). I pazienti, ad ogni stadio di cura,

si possono trovare a dover affrontare situazioni attivanti un certo livello di distress (Grassi et al., 2011). Essi possono sviluppare problemi che vanno dai normali sentimenti di preoccupazione e tristezza, a sintomi di interesse clinico/psicologico che possono interferire con le capacità abituali di coping (Mitchell et al., 2011).

Pertanto, nell'attesa che il diritto di accedere all'assistenza psicologica per tutti i pazienti ematologici si formalizzi anche nel nostro continente e nel nostro Paese, ne prendiamo esempio e ci impegniamo affinché questo diritto venga garantito.

### *La famiglia e il caregiver*

La malattia non viene e interviene solo nella vita del paziente, ma entra a far parte e chiama in causa l'intera famiglia. Si configura come un evento familiare stressante, sia dal punto di vista emotivo, in quanto evoca sentimenti di paura, disperazione, senso di minaccia e disgregazione, sia dal punto di vista pratico, in quanto comporta esigenze nuove e impone modifiche nello stile di vita.

Naturalmente, la reazione dell'intero nucleo familiare varierà in base ad alcuni fattori contestuali, quali ad esempio l'identità e il ruolo del familiare che si ammala, il momento in cui compare la malattia, il tipo e lo stadio di malattia; sono da considerarsi anche i dati socio-anagrafici di ciascun membro (sesso, età, scolarizzazione, status socio-economico), la struttura del nucleo familiare (famiglia estesa, famiglia ristretta, coppia

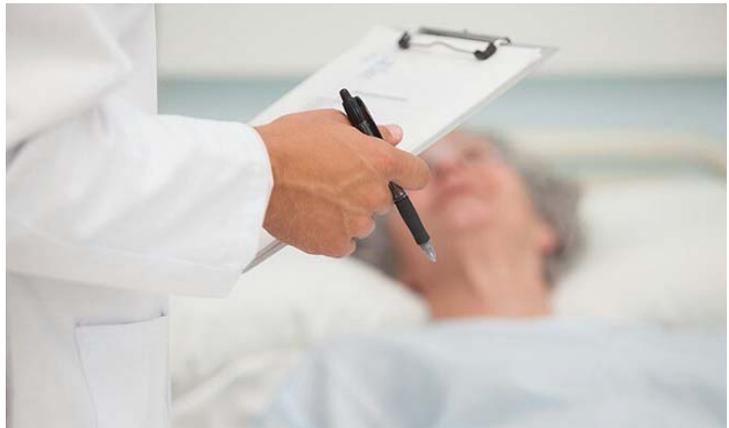
di fatto, famiglia mono-parentale, famiglia ricomposta), le variabili culturali, il sostegno sociale reale e percepito dalla famiglia e, infine, le dinamiche relazionali e comunicative tipiche della famiglia.

Il *caregiver*, in particolare, è colui, familiare e non, che si prende cura del paziente per tutta la durata della malattia. Assolve compiti diversi a seconda della fase di malattia: accompagna il paziente alle visite, parla con i medici, sbriga questioni burocratiche, si occupa delle terapie, sostiene il paziente nei momenti di paura o scoraggiamento. In alcuni momenti, l'espletamento di queste funzioni può occupare

Jasma et al. (2005), i caregiver esprimono come prioritari il bisogno di essere ascoltati, di discutere di questioni delicate e di parlare liberamente della malattia. Anche un'indagine condotta nel nostro Paese (Censis, 2007) conferma l'esigenza da parte dei familiari di una maggiore quantità di informazioni.

### *L'operatore*

L'operatore vede quotidianamente l'ammalato ed entra in relazione con lui cercando di rispondere a tutti i suoi bisogni, cogliendo tutte le eventuali modificazioni, attraverso l'osservazione e l'ascolto; egli sta a contatto con il paziente per lun-



l'intera giornata, con un notevole dispendio di energie, sia fisiche che mentali e un profondo cambiamento di altre aree di vita (familiare, sociale, lavorativa). Dunque, l'impatto dell'esperienza di *caregiving* nella vita del *caregiver* è molto rilevante. Tra i bisogni riscontrati nei caregivers, in primis, compare quello di una comunicazione chiara e corretta tra curanti, paziente e caregiver. In una ricerca di

go tempo e in via diretta. Perciò, rappresenta per il paziente un importante punto di riferimento. La relazione operatore-paziente è evidentemente una relazione d'aiuto, in quanto si realizza in un contatto tra due persone (relazione) di cui una, l'operatore, ha una funzione di sostegno e facilitazione (aiuto) rispetto all'altra (paziente).

Il confronto con il tema della malattia e della morte è un'e-

sperienza centrale per chi lavora in un reparto di ematologia. Gli operatori in quest'area della salute sono considerati soggetti ad alto rischio di sviluppare una particolare forma di stress lavorativo tipica delle professioni d'aiuto, definita *burnout* (letteralmente "sentirsi bruciati"). I fattori aspecifici di stress lavorativo riguardano le aspettative nei confronti del lavoro, il tipo di personalità, i fattori culturali, la gravità della patologia, la mancata percezione della propria competenza ed efficacia lavorativa, gli aspetti relativi all'organizzazione del lavoro. Tra i fattori specifici (Lederberg, 1998) troviamo, invece, il costo dell'adattamento al lavoro, le caratteristiche della malattia e dei trattamenti, la rievocazione di esperienze personali, i sentimenti di rabbia e colpa, la "difesa" psicologica nei confronti del paziente.

Oggi è ampiamente riconosciuto il bisogno di formazione specifica e di conoscenze psicologiche di base per chi lavora con questa tipologia di pazienti e vari autori (Alacacioglu et al., 2009; Caruso et al., 2005; Demirci et al., 2010; Trufelli et al. 2008) hanno sottolineato come la mancanza di una formazione psicologica adeguata possa indurre a reazioni disfunzionali nell'impatto con il paziente.

## La Psicologia in Reparto: Come?

### *Il colloquio psicologico*

È lo strumento fondamentale nel rapporto con il paziente. Tramite il colloquio, si stabilisce una relazione confidenziale

e conoscitiva.

Richiede *capacità di ascolto*, nella sua accezione di "ascolto attivo": chi ascolta attivamente esprime l'accettazione dell'altro, ascolta "cosa" viene detto, ma anche "come" viene comunicato, è attento alla propria comunicazione non verbale, esprime con parole proprie ciò che ha compreso del messaggio, senza aggiungere né togliere nulla.

Richiede *empatia* e quindi la capacità di immedesimarsi nell'altro per comprendere il suo punto di vista, senza però assumerlo come proprio. Essere empatici significa leggere fra le righe, comprendere le espressioni emotive, cogliere i segnali non verbali e intuire quale valore riveste un evento per l'altra persona. Richiede *autenticità*: chi parla percepisce che chi ascolta è estremamente presente e vero. È la capacità di essere genuini, sempre in contatto con i propri sentimenti creando un clima di fiducia che permetta l'apertura del paziente. Parte del colloquio è dedicata ad esplorare il vissuto e la consapevolezza della malattia, la presenza di psicopatologia pregressa o attuale con la relativa terapia psicofarmacologica, le relazioni e il sostegno sociale e familiare, le risorse personali e ambientali a disposizione del paziente.

### *Distress management*

Come detto sopra, il Distress è un'esperienza di attivazione emotiva di connotazione negativa con cause multifattoriali di natura psicologica (cognitiva, comportamentale, emotivo/so-

matica), sociale ed/o spirituale, che potrebbe interferire significativamente con le abilità di coping verso il problema ematologico, i suoi sintomi fisici ed il suo trattamento. Il Distress si estende lungo un continuum che va dai più comuni sintomi di vulnerabilità, tristezza e paura, fino a problemi che potrebbero diventare disabilitanti, come ad esempio depressione, ansia, panico, isolamento sociale e crisi esistenziali e sociali (Holland et al., 2007). Il Distress dovrebbe essere riconosciuto, monitorato, documentato e trattato adeguatamente a tutti gli stadi della malattia ed in ogni setting (Holland, 2002, 2003).

Il management del Distress si suddivide in due fasi principali: lo screening e l'intervento. Lo screening del distress ha l'obiettivo di stabilire il livello e la natura del distress (Fulcher et al., 2007): tutti i pazienti vengono screenati nella prima visita/ricovero e, successivamente, ad intervalli appropriati, specialmente nei cambiamenti dello stato della malattia (remissione, ricaduta, o evoluzione).

Quando il paziente ha un livello di Distress non significativo non si hanno gli estremi per un intervento; quando il livello di Distress è significativo viene effettuato un intervento psicoeducazionale (vedi sotto), eccetto i casi in cui sia necessario inviare il paziente ad una consulenza specialistica.

### *L'intervento psicoeducazionale*

Il principale obiettivo di questo intervento è quello di fa-

vorire nel paziente un migliore adattamento alla malattia attraverso la comprensione di essa, promuovendo un atteggiamento positivo, con l'intento di renderlo cosciente e di aiutarlo a far fronte, in modo attivo e responsabile, alla propria salute e al programma di cura. Si tratta dunque di sostenere, informare ed educare il paziente alla malattia e all'effetto di questa sulla psiche.

Il protocollo di intervento psicoeducazionale è composto da quattro moduli fondamentali (Fawzy et al., 1994), con le se-

stress identificando le fonti e le reazioni personali ad esso (modello della mente, ABC, pensieri automatici, distorsioni cognitive) (Beck, A.T., 1976) e a gestire lo stress basandosi sulla consapevolezza dei propri stati attraverso i processi attentivi (Wells A., 2009);

- *Capacità di adattamento*: far accrescere la conoscenza da parte del paziente delle caratteristiche che determinano un buon adattamento alla

Sono previsti degli incontri di consulenza e di sostegno psicologico rivolti ai familiari dei pazienti. In base alla valutazione psicodiagnostica e all'analisi della domanda, si possono concordare e strutturare dei percorsi di supporto, allo scopo di trovare uno spazio in cui poter esprimere emozioni che altrimenti rimarrebbero inespresse e non elaborate, di promuovere la capacità di adattamento, riorganizzazione e ritrovamento di un nuovo equilibrio.



guenti componenti:

- *Educazione alla salute*: dare informazioni sul mantenimento e la promozione della salute facilmente comprensibili e specifiche per la diagnosi ematologica, con particolare riferimento all'importanza del fattore psichico;
- *Gestione dello stress*: insegnare a prendere consapevolezza del proprio

malattia (metodo attivo-comportamentale, metodo attivo-cognitivo, metodo di evitamento) (Folkman e Lazarus, 1984; Weisman, 1979);

- *Sostegno psicologico*: generazione di speranza e individuazione e mobilitazione delle risorse di adattamento (Seligman, 2005).

### *Intervento sui familiari*

### *Intervento sugli operatori*

La formazione psicologica degli operatori è tesa essenzialmente all'acquisizione di competenze relazionali e comunicative e all'elaborazione dei vissuti emotivi legati all'attività professionale. Nella formazione alla relazione l'operatore è chiamato a rinunciare all'idea di apprendere tecniche e regole certe: in questa tipologia di professione, non ci sono risposte giuste e

modalità standardizzate per stabilire una relazione. Sono necessarie, invece, flessibilità, consapevolezza, empatia e capacità di adeguare le proprie competenze ai bisogni del paziente.

Per la formazione alle competenze relazionali e comunicative, si organizzerà un Corso di Formazione su “La relazione operatore-paziente” con lo scopo di migliorare la qualità dell’assistenza offerta ai pazienti e, allo stesso tempo, migliorare la qualità di vita e il benessere professionale degli operatori. Le principali tematiche che saranno approfondite sono le seguenti: la reazione del paziente alla malattia; l’elaborazione e la consapevolezza della malattia; le strategie di fronteggiamento del paziente; la relazione d’aiuto e le abilità necessarie; lo stress lavorativo e il rischio di burnout; gli atteggiamenti in azione dell’operatore nei confronti del paziente; la teoria della comunicazione; la comunicazione verbale e non verbale; la comunicazione di cattive notizie, le emozioni. Per quanto riguarda l’elaborazione dei vissuti emotivi degli operatori, si realizzano dei gruppi di condivisione, in cui gli operatori hanno la possibilità di condividere le proprie emozioni e le proprie esperienze professionali, allo scopo di migliorare la consapevolezza di se stessi e incrementare la capacità di essere empatici.

## Conclusioni

Negli ultimi 40 anni la psicologia applicata all’ambito onco-ematologico ha seguito un

percorso di continua evoluzione e miglioramento. Il lavoro che svolge il Servizio di Psicologia segue questi sviluppi al fine di garantire agli utenti il meglio di quello che la nostra professione possa offrire in questo ambito.

La presa in carico globale del paziente, della famiglia e dell’operatore dovrebbe considerarsi come una componente essenziale nella cura della malattia, un passo in avanti nel campo dei diritti civili ed umani del paziente, un obbligo da parte delle autorità competenti.

Nel 2014 questo diritto è garantito grazie alla presenza imprescindibile di associazioni di volontariato come la Ass. Ro.S.A., che offre ai pazienti e ai loro familiari una serie di servizi, tra i quali rientra il sostegno psicologico.

Il Servizio ad oggi cerca di mettere in pratica ciò che le linee guida internazionali in ambito onco-ematologico suggeriscono, ponendo molta attenzione e all’aspetto scientifico e all’aspetto umano di una presa in carico globale del paziente e della sua malattia.

## Bibliografia utilizzata

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18, 543-8.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Caruso, A., & Bongiorno, L. (2005) La formazione alla relazione in ambito oncologico. In: Morrasso G., Tonamichel M. (eds). *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di interven-*

*to*. Roma: Carocci Editore.

Censis (2007). *Guarire è possibile. La rappresentazione sociale delle patologie tumorali e i problemi dei malati*. Roma.

Coyne, J.C., Stefanek, M., & Palmer, S.C. (2007). Psychotherapy and Survival in Cancer: The Conflict Between Hope and Evidence. *Psychological Bulletin*, 133 (3), 367-394.

Demirci S., Yildirim Y.K., Ozsaran Z., Uslu R., Yalman D., & Aras A.B. (2010). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27, 968-74.

Fawzy I.F., & Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.

Folkman, S., & Lazarus R.S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Fulcher, C.D., & Gosselin-Acomb, T.K. (2007). Distress Assessment. Practice Change Through Guideline Implementation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11 (6), 817-821.

Grassi, L., Rossi, E., Caruso R., Nanni, M.G., Pedrazzi, S., Soffritti, S., & Sabato, S. (2011). Educational intervention in cancer outpatient clinics on routine screening for emotional distress: an observational study. *Psycho-Oncology*, 20, 669-674.

Holland, J.C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.

Holland, J.C. (2003). Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology’s Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 253-265.

Holland, J.C., & Butts, B.D. (2007). The NCCN guideline for distress management: A case for making distress the sixth vital

- sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5, 3-7.
- Jasma, F.F., Schure, L.M., & de Jong, B.M. (2005). Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. *Patient Education and Counseling*, 58 (2), 182-186.
- Lederberg, M.S. (1998). Oncology staff stress and related interventions. In: Holland JC (ed). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Mitchell, A.J., Vahabsaden, A., & Magruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psycho-Oncology*, 20, 572-584.
- Moorey, S. (2013). I know they are distressed. What do I do now? *Psycho-Oncology*, 22, 1946-1952.
- Seligman, M. (2005). *Imparare l'ottimismo*. Milano: Giunti Edizioni.
- Trufelli, D.C., Bensi, C.G., & Garcia, J.B. (2008). Burnout in cancer professional: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17, 524-31.
- Weisman, A.D. (1979). Coping with cancer. New York: McGraw-Hill.
- Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for Anxiety and Depression. London, UK: Guilford Press.
- International Best Practice Guidelines**
- Canadian Association of Psychosocial Oncology - **CAPO** (2010). *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families*.
- National Breast Cancer Centre, National Cancer Control Initiative & National Health Medical Research Council (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*.
- National Comprehensive Cancer Network - **NCCN**, Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Distress Management*, Version 3.2012.
- National Institute for Clinical Excellence - **NICE**, Guidance on Cancer Services (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer; The Manual*.
- Three Counties Cancer Network, Gloucestershire, Herefordshire & South Worcestershire. *Distress Thermometer Pilot Study*.
- WA Cancer & Palliative Care Network (2008). *Psycho-Oncology Model of Care*.
- Institute of Medicine (2007). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*.
- Bibliografia consultata**
- Atef-vahid, M.K., Esfeedvajani, M.S., & Shoajaei, M.R. (2011). Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (7), 928-937.
- Bultz, B.D., & Johanse, C. (2011). Screening for Distress, the 6<sup>th</sup> Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20, 569-571.
- Coleman, N., Hession, N., & Connolly, A. (2011). Psycho-oncology best practice guidelines and a service perspective: conceptualising the fit and towards bridging the gap. *The Irish Journal of Psychology*, 32 (1.2), 72-89.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., & Carmicke, C.L.M. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*, 249, 751-757.
- Deshields, T., Zebrack, B., & Kennedy, V. (2013). The state of psychosocial services in cancer care in the United States. *Psycho-Oncology*, 22, 699-703.
- Grassi, L., & Watson, M. (2012). Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psycho-Oncology*, 21, 1027-1033.
- Kendall, J., Glaze, K., Oakland, S., Hansen, J., & Parry, C. (2011). What do 1281 distress screeners tell us about cancer patients in a community cancer center? *Psycho-Oncology*, 20, 594-600.
- Morgan, S., & Yoder L.H. (2012). A concept analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30 (1), 6-15.
- Ochoa, C., Sumalla, E.C., Maté, J., Castejon, V., Rodriguez, A., Blanco, I., & Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. In *Psicooncología*, 7 (1), 7-34.
- Redd, W., & Jacobsen P.B. (1988). Emotions and Cancer, New Perspectives on an Old Question. *Cancer*, 62, 1871-1879.
- Roland, K.B., Rodriguez, J.L., Paterson, J.R., & Trivers, K.F. (2013). A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 2408-2418.
- Van Dam, F. (1989). Does Happiness Heal? The case of fighting cancer with hope. In *How harmful is happiness? Consequences of enjoying life or not*, 90.
- Watson, M., & Kissane, D.W. (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. John Wiley & Sons, Ltd.

