

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

.....
gennaio 2021
Vol. 26

ISSN 2239-4001

PIERRE MARIE FÉLIX JANET
Psichiatra e psicologo francese,
padre della psicoterapia
psicodinamica.

IN QUESTO NUMERO



INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 5 Protocollo d'Intesa tra la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Foggia e l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
 - 8 Commissione Psicologia scolastica, del lavoro, delle organizzazioni e di comunità
 - 11 Commissione attività formative e culturali.
 - 14 Commissione Psicologia della Salute, dell'Emergenza, Politiche Sociali e del Terzo Settore del Consiglio dell'Ordine della Regione Puglia
 - 38 Generazione Influencer: ricerca e costruzione dell'identità nell'era di internet e dell'individualismo
 - 54 Maternità difficili: l'interruzione volontaria di gravidanza e il ruolo dello psicologo
 - 60 Gruppoanalisi e l'assunto predittivo dell'anteprima di Mepsiche e Sanprao* in relazione alla pandemia da Covid-19
 - 66 Jung Alchimia e Neuroscienze
 - 72 Insight: prospettive e implicazioni cliniche
 - 89 Narcisismo: una prospettiva bioenergetica
 - 103 Sul bisogno, la risposta e la cura: l'esperienza della salute
-



RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 17 Disregolazione emotiva e Skills Training DBT
- 20 Psicopatologia e psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista



METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 111 Le quattro stagioni di una terapia: primavera/estate
- 123 Modificazioni plastiche indotte dalla musicoterapia

138 Le nuove frontiere della teleriabilitazione
Leggo Facile: un software per il
trattamento della dislessia

148 Lo spettro dei disturbi feto alcolici (FASD)
Epidemiologia, prevenzione e programmi di
intervento

159 BES & DSA: didattica inclusiva - strategie
di progettazione e intervento psicologico

164 Una commissione pluridisciplinare per la
salute: laboratorio clinico-formativo per le
scuole

ESPERIENZE SUL CAMPO

172 Dal segno al sogno: percorsi di Terapia
breve integrati con pazienti sani in eventi
traumatici - reparto di Oncologia Medica
Ospedale San Paolo di Bari

185 Scoprire la melodia aziendale: un
progetto-intervento sperimentale sul
benessere organizzativo in un'azienda
pugliese

194 Il modello di articolazione intersistemica
negli interventi a scuola

200 La psicologia dello sport e della
performance

208 Bullismo e Cyberbullismo: Sbulloniamoci
(2019) - progetto di prevenzione dei
fenomeni di bullismo e cyberbullismo
nelle classi prime medie degli
istituti comprensivi "Dante-Galiani",
"Melchionda-De Bonis" e "Forgione-
Pascoli" di San Giovanni Rotondo (Foggia)

216 Impiegabili: una proposta di intervento per
promuovere l'inserimento lavorativo

228 L'organizzazione di una struttura
riabilitativa psichiatrica diurna durante
l'emergenza Covid-19

NOVITÀ IN LIBRERIA

232 Il Guaritore Ferito Mito e misteri della cura

234 Come un respiro



PROTOCOLLO D'INTESA **TRA LA PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI FOGGIA E L'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE PUGLIA**

TAVOLO TECNICO PROTOCOLLO CODICE ROSSO

Coordinatore
Geremia Capriuli

Componenti
**Anna Palumbo
Emanuela Soletti**

Il 9 agosto 2019 è entrata in vigore la Legge 19 luglio 2019, n. 69, conosciuta come "Codice Rosso", che ha introdotto modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. Nei 21 articoli, di cui si compone la legge, si individuano un catalogo di

reati attraverso i quali si esercita la violenza domestica e di genere. In dettaglio il provvedimento disciplina: maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.); violenza sessuale (art. 609-bis, 609-ter e 609-octies c.p.); atti sessuali con minorenne (art. 609-quater c.p.); corruzione di minorenne (art. 609-quinquies c.p.);



atti persecutori (art. 612-bis c.p.); diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (art. 612-ter c.p.); lesioni personali aggravate e deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso (art. 583-quinquies c.p.).

Inoltre la stessa legge mira a garantire e rafforzare la tutela nei confronti delle vittime di violenza domestica e di genere, nonché ad offrire una corsia preferenziale alle denunce assicurando indagini più rapide e tempestività dell'adozione degli interventi cautelari o di prevenzione, preservando l'incolumità delle vittime di violenza.

In particolare l'art. 2 recita: "[omissis] il pub-

blico ministero, nelle ipotesi ove proceda per i delitti di violenza domestica o di genere, entro tre giorni dall'iscrizione della notizia di reato, deve assumere informazioni dalla persona offesa o da chi ha denunciato i fatti di reato [omissis]".

Sulla necessità di raccogliere tempestivamente informazioni in situazioni così delicate è nata l'esigenza da parte della Procura della Repubblica di Foggia e l'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia di giungere ad un Protocollo d'Intesa per la creazione di un elenco di psicologi pronti a prestare le loro competenze nel più breve tempo possibile.

Il 31/01/2020 L'Ordine degli Psicologi della Re-

gione Puglia ha firmato con la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Foggia il Protocollo d'Intesa.

All'Ordine è stata demandata "la predisposizione di un elenco di Psicologi iscritti all'Albo, disponibili nell'immediatezza della chiamata, che consenta, ove ritenuto necessario o, comunque, opportuno dal Pubblico Ministero, il tempestivo intervento di un esperto in psicologia ..."

La tipologia d'intervento dello psicologo consiste nell'ausilio tecnico-scientifico nelle ipotesi disciplinate dagli artt. 351, co. 1-ter, e 362, co. 1-bis, c.p.p..

Il P. M. nella giornata della reperibilità dello psicologo, redige il Decreto di nomina dello stesso per fornire ausilio tecnico scientifico all'assunzione di sommarie informazioni della persona minorenni ovvero della persona offesa, anche maggiorenne, in condizione di particolare vulnerabilità.

L'audizione della persona offesa può avvenire nella stessa giornata o entro tre giorni, questo a seconda della situazione. Al termine dell'audizione lo psicologo rilascerà delle brevi note comportamentali scritte.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

I criteri per far parte dell'elenco sono:

- a)** regolare iscrizione all'Albo degli Psicologi;
- b)** una adeguata preparazione nello specifico settore.

Tramite newsletter inviate agli iscritti dell'Ordine degli Psicologi, trasmesse inizialmente a cadenza trimestrale e dal 2/11/20 a cadenza semestrale, è stato chiesto agli iscritti che hanno sede, preferibilmente, nella Provincia di Foggia, di fornire una "Disponibilità all'inserimento nella lista prevista dal Protocollo con la Procura della

Repubblica del Tribunale di Foggia".

Raccolte le disponibilità dei colleghi, sono state predisposte le liste con indicazione dei giorni di reperibilità di ciascun iscritto.

L'ordine di iscrizione è fatto sulla base dell'ordine d'arrivo della email di risposta alla newsletter.

Dal 31/1/20 a tutt'oggi sono stati inviate alla Procura n. 4 liste di psicologi. Il numero di coloro che hanno aderito sono stati:

1° invio n. 39

2° invio n. 19

3° invio n. 28

4° invio n. 24

Totale: 110 partecipanti (N.B.: è possibile rinnovare la propria richiesta di partecipazione ad ogni nuova lista)

Il confronto tra l'Ordine e la Procura di Foggia è stato costante e continuo per mettere a punto questa nuova modalità operativa di supporto degli psicologi all'attività giudiziaria.

Il 5 novembre scorso si è svolto un incontro in videoconferenza tra psicologi iscritti alle liste codice rosso presso il Tribunale di Foggia e alcuni rappresentanti della procura. Il Procuratore Aggiunto dott. Antonio Laronga, firmatario del protocollo, ha introdotto i lavori. I Sostituti Procuratori dott.ssa Giulia Falchi, dott.ssa Roberta Katarzyna Bray e il dott. Matteo Stella hanno fornito un inquadramento normativo delle diverse fattispecie di reato e del ruolo dello psicologo come ausiliario della procura. Ampio spazio è stato dedicato al dibattito orientato a confrontare linguaggi, modalità tecniche, competenze propri di due mondi, quella giuridico e quella psicologico, che si trovano a interagire in modo sistematico e strutturato.



COMMISSIONE PSICOLOGIA SCOLASTICA, DEL LAVORO, DELLE ORGANIZZAZIONI E DI COMUNITÀ

Coordinatore
Massimo Frateschi

Componenti
Geremia Caprioli
Ferdinando De Muro

La Commissione **“PSICOLOGIA SCOLASTICA, DEL LAVORO, DELLE ORGANIZZAZIONI E DI COMUNITÀ”** in riferimento alle leggi e alle linee guida del CNOP, in ottemperanza ai DPCM relativi all'emergenza COVID 19, ha articolato la preparazione di proposte per lo sviluppo programmatico di obiettivi strategici a breve, medio e lungo termine.

Lo sviluppo programmatico è inteso nella congruenza, nella specificità e nell'interazione delle aree della Psicologia Scolastica, del Lavoro, delle Organizzazioni e di Comunità. La congruenza sta nel considerare che ogni area, e le altre aree distintamente e insieme contribuiscono ad arricchire il

patrimonio complessivo di cultura, conoscenza e competenza psicologica.

Se si considera, ad esempio, il “clima organizzativo” è utile rappresentare il contributo di cultura, conoscenza e competenza presente nelle aree della psicologia scolastica, del lavoro, delle organizzazioni e di comunità, direttamente da area ad area e per interazione tra le aree. D'altronde, ogni area psicologica ha una sua specificità, che è utile declinare approfonditamente e pragmaticamente; per esempio, se al “clima organizzativo” aggiungiamo la “promozione della salute e del benessere”, occorre specificare le peculiarità dei contesti



“scolastici”, del lavoro”, “delle organizzazioni”, e “di comunità”.

La Commissione è impegnata a promuovere, grazie alla collaborazione e alla partecipazione attiva di tutta la comunità professionale degli psicologi, nuove ipotesi, idee e proposte per uno sviluppo programmatico di obiettivi strategici. Si intende costruire proposte per promuovere, continuare e migliorare il confronto sulla cultura, sull’attività, sulla collaborazione psicologica con Istituzioni, Enti, Associazioni.

Le proposte che svilupperanno il programma si baseranno sulla professionalità, sulle competenze, sulle esperienze sul campo di queste grandi aree scientifiche e tecniche della psicologia, per confluire negli ambiti relativi a: Salute, Scuola, Welfare, Lavoro, Organizzazioni, Comunità, con

una strategia integrata per la realizzazione di collaborazioni, progetti, attività e interventi interprofessionali e interdisciplinari, ormai necessari nelle condizioni ordinarie e, ancor di più, nelle condizioni straordinarie ed emergenziali sanitarie, economiche e sociali della collettività.

La Commissione sta perseguendo l’obiettivo di contribuire con proposte relative all’applicazione del “Protocollo d’Intesa tra Ministero dell’Istruzione e Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, per il supporto psicologico nelle istituzioni scolastiche” nella Regione Puglia, per il confronto e l’impegno delle parti Istituzionali. In base all’Articolo 2 (Oggetto e finalità del Protocollo d’intesa):

SONO OBIETTIVI E FINALITÀ DEL PRESENTE PROTOCOLLO:

a) fornire un supporto psicologico su tutto il



territorio nazionale rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, per rispondere ai traumi e ai disagi derivati dall'emergenza COVID-19;

- b)** avviare un sistema di assistenza e supporto psicologico a livello nazionale per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico tra gli studenti delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado.

A tal proposito, quindi, sulla base delle leggi e delle linee guida del CNOP, le proposte si svilupperanno per obiettivi strategici a breve termine, per la migliore applicazione e realizzazione del Protocollo nella Regione Puglia; a medio termine, per la verifica durante tutto il periodo di realizzazione fino a giugno 2021; a lungo termine, per la prospettiva degli psicologi nelle istituzioni scolastiche nei prossimi anni.

Un'altra proposta riguarda l'applicazione della Legge Regionale 11 ottobre 2019, n.46 – "Modifiche e integrazioni alla legge regionale 4 dicembre 2009, n.31 (Norme regionali per l'esercizio

del diritto all'istruzione e alla formazione), per le attività relative all'Unità regionale di psicologia scolastica.

Salute, benessere, sicurezza, prevenzione, sono alcuni dei temi urgenti alla base di altre proposte da costruire per dei cambiamenti "strutturali" e non solo "contingenti emergenziali", con il contributo determinante scientifico, tecnico e pratico degli psicologi che lavorano nelle aree della Psicologia del Lavoro, delle Organizzazioni e di Comunità, e degli psicologi che impegnati in altre aree vorranno partecipare attivamente in un sistema a rete interistituzionale, interprofessionale e interdisciplinare, moltiplicatore di opportunità nei campi applicativi psicologici.

In conclusione, la Commissione perseguirà una programmazione strategica pluriennale per le proposte inerenti Psicologia Scolastica, del Lavoro, delle Organizzazioni e di Comunità, che consenta di collegare e integrare sinergicamente tali aree interdisciplinari ed interprofessionali per eventuali contributi, progetti, e attività per la promozione professionale degli psicologi della Regione Puglia.





COMMISSIONE ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI.

CONVEGNI, CONVENZIONI, PARTENARIATI E PATROCINI

Coordinatore
Ferdinando De Muro

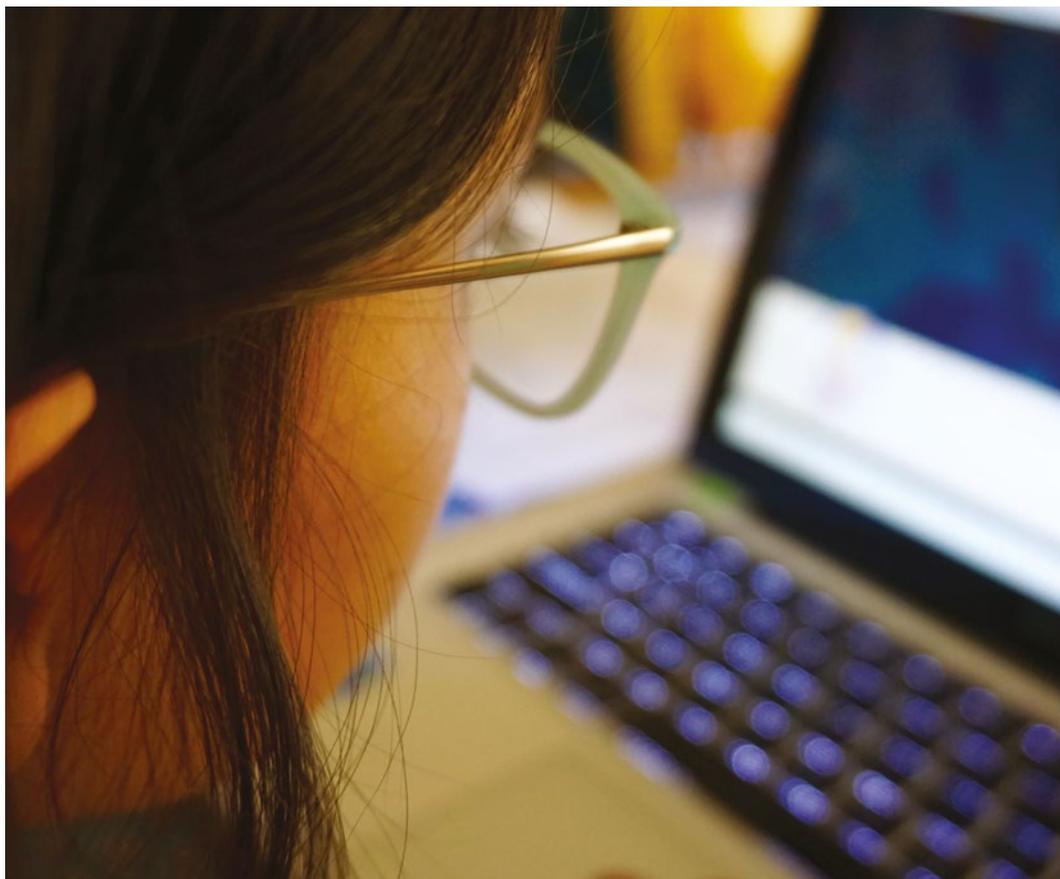
Componenti
Laura Corvaglia
Anna Palumbo

Con l'allentamento delle misure di contenimento della diffusione del virus Sars – CoV2, la Commissione si è impegnata per riattivare il processo di programmazione e realizzazione delle attività formative e culturali rivolte ai colleghi.

I punti focali dell'azione di programmazione hanno tenuto conto dei bisogni psicosociali emersi in occasione della pandemia e della sempre più evidente necessità di avere un approccio multidimensionale nella presa in carico dei bisogni di una persona.

Nel 2020, inoltre, l'estensione del conseguimento dei crediti ECM a tutti i colleghi, ha impegnato la Commissione nella ricerca ed individuazione di formule che fossero in grado di conciliare qualità formativa, diffusione di crediti ECM per il maggior numero di iscritti e sostenibilità di bilancio.

La familiarizzazione con strumenti di lavoro a distanza a cui si è ricorso per le misure di contenimento della pandemia ha favorito la predisposizione verso la formazione a distanza (FAD) sia in modalità sincrona che asincrona. A questo proposito, la FAD si è dimostrata essere una grande opportunità di ampliamento della accessibilità dell'offerta formativa in grado di favorire



l'ottimizzazione di tempi e costi sia per i partecipanti che per l'organizzazione.

Nel mese di luglio, e precisamente il 18 ed il 25, sono state realizzate due edizioni del webinar dal titolo "Tutelare il benessere psicologico al tempo dell'emergenza sanitaria COVID-19.

Modelli operativi di intervento". Inizialmente pensato per una unica edizione, il webinar è stato replicato per l'alto numero di iscrizioni. Complessivamente sono stati erogati 1.000 crediti ECM.

Nel mese di ottobre è stato realizzato, in parte-

nariato con l'OMCEO della BAT, un Convegno dal titolo "Promozione di sani stili di vita.

Evoluzione dello stato di salute e modelli multidimensionali".

Oltre che essere l'occasione di incontro di tutti i professionisti impegnati nel campo della promozione della salute, il Convegno è stato l'esito di una riflessione condivisa tra Medici e Psicologi ed ha rappresentato la tappa iniziale di una strada da percorrere insieme.

Per l'occasione sono stati erogati 910 crediti ECM per gli psicologi e 1000 crediti ECM per medici ed infermieri.

Sempre nel mese di ottobre è stato dato avvio ad una convenzione tra Ordine della Puglia e Giunti Psychometrics per la fruizione di corsi FAD in modalità asincrona con riconoscimento di ECM.

Su un menù di 18 corsi ciascun iscritto all'Ordine della Puglia ha avuto la possibilità di scegliere di frequentarne uno gratuitamente e di conseguire gli ECM alla conclusione del corso stesso.

PROMOZIONE Di sani stili di vita
Evoluzione dello stato di salute e modelli multidimensionali **II GIORNATA***
TRANI - PALAZZO SAN GIORGIO

PROGRAMMA:

8.00 - 8.30 Iscrizioni
8.30 - 9.00 Saluti Istituzionali
9.00 - 9.15 Introduzione ai lavori.
Dott. Vincenzo Gesualdo
Presidente Ordine degli Psicologi Regione Puglia

Sessione Scuola e salute
Moderatore: dott. Massimo Frateschi
Psicologo Psicoterapeuta, Collegio Ordine Psicologi Puglia
14.00 Il punto di vista della scuola: dentro il bisogno di salute nelle istituzioni scolastiche
dott.ssa Leonardo Castellana
Ispettore Scolastico I.C. "Carino Mazzini" Costa del Gales
15.00 La diagnosi precoce dei disturbi del neurosviluppo
dott.ssa Brigida Figliolia
Ispetta Medico Responsabile della U.O.S.V. di Neuropsichiatria Infantile e Adolescente - OSPB 006 BKT

16.00 Lo Psicologo nelle Istituzioni scolastiche: campi di intervento e zone prassi
dott. Antonio Di Gioia
Ispetta Psicologo ASL BAT
17.00 Discussione

18.00 Benessere nelle organizzazioni
Moderatore: dott.ssa Anna Gasparre
Psicologa Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Consigliere Ordine Psicologi Puglia

19.00 Modelli organizzativi alla economia globalizzata salute dei lavoratori
dott. Mauro Abate
Esperto in Psicodiagnostica Comportamentale Sanità
20.00 Dalla prevenzione del rischio alla promozione del benessere organizzativo: il ruolo dello psicologo al lavoro
dott.ssa Laura Conte
Psicologa del lavoro e Psicoterapeuta del benessere
21.00 Discussione

22.00 Conclusioni dei lavori
dott.ssa Giovanna Pontiggia
Presidente Ordine degli Psicologi Regione Puglia
23.00 Compilazione questionari ECM.

Segreteria Scientifica:
dott.ssa Marisa Yildirim
dott.ssa Laura Corvaglia
dott.ssa Anna Palumbo

Responsabile Scientifico:
Dott. Ferdinando De Muro

Segreteria organizzativa
Provider ECM
MCO Organization

L'evento è stato accreditato per 7 Crediti ECM per n. 65 Psicologi
10 Crediti ECM per n. 65 Medici e Infermieri

Per iscriversi al convegno:
PSICOLOGI E PSICOTERAPEUTI
http://bit.ly/MCO_Psicologi

MEDICI E INFERMIERI
http://bit.ly/MCO_Medici

Sede:
Palazzo San Giorgio
Via San Giorgio, 16
78125 Trani
www.palazzosangiorgio.it

ORDINE PSICOLOGI REGIONE PUGLIA

Tutelare il benessere psicologico al tempo dell'emergenza sanitaria COVID-19. Modelli operativi di intervento

Webinar con riconoscimento di ECM - 18 luglio 2020

PROGRAMMA

- Ore 8,30 - Connessione dei partecipanti
- Ore 9 - Apertura dei lavori

Gli interventi di promozione e tutela della salute psicologica durante l'emergenza sanitaria
Dr. Vincenzo Gesualdo - Presidente Ordine Psicologi Regione Puglia

- Ore 9,30

La psicologia dell'emergenza: gli effetti sulla popolazione
Dott.ssa Anna Palumbo
Psicologa Psicoterapeuta, Segretaria nazionale SIPEM Sns Federazione

- Ore 10

Eroi o vittime?
Il trauma vicario del personale sanitario
Dott.ssa Laura Corvaglia, Psicologa Psicoterapeuta, Practitioner EMDR

- Ore 10,30

EMDR: modello operativo di intervento
Dott.ssa Stefania Sacchizzi, Facilitator e supervisore EMDR, specializzata in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

- Ore 11,30

SIPEM: modello operativo di intervento
Dr. Michele Cusano, Psicologo Psicoterapeuta, Presidente SIPEM Sns Puglia

- Ore 12,30 - Verifica dell'apprendimento

- Ore 13 - Conclusioni a cura della Dott.ssa Giovanna Pontiggia
Vicepresidente Ordine Psicologi Regione Puglia

Possono aderire all'evento webinar solo gli iscritti all'Ordine degli Psicologi Regione Puglia, compilando la scheda di iscrizione allegata e inviando la stessa all'indirizzo email: mcoorganizationeventi@gmail.com

L'evento è stato accreditato per 5 Crediti ECM per 100 Psicologi.