# Lutto, Depressione e... Tratti Narcisistici, Ma Di Chi?

Maria Grazia Carone \*, Sara Ingrosso\*\*, Stefania Goffredo\*\*\*

\*Psicologa Psicoterapeuta Relazionale Relazionale Responsabile della Terapia Relazionale per i casi con problematiche di conflitto sociale- U.O.C. Psichiatria Univ.- Az. Osp. Policlinico Consor.- Bari

\*\*Psicologa Psicoterapeuta Relazionale

\*\*\*Psicologa

## Riassunto

La letteratura psicodinamica evidenzia la presenza di tratti narcisistici nella persona depressa. Rado descrive la depressione come “distacco narcisistico dalla realtà ... tentativo di risolvere i propri conflitti su un piano puramente intrapsichico”. Ponendosi in un’ottica relazionale, con la presentazione di un caso clinico, si vuole dimostrare come si possibile riscontrare a volte tratti narcisistici nel partner della persona depressa.

Nel caso proposto la mancata elaborazione del lutto per la morte di un figlio si traduce in una depressione: la perdita di un oggetto eccessivamente investito ferisce la persona profondamente.

Si rileva che i tratti narcisistici di un partner troppo ripiegato sui propri interessi (affermazione di sé, lavoro, crescita personale) abbiano spinto la donna in questione verso un attaccamento eccessivo nei confronti del figlio deceduto (vissuto come sostituto di un partner assente). Il lavoro terapeutico è stato dunque svolto con la coppia, affinché l’uno potesse diventare valido sostegno per l’altro e il secondo figlio potesse svincolarsi.

**Parole chiave:** lutto, depressione, narcisismo

Molti autori a indirizzo psicodinamico evidenziano la presenza di tratti narcisistici nella persona depressa. Già Freud, in *Lutto e melanconia* (1915), differenziò il dolore legato a un lutto da una depressione malinconica. Nel primo caso evidenziò come l’evento precipitante fosse la perdita reale di una figura significativa. Nella melanconia, al contrario, l’oggetto perduto sarebbe emozionale piuttosto che reale:

«La melanconia è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scoramento, da un venir meno dell’interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall’inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilitamento del sentimento di sé che si esprime

me in auto rimproveri e auto ingiurie e culmina nell’attesa delirante di una punizione.» (trad. it. p.103).

Freud spiegò la marcata svalutazione di sé tipica dei pazienti depressi come il risultato di una rabbia intensa che viene rivolta all’interno perché il sé del paziente si sarebbe identificato con l’ “oggetto” perduto. In seguito (1922), Freud notò come tale introiezione potesse essere per l’Io l’unico modo per rinunciare all’ “oggetto”. I pazienti depressi possiederebbero anche un Super-Io severo che determinerebbe senso di colpa per l’aggressività mostrata verso le persone amate. Caratteristiche specifiche della depressione assenti nel normale processo di lutto sarebbero dunque:

- Diminuzione dell’autostima
- Regressione narcisistica (l’oggetto perduto verrebbe interiorizzato dalla persona, che lo vivrebbe come se fosse lui stesso)
- Ambivalenza (l’ “oggetto” perduto sarebbe destinatario di amore e odio allo stesso tempo).

Nel 1923 Freud collocò la melanconia tra le nevrosi narcisistiche, caratterizzate da un conflitto tra Io e Super-Io.

Abraham (1924), a sua volta, spiegò il processo dell’identificazione con l’oggetto perduto come un vero e proprio “divorare” lo stesso, sostenendo quindi la predominanza di tratti orali di personalità nell’instaurarsi di una depressione. Rado, pochi anni dopo (1927), descrisse la depressione nevrotica come «un distacco narcisistico dalla realtà (...), un tentativo di risolvere i propri conflitti su un piano puramente intrapsichico attraverso una tecnica orale attivata per effetto di una regressione».

Egli sottolineò come essenziale il fattore della perdita d'amore e descrisse il quadro depressivo come una "disperata richiesta d'amore": la depressione sarebbe dunque un tentativo di riguadagnare l'amore perduto. Tale perdita determinerebbe una conseguente diminuzione del rispetto dell'Io verso se stesso: i tentativi operanti per ovviarvi sarebbero quindi accompagnati da forme conflittuali di autopunizione, espiatione per colpe auto imputate, uniti a tentativi collerici di estorcere amore dall'altro.

Anche successivamente le numerose teorizzazioni hanno posto l'attenzione sulla stretta connessione esistente tra le intime relazioni interpersonali di un individuo e il mantenimento dell'autostima (Strupp et al., 1982). Nei termini

introiettiva (caratterizzata da sentimenti di inutilità, fallimento, inferiorità e colpa).

Nel primo caso prevarrebbe l'intenso desiderio di essere accuditi, protetti ed amati (vulnerabilità nelle relazioni interpersonali), nel secondo individui perfezionisti e autocritici soffrirebbero per una paura cronica della critica e della disapprovazione da parte degli altri (vulnerabilità al venir meno di un senso di sé positivo ed efficiente).

Adottando l'ottica psicodinamica diventa dunque importante evidenziare la presenza di tratti narcisistici nella depressione.

La prima versione completa del mito di Narciso è contenuta nelle *Metamorfosi* di Ovidio (Libro III, vv.339 - 510): Narciso era un gio-



*Eco e Narciso*, John William Waterhouse, 1903

della Psicologia del Sé, la depressione può essere vista come la disperazione conseguente al fallimento da parte degli oggetti-Sé nel gratificare i bisogni del Sé di rispecchiamento, gemellarità o idealizzazione. Blatt (1998) ha riunito le varie prospettive psicanalitiche giungendo ad individuare due tipologie di depressione: analitica (caratterizzata da sentimenti di impotenza, solitudine, fragilità e paura di abbandono) e

vinetto di una eccezionale bellezza, figlio del dio fluviale Cefiso e della Ninfa Liriopie, che era stata sedotta dal fiume venendo avvolta dalle sue acque. La ninfa aveva chiesto all'indovino Tiresia come sarebbe stata la vita del suo bambino, le era stato risposto che il fanciullo sarebbe vissuto a lungo e bene a patto che "non avesse conosciuto mai se stesso". Circondato dall'amore e dall'ammirazione di quanto lo in-

contravano, Narciso era rimasto indifferente ad ogni attenzione e profferta amorosa, preferendo dedicarsi alla caccia. Nel mito veniva descritto già a sedici anni come ostinatamente superbo: fuggiva, non si concedeva, si mostrava sempre uguale nei comportamenti, intoccabile (forse per orgoglio e per paura di avere bisogno degli altri, come suggerisce Umberta Telfener).

Dello splendido giovanotto si innamorò perduto anche la Ninfa Eco: lo desiderava, lo inseguiva, ma, a causa della punizione che le era stata inflitta dalla dea Giunone, Eco non poteva parlare, potendo solo ripetere le ultime parole pronunciate da qualcun altro. Da lontano vedeva Narciso impegnato nella caccia e si rammaricava di non potergli rivolgere la parola.

Il fanciullo, cercando i compagni di battuta, gridava: «C'è qualcuno qui?», «Qui!» ripeteva Eco, ma Narciso non vedeva nessuno. «Vieni!» «Vieni» (ripeteva Eco), «Perché mi sfuggi?» «Perché mi sfuggi?» «Raggiungimi qua!» «Qua!» ripeteva. Ma una volta, balzando fuori dal suo nascondiglio, Eco cercò di abbracciarlo. Narciso fuggì da lei e la scacciò, la Ninfa si nascose nel bosco e si consumò di dolore e rimpianto fino a che non di lei non restò che la voce. Avrebbe infatti ripetuto in eterno una frase, l'ultima detta dall'amato: «Ahimè», espressione di rammarico per un incontro mancato, rimpianto di quello che sarebbe potuto essere l'amore fra loro. Narciso appariva autonomo: mostrava di non aver bisogno di nessuno e di non accorgersi degli altri, che deludeva puntualmente.

Punito dalla dea Nemese per aver fatto soffrire troppe giovani, fu condannato ad innamorarsi della propria immagine e quindi innamorarsi senza essere riamato, senza poter ricevere un riconoscimento da parte di una persona differente da sé. Così la dea avrebbe fatto in modo che un giorno Narciso vedesse la propria immagine riflessa nelle acque di una fonte: di tale immagine egli si sarebbe innamorato, struggendosi a tal punto da trasformarsi nel fiore che porta il suo nome. Il suo corpo sarebbe infatti scomparso, lasciando al suo posto lo splendido fiore del narciso.

Telfener racconta: Narciso resta prigioniero di se stesso, invischiato nelle sue immagini/proiezioni. Specchiandosi, egli non vede che

il proprio riflesso nello stagno, l'altro con cui vorrebbe condividere la vita non esiste, la sua passione amorosa non è altro che una sua proiezione, vuoto rimirarsi in uno specchio in maniera ripetitiva.

Secondo Freud, più la libidine è diretta all'esterno, meno ne resta per il sé; più è orientata verso di sé, meno ne rimane per gli altri. Freud illustra il ruolo del narcisismo in amore: «Diciamo che l'uomo ha originariamente due oggetti sessuali: se stesso e la donna che ha cura di lui» (p.45). Ci sono due tipi di scelta d'oggetto: il primo caratterizza il narcisista, in cui la scelta d'oggetto ricade su di sé, su ciò che un temo si era o su ciò che si vorrebbe essere; il secondo tipo è quello analitico, in cui la scelta dell'oggetto ricade sulla «donna che ha cura di lui o sull'uomo che lo protegge» (p.47).

Presso il Servizio di Terapia Familiare dell'O.C. di Psichiatria Univ. del Policlinico di Bari, abbiamo potuto notare come, nel dipanarsi delle vicende terapeutiche di pazienti che giungevano per il trattamento di problemi di depressione, l'adozione di un'ottica relazionale e il coinvolgimento dei familiari in terapia consentisse di giungere ad una visione più ampia del problema e allo sfruttamento di maggiori risorse.

In particolare, l'analisi di un caso trattato dalla responsabile dott.ssa Maria Grazia Carone si presta a sostenere la tesi che i tratti narcisistici (riconosciuti dalla tradizione psicodinamica come parte di un quadro depressivo) siano riscontrabili a volte nella personalità del partner del depresso piuttosto che in quella del paziente sintomatico, dando una lettura relazionale della depressione come legata a una mancata elaborazione di un lutto familiare.

Presso il suddetto Servizio si effettuano cicli della durata media di 10 sedute, che, al bisogno, possono essere ripetute per una seconda volta, cui seguono periodiche sedute di controllo.

La coppia in questione dopo un primo ciclo, seguito da alcune sedute di "controllo", aveva intrapreso un secondo ciclo.

La coppia era giunta al Servizio dopo un anno dalla morte improvvisa del figlio primoge-

nito (28a.) per incidente stradale.

La persona per cui si richiedeva aiuto era la signora, affetta da una grave depressione che le procurava difficoltà nello svolgimento delle faccende domestiche, incapacità di concentrarsi, mancanza di energie necessarie per occuparsi del secondo figlio (quindicenne), insonnia, continui litigi con il partner, accusato di essere egoista, insensibile e assente.

Fin dalla prima seduta la signora si presentava dimessa e disillusa (aveva già provato a farsi aiutare senza successo da altri psicoterapeuti e assumeva psicofarmaci per ansia e insonnia). Il marito, invece, pur provato per la perdita del figlio, sembrava quasi inaccessibile: sordo alle lacrime della moglie, incapace di parlare del dolore, aveva adottato da sempre il lavoro come “fuga” da qualunque situazione dolorosa. Anche il figlio era in difficoltà.

L’elaborazione del lutto sembrava bloccata e, nonostante fosse trascorso più di un anno dal tragico evento, la donna appariva fissata a tale giorno: la stanza del figlio restava immutata e lei trascorreva il suo tempo ad abbracciare i suoi vestiti tra le lacrime, per sentirvi ancora l’odore e immaginarlo vivo accanto a lei. Tutti e tre sembravano chiusi nel loro dolore privato, incapaci di comunicarlo e dividerlo.

Nel corso delle sedute successive emergeva una particolare configurazione dei legami familiari: la donna descriveva il legame con il figlio morto come molto intenso, caratterizzato da un elevato coinvolgimento emotivo, una sintonia e un’intimità per nulla paragonabili al legame con il marito e con l’altro figlio. La signora aveva dovuto abbandonare il lavoro e qualunque progetto di affermazione personale appena sposata per dedicarsi ai figli e ad un uomo sempre più preso dal proprio lavoro e dai propri interessi all’esterno della famiglia e sempre meno “presente” accanto a lei (pur covando un senso di insoddisfazione personale e un pentimento per le rinunce). Non potendo godere

neanche del sostegno emotivo da parte della sua famiglia d’origine (con cui aveva chiuso ogni rapporto, anche su spinta del marito, in seguito a litigi per un’eredità), la donna, che ripetutamente ma invano chiedeva al marito di tornare più presto dal lavoro, di essere più affettuoso con lei e donarle un po’ più di attenzione, finiva con il riversare tutto il suo affetto sul figlio primogenito, che lentamente diveniva un sostituto del partner assente.

Fra madre e figlio si era instaurata nel tempo una intesa profonda, da cui anche l’altro figlio restava escluso. La donna non aveva remore nel descrivere un rapporto che le “riempiva le giornate”, facendola sentire viva; con lui condivideva persino il letto.

Avvertiva che nessuno avrebbe potuto comprendere il suo dolore. Avrebbe voluto che almeno in quel momento il marito si mostrasse forte al suo fianco, roccia a cui aggrapparsi e in cui trovare sostegno e un nuovo senso della vita, invece sentiva di aver di fronte a sé un uomo



lontano, incapace di asciugare le sue lacrime e prendersi cura di lei.

Ciò l’aveva fatta precipitare in uno stato depressivo ancora più profondo, nella certezza di non poter ricevere l’aiuto di nessuno. Tanto più la donna si disperava e chiedeva aiuto al partner, tanto più lui si rifugiava nel lavoro, rincasando sempre più tardi e accusandola di non prendersi cura dell’altro figlio. Intanto la stanza del figlio

morto rimaneva intatta e nessuno dei due aveva il coraggio apportare alcun cambiamento.

La donna percepiva il marito come un egoista, che non soffriva quanto lei, e non poteva aiutarla, tanto che, anche quando, a seguito della terapia, decideva di disfarsi degli abiti del figlio, non sentiva il bisogno del conforto della presenza del marito (né lui sentiva di doverle stare accanto in un momento così drammatico).

Lo scambio di tenerezze, coccole e l'ascolto reciproco non erano mai stati presenti nella coppia, la signora ricordava di aver sempre dovuto inseguire un uomo assente, pregandolo invano di trascurare qualche impegno lavorativo per lei, raccontava di aver anche pensato di diventare la sua segretaria per potergli stare più vicino, (in)seguendolo anche sul posto di lavoro, nei "suoi" spazi a cui lui non poteva rinunciare. (Non ci ricorda forse Eco che insegue Narciso nella battuta di caccia e arriva a consumarsi per lui, diventando solo una voce, che ripete disperatamente le ultime parole udite dall'amato?).

I tratti narcisistici di quest'uomo (sicurezza di sé, bisogno continuo di sostegno dal mondo esterno per la soddisfazione dei propri bisogni di riconoscimento e affermazione, anaffettività) gli impediscono di vedere la sofferenza della donna che per tutta la vita lo insegue e finisce per "sostituirlo" affettivamente con il figlio. Sarà solo la morte di questo, rompendo il fragile equilibrio costruito dalla donna, lasciando spazio ad un vuoto incolumabile, a far emergere il "gioco" dei ruoli.

Il lavoro terapeutico dunque veniva svolto con la coppia, affinché l'uno potesse diventare valido sostegno per l'altro e il secondo figlio potesse individuarsi e "svincolarsi". Quest'ultimo, infatti, rischiava di restare invischiato, avvertendo la sua presenza in famiglia come importante per "colmare dei vuoti".

Nel corso della terapia lentamente la situazione sembrava chiarirsi: alla fine del primo ciclo di sedute il marito dichiarava di aver compreso l'importanza dell'ascolto dell'altro e la moglie di essersi realmente sentita ascoltata da lui, quando aveva provato a sfogare il proprio dolore, percependo un maggiore contenimento affettivo.

Nel secondo ciclo si era lavorato per appro-

fondire ulteriormente il problema "antico" della coppia, antecedente al lutto, riguardante l'idea di coppia che ognuno dei due portava con sé e l'analisi dei bisogni di ognuno dei due membri della coppia a cui il partner poteva dare una risposta per riuscire a realizzare la possibilità di costruire una condivisione e un'emozione comune.

### Bibliografia

- Abraham, K. (1924). *A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders*, Selected Papers on Psychoanalysis, Basic Books, New York, 1953.
- Arieti, S. (1969). *American Handbook of Psychiatry*, vol.1, basic Books, New York, trad. it. Manuale di psichiatria. Torino: Editore Boringhieri.
- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personalità Disorders*, 2<sup>a</sup> ed. The Guilford Press, New York; trad. it. Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità, Roma, LAS, 1999.
- Blatt, S.J. (1958). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 46, 723-752.
- Ferrara, A. (2002). Dizionario di mitologia, Torino, UTET Libreria.
- Freud, S. (1915). *Trauer und Melancholie, International Zeitschrift für arztliche Psychoanalyse*, vol. 4(6), 288- 301, 1917; trad. it. Lutto e melancolia, Opere. Torino: Bollati Boringhieri, 1985, vol. 8.
- Freud, S. (1923). *Neurose und Psychose, International Zeitschrift für arztliche Psychoanalyse*, vol. 10(1), 1-5; trad. it. Nevrosi e Psicosi, Opere. Torino: Bollati Boringhieri, vol. 9, 1986.
- Freud, S. (1959). *On narcissism: an introduction*, in E. Jones (Ed.) Sigmund Freud; Collected papers (1914) New York, Basic Books.
- Gabbard, G.O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* Third edition, American Psychiatric Press, Inc., trad. it. Psichiatria psicodinamica, Milano, Raffaello Cortina ed., 2002.
- Rado, S. (1956). *The problem of Melancholia*, «Psychoanalysis of Behaviour» (Collected Papers), Grune e Stratton, New York.
- Strupp, H.H., Sandell, J.A., Waterhouse G.J. et al. (1982). *Psychodynamic therapy: theory and research* J. (a cura di) Short-term Psychotherapies for Depression, Guilford, New York.
- Telfener, U. (2006). Ho sposato un narciso. Manuale di sopravvivenza per donne innamorate, Roma, Castelvecchi ed.

# *Psicologia e Medicina: Disagio Psicologico e Strategie di Coping in Pazienti Ambulatoriali Studio Osservazionale*

Maria Rosaria Ranito

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

## **Introduzione**

Secondo una recente stima, presentata dall'European Brain Council e l'European College of Neuropsychopharmacology (2011) un terzo degli europei soffre di almeno un disturbo psicopatologico diagnosticato. Circa 330 milioni di persone al mondo soffrono di depressione. La depressione sarà la seconda causa di morte e disabilità nel 2020 e prima causa di morte e disabilità nel 2030 (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009).

In Italia si stima che attorno ai 5 milioni di persone siano affette da depressione; aumento della spesa sanitaria pubblica globale nel nostro Paese: da 66.543 milioni di euro nel 2000 a 106.505 milioni di euro nel 2008 (ISTAT, 2009).

Lo stress psicologico aumenta del 40% il tempo necessario previsto per la guarigione dalle ferite chirurgiche (Glaser, 2006).

Circa il 50% delle richieste che giungono al medico di base nascono da problematiche psicologiche che necessitano un approccio olistico di cura (Katon, 1985; Magil, Garret, 1988).

Ricorrere al solo trattamento farmacologico non è esaustivo nella risoluzione e gestione del paziente e delle problematiche riguardanti la salute. L'auto-revole rivista "Nature" (2012), a tal proposito, ha sottolineato quanto anche l'approccio psicoterapeutico sia quanto mai complementare e valido per la prevenzione e il trattamento di disturbi psicologici in termini di efficacia dei risultati, del loro mantenimento e in particolare per la riduzione dei costi socio-sanitari.

Questi risultati presenti in letteratura confermano un cambiamento in corso rispetto al modo in cui sino ad oggi abbiamo concepito il modello di salute e malattia. A fronte di un cambio di prospettiva a livello internazionale, i Sistemi Sanitari dei diversi Paesi sono chiamati a garantire da un lato, il man-

tenimento più a lungo possibile dello stato di salute promuovendo stili di vita e condizioni ambientali più sane; dall'altro, una presa in carico individuale delle persone malate finalizzata alla "cura della persona" piuttosto che alla cura della sola malattia come ancora accade in numerose circostanze. La scelta di recuperare, come valore, il concetto di "persona malata" implica un approccio biopsicosociale al paziente (Engel, 1977), in cui l'attenzione deve rivolgersi alle necessità fisico-organiche ed ai bisogni emotivi e psicologici. Ciò legittima l'ingresso della figura dello psicologo e l'attuazione dei suoi molteplici interventi nel contesto delle cure primarie. La rilevanza, dunque, della comprovata efficacia terapeutica, gli effetti positivi dell'inserimento della figura dello Psicologo nell'ambito della cura primaria, hanno dato vita al desiderio di indagare se, anche nel contesto locale, fosse sentito il bisogno di un supporto psicologico nei pazienti all'interno degli studi di medicina generale.

## **Obiettivi**

Lo studio, di tipo osservazionale, mediante la somministrazione ai pazienti di appositi test di valutazione (ATSPPHS, HADS, SF12, B-IPQ, TAS-20, BC) mira ad indagare:

- la presenza di eventuali disturbi psicologici;
- gli atteggiamenti dei pazienti nei confronti della consulenza psicologica e il bisogno di ricevere un supporto psicologico a livello ambulatoriale attraverso l'analisi di costrutti quali la percezione di malattia, Alessitimia, ansia, depressione, strategia di coping, benessere psico-sociale;
- la relazione tra i medesimi costrutti.

## **Metodologia**

Nella prima fase dello studio si è provveduto a

svolgere una ricerca in letteratura sugli strumenti che fossero più idonei ad indagare la presenza di disturbi e dei costrutti summenzionati.

Dopodiché si è proceduto a contattare alcuni medici di medicina generale al fine di presentare la ricerca, i suoi scopi e i questionari da somministrare ai pazienti; di sondare la disponibilità a poter ospitare gli intervistati, addestrati alla somministrazione dei test di valutazione.

All'interno degli orari di servizio al pubblico degli studi ambulatoriali, i medici hanno: informato l'utenza della presenza, in sala d'attesa, dei laureandi; esplicitato che questi avrebbero distribuito dei questionari utili ai fini di una ricerca; chiarito che l'adesione alla compilazione del questionario era del tutto libera. Gli studenti hanno provveduto, perciò, a distribuire, per ciascun soggetto che desiderasse compilarlo, un plico. Esso alla prima pagina, riportava quella che abbiamo chiamato "scheda paziente", in cui il soggetto doveva indicare rispettivamente sesso; età; stato civile; stato occupazionale; i motivi della visita ambulatoriale. Seguiva, poi, una batteria di 7 questionari self-report.

La ricerca effettuata è di tipo osservazionale, non ha inciso in alcun modo sulla routine o diagnosi di trattamento; né tantomeno ha comportato rischi fisici né psichici per la salute dei soggetti che compongono il campione.

## Campione

Previo consenso informato per il trattamento dei dati personali (ai sensi dell'Artt. 7 e 13 primo comma del D.Lgs 196/103), si è proceduto ad escludere dal campione le persone con patologie che compromettono le funzioni cognitive.

Esso è composto complessivamente da 105 pazienti dei 7 studi ambulatoriali dei Medici di Base, il numero di persone che si è rifiutato di rispondere ai test è pari a 35 soggetti.

## Strumenti di valutazione

Sono stati scelti 7 test di valutazione, da compilare nel seguente ordine.

Il primo test consta di 3 items a risposta dicotomica, al fine di indagare se avesse mai avuto problemi psicologici; se fosse mai stato da uno psicologo; se conoscesse le mansioni della figura.

Il secondo utilizzato è l'**Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help (ATSPPHS)**. Fischer e Turner (1970) Il terzo è l'**Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)**, (Zigmond A. S. & Snaith, R.P., 1983) Il quarto strumento scelto è la **Short Form-12 (Sf-12)** (Ware, Kosinsky, Keller 1996), nonché forma ridotta del Questionario sullo Stato di Salute SF-36 (Ware, Kosinsky, Keller 1994). Il quinto strumento adoperato è il **Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)** (Broadbent et al., 2006).

Il sesto strumento adoperato è il **Toronto Alexithymia Scale (Tas-20)**, la scala più diffusa e utilizzata per misurare il costrutto di alessitimia, in ambito clinico e di ricerca (Taylor G. J., Bagby R.M., Ryan D.P., Parker J.D. 1994).

L'ultimo test è il **Brief Cope (BC)**, che consta di 28 items (Carver et al., 1997). È concepito, insieme alla sua versione originale di COPE (Carver et al., 1989), come strumento di misura capace di esplorare lo stile di coping dei soggetti, cioè la modalità con cui essi tendono generalmente a rispondere alle situazioni stressanti (versione *dispositional*); di valutare come i soggetti hanno risposto allo stress in un determinato periodo di tempo passato (versione *situational - past*); di esaminare la risposta in un periodo di tempo recente (versione *situational - actual*). A ciascun item il soggetto può rispondere assegnando un punteggio da 0 a 3 basato su scala Likert a 4 punti.

## Procedura analisi dati

Le analisi sono state effettuate con il pacchetto statistico SPSS per Windows versione 18. Attraverso l'applicazione del:

- t-test per campioni indipendenti;
- Chi Quadro, utilizzabile con categorie di variabili;
- Analisi delle Correlazioni (correlazione di Pearson) tra gli indici di variabili;

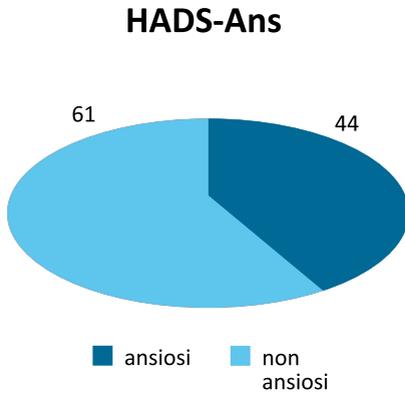
si è proceduto a verificare le relazioni tra i costrutti.

Per la significatività statistica è stato considerato  $p \leq 0,05$ . Si sono presi in considerazione i valori di correlazione più significativi, procedendo ad avanzare su di essi considerazioni e ipotesi plausibili, anche sulla base dei dati presenti in letteratura.

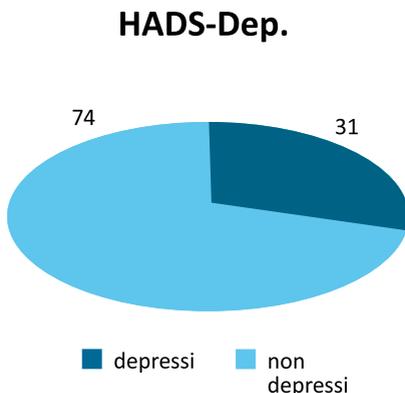
## Risultati

Qui di seguito vengono riportati i risultati, indicando prima quelli generali, poi quelli specifici sul Brief IPQ.

Per quanto concerne il costrutto dell'ansia e depressione, si è effettuata un'analisi utilizzando il test HADS. Il dato più significativo emerso riguarda la presenza di 44 soggetti ansiosi su 105 (pari al 41,9% del campione complessivo), facendo riferimento ad un valore di cut-off pari ad 8. Distinguendo il campione degli ansiosi in base al sesso, emerge una netta presenza del genere femminile (31 su 44) pari al 70,5%, (chi quadro = 4.075). Si evince, inoltre, che il 50% del campione degli ansiosi presenta marcati tratti Alessitimici.

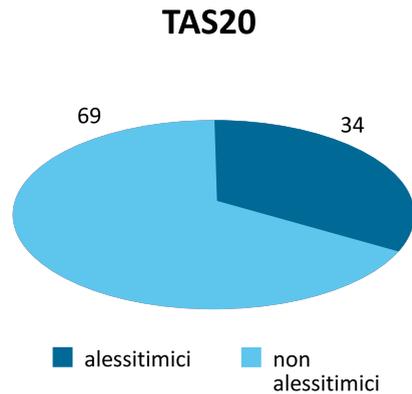


Ancora, in maniera significativa, emerge che 31 soggetti su 105 presentano sintomi depressivi clinicamente significativi (pari ad un valore per-



centuale di 29,5%). Il genere femminile rappresenta il 67,7% (chi quadro = 1.375), ovvero 21 su 31 del campione dei depressi

Un altro dato di estremo interesse riguarda la presenza di 34 soggetti Alessitimici su 105 pazienti, considerando un punteggio di cut-off pari a 51. I soggetti Alessitimici sono in prevalenza di sesso femminile con un dato pari al 67,6% (chi quadro = 1.491), ovvero 23 donne su 34 Alessitimici



## Brief Cope: le correlazioni con gli altri costrutti

### COPING SUPPORTO SOCIALE:

- la propensione ad aprirsi agli altri; con l'ansia; con controllo sul trattamento; con coerenza della malattia; con carico emozionale.

### EVITAMENTO:

- con l'alessitimia; con l'ansia; con la depressione; con il numero dei sintomi riportati dal paziente e con il carico emozionale; negativamente con benessere psicosociale

### DISCUSSIONE

**ATTITUDINE POSITIVA:**

- la percezione del controllo.

**ORIENTAMENTO AL PROBLEMA:**

- percezione delle conseguenze; preoccupazioni sulla malattia; coerenza della malattia; carico emozionale.

**RELIGIONE:**

- percezione della durata; con la depressione negativamente invece con il benessere psicosociale mentale.

**AUTOACCUSA:**

- con la percezione della durata; con la depressione; negativamente invece con il benessere psicosociale mentale.

## Discussione

Una prima riflessione riguarda l'accettazione da parte dei pazienti alla compilazione della batteria dei test (35 rifiuti vs. 105 consensi) nel contesto ambulatoriale. A fronte di ciò, vanno tuttavia segnalate le difficoltà che alcuni pazienti hanno incontrato nella compilazione che si è rivelata talora lunga e complicata, a volte anche per la sottigliezza concettuale delle domande.

I risultati relativi alla scheda paziente ci indicano che la ragione principale per la quale i pazienti si recano presso lo studio medico riguarda la visita di controllo e/o prescrizione farmaci (31 su 105). Ciò non indica, necessariamente, un'assenza di malattia, tuttavia tale dato potrebbe indicare una difficoltà del paziente a riferire il motivo reale per cui si rivolge al medico.

Altro dato da tenere in considerazione riguarda la percentuale dei pazienti che ha dichiarato di avere problemi psicologici (19%) e di essere stato da uno psicologo (13,3%). Questo potrebbe indicare che sia in aumento la necessità di rivolgersi a tale figura rispetto a tempi in cui né la si conosceva, né ci si rivolgeva. A conferma di ciò l'86% ritiene di sapere cosa fa lo psicologo.

I dati però realmente sorprendenti della ricerca, riguardano l'alta presenza di soggetti ansiosi

per un valore del 41,9% all'interno del campione totale. Si è riscontrato, in egual misura, un'elevata percentuale di soggetti depressi per un valore pari al 29,5%. La correlazione positiva riscontrata tra gli indici di ansia e depressione ( $r = .503$ ) conferma il dato noto in letteratura rispetto alla comorbilità tra i due disturbi. Ancora, è emersa un'alta percentuale di soggetti alessitimici pari al 33% del campione totale. È stato interessante rilevare che la popolazione femminile del campione sia colpita da disturbi psicologici in larga misura rispetto a quella maschile: per l'ansia (31 su 44, chi quadro = 4.075), per la depressione (21 su 31, chi quadro = 1.375); per l'alessitimia (23 su 34, chi quadro = 1.491).

Focalizzando l'attenzione sulle strategie di coping dalle analisi delle correlazioni è emerso che il supporto sociale è connesso positivamente con la propensione ad aprirsi agli altri, con il carico emozionale, con l'orientamento al problema, con la coerenza della malattia, il soggetto per cui che utilizza tale strategia di coping per far fronte ad una situazione tende ad essere più propenso nell'apertura verso l'altro, maggiormente orientato verso il problema con un elevato carico emozionale ed è consapevole e informato sulla sua malattia.

I soggetti che utilizzano strategie di evitamento sono quelli che hanno un maggior disagio affettivo caratterizzato da ansia depressione, preoccupazione per la malattia. I pazienti che sentono di avere controllo sulla malattia e sul trattamento e hanno una buona conoscenza della propria malattia ricorrono prevalentemente a strategie di coping orientate al problema alla ricerca di supporto sociale mostrando in generale un atteggiamento positivo nei confronti del percorso di malattia.

La percezione di scarso controllo sulla malattia associato, una maggiore gravità percepita delle conseguenze e della durata della malattia favorisce la ricerca di supporto nella religione.

La strategia disfunzionale dell'autoaccusa è utilizzata da pazienti depressi che hanno una percezione della durata della malattia maggiore; autoaccusa, religione ed evitamento risultano essere associate ad un peggior funzionamento psicosociale ed ambientale.

Dai dati emersi dalla ricerca si evince il ruolo che assume la depressione nella scelta di strategie disfunzionali di coping per questo uno scre-

ening dell'ansia e della depressione sui pazienti ambulatoriali sarebbe d'aiuto al clinico nella fase di diagnosi, nella pianificazione di un trattamento mirato.

Fondamentale appare anche approfondire la narrazione che il paziente fa della sua malattia, quell'insieme di credenze, emozioni, aspettative che va sotto il nome di *Illness experience*.

## Conclusioni e considerazioni future

Lo studio di valutazione presso gli ambulatori di Medicina Generale ha fatto emergere una serie di risultati interessanti inerenti al disagio psicologico presente (un dato su tutti è l'elevata percentuale di pazienti ansiosi e la presenza di soggetti con depressione e alessitimia) e la correlazione tra questi disagi, rispetto anche alla percezione di malattia e strategie di coping.

Ha permesso inoltre di evidenziare la percezione che le persone hanno della malattia e l'atteggiamento nei confronti del supporto psicologico lasciandoci convinti rispetto alle possibilità operative di uno psicologo di base a livello di cure primarie, come dimostrato in letteratura con l'esperienza nazionale (condotta da Solano) ed internazionale (IAPT e esperienza olandese).

I dati confermano, nel contesto locale, la necessità di un approccio integrato di cure e la fattibilità dell'istituzione della figura di uno "psicologo di base" che agisca nel contesto di cure primarie.

La ricerca futura, in questo ambito, potrebbe essere allargata a:

- pazienti ospedalieri, valutando la necessità di un supporto psicologico e le percezioni di malattia, a fronte di evidenze presenti in letteratura che ci indicano come stress e fattori psico-sociali influenzino profondamente il percorso di malattia;
- campione di persone generali; valutando la possibile presenza di disturbi psicologici e l'atteggiamento nei confronti del bisogno di supporto psicologico, effettuando così un'analisi su larga scala, soprattutto considerando il sostanziale aumento di problematiche psicologiche che sembrano rappresentare una seria sfida alla prevenzione e mantenimento della salute e del benessere;
- pazienti ambulatoriali, estendendo lo studio

a altre aree geografiche, utilizzando un campione più ampio e apportando delle modifiche per ovviare ai limiti emersi in questo studio.