Segreteria Organizzativa: Dott.ssa Marisa Yildirim
Responsabile Scientifico: Dr. Ferdinando De Muro
PROVIDER ECM MCO Organization

Al momento di andare alla pubblicazione di questo report, sono stati erogati 7.650 crediti ECM.

In conclusione si può dire che le iniziative messe in campo dall'Ordine della Puglia su temi di cogente attualità e per far fronte alle esigenze di aggiornamento culturale e professionale degli iscritti, si sono coniugate all'erogazione di quasi 10.000 crediti formativi ECM.



COMMISSIONE PSICOLOGIA DELLA SALUTE, DELL'EMERGENZA, POLITICHE SOCIALI E DEL TERZO SETTORE DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE DELLA REGIONE PUGLIA

I PRINCIPALI EVENTI SU CUI SI È CONCENTRATA L'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE QUEST'ANNO SONO STATI IL MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO E L'ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO CODICE ROSSO CON LA PROCURA DI FOGGIA.

MESE DEL BENESSERE PSICOLOGICO

L'Ordine degli Psicologi ha sempre cercato di rendere attuabile la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per cui "la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia".

Per questo nel 2011 fu proposta la creazione della "Settimana del Benessere Psicologico", una iniziativa volta a diffondere la cultura dello "star bene" psicologico. Negli anni successivi, grazie anche alla grande partecipazione di professionisti e il numero di cittadini interessati,

Coordinatore
Geremia Caprioli

Componenti
Anna Gasparre
Anna Palumbo
Laura Corvaglia
Massimo Frateschi



la "Settimana" si è trasformata nel "Mese del Benessere Psicologico", diventando di fatto un appuntamento annuale che ha visto crescere il numero di psicologi che hanno aderito all'iniziativa e di cittadini interessati.

Due sono i cardini su cui si articola il progetto: uno è quello di sviluppare l'interesse dei cittadini al concetto di benessere psicologico attraverso campagne promozionali, seminari, workshop e l'organizzazione di attività di consulenza organizzati dai numerosi professionisti dislocati in tutta la Puglia. L'altro elemento è la promozione della professionalità dello psicologo come figura capace di prevenire l'emergere del disagio e della malattia, promuovere il benessere, favorire uno scambio relazionale sano con l'altro, il superamento delle crisi durante tutto il ciclo di vita e sostenere le persone durante le fasi di maggiore criticità dell'esistenza.

L'undicesima edizione "Mese del Benessere Psicologico 2020" ha riproposto la formula di promozioni di iniziative sul sito dedicato (<https://www.mesedelbenesserepsicologico.it/index.htm>) dal 10 ottobre al 10 novembre.

Sono stati pubblicizzati 30 Eventi e 106 Consulenze su tutto il territorio pugliese. Gli eventi hanno spaziato dalla promozione di sani stili di

vita alla presentazione dei principi del Training autogeno, dalla trasmissione di una rubrica radiofonica su temi attuali come lo stalking o la violenza di genere, alla psicologia dell'architettura, solo per citare alcuni dei molteplici temi presentati. Questi sono alcuni esempi su come la psicologia possa trattare ed aggiungere un punto di vista originale su questioni che riguardano ogni individuo. Ben 106 colleghi hanno aperto i loro studi e le loro associazioni ai cittadini pugliesi offrendo prime consulenze con sconti e, in alcuni casi, anche in forma gratuita.

Tutto questo ci permette di affermare come chi ha aderito alla campagna abbia voluto presentarsi come promotore del benessere e non solo come "strizzacervelli".

Il Mese del Benessere quest'anno è stato molto social. Abbiamo utilizzato oltre il sito web del Mese del Benessere anche la pagina Facebook 'Ordine degli Psicologi della Puglia' (<https://www.facebook.com/OrdinePsicologiPuglia/>).

In questo lasso di tempo, la pagina ha acquisito numerosi like, 24.641 per la precisione, indicativo del fatto che più di 24.000 persone hanno seguito la campagna promozionale su Facebook. Abbiamo voluto inaugurare il Mese del Benessere Psicologico con un video che ha voluto



rappresentare, in maniera ironica, il lavoro dello psicologo dal punto di vista dell'utente strizzando l'occhio a "Inside Out" della Disney.

Un utente tipo che porta in sé tutti i pregiudizi e gli stereotipi sulla psicologia, ma che il primo colloquio con lo psicologo li ha dissolti. Il grande apporto di testimonial d'eccezione, la Rimbamband, con i quali è stata immediata la sintonia, ha permesso di raggiungere un vasto pubblico. Il video ha raggiunto 189.729 persone, ottenendo 824 like, e più di 1.400 condivisioni.

Questi numeri indicano che il prodotto è stato visto anche da chi non ha utilizzato la pagina fb o il sito, ma anche whatsapp per esempio. La campagna è stata poi arricchita da 10 infografiche ispirate ad alcune frasi di grandi del passato come Sun Tzu, Einstein o del presente come il Dalai Lama. Anche qui i risultati sono stati molto interessanti: le visualizzazioni non sono scese mai sotto la soglia delle 350 persone, raggiungendo in alcuni casi anche oltre 1.000 persone. Esempi:

- contenuto ispirato a Sun Tzu: **925 visualizzazioni**
- contenuto ispirato a Dalai Lama: **930 visualizzazioni**
- contenuto ispirato ad Einstein: **1.100 visualizzazioni**

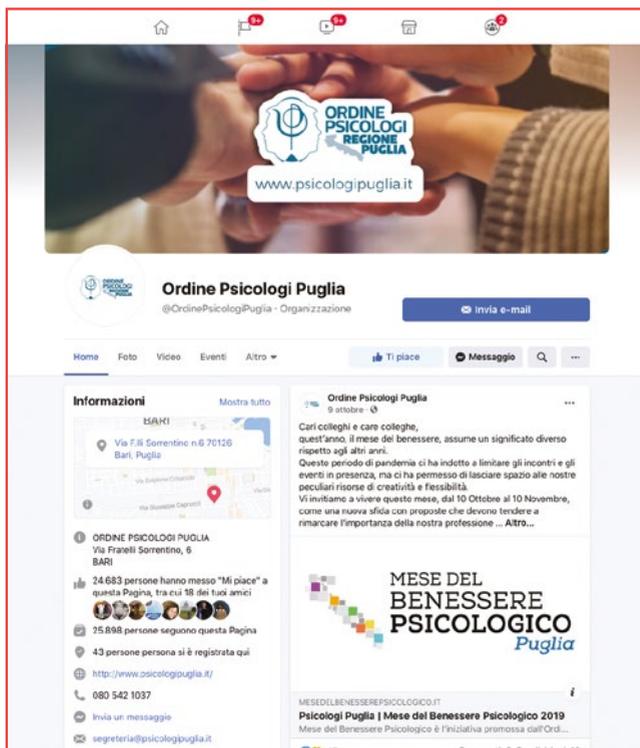
Sono state pubblicate infografiche anche di tipo informativo come quella con la quale l'Ordine ha informato come cambiano le modalità di consulenza psicologica alla luce delle nuove disposizioni antiCoViD - 19, che ha ottenuto 132 condivisioni, 1.077 interazioni per un totale di 13.220 persone raggiunte.

Questi numeri indicano che il pub-

blico ha mostrato di prediligere, in particolar modo, i contenuti video di cui, in questo mese, l'Ordine degli Psicologi si è avvalso in maniera preponderante per le sue pubblicazioni (il video spot, le 8 infografiche con contenuti motivazionali, le 4 con contenuti relativi alla convenzione con Giunti Psycometrics e il video relativo alla informativa CoViD - 19, per un totale di 14 contenuti video).

A mantenere alto il livello di interesse è stata l'alternanza tra contenuti di carattere informativo (infografica antiCoViD, opportunità per gli iscritti di accedere ai corsi ECM gratuitamente, etc.) a contenuti ludici o di carattere universale che non miravano a dare soltanto una informazione "di settore" o specialistica, ma a sottolineare la poliedricità della psicologia e la necessità della sua presenza nel quotidiano di ogni individuo.

Tavolo tecnico Protocollo codice Rosso





DISREGOLAZIONE EMOTIVA E SKILLS TRAINING DBT

Mariagrazia Labarile
Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-
Comportamentale, Esperta in
Neuropsicologia Clinica

RIASSUNTO

La terapia dialettico-comportamentale è stata ideata da Marsha Linehan per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità ed è attualmente impiegata anche nel trattamento di altri disturbi caratterizzati da disregolazione emotiva. Cuore della DBT è lo Skills Training, ovvero un training di gruppo che consente di apprendere nuove abilità, più funzionali e adattive, allo scopo di sostituire comportamenti iperappresi, maladattivi e disfunzionali con nuovi pattern comportamentali, più funzionali e adattivi.

PAROLE CHIAVE

DBT, disregolazione emotiva, Skills Training, psicoterapia cognitivo comportamentale, Mindfulness.

La **Dialectical Behavior Therapy**, ovvero la terapia dialettico comportamentale, è stata originariamente ideata e sviluppata da Marsha Linehan per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità ed è attualmente il protocollo **evidenced based d'elezione** per questo disturbo. Nel tempo, questo protocollo, con i dovuti adattamenti, è stato esteso anche al trattamento di altre psicopatologie, anch'esse caratterizzate dallo stesso nucleo psi-

copatologico, la disregolazione emotiva, come la Bulimia Nervosa o il Disturbo da Binge Eating. L'approccio dialettico comportamentale integra perfettamente la terapia Cognitivo Comportamentale con gli interventi basati sulla Mindfulness.

Per **disregolazione emotiva** s'intende l'incapacità dell'individuo di inibire la messa in atto di comportamenti inappropriati in relazione a forti emozioni, l'incapacità di elicitarne azioni volte al raggiungimento di obiettivi indipendentemente dal tono dell'umore e di mitigare autonomamente l'attivazione fisiologica correlata alle emozioni esperite. Il rationale del protocollo si basa sulla **teoria biosociale** della personalità (Linehan, 2013), secondo la quale i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità presentano una compromissione dell'attività funzionale dei sistemi deputati alla regolazione delle risposte emotive. Secondo la Linehan, tale compromissione funzionale si realizza attraverso l'interrelazione tra variabili **biologiche** individuali e specifiche **caratteristiche ambientali**. La Linehan definisce come **invalidante** quell'ambiente che risponde in maniera errata e inappropriata alle esperienze interne dell'individuo. Tuttavia, proprio a causa dell'interconnessione tra



i fattori genetici e ambientali, l'individuo che nasce con maggiore vulnerabilità e reattività emotiva è in grado indurre nell'ambiente, quindi anche nel caregiver, risposte invalidanti che, in assenza di tali caratteristiche innate dell'individuo, avrebbe potuto essere adeguato e supportivo. Oltre all'ambiente invalidante, nell'ottica DBT svolgono un ruolo centrale anche altri fattori, come il **discontrollo** e l'**impulsività comportamentale**, caratterizzata dall'incapacità nel ritardare una gratificazione, espressa anche con aggressività auto ed eterodiretta, e la messa in atto di comportamenti pericolosi in assenza di scarso senso del limite. Un altro fattore cruciale è la **diffusione dell'identità**, caratteristica tipica dei pazienti borderline, i quali non riescono a integrare aspetti di sé contraddittori poiché imprigionati in rigide cognizioni dicotomiche e polarizzate.

Un ruolo centrale nell'approccio DBT è affidato alla **dimensione dialettica**, la quale si esplica in tre differenti modalità. In primo luogo, attraverso l'interrelazione e unitarietà della realtà: con questa prospettiva si incoraggia una nuova visione d'insieme, ponendo in relazione il singolo (o il gruppo) all'interno di un contesto, scoraggiando la singola interpretazione dell'uno o dell'altro. In secondo luogo, i comportamenti estremizzati e disfunzionali dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità rappresentano il fallimento della dialettica, ovvero l'incapacità di sintesi delle due polarità; scopo di tale approccio consiste proprio nel tentativo di integrazione di tali antitesi. Infine, poiché individuo e ambiente sono concepiti anch'essi come in divenire, la terapia è intesa come un mezzo per aiutare i pazienti ad apprendere adeguate capacità di gestione del cambiamento.

L'approccio DBT si propone di raggiungere numerosi obiettivi, come aumentare la consapevolezza e le conoscenze rispetto al proprio disturbo, comprendere il proprio ruolo rispetto al mantenimento del disturbo stesso, oltre che acquisire nuove abilità cognitive, emotive e comportamentali più adattive e funzionali. Tali obiettivi vengono raggiunti attraverso lo **Skills Training**, ovvero un training di acquisizione di abilità allo scopo di sostituire comportamenti iperappresi

disfunzionali e maladattivi con comportamenti più efficaci e che consentono all'individuo di rispondere alle contingenze ambientali in maniera più idonea.

Lo Skills Training si compone di quattro moduli attraverso i quali si apprendono le **abilità di accettazione**, attraverso il modulo Mindfulness e Tolleranza della sofferenza e del disagio, e le **abilità di cambiamento** con i moduli Regolazione emotiva ed Efficacia interpersonale. I primi due moduli affrontati, ovvero Mindfulness e Tolleranza al disagio e alla sofferenza, consentono all'individuo di guardare alla sofferenza e al dolore in modo diverso, attraverso l'adozione di una prospettiva non giudicante e promuovendo l'accettazione della sofferenza del momento presente o di quelle situazioni che non possono essere cambiate. Per poter fare questo è necessario acquisire le abilità nucleari della Mindfulness e di specifiche modalità di gestione del dolore, prevenendo la messa in atto di comportamenti disfunzionali come ad esempio i gesti autolesivi, l'uso e abuso di sostanze o le abbuffate. Infatti, abilità piuttosto efficaci e altamente utilizzate per ridurre il ricorso a modalità di fronteggiamento delle stati interni altamente attivanti e promuovere la tolleranza di eventi dolorosi, impulsi ed emozioni sono l'abilità di STOP, acronimo di Stop, fai un passo indietro, Osserva e Procedi in maniera mindful, e TIP, abilità che consente di ridurre rapidamente le emozioni intense che dominano la mente dell'individuo. Con le abilità di cambiamento, invece, il terapeuta DBT aiuta il paziente ad apprendere nuove abilità nella regolazione delle emozioni, oltre ad eseguire un preliminare lavoro di alfabetizzazione affettiva che consente ai pazienti di comprendere meglio le emozioni, i pensieri e le sensazioni somatiche ad essa relate. Ulteriore obiettivo di questo modulo consiste in un lavoro di riduzione dei livelli di vulnerabilità attraverso l'adozione di uno stile di vita sano, volto al miglioramento della propria salute psicofisica. Inoltre, il terapeuta consente al paziente di acquisire abilità assertive, nel promuovere l'adozione di modalità relazionali e di comportamento più consone per gestire i conflitti, riconoscere l'importanza dei propri bisogni, implementare il rispetto di sé e comprendere l'importanza della validazione emotiva.

Lo skills training può essere effettuato all'interno di setting di gruppo, così come previsto originariamente dal protocollo, ma può essere effettuato anche all'interno di terapie individuali risultando ugualmente efficace. La durata del training di gruppo è di sei mesi, ripetibile per altri sei, con sessions settimanali della durata di circa due ore e mezza. È preferibile associare allo skills training una terapia individuale per approfondire e studiare meglio la gestione dei comportamenti problematici, soprattutto nei casi in cui questi ultimi riguardino comportamenti suicidari e parasuicidari in quanto questi ultimi non sono discussi all'interno del setting di gruppo.

CONCLUSIONI

L'obiettivo del terapeuta DBT consiste nel fornire un contesto validante, accogliente, sicuro e relativamente stabile in cui l'individuo può riconoscere bisogni, emozioni e pensieri, apprendere pattern comportamentali e cognitivi più flessibili e funzionali, altamente fruibili nel contesto quotidiano. Pertanto, il terapeuta, prima fonte di stabilizzazione e regolazione per il paziente, crea un setting adeguato e validante, indispensabile per l'apprendimento di strategie e favorire il viaggio

introspettivo intrinseco alla psicoterapia stessa. Inoltre, insegna strategie più idonee per la gestione di emozioni intense e pervasive che impediscono al paziente di vivere in maniera adattiva e funzionale.

FONTI

- Linehan, M.M. (2017). Introduzione alla DBT. Trattamento cognitivo-Comportamentale del disturbo Borderline di Personalità. Raffaello Cortina Editore.
- Linehan, M.M., (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan MM (2011). Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: Il modello dialettico. I gruppi di skills training. Con CD-ROM (2 vol.). Raffaello Cortina Editore.
- Madeddu, F., Aquaro, P., & Preti, E., (2012). Psychotherapy for borderline personality disorder: a review of literature on the efficacy of four manualized treatments. *Journal of Psychopathology*, 18:196-209
- Charles R. Swenson (2016). *DBT Principles in Action: Acceptance, Change, and Dialectics*. Guilford Press.





PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA PSICODINAMICA PSICOEVOLUZIONISTA

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

RIASSUNTO

L'autore presenta la configurazione teorica e metodologica della psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista articolando prima, in generale, l'impostazione psicodiagnostica e psicopatologica e poi, in particolare, gli aspetti paradigmatici del trattamento psicoterapeutico. La valutazione clinica e dinamica si sviluppa nel mosaico di personalità, vissuto, condizione esistenziale, organizzazione globale del campo organismo, difese e forze in campo.

Psicopatologia, disturbi di personalità, psicomicrotraumi, psicotraumi, emergenze emotive arcaiche e recenti vengono analizzati ed elaborati nella disposizione e nell'andamento della psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista, nelle modalità, nel setting, nei metodi, nelle tecniche, nelle fasi fino ai controlli e agli esiti.

PAROLE CHIAVE

Psicopatologia, psicoanalisi, psicoevoluzione, psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista

Alcuni aspetti e concetti specifici della psicopatologia, della psicodiagnosi e della psicoterapia secondo il punto di vista psicodinamico psicoe-

voluzionista verranno introdotti attraverso tre tipi di disturbo della personalità, dapprima, con un'inquadratura psicodiagnostica sintetica, di seguito, attraverso le fasi di trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista. "Nel DSM-5 l'attenzione agli aspetti dimensionali delle caratteristiche del paziente, il richiamo alla necessità di un'integrazione di aspetti oggettivi e soggettivi nel processo diagnostico, così come l'enfasi di «monitorare nel tempo i cambiamenti nel quadro clinico di un individuo» [APA 2013, trad. it. 2014, 856] confermano in modo diretto e indiretto l'attenzione al concetto di difesa e che nel corso della psicoterapia la struttura difensiva può subire un cambiamento nella direzione di una maggiore maturità e appropriatezza [Draguns, 2004]" (Amadei, Cavana, Zavattini, 2015).

Kernberg (1984) attraverso la diagnosi strutturale distingue il funzionamento complessivo dei diversi pazienti in tre grandi organizzazioni di personalità: psicotica, borderline, nevrotica, sulla base di tre criteri inferenziali:

1. diffusione/integrazione dell'identità;
2. livello di maturità dei meccanismi di difesa;
3. tenuta dell'esame di realtà.

Il PDM-2 (Lingiardi V., Mc Williams N., 2017) è un manuale diagnostico fondato su modelli clinici e teorici a orientamento psicodinamico. Si riferisce alla formulazione del caso e alla pianificazione dei trattamenti, e può comporre un'integrazione alla diagnosi categoriale del DSM.

Vorrei considerare sul piano psicopatologico tre tipi di disturbo di personalità, dei gruppi A, B, C.

Il primo tipo tra i disturbi di personalità che introduco è il disturbo schizoide di personalità (gruppo A), secondo i criteri diagnostici del DSM 5 (APA, 2013), con un pattern pervasivo di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive in situazioni interpersonali.

Il paziente con disturbo schizoide di personalità può essere concentrato nel "proprio mondo"; apparentemente non appare in relazione con gli altri, come se non sapesse con sicurezza chi è, con una diffusione di identità tra desideri e pulsioni conflittuali. Può riuscire a costruire una buona carriera professionale, pure evitando rapporti sociali ritenuti invadenti. All'apparenza è autosufficiente e distaccato, non vuole sentirsi oppresso dalle aspettative sociali; intimamente può essere molto sensibile e bisognoso di affetto, si sente vulnerabile alle svalutazioni, alle derisioni e ai rifiuti. Non reagisce con rabbia anche se aggredito; non esprime socialmente spontaneità o simpatia. Per il paziente una duplice ansia si caratterizza, per un verso, nella possibilità di avvicinarsi troppo all'altro con il pericolo di un assorbimento dell'oggetto, per altro verso, nella possibilità di distanziarsi troppo con il pericolo di un abbandono perentorio. Il senso di vuoto dell'essere indifferente al mondo esterno può appiattire l'esistenza; ma nel mondo interno l'immaginazione diventa florida e talora alimenta un mondo fantastico gratificante, che consente di evitare una realtà pericolosa.

Le frustrazioni subite da un paziente con disturbo schizoide di personalità potrebbero essere assimilate a quanto affermato da Bergeret J. (1996): "Le frustrazioni subite dall'anaclitico sono più tardive di quelle subite dagli psicotici; si rivelano anche molto meno consistenti; senza trovarsi già legate a una scelta sessuale, non dipendono più dal solo polo materno, riguardano tanto il padre che la madre, ma come "adulti", non come genitori sessuati". Quando un paziente immagina che il suo oggetto anaclitico rischia di venirgli a mancare, allora si presenta un'angoscia depressiva, come angoscia specifica dell'organizzazione limite. Si sente a rischio di essere invaso e intrappolato, controllato e traumatizzato, come richiami ai pericoli di coinvolgimento interpersonale (Klein, 1946). Uno dei meccanismi di difesa è la scissione delle rappresentazioni oggettuali, con uno sdoppiamento delle immagini per contrastare l'angoscia di perdita dell'oggetto. L'"lo si deforma" per non doversi sdoppiare (Freud, 1924) e come aggiunge Bergeret J. (1996): "funziona distinguendo due settori nel mondo esterno: un settore adattivo in cui l'lo agisce sempre liberamente sul piano relazionale, e un settore anaclitico in cui l'lo si limita a relazioni organizzate secondo una dialettica dipendenza-dominio". Le due immagini non sono conciliabili. Potremmo anche riferirci alla distinzione di Klein dell'oggetto "buono" e dell'oggetto "cattivo", o di Kernberg O. (1967) "idealizzazione predepressiva". Sia il meccanismo difensivo del ritiro, fantasia schizoide, riguardante il rintanarsi nel proprio mondo interno, sia l'evitamento della rappresentazione, concorrono a tenersi lontano da angosce ed ansie relative alle relazioni interpersonali. Un paziente può utilizzare anche l'identificazione proiettiva per disporre all'esterno la rappresentazione pulsionale interna, e la conclusione per rifiutare la rappresentazione conflittuale. "La caduta nel vuoto interiore" (Anzieu D., 1995) è un modo di scomparire ai possibili sguardi; l'eccitazione è vissuta come meccanica, non viene associata a fantasmi edipici; l'attenzione è portata sull'evitamento del dispiacere



più che sulla ricerca del piacere. Produce il vuoto interno per tenere all'esterno il dispiacere.

Si può avviare il trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista, con una prospettiva generale secondo un "continuum espressivo-supportivo" (Gabbard G.O., 2015) che può articolarsi su di una prima fase di tipo supportivo più che espressivo, e su fasi seguenti, gradualmente più di tipo espressivo.

La relazione terapeutica va intrapresa considerando che tra i differenti fattori intrinseci dinamici relazionali, quello riguardante la comunicazione con silenzi protratti, intervallati da poche espressioni minimali e monotone, verbali e gestuali, marca fortemente il distacco del paziente dallo psicoterapeuta e dal setting. Può essere necessario, inizialmente, improntare ad un accoglimento esteso dei tempi e degli spazi della rigidità e del ritiro massivamente utilizzati dal paziente per difendersi dal pericolo nel mondo interno del conflitto tra l'io ideale del padre e l'io ideale della madre. Perciò l'alleanza terapeutica si può snodare attraverso passaggi non di procedure tecniche, bensì di validazioni empatiche comprensive di un dolore angosciante umano. Occorre dimostrare rispetto e lealtà del nucleo intimo del paziente non disponibile alla comunicazione (Winnicott D., 1965), del suo bisogno di non voler comunicare; un ritiro difensivo che consenta un riconoscimento di essere umano nel tentativo di comunicare con il suo vero Sé, al posto di un'interazione con il falso Sé e, contemporaneamente, una progressiva introduzione di comprensiva percezione-rappresentazione di due esseri umani nella scena-setting. Il ritiro schizoide nel "proprio mondo" può affacciarsi, senza che la paura venga contrastata e distrutta, mentre si può dipanare una configurazione a tre: paziente, psicoterapeuta e scena-setting, tendente ad un esame ed un'aderenza alla realtà, ed una riconfigurazione inconscia della scena edipica. Il metodo della percezione psicoevolutionista della scena (Frateschi M., 1988a)

consente al paziente di svolgere quanto appena detto, avvalendosi, in particolare di libere interazioni reali e fantastiche conflittuali di dominanza-sottomissione verso il terzo soggetto-oggetto scena-setting, anche per tempi e spazi rievocativi edipici e onirici.

Dopo un primo periodo di trattamento psicoterapeutico, generalmente, il paziente porta frammenti di materiale onirico, ricordi dell'infanzia, paure e fantasie; occorre procedere, quindi, sul polo più espressivo della chiarificazione per aiutare il paziente ad articolare ciò che è molto difficile esprimere a parole, riguardo le relazioni familiari e, in particolare, le relazioni con la madre e con il padre. Di seguito, il paziente gradualmente si sente disponibile a provare e, quindi, ad articolare elaborazioni dalle rappresentazioni alle percezioni e, anche, viceversa. Può iniziare lentamente ad accogliere il piacere tra rappresentazione e fantasia, gioco e realtà (Winnicott, D.W., 1971) per esempio, con una "scena-setting" nella rappresentazione-percezione, dapprima, figura "buona-cattiva madre", mentre lo psicoterapeuta, sullo sfondo "buon-cattivo padre", può essere il terzo soggetto-oggetto; poi la "scena-setting" potrebbe essere trasformata in uno sfondo "buon-cattivo padre", mentre lo psicoterapeuta potrebbe diventare il secondo soggetto-oggetto, figura "buona-cattiva madre". In successione, il paziente può invertire le configurazioni delle forze in campo, figure e sfondi.

Il processo terapeutico può svilupparsi successivamente anche attraverso: confronti per affrontare ciò che il paziente non vuole accettare, per svelare i meccanismi difensivi di scissione delle rappresentazioni oggettuali e di evitamento del materiale conscio; interpretazioni delle situazioni del presente e del passato del paziente, delle resistenze e del transfert per cominciare, un po' per volta, a collegare i suoi sintomi e comportamenti al significato e all'origine inconscia. Ci si può avvalere ulteriormente di conversazioni analitiche volte al "parlare come



sognare” (Ogden T.H., 2007) e di un modello tritico “setting-sogno-interpretazione” (Green A., 2012). Secondo Ogden: “Il paziente e l’analista si impegnano in un esperimento, nei confini della situazione analitica, che ha lo scopo di creare le condizioni nelle quali l’analizzando (con la partecipazione dell’analista) possa migliorare la sua capacità di sognare i suoi sogni non sognati e interrotti. I sogni sognati dal paziente e dall’analista sono contemporaneamente i loro sogni (e rêverie) e quelli di un terzo soggetto che allo stesso tempo è il paziente e l’analista e nessuno di loro due” (Ogden T.H., 2007). La distinzione, nell’inquadatura psicopatologica, tra un sogno che deve essere sognato e un sogno che non può essere sognato, è che il primo caso rappresenta un fenomeno nevrotico oppure un altro tipo di fenomeno non psicotico, mentre il secondo caso è un fenomeno psicotico o associato a forclusio-

ne psichica. Il “terzo analitico” intersoggettivo (Ogden T.H., 1994) è presente sul campo psicoterapeutico psicodinamico insieme ai due soggetti separati, il paziente e l’analista. Il “terzo analitico” intersoggettivo inconscio esiste nel campo di forze generato dall’interazione dell’inconscio del paziente con l’inconscio dell’analista. Nel trattamento psicoterapeutico, quindi, può essere integrato anche lo sviluppo del modello tritico “setting-sogno-interpretazione” (Green A., 2012). Green A. sostiene che: “il racconto del sogno rende percettibili i nostri processi di pensiero in relazione con il ricordo di questa percezione senza luce del sogno... i processi di pensiero sono in rapporto con una realtà che non è direttamente percepita né da colui che sogna né da colui al quale si rivolge il suo racconto; comprendiamo dunque che il racconto del sogno procede a una doppia costruzione, quella retrospettiva del



sognatore, e quella prospettiva dell'ascoltatore del racconto che va a rimpiazzare la coscienza del sognatore nel sogno" e, inoltre, circa il lavoro analitico del sogno: "il modo di funzionamento psichico che riunisce analizzando e analista e messo all'opera dall'interpretazione, che offre il modo più sicuro di rivelare l'inconscio per mezzo del lavoro del sogno" (Green A., 2012). Nel trattamento psicoterapeutico si deve distinguere tra ciò che è rappresentabile per il paziente da ciò che è irrepresentabile; si deve rapportare ciò che è nella conoscenza del paziente dall'inconoscibile della psiche della relazione con l'altro. Green definisce il setting come un "campo di forze": "Il setting (...) permette di prendere coscienza della forza che si manifesta in primo luogo sottoforma di transfert". Nel setting con il paziente occorre dare sviluppo alla frazione variabile e alla frazione costante, secondo quanto considerato da Green A. (2012) in "La pensée clinique": "La frazione costante corrisponde alla "matrice attiva" o matrice simbolica, costituisce il nodo dell'azione dialogica, l'agente del quale è la coppia analitica dotata di una relativa autonomia nelle sue possibili forme di lavoro. La frazione variabile, quanto a essa, costituisce una sorta di custodia protettiva per la matrice attiva, e corrisponde alle circostanze materiali, quali la frequenza, la posizione del paziente e i diversi aspetti del contratto analitico".

L'accerchiamento angoscioso delle difese massive estreme ed arcaiche del paziente, che possono presentarsi all'inizio del trattamento psicoterapeutico, vanno lentamente e cautamente modificate attraverso un ampliamento ed un'evoluzione difensiva, lungo l'arco temporale di più anni del trattamento psicoterapeutico, con l'introduzione progressiva e mirata di modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche (Frateschi M., 1988-1989): la regolazione della distanza emotiva, la previsione emotiva, lo scenario spazio-tempo, la pausa emotiva, la valutazione personale della realtà. Tra queste modalità difensive, prendo solo ad esempio sintetico, la "regolazione

della distanza emotiva" che può essere introdotta inizialmente nel trattamento per contenere e modulare con una calibratura molto accurata l'angoscia depressiva, il conflitto intrapsichico e il ritiro schizoide del paziente. Freud S. in "Al di là del principio del piacere", riferendosi al gioco del rocchetto chiarì come un bambino di 18 mesi riusciva a dominare il vissuto angoscioso dell'assenza della madre, sostituendo a questo vissuto un simbolo. "Nella realtà vissuta un bambino si sottrae all'urgenza di un evento psicomicrotraumatico, la sparizione e la riapparizione della madre, prendendo distanza emotiva, o meglio difendendo con una "regolazione della distanza emotiva". Nel gioco del rocchetto si dimostra che il linguaggio si distacca dal reale, e come il linguaggio consente al soggetto di identificare se stesso "distanziandosi dal reale vissuto" (Frateschi M., 2006-2012). Nello svolgimento delle prime sedute psicoterapeutiche con il paziente il simbolo prototipo può essere la percezione-rappresentazione scena-setting, terzo soggetto-oggetto (o "terzo analitico" intersoggettivo inconscio). La regolazione della distanza emotiva dal soggetto-oggetto si sviluppa focalizzando con flessibilità la carica dell'investimento pulsionale, sia allontanandosi gradualmente, per scansionare un controllo sempre più esteso del campo (sfondo) entro cui è posizionato il soggetto-oggetto, sia riavvicinandosi gradualmente, per scansionare un controllo sempre più mirato del soggetto-oggetto (figura) all'interno del campo. Nello scorrere delle sedute, il paziente può comprendere l'efficacia della regolazione della distanza emotiva nella molteplicità quantitativa e qualitativa di simboli reali o fantastici emergenti, elaborati ed interpretati. Con il susseguirsi di eventi vissuti e rievocati, il paziente seduta dopo seduta, prosegue favorevolmente l'elaborazione degli stessi, riconfigurati con la regolazione della distanza emotiva, riuscendo a percepire-rappresentare-agire su singoli eventi psicomicrotraumatici o psicotraumatici, e ancora di seguito durante la psicoterapia, su sequenze di fenomeni ed eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici accumulati.

Durante le fasi di controllo, fino alla conclusione del trattamento psicoterapeutico l'evoluzione delle difese può stabilizzare il sistema strategico psicoevolutivo difensivo del paziente, con un ridimensionamento dell'utilizzo dei meccanismi difensivi arcaici e tattici ed una discreta dinamica delle modalità difensive psicoevolutive strategiche e tattiche. Il paziente può adattarsi sufficientemente bene a vivere nel proprio contesto, dando sviluppo con creatività a nuovi spazi. Il confronto con i genitori e con altri familiari e parenti può diventare meno conflittuale e frustrante. Il paziente, quindi, può riuscire ad avviare interazioni amichevoli con colleghi di lavoro, frequentando contesti sociali e nell'ambito lavorativo può proseguire positivamente la sua carriera.

Il secondo tipo tra i disturbi di personalità che prendo in considerazione è il disturbo borderline di personalità (gruppo B) secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013), con un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività.

Lo sviluppo di un paziente con disturbo borderline di personalità potrebbe corrispondere all'evoluzione del "tronco comune" degli stati limite di Bergeret J. (1996): "L'Io, nel caso degli stati limite, ha superato senza grandi frustrazioni né importanti fissazioni il periodo in cui una relazione iniziale molto cattiva con la madre avrebbe potuto originare una preorganizzazione di tipo psicotico. Questo Io dunque continua, senza troppi intralci, il suo cammino verso l'Edipo, ma improvvisamente, spesso nel periodo iniziale dell'Edipo, questa situazione triangolare relazionale e genitale non può essere affrontata in condizioni normali". Il paziente con disturbo borderline di personalità potrebbe ricordare che durante l'infanzia spesso i genitori litigavano. Per riappacificarsi un genitore prometteva all'altro qualcosa per tamponare la situazione senza affrontarla e risolverla, ed isolando il paziente. Ciascun evento potrebbe essere stato molto frustrante, con il rischio di una perdi-

ta dell'oggetto, quindi, così come viene designato da Bergeret J. un "trauma psichico precoce".

L'organizzazione della personalità caratterizzata dalla debolezza dell'Io, dalla mancanza del controllo degli impulsi e della tolleranza dell'angoscia, con relazioni d'oggetto patologiche interiorizzate, può contraddistinguersi per difese arcaiche quali: scissione, identificazione proiettiva, idealizzazione primaria, diniego, ecc.

"Principale operazione difensiva è la scissione, che Kernberg ha descritto come un processo attivo in grado di separare introietti e affetti tra loro contraddittori... Per effetto della scissione, gli individui con organizzazione borderline di personalità non vedono negli altri un insieme di qualità positive e negative" (Gabbard G. O., 2015).

Il paziente a causa di eventi drammatici o tragici, per esempio il decesso di un congiunto, può evocare flussi disperati emotivi, "onde anomale" affettive, seguite da calma apparente e instabile, come per sbilanciamento di un odio prevaricante rispetto ad un amore fragile e precario, con attivazioni alternate operative difensive di identificazione proiettiva. Ad un tipo di identificazione proiettiva maligna preponderante, le onde anomali devastanti, possono seguire azioni mitiganti di una debole identificazione proiettiva benigna. Racamier (1980) sostiene che: "Si può allora distinguere un'identificazione proiettiva maligna, violenta, depauperante, confusiva per l'oggetto e che aziona un circuito rischioso, ripetitivo e interminabile, e un'identificazione proiettiva benigna, più discreta, meglio accolta, plasmante e temporanea".

Spesso le ambizioni del paziente non aderenti alle possibilità reali e le frustrazioni conseguenti comportano un senso di vergogna. La preponderanza dell'ideale dell'Io, rispetto al Super-Io, si delinea con il ripiegamento dei primi elementi superegoici, con una funzione dell'Ideale dell'Io molto investita



già nel periodo pregenitale. Dunque per il paziente l'idealizzazione primaria può stagiare l'attribuzione di caratteristiche onnipotenti, per esempio nei confronti della madre o di un oggetto amato, al fine di proteggere i bisogni narcisistici ed evitare ansie e sentimenti negativi di disprezzo e rabbia, e inoltre il diniego, comporta l'evitamento della consapevolezza di aspetti della realtà esterna difficili da affrontare, come la trascuratezza della madre o il tradimento dell'oggetto amato, attraverso il disconoscimento dei dati sensoriali e impedendosi la possibilità di una risoluzione del problema sul piano di realtà. L'onnipotenza e la svalutazione si avvicendano in modo repentino con fluttuazioni estreme umorali e impulsive.

Il trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolucionista potrebbe avviarsi a causa di una crisi emotiva molto dolorosa dovuta ad un tradimento da parte dell'oggetto amato.



È bene impostare il trattamento in modo da poter consentire al paziente di comprendere gradualmente lo smarrimento, la confusione e le zone oscure del suo mondo interno. Occorre, perciò, stabilire un'alleanza terapeutica dalle prime sedute che renda chiara la rilevanza del processo di cambiamento da delineare e realizzare. Possono diventare determinanti progressivamente nel corso delle sedute gli interventi di chiarificazione, confrontazione e interpretazione nella relazione di transfert. L'approccio al transfert dovrebbe essere graduale, e corrispondentemente flessibile alle condizioni variabili d'umore, di ansia e di preoccupazione. Al sopravvenire dell'aggressività nei confronti dello psicoterapeuta, vanno affrontati gli aspetti del Sé che il paziente vive come ingestibili; la stabilizzazione del senso del Sé derivato dalla mancanza di un attaccamento sicuro (Bateman e Fonagy, 2004) può essere un obiettivo dell'intervento basato sulla mentalizzazione. Il processo di cambiamento, quindi, va delineato attraverso la prospettiva panoramica di molteplici possibilità per il paziente e per le relazioni con gli altri. D'altronde, possono riemergere di volta in volta le difese arcaiche e tattiche, prima esposte, per la conservazione del mondo interno caotico e instabile, ma almeno conosciuto parzialmente e dolorosamente. I traumi infantili precoci portano anche a una chiusura del proprio mondo interno, comprimendo gli investimenti libidici; ciò comporta una terribile immobilità silente, dove inconsciamente, resta depositata e dormiente la coltre sedimentata di fenomeni ed eventi psicomicrotraumatici accumulati (Frateschi M., 2007a-2012) vissuti fin dalla prima infanzia, relativa alle innumerevoli trascuratezze, invasioni, separazioni frammentate e depositate. Bergeret J. (1996) sostiene sulle possibili evoluzioni patologiche che: "Conviene anche notare che tanto il primo quanto il secondo trauma possono essere sostituiti talvolta da una serie di "microtraumi" ripetuti e ravvicinati, la cui somma degli effetti corrisponde praticamente a un unico e più importante trauma".

Molto importante può risultare nei primi anni di trattamento psicoterapeutico l'estensione progressiva della validazione empatica delle esperienze del paziente, per proseguire verso le interpretazioni delle dinamiche inconscie. Vanno supportati e valorizzati anche piccoli cambiamenti del paziente riguardanti sia il funzionamento all'interno del setting terapeutico, sia il funzionamento all'esterno del setting terapeutico. L'atteggiamento terapeutico di flessibilità è centrale per le dinamiche transferali e controtransferali per evitare al paziente percezioni di distacco, rigidità e, al contrario, per sviluppare uno slancio vitale, la "motivazione intrinseca strutturale", che a livello inconscio, compone e scompone figure e sfondi energetici (Frateschi M., 1997). Possono così comporsi nuove configurazioni difensive per il paziente, che includano delle variazioni appropriate e calibrate per un decremento della fissità e rigidità dei meccanismi difensivi arcaici e per un'interiorizzazione progressiva e mirata di modalità difensive psicoevolutive, quali ad esempio: la "valutazione personale della realtà" e la "pausa emotiva" (Frateschi M., 1988-1989). Con la "valutazione personale della realtà" il soggetto configura il significato di ciò che percepisce dalla realtà esterna rielaborandola nel vissuto interno profondo. Posso fare riferimento, per esempio, al sentimento penoso vissuto dal paziente della vergogna, che evoca profondamente la paura del disonore. Quando nella valutazione del disonore vissuto dal paziente, riguardante un'apparente realtà inconfutabile, quella di essersi lasciato sedurre e abbandonare anche dall'ultimo oggetto d'amore, può essere avviata la rielaborazione nel vissuto profondo inconscio, il paziente inizia a scoprire quanto, precedentemente, i meccanismi difensivi arcaici potrebbero aver sostenuto la vergogna, ma con un investimento massivo e sfibrante energetico. Guillaumin J. (1973) sostiene che "per il bambino vergognoso", l'occhio del padre che sorprende è quello della madre stessa. Green (2016) dice che: "La vergogna indica il riconoscimento di una sconfitta, la rivelazione di una debolezza, la perdita delle apparenze e

della dignità e può arrivare fino a immaginare che il mondo interno sia smascherato agli occhi dell'altro". Dunque, la valutazione personale della realtà può consentire al paziente il disvelamento, il mostrare senza veli, emotivo e affettivo, non semplicemente cognitivo, dell'infondatezza della paura che il suo mondo interno possa essere smascherato agli occhi dell'altro. Con la "pausa emotiva" si determina una continuità di direzione per le forze che costituiscono un modello continuo di tensione-conflitto, verso un equilibrio nel sistema complesso del "campo organismo psicofisico"; questa modalità difensiva psicoevolutiva conduce il paziente da un conflitto caotico nel mondo interno ad una autodistribuzione dinamica, nella direzione dell'equilibrio dell'organizzazione del campo organismo, e quindi, della personalità. Green (1990), in *Psicoanalisi degli stati limite*, afferma che "... la situazione analitica è un mezzo per captare delle forze sempre presenti dietro le rappresentazioni affettivamente investite che offrono alle strutture del senso una sorgente permanente di elaborazione. Tuttavia, queste non possono mai esaurire la potenza dell'energia psichica che si rinnova costantemente e che spinge la creazione dello scenario drammatizzante delle proiezioni. E ciò che, in alcuni casi estremi, permette di mettere in luce ciò che ho chiamato la "follia privata" dell'analizzando". La pausa si realizza nell'intervallo dello spazio e del tempo delle rappresentazioni affettivamente investite, per decongestionare emotivamente il paziente dal susseguirsi frenetico dei fenomeni e dei processi angosianti proiettivi. Si determina, quindi, una condizione di "silenzio attivo nel mondo interno", poiché il paziente può riuscire a percepire-rappresentare lo scenario in una condizione di ascolto dei dati sensoriali ed emotivi (figure) modulando oggetti, spazi, tempi e ambiente interno rappresentati (sfondo), direzionando un equilibrio nell'organizzazione del campo del proprio organismo psicofisico.

Le fasi psicoterapeutiche conclusive con i controlli negli anni a seguire possono determina-



re un miglioramento generale delle condizioni psicologiche del paziente. Il paziente potrebbe, per esempio: stabilizzare i ritmi veglia-sonno con un ristoro al risveglio e con una condizione motivante dalla mattina per l'avvio delle attività e degli impegni durante la giornata; diminuire gradualmente la frequenza delle spirali di voracità, comprendendo i processi emotivi causanti e l'ansia sottesa e componendo le interazioni tra sentimenti e azioni; aumentare la funzione riflessiva riuscendo ad articolare fantasie e pensieri sulle conseguenze delle sue rappresentazioni e azioni distruttive e autolesive; iniziare a temperare nella propria soggettività, l'odio e l'amore, l'impulsività e la ragionevolezza, la pena e il sollievo; cominciare a sviluppare la continuità del Sé, ricomponendo e integrando le rappresentazioni interne del Sé; migliorare l'immagine di Sé e la percezione di Sé con una maggiore stabilità dell'identità; avviare la comprensione del limite della rappresentazione-azione in seduta, del transfert e del setting psicoterapeutico.

Gli sviluppi positivi del transfert e del controtransfert possono consentire anche una graduale diminuzione della frequenza, del volume e dell'intensità delle "onde anomale" affettive, dei flussi disperati emotivi rievocati, degli acting-out. Ogden T.H. (2005) sostiene che: "Il paziente e l'analista non sono in cerca della verità per il gusto di farlo; sono interessati principalmente a ciò che sta realmente accadendo nel transfert-controtransfert. La coppia analitica fa questo allo scopo di creare un contesto umano di contenimento in cui il paziente possa vivere con la sua esperienza emotiva passata e presente (invece di doverla evacuare o di doversi isolare da essa)".