## Bibliografia

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006), "The Brief Illness Perception Questionnaire, in *Journal of Psychosomatic Research*", Vol. 60, pp. 631-637.
- Carver C. S. (1997), "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE", in *Int. J Behav Med*, n. 4, p. 92-94.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically
- Engel, G.L. [1977], The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, in "Science", n. 196, pp. 129-136.
- Solano, L. (2011). Dal Sintomo alla Persona. Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base. Franco Angeli: Milano.
- Solano, L. (2012). Offrire risposte dove emerge la domanda: uno Psicologo di Base nello studio del Medico di Medicina Generale.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Rayan, D.P., & Parker J.D.A., (1990). Validation of the Alexithymia construct. A measurement-based approach. *Canadian journal of Psychiatry*, 35, 290-297.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Rayan, D.P., & Parker J.D.A., (1996) Disorders of affect regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. New York: Cambridge University press.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, JE, Kosinski, M., & Keller SD. (1994). SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Fischer, Edward H., & Turner, John I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983), "The Hospital Anxiety And Depression Scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Terluin, B., & Brouwers, E. P. M. et al. (2009), "Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)". *BMC Family Practice*, 10-58.

# Uso di Assistive Technology per Promuovere Occasioni Ricreative-Occupazionali

Tiziana Pepe

Psicologa - Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo e delle Relazioni,  
Università degli studi di Bari "Aldo Moro"

## Inroduzione

### Disabilità e tecnologia

L'interesse verso il disagio esistenziale delle persone affette da disabilità multiple gravi e profonde nell'ambito della riabilitazione psicologica è sorto dalla curiosità di inquadrare in maniera più approfondita il tema dell'handicap nelle sue condizioni psico-fisiche e psico-sociali.

Le persone con disabilità multiple profonde hanno danni che compromettono le loro capacità emotive, cognitive, motorie, sociali, comunicative e generano gravi difficoltà di espressione. Infatti queste persone hanno un repertorio comportamentale molto limitato e minime opportunità di interagire con l'ambiente circostante, ottenere stimolazioni preferite e gestire in maniera autonoma il proprio tempo libero (Gutowski, 1996; Kinsley & Langone, 1995; Reid, Philips, & Green, 1991).

Pertanto uno degli sforzi destinati ad aiutare e sostenere le persone con disabilità dovrebbero proporsi come essenziale meta il miglioramento della "qualità della vita" di questi individui. La definizione che di questa fa l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) implica "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Il benessere, però, indica fundamentalmente tutto ciò di cui la persona percepisce di avere bisogno, la qualità e la quantità delle relazioni interpersonali che sperimenta, i supporti sociali di cui può beneficiare, il tipo di partecipazione che riesce a realizzare nella vita comunitaria.

Nella nostra epoca caratterizzata da progressi continui negli ambiti della tecnologia informatica e dell'elettronica è fondamentale evitare che l'individuo disabile diventi anche tecnologicamente orfano (Chen, 2001).

A tal proposito i microswitches costituiscono una possibilità di rendere tali persone attive in maniera costruttiva, riducendo la loro passività e

impotenza. Tali dispositivi di accesso sono inseriti nel "gruppo" delle Assistive Technology. Per Assistive Technology (AT) si intende qualunque oggetto o sistema di produzione, modificato o personalizzato, che viene utilizzato per aumentare, mantenere o migliorare le abilità funzionali di individui con disabilità (Holburn, Mazzomo, Vietze, 2004). Per far avvicinare una persona con disabilità multipla a programmi assistiti da microswitches, bisogna selezionare delle risposte che possano essere eseguite in maniera attendibile e senza uno sforzo eccessivo da parte della persona, in modo da attivare con successo i microswitches e provocare così gli stimoli preferiti (Glickman et al., 1996; Lancioni et al., 2001).

## Obiettivo

Il presente studio si è proposto di sviluppare un setup di apprendimento volto a promuovere occupazioni e scelta di un uomo affetto da Sclerosi Multipla.

Le persone affette da sclerosi multipla spesso hanno grandi difficoltà nel comunicare i loro desideri, pensieri e bisogni; svolgere semplici azioni della vita quotidiana in maniera autonoma. Usano, infatti, pochi movimenti per comunicare con i familiari, gli amici e con chi si prende cura di loro. Risulta evidente, quindi, cercare di ideare e realizzare tecnologie in grado di ridurre tali problematiche. Il programma sviluppato si è servito di tecnologie basate sull'"Assistive Technology" con lo scopo di dimostrare, mantenere, accrescere e migliorare le capacità funzionali, promuovere occasioni ricreative-occupazionali della persona e l'interazione tra quest'ultima e l'ambiente circostante attraverso l'interfaccia tecnologica, ovvero il microswitch ottico (Cook & Hussey, 2002). È opportuno sottolineare che l'obiettivo principale dell'Assistive Technology non è quello di curare le disabilità della persona, bensì quello di ridurre

le conseguenze negative delle disabilità per colmare il vuoto tra le abilità comportamentali della persona e i requisiti necessari per raggiungere specifici obiettivi (Crawford & Schuster, 1993).

La presenza di un'attività occupazionale costante potrebbe indicare un miglioramento della situazione immediata del partecipante con implicazioni per il suo prospetto generale e per la sua diagnosi.

Il presente studio è finalizzato a valutare la possibilità di utilizzare una risposta non convenzionale ed un microswitch adatto ad essa. Si propone di finalizzare la risposta di rotazione della testa al controllo di stimolazioni ambientali.

## Metodo

Il partecipante è un uomo di 52 anni, che a causa del trofismo muscolare, presenta una forte ipotonia, ad eccezione del capo, degli occhi e della bocca. La respirazione avviene mediante tracheotomia permanente e ventilazione meccanica invasiva continua, motivo per il quale necessita di assistenza continuativa. Attualmente è vigile e cosciente in quanto risponde agli ordini semplici.

### *Risposta, Microswitch e sistema di controllo*

La risposta selezionata per il partecipante è stata quella di ruotare la testa verso sinistra, in un arco di tempo di 8 secondi circa. Per rilevare tale risposta è stato utilizzato il *microswitch*. Quest'ultimo consiste in un sensore o LED ottico posizionato e fissato sulla spalla sinistra del partecipante. Il sensore ottico era collegato ad una unità elettronica che emetteva un segnale di attivazione del microswitch solo quando la risposta veniva emessa dal partecipante. Il segnale era trasmesso via cavo ad un sistema di controllo. L'attivazione del microswitch da parte del partecipante permetteva la selezione di una delle tre funzioni previste dal programma:

- a) *accensione della radio;*
- b) *cambio della frequenza;*
- c) *spegnimento della radio.*

### *Setting, sessioni e raccolta dati*

Le sessioni si sono tenute presso l'ospedale in cui il partecipante era ricoverato a causa del-

le condizioni particolarmente gravi in cui l'uomo versava. Ogni sessione d'intervento corrispondeva alla durata dell'attività occupazionale del partecipante e variava da un minimo di 12 minuti ad un massimo di 72 minuti, con una durata media di circa 29 minuti. L'attività occupazionale si svolgeva due volte al giorno (mattina e pomeriggio) per tenere sotto controllo le variabili legate alla condizione del partecipante. Le sessioni svolte da due operatrici sono state sottoposte a codifica: l'accordo tra gli osservatori per quanto riguarda la registrazione delle attivazioni è stato del 98%, tale valore ci permette di attribuire una buona stabilità e accuratezza dell'osservazione.

### *Condizioni procedurali*

Lo studio presentato si è servito di un disegno sperimentale di tipo ABAB nel quale:

“A” rappresenta le fasi di baseline;

“B” rappresenta le fasi di intervento (Richards, Taylor, Ramasamy, & Richards, 1999).

#### **PRIMA FASE DI BASELINE (A1)**

In questa fase si è provveduto a valutare la capacità e la frequenza di produzione del comportamento target attraverso 3 sessioni ciascuna da 12 minuti circa. Il partecipante non riceveva alcun tipo di prompt e riusciva a gestire il programma con il supporto dei caregivers.

#### **PRIMA FASE DI INTERVENTO (B1)**

Questa fase includeva 30 sessioni. Le condizioni procedurali erano le stesse della baseline, con la differenza che l'attivazione del microswitch produceva le tre funzioni previste dal programma con una limitazione nell'esecuzione del tempo di risposta di 8 secondi. Il partecipante in questa fase gestiva il programma senza il supporto dei caregivers.

#### **SECONDA FASE DI BASELINE (A2)**

Questa fase includeva 6 sessioni. Le condizioni procedurali erano le stesse della prima fase di baseline. In queste fase sono state condotte nuove misurazioni. Quando anche in questa fase, è stata raggiunta una certa stabilità nei valori, si è passati alla seconda fase di intervento.

#### **SECONDA FASE DI INTERVENTO (B2)**

Questa fase includeva 40 sessioni. Le condizioni procedurali erano le stesse della prima fase

di intervento. In questa fase si registra un aumento del tempo medio di occupazione del partecipante. È consigliabile effettuare un post-intervention check a distanza di 3 mesi dalla conclusione del programma, per verificare e consentire di stabilire se i risultati ottenuti durante le fasi d'intervento fossero mantenuti stabili successivamente.

## Risultati

Il grafico riportato in Fig. 1 riassume i dati raccolti. Le fasi delle baseline hanno mostrato una durata media dell'attività occupazionale svolta dal partecipante pari a 12 minuti. Le fasi di intervento successive hanno mostrato come la durata media dell'attività occupazionale aumentasse in maniera evidente fino ad arrivare ad un valore me-

dio pari a circa 29 minuti con un range che variava da 12 minuti (durata minima dell'attività ricreativa- occupazionale), a 72 minuti (durata massima dell'attività ricreativa- occupazionale).

Figura 1: Le colonne rappresentano la durata media dell'attività ricreativa-occupazionale rilevata nelle fasi di baseline e di intervento. La prima fase di baseline racchiude un blocco di 3 sessioni, mentre la seconda fase include due blocchi da 3 sessioni per un totale, quindi, di 6 sessioni. Le colonne numero 2-3-6-7 della prima e seconda fase d'intervento rappresentano due blocchi di 15 sessioni. L'ultima colonna della seconda fase d'intervento (N°8) rappresenta un blocco di 10 sessioni.

Le differenze nei tempi tra baseline ed intervento risultano statisticamente significative ( $p < .01$ )

al Test di Kolmogorov-Smirnov (Siegal & Castellan, 1988). Si può affermare che l'utilizzo di una semplice risposta, ovvero il movimento della testa, combinata ad un microswitch capace di rilevarla, ha permesso al partecipante di gestire il suo tempo libero in maniera indipendente.

Il grafico riportato in Fig. 2 sintetizza le risposte effettuate dal partecipante durante lo studio. La risposta che provvedeva ad attivare il microswitch ovvero la rotazione del capo, permetteva al partecipante di accendere la radio, cambiare la frequenza della radio e spegnerla. In questo grafico è stata registrata la percentuale media di risposte relative alla funzione di cambio della frequenza radio, finalizzata a sottolineare una partecipazione attiva al programma da parte del partecipante e la possibilità di avere un ruolo nelle scelte da effettuare nell'ambiente in cui vive senza sentirsi isolato.

Figura 2: Le colonne rappresentano la percentuale media di risposte (cambio frequenza) rile-

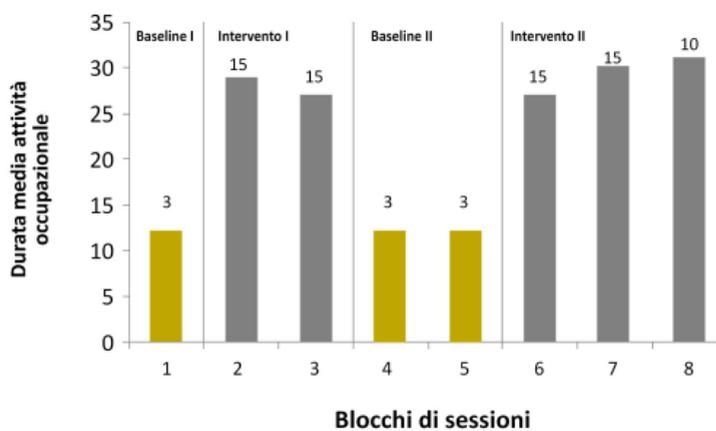


fig. 1

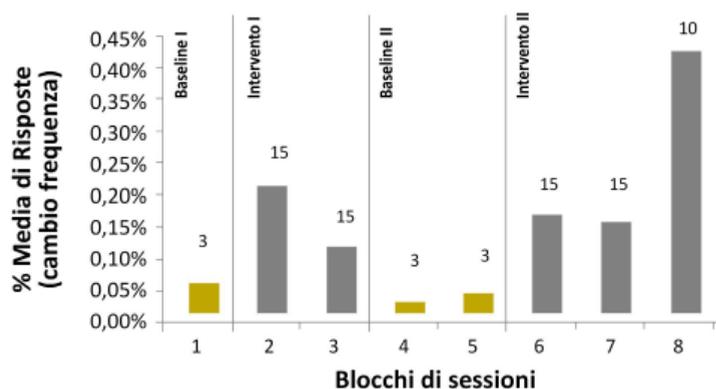


fig. 2

vate nelle fasi di baseline e di intervento. La prima fase di baseline racchiude un blocco di 3 sessioni, mentre la seconda fase include due blocchi da 3 sessioni per un totale, quindi, di 6 sessioni. Le colonne 2-3-6-7 della prima e seconda fase d'intervento rappresentano due blocchi di 15 sessioni. L'ultima colonna della seconda fase d'intervento (N°8) rappresenta un blocco di 10 sessioni.

## Discussione

I risultati ottenuti mostrano che l'uso del sensore ottico ha facilitato il partecipante nello svolgimento dell'attività occupazionale rendendolo sempre più autonomo nella gestione del sistema e del suo tempo libero. Questo significa che il dispositivo è valido per il miglioramento della qualità della vita, in quanto potenzia le capacità di autogestione di persone con disabilità motorie pervasive e multiple.

### - I punti di forza del dispositivo:

risiedono nel fatto che è semplice da utilizzare, trasportabile facilmente e non richiede che si abbiano particolari competenze. Inoltre il costo è assolutamente accessibile;

Il presente studio fornisce, comunque, un contributo estremamente rilevante per l'arricchimento della nuova area di ricerca destinata ad aiutare e migliorare la qualità della vita di persone con un livello di funzionamento particolarmente limitato.

### - Il limite maggiormente significativo, dello studio proposto:

È legato al tipo di disegno sperimentale utilizzato il "case study" pone nella condizione di analizzare i dati con molta cautela rispetto alla generalizzabilità dei risultati dal momento che lo studio è stato effettuato su una singola persona. Le strategie a disposizione per affrontare questo argomento nella ricerca a soggetto singolo sono la replica diretta e la replica sistematica (Barlow & Hersen, 1984; Sidman, 1960). Per superare questo limite bisogna ampliare il raggio delle ricerche ad una casistica più numerosa. Sono necessari, perciò, altri studi che utilizzano il microswitch attivo su altre persone con disabilità multiple profonde per poter eventualmente confermare i risultati.

In conclusione, da questo studio si evince quanto i programmi con l'utilizzo di microswitches

siano risorse vitali per le persone con disabilità multiple gravi, capaci di creare un ponte tra sé e l'ambiente e indispensabili per facilitare l'occupazione positiva di persone passive.

## Bibliografia:

- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs (second edition)*, New York, Pergamon Press.
- Chen, Y.L., (2001). Application of tilt sensors in Human Computer Mouse Interface for People with Disabilities. *IEEE Transactions on Neural System and Rehabilitation Engineering*, 9, 289-294.
- Cook, A. M., & Hussey, S. M. (2002). *Assistive technologies, principles and practice (2<sup>nd</sup> ed.)*. St. Louis, MO: Mosby Inc.
- Crawford, M. R., & Schuster. J. W. (1993). Using microswitches to teach toy use. *Journal of developmental and Physical Disabilities*, 5, 349-368.
- Glickman, L., Deitz, J., Anson, D., & Stewart, K. (1996). The effect of switch control site on computer skills of infants and toddlers. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 545-553.
- Gutowski, S. J. (1996). Response acquisition for music or beverage in adults with profound multiple handicaps. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 8, 221-231.
- Holburn, C. S., Mazzomo, A., & Vietze, P. M., (2004). Assistive technology assessment for individuals with multiple disabilities. *Handicaps Grave*, 5, 271-284.
- Kinsley, T. C., & Langone, J. (1995). Application of technology for infant, toddler, and preschooler with disabilities. *Journal of Special Education Technology*, 12, 312-324.
- Lancioni, G. E., & Lems, S. (2001a). Using a microswitch for vocalization responses with persons with multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 271-275.
- Reid, D. H., Phillips, J. F., & Green, G. W. (1991). Teaching person with profound multiple handicaps: a review of effects of behavioural research. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 24, 319-336.
- Richards, S. B., Taylor, R. L., Ramasamy, R., & Richards, R. Y. (1999). *Single subject research: Applications in educational and clinical settings*. London: Wadsworth.
- Sidman, M. (1960), *Tactics of scientific research.*, New York: Basic Books.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics. (2nd ed.)*. New York: McGraw-Hill.

# Tecnologie per Promuovere Forme di Comunicazione a Distanza in Persone con SLA: Studio di un Caso

Giacomina Ferrarese

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo e delle Relazioni,  
Università degli studi di Bari "Aldo Moro"

Con il termine malattie neurodegenerative si indica un insieme di patologie in cui parti del cervello, del midollo spinale, o nervi periferici smettono di funzionare correttamente. Col tempo, questa disfunzione causa la compromissione delle regioni dove questi neuroni sono posti. L'eziologia esatta alla base di questo processo patogenetico non è definita, tuttavia fattori di rischio di origine sia genetica sia ambientale sembrano giocare un ruolo fondamentale. Ogni malattia si differenzia in base al problema funzionale che si viene a creare a seconda della localizzazione anatomica del danno. E' possibile una classificazione in base al sistema che colpiscono inizialmente, oppure in funzione all'età della loro comparsa o ancora in base alla presenza di una certa ereditarietà nella loro manifestazione. Esistono sindromi che colpiscono le capacità cognitive, (ad esempio la malattia di Alzheimer), altre che colpiscono il movimento, (come il Morbo di Parkinson), altre ancora che colpiscono la forza, (la Sclerosi Laterale Amiotrofica), la mielina che riveste i nervi, (ad esempio la Sclerosi Multipla), o ancora le difese immunitarie (come il Lupus

Eritematoso Sistemico). Rientrano nel quadro delle malattie neurodegenerative anche la Corea di Huntington e la Malattia di Charcot-Marie-Tooth.