Gradualmente il paziente potrebbe ricondursi ad un avvicinamento affettivo cauto con i genitori, comprendendo le cause e le responsabilità dei conflitti tra i genitori, più delle presunte colpe e della noncuranza del dolore.

Il paziente potrebbe rielaborare le lacerazioni affettive della relazione con l'oggetto amato "traditore", senza scivolare nello scacco tra ira e vendetta, bensì riuscendo a non sentirsi più sotto lo sguardo dell'altro e ad aprire a Sé il mondo esterno, con una sufficiente aderenza alla realtà e capacità di adattamento per costruire nuove conoscenze e relazioni. Potrebbe diventare moderatamente fiducioso nel convertire le recrudescenze storiche della trascuratezza subita, in azioni molteplici di cura di se stesso, della sua personalità e dei ruoli da sviluppare nelle relazioni interpersonali con gradazioni di significatività.

Il terzo tipo tra i disturbi di personalità che esporrò riguarda il disturbo dipendente di personalità (gruppo C) secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013), con un pattern pervasivo ed eccessivo di necessità di essere accudito, determinante un comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione.

La condizione psicopatologica del paziente con disturbo dipendente di personalità potrebbe rientrare nelle "astrutturazioni" (Bergeret J., 1996), nell'organizzazione limite, quindi "dal punto di vista strutturale, come punto intermedio tra nevrosi e psicosi... Superato il pericolo della psicogenesi di tipo psicotico, l'Io non ha potuto, tuttavia, giungere a una psicogenesi di tipo nevrotico; la relazione oggettuale è rimasta centrata sulla dipendenza anaclitica all'altro; il pericolo immediato contro cui lottano tutte le varietà di stati limite è soprattutto la depressione" (Bergeret J., 1996). L'Io del paziente potrebbe mantenere delle fissazioni rivolte alla primitiva indifferenziazione somatopsichica, per cui a causa di un evento psicotraumatico del passato recente, per esempio, un lutto, doloroso e angoscioso, il paziente potrebbe tornare a modalità arcaiche espressive del linguaggio corporeo, mal di testa, testa vuota, tensioni alle spalle e alle gambe, mutismo. Le frustrazioni recenti possono riportare il paziente alle frustrazioni antiche

più rilevanti e ciò concorre alla paura della separazione e all'angoscia dell'abbandono, con un disperato tentativo di riattaccamento significativo. Regressione, evitamento e somatizzazione, per esempio, possono essere le misure difensive arcaiche del paziente. Il paziente per evitare i conflitti e le tensioni del presente, attraverso la regressione, può riportarsi nel funzionamento al passato; non una regressione pulsionale basata sulle rappresentazioni, bensì un deterioramento parziale della pulsione stessa. Inoltre, con l'evitamento il paziente può sottrarsi all'incontro con la rappresentazione, anche nel caso in cui siano stati utilizzati in precedenza meccanismi difensivi, di livello nevrotico, come lo spostamento o l'isolamento. La conversione del dolore emotivo e affettivo in sintomi fisici, attraverso la somatizzazione, potrebbe consentire di trasformare il conflitto intrapsichico in preoccupazioni somatiche. Anzieu D., in "L'io pelle", riferendosi a Winnicott D. (1969), sul difetto di credenza, sostiene che: "L'io psichico si sviluppa per appoggio, ma anche per differenziazione e per scissione a partire dall'io corporeo. Nell'essere umano esiste una tendenza all'integrazione, a "realizzare l'unità di psiche e soma, identità formata sull'esperienza vissuta tra spirito o psiche e la totalità del funzionamento psichico. Tale tendenza, latente fin dallo sviluppo del lattante, è rafforzata o contrastata dall'interazione con l'ambiente." (Anzieu D., 1995). Per il paziente l'interazione con l'ambiente affettivo potrebbe essere stata precaria, caotica, discontinua, per cui il principio del piacere, fondato sul principio primario del suo essere, di un'esistenza continua e di un'unità psicosomatica, sarebbe deformato tramite un evitamento del dispiacere. Dunque, nell'infanzia la tendenza ad evitare il dispiacere diventa molto più forte della ricerca del piacere a causa di un ambiente non sufficientemente buono e per traumi precoci o meglio, per sequenze di psicomicrotraumi accumulati; infatti, le due funzioni contenente e contenitrice possono non essere assolute dalla stessa persona, bensì da due persone, per esempio, la madre e la nonna materna,

determinando confusione e conflitti, e inoltre, la relazione con la madre può essere caratterizzata dall'indifferenza, dovuta ad una depressione della madre, che potrà emergere successivamente, nel trattamento psicoterapeutico, nel transfert, in modo chiaro, secondo ciò che Green A. (1983) definisce "la madre morta".

Nel programma generale del trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista per il paziente si possono configurare dinamicamente: l'alleanza terapeutica, l'empatia, la creatività, l'interpretazione del transfert, il controtransfert, l'evoluzione delle difese, oltre alle tecniche del "continuum espressivo-supportivo" di Gabbard G.O. (2015).

Nella fase iniziale del trattamento, un presupposto, introduttivo dell'alleanza terapeutica, si richiama alla "continuità dell'essere" (Winnicott D.W., 1956) in riferimento all'esperienza di holding. Occorre avviare un'alleanza con una presenza discreta dello psicoterapeuta nel setting, per un primo sviluppo per il paziente di individuazione e di integrazione esplorativa di movimenti rappresentativi e sensazioni proprie, ed una contemporanea compresenza di "contenimento vivo e umano" (Winnicott D. W., 1955). Inoltre, come Ogden (2005) sostiene: "Quando la relazione tra contenitore (la capacità di sognare, sia da addormentato sia da sveglio) e contenuto (pensieri inconsci derivati dall'esperienza emotiva vissuta) è di "mutuo beneficio e senza reciproco danno" (Bion W.R., 1962), la crescita avviene sia nel contenitore sia nel contenuto". Nel vissuto del paziente il contenitore può essere stato distruttivo per il contenuto, determinando un restringimento dell'ampiezza e della profondità dei pensieri, così come il contenuto può avere invaso il contenitore, dove "le interruzioni improvvisate del gioco rappresentano esempi di quando i pensieri inconsci sommergono la capacità di giocare" (Ogden T.H., 2005); e ancora, dove si ripetano gli incubi frequenti riferiti dal paziente, "in cui il pensiero onirico (il contenuto)



è così disturbante che la capacità di sognare (il contenitore) crolla e il sognatore si sveglia spaventato” (Ogden T.H., 2004).

Nei primi anni del trattamento psicoterapeutico l'empatia (Kohut H., 1996) può essere un aspetto tecnico significativo per i cambiamenti positivi del paziente. Nel processo terapeutico la tecnica empatica determina gradualmente benefici attraverso l'attenzione, la comprensione, l'atteggiamento di ascolto del paziente, se lo psicoterapeuta si dispone all'interno della sua prospettiva, e della percezione delle scene vissute e rappresentate. Con empatia il paziente può svolgere un percorso difficile permeato da regressioni e difese arcaiche per oltrepassare i bisogni narcisistici arcaici verso i bisogni più maturi. Holding ed empatia si compongono nel paziente con la possibilità di “essere riconosciuto” (Frateschi M., 2014), poiché poter “essere conosciuto significa sentirsi integrato almeno nella persona dell'analista” (Winnicott D.W., 1945), confluendo nel poter comprendere un po' per volta il punto di vista dell'altro.

La creatività realizza un'altra funzione espressiva terapeutica nella condizione di un campo dinamico di forze in un quadro scenico setting preciso. “Il quadro ha la funzione di delimitare uno spazio intersoggettivo all'interno del quale i partners possono ricorrere alle loro capacità di giocare, in particolare alla loro creatività. La caratteristica profonda di ciò che vi si trama è di natura paradossale ciò la rende affine (ad un primo approccio) ad altre forme di creazione artistica. È l'utilizzazione che si fa di questa scena che determinerà la natura terapeutica del processo, come pure all'occorrenza gli elementi di tecniche interpretative...” (Gillieron E., 1983).

L'interpretazione del transfert e il controtransfert vengono articolati nella configurazione dinamica del trattamento, in virtù del setting analitico specifico, come sostenuto da Green A. (1990): “... la situazione analitica è l'insieme de-

gli elementi compresi nella relazione analitica, all'interno della quale si può osservare nel tempo lo svolgersi di un processo in cui i nodi sono il transfert e il controtransfert, grazie allo stabilirsi del setting analitico e delle sue limitazioni”. Infatti, nel corso del trattamento del paziente, per esempio, potrebbe determinarsi una particolare rivelazione del transfert: “il complesso della madre morta” (Green A., 1983). La depressione di transfert segnala la ripetizione di una depressione infantile. Non è una depressione per il paziente dovuta ad una perdita reale di un oggetto, benché possa essere presente nel passato del paziente una separazione con l'oggetto che aveva abbandonato il soggetto, piuttosto ciò non è quello che determina il complesso della madre morta. “Il tratto essenziale di questa depressione è che essa si determina in presenza dell'oggetto, lui stesso assorbito in un lutto” (Green A., 1983). La depressione della madre era dovuta alla perdita di un figlio, causato da un aborto, quando il paziente era bambino. L'aborto della madre rimasto sconosciuto nell'infanzia del paziente, può provocare l'angoscia e la tristezza della madre incardinandosi nell'ambiente e nelle relazioni familiari, da quell'evento traumatico in poi. Il paziente nella sua infanzia potrebbe non aver avuto possibilità di comprendere, né di ricevere spiegazioni o chiarimenti di questa “intrusione tragica misteriosa”, il lutto improvviso e silente della madre. La ricostruzione dell'evento psicotraumatico può delinearsi, successivamente, nell'adolescenza del paziente, quando sono già trascorsi molti anni.

Riguardo il controtransfert, attraverso una compresenza di visione psicomica intersoggettiva e intrapsichica, si dedica un'attenzione specifica ai riflessi speculari transfert-controtransfert, contenitore-contenuto. Ogden T.H. (2016) sostiene che: “Il “contenitore” non è una cosa ma il processo di fare un lavoro psicologico con i nostri pensieri disturbanti. L'espressione “fare un lavoro psicologico” è più o meno equivalente a quelle idee/sensazioni che si sperimentano nel

“fare i conti con” un aspetto della propria vita che era stato difficile riconoscere, o “far pace con” degli eventi importanti e profondamente disturbanti della propria vita... il “contenuto” è la rappresentazione psicologica di quello con cui facciamo i conti o facciamo pace”.

L'evoluzione delle difese si rivela significativa circa i cambiamenti positivi per il paziente, in particolare, attraverso due modalità difensive psicoevolutive (Frateschi M., 1988-1989, 2012): la “previsione emotiva” e lo “scenario spazio-tempo”. La previsione emotiva simula gli eventi, anticipando le rappresentazioni mentali in forme simboliche inconscie, grazie alla motivazione intrinseca strutturale, ovvero a quello slancio vitale che a livello inconscio, compone e scompone figure e sfondi energetici, tesa alla gestione dei conflitti. Quando il paziente, durante il trattamento psicoterapeutico, riaffaccia ripetutamente la difesa arcaica di somatizzazione, come Green A., afferma: “la regressione scinde il conflitto dalla sfera psichica, relegandolo nel soma (e non nel corpo libidico)” (Green A., 1990), il risultato della formazione simbolica, cioè la trasformazione dell'energia libidica in energia neutralizzata somatica, può metterlo in pericolo di vita. La previsione emotiva utilizzata gradualmente al posto della somatizzazione consente al paziente di condursi verso una modalità difensiva strategica, che libera in anticipo l'energia libidica orientata dalla motivazione intrinseca strutturale verso rappresentazioni mentali in grado di simulare e, perciò, gestire il conflitto intrapsichico, con l'effetto di ridurre o eliminare il pericolo. Ciò si determina a livello inconscio sviluppando la capacità di rappresentare, componendo e scomponendo figure e sfondi energetici, con oggetti significativi investiti (figure) in scene di eventi angoscianti, aggressivi e pericolosi (sfondi). Nel tempo il paziente viene accompagnato a rappresentare-percepire e percepire-rappresentare esaminando la realtà, analizzando i fenomeni-eventi e comprendendo il valore della consapevolezza e della rielaborazione.

borazione. Lo scenario spazio-tempo è un'altra difesa strategica efficace per sopravvivere alle angosce di morte e malattia del mondo interno e di pericolo e aggressioni dal mondo esterno. Quando il paziente tenta di ridurre la tensione del dispiacere, l'obiettivo diventa quello di passare all'azione (acting), al comportamento reattivo, alla somatizzazione. Da bambino sulla spinta dell'angoscia di perdita, può aver tentato nell'abbandono e nell'isolamento, di ristabilire la fusionalità; le frustrazioni e le delusioni, anche nella percezione e nella rappresentazione di un mondo esterno abbandonico, aggressivo e pericoloso, potrebbero avere imposto di tollerare amore e odio fissati in rappresentazioni arcaiche. Green A. (1990) sostiene che: “Il tentativo di separare il bene dal male, il piacere dal dispiacere, l'obbligo di arrivare a distinguere tra l'io e l'oggetto, il dentro e il fuori, il soma e la psiche, il fantasma e la realtà, tutte queste operazioni, nel caso-limite, possono portare alla scissione”. Nel trattamento psicoterapeutico il paziente può essere in grado progressivamente di pervenire all'utilizzazione dello scenario spazio-tempo attraverso un'attivazione nel campo psichico sia della rappresentazione del mondo esterno, sia della rappresentazione del mondo interno, ed inoltre, della riconfigurazione delle percezioni-rappresentazioni di scenari spaziali e temporali desiderabili e realistici, riavviando un processo di evoluzione difensivo e di personalità.

Negli anni successivi delle fasi e dei controlli psicoterapeutici può proseguire il miglioramento graduale della condizione psicologica del paziente. Caratteristiche specifiche di tecniche supportive come “esame di realtà e rieducazione” (Wallerstein R.S., 1986) e di tecniche espressive come la “confrontazione” (Gabbard G.O., 2015) e focus su motivazione a comprendere e frustrazione da tollerare, capacità di insight, capacità introspettiva e riflessiva, capacità di auto-osservazione, capacità di rappresentazione, simbolizzazione e metafora, contribuiscono a sviluppare nel paziente autostima e fiducia di base.



I problemi dell'autonomia e dell'indipendenza vengono portati ad una graduale comprensione, rielaborazione e interpretazione individuando e, quindi, realizzando obiettivi ragguardevoli per la salute del paziente, fino a condurlo ad una accettazione e consapevolezza della conclusione del trattamento psicoterapeutico. Zetzel E., Meissner W. W. (1973) riferendosi ai problemi dell'autonomia e dell'indipendenza, affermano che: "Tali problemi sono stati operativi durante tutto il corso dell'analisi, ma diventano particolarmente rilevanti nella fase finale; man mano che la fine si avvicina, tuttavia, inevitabilmente i desideri passivi e di dipendenza del paziente si ravvivano". La passività e la dipendenza del paziente diventano via via estranee all'Io, con un'accettazione più matura dei limiti della realtà e con un'estensione strategica e tattica difensiva, sia delineando una continuità di direzione verso una progressione di aree di autonomia e di indipendenza (scenario spazio-tempo), sia configurando una propria prospettiva previsionale più gratificante ed efficace rispetto ai temibili rigurgiti conflittuali arcaici (previsione emotiva). Il paziente nel processo rielaborativo e maturativo dell'attivazione della motivazione intrinseca strutturale verso l'indipendenza, l'autonomia, l'autorealizzazione rispetto ai condizionamenti arcaici (Frateschi M., 1988a-1997) tendenti, invece, alla dipendenza, all'involuzione, alla regressione e alla passività, può affrontare sufficientemente bene con forza emotiva e costanza d'oggetto le rievocazioni temibili degli antichi fenomeni, eventi ed oggetti dell'angoscia e della depressione. La progressione nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutivista del paziente può essere accompagnata da componenti regressive, che nella fase finale del trattamento vengono rese più chiare e consapevoli, in quanto la funzione di sollecitazione delle componenti non è da circoscrivere in termini conflittuali, bensì occorre rivisitarla in termini rielaborativi difensivi strategici volti a nuove interpretazioni della realtà del mondo interno dinamico, in divenire.

Il paziente può concordare con se stesso di attivare, pur assumendo rischi di delusioni e separazioni o perdite, graduali obiettivi personali basati sul proprio vissuto e patrimonio di esperienze, sull'accettazione attiva della propria identità e dei limiti della realtà, sulle aspettative, sulla autostima e sulla fiducia da estrinsecare con nuove condizioni di benessere personale, di cura del rapporto con il mondo esterno e delle relazioni più o meno significative; inoltre, scopre di saper verificare emotivamente e razionalmente i buoni e i cattivi esiti, che, successivamente, potrebbe riconfigurare in prospettiva nel modo a lui più consono. Può determinarsi un decremento rilevante complessivo dell'ansia, della depressione, delle paure, degli incubi notturni, dei mal di testa, dei dolori al collo e di gran parte dei sintomi. Il paziente, infine, può riuscire a concordare con gli affetti più cari nuove condizioni e fasi significative relazionali affettive; così come potrebbe progredire nell'autorealizzazione, nel lavoro, aprirsi a nuovi progetti, interessi e amicizie, senza intrusioni e ingerenze della famiglia.

Dunque, in riferimento a tre tipi di disturbi della personalità ho voluto presentare l'impostazione generale della psicoterapia psicodinamica psicoevolutivista e alcuni aspetti specifici come, per esempio, l'evoluzione delle difese, che comporta lo studio e l'analisi del "Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo", dall'ambito teorico alla pratica clinica "ad personam", e l'analisi, l'elaborazione e l'interpretazione delle "modalità difensive psicoevolutive" strategiche e tattiche, dalla percezione alla rappresentazione, dall'utilizzazione alla verifica della validità ed efficacia. Ricordo che un concetto psicologico nuovo delle mie ricerche cliniche sulla psicoevoluzione è che ogni essere umano nasce sia con un sistema anatomico-fisiologico-biologico difensivo (il sistema immunitario fisiologico e biologico difensivo), sia con un Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo (SSPD) (il sistema immunitario psicologico difensivo) (Frateschi M, 1989). Questo sistema strategico complesso, si



articola su tre caratteristiche fondamentali. Prima caratteristica SSPD: Struttura. La Struttura è determinata già in uno stadio embrionale, poi fetale, precostituita in microforme e microstrutture grezze difensive di forza vettoriale, contenente energia psichica per ogni componente molecolare nucleare. Seconda caratteristica SSPD: Organizzazione. L'Organizzazione è composta attraverso una strategia delle aree e delle parti della Struttura, allo scopo di tendere verso un continuo equilibrio dinamico delle forze vettoriali psichiche in tensione, in cui il tutto è più della somma delle parti, ed è direzionato verso un isomorfismo psicofisico. Terza caratteristica SSPD: Funzione. La Funzione attiva ogni via delle forze vettoriali psichiche singole in processi di interazione, multipli, sia simultanei, sia successivi, e di intercorrelazione con i sistemi di base innati e complessi, che concorrono con l'Organizzazione del SSPD a riconfigurare continuamente la Organizzazione Globale del Campo Organismo (OGCO).

Le modalità difensive psicoevolutive (Frateschi M., 1988-1989) finora confermate anche a livello clinico, psicodiagnostico e psicoterapeutico sono:

1. Previsione emotiva;
2. Scenario spazio-tempo;
3. Pausa emotiva;
4. Regolazione della distanza emotiva;
5. Valutazione personale della realtà.

Le modalità difensive psicoevolutive (difese strategiche e tattiche) si aggiungono ai meccanismi di difesa (difese tattiche e arcaiche) nel Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo, per autoprotezione. Le cinque modalità difensive psicoevolutive oltre ad essere tattiche, perché possono agire per l'essere umano con efficacia rispetto alle necessità dell'evento specifico presentatosi, sono ancora prima strategiche, poiché possono intervenire ampiamente in altri eventi spazio-tempo simultanei o successivi, con efficacia rielaborativa, interpretativa e risolutiva.



“Nel trattamento psicoterapeutico psicodinamico psicoevolutionista l’evoluzione dell’essere si realizza con l’evoluzione delle difese, meccanismi di difesa e modalità difensive psicoevolutive, utilizzate con dinamiche congruenti ed efficaci, che sviluppano il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo; a sua volta, il Sistema Strategico Psicoevolutivo Difensivo nella progressione della configurazione della totalità dinamica della propria struttura, organizzazione, funzione, dà ulteriore sviluppo all’utilizzazione delle difese, con una conseguente evoluzione delle difese” (Frateschi M., 2019).

Un altro aspetto specifico riguarda psicomicrotraumi e psicotraumi. “Il metodo psicoevolutionista nelle applicazioni psicodiagnostiche e psicoterapeutiche tiene conto della rilevanza clinica circa l’analisi, la valutazione, l’elaborazione e l’interpretazione di psicomicrotraumi e psicotraumi, degli sviluppi dinamici psico-bio-sociali e delle sequenze di accumulazione di eventi multipli simultanei e successivi subclinici e clinici nel corso della vita del soggetto (Frateschi M., 2013b). Un’attenzione rilevante va disposta nel metodo su analisi, elaborazione, interpretazione, costruzione della molteplicità degli eventi, dei fenomeni, dei processi inconsci, delle fantasie, dei sogni e della realtà, e delle variabili indipendenti, dipendenti e intervenienti, in questa configurazione dinamica di setting psicoterapeutico (Frateschi M., 2015-2017). Così, nella seduta psicoterapeutica, si sviluppa nel qui e ora, l’analisi degli eventi che può ricondurre, naturalmente al passato prossimo e a quello remoto e arcaico, agli eventi evocati significativi clinicamente, in ordine psicopatologico, sia di grande e immediata dimensione, con alta intensità, cioè psicotraumatici, sia di micro e subclinica dimensione, con bassa intensità, cioè psicomicrotraumatici (Frateschi M., 2013a-2015). L’evento psicomicrotraumatico è un tipo di evento che causa nell’individuo un trauma psicologico di entità e di intensità di grado lieve o molto lieve, di durata breve ed estensione minima, con coscienza percettiva bassa. Ne consegue che gli eventi psico-

microtraumatici determinano segni di sofferenza quasi impercettibili, che sommandosi potrebbero avviare i primi segni e comportamenti precursori di rischio per la salute psicologica. Una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati con una concatenazione progressiva specifica, originale e propria del vissuto individuale, può produrre un aumento della frequenza e della intensità del fenomeno disturbante nel soggetto, fino alla sua emersione. Da una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati infantili possono determinarsi condizioni psicologiche variabili nel corso dell’esistenza, a partire da comportamenti precursori a rischio di psicopatologia, fino a condizioni moderate o gravi psicopatologiche. Ad un evento psicotraumatico per un paziente possono aggiungersi altri eventi di tipo psicomicrotraumatico che sostengono il perdurare dei sintomi. Il metodo dell’analisi psicoevolutionista degli eventi psicomicrotraumatici si estende alla individuazione dei riflessi dei frammenti delle immagini, della realtà e della fantasia nella percezione del soggetto della propria esistenza” (Frateschi M., 2007b-2012). Fenomeni ed eventi di emergenza emotiva psicomicrotraumatica e psicotraumatica, composti da disagio, paura, panico, stress, ansia e depressione, sono rinvenibili attraverso questo metodo, in ordine alla frequenza, all’intensità e alla configurazione complessiva subclinica e clinica.

Infine, altri aspetti e concetti specifici, come: il metodo della percezione psicoevolutionista della scena, le configurazioni delle forze in campo, figure e sfondi, la percezione-rappresentazione scena-setting, la motivazione intrinseca strutturale e il condizionamento arcaico, l’organizzazione globale del campo organismo, il virus psicologico, ecc., compongono il quadro di riferimento teorico e metodologico della psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista.

BIBLIOGRAFIA

- AMADEI G., CAVANNA D., ZAVATTINI G.C. (2015). *Psicologia dinamica*, Società editrice il Mulino, Bologna.

- APA-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5). Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- ANZIEU D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod, Paris. Tr. It. L'io-pelle. Raffaello Cortina Editore. Milano, 2017.
- BATEMAN A., FONAGY P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- BERGERET J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Dunod, Paris. Tr. It. La personalità normale e patologica. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BION W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Tr. It. Armando, Roma 1996.
- BION W.R., (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.
- DRAGUNS J.G. (2004). *Defense mechanism in the clinic, the laboratory, and the social world: toward closing the gaps*, in U. Hentschel, G. Smith, J.G. Draguns, e W. Ehlers (a cura di), *Defense Mechanisms. Theoretical, Research and Clinical Perspectives*, Elsevier, Amsterdam.
- FRATESCHI M. (1988). *Communication. Advanced Studies in Group Psychology*. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A.
- FRATESCHI M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa. Comunicazioni*. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- FRATESCHI M. (1989). *La Psicologia Scolastica con un orientamento Psicodinamico Psicoevoluzionista per una Ricerca Azione nella scuola*. Comunicazione interna alla Ricerca Formativa "Il bambino multidimensionale", Università degli Studi di Bari - I.R.S.S.A.E., Regione Basilicata.
- FRATESCHI M. (1997). *L'evoluzione in Psicologia*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2006). *La psicoterapia psicoevoluzionista: psicodinamica e analisi delle difese degli adolescenti*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione dell'identità nell'adolescente", A.I.E.P. Bari.
- FRATESCHI M. (2007a). *Il Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza: una prospettiva psicologica psicoevoluzionista*. Comunicazione presentata al Seminario "Progetto Psicologia della Salute per l'infanzia e l'adolescenza", A.I.E.P., Bari.
- FRATESCHI M. (2007b). *La prevenzione psicologica dei comportamenti prevaricanti e il fenomeno del bullismo*. Comunicazione presentata al Seminario di studio su: "Bullismo e devianza minorile". Università degli Studi di Bari. Facoltà di Scienze Politiche. Bari.
- FRATESCHI M. (2012). *Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevoluzionista*. Armando Editore, Roma.
- FRATESCHI M. (2013a). *La prevenzione e la diagnosi psicoevoluzionista*. Comunicazione presentata al Seminario: "Problematiche dello sviluppo: percorsi di prevenzione, diagnosi, presa in carico e intervento", Comune di Castellana Grotte – Sala delle Cerimonie
- FRATESCHI M. (2013b). *La prevenzione psicoevoluzionista: programmi e servizi per la scuola e la famiglia*. Comunicazione presentata al Convegno: "Psicologia e Promozione della salute. Prevenzione Psicoevoluzionista dei DA, DSA", Istituto Comprensivo Japigia I – Verga, Bari, in collaborazione con A.I.E.Psi., Bari.
- FRATESCHI M. (2014) *Psicodinamica e psicoterapia psicoevoluzionista e la promozione della salute e del benessere*. Comunicazione presentata al Convegno: "Psicoevoluzione e progresso psicologico per la salute e il benessere", A.I.E.Psi., Bari.
- FRATESCHI M. (2015a) *Intervento all'Evento dal titolo: "Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay, bisessuali"*, Università degli Studi di Bari, in collaborazione con A.R.I.R.I., Aula



Magna, Palazzo Ateneo, Bari, tenutosi il giorno 17.04.2015.

- FRATESCHI M. (2015b) La psicoevoluzione. Comunicazione presentata al Seminario dal titolo: "La Psicoevoluzione", organizzato dall'Università degli Studi di Foggia, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Direttore Prof. Antonello Bellomo, tenutosi in data 07.05.2015, presso l'Aula Didattica di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Foggia.
- FRATESCHI M. (2015c) Il metodo psicoevolutivista: progetti e interventi nei campi applicativi psicologici, dalla prevenzione alla psicoterapia psicoevolutivista. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: "Psicoevoluzione: i nuovi progetti di psicologia, psicodiagnosi e psicoterapia psicoevolutivista", tenutosi a Bari, presso la Sede A.I.E.Psi., il giorno 1 luglio 2015.
- FRATESCHI M. (2015d) Lo psicologo a sostegno della prevenzione primaria, secondaria e terziaria: gli aspetti psicologici clinici, psicotraumatici e psicopatologici; gli interventi, la consulenza e i progetti dello psicologo scolastico. Comunicazione presentata al Seminario-Tavola Rotonda dal Titolo: "Lo Psicologo Scolastico", organizzato dall'Università degli Studi di Bari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione in collaborazione con l'Università del Salento, Dipartimento Storia Società Studi sull'Uomo, tenutosi in data 02.10.2015, presso l'Aula Magna, Università degli Studi di Bari, Palazzo Ateneo, Bari.
- FRATESCHI M. (2017) Psicoevoluzione ed Evoluzioni Psicodinamiche. Comunicazione presentata al Convegno A.I.E.Psi.: "Evoluzioni Psicodinamiche", organizzato in collaborazione con International Foundation Erich Fromm, e con la Scuola di Psicoterapia Erich Fromm, tenutosi a Bari, presso l'Hotel Excelsior Congressi, il giorno 29 marzo 2017.
- FRATESCHI M. (2019). Psicodinamica, angoscia e psicomicrotrauma. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia», 23, 6/2019, pp.112-131.
- FREUD S. (1899). L'interpretazione dei sogni. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- FREUD S. (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. Opere di Sigmund Freud. Ed. Boringhieri, Torino. 1976-1980.
- GABBARD G.O. (1985). The role of compulsiveness in the normal physician. In Journal of the American Medical Association, 254, pp. 2926-2929.
- GABBARD G.O. (2009). Trattamento dei disturbi psichiatrici. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2018.
- GABBARD G.O. (2009). What is a good enough termination?. In Journal of the American Psychoanalytic Association, 57, pp. 575-594.
- GABBARD G.O. (2015). Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- GILLIÉRON E. (1983). Aux confins de la psychanalyse, Payot, Paris. Tr. It. Ai confini della psicoanalisi, Edizione degli Archi, Torino, 1989.
- GREEN A. (1983). Narcisismo di vita, narcisismo di morte. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2018.
- GREEN A. (1990). Psicoanalisi degli stati limite, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.
- GREEN A. (2012). La clinica psicoanalitica contemporanea. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.
- GREEN A. (2016). La clinica psicoanalitica contemporanea. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GUILLAUMIN J. (1973) Culpabilité, honte et dépression". In Revue française de psychanalyse, 37, 5-6, pp.983-1007.
- KERNBERG O.F. (1974). "Problemi clinici della personalità narcisistica". Tr.it. in Sindromi marginali e narcisismo patologico. Boringhieri, Torino 1978.
- KERNBERG O.F. (1975). Sindromi marginali e

- narcisismo patologico. Tr. It. Boringhieri, Torino 1978.
- KERNBERG O.F. (1982). An ego psychology and object relations approach to the narcissistic personality, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
 - KERNBERG O.F. (2001). Object relations, affects and drives: Towards a new synthesis, in *Psychoanalytic Inquiry*, 21, pp.604-619.
 - KERNBERG O. F. (2009). "Narcissistic personality disorder". In Clarkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*. American Psychiatric Publishing, Washington.
 - KLEIN M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco depressivi, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
 - KLEIN M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
 - KOHUT H. (1971). Narcisismo e analisi del Sé. Tr. It. Torino, Boringhieri, 1976.
 - KOHUT H. (1977). La guarigione del Sé. Tr. It. Torino, Boringhieri, 1980.
 - KOHUT H. (1996). Lezioni di tecnica psicoanalitica. (Istituto di Chicago, 1974/1975). Tr. it. Astrolabio, Roma, 1997.
 - LINGIARDI V., MADEDDU F. (2002). I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica. Nuova edizione., Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - LINGIARDI V., MC WILLIAMS N. (2017). Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-2, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
 - OGDEN T.H. (1994). L'identificazione proiettiva e il terzo soggiogante. Tr. It. in *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano, 1999, pp. 46-48.
 - OGDEN T.H. (2004). Su holding e contenimento, essere e sognare. Tr. It. in *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008, pp. 117-136.
 - OGDEN T.H. (2005). *This Art of Psychoanalysis*. Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries. Tr. It. *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
 - OGDEN T.H. (2007). Sul parlare come sognare. Tr. It. in *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare e sognare, imparare e dimenticare*. CIS, Milano, 2009, pp. 21-48.
 - OGDEN T.H. (2016). *Reclaiming Unlived Life, Experiences in Psychoanalysis*. Tr. It. *Vite non vissute. Esperienze in psicoanalisi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.
 - RACAMIER P.C. (1980). *Les schizophrènes*. Payot, Paris. Tr. It. *Gli schizofrenici*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1983.
 - WALLERSTEIN R.S. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. Guilford, New York.
 - WINNICOTT D. W. (1945). Lo sviluppo emozionale primario. Tr. It. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
 - WINNICOTT D. W. (1955). *Influenze del gruppo e il bambino disadattato: la scuola* Tr. It. In *Il bambino deprivato*. Raffaello Cortina, Milano, 1986.
 - WINNICOTT D. W. (1956). *La preoccupazione materna primaria*. Tr. It. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
 - WINNICOTT D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore.
 - WINNICOTT D. W. (1971). *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London.
 - WINNICOTT D. W. (1975). *L'odio nel controtransfert*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Martinelli.
 - WINNICOTT D. W. (1995). *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano, Raffaello Cortina.
 - WINNICOTT D. W. (1995). *L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi*, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano, Raffaello Cortina.
 - ZETZEL E., MEISSNER W. W. (1973). *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*, Basic Books, New York. Tr. it. *Psichiatria Psicoanalitica*. Torino, Boringhieri.



GENERAZIONE INFLUENCER

RICERCA E COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ NELL'ERA DI INTERNET E DELL'INDIVIDUALISMO

Maria Comasia De Giuseppe
Socio fondatore Associazione Ariadne
Psicologa-Psicodiagnosta
Specializzanda in Gruppoanalisi

RIASSUNTO

Il processo di rinnovamento del paradigma culturale, sociale e educativo, ha esposto la nuova generazione a profondi cambiamenti che acquistano senso se osservati all'interno di una prospettiva evolutiva.

Durante l'adolescenza, il corpo diventa uno strumento comunicativo per l'espressione di sé, per un'affermazione in direzione narcisistica, proprio perché avviene un connubio tra la fase specifica della vita in cui il corpo diventa protagonista e le richieste della società narcisistica. Gli ideali generazionali e massmediali a cui gli adolescenti sembrano esposti sono però piuttosto esigenti.

La nostra epoca si caratterizza per esortare e incoraggiare la visibilità, la popolarità e il successo, sostenendo a gran voce la libera espressione del Sé a discapito dell'oggetto.

La rivoluzione digitale ha creato nuovi ambienti espressivi nei quali, non solo gli adolescenti sperimentano nuove possibilità di realizzazione, ma dove trovano anche rifugio in occasione di profonde crisi evolutive, in una forma di auto ricovero che esprime sia il dolore, sia il tentativo di alleviarlo o superarlo.

Un fenomeno mediatico e sociale, come quello degli *Influencer*, ha trovato terreno fertile all'interno di una società che sempre più premia ed esalta l'individualismo e il narcisismo dei singoli, che necessitano inevitabilmente di un gruppo di ammiratori che condividano gli stessi interessi e passioni.

Le manifestazioni caratteristiche dell'adolescente diventano ancora più interessanti se osservati attraverso lo sguardo dell'altro, attraverso il quale si cerca visibilità, ammirazione, come una insolita forma di successo molto per-



sonale, legato all'intima essenza della persona e di cui anche il *marketing* sembra averne colto il potenziale.

PAROLE CHIAVE

Adolescenza, generazioni, società narcisistica, modelli di identificazione, identità digitali, dinamiche gruppalì.

COME SONO CAMBIATI GLI ADOLESCENTI

Il concetto di cambiamento è un concetto comune che ha però, un significato specifico rispetto all'etimologia poiché il cambiamento significa trasformazione, mutamento nella forma, cioè nell'aspetto esteriore.

Ovviamente la forma è qualcosa di fondamentale per l'identità di un oggetto, che quindi riesce mutata; nella trasformazione però la sostanza non cambia, poiché, pur soggetta a variazioni, c'è un filo che pur nel cambiamento resta lo stesso.

L'adolescenza è per definizione manifestazione del cambiamento, in questa particolare fase di vita, la fatica di crescere è più che mai percepita dai "mutanti" come li definisce Sofia Bignamini (2018), poiché è impossibile sfuggire a quelle trasformazioni corporee e funzionali che sono prefissate, ma che possono essere sia festeggiate che ripudiate.

Questa specifica fase di cambiamento inquieta gli adolescenti, poiché fanno fatica a riconoscersi e ad essere riconosciuti, apparendo così disorientati e disorientanti per gli adulti.

È interessante soffermarsi anche su come sia cambiato il modo di guardare a questo passaggio dall'età infantile all'età adulta, e di quali siano i cambiamenti sociali che hanno influito sul modo di attraversare questo periodo di vita. Infatti, in accordo con le teorie gruppoanalitiche, non è possibile considerare l'individuo isolato, ma è necessario guardare il fenomeno nella sua complessità.



Il fenomeno che segnala indiscutibilmente come sono cambiati gli adolescenti attuali rispetto ai precedenti, è l'anticipo dell'età puberale, soprattutto in Occidente, si tratta di un fenomeno che si riferisce a zone del mondo in cui le condizioni nutrizionali e sanitarie sono migliori, ma che sono correlate anche, secondo alcuni, ad aspetti propri dei modelli e dei linguaggi che circolano sulla stampa, in televisione e su internet.

In effetti, l'anticipazione della trasformazione biologica contribuisce ad aumentare la disarmonia percepita, caratteristica della pubertà.

Una trasformazione corporea anticipatamente maturata risulta così ancora più "scissa", di quanto avveniva in passato, da una condizione mentale che però non è analogamente maturata né affettivamente né sessualmente.

Questa condizione contribuisce inevitabilmente ad alimentare l'impulsività, tanto da rendere ancora più ingovernabili e intensi gli affetti che stanno attraversando.

Oltre ad una maturazione biologica accelerata, i "mutanti", tendono a velocizzare anche l'identificazione verso modelli più adulti, che necessariamente li espongono a situazioni rischiose e lasciano i loro genitori in una condizione di ansia e impotenza educativa.

A questo proposito, l'Osservatorio nazionale sulla Salute dell'infanzia e dell'adolescenza (2016) ha segnalato che in Italia, la percentuale dei ragazzi che hanno rapporti sessuali prima dei 14 anni è raddoppiata in appena un anno.

Stesso discorso vale per l'uso delle sostanze stupefacenti, in particolare alcol e cannabis hanno visto aumentare il loro consumo tra i preadolescenti, tanto che si può osservare come secondo l'Istituto Superiore della Sanità nel 2016, il 17% delle intossicazioni che sono giunte in ospedale, riguardavano ragazzi al di sotto dei 14 anni.

Lungi dal volere esprimere un giudizio valoriale su questi fenomeni, l'obiettivo è osservare il trend di anticipazione che non va sottovalutato.

L'uso degli strumenti virtuali risulta in questo quadro assolutamente libero da limiti e filtri, così come l'accesso ad ogni tipo di immagine, informazione e siti di ogni genere; anche i limiti di età che vengono debolmente imposti dai social network sono facilmente superabili con estrema naturalezza.

Tant'è che i preadolescenti risultano navigatori molto più esperti degli adulti, ma in realtà poco preparati a far fronte ai rischi di diventare vittime di quell'uso maldestro e anticipato delle tecnologie. Probabilmente gli strumenti in voga oggi saranno presto dimenticati, proprio per la velocità con la quale app e strumenti di comunicazione virtuali vengono aggiornati costantemente e per la quale divengono velocemente obsoleti.

Per fare un esempio, possiamo pensare a *Facebook*, che per gli adulti è divenuto la prima vetrina virtuale per esporre la propria vita anche nei minimi particolari; così oggi gli adolescenti e i preadolescenti affidano ad *Instagram* e a *Tik Tok* la loro esistenza, contribuendo così ad alimentare fantasie illusorie e miti effimeri e disfunzionali.

D'altro canto, è giusto sottolineare come questi canali comunicativi siano anche strumenti dal grande valore espressivo e socializzante.

Pensiamo per esempio a come sia molto difficile per alcuni ragazzini l'incontro reale con i coetanei, i social network in questo caso rappresentano una palestra unica in cui cimentarsi ad uscire dal guscio in modo ancora protetto e mediato dallo schermo.

Come per la tv e il computer, anche i social network rappresentano mezzi il cui valore è strettamente connesso all'uso che si impara a farne, per questo sembra necessario che siano degli adulti competenti ad accompagnare e educare i ragazzi al loro uso.

In questo senso, anche i "selfie" possono essere interpretati come un'occasione utile per allenarsi ad osservare il mondo se si considera la mole

di tempo trascorsa a trovare l'angolazione e la luce giusta per le foto da postare.

I cambiamenti psicofisici anticipati vanno ad innestarsi in un contesto complesso come quello attuale, così da spingere i ragazzi in direzioni contrapposte.

Si pensi ad esempio a come la trasformazione puberale assuma forme estreme, lentissime o precocissime, ma comunque disorientanti agli occhi degli adulti. Si osservano su poli opposti, una precocità incontenibile sul piano dei comportamenti adultizzati e il ritiro e il rifiuto di un mondo di esperienze percepite come inaccessibili, da cui si tenta la fuga.

L'anticipazione della trasformazione puberale esprime anche il massiccio processo di accelerazione che la nostra società ha subito negli ultimi anni. Il fenomeno però, non riguarda solo il progresso tecnologico, ma anche molti aspetti fondanti del nostro modo di vivere. Fino a poco tempo fa, le azioni e le scelte erano guidate da visioni complessive del mondo, sul bene e sul male e più in generale sul senso della vita. Dettami religiosi consolidati e convinzioni morali e politiche implicavano un senso di responsabilità costante per la costruzione della propria esistenza.

Oggi con il crollo delle grandi ideologie anche religiose, legate alla perdita dell'eternità come ricompensa per le fatiche e i sacrifici del quotidiano, il senso di sfiducia verso la realizzazione condivisa di un futuro possibile, implicano la compensazione con un alto tasso di soddisfazione immediata.

Il vissuto di insicurezza, confusione e disorientamento generato dal decadimento delle linee guida di un tempo è combattuto rincorrendo dosi di conferme che se non provengono più dall'alto, è cercato nell'altro.

L'imperativo morale vigente del momento è quello di fare più cose possibili, conoscere tanta gente, assaporare tutto ciò che è pensabile, esprimendo un frenetico ed effimero consumo del tempo.

In questo quadro, chi si ferma, rallenta o esita finisce per sentirsi perduto, se non si corre alla pari, si viene espulsi dalla competizione per la conquista di sguardi e di like che priva di un senso che sia valore e consistenza alla propria identità.

Appare chiaro come questo panorama culturale sia strettamente connesso alla sensibilità narcisistica riscontrabile tra i giovani e gli adolescenti odierni. Il motore più efficace solido delle scelte sembra essere la ricerca di apprezzamento e di visibilità come conferma del proprio esistere e delle proprie qualità. Il focus oggi sembra essere l'indice di gradimento che la propria immagine ottiene in un "qui ed ora in costante *upgrade*" (Sofia Bignamini, 2018).

Insieme al crollo delle grandi ideologie del passato, vi è stato un alto importante passaggio secondo Pietropolli Charmet (2019) si è infatti passati da una famiglia "etica" ad una famiglia "affettiva", in cui l'elemento supremo di regolazione è l'affetto insieme a tutta la sfera di emozioni, più o meno spiacevoli, che determinano una relazione sentimentale.

ESSERE ADOLESCENTI NELLA SOCIETÀ NARCISISTICA

Il mondo interno di ognuno di noi, il funzionamento psichico del singolo individuo dipende da molte variabili, tra cui quella ambientale. Le esperienze vissute nel grembo materno e, il modo in cui siamo «nati», influenzano il nostro sviluppo e contribuiscono a far sì che siamo quello che siamo.

L'ambiente, le relazioni, le circostanze in cui nasciamo e cresciamo hanno importanti ricadute sul nostro modo di sentire e rappresentare noi stessi, e noi stessi in relazione con gli altri. Ciò significa che il contesto in cui il bambino nasce e cresce, fino ad affrontare le trasformazioni corporee e psichiche proprie dell'adolescenza, ha delle importanti ricadute sul modo di vivere, sentire e rappresentarsi ciò che accade in questa decisiva fase dello sviluppo.



Questo non riguarda soltanto le relazioni più intime dell'individuo ma, in un senso più ampio, anche il contesto sociale, culturale e antropologico.

Attraversare l'adolescenza in epoche storiche differenti significa affrontare i compiti evolutivi di questa delicata fase dello sviluppo in modo diverso. Donald Winnicott (1896-1971), per esempio, in un volume pubblicato postumo sottolinea come alcune importanti scoperte della sua epoca avessero modificato la maniera di essere adolescenti e parallelamente, le basi su cui poggiavano gli intenti educativi degli adulti dell'epoca.

Gli adolescenti di oggi sono nati e cresciuti in un ambiente molto diverso da quello delle generazioni precedenti. I cambiamenti sono stati tanti e non possiamo non tenerne conto quando pensiamo a loro e al modo in cui fanno fronte ai compiti evolutivi propri di questa età.

La mentalizzazione del corpo puberale, il pro-

cesso di separazione e individuazione dai genitori, la formazione di un proprio sistema di valori, la nascita come soggetto sociale, che sono considerati i compiti evolutivi in una prospettiva psicoanalitica, sono da osservare secondo all'interno di un modello evolutivo che ha però fortemente a che fare con il contesto relazionale e sociale, che oggi si può considerare del tutto modificato.