È necessario notare che più sistemi possono essere coinvolti contemporaneamente oppure più sistemi risultano già coinvolti nel momento in cui il paziente ricorre al consulto medico a causa della situazione clinica. Quando la patologia colpisce il cervello, i primi sintomi a manifestarsi sono la perdita di memoria, i cambiamenti di personalità oltre a problemi di movimento e di equilibrio. Disordini dei nervi quali la neuropatia diabetica o le neuropatie metaboliche invece possono provocare, oltre a forti dolori, problemi ai sensi ed alla forza. Non è semplice confermare clinicamente questo tipo di patologie, in quanto non esistono test realmente specifici e la loro presentazione può spesso essere causa di dubbio sulla diagnosi.

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), conosciuta anche come "Morbo di Lou Gehrig", "Malattia di Charcot" o "Malattia dei Motoneuroni", è una malattia neurodegenerativa progressiva che colpisce i motoneuroni, cioè le cellule nervose cerebrali e del midollo

spinale che permettono i movimenti della muscolatura volontaria. Esistono due gruppi di motoneuroni; il primo (1° motoneurone o motoneurone centrale o corticale) si trova nella corteccia cerebrale e trasporta il segnale nervoso attraverso prolungamenti che dal cervello arrivano al midollo spinale. Il secondo (2° motoneurone o motoneurone periferico o spinale) è invece formato da cellule nervose che trasportano il segnale dal midollo spinale ai muscoli.

La Sclerosi Laterale Amiotrofica comporta la degenerazione e la morte di entrambi i motoneuroni. La morte di queste cellule avviene gradualmente nel corso di mesi o anche anni. In tale arco di tempo i motoneuroni rimasti, almeno in parte, sostituiscono nelle proprie funzioni quelle distrutte. La malattia colpisce generalmente persone tra i 40 e i 60 anni di età provocando atrofia muscolare, spasticità, disartria, problemi respiratori e, alla fine, la morte. Quest'ultima si verifica in genere 3-6 anni dopo la diagnosi della malattia ed è principalmente causata da infezioni e problemi respiratori. Vi possono essere crampi dolorosi ai muscoli, ma il dolore non è

una componente fra le principali della malattia. La sopravvivenza dei pazienti dipende dal mantenimento della funzione respiratoria (diaframma e muscoli intercostali) e dalla protezione delle vie aeree (riflesso della tosse e deglutizione), in quanto la causa più frequente di morte è rappresentata dalla paralisi respiratoria progressiva con broncopneumite ab ingestis (causata da una incapacità di deglutizione corretta). Solo circa il 5% delle persone che ne sono colpite ne hanno familiarità. I primi segni della malattia compaiono quando la perdita progressiva dei motoneuroni supera la capacità di compenso dei motoneuroni superstiti fino ad arrivare ad una progressiva paralisi. Nella maggior parte dei casi l'indebolimento riguarda prima i muscoli delle mani o dei piedi o delle braccia e/o delle gambe che porta generalmente a far cadere oggetti, ad inciampare frequentemente o a compromettere semplici attività del vivere quotidiano quali vestirsi, lavarsi od abbottonarsi vestiti. Altre manifestazioni possono essere la difficoltà nel parlare, nel masticare, nel deglutire. Poi si evidenzia una atrofia con evidente dimagrimento della massa muscolare. E' frequente la comparsa di crampi o rigidità degli arti di tipo spastico, e in molte persone appaiono le prime difficoltà nella pronuncia delle parole, in modo particolare quelle che contengono la lettera "R". Con la difficoltà di articolare la lingua cambia anche il timbro della voce, che può assumere un lieve tono nasale, e diventare

meno percettibile per il coinvolgimento delle corde vocali. Una notevole percentuale di pazienti comincia anche a presentare effetti di labilità emotiva che consistono in attacchi di riso incontrollato oppure di pianto. Oltre alla debolezza, si possono avvertire rigidità (spasticità) e contrazioni muscolari involontarie (fascicolazioni), anche dolorose (crampi muscolari). Quando vengono coinvolti i muscoli respiratori, possono comparire affanno dopo sforzi lievi e difficoltà nel tossire. Se prevalgono i disturbi della parola e la difficoltà di deglutizione, si parla di *SLA Bulbare* (la regione bulbare del sistema nervoso è localizzata tra il cervello e il midollo spinale). La malattia non colpisce la sensibilità (tattile, termica, dolorifica) né gli organi di senso (vista, udito, olfatto, gusto) o le capacità intellettive. La SLA non compromette i visceri, la vescica o le funzioni sessuali. Vi possono essere crampi dolorosi ai muscoli, ma il dolore non è una componente fra le principali della malattia. In alcuni pazienti si può verificare una perdita del normale controllo sulle emozioni (forma pseudobulbare): il paziente può piangere o ridere con facilità in situazioni che non sono tali da evocare simili reazioni emozionali estreme. Il paziente si rende conto della inopportunità di tali reazioni, ma non è in grado di controllarle. Per garantire un prolungamento della vita del malato di SLA, ad un certo punto del decorso, è necessario intervenire chirurgicamente per l'applicazione di un tubo di ga-

strostomia per nutrizione enterale e una cannula per l'attività respiratoria.

Le cause della SLA sono ancora sconosciute, comunque è ormai accertato che la SLA non è dovuta ad una singola causa; si tratta invece di una malattia multifattoriale, determinata cioè dal concorso di più circostanze. Risposte allergiche, infezioni o agenti virali sono stati proposti come possibili cause di questa malattia, ma nulla è stato provato. I ricercatori hanno trovato il gene responsabile delle forme ereditarie di SLA, è nel braccio lungo del cromosoma 21 (Il gene è chiamato superossido dismutase 1 (SOD1), ed è localizzato nel cromosoma 21q22). Non si sa ancora al momento se questo gene sia la causa o semplicemente predisponga la persona alla SLA. Nel 1992 i ricercatori dell' Johns Hopkins Hospital hanno avanzato la supposizione che il Glutammato, un amminoacido responsabile del trasporto dei messaggi fra i neuroni possa avere un ruolo nella causa della SLA. Nel cervello, dopo che il Glutammato ha eseguito il suo compito di trasmissione del messaggio, viene riassorbito da una speciale proteina chiamata "trasportatore". Nelle persone affette da SLA c'è il sospetto che questa proteina sia difettosa, e non assorba abbastanza Glutammato e perciò la spropositata presenza dell'amminoacido causa la morte dei neuroni.

Ad oggi non esiste un test che dia diagnosi certa di tale malattia. E' solo attraverso un attento esame clinico, ripetuto nel tempo da parte di un neu-

rologo esperto, ed una serie di esami diagnostici per escludere altre patologie, che emerge la diagnosi.

Allo stato attuale delle conoscenze non è stata individuata una particolare cura capace di contrastare la SLA. L'unico farmaco specifico che viene utilizzato è il *Riluzolo*, la cui caratteristica accertata è quella di rallentare la progressione della malattia intervenendo sul metabolismo del Glutammato. Per il resto i farmaci utilizzati intervengono ad alleviare le manifestazioni più eclatanti e dolorose della malattia, per la quale hanno importante ruolo, oltre agli ausili per difficoltà motorie, altre figure come quelle del fisiatra e del fisioterapista per le strategie e gli esercizi fisici cercando di preservare il più a lungo possibile la mobilità articolare. E poi, nel caso di complicazioni respiratorie, del pneumologo e dello psicologo per fornire un importante contributo di supporto ad un malato che ha però tutte le funzioni cognitive perfettamente attive.

Interventi di natura comportamentale si avvalgono di programmi tecnologici di aiuto che favoriscono le opportunità di impegno e comunicazione indipendente per il tempo libero. Utilità di questi programmi è valutata sulla base dei dispositivi di accesso, sulle risposte che tali dispositivi richiedono, il tempo necessario per la loro messa a punto, l'affidabilità del loro funzionamento e il loro costo complessivo. La perdita della naturale capacità di comunicare sia in modo verbale, sia in modo scritto, sia con

l'espressione del viso, porta il paziente ad una condizione di isolamento e di depressione che peggiora significativamente la qualità della vita.

A tutela dei diritti alla comunicazione è stata introdotta la *Comunicazione Aumentativa e Alternativa* (C.A.A.) il cui acronimo è stato coniato negli Stati Uniti nel 1983 con la costituzione dell'ISAAC (*International Society Augmentative Alternative Communication*), un'Associazione internazionale, nata per la volontà di un gruppo multidisciplinare, che riconosce ad ogni individuo il diritto di comunicare anche in situazioni di grave impedimento verbale. Essa include ogni comunicazione che sostituisce o aumenta il linguaggio verbale:

- **COMUNICAZIONE:** essere in relazione con altre persone sia con parole che con gesti o atti, con la possibilità di conoscere e far conoscere sentimenti, opinioni, necessità, pensieri.
- **AUMENTATIVA:** potenzia le risorse residue (sguardo, mimica, voce), non sostituisce ma incrementa le possibilità comunicative naturali della persona, sta ad indicare come le modalità di comunicazione utilizzate siano tese non a sostituire ma ad accrescere la comunicazione naturale.
- **ALTERNATIVA:** tutto ciò che è alternativo alla parola, utilizza modalità di comunicazione alternative e diverse da quelle tradizionali, cioè codici

sostitutivi al sistema alfabetico quali: figure, disegni, fotografie, simboli.

Si tratta di un ambito della pratica clinica che cerca di compensare la disabilità o l'assenza di linguaggio, temporanea o permanente, attraverso l'uso di componenti comunicative speciali. Protende quindi a fornire i mezzi comunicativi il più possibile adeguati alle necessità di vita quotidiana di queste persone. Tale approccio vuole creare opportunità di reale comunicazione anche attraverso tecniche, strategie e tecnologie coinvolgendo la persona che utilizza la C.A.A. e tutto il suo ambiente di vita. Obiettivo della seguente ricerca è quello di intervenire con un programma di tecnologia computerizzata per promuovere modalità di Comunicazione Aumentativa e Alternativa in un paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Si vorrebbe far acquisire all'uomo delle nuove abilità comunicative che gli consentano di inviare e ricevere messaggi e di effettuare videochiamate con la propria famiglia e con gli amici più cari. Nello specifico si vuole introdurre una strumentazione computerizzata che consenta al partecipante di inviare messaggi di testo direttamente sul cellulare del destinatario e di effettuare delle videochiamate con i propri figli.

Il partecipante alla ricerca ha 51 anni ed è di origine senegalese. Gli è stata diagnosticata la Sclerosi Laterale Amiotrofica 4 anni fa. Ha subito un intervento per l'inserimento di un tubo gastrico grazie al quale può nutrirsi e presenta ancora

il controllo sfinterico. Viene seguito farmacologicamente con l'assunzione del Riluzolo. Nel momento in cui ha avuto inizio questo progetto, il partecipante presentava una anartria (ovvero assenza di capacità ad articolare le parole) e una parziale mancanza dei movimenti del corpo, ad eccezione di una leggera inclinazione laterale della testa e del movimento oculare. Per comunicare si serviva di un cartellone su cui sono scritte le lettere dell'alfabeto, i numeri dal 0 al 9 e alcune richieste più frequenti, necessitava della presenza di qualcuno che gli manteneva il cartellone davanti a sé e doveva indicare lentamente ogni singola cella, in modo da permettergli di esprimere quanto voleva comunicare. Quando veniva indicata la lettera desiderata, chiudeva gli occhi in modo da far capire all'interlocutore che tale lettera, o numero, era stata selezionata.

Il setting scelto per questo intervento, è la stanza della clinica dove il partecipante è ricoverato. Le sessioni si sono svolte ogni giorno regolarmente dal lunedì al sabato con una media di 3 sessioni da 20 minuti ciascuna al giorno. La raccolta dei dati relativi ai messaggi di testo, ha previsto la registrazione del numero di messaggi inviati e del numero di messaggi ricevuti. Per quanto riguarda le sessioni di videochiamata, la raccolta dati ha previsto la registrazione di due parametri, ovvero il numero di messaggi che il partecipante ha inviato e il tempo cumulativo di conversazione effettuato dai suoi figli. L'intervento ha implicato l'im-

pegno di due assistenti di ricerca che sono risultate attendibili in circa il 20% delle sessioni. Le percentuali di accordo sulle medie delle singole misure (calcolato dividendo il numero totale di accordi per il numero totale di accordi e disaccordi e moltiplicando per 100) ha superato il 95. Sui tempi di conversazione in entrata, effettuata dai figli del partecipante, le assistenti di ricerca hanno evidenziato una discrepanza di 2 minuti nella raccolta dei dati.

Sono stati utilizzati due sistemi di computer connessi, uno utilizzato per la scrittura del testo di messaggistica, l'altro per le connessioni e le conversazioni in videochiamata; due monitor (cioè, un monitor principale e un monitor secondario/scelta), un microswitch ottico e un'interfaccia che collega il microswitch ai computer. Collegata a questa interfaccia c'è un piccolo modem, in cui viene inserita una sim card. Tale modem funge proprio da telefono cellulare. Il microswitch ottico utilizzato è composto da un diodo ad emissione di luce a infrarossi e una mini unità di rilevamento fissata al lato destro della testa del partecipante. Per selezionare la propria scelta, il partecipante deve compiere un minimo movimento laterale della sua testa in direzione del microswitch in modo da attivarlo. Per l'invio e la ricezione di messaggi di testo ci si è basati su un sistema globale per modem di comunicazione mobile (GSM) grazie allo sviluppo di un software che permette al computer di presentare le informazioni verbalmente, di

rispondere alle attivazioni del microswitch, di inviare i messaggi e di ricevere e leggere i messaggi in entrata. Durante le sessioni di invio di messaggi sono previste tre categorie di riceventi: "Famiglia", "Amici", "Ospedale". L'attivazione del microswitch su una di queste categorie, fa sì che il pc elenchi i nomi inseriti nella categoria selezionata. Una volta selezionato il destinatario, viene visionata una pagina con un emulatore di tastiera che permette al partecipante di scrivere e inviare il messaggio da lui desiderato. Le lettere dell'alfabeto sono state raggruppate in righe in modo da velocizzare l'individuazione della lettera desiderata. La scansione interessa prima le righe (gruppi di lettere) e, attraverso l'attivazione del microswitch, passa ad evidenziare le singole lettere della riga scelta. L'Attivazione del microswitch, in relazione ad una lettera, permette la scrittura della stessa sul monitor e il riavvio del processo. L'Attivazione del microswitch in relazione del tasto "invio" (anche esso automaticamente scansionato) consente l'invio del messaggio. L'arrivo di un messaggio, viene notificato dal computer con parole e segnali acustici all'inizio della sessione o dopo l'invio del messaggio. Grazie all'attivazione del microswitch il computer legge i messaggi in entrata.

Il collegamento di videochiamata si basa su un software che ha permesso un collegamento Skype con i figli del partecipante e ha attivato uno specifico servizio di messaggistica di testo che gli ha per-

messo di comunicare con i suoi figli durante la videochiamata. L'attivazione del microswitch in corrispondenza della casella "videochiamata" gli permette di collegarsi immediatamente con il computer dei suoi figli in Senegal. La videochiamata permette al partecipante non solo di rivedere i suoi figli, ma anche di comunicare con loro attraverso un servizio di messaggistica di testo. Questo servizio prevede le stesse modalità di scansione e scrittura del messaggio prevista per l'invio dei messaggi di testo. Il disegno sperimentale utilizzato nel presente studio è un Multiple Probe Across Tasks e i compiti presi in esame sono:

- inviare e ricevere messaggi di testo;
- effettuare connessioni di videochiamata.

Lo studio ha avuto inizio mediante sessioni di *baseline* sia sulla messaggistica di testo sia sulla connessione di videochiamata. Scopo di questa fase è quella di verificare se il partecipante è in grado di svolgere i compiti autonomamente, senza l'ausilio della strumentazione computerizzata né tanto meno dell'assistente di ricerca. La fase successiva di *intervento* si è incentrata esclusivamente sull'invio e ricezione di messaggi di testo. Successivamente, è stata effettuata una nuova *baseline* sulla videochiamata e poi ha avuto inizio la fase di intervento su questo compito. L'ultima fase della ricerca prevede un *intervento contemporaneo* su entrambi i compiti.

Nella prima fase di *baseline* il partecipante ha manifestato un livello di performance pari

a 0 in quanto la strumentazione messaggi a disposizione non permetteva al partecipante di effettuare autonomamente le attività richieste. La fase iniziale di intervento per i messaggi di testo ha evidenziato mediamente un invio di 3 messaggi a sessione e la ricezione di più di un messaggio. Nella seconda fase di *baseline* sulla videochiamata, il partecipante ha riportato gli stessi risultati delle prime *baseline*. Nella fase di intervento su tale attività, il partecipante ha inviato 3 messaggi e mezzo ed è stato esposto, mediamente, a 7 minuti di conversazione in entrata. Anche l'ultima fase di intervento, in cui il partecipante svolgeva contemporaneamente le attività richieste, ha evidenziato risultati in linea con le precedenti fasi di intervento (Lancioni et al., 2012).