Possiamo pensare, ad esempio, alla pratica del divorzio, alla possibilità di interrompere una gravidanza, alla progressiva trasformazione della maniera di guardare e vivere l'omosessualità, all'affermarsi delle tecniche di procreazione assistita. Ed inoltre alle ricadute sul modo di elaborare mentalmente la propria identità di genere maschile e femminile, determinate dalla possibilità di disgiungere la procreazione dall'atto sessuale: una novità assoluta nella storia dell'umanità, la cui rilevanza sull'attuale generazione

di adolescenti e su quelle future non sembra sia ancora stata abbastanza sottolineata. L'invenzione di internet per i nativi digitali così, non sembra la sola novità rivoluzionaria.

Queste potrebbero essere considerate le disarmani modernità della società in cui viviamo, notoriamente definita come "liquida", abitata da passioni tristi e connotata dall'individualismo.

Un contesto sociale dove la costruzione dell'identità individuale è più fluida, con percorsi completamente nuovi e sicuramente più articolati da scoprire e intraprendere. Da altri autori, invece è stata definita la "società del narcisismo", dell'immagine, della visibilità, della popolarità ricercata a tutti i costi, governata dall'ego e gremita dai "digitambuli" vittime della "sindrome dello sguardo basso", così come la dipinge Michele Serra (2015) nel suo libro "*Ognuno potrebbe*", descritto attraverso un personaggio disorientato dei tempi moderni.

Nel racconto, Giulio, cresciuto nella società dove la parola "io" era considerata un'espressione di maleducazione, perché il modello educativo imperante era concentrato sull'altro, sull'oggetto. Oggi, in effetti, in tutti i luoghi frequentati, la gente si muove e cammina praticamente incurante della presenza dell'altro. Si pensa più a sé che all'altro, più a sé stessi che a quanto ci circonda. La domanda che spesso si rivolge ai professionisti delle relazioni, riguarda soltanto adolescenti troppo impegnati a scattare selfie e di giovani che non lasciano il posto a sedere agli anziani. Ma è bene che gli adulti chiariscano la propria visione rispetto a questi fenomeni, impegnandosi a riconsiderare gli odierni approcci educativi dominati dall'individualismo e dalla sovraesposizione digitale ha reso la vita privata sempre più pubblica.

Matteo Lancini ritiene, a titolo esemplificativo, ripensare a cosa vuol dire organizzare grandi eventi spettacolari in cui i bambini sono protagonisti di recite e sceneggiati, a cui i genitori e familiari partecipano entusiasti attraverso il

filtro della telecamera dello smartphone, impegnati a ritrovare il proprio bambino tra gli altri per immortalarlo con una raffica di scatti.

Lungi dal prendere una posizione in termini valoriali su questi temi, ciò che è utile sottolineare è che gli stessi bambini, sono spettatori di tutto ciò che accade ed apprendono qualcosa di molto importante.

Per questo, ciò che interessa è la ricaduta che questi comportamenti hanno esercitato sui bambini, che a loro volta sono cresciuti, ma che vengono immediatamente tacciati come la rappresentazione di una generazione esageratamente narcisistica, troppo attenta all'immagine, che magari inonda il web di selfie provenienti dal proprio smartphone e che non si capisce come mai non trascorra la quotidianità senza un dispositivo tecnologico tra le mani.

Sembra infatti che nella rappresentazione degli adulti, siano gli adolescenti gli unici a non dover utilizzare, o a limitare, l'uso dei dispositivi tecnologici, senza che gli si offra un'adeguata alternativa relazionale.

ADOLESCENTI METAFORA DEL CAMBIAMENTO DELLA SOCIETÀ

L'adolescenza è, per definizione, una fase di *mutazione* (Dolto, 1988) e risente per forza di cose delle spinte al cambiamento che la società attraversa. L'incapacità di proiettarsi nel futuro è il modo in cui i giovani danno voce al disagio che provano di fronte al cambiamento di alcuni parametri sociali.

È interessante quindi guardare a come la società vede gli adolescenti e l'adolescenza. Nell'immaginario umano, l'adolescenza e la morte si affrontano in modo intimo.

Nelle società antiche e nelle comunità che ancora mantengono inalterati gli usi e le tradizioni, si assiste a riti di passaggio o di iniziazione, segni sociali della morte dell'infanzia e della rinascita dell'individuo come soggetto sociale.

Nella società post-moderna questo passaggio avviene senza il supporto della comunità. Se-



condo Dogana (2002), la cultura post-moderna è disimpegnata e rinunciataria, interessata unicamente alla gratificazione immediata dei desideri.

È da questa cultura che ha così origine un individuo narcisista, individualista e desiderante primo di spinte progettuali, ma ancorato al presente ed estraneo alla vita pubblica (Lipovetsky, 1989 - Lash, 1984).

La partecipazione alla vita pubblica è mediata oggi dai criteri della flessibilità e della mobilità. Il mito del "posto fisso", i percorsi stabiliti e i ritmi di vita prevedibili hanno lasciato il posto a contratti a breve termine, professionalità ad ampio respiro e ad un atteggiamento che tende alla gratificazione immediata.

Inoltre, secondo Sennett (1988), le nuove politiche sociali hanno generato insicurezza, incertezza e instabilità, ed inoltre una tendenza a non impegnarsi in un progetto stabile a lunga scadenza.

Questo può dirsi vero anche per quanto riguarda le relazioni sociali tra le persone, che tendono ad acquisire un carattere di instabilità.

Nel tentativo di seguire la spinta della cultura dell'omologazione, che conduce all'uniformità, e quella diversità che conduce all'autorealizzazione, il moderno "Narciso" gioca con la sua identità, perdendo la sua autenticità.

L'individuo è teso all'adeguamento alle condizioni di valore imposte dall'esterno, che nella società odierna sono circoscritte all'acquisizione della sicurezza economica (Rogers, 1942).

Per molti giovani la realizzazione personale viene sostituita dalla sicurezza economica, che è tra i primi posti in un'analisi dei valori legati al lavoro.

L'incertezza sociale determina nei giovani una carenza di autoefficacia e autostima, che in realtà risultano determinanti per "sapersi proporre". Se infatti, il futuro è visto come qualcosa di incerto, questa incertezza aumenterà nel corso

degli anni e non lascerà spazio alla speranza di autorealizzazione.

C'è una tendenza giovanile a preferire carriere altamente remunerative e percorsi formativi brevi, che consentano l'immediato accesso al mondo del lavoro, e per ottenerlo si è disposti a rinunciare alle proprie reali aspirazioni.

Se infatti, da un lato, la società incentiva l'assunzione del rischio attraverso numerose proposte, dall'altro fornisce elementi sempre meno rassicuranti.

Basti pensare a come la nostra società promuova in realtà un modello societario basato sull'ipercontrollo, che però ha come risultato un grado elevatissimo di insicurezza.

Il contesto familiare rimane invece, ancorato a vecchie professioni, che hanno confini sociali più marcati e riconosciuti.

Successivamente affronteremo più nel dettaglio quali possono essere le nuove proposte professionali offerte da questo rinnovato modello societario, che risultano attrattive per giovani e giovanissimi proprio per le caratteristiche di cui sopra.

LA BELLEZZA ONLINE

Con la pubertà, il corpo comincia a trasformarsi rapidamente e gli aspiranti adolescenti possono solo sperare che esso corrisponda alla loro rappresentazione ideale, che si sono costruiti nel tempo.

Parliamo di un corpo idealizzato e sognato sin dall'infanzia, investito affettivamente prima che fosse realmente parte dell'assetto psicofisico individuale (Pietropoli Charmet, 2000).

Nel caso in cui questo corpo non rispondesse alla sua rappresentazione ideale, la sua mutazione non viene integrata e vissuta come una ferita narcisistica, così che il corpo viene rifiutato e attaccato con gesti autolesivi, o viene affamato oltre misura, eliminando così tutti i tratti distintivi della metamorfosi in essere.

La rivoluzione che vive il corpo, secondo la Bignamini (2018), sembra "scissa" dalla mente cosciente, poiché quest'ultima non è in grado di

integrare le trasformazioni fisiche che cambiano le forme, le dimensioni e le percezioni.

“Farsi Belle” è una questione piuttosto seria. È evidente quanta cura soprattutto le adolescenti dedichino a scegliere il colore dei capelli, il tipo di trucco e il modo di vestire, che ovviamente segue mode precise a seconda dei gruppi di appartenenza.

Come sappiamo, gli adolescenti tendono a sperimentarsi in diversi contesti relazionali e culturali, in cui verificare nuove modalità di sperimentazione del sé individuale e sociale, in un processo di continua e dinamica influenza reciproca tra intrapsichico e transpersonale: il mondo interiore dell'adolescente ripete e riflette le sue relazioni e il suo contesto sociale alla cui formazione, però, contribuisce in modo personale (Foulkes, 1948).

Ciò che è interessante osservare è che non si rincorre il *bello* come canone estetico universale imposto dall'esterno, quanto piuttosto la propria autenticità, nel tentativo di rendere la superficie coerente con il Sé.

L'epoca odierna, come già detto, esorta e incoraggia la visibilità, il successo, la popolarità sostenendo la libera espressione del Sé a discapito dell'oggetto, tendenza che è nata con le nuove famiglie affettive, all'interno delle quali i bambini sono incoraggiati a seguire le loro inclinazioni e a ricercare il proprio Sé.

La ricerca è indirizzata verso un'interpretazione ego-sintonica attraverso la ricerca di abbellimenti, che non sono generici ma piuttosto specifici tentativi di rendere evidenti contenuti profondi sulla superficie corporea. La ricerca verte principalmente su una connessione profonda con il proprio sé che dona un senso di benessere e identifica il percorso identitario da seguire (Pietropolli Charmet, Turuani 2018).

Nella società “liquida” la più incisiva conferma a sostegno della definizione del sé non proviene dal singolo Altro, ma dallo sguardo di ritorno del gruppo. Il rispecchiamento a conferma del pro-

prio valore è più efficace se accordato dal gruppo, specie da quello dei pari.

L'approvazione degli altri è lo strumento principale per ricevere valorizzazione e conferme importanti per il sé (Pietropolli Charmet, 2018). Nella società del Narcisismo, il sé che ha bisogno di essere guardato, necessita inoltre di supporters e ammiratori che condividono lo stesso percorso.

È nel gruppo che i ragazzi si specchiano, cercando conferme, suggerimenti e disconferme, elaborando insieme contenuti profondi; è un continuo scambio tra dentro e fuori, ricercando le immagini delle altre si costruisce l'immagine di sé, che a sua volta modifica l'andamento del gruppo.

All'interno della dimensione gruppale si creano momenti di omologazione, durante i quali tutti sembrano muoversi all'unisono fino a quando uno di loro non rompe le righe e se ne allontana dirigendosi verso altri valori. Il senso di appartenenza ai gruppi più in voga, aiuta a mitigare la vergogna e il dolore delle sperimentazioni che non sono andate a buon fine. Nel gruppo ci si specchia per rispondere all'esigenza di capire chi si è, così che il gruppo sembra fungere da sostegno per la nascita del sé.

Se non si trova la propria formazione di appartenenza, il timore è di rimanere solo e dietro le quinte, avvertendo dosi di dolore molto profonde. È in questi momenti che il corpo è vissuto come colpevole di quella sofferenza, perché non adeguato a partecipare alla ricerca identitaria, diventando così bersaglio di tagli, attacchi, fame e violenze.

A titolo esemplificativo, si pensi alle *challenge* più famose *postate* sui social, che inneggiano alla perfezione del corpo, come la “*thigh gap*” (spazio fra le cosce) o ai fili delle cuffiette intorno alla vita per decretarne la strettezza. Una tale concezione del corpo, che poco interessa il maschio, rimanda al mito affettivo dell'indipendenza, come segno dell'immunità dal bisogno dell'Altro.



LA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ DIVENTA DIGITALE

Il *web* è un luogo dove non esistono confini di spazio e tempo, è una dimensione dove tutto è possibile e sembra rispondere perfettamente alle esigenze degli adolescenti, che si trovano oggi alle prese con i compiti evolutivi specifici in una società narcisistica.

Sul web i ragazzi co-costruiscono contenuti e culture affettive, si confrontano con le sperimentazioni altrui, sentendo quindi di appartenere ad un gruppo e saturando il loro bisogno di ammirazione (Pietropolli Charmet, 2018) esponendosi ad un pubblico molto vasto. Tutti coloro che si celano dietro gli schermi, contribuiscono a fabbricare un'infinita superficie riflettente in cui specchiarsi e attraverso cui osservare il mondo e contemporaneamente farsi guardare.

I social media rappresentano quindi una casetta degli attrezzi per arrivare a scolpire il loro Sé più autentico, ma allo stesso tempo è una risorsa per una "vetrinizzazione" di sé (Codeluppi, 2015).

In queste "vetrine" vengono ostentate immagini, contenuti e video che rappresentano il tempo e la devozione che le ragazze dedicano al loro corpo. Il corpo è ciò che più viene esposto perché il sé adolescente desideroso di visibilità utilizza la sua superficie corporea per parlare di sé.

Rispetto a tali considerazioni, *Instagram* risulta il social più utilizzato dagli adolescenti, proprio perché esso comunica attraverso tali immagini, le parole sono ridotte al minimo incorniciate con gli hashtag che ne definiscono il contenuto, si può dire che sia una mostra online di fotografie dalla valenza comunicativa eccezionale.

La smania di visibilità della società odierna, i social network basati sulla comunicazione scritta sembrano essere meno attrattivi per i giovanissimi, il linguaggio infatti, è un tassello.

Gli autoscatti, chiamati *Selfie* (vocabolo dell'anno per l'Oxford English Dictionary nel 2013) assumono così una attestazione identitaria secondo Riva e De Gregorio (2017) poiché raccon-

tano con accuratezza le trame del sé nascente che è diretto alla crescita.

Non si immortalano più paesaggi e vicoli, ma si fotografa il sé, la foto ha infatti come obiettivo il soggetto e non l'oggetto (Pietropolli Charmet, 2018); il selfie diventa metafora del mondo odierno, sbilanciato sull'affermazione di sé e meno attento alla dimensione dell'Altro.

Sul web, così come nella realtà il senso di pudore caratteristico del passato che circoscriveva in ambiti più privati gli aspetti intimi dell'esistenza, sembra essere svanito; oggi i ragazzi ritengono l'autenticità un valore assoluto a cui ispirare la propria vita modellando la propria soggettività secondo le forme desiderate e il mondo online sembra essere un catalogo infinito di spunti.

La prima fonte di ispirazione sembrano essere i coetanei, anch'essi impegnati nel costruire la propria individuazione, per *mentalizzare* le mutazioni corporee ed interpretare i valori di genere; il gruppo rappresenta il primo oggetto a cui sono destinate le sperimentazioni identitarie.

È così che i ragazzi diventano *follower* di "youtuber", "blogger", "influencer", "instagrammer", ovvero persone dotate di canali e profili, social e blog, attraverso cui diffondono video e tutorial sulle tematiche più disparate.

Gli influencer vivono di visualizzazioni e sponsor, ma molti di loro non esprimono, in realtà, nessun talento particolare se non quello di aver reso la loro vita uno *show* della realtà.

Ma non solo gli adolescenti, sono affascinati dal poter osservare il sé profondo dei personaggi famosi (Pietropolli Charmet, 2018) che sono dediti a mostrare, oltre al loro ruolo sociale anche aspetti privati e caratteristiche della loro persona.

Appaiono persone comuni che attivano in chi li osserva un processo di immedesimazione (Codeluppi, 2015).

Un esempio di questo successo in rete è Chiara Ferragni, l'influencer di moda più importante al mondo che conta una platea di quasi 22 milioni

di *follower*, tra cui ovviamente non ci sono solo adolescenti.

L'attrattiva che sembra giocare è basata su un modello di donna in grado di coniugare una femminilità iper-coltivata con un elevato grado di indipendenza e realizzazione personale.

È ritenuta da *"Forbes"* una delle persone più influenti del mondo, ama definirsi e aver coniato il termine "imprenditrice digitale", tanto che ha tenuto diverse *lectio magistralis* in università di tutto il mondo, tra cui anche *Harvard*.

Tutto il successo che ha conquistato è stato oggetto di un film-documentario "Chiara Ferragni-*Unposted*" che analizza come il mondo dei social network abbiano rivoluzionato anche il mondo dei media e del business.

In esso si descrive come le *influencer*, e per prima Chiara, abbiano accorciato le distanze, rotto lo schema, che da sempre è esistito tra il mondo della moda e le persone reali, il messaggio che sembra trasmettere alle sue follower è "puoi farlo/esserlo anche tu".

Chiara Ferragni è divenuta, in questo modo, un modello a cui aspirare per milioni di ragazze, e ciò che ha giocato un ruolo decisivo in questo successo è il processo identificativo che soprattutto in adolescenza ha una funzione decisiva; la percepita vicinanza e la forte immedesimazione con questi nuovi modelli permette all'adolescente di identificarsi e rispecchiarsi in essi, ritenendoli un sostegno e una direzione alla strutturazione della propria identità nascente.

Il gruppo di seguaci permette di fare esperienza di un modo di essere, ovvero di *essere con gli altri*, esso si configura come spazio d'incontro dinamico, una "totalità dinamica in interazione", un insieme di soggetti e di soggettività che si influenzano vicendevolmente, guardandosi, sentendosi, ascoltandosi, parlandosi, in una parola essendo nel gruppo, con il gruppo, il gruppo (Montesarchio, 2002). Questi assunti hanno una straordinaria importanza sull'adolescente che è in fase di strutturazione della propria identità e del proprio Sé.

Ma non si deve commettere l'errore di pensare che gli Influencer abbiano raccolto soltanto pareri favorevoli di fan appassionati alle loro vite; gli Influencer affrontano anche il risvolto della medaglia del successo, si trovano a dover incarnare un modello di perfezione, cosa che comporta una forte pressione proprio per l'esposizione mondiale che ha tutto ciò che dicono o fanno, come se non potessero mai avere momenti di *defaillance*, poiché per sua caratteristica la rete, esattamente come il gruppo, non dimentica esponendo anche alle critiche.

Nel prossimo capitolo affronteremo come questi nuovi modelli di riferimento nati dai social abbiano stravolto anche il mondo del business, e come esso ne abbia fatto largo uso e consumo.

GENERAZIONI E MARKETING

È ragionevole pensare che il modello di comportamento nevrotico tipico di un determinato periodo storico rifletta le azioni delle forze culturali in atto.

La società odierna, rispetto a quella di epoche precedenti, tende per esempio a considerare i limiti come restrizioni non necessarie al potenziale umano.

L'economia è regolata come se non ci fossero limiti alla crescita; la scienza ha compiuto progressi tali da migliorare e allungare la vita media. Potere, efficientismo e produttività sono diventati valori dominanti e virtù come la dignità, l'integrità e il rispetto di sé stessi sono considerate superate (Lowen, 2013).

Uno studio di Curran e Hill (2017) ha messo in luce la tendenza della società a rinforzare l'individualismo e il materialismo a rinforzo di un modello orientato all'affermazione e alla perfezione, che si è visto però, determinano sempre più elevati livelli di insoddisfazione per via di quelle aspettative altissime che non sono però supportate da un livello di autostima tale da poter consentire una risposta adattiva alle inesorabili frustrazioni.



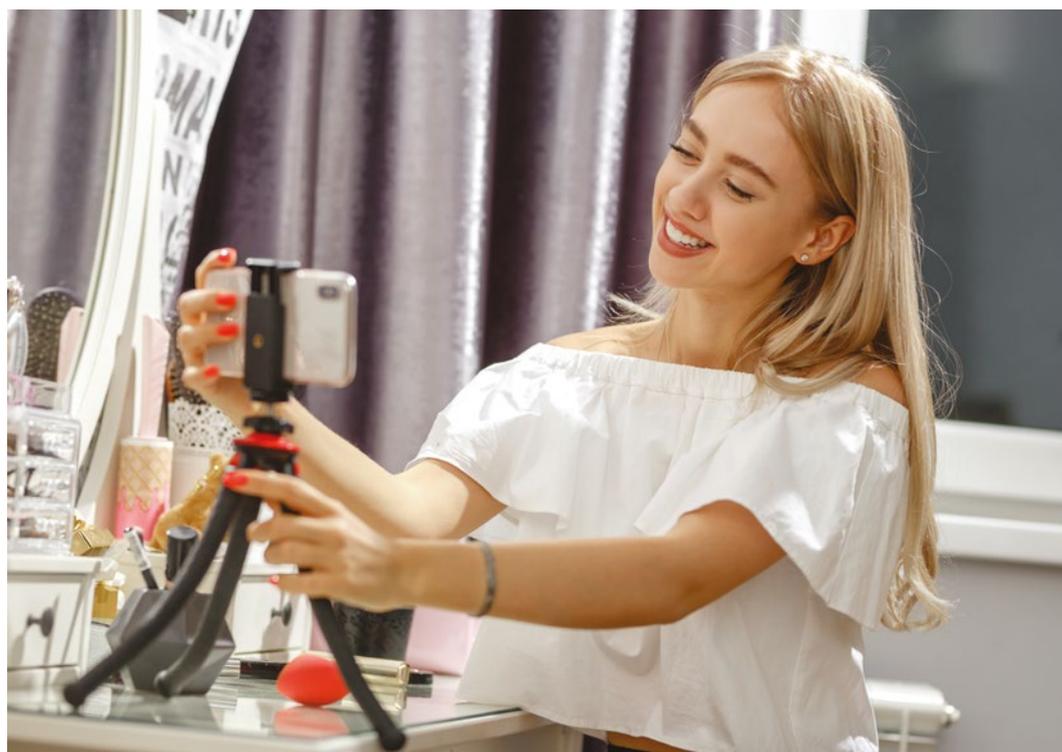
In questo, i social network giocano un ruolo fondamentale poiché offrono una vasta platea che gratifica un esibizionismo che ha come unico scopo la conquista dello sguardo e dell'attenzione dell'altro per trarne qualche stilla di ammirazione (Pietropolli Charmet, 2018) Il bisogno di visibilità sociale, di notorietà e di ammirazione continua, guidano e influenzano molti di noi, adulti ed adolescenti e questo sembra una delle conseguenze dell'enfasi sul sé, che spesso per sfuggire al cono d'ombra sociale si traduce spesso nell'esibizione di doti inesistenti.

La diffusione in larga scala di contenuti più o meno originali, risulta essere una delle caratteristiche ottimali per il marketing, poiché esso mira a stabilire un rapporto personale con il consumatore per individuare la giusta strategia. Per questo, in un mondo sempre più interconnesso, le imprese sono orientate verso le interazioni sociali, determinando la diffusione di

una nuova concezione di marketing digitale, ovvero il *Social Media Marketing*. Questa pratica fa uso delle nuove tecnologie e piattaforme social per effettuare una comunicazione istantanea e multilaterale tra un gruppo di individui, in virtù della continua crescita positiva dell'utilizzo dei social network.

I media sociali sono definibili come un "gruppo di applicazioni Internet che consentono la creazione e lo scambio di contenuti generati dagli utenti. Questi rappresentano un cambiamento nel modo in cui la gente apprende, legge e condivide informazioni e contenuti. In essi si verifica una fusione tra sociologia e tecnologia che trasforma il monologo (da uno a molti) in dialogo (da molti a molti) e ha luogo una democratizzazione dell'informazione che trasforma le persone da fruitori di contenuti a editori.

Il potere del social risiede nel consentire alle persone di utilizzare il web per stabilire relazioni



di tipo personale o lavorativo. I social media vengono definiti anche *user-generated content* (UGC) o *consumer-generated media* (CGM)" (Kaplan Andreas M., Haenlein Michael, 2010).

I social media, oltre ad aver determinato importanti innovazioni tecnologiche, hanno avuto un importante impatto sulla società, contribuendo a modificare e promuovere valori e culture.

Si possono identificare quattro pilastri sui quali i social media agiscono in modo determinante:

1. diffusione del potere ed autorità all'utente medio. Nei mass media tradizionali il potere è riservato all'emittente del messaggio (autorità, giornalisti o professori), sul web la voce di un utente può raggiungere velocemente altri utenti alterando il potere di cui godono soggetti ben più grandi;
2. maggiore credibilità ed autenticità del messaggio scritto dagli utenti, in quanto considerato più autentico e genuino e quindi più credibile al pubblico. Di conseguenza, questi contenuti creati dagli utenti possono diventare più efficaci di quelli provenienti da enti ufficiali considerati più artificiali.
3. rinascita del concetto di comunità. Le comunità erano prive di potere a causa della difficoltà di comunicazione, soprattutto a livello globale dovuta alle distanze. Questo fenomeno era estremamente favorevole per imprese che potevano imporre maggiore autorità e controllo sui propri clienti. I social media hanno completamente sconvolto questo fenomeno; il web ha consentito il formarsi del senso di appartenenza e di comunità tra gli individui, non dovendo più sottostare ai limiti spazio-temporali. I social media sono diventati quindi, lo strumento delle comunità per scambiarsi idee e per esporsi ad un'audience più ampia. Questa esposizione ha facilitato alle imprese l'identificazione del proprio segmento di consumatori.

4. pluralità di prospettive e valori. L'aspetto negativo risiede nella possibilità di manipolare i dialoghi sulle piattaforme social, gli aspetti positivi sono invece legati alla democratizzazione all'interno delle comunità.

I social media si costituiscono proprio attorno alle community, caratterizzate dalla capacità di socializzare, conversare e condividere quei valori che accomunano gli utenti che ne fanno parte. Esse sono fondamentali per i *brand* che fanno leva su di esse al fine di raggiungere determinati obiettivi di marketing come: promozione, branding, servizio clienti, gestione dei rapporti con la clientela e ricerca di marketing. I *brand* possono ottenere dalle comunità un incremento di popolarità, comunicazione positiva e buona reputazione. Attraverso strumenti come "ADV", ovvero degli spazi a pagamento all'interno dei contenuti di interesse degli utenti, le imprese promuovono sui social network brand, servizi e/o prodotti. Le marche cercano di invitare i consumatori a impegnarsi e ad interagire mentre sviluppano contenuti da condividere. Quando un *opinion leader* pubblica contenuti rilevanti su un *brand* si crea un *Influence post*, chiunque è attivo sui social media può creare una *influence impression*. Quest'ultima diventa particolarmente potente quando l'*opinion leader* ha molte connessioni.

INFLUENCER MARKETING

Il social media marketing è una nuova tipologia di mercato e commercializzazione nata sulle piattaforme online, che mira alla promozione di beni e servizi da parte delle aziende ed al raggiungimento di nuovi clienti.

Questo moderno metodo di marketing ha favorito la nascita di nuove figure professionali come gli influencer, che sono persone più o meno famose che condividono la loro vita sui social e che sono in grado di creare veri e propri *trend*, influenzando, appunto, impressionanti numeri di utenti.

Chiaramente questa tipologia di comunicazione si rivolge principalmente a coloro che usano maggiormente i social media e, dunque, ai giovani.



I vantaggi che le aziende e i brand hanno ricavato e ricavano da questo nuovo modo di interagire con i consumatori sono indubbi, tanto che sono state elaborate strategie diverse a seconda del target di riferimento; con i *Millennial*, ad esempio, si punta sulla relazione diretta tra brand e consumatore, mentre con la generazione successiva è risultato più proficuo interagire con un approccio indiretto, affidandosi agli influencer, che propongono prodotti in maniera mirata e opportunamente e potentemente filtrata. Può essere interessante, per chi opera nel nostro settore, soffermarsi su quali siano i meccanismi psicologici sottostanti la potenza comunicativa che queste figure esercitano sui cosiddetti "followers" (seguaci).

Uno dei fenomeni su cui riflettere è che questi "creatori di contenuti", godono di un numero di seguaci e di retribuzioni, in tanti casi, di molto superiore a qualunque personaggio dello spettacolo sicuramente più noto.

Questo è possibile in quanto, i vecchi modelli a cui ci si aspirava, come ad esempio le celebrità hollywoodiane risultavano e risultano tutt'oggi inarrivabili, caratterizzate da un'aura di perfezione per il resto del mondo inimitabile. Ciò che invece contraddistingue queste "celebrità 3.0." è proprio il fatto che appaiano più umane, più prossime e più imitabili nello stile di vita. Ovviamente questa prossimità è solo percepita, poiché gli stili di vita continuano ad essere comunque lontani dalla realtà. Il motivo sotteso alla prossimità percepita è proprio la predisposizione di questi soggetti a condividere maggiormente la propria vita privata e quotidianità con i propri follower, attraverso per esempio l'uso delle storie su Instagram.

La condivisione e la vicinanza favoriscono il processo di identificazione con questi nuovi modelli in particolare per l'adolescente che, come afferma Jeammet, (1980), utilizza l'ambiente come lo "spazio psichico allargato" e quindi contenitore delle proprie proiezioni.

La prossimità e la forte immedesimazione con questi personaggi permettono l'identificazione e il rispecchiamento in modo che sia da sostegno e supporto per la strutturazione della nascente identità e il consolidamento del proprio Sé.

Godin (2008) inoltre, ha per primo elaborato il concetto di tribù dei consumatori, secondo cui gli esseri umani sarebbero appartenenti a diverse tribù e verrebbero spinti a connettersi tra loro attraverso un leader o un ideale.

Questo concetto si applica perfettamente al mondo dei social media, infatti quando si segue un social influencer, le persone tendono a unirsi creando una piccola comunità tra soggetti dotati di una mentalità simile, con gli stessi interessi ed aspirazioni.

Quindi, se l'influencer approva e promuove un prodotto, il suo pubblico considera inconsapevolmente l'acquisto di quel prodotto come l'azione più giusta da compiere. Acquistandolo, il consumatore conferma la sua appartenenza a questo gruppo sociale.

Le tendenze e le passioni condivise generano dinamiche interpersonali e di gruppo, quindi un senso di appartenenza e di identificazione con il gruppo. Il gruppo permette di fare esperienza di un *sentire comune*, ovvero di *essere con* gli altri. Si configura quindi come spazio d'incontro dinamico, una "totalità dinamica in interazione", un insieme di soggetti e di soggettività che si influenzano vicendevolmente, guardandosi, sentendosi, ascoltandosi, parlandosi, in una parola essendo nel gruppo, con il gruppo, il gruppo (Montesarchio, 2002).

La potenza di questi processi ha indubbiamente una forte influenza ancor di più sull'adolescente, che è in fase di strutturazione della propria identità e del proprio Sé.

IDENTIFICAZIONE E ANIMA DELLE MASSE

Come abbiamo già anticipato precedentemente, alla base del successo e della risonanza ottenuta anche a livello mondiale dagli influencer vi è un fenomeno sicuramente di pertinenza psicologica.

Potremmo definire questi personaggi come dei nuovi modelli di identificazione perfettamente coerenti con una società che come abbiamo visto nei precedenti capitoli, definiamo *narcisistica*.

L'identificazione è, per la psicoanalisi, la prima manifestazione di legame emotivo con un'altra persona. Nelle prime fasi di vita di un bambino, questi modelli sono chiaramente rappresentati dai genitori e con l'avanzare dell'età da tutte le altre figure che rivestono un ruolo decisivo nella vita della persona. Questo concerne la vita del singolo, ma ci si può chiedere cosa accadrebbe se trasponessimo questo concetto all'interno di un gruppo allargato, ovvero ciò che Freud definì come "massa" di persone.

Essendo per definizione la forma più originaria di legame emotivo con un oggetto, il legame reciproco tra gli individui componenti la massa fonda l'inizio di un nuovo legame, dovuto ad un importante aspetto affettivo posseduto in comune, ovvero il legame con un capo.

Si può inoltre dire, che nel corso della propria vita, ciascuna persona è un elemento costitutivo di molte masse, è, tramite l'identificazione, soggetto a legami multilaterali ha edificato il proprio ideale dell'io in base ai modelli più diversi.

Ogni singolo è quindi partecipe di molte anime collettive, quelle della sua razza, del suo ceto, della sua religione, della sua nazionalità al di sopra di esse può sollevarsi fino ad un minimo di autonomia e di originalità. Tra le anime collettive di cui l'individuo fa parte, possiamo benissimo annoverare le tendenze, i blog, influencer, e i *creators* che esprimono, nel loro modo di essere e di vivere, stili di vita che promuovono un senso di appartenenza in chi li segue.

Secondo Le Bon, (1921) nella massa, il singolo rinuncia al proprio ideale dell'io e lo sostituisce con l'ideale collettivo incarnato nel capo.

Egli afferma anche che, un soggetto facente parte di una folla compie azioni che non compirebbe mai singolarmente, poiché all'interno

della massa vi è un sentimento collettivo che orienta le emozioni e i pensieri di tutti nella medesima direzione.

Questa dinamica gruppale produce una "diminuzione delle capacità intellettuali dei singoli individui e un aumento dell'impulsività, della volubilità e della violenza".

Questa teorizzazione può ben spiegare l'aggressività che si genera all'interno di ambiti virtuali come i forum, i blog e le pagine e profili personali degli influencer e creatori di contenuti. In una visione meno pessimistica, tutti coloro che fanno parte di un gruppo creano una cultura e dei comportamenti caratteristici atti a difendere i propri confini, a spese tuttavia dell'*outgroup* che viene visto come minaccia ai propri valori. I membri di un gruppo si muovono insieme e spesso inglobano inconsciamente delle convinzioni non proprie, pur di soddisfare un senso di appartenenza.

Questo si può spiegare, secondo Trotter (1921) attraverso il concetto di pulsione gregaria: il singolo, quando è solo, si sente incompleto, pertanto all'opposizione al gregge equivale la separazione da esso e viene per questo ansiosamente evitata. Il gregge rifiuta tutto ciò che è nuovo, insolito, poiché l'istinto del gregge è primario. Nella teorizzazione di Trotter però, il capo non ha alcun posto, se non quello di aggiungersi al gregge.

In quest'ultimo è interessante sottolineare che l'esigenza di uguaglianza è la radice della scienza sociale e del sentimento del dovere. Difatti, data l'impossibilità di essere di per sé il preferito, quanto meno nessuno deve essere il preferito fra tutti, perseguendo di fatto un trattamento uguale per tutti. Vi è una sostituzione della gelosia con un sentimento collettivo che per esempio, in aula o nella stanza dei giochi. Lo stesso si osserva nello stuolo di fan che fanno ressa intorno al divo di turno acclamato. Ciascuno potrebbe essere geloso dell'altro, ma dato il loro numero e la conseguente impossibilità di raggiungere la meta della loro devozione e amore, vi si rinuncia e si agisce alla stregua di una massa



unitaria rendendo omaggio all'acclamato con gli stessi gesti. Questo si spiega perché in forza del medesimo amore o della stessa devozione per lo stesso oggetto, ci si identifica l'uno con l'altro, esigendo l'attuazione dell'uguale trattamento.

L'esigenza di uguaglianza della massa vale però solo per i singoli membri e non per il capo; molti uguali che possono identificarsi l'un l'altro, ed uno superiore a tutti, questa è la condizione attuata nella massa capace di sopravvivere.

CONCLUSIONI

Il mondo del web e degli influencer richiama il bisogno di appartenenza e di visibilità sociale che persegue quella che Pietropoli Charmet definisce "bisogno di ammirazione" e riconoscimento individuale.

Parliamo inoltre, di fenomeni insiti in dinamiche gruppali e che per questo sono ulteriormente interessanti da approfondire.

La generazione di cui si è trattato appare, a coloro che ne dovrebbero essere parte, impossibile da accedere, perché richiede troppo, tutto, anche il sentimento di identità personale in cambio di un'appartenenza a un'entità sovra-individuale onnivora e prepotente, ma generosa nel regalare l'impressione di far parte di una generazione e di un'età che non ha nessun motivo di obbedire ad arcaici principi e moniti ormai superati, tanto che neanche gli adulti che li difendono ne sembrano più convinti.

Il gruppo sembra ciò in cui conviene credere e appartenere, perché è in grado di trasmettere nuovi valori.

Queste considerazioni mirano a cogliere la motivazione profonda dei comportamenti individuali, soprattutto se, suscitano allarme sociale e educativo, risultando inspiegabili, e quindi esposti al rischio di essere gestiti da quelle discipline, come la psichiatria, che sono inclini a ridurre al già noto la complessità delle motivazioni adolescenziali.

È interessante notare come la relazione con il

gruppo di coetanei sia diventata notevolmente decisiva in diversi ambiti e che vivere l'appartenenza al gruppo sia molto importante: bisogna interrogarsi quindi su quale sia il potere del gruppo per esercitare una capacità attrattiva e inclusiva così preponderante da competere con le istanze tradizionali che presidiavano in passato la crescita degli adolescenti.

Come abbiamo ipotizzato nei paragrafi precedenti, questo può avere a che fare con il cambiamento del contesto sociale, come la crisi del patriarcato o dei valori del neoliberalismo e di conseguenza con i valori educativi e religiosi che agli occhi degli adolescenti sembra non esistano e continuo più.

Inoltre, si può ragionevolmente affermare che il bisogno di ammirazione sia, oltre che una motivazione simbolica ed affettiva, anche un valore riconosciuto e apprezzato da questa generazione che ha fondati motivi per ritenere lo Sviluppo del Sé e soprattutto il suo riconoscimento sociale, di gran lunga più importante dei vantaggi che derivano dal rispetto dei valori tradizionali, come



il mettersi al servizio dell'altro, il successo scolastico o la benevolenza degli adulti di riferimento.

Crescere in una società iper-ideale, costruita intorno agli applausi e all'ammirazione significa crescere per delusione, poiché le attese straordinarie costruite durante l'infanzia, che a differenza dell'adolescenza è adultizzata, finiscono per crollare nell'adolescenza perché non ci si sente mai sufficientemente belli e popolari.

L'appartenenza al gruppo amplifica i valori generazionali divulgati dai social e dalla rete come una faccenda che riguarda da vicino la propria vita, e richiede di ostentare solo la felicità, la ricchezza, il successo, la bellezza e ovviamente, l'ammirazione.

Inoltre, per l'adolescente di oggi, che tendenzialmente proviene da un'infanzia più affettivamente connotata, accogliere di buon grado le trasformazioni della crescita può risultare un compito tutt'altro che semplice, proprio perché il corpo tanto idealizzato e atteso è sempre deludente; di conseguenza se il conflitto evolutivo non è simbolizzato e messo in parole, corre il rischio di essere agito. L'adolescente odierno agisce il conflitto attaccando sé stesso, prova vergogna per la delusione che non tollera e punisce il corpo nei modi più disparati, ritirandolo dalla socialità, affamandolo o ferendolo.

Attacca il nuovo corpo perché è considerato il colpevole di quella vergogna provata, e perché può risultare un'efficace, anche se non funzionale, strategia di gestione del proprio dolore e del disorientamento affettivo e psicologico.

Il corpo è per l'adolescente lo strumento comunicativo d'elezione sia per esternare la contrarietà al cambiamento imposto sia al corpo che alla psiche, sia come soluzione pacifica che protegge la madre e il padre da spinte emancipative ed aggressive con cui l'adolescente fatica ad identificarsi.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Bignamini S. (2018). *I Mutanti*. Solferino editore, Milano.
- Colamonicò P. (2017). *Il gruppo. apprendere mediante l'esperienza*, Carocci editore, Roma.
- Di Gregorio L. (2017), *La società dei selfie. Narcisismo e sentimento di sé nell'epoca dello smartphone*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Maria, F., Formica, M. (2009), *Fondamenti di gruppoanalisi*, Ed. Il Mulino, Bologna.
- Foulkes, S. H. (1976), *La psicoterapia gruppoanalitica - Metodi e principi*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Freud S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. Bollati Editore, Torino.
- Lancini M. (2017), *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli*, Mondadori, Milano.
- Lancini, M. (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti - La solitudine di una generazione iperconnessa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lancini, M. (2020), *Cosa serve ai nostri ragazzi*, Ed. UTET, Milano
- Lancini, Turuani. (2009) *Sempre in contatto*. FrancoAngeli, Milano.
- Lavanco G., Novara C. (2005), *Marginalia. Psicologia di comunità e ricerche-intervento sul disagio giovanile*, FrancoAngeli, Milano.
- Lowen A. (2013), *Il narcisismo. L'identità rinnegata*. La Feltrinelli, Milano.
- Montesarchio G. (2002), *Quattro crediti di colloquio*, FrancoAngeli, Milano.
- Montesarchio G., Venuleo C. (2010), *Gruppo! Gruppo esclamativo*, FrancoAngeli, Milano.
- Montesarchio G., Dominici. (2008), *Il danno psichico*. FrancoAngeli, Milano.
- Montesarchio G., Venuleo C. (2009), *Colloquio magistrale*. FrancoAngeli, Milano.
- Pietropolli Charmet G., Turuani Laura (2015), *Narciso innamorato. La fine dell'amore romantico nelle relazioni tra adolescenti*, BUR, Milano.
- Pietropolli Charmet G. (2018), *L'insostenibile bisogno di ammirazione*, Laterza, Bari, Roma.
- Pietropolli Charmet G. (2018), *Le ragazze sono cambiate*, Laterza, Milano.
- Pietropolli Charmet G. (2008), *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*, Laterza, Roma-Bari.



MATERNITÀ DIFFICILI

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

RIASSUNTO

La gravidanza è un momento intenso e complesso della vita di una donna, che non sempre termina con un lieto evento come l'immaginario collettivo definisce. La presente riflessione vuole dare luce ai vissuti e alle emozioni di una maternità interrotta: l'interruzione volontaria di gravidanza.

Parlando di aborto spesso si pone l'accento sul termine volontario, piuttosto che sulla parola e sul significato emotivo e psicologico di interruzione.

Rinunciare alla gravidanza (anche se in modo volontario) vuol dire rinunciare alla relazione, agli aspetti negativi e agli aspetti positivi in essa intrinsecamente presenti, è interrompere un legame che già alla sua nascita è profondo e viscerale. Perdere un figlio, anche scegliendo di perderlo, può attivare sentimenti di solitudine e di dolore, di fallimento come donna e come madre, e di colpa, sia nei confronti del figlio perduto che dei figli presenti o futuri.

Lo psicologo dovrebbe assumere un atteggiamento di "contenimento" dei vissuti e delle emozioni, accompagnare la donna nel percorso di elaborazione del lutto per quello che sente di aver perso e indagare i pensieri relativi a questo evento di vita.

PAROLE CHIAVE

IVG, psicologia della salute, maternità, supporto psicologico perinatale

MATERNITÀ DIFFICILI: l'interruzione volontaria di gravidanza e il ruolo dello psicologo

La gravidanza è un momento speciale nella vita della donna caratterizzato da un vissuto psichico ed emotivo molto particolare.

Diventare mamma/papà (la prima, la seconda o la "n" volta) significa entrare in una fase psicologicamente complessa della propria vita. Oltre alle trasformazioni sul piano biologico, la maternità implica nuovi ed importanti equilibri riguardo all'identità di coppia e sociale nonché

Elisa Giannaccari

Psicologa, Psicoterapeuta
Borsista psicologa progetto regionale
"Misure afferenti alla prevenzione,
alla diagnosi, cura e assistenza della
sindrome depressiva perinatale" presso
il reparto Ostetricia e Ginecologia P.O.
"Vito Fazzi" Lecce

una ridefinizione dell'identità individuale (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedek, 1959; Ammaniti et al., 1995; Mastella, 2004; Monti et al. 2006).

Due fattori sembrano essere prodromici alla gravidanza: il desiderio di gravidanza e il desiderio di maternità. Il primo si riferisce all'aspetto di tipo narcisistico che spinge la donna a realizzare un qualcosa che la confermi nella sua corporeità, nella sua efficienza. Il secondo è legato all'identità, al divenire madre, alla ridefinizione, al completamento del proprio ruolo e al raggiungimento della propria progettualità (Casadei D., 2010). Pertanto, ogni donna giunge alla gravidanza con un proprio vissuto, con delle proprie esperienze, con delle relazioni, con tutto ciò che fa parte del suo istinto, della sua educazione culturale e morale. Ogni gravidanza viene,

quindi, affrontata dalla donna in modo unico ed irripetibile anche se ha già più di un figlio. E questo momento rappresenta una rinnovata identificazione, una modificazione dell'immagine di sé e un' importante verifica del proprio sentimento d'identità.

Tuttavia, nell'immaginario sociale e collettivo, la maternità è quasi sempre pensata e associata ad un evento gioioso e atteso, la preparazione, la nascita, la vita. In alcuni casi, però, può avere anche note dolorose ed evoluzioni tristi. Sono le storie di "maternità difficili" (Muscialini N., 2010).

La presente riflessione vuole dare luce ai vissuti e alle emozioni di una maternità interrotta che viene socialmente chiamata aborto.

L'interruzione di tutto il processo che una gravidanza comporta può causare una serie di problemi psicologici che destabilizzano la





persona a livello profondo, in quanto non vi è alcuna rielaborazione dei processi avviati (assunzione di nuovo ruolo e rinnovata percezione del sé).

Per aborto si intende l'interruzione della gravidanza prima che il feto sia in grado di sopravvivere autonomamente dalla madre, cioè prima del 180° giorno di amenorrea. Può avvenire per cause naturali (aborto spontaneo) o essere provocato artificialmente (aborto provocato o interruzione volontaria di gravidanza). La risposta psicologica, all'aborto spontaneo e all'aborto volontario è diversa, ed è possibile attribuire questa differenza alle caratteristiche dei due tipi di aborto (Broen AN. et al., 2005).

Righetti (2010) afferma che mentre l'aborto spontaneo è un evento improvviso ed involontario, l'aborto volontario prevede la responsabilità cosciente della madre.