I risultati ottenuti sono molto incoraggianti soprattutto nel loro impatto sul partecipante. Innanzitutto questo intervento gli ha potuto rendere la possibilità di impegnarsi in attività di svago e comunicare le richieste di base in modo indipendente andando a migliorare i rapporti con il personale della clinica, in cui il partecipante è ricoverato, grazie alla velocizzazione della comunicazione immediata. La possibilità di scrivere un messaggio di testo e poterlo inviare a uno tra i tanti contatti previsti, gli ha inoltre permesso di mantenere un legame con le proprie figure significative e di riferimento che non sono fisicamente presenti. La possibilità di istituire una videochiamata, inoltre rappresenta un'estensione e un arricchimento dell'evento di

interazione. I sistemi informatici utilizzati in questo studio sono stati abbastanza efficaci e affidabili e hanno richiesto solo una minima quantità di tempo per l'apprendimento delle modalità di utilizzo. Il microswitch utilizzato dal partecipante deve essere assemblato da componenti commerciali, in quanto si è cercato di adattarlo quanto più possibile alle esigenze e comodità del paziente, e quindi tutto ciò rende il sistema non immediatamente disponibile/accessibile. Questo può determinare un punto a sfavore dal punto di vista pratico, ma comunque viene considerato di lieve importanza.

Per programmi di intervento futuri sarebbe opportuno identificare nuovi microswitch che permetterebbero al partecipante di continuare ad utilizzare il programma con il minimo dispendio di energie. Infatti il decorso della malattia prima o poi potrebbe fargli perdere quel minimo movimento laterale del capo, privandogli così della possibilità di comunicare in modo alternativo. Ancora si potrebbe pensare di inserire nel programma di scrittura dei messaggi di testo, un predittore di parole che gli permetterebbero di aumentare la velocità di scrittura.

## Bibliografia

- Lancioni, G. E., Singh, N.N., O'Reilly, M.F., Sigafoos, J., Ferlisi G, Ferrarese G., et al. (2012). Technology-aided programs for assisting communication and leisure engagement of persons with amyotrophic lateral sclerosis: Two single-case studies. *Research in Developmental Disabilities* 33, 1605–1614.

# *Suggestionabilità interrogativa: un contributo alla validazione della GSS su un campione italiano*

Ivan Mangiulli

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

## **Introduzione**

Spesso il confine tra verità e falsità e sincerità e menzogna è molto più sottile di quanto si possa immaginare. Sebbene l'art. 497/2 del codice di procedura penale dell'ordinamento italiano inviti il testimone, da parte del Presidente, a dichiarare di essere "*consapevole della responsabilità morale e giuridica che assume con la sua deposizione, e di impegnarsi a dichiarare tutta la verità e di non nascondere nulla di quanto è a sua conoscenza*", non sempre chi si appresta a rendere testimonianza riporta l'effettiva oggettività dei fatti. Con questo non si allude certo a un inganno del dichiarante o una falsa testimonianza in sede d'interrogatorio, ma a una massima psicologica, ampiamente riconosciuta, che vede il ricordo di un evento non come una mera e semplice fotografia dell'episodio (Penfield, 1958), ma come una ricostruzione post-codifica dello stesso, sulla base della realtà interna, emozionale e cognitiva, e della realtà esterna dell'uomo (Conway, 2000). Si evince quindi che "tratto distintivo della memoria è, per natura, la sua imperfezione" (Curci, 2010, p.135). Dunque, il contenuto della testimonianza dipende dalle interazioni di diversi elementi, tra cui il contenuto del ricordo, le caratteristiche peculiari della scena cui ha assistito il teste e i processi concernenti il "che cosa" il testimone ha deciso di ricordare e, al contempo, di riportare.

Da quanto è plausibile evincere, la psicologia offre ampie chiavi di lettura al diritto, appiannando il territorio che la separa da questo, al fine di creare un punto di contatto tra le due discipline. Tuttavia in Italia, il connubio tra psicologia e giurisprudenza è ancora fermo allo stato embrionale, soprattutto se rapportato ai paesi anglosassoni. Tale ritardo, rispetto agli altri paesi, dipende in ugual misura tanto dal diverso ordinamento quanto da una certa diffidenza con cui è accolta la psicologia nel sistema giurisprudenziale.

Ciò che in misura maggiore preme rilevare, è la necessità di giungere a standard metodologici, ampiamente riconosciuti sia dalla sfera psicologica sia da quella del diritto, giacché la condivisione di protocolli scientifici, attendibili e affidabili, ridurrebbe notevolmente la presenza di libere interpretazioni nella valutazione di quanto mai delicate dimensioni dell'individuo, come la capacità nel rendere testimonianza. La disciplina psicologica applicata alla giurisprudenza deve rispettare precisi criteri di scientificità nella selezione delle metodologie di accertamento, in modo da garantire l'accuratezza delle prove raccolte.

A tal proposito, obiettivo e scopo del presente lavoro è quello di fornire una validazione psicometrica della *Gudjonsson Suggestibility Scale* (GSS; Gudjonsson, 1984, 1987), non ancora in commercio nel panorama italiano, in grado di rilevare in maniera attendibile la suggestionabilità interrogativa, intesa come "la misura in cui, all'interno di una interazione sociale chiusa, le persone accettano le informazioni comunicate loro durante un interrogatorio formale, mostrando questa influenza in una successiva risposta comportamentale" (Gudjonsson e Clark, 1986).

Tale validazione permette inoltre di analizzare quali items correlano meglio con il costrutto di suggestionabilità e che relazione intercorre tra questa e la compiacenza, meglio rilevata mediante la somministrazione della *Gudjonsson Compliance Scale* (GCS; Gudjonsson, 1989).

## **La Suggestionabilità Interrogativa**

La suggestionabilità interrogativa è stata inizialmente definita come "*la misura entro la quale gli individui accettano e conseguentemente incorporano le informazioni post-evento all'interno dei ricordi della propria memoria*" (Gudjonsson e Clark, 1986, p. 195). Tuttavia gli autori, in seguito a successivi studi, sostengono come l'informazio-

ne suggestiva post-evento possa anche essere accettata dall'individuo senza che necessariamente essa venga inglobata nella traccia mnemonica. La suggestionabilità interrogativa è una singolare tipologia di suggestionabilità, concernente gli effetti della domanda sul richiamo di memoria e sulla testimonianza.

Secondo i più influenti autori in materia (Gudjonsson, 2003; Loftus, 1979), questo tipo particolare di suggestionabilità è connotato da una forte componente di incertezza correlata alle capacità cognitive della persona e riguardante, generalmente, situazioni molto stressanti con importanti conseguenze per il testimone, la vittima, o sospettato che sia. Nonostante vi siano differenti filoni teorici in merito allo studio della suggestionabilità interrogativa (Shoover e Loftus, 1986; Loftus, 1979), in questa sede si tenterà di esporre quello più pertinente le differenze individuali, che guarda alla suggestionabilità come un costrutto dipendente dalle strategie di  *coping* , che gli individui possono attuare dinanzi a situazioni d'interrogatorio (Gudjonsson, 1992).

## Il Modello di Gudjonsson e Clark

Secondo il modello di Gudjonsson e Clark (1986), è possibile mettere in luce due distinte tipologie di suggestionabilità interrogativa, particolarmente rilevanti nell'ambito della psicologia forense.

La prima tipologia concerne la credibilità dei resoconti testimoniali e il campo della testimonianza in genere. In particolare, il focus è posto sull'impatto che le domande suggestive e fuorvianti hanno sul testimone. Questo tipo di suggestionabilità, denominata  *Yield*  - Accettazione - considera la misura in cui un testimone tende a cedere alle domande tendenziose. La seconda tipologia, indicata con il termine  *Shift*  - Cambio - fa riferimento alla misura in cui, mediante pressioni interpersonali o, spesso, feedback negativi forniti all'inizio della  *performance* , è possibile generare nell'individuo uno spostamento nelle sue risposte (Gudjonsson, 1984). Gudjonsson asserisce l'idea secondo cui tali tipologie di suggestionabilità siano concettualmente distinte e ragionevolmente indipendenti l'una dall'altra, anche se ambedue modulate tanto da fattori cognitivi quanto da fattori

sociali. Brevemente, in ultima analisi, i  *feedbacks* , positivi o negativi che siano, costituiscono l'ultima variabile al modello della suggestionabilità interrogativa di Gudjonsson e Clark.

Gli studiosi precisano che il  *feedback*  è un segnale trasmesso dall'interrogante al testimone, in seguito alla risposta di quest'ultimo, attuato con l'intento di modificare e rafforzare anche le risposte successive. È stato dimostrato che i  *feedbacks*  di natura negativa, come ad esempio "*Stai mentendo!*", potrebbero indurre il soggetto in uno stato confusionario tale da esporlo, in misura maggiore, alla suggestionabilità, rispetto a  *feedback*  positivi, come per esempio "*Stai rispondendo nel modo giusto!*" che, al contrario, potrebbero accrescere la sicurezza dell'intervistato e condurlo verso una testimonianza più accurata, purché libera da suggestioni.

## LA RICERCA

### Obiettivi e Ipotesi

Sia la  *Gudjonsson Suggestibility Scale*  che la  *Gudjonsson Compliance Scale*  sono strumenti utilizzati con il fine di identificare quegli individui più inclini a sviluppare testimonianze erronee durante interviste o interrogatori. La suggestionabilità interrogativa, così come la  *compliance* , sono caratteristiche psicologiche misurabili mediante tali strumenti.

Il presente lavoro di ricerca rientra in un più ampio disegno di validazione della  *Gudjonsson Suggestibility Scale*  nel panorama italiano. A tal proposito, obiettivo del presente studio è quello di fornire un'analisi atta a valutare se la  *Gudjonsson Suggestibility Scale*  sia uno strumento attendibile e affidabile su un campione eterogeneo italiano. In particolare ci si soffermerà sulla misura in cui i suoi items correlano con le sottoscale dello strumento stesso, che, assieme, vanno a definire il costrutto della suggestionabilità.

Inoltre, si proporrà una successiva analisi finalizzata a esplorare la relazione esistente tra suggestionabilità interrogativa e compiacenza. In linea teorica con la letteratura scientifica di riferimento (Gudjonsson, 1990), s'ipotizza di rilevare una correlazione positiva, ma moderata, tra la suggestionabilità interrogativa e la  *compliance* .

## METODO

### *Il campione*

Il campione partecipante allo studio sperimentale è costituito da un totale di 405 individui, di cui il 57,3% è composto da donne. L'età media dei partecipanti è 37,14 (DS = 14,97). A ciascuno di essi è stata somministrata la *Gudjonsson Suggestibility Scale 2* e la *Gudjonsson Compliance Scale*, nella forma D, autosomministrata, mentre solo a 151 partecipanti è stata somministrata anche la *Gudjonsson Compliance Scale*, nella forma E, eterosomministrata.

L'ampio campione è suddiviso per titolo di studio, in altre parole dalla licenza elementare sino al diploma di laurea. Più in particolare, la percentuale maggiore è composta da persone in possesso di una licenza media inferiore o di un diploma di scuola superiore, rispettivamente il 34,1% e il 35,1%. Gli individui in possesso di un diploma di laurea sono il 25,4%. Coloro i quali, invece, sono in possesso di una licenza di scuola elementare rappresentato soltanto il 5,4% dell'intero campione.

### *Le misure e la procedura*

Nel presente lavoro di ricerca sono state utilizzate la *Gudjonsson Suggestibility Scale 2* (GSS 2; Gudjonsson, 1987) e la *Gudjonsson Compliance Scale*, sia nella forma D, autosomministrata, che nella forma E, eterosomministrata (GCS-D; GCS-E; Gudjonsson, 1989). Entrambe le scale originali (Gudjonsson, 1984, 1987) sono state tradotte in italiano e poi nuovamente tradotte da un madrelingua inglese, al fine di ottenere una versione finale delle versioni originali.

La GSS 2, forma parallela della *Gudjonsson Suggestibility Scale*, risulterebbe essere un valido e attendibile strumento per misurare la suggestibilità individuale, in contesti non necessariamente forensi. Essa è somministrata individualmente a ciascun partecipante ed è presentata come un test sulla memoria, evitando così di affermare che si valuterà la suggestibilità. La GSS 2 si avvale di un breve racconto che viene letto dallo sperimentatore al partecipante. Dopo la lettura del brano, è chiesto al partecipante di raccontare lo stesso. In seguito, dopo essere stato impegnato

con un compito *filler* per 50 minuti circa, è chiesto alla persona di richiamare alla memoria e raccontare, nuovamente, il brano espostogli in precedenza. Sia nel Richiamo Immediato che nel Richiamo Differito vengono registrati il numero di dettagli riportati dal partecipante in un *range* che va da un minimo di 0 a un massimo di 40 punti. Quindi, la scala fornisce un punteggio di memoria - *Memory Recall* - che è la misura del richiamo verbale sul racconto della GSS 2, e costituisce un indicatore di attenzione, concentrazione e capacità di memoria del partecipante. Sempre in entrambe le fasi - immediata e differita - il ricercatore annota anche il numero di Distorsioni e il numero di Invenzioni raccontate dal partecipante.

In seguito vengono poste al partecipante 20 domande relative al brano letto, di cui 15 sono suggestive e 5 di controllo. Le domande di controllo riflettono il reale contenuto della storia e non sono incluse nello scoring perché estranee alla suggestionabilità. Dopo aver risposto a tutte le domande, lo sperimentatore fornisce un *feedback* negativo al partecipante, informandolo di aver commesso alcuni errori nelle risposte e che è necessario ripetergli le stesse domande. Invero, non è specificato quali siano realmente le risposte errate poiché il *feedback* è fornito indipendentemente dal reale andamento della prova.

Per quanto concerne lo scoring, la scala fornisce quattro punteggi di suggestibilità (Accettazione 1, Cambio, Accettazione 2, Suggestibilità Totale). Ogni risposta affermativa nella prima sequenza di domande, costituisce un punteggio di Accettazione 1, altresì denominato *Yield 1*, mentre nella seconda sequenza di domande, a seguito del *feedback* negativo, viene assegnato un punteggio di Accettazione 2, ovvero *Yield 2*, ogni qualvolta il partecipante cede alla domanda suggestiva. Il *range* per l'Accettazione 1 e l'Accettazione 2 va da 0 a 15. Il Cambio, invece, detto anche *Shift*, costituisce il punteggio delle volte in cui il partecipante modifica la sua risposta, in un *range* tra 0 e massimo 20 punti. La Suggestibilità Totale, infine, è data dalla somma dei punteggi di Accettazione 1 e Cambio.

Una volta terminate le domande e registrati i differenti punteggi di suggestibilità, il ricercatore fornisce al partecipante la *Gudjonsson Compliance Scale*, nella forma D. La GCS-D si pre-

senta sottoforma di questionario Vero o Falso nel quale sono indicati 20 items, riguardanti atteggiamenti e caratteristiche personali del partecipante. La persona, nel leggere il questionario, dovrà applicare tali affermazioni a se stesso e decidere se sono vere o false. Gli items sono stati selezionati in base alla loro rilevanza, concettuale e teorica, del comportamento compiacente (Gudjonsson, 1989).

## RISULTATI

### *Analisi descrittive dei punteggi della GSS 2*

Dai dati ottenuti mediante la somministrazione della GSS 2 sono state calcolate le medie e la deviazione standard degli indici delle due situazioni di Richiamo verbale - Immediato e Differito - e delle Confabulazioni totali, dell'Accettazione 1 e Accettazione 2, del Cambio e della Suggestibilità Totale. Più nel dettaglio, è osservabile, in Tabella 1, la differenza media tra gli indici delle scale di Accettazione 1 e Accettazione 2. È indicativo il naturale incremento di suggestibilità nell'indice medio di Accettazione 2 rispetto all'indice medio di Accettazione 1. Facendo un t-test per campioni appaiati emerge che tale differenza è significativa ( $t_{(404)} = 8,84, p < 0,001$ ).

In Tabella 2 sono riportate, per ogni singolo item, le percentuali di risposte errate nella fase di Accettazione 1, Accettazione 2, e Cambio. In primo luogo, soprattutto per quanto concerne l'Accettazione 1, è messo in luce, sin da subito, come alcune tipologie di domande sembrano avere un effetto suggestivo maggiore rispetto alle altre. In

secondo luogo, comparando tra loro le risposte errate, è possibile osservare in che misura e per quali items i partecipanti allo studio di ricerca, hanno ritrattato la loro risposta originale, in seguito al *feedback* negativo fornito dallo sperimentatore. Sono esenti dall'analisi le cinque domande di controllo, ossia gli items 1, 5, 9, 13 e 17. Per quanto concerne l'indice di suggestibilità in Accettazione 1, è possibile mettere in luce quegli items che, in percentuale significativamente più elevata, rappresentano quelle domande suggestive per cui gran parte del campione della ricerca ha fornito una risposta errata. In particolare, ad esempio, per l'item 4, "Il marito era un direttore di banca?", è riportata una percentuale d'errore pari al 44,9%; per l'item 11 e 12, rispettivamente "Anna era preoccupata che il ragazzo potesse essersi fatto male?" e "Giovanni ha afferrato il braccio o la spalla del ragazzo?" è riportata una percentuale d'errore pari al 74,8% e al 55,8%. Per gli stessi tre items è segnalabile un incremento delle percentuali d'errore nella scala di Accettazione 2, in particolare, 53,8% per l'item 4 e 63,2% per l'item 12. In ultima analisi, per quel che riguarda la scala Cambio, è sempre l'item 4 a rilevare una percentuale d'errore maggiore, pari al 28,9%.

### *Analisi sull'affidabilità*

Sono stati condotti numerosi studi per la validazione delle Gudjonsson Suggestibility Scales su campioni differenti. Per quanto attiene l'analisi sull'affidabilità, generalmente i coefficienti alfa di Cronbach della GSS 2 sono più elevati rispetto a quelli della GSS.

Gudjonsson (1992) ha eseguito un'analisi fattoriale con rotazione Varimax sugli items della GSS 2 somministrata a un campione di 129 individui. I risultati della ricerca hanno messo in luce chiaramente che gli items hanno una soddisfacente affidabilità e saturano in maniera significativa due fattori corrispondenti ai costrutti di Accettazione e Cambio (Gudjonsson, 1984, 1987; Singh e Gudjonsson, 1984, 1987).

|                           | RANGE | MEDIA | DEVIAZIONE STANDARD |
|---------------------------|-------|-------|---------------------|
| Richiamo libero immediato | 1-31  | 14,89 | 5,48                |
| Confabulazione totale 1   | 0-10  | 2,21  | 1,67                |
| Richiamo libero differito | 1-33  | 13,33 | 5,38                |
| Confabulazione totale 2   | 0-9   | 2,53  | 1,72                |
| Accettazione 1            | 0-13  | 4,50  | 2,67                |
| Accettazione 2            | 0-20  | 5,47  | 3,14                |
| Cambio                    | 0-15  | 3,40  | 2,31                |
| Suggestibilità totale     | 0-25  | 7,90  | 4,21                |
| GCS                       | 0-20  | 9,01  | 3,82                |

Tabella 1. Statistiche descrittive

| ITEM | ACCETTAZIONE 1 | CAMBIO | ACCETTAZIONE 2 |
|------|----------------|--------|----------------|
| 1    | 16,8%          | 7,7%   | 0,2%           |
| 2    | 26,4%          | 23,7%  | 32,3%          |
| 3    | 23%            | 25,4%  | 35,3%          |
| 4    | 44,9%          | 28,9%  | 53,8%          |
| 5    | 15,8%          | 8,4%   | 1%             |
| 6    | 25,9%          | 25,7%  | 31,9%          |
| 7    | 22,2%          | 16,3%  | 25,2%          |
| 8    | 17,8%          | 13,3%  | 23,2%          |
| 9    | 17%            | 10,1%  | 1,2%           |
| 10   | 14,6%          | 16,5%  | 21,5%          |
| 11   | 74,8%          | 16,5%  | 76,8%          |
| 12   | 55,8%          | 29,4%  | 63,2%          |
| 13   | 16,8%          | 3,2%   | 0,2%           |
| 14   | 23,5%          | 21,7%  | 27,7%          |
| 15   | 37,3%          | 21,7%  | 49,6%          |
| 16   | 4%             | 6,9%   | 5,7%           |
| 17   | 18,8%          | 11,1%  | 2,0%           |
| 18   | 9,1%           | 12,1%  | 13,1%          |
| 19   | 33,8%          | 20,7%  | 37,8%          |
| 20   | 39,3%          | 20,7%  | 44,7%          |

Tabella 2. Percentuale risposte errate per item

Questi risultati sono identici a quelli ottenuti sulla GSS (Gudjonsson, 1984) e indicano che esistono due tipologie indipendenti di suggestionabilità interrogativa, corrispondenti alla misura in cui gli individui cedono alle domande suggestive (Accettazione 1) e al modo in cui rispondono alla pressione interrogativa (Cambio). I coefficienti alfa di Cronbach per i punteggi di Accettazione 1, Accettazione 2 e Cambio sono rispettivamente 0,87, 0,90 e 0,79. L'affidabilità della GSS 2 è leggermente migliore di quella della GSS.

Nel presente studio, il coefficiente alfa di Cronbach per Accettazione 1 è 0,69, mentre quello per la scala Cambio è 0,51. Infine, il coefficiente alfa di Cronbach per Accettazione 2 risulta essere 0,75. Visti i dati concernenti l'indice di affidabilità, è possibile concludere che la GSS 2 risulterebbe essere un test affidabile per la misurazione della suggestionabilità interrogativa.

### Relazione tra suggestionabilità e compiacenza

In ultima analisi, nel presente studio è messa in luce l'interazione tra la suggestionabilità e il costrutto di compiacenza e la relazione che intercorre tra la *Gudjonsson Compliance Scale* - forma D - autosomministrata e la *Gudjonsson Compliance Scale* - forma E - eterosomministrata.

In primis, analizzando gli elementi in Tabella 3, è possibile rilevare le correlazioni che intercorrono tra le varie scale. E' palese la correlazione esistente tra i punteggi di richiamo libero immediato e quelli di richiamo libero differito, che vanno a delineare una relazione positiva e significativa tra i due indici. Al contempo, entrambi i richiami correlano negativamente con tutti gli indici di suggestionabilità, a conferma del fatto che a maggiori capacità mnestiche corrispondono minori livelli di suggestionabilità. In altre parole, così come esposto dalla letteratura, individui in grado di richiamare, durante la GSS, un numero maggiore di dettagli del brano, con molta meno probabilità tenderanno a cedere

|                           | RL_T1   | RL_T2   | ACCETT_1 | ACCETT_2 | CAMBIO | SUGG_TOT | GCS |
|---------------------------|---------|---------|----------|----------|--------|----------|-----|
| Richiamo Libero immediato | 1       |         |          |          |        |          |     |
| Richiamo Libero differito | 0,89**  | 1       |          |          |        |          |     |
| Accettazione 1            | -0,37** | -0,41** | 1        |          |        |          |     |
| Accettazione 2            | -0,31** | -0,34** | 0,72**   | 1        |        |          |     |
| Cambio                    | -0,16** | -0,19** | 0,41**   | 0,57**   | 1      |          |     |
| Suggestionabilità totale  | -0,35** | -0,37** | 0,86**   | 0,71**   | 0,81** | 1        |     |
| GCS                       | -0,10*  | -0,10*  | 0,09     | 0,04     | 0,02   | 0,07     | 1   |

Tabella 3. Correlazioni di Pearson tra suggestionabilità e compiacenza \*\* p < 0,01 \* p < 0,05

alle *leading questions* e, pertanto, saranno meno inclini alla suggestionabilità (Gudjonsson, 1987).

In secondo luogo, significative risultano le correlazioni emerse tra il punteggio della Suggestionabilità totale e quello delle relative sottoscale di Accettazione 1, Accettazione 2 e Cambio, poiché, i punteggi di queste ultime, contribuiscono a definire il punteggio totale del costrutto della suggestionabilità. Al contempo, la stessa Suggestionabilità Totale correla, in modo negativo e significativo con entrambi i punteggi di Richiamo argomentando l'ipotesi che tanto più il partecipante è in grado di ricordare dettagli del brano, meno sarà suggestionabile. Per quanto concerne, invece, la relazione tra i punteggi di Cambio e quelli di Accettazione, è possibile sostenere che il primo correla significativamente con i punteggi di Accettazione 2, ma non con quelli di Accettazione 1. Tale contrapposizione di risultati nelle due scale di Accettazione è spiegata dal fatto che Cambio e Accettazione 2 sono misure rilevate a seguito del *feedback* negativo fornito dallo sperimentatore e, conseguentemente, la loro relazione è più significativa rispetto a quella tra Cambio e Accettazione 1 (Gudjonsson, 1987).

All'interno dei contesti di interrogatorio, ha approfondito anche il costrutto della *compliance*, e la correlazione che intercorre tra questa e la suggestionabilità. Egli definisce la compiacenza come la "tendenza generale degli individui a soddisfare delle richieste e a obbedirvi, contro la propria volontà" (Gudjonsson, 1989). La differenza principale tra suggestionabilità e compiacenza è che quest'ultima non richiede una particolare accettazione personale della proposizione o della richiesta fatta dall'intervistatore. In altre parole, l'individuo è consapevole di svolgere o affermare un qualcosa per cui non è totalmente in accordo. La suggestionabilità, invece, così come definita da Gudjonsson e Clark (1986), comporta l'accettazione implicita del suggerimento ed è strettamente legata ai processi intellettivi e di memoria.

Dunque, in ultima analisi, dagli elementi emersi nella Tabella 4, come predetto dal modello teorico di Gudjonsson (1989), il punteggio ottenuto con la *GCS* è associato positivamente con i punteggi di suggestionabilità ma tutte le correlazioni risultano essere basse. Questi risultati indicano che esiste una certa sovrapposizione tra i costrutti

di suggestionabilità e di compiacenza misurati da questi due strumenti. In sostanza, i due strumenti sono idonei a misurare soltanto i costrutti rispettivi. Nel presente lavoro, a 151 individui partecipanti al progetto di ricerca, è stata somministrata la *GCS* anche in forma E, al fine di rilevarne la compiacenza. La correlazione tra *GCS-D* e *GCS-E* è risultata significativa e positiva, con un coefficiente di correlazione di Pearson pari a 0,36 ( $p < 0,01$ ). In conclusione, è possibile confermare, in linea con la letteratura (Gudjonsson, 1989), come la *GCS*, sia autosomministrata sia eterosomministrata, sia uno strumento attendibile e affidabile per la misurazione della compiacenza.

## Discussione

Il presente studio s'inserisce in un più ampio progetto di valutazione della *Gudjonsson Suggestibility Scale* (*GSS* 2; Gudjonsson, 1984, 1987) nel contesto italiano. Questo lavoro di tesi è stato condotto per svolgere un'accurata validazione della *GSS* mediante la somministrazione del test a un cospicuo campione italiano, e per analizzare l'esistente correlazione tra suggestionabilità interrogativa e la compiacenza. Quest'ultima è stata misurata tramite la somministrazione della *Gudjonsson Compliance Scale* (*GCS*; Gudjonsson, 1989). Questo studio rappresenta un primo tentativo di validare la *Gudjonsson Suggestibility Scale* su popolazione italiana. Alla luce della letteratura scientifica, è possibile affermare che, nelle analisi condotte in questo lavoro di tesi, la *Gudjonsson Suggestibility Scale* è uno strumento attendibile e affidabile per la valutazione del costrutto della suggestionabilità in un campione italiano non necessariamente forense. Inoltre, è emerso che la suddetta e la *Gudjonsson Compliance Scale* sono correlate positivamente ma non in modo significativo. Questo a dimostrazione del fatto che la *GSS* è un test affidabile solo per la misurazione della suggestionabilità e non anche della compiacenza. La compiacenza è altresì misurabile, in maniera più efficace, mediante la somministrazione della *GCS* in forma autosomministrata o eterosomministrata, così come emerso dallo studio condotto.

E' opportuno mettere in luce come vi siano alcuni aspetti del presente studio di tesi, che potrebbero essere ampliati in ricerche future. In primo

luogo, la popolazione di riferimento, del campione normativo, potrebbe essere allargata anche ai minori, al contesto forense e ai testimoni oculari, per offrire una maggiore generalizzabilità dei risultati. In secondo luogo, per quanto concerne la correlazione tra suggestionabilità e compiacenza, sarebbe maggiormente opportuno riuscire a somministrare la *GCS-D* o *E* a tutti i partecipanti del campione che hanno svolto allo stesso tempo anche la *GSS*, così da ottenere una correlazione più affidabile tra i due costrutti.

## Conclusioni

Il lavoro di tesi magistrale qui esposto orbita attorno all'idea che sia effettivamente possibile trovare un punto d'incontro tra la psicologia e il diritto, non soltanto all'interno di un manuale di psicologia forense. La psicologia forense è una disciplina che può e deve incidere nella realtà processuale non solo attraverso le consulenze tecniche e le perizie ma soprattutto, riuscendo a far accettare l'idea che, per esercitare la funzione giurisdizionale e per operare in essa, è indispensabile conoscere le scienze del comportamento e della mente umana.

A fronte di questo importante obiettivo si osserva, nella pratica quotidiana, una stupefacente anarchia metodologica, laddove i periti e i consulenti approcciano il problema utilizzando strumenti non pertinenti al campo d'indagine (Sartori e Codognotto, 2010). Alla luce delle più recenti e accreditate conoscenze scientifiche è necessario, così come espresso in numerose sentenze della Corte di Cassazione, utilizzare una metodologia *evidence based* nella valutazione della testimonianza di un individuo.

E' di grande interesse ricordare, per concludere, che strumenti quali la *Gudjonsson Suggestibility Scale*, di cui può disporre lo psicologo forense, o in senso lato l'esperto, sono indispensabili al fine di condurre un'accurata analisi in ambito forense, immune da metodologici processi di verificazionismo o di ragionamento circolare. E' sotteso che più ci si allontana dalla standardizzazione, dall'affidabilità dei metodi e delle misure, più ci si separa dalla qualità della valutazione peritale, dalla possibilità di offrire al Presidente gli strumenti congrui a non commettere errori giudiziari e, quindi, dalla realtà oggettiva dei fatti.

## Bibliografia

- Conway, M.A., e Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288
- Curci, A. e Lanciano, T. (2010). Testimonianza, memoria ed emozioni. L'interfaccia tra ricerca di base e applicazioni in ambito forense. In G. Gulotta e A. Curci, (a cura di), *Mente, Società e Diritto. Collana di Psicologia Giuridica e Criminale* (pp.131-148). Milano: Giuffrè.
- Gudjonsson, G.H. (1984). A new scale for interrogative suggestibility. *Personality and Individual Differences*, 5, 302-314
- Gudjonsson, G.H. e Clark, N.K. (1986). Suggestibility in police interrogation: A social psychological model. *Social Behavior*, 1, 83-104.
- Gudjonsson, G.H. (1987). A parallel form of the Gudjonsson Suggestibility Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 215-221.
- Gudjonsson, G.H. (1989). Compliance in an interrogative situation: A new scale. *Personality and Individual Differences*, 5, 535-540.
- Gudjonsson, G.H. (1990). The relationship of intellectual skills to suggestibility, compliance and acquiescence. *Personal Individual Difference*, 11, 227-231.
- Gudjonsson, G.H. (1992). Interrogative suggestibility: Factor analysis of the Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS 2). *Personality and Individual Differences*, 13, 479-481.
- Gudjonsson, G.H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confession: A Handbook*, Wiley. New York.
- Gudjonsson, G.H. e Clark, N.K. (1986). Suggestibility in police interrogation: A social psychological model. *Social Behavior*, 1, 83-104.
- Loftus, E.F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Penfield, W. e Roberts, L. (1959). *Speech and Brain Mechanism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sartori, G. e Codognotto, S. (2010). La valutazione evidence-based della idoneità del minore a rendere testimonianza. In G. Gulotta e A. Curci, (a cura di), *Mente, Società e Diritto. Collana di Psicologia Giuridica e Criminale* (pp.155-172). Milano: Giuffrè.
- Schooler, J.W. e Loftus, E.F. (1986). Individual differences and experimentation: complementary approaches to interrogative suggestibility. *Social Behavior*, 1, 105-112.
- Sigurdsson E., Gudjonsson, G.H., Kolbeinsson, H.e Petursson, H. (1994). The effects of ECT and depression on confabulation, memory processing, and suggestibility. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 443-451.



## 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 complesso come quello della promozione del benessere del minore. Il tavolo tecnico opere-



rà 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

sono 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 Chiecho 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



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 pos-

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.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bari



Ordine degli Psicologi della Regione Puglia



Ordine degli Avvocati Bari





## *8 marzo giornata internazionale della donna: un giorno per riflettere anche sull'uomo (violento)*

*Dott.ssa Vanda Vitone*

*Vicepresidente Ordine Psicologi Regione Puglia, Incarico per le Pari Opportunità e la Parità di Genere*

In occasione della Giornata Internazionale della Donna, l'Ordine degli Psicologi della Puglia riflette sul fenomeno della violenza sulle donne, auspica l'approvazione di norme a sostegno di chi subisce violenza e propone un percorso di sostegno per gli uomini violenti. Lo fa attraverso l'intervento di Vanda Vitone, Vicepresidente dell'Ordine che afferma che l'8 marzo è "un giorno non solo per ricordare le conquiste femminili nel campo sociale politico, economico e letterario ma per riflettere anche su violenze e discriminazioni di genere a livello delle relazioni familiari, nel sociale e sui luoghi di lavoro".

"Come donna e psicologa di un Consultorio familiare - prosegue Vitone - questa giornata mi stimola a riflettere sulla condizione di molte donne all'interno delle relazioni intime e all'interno della famiglia. Quest'ultima, anche se considerata ancora il luogo delle cure, degli affetti e dei rapporti basati sul rispetto reciproco, per molte donne e bambine è il posto meno sicuro; è il luogo della paura e della violenza perpetrata dai compagni, mariti, padri". Le donne con cui vengo spesso a contatto - dice la vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi - vivono una condizione di sofferenza fisica e psicologica, incapaci di difendersi, umiliate da continue minacce e maltrattamenti subiti da coloro di cui si fidano e chiedono aiuto per se' e per i loro figli". Nel 2013 in Italia sono state 65 le donne uccise da uomini con cui avevano un forte legame affettivo e ancora numerose sono quelle che subiscono violenza economica, psicologica, fisica, sessuale e azioni di stalking. Per non parlare di bambine abusate da padri o compagni delle madri, ferite da traumi che influiscono pesantemente sul loro sviluppo emotivo-affettivo.

In occasione dell'8 marzo l'auspicio è che la regione Puglia emani in tempi rapidi la legge dal titolo "Norme in materia di prevenzione e contrasto della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e minori vittime di violenza" tutt'ora in discussione che si propone:

1. di assicurare alle donne che subiscono atti di violenza un sostegno per consentire loro di recuperare e rafforzare la propria autonomia materiale e psicologica e la propria dignità;
2. di tutelare le donne che vivono in situazioni di disagio o difficoltà, che subiscono violenza o minaccia di essa, in tutte le sue forme, fuori e dentro la famiglia;
3. di promuovere interventi di prevenzione della violenza di genere e di diffusione della cultura della legalità e del rispetto;
4. di sostenere e diffondere i Centri Antiviolenza;
5. di promuovere forme di informazione e comunicazione che siano attente alla rappresentazione dei generi e rispettose dell'identità di uomini e donne.

"Personalmente - continua Vitone - ritengo che per una riduzione del fenomeno del maltrattamento e per un profondo cambiamento culturale sia necessario ipotizzare l'istituzione di Centri di Ascolto per Uomini Maltrattanti (C.A.M), ancora pochi in Italia, finalizzati ad una prima accoglienza e presa in carico di uomini intenzionati ad intraprendere un percorso di cambiamento attraverso un lavoro che li aiuti ad affrontare ed elaborare i traumi psicologici di cui sono a loro volta portatori e li renda capaci di esprimere emozioni positive, canalizzando la loro rabbia in forme di rispetto della dignità della donna".

Autore: **Nicola Ghezzi**  
 Titolo: **Ricordati  
 di rinascere**  
 Editore: **FrancoAngeli**  
 Anno: **2014**  
 Pagine: **160**  
 Prezzo: **€19,00**



### Presentazione

Tutti andiamo incontro a crisi psicologiche più o meno gravi. Talvolta si tratta di effetti di ritorno delle normali fasi di sviluppo, soprattutto quando si tratta di bambini e adolescenti riccamente dotati. In età adulta, queste crisi indicano sempre che la maturazione personale è bloccata. Allora pensiamo di essere affetti da una “malattia mentale” e invece si tratta di una crisi di sviluppo non condotta a buon fine. In questo senso, il libro di Nicola Ghezzi è teso ad argomentare che le “malattie” psicologiche possono tutte essere rilette nei termini di “crisi evolutive” non andate a buon fine, offrendo così un paradigma squisitamente psicologico (e implicitamente non medico) alla nosografia dei disturbi psichici e alla teoria e alla prassi della psicoterapia. Queste fasi critiche possono precipitarci in un vortice di sofferenze e di strani sintomi, ma possono anche risolversi in modo brillante, diventare occasione di vere e proprie “svolte di vita”, offrendoci così la visione di un nuovo percorso e di una nuova stagione dell’esistenza. Talvolta esse hanno uno sviluppo spontaneo, altre volte hanno un positivo decorso grazie a validi interventi psicologici professionali. Col tempo ci si accorge che, superate le crisi delle diverse età, siamo diventati sempre più noi stessi, abbiamo realizzato quel disegno originario che ci distingue da ogni altro essere umano. Siamo più vicini alla nostra vera personalità, alla nostra vocazione e al nostro destino.

Il libro riveste un interesse particolare per il lettore professionale - psicologo, psicoterapeuta, psichiatra, counselor - perché fra l’altro racconta e allo stesso tempo analizza il disturbo giovanile che indusse l’autore a intraprendere la carriera di psicoterapeuta. Nicola Ghezzi, nel libro, mentre ci ricorda le storie esemplari di figure come Hermann Hesse e Carl Gustav Jung, svolge la più onesta e aperta confessione autobiografica che uno psicoterapeuta abbia mai rappresentato di fronte ai suoi lettori. Egli estrae dalla propria vicenda autobiografica un periodo di crisi giovanile contrassegnato da ansia claustrofobica e de-realizzazione, e ne tratteggia l’evoluzione verso la graduale maturazione del destino personale che fece di lui uno psicoterapeuta affermato. In un’epoca nella quale la competizione spinge lo psicologo professionista a difendersi dietro i rigidi parametri del ruolo professionale e talvolta di un falso Sé, Ghezzi porta argomenti contrari alla mimesi conformistica, introducendo l’idea che lo psicoterapeuta è ricco non solo di cultura, ma anche della sua privata esperienza personale, che non di rado è stata di natura disadattiva. Delinea inoltre una teoria secondo la quale ciascuno di noi - psicologo e non - possiede un embrione psichico, cioè un’idea intuitiva della meta esistenziale cui è destinato, e che la psicopatologia è spesso nient’altro che una deviazione, più o meno ampia e più o meno grave, da questo destino.

*Nicola Ghezzi è psicoterapeuta e scrittore. Ha formulato i principi della Psicologia dialettica, che studia la psiche a partire dal quadro storico e sociale. Ha collaborato con Ducio Demetrio alla LUA (la Libera Università dell’Autobiografia di Anghiari) e con Francesco Alberoni alla collana La scienza dell’amore per l’editore Sonzogno. E’ Presidente dell’ASIP (Associazione per lo Studio delle Iperdotazioni Psiciche), che si occupa del rapporto fra genio personale, creatività e malessere psichico. Fra i suoi libri: Volersi male (2002), La logica dell’ansia (2008), A viso aperto (2009), La paura di amare (2012), Grammatica dell’amore (2012), Perché amiamo (2013), Ricordati di rinascere (2014).*

Autore: **Antonio Semerari**  
 Titolo: **Il delirio di Ivan**  
*Psicopatologia dei*  
*Karamazov*  
 Editore: **Laterza**  
 Anno: **2014**  
 Pagine: **136**  
 Prezzo: **€12,00**

### Presentazione

I personaggi di Dostoevskij sono stati descritti come frammentati, incompiuti, contraddittori senza consapevolezza delle loro contraddizioni, confusi tra la realtà e il mondo delle loro fantasie.

La moderna psicopatologia descrive queste caratteristiche come disturbi della coscienza e dell'identità, condizioni dove il senso di unità delle persone si indebolisce fino a frantumarsi e la capacità di distinguere tra rappresentazioni interne e mondo esterno si attenua fino a perdersi. Questi disturbi si manifestano, soprattutto, in persone che hanno vissuto un'infanzia "traumatica", cronicamente esposti da bambini a minacce soverchianti le loro possibilità di reazione.

L'autore analizza l'evoluzione psicopatologica dei personaggi de "I Fratelli Karamazov" come se fossero persone realmente esistite e il formarsi e la crisi delle loro personalità a partire dagli anni dell'infanzia.

Ne emerge la straordinaria capacità dello scrittore di costruire personaggi credibili e viene messa in luce la coerenza psicopatologica alla base dell'apparente imprevedibilità e caoticità della loro condotta. Il romanzo di Dostoevskij viene così analizzato come un tentativo di indagare, con gli strumenti dell'arte, l'effetto disgregante sull'animo umano di un contatto prolungato con il male.

### Recensione

**Semerari, A. (2014). Il Delirio di Ivan. Psicopatologia dei Karamazov di Antonio Semerari. Roma-Bari: Ed. Laterza.**

*Anna Gasparre\**

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

Il saggio di Semerari rappresenta uno straordinario tentativo di connettere la psicologia e la psicoterapia al mondo della creazione artistica, la letteratura. Trovo interessante che sia stato scelto proprio Dostoevskij, a cui, come è ben noto, si attribuisce il merito di aver reso la letteratura europea un campo psichico in cui domina la dimensione interiore. E nello specifico di Dostoevskij sia stato scelto proprio il vertice della

sua produzione letteraria "I fratelli Karamazov" i cui personaggi si distinguono per l'essere "individui frammentati, incompiuti, contraddittori senza consapevolezza delle loro contraddizioni, confusi tra la realtà e il mondo delle loro fantasie".

Il saggio di Semerari ruota attorno a due principali sfide narrative e teoriche: La prima è: "i personaggi di Dostoevskij così

complessi e contorti sono davvero rappresentativi della maggior parte delle persone



comuni e potenziali lettori?

Semerari vuole confutare le affermazioni di Vladimir Nabokov, autore di “Lolita”, secondo il quale il lettore sarebbe più propenso a considerare credibile un romanzo se i protagonisti mostrassero reazioni comuni o universalmente comprensibili piuttosto che estreme, bizzarre e fuori dalle diverse possibilità umane. La seconda è: “E’ possibile trattare i personaggi di Dostoevskij come se fossero persone reali, realmente esistiti, il cui *background* esperienziale è in grado di spiegare il formarsi, l’evolversi e la crisi delle loro personalità a partire dall’età infantile?”

Utilizzando gli strumenti di indagine psicodiagnostica tratti dall’attuale psicologia dello sviluppo e dagli studi recenti sul trauma e dissociazione, l’autore analizza la psicopatologia dei personaggi come se fossero persone reali. Leitmotiv dell’intera trattazione è “l’effetto disgregante sull’animo umano di un contatto prolungato dei personaggi con il male”, un male che si manifesta sotto diverse forme e che si traduce nei diversi fattori “traumatici” responsabili della psicopatologia dei Karamazov. Un padre, Fëdor Pavlovič Karamazov, proprietario terriero, uomo volgare, lussurioso e dissipatore la cui propensione al male si estrinseca in egoismo primitivo ed ingenuo. Nella cura dei figli questo tratto è definito in termini tecnici *neglet* ovvero estrema trascuratezza ed abbandono, considerata dalle più recenti teorie del trauma e dissociazione uno dei fattori predisponenti l’instaurarsi di un legame di attaccamento disorganizzato.

Nel caso di Dmitrij, l’interazione con una madre disperata e insofferente verso un padre disprezzato, l’abbandono della madre e i continui abbandoni successivi lo portano a sviluppare sentimenti contrastanti verso i genitori. Per Alëša e Ivan l’interazione con una madre isterica li costringe a vivere in un’atmosfera arcana ed inquietante in cui la minaccia è evocata dall’angoscia e dalla paura espressa dal genitore. Questi fattori traumatici sono tali da danneggiare le funzioni integrative della coscienza e da provocare poi nella vita adulta caos, disordine, frammentarietà

e conseguente insorgenza di stati dissociativi.

I tentativi di padroneggiare gli stati di rabbia, di vuoto e di vergogna provocati dagli effetti ripetuti di tali fattori strutturano personalità differente nei tre fratelli. In Dmitrij strutturano una personalità di tipo *borderline* fatta di stati mentali non integrati, caotici, a compartimenti che vedono ad es. “l’alternarsi di l’impulsività e aggressività a gesti generosi e ad affetti appassionati”, tutto in una narrazione frammentata in cui il bene e il male coesistono confusamente nella coscienza senza che il personaggio riesca a stabilirne una gerarchia di rilevanza. In Alëša l’interazione ripetuta con una figura di attaccamento spaventata e spaventante consente una strategia di difesa dal trauma e dalla dissociazione definita come “inversione dell’attaccamento” che consiste nel prendersi precocemente cura del proprio genitore.

Si sviluppa in Alëša un’eccezionale attitudine alla cura e alla misericordia verso il prossimo. Tuttavia quando emozioni contrastanti quali collera e pena verso il peccatore coesistono e sono vissuti con stessa intensità si verificano in lui stati dissociativi (esperienze mistiche per Dostoevskij) da cui però Alëša a contrario degli altri fratelli sembra uscirne con una maggiore integrazione e un sentimento di rafforzamento dell’io. In Ivan i tentativi di fronteggiare gli effetti ripetuti degli eventi traumatici determinano una personalità più complessa.

Rispetto ad Alëša, Ivan è chiuso ed introverso. All’oscillazione degli stati di vuoto e di vergogna, l’introverso Ivan contrappone una coazione all’orgoglio e al disprezzo che lo porta a sviluppare un disturbo narcisistico di personalità.

Tuttavia il quadro diagnostico di Ivan è molto più articolato. Con un’intelligenza fuori dal comune, orgoglioso ed intellettuale Ivan ha elaborato una morale personale idiosincratica, strana inaccettabile al senso comune basata sulla menzogna, sulla teoria che “tutto è permesso” evidente nella leggenda da lui creata del “Grande Inquisitore”. Tuttavia dinanzi ad aspetti di sé inaccettabili per il pro-

prio orgoglio Ivan si dissocia. Ed è quello che succede quando il suo desiderio di uccidere il padre si trasforma in intenzione attraverso la sua relazione con Smerdjakov (probabile figlio illegittimo di Fëdor, e dalla personalità psicopatica). La percezione del male dentro di sé, il desiderio di realizzare un desiderio abietto, contraddice con quell'io orgoglioso provocandogli una ferita narcisistica così terribile che finisce con il disgregare gravemente la sua identità.

Il profilo psicodiagnostico dei fratelli Karamazov è raffinato dalla capacità dell'autore di rintracciare all'interno del romanzo di Dostoevskij anche informazioni riguardanti le risposte e le implicazioni sociali dei diversi disturbi, elementi quest'ultimi imprescindibili quando si vuole fare una "buona diagnosi!".

Ad es. in Dmitrij il caos e la contraddittorietà interna si traduce a livello relazionale e sociale nella considerazione altrettanto ambivalente che gli altri hanno di lui in città, considerato desideroso e intenzionato di uccidere suo padre (verso cui prova forte rabbia e angoscia per ragioni prevalentemente di natura materiale) e al contempo uomo buono e generoso. In Alëša la sua tendenza alla cura e alla misericordia si traduce nella capacità del personaggio di suscitare negli altri altrettanta benevolenza e tenerezza a tal punto da diventare fattori protettivi rispetto alle esperienze pregresse traumatiche. Se la benevolenza e tenerezza di cui si circonda Alëša rappresenta un tampone per gli effetti dei traumi, la stessa cosa non può accadere per Ivan, cupo e taciturno, tende ad isolarsi fin da piccolo in se stesso, a creare una distanza emotiva tra se e il mondo che sperimenta come estraneo potendo quindi contare solo ed esclusivamente sulla sua intelligenza.

Tutte queste informazioni, sui fattori premorbosi, sulla personalità, sui cicli interpersonali stimolano l'autore a continuare nella sua finzione di considerare i personaggi come realmente esistiti, e ad avanzare ipotesi prognostiche sull'evoluzione del disturbo.

Se tali ipotesi sono più o meno stabili per Dmitrij e favorevoli per Alëša, risultano più

complesse per Ivan, il quale distrutta la dinamica narcisistica, deprivato del suo orgoglio e svuotato di scopi a seguito della morte del padre (di cui si sente responsabile) potrà rielaborare una visione integrata di sé solo se riesce a sfruttare quella spinta Karamazoviana al desiderio, e a fare di questa forza vitale curiosità ed interesse verso la vita.

In definitiva, in risposta alle sfide sopra accennate, credo che l'autore sia straordinariamente riuscito nella sua impresa!!

Rispetto a Nabokov l'autore è riuscito a dimostrare come anche i personaggi di Dostoevskij nella loro follia, rappresentano personaggi di universale interesse e non solo di interesse specialistico. Qualunque essere umano posto dinanzi al male perde la capacità di distinguere tra eventi interni e mondo esterno e questo in taluni casi può comportare una disgregazione della coscienza. Infatti, spiega l'autore vi è una variabilità individuale nel fronteggiare eventi di vita negativi, in parte tale variabilità è dovuta ad aspetti temperamentali. La normalità e la patologia sono dimensioni che si pongono lungo un *continuum* e la tendenza a cadere nella psicopatologia è data non dall'esperire o meno eventi simili a quelli dei Karamazov quanto piuttosto dalla difficoltà della coscienza a riconoscere tali eventi come eventi interni, a riflettere su di essi e ad integrarli in una visione unitaria del sé, abilità che lo stesso autore nei suoi studi ha definito come "abilità metacognitive".

L'intento dell'autore di ripercorrere lo sviluppo psicopatologico delle personalità dei fratelli Karamazov e di tracciarne un profilo psicodiagnostico, ambizioso e nello stesso tempo trascinate, ha dimostrato la sua straordinaria capacità, di analizzare criticamente e di interpretare questi personaggi alla luce delle teorie e degli strumenti che l'attuale periodo storico consente con la curiosità tipica di un uomo di scienza e conoscenza, che è stimolato dagli interrogativi che un capolavoro letterario porta con sé per ricercare quell'autoconsapevolezza e infinita riflessione sulla natura umana da cui è oggettivamente impossibile prescindere.

# Notizie dalla Segreteria

Sede: Via Fratelli Sorrentino N° 6, int. 6 Piano 3°  
(di fronte all'ingresso della Stazione Ferroviaria da Via Capruzzi)

**Orari di apertura al pubblico della Segreteria:**  
tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00  
martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037 - Fax: 080 5508355  
**e-mail:** segreteria@psicologipuglia.it - **e-mail:** presidenza@psicopuglia.it  
**Pec:** segreteria.psicologipuglia@psypec.it  
**Sito:** <http://www.psicologipuglia.it> - **skype:** ordinepsicologiregionepeglia

N° totale degli iscritti alla sez. A al 20 maggio 2014: 4.046  
N° totale degli iscritti alla sez. B al 20 maggio 2014: 10  
N° totale iscritti con riconoscimento per l'attività psicoterapeutica: 1.774

## 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 la Segreteria dell'Ordine, ogni iscritto può usufruire della:

**consulenza fiscale-tributaria**  
**(Dott. Giuseppe Nardelli):**

giovedì dalle ore 15.00 alle ore 16.00  
solo previo appuntamento

**consulenza legale-amministrativa**  
**(Avv. Antonio Nichil):**

giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00  
solo previo appuntamento, telefonando allo  
0832/245079

## NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi. Gli Psicologi che, avendo superato gli esami di stato vorranno iscriversi all'Albo dovranno presentare istanza come dai seguenti allegati ed inviarla alla Segreteria dell'Ordine **esclusivamente** a mezzo raccomandata A/R.

**AVVISO IMPORTANTE: Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 stabilisce le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o il luogo di svolgimento della professione. Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.**

## CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda (**ALLEGATO 2**) via e-mail o tramite fax allo 080-5508355. Il certificato è gratuito e lo si può ricevere su richiesta nelle seguenti modalità: a stesso mezzo o passando personalmente presso la segreteria negli orari di ricevimento.

Per ricevere per posta il certificato in originale bisogna allegare: 70 centesimi in francobolli

(costo della spedizione del documento con posta prioritaria) in caso di massimo due 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. **Antonio Di Gioia**  
presidenza@psicologipuglia.it

**VICEPRESIDENTE:**

dott.ssa **Vanda Vitone**  
vandavitone@virgilio.it  
vanda.vitone.289@psypec.it  
*Incarico per le Pari Opportunità e la  
Parità di Genere*

**SEGRETARIO:**

dott.ssa **Giovanna Teresa Pontiggia**  
giovannapontiggia@libero.it  
giovannateresa.pontiggia@pec.it  
*Delega Rapporto con Altri Ordini,  
Enti, Istituzioni*

**TESORIERE:**

dott.ssa **Emma Francavilla**  
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. **Caprioli Geremia**  
capriuligeremia@gmail.com  
geremia.caprioli.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](http://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  
Tel. 0808917238 - Sammichele di Bari (Ba)  
[www.tipografiasuma.it](http://www.tipografiasuma.it)

---

Copertina:  
disegno di Alessandro Difruscolo  
Classe 1 B - Scuola Primaria I.C. "Pascoli"  
Parchitello - Noicattaro (Ba)



psicopuglia

Rotoleria dell'Ordine degli Psicologi della Puglia