Parlare di IVG (Interruzione volontaria di gravidanza) è sempre una questione delicata e complessa. È un dibattito che si addentra nel mondo femminile, richiama i valori e le esperienze personali e soggettive della donna, mette in discussione il modo di vedere che una determinata società ha della donna, del feto, del bambino, e pone l'essere umano di fronte alla necessità di interrogarsi sulla morte e sulla continuità della vita. L'IVG, denominata anche "aborto provocato" o "indotto", consiste nell'interruzione intenzionale dello sviluppo del feto o dell'embrione e nella sua rimozione dall'utero della gestante. Nell'ordinamento italiano, la legge 194 del 1978, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", prevede testualmente:

- **art. 4:** Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio

pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

- **art. 6:** L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:
 - a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
 - b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Agli aspetti legali e sociali seguono pratiche mediche e vissuti psicologici importanti.

L'aborto del primo trimestre può essere perseguito per ragioni molto varie, alcune sottendono la specifica volontà della donna per valutazioni personali effettuate, altre sono legate a notizie mediche apprese nei vari esami; per l'operatore spesso rappresenta un evento frequente e routinario. Tuttavia, una prima accoglienza psicologica può essere essenziale nella vita della donna, per cercare di comprendere le motivazioni che la spingono ad una decisione dolorosa come quella di interrompere la gravidanza, per ascoltare le emozioni e le storie collegate a quel momento di vita.

Dalla letteratura presente sull'argomento si rileva che l'esperienza dell'IVG viene percepita sul proprio corpo e lascia dei segni, che si manifestano anche a distanza di tempo. Per questo, diversi autori ritengono necessario un supporto



e un accompagnamento psicologico nella scelta, non giudicante e non finalizzato alla dissuasione, ma mirato ad elaborare il lutto e l'inevitabile senso di colpa.

L'aborto del secondo trimestre (art. 6) acquisisce una valenza emozionale ancora più intensa (sia dal punto di vista delle prassi mediche che dei vissuti emotivi e psicologici collegati). Infatti, alla drammaticità dell'interruzione di un progetto che, nella maggior parte dei casi, si considera consolidato una volta passate le prime 12 settimane è resa ancora maggiore dalle modalità con le quali si rende necessario effettuare l'intervento medico: se infatti non avviene un'espulsione spontanea si utilizzano trattamenti medici che servono a provocare le contrazioni e talvolta il trattamento si protrae per giorni.

La perdita con cui la donna deve fare i conti non è soltanto quella del bambino sognato e idealiz-

zato ma anche, e soprattutto per le prime gravidanze, la perdita di una parte di sé, cioè dell'identità di madre che cominciava se non proprio a costituirsi perlomeno a intravedersi.

Spesso, dopo un aborto del secondo trimestre, emergono sentimenti di morte e di incapacità per elaborare i quali è indispensabile un percorso di accompagnamento psicologico successivo.

È anche importante, come ormai sappiamo, che al momento la madre possa vedere il feto partorito per fare leva sul senso di realtà ed evitare percezioni fantasmatiche che talvolta prefigurano immagini mostruose, mutilate o malate.

Parlando di aborto spesso si pone l'accento sul termine volontario, piuttosto che sulla parola e sul significato emotivo e psicologico di interruzione.

Rinunciare alla gravidanza (anche se in modo volontario) vuol dire rinunciare alla relazione, agli aspetti negativi e agli aspetti positivi in



essa intrinsecamente presenti, è interrompere un legame che già alla sua nascita è profondo e viscerale. Perdere un figlio, anche scegliendo di perderlo, può attivare sentimenti di solitudine e di dolore, di fallimento come donna e come madre, e di colpa, sia nei confronti del figlio perduto che dei figli presenti o futuri (es. "Che razza di madre potrò mai essere, se sono stata così abominevole da uccidere mio figlio?"). Alcuni di questi pensieri saranno poi parte integrante del processo di lutto, e nel corso del tempo dovrebbero lasciare spazio a pensieri maggiormente costruttivi, che contemplino in modo obiettivo le circostanze dell'evento e la situazione, senza caricarla di pregiudizi o interpretazioni (Casadei, 2010). A tale proposito, uno studio recente (Kero et al., 2004) ha rilevato che il 20% delle donne che abortisce prova un grave stress emotivo simile a quello delle madri che soffrono per la morte del proprio figlio, con la differenza che i sensi di colpa associati alla volontarietà dell'

VG possono ulteriormente complicare ed intralciare l'elaborazione del lutto (Meister R., 1978). Per tale motivo, una donna di fronte alla scelta di portare o meno a termine la gravidanza vive sentimenti ambivalenti ed estremamente dolorosi, che la rendono vulnerabile a qualsiasi influenza, sia interna che esterna. La fragilità psicologica in cui si trova la porta ad avere, infatti, meno fiducia in ciò che pensa e anche nella capacità di poter prendere la decisione giusta. In queste condizioni, si verificano spesso situazioni in cui genitori, partner, amici o altre figure significative possono avere una grande influenza sulla decisione finale (Reardon DC., 2003).

Lo psicologo dovrebbe assumere un atteggiamento di "contenimento" dei vissuti e delle emozioni, accompagnare la donna nel percorso di elaborazione del lutto per quello che sente di aver perso e indagare i pensieri relativi a questo evento di vita.

Tenendo conto di tutti questi aspetti concordo con Casadei (2010) rispetto alla necessità di attivare protocolli psicologici di intervento a sostegno della donna in gravidanza. Inoltre si dovrebbero fornire anche in fase di ricovero degli "spazi psicologici" atti all'ascolto e al contenimento delle problematiche che motivano all'interruzione volontaria.

Migliorare il supporto psicologico delle donne richiede l'ascolto e il rispetto delle loro scelte (Attali L., 2016).

Tutto ciò, dice Casadei, deve avvenire nell'ambito di una globale attenzione alla qualità di vita della donna con l'utilizzo degli strumenti specifici della psicologia della salute.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., (1995) Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne, Raffaello Cortina, Milano.
- Attali L., (2016), Aspects psychologiques de l'IVG. Psychological aspects of abortion, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 45, Issue 10, 1552-1567
- Benedek T. (1959), "Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory", Journal of the American Psychoanalytic Association, 7: 389-417.
- Bibring G.L. (1959), Some considerations of the psychological process in pregnancy, The Psychoanalytic Study of the Child, 16: 113-121.
- Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. (2005a) The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. Psychinfo Med, 12(3):1-18
- Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. (2005b) Reason for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. PubMed Gen Hosp Psychiatry, 27:36-43.
- Casadei D. (2010) Aborto Volontario: il domani di una scelta, Google Scholar, Riv. Sessuologia, 34(4):286- 292
- Deutsch, H. (1945), Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico. Vol. 2. Tr. It. Boringhieri Torino (1957).
- Kero A, Hogberg U, Lalos A. (2004) Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion PubMed Soc Sci Med, 58(12):2259-2569
- Mastella M. (2004), Nascita del figlio e dinamica della coppia: una prospettiva psicoanalitica. In Arfelli Galli, A., Galli G. (a cura di), Inter- prestazione e nascita. La nascita dei genitori – la nascita del figlio. Pisa, Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali.
- Meister R. (1978) Induced abortion and psychoterapy Psychinfo Psychoter Psychosom, 30:98-104
- Monti F., Fagandini P., Agostini F., Vettori D., La Sala G.B. (2006), La complessità della nascita: genitorialità e modalità di parto. In La Sala G.B., Iori V., Monti F., Fagandini P. (a cura di), La "normale" complessità del venire al mondo. Guerini Studio, Milano.
- Muscialini N., (2010), Maternità difficili. Psicopatologia e gravidanza: dalla teoria alla pratica clinica, FrancoAngeli
- Repubblica Italiana. Legge 194/1978 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. *Gazzetta Ufficiale* n. 140 del 22 maggio 1978
- Reardon DC. (2003) Abortion decisions and the duty to screen: clinical, ethical and legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment In Cantelmi T., Cacace C. Aborto Volontario e salute mentale della donna: una review della letteratura internazionale, Google Scholar, Studia Bioethica, 1(2):1-13
- Righetti P.L. (a cura di), (2010) Gravidanza e contesti psicopatologici. Dalla teoria agli strumenti di intervento, Franco Angeli, Milano



GRUPPOANALISI E L'ASSUNTO PREDITTIVO DELL'ANTEPRIMA DI MEPSICHE E SANPRAO* IN RELAZIONE ALLA PANDEMIA DA COVID-19

Annarita Altamura
Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista
in Psicologia Clinica, Perfezionata in
Gruppoanalisi e Test di Rorschach,
Dirigente-Psicologa, Opera 'Don UVA'.

INTRODUZIONE

Inizio a scrivere l'articolo, Lunedì, 20 Aprile 2020. Nei due mesi precedenti, molti dei lettori dell'anteprima (ibidem), avendo rilevato l'assunto nel titolo, hanno insistito perché ne scrivessi. Tale 'indice predittivo' -peraltro insito nelle analisi psicologico-cliniche gruppoanalitiche-, è stato già, egregiamente, chiarito dal Professor Alberto Patella nel suo famoso libro 'Burnout'.

Ora, sostanzialmente, in base al valore anticipatorio evidenziato tra l'analisi psicologico-clinica dell'anteprima -scritta nell'ottobre scorso, pubblicata a novembre, in uscita a dicembre e diffusa in gennaio...-, e il susseguirsi degli eventi in relazione all'emergenza Covid19 in atto, è possibile vagliare detta ipotesi. Il che vuol dire che i costrutti esposti sul modello della mentegruppo hanno anticipato, come evocandoli, alcuni fenomeni nel loro effettivo succedere della pandemia: quelli, ovviamente, legati al funzionamento della mentegruppo globale "in tempo di emergenza per la salute". E,

ovviamente, per brevità di esposizione, l'ipotesi al vaglio è circoscritta al contesto reticolare della mentegruppo su scala nazionale, essendo trattati gli assunti, esclusivamente, a scopo indicativo e senza pretesa di esaustività.

Ho individuato gli elementi predittivi nell'anteprima, maggiormente rappresentativi al fine.

Ora, per procedere nella stesura, manterrò costante il sostrato del nascere di questo articolo, rispetto al divenire della pandemia in atto, di cui si prospettano ancora possibili occasioni di "transizione". Osando, continuerei: <...dell'ennesima transizione, dell'ancora transizione, dell'attuale transizione>.

Sembrirebbe un gioco di parole. In realtà la mia lente, da specialista della mentegruppo, ne ha colto immediatamente il senso, forse provocatorio, attraverso le associazioni 'libere', apparse subito alla mente nel pronunciare un potenziale prosieguo 'transizionale' all'infinito, purtroppo obbliga-

to da una pandemia inaspettata, mentre sarebbe naturalmente proprio della vita biologica.

Fuori tema, invece, dico che, in questo momento, è forte il risuono, in me, dell'aggettivo 'libere', come ha risuono la domanda : <<nella presuntà inconfiabilità delle transizioni in atto, esiste un orizzonte tracciabile, dal punto di vista psicologico-clinico della mentegruppo, per raggiungerlo, in ogni caso? >>.

Il rimando, in esordio, al "metodo delle libere associazioni" è, innanzitutto, un omaggio allo scopritore dell'inconscio, Sigmund Freud. Questi, proprio grazie alla scoperta del suo metodo, è universalmente riconosciuto come il padre di tutte le psicoterapie, cioè dei nostri tanti metodi curativi che, oggi, più che mai, possono essere decisivi nelle loro diversificazioni !

Così, dal presunto gioco di parole in avvio, le associazioni libere legate alla percezione emotiva, interna all'ipotesi da validare, vengono sospinte dal mio inconscio formato a strumento di lavoro. E' nel rigoroso, interminabile... apprendistato formativo che è possibile rintracciare il permesso a procedere nell'analisi scientifica, in ipotesi.

Ora, gli assunti, per tentare di individuare il loro valore predittivo del titolo, metodologicamente, sono valutati secondo i 3 criteri/base ipotizzati per lo studio percettivo: 'figura o contenuto', 'sfondo o cornice' e 'interfaccia o inter-relazione'.

In più si premette che lo studio percettivo, al fine ipotizzato, segue i tre criteri riferiti secondo un ordine propedeutico di analisi. Il primo riguarda la dimensione cosiddetta di <cornice o sfondo>, di più stabile percezione e propedeutica alle successive; poi la seconda, e più indipendente, variabile di <figura o contenuto> e l'ultima che attiene l'interfaccia o inter-relazione, tra le due precedenti.

L'associazione con il gioco di parole suddetto, quindi, come dimensione primaria della percezione propria della <cornice reticolare> in ipotesi,

attiene al costrutto del <contesto di matrioska> (ibidem). Esso è rappresentativo della natura transizionale del veicolare proprio –cioè del reticolare della mentegruppo- nello stato di pandemia in atto, come in una sorta di progressiva scansione, con cui orientarsi sui versanti d'incremento o decremento del valore della crescita in causa.

La modalità <a matrioska> della mentegruppo, rappresenta, quindi, in similarità alla struttura stratificata della pelle organica, il contesto psicologico-clinico della relazione umana, formativo e operativo, individuale e grupppale. Con questa rappresentatività, la dimensione reticolare della mentegruppo, dinamicamente costituente, si realizza con la funzione riducente, o semplificante, la complessità di crescita, perchè ogni passaggio in atto, dal precedente al successivo, gode della variabile integrativo-comprensiva. Esiste, cioè, in ogni caso, un apprendimento a garanzia della stabilità del contesto di riferimento, tant'è che anche nella funzione correttiva di <disapprendimento>, la transizionalità <da matrioska>, garantisce la continuità secondo una progressione propedeutica, sistematica e, dunque, più efficace e armonica.

L'analisi del modello della mentegruppo, in relazione allo stato della pandemia in atto, può essere più favorevolmente riconoscibile come adozione del metodo <a matrioska>, in quella particolare relazionalità del contesto mediatico che è la comunicazione della 'diretta', in TV, unico vero canale continuativo, irrinunciabile per lo stato di <isolamento> usato come base a salvaguardia dello stato di emergenza.

L'analisi in ipotesi nel titolo, infatti, partendo dai coefficienti auditel, considera che i massimi esponenti -rivelatisi vere guide perchè percepiti come più garantisti ai fini-, abbiano adottato una comunicazione rispondente al cosiddetto <metodo a matrioska> ai fini della tenuta della mentegruppo, in questa gravosità.

Sempre a scopo esemplificativo, dunque, vengono, qui, individuati -come leader riconosciuti dalla



maggioranza degli italiani, in base ai picchi più alti dello share-, Papa Francesco e il Presidente Giuseppe Conte.

Il primo, infatti, nel Suo compito di Pastore in Cristo, sembra procedere con l'intenzione principale, rispetto alla pandemia in atto, di plasmare la mentegruppo sulla tenuta del vissuto del dolore dilagante, per lo stato diffuso della malattia e del malessere generale. Ogni mattina, infatti, attraverso la celebrazione eucaristica, su rete-TV in diretta, con il Mandato del pregare, continua a comporre una sorta di mappa sociale, delle categorie personali e lavorative, a cui ogni giorno dedica un'intenzione particolare. E se la composizione graduale del reticolare della "mentegruppo", in questa precisa attualità, attraverso l'ascolto televisivo, funziona perfettamente come elemento stabile di cornice, quello di contenuto, o figura, viene canalizzato con il fermo e continuativo invito alla <coesione> o, per l'ipotesi di stesura, alle <costanti protensive verso gli altri> che socialmente, la fondano. La frase più ridondante sulla pandemia è <nessuno si salva da solo: o tutti o nessuno>. La <costante protensiva verso gli altri> è alla base della coesione <intra/inter-gruppo-personale> e necessaria alla costruzione e mantenimento integro della crescita relazionale della mentegruppo, sociale, e di salvaguardia. L'ultimo aspetto, poi, decisivo alla percezione del valore predittivo del titolo è il costruito di <propriocezione psicosensoriale> (quindi a partire dal sé) che è interconnesso a quello di <movimento fermo delle emozioni>: entrambi rappresentano l'ultimo criterio metodologico di analisi o di interfaccia tra i primi due, anzidetti. L'isolamento imposto, a protezione dalla pandemia, decreta la centralità del vivere, radicata sulla percezione del sentire interno che non può essere attuato se non nel fermarsi nel movimento fisico 'esterno'. Il Papa, nel rinviare alla Croce di Cristo la massima identificazione con la sofferenza e dolore, dilaganti, continua a sollecitare di fermarsi e provare a sentire il vissuto di Cristo dentro l'esperienza profonda della Croce, fino alla morte e resurrezione!

Citando l'arte sempre soccorritrice della verità, riporterei una frase illuminante di J. Prevert sul tema

: <la vita non è indietro a noi, né in avanti, né adesso...è dentro>. Per scoprire questo 'dentro di noi', bisogna fermarsi, reggere la solitudine e imparare a goderne, pure a volte attraverso periodi di prolungato isolamento. Su questa considerazione, la domanda che balena è se la pandemia possa essere il forzato tentativo di ri-apprendimento di una condizione naturale umana a protezione della vita, ad un certo punto, persa, e imposta dalla natura sotto l'egida di minaccia diffusa alla salute nella società globale. Ciò che è certo è che la pandemia impera nella lezione, innanzitutto, di mantenersi radicati nel sentire la vita dentro di sé protesa verso chi ci circonda.

In perfetta continuità del cosiddetto metodo adottato dal Papa, a conferma degli assunti detti anticipatori ai fini di questo articolo, c'è anche la guida del Presidente del Consiglio dei Ministri, proteso, innanzitutto alla compattezza dovuta alla gestione della pandemia da Covid19, nel reticolare della mentegruppo nazionale. Qui, a conferma della presenza degli elementi rispondenti ai tre criteri percettivi chiamati in causa, prenderò in analisi solo il terzo, perché funziona da interfaccia degli altri due, partendo dall'analisi del metodo con cui il Presidente Conte usa comunicare le disposizioni ministeriali man mano adottate. Il fine, rispetto al funzionamento del reticolare della mentegruppo in ascolto, è sempre innanzitutto il sollecito alla massima presenza consapevole possibile, e partecipativa, vista l'imprevedibilità di base dello stato di emergenza. Anch'egli pone una sorta di partecipazione da work in progress, in cui dal primo step ai successivi, sono tenuti presenti sempre quelli precedenti con proiezioni minime, il più contenute possibili, rispetto al divenire, come da contesto <a matroska>.

Da qui, il focus resta incentrato, inevitabilmente, su quello della centralità del <sentire dal proprio interno>. È, ogni volta, fermo sul richiamo, in primis, al <buon senso> che ciascuno ha in se stesso.

Anche, nella sua leadership, allora si riscontra che l'essere in una relazione finalizzata al recupero di uno stato di salute e cioè l'ambito elettivo della

psicologia clinica, vuol dire riportare la mente-gruppo alla matrice del partire ciascuno dal sentire spiritualmente ed emotivamente se stesso.

In questi giorni si parla di 'fase2', per questo l'articolo nasce in continuità all'anteprima pubblicata nel precedente 'notiziario psicopuglia', sospinto, infatti, dal coacervo delle istanze interne al mio <reticolare di mentegruppo> che, nel tentativo di garantire il work in progress, insito nell'anteprima, ha maturato, anche, l'ipotesi nel titolo, poi, rivelatasi fondata, imprevedibilmente.

Desiderio, ambizione, aspirazione, coraggio, coerenza, consapevolezza, continuità, imperio, occasione, pretesto, bisogno e senso di realtà, etc. , etc. , sono le istanze motrici della decisione di dar seguito all'articolo in anteprima, tracciando i confini per validare l'ipotesi in itinere.

L'analisi psicologico-clinica, gruppoanalitica, intra-e-inter-personale, attinente alle relazioni, nelle dimensioni gruppali ed individuali, della mentegruppo ingenerante la pandemia- consiste nell'attualizzare simbolicamente i suoi segni specifici, come, ad esempio, i sintomi distintivi del Covid-19 e/o le rappresentatività mentali delle procedure adottate per neutralizzarlo.

Con questa luce, posso affermare l'esistenza di una corrispondenza, predittiva o anticipatoria, tra gli assunti scientifici proposti in sede di anteprima e la dovuta analisi psicologico-clinica della pandemia in atto, così surreale, persino per i non addetti ai lavori.

Parimenti, posso ipotizzare che la stessa surrealtà, dello stato di emergenza in atto, renda, forse, ancor più sorprendentemente innegabile, la sussistenza pregressa della corrispondenza implicata con il modus vivendi ordinario e diffuso sull'intero pianeta terra, a prescindere dal fattore scatenante l'infezione da Covid-19.

In questo, s'intravede anche il segno del valore simbolico legato alla stessa pandemia, rispetto al

funzionamento della <...mentegruppo dell'inconscio collettivo...> che, a questo punto, ho chiamato 'globale'.

<<...E già... >>, direbbe Vasco Rossi, <<...sembra-va la fine del mondo ma sono ancora qua...e già... riprenditi la vita che vuoi tu...io sono sempre in bico...più o meno...su per giù...>>.

L'incantevole citazione artistico-musicale, adattata congiuntamente all'anticipata analisi di <corrispondenza> (ibidem), è fedele, innanzitutto, all'immediatezza della capacità comunicativa propria dell'arte, anche predittiva, oltre che naturalmente chiarificatrice e in questo caso, certamente, della più controversa complessità della pandemia in atto, per la sua portata.

Giorni fa, con Chiara, mia figlia, discutevamo dell'impegno universitario, con riferimento al metodo Sanprao (ibidem). Ricontravamo che la specializzazione gruppoanalitica della psicologia clinica, attraversa come in un 'io-pelle' -o del suddetto <contesto a matroska>- l'ordine ipotizzato della propedeuticità clinico-ri-abilitativa delle attività previste nel metodo applicativo chiamato 'sanprao', basato sul modello teorico di 'mepsiche'(ibidem).

Propriamente naturale, l'ordine supposto partirebbe dalle attività 'spirituali', incontrando la specializzazione psicologico-clinica, gruppoanalitica, come radicata, agevolmente, anche, nella dimensione artistico-creativa: omaggio al metodo delle libere associazioni che ha permesso al fondatore -Sigmund Schlomo Freud, noto come Sigmund Freud- la scientificità dell'analisi psicologico-clinica.

Dalle attività dette spirituali, a quelle, poi, naturalistiche, artistiche e scientifiche, essendo concepito come studio elettivo della relazione umana, la specializzazione gruppoanalitica, rappresenta il contesto elettivo, teorico e curativo, a fondamento della natura detta "di relazione" dell'<identità umana personale e gruppale>.



Ora, dai fondamenti freudiani della psicologia clinica, passando per la controversia sulla complessità valutativa dell'incidenza della pandemia in atto, la stessa pandemia non può che essere, purtroppo, sola la punta emergente di un 'iceberg' sottostante, ben più gravoso.

E' inconfinabile il backstage del mal-funzionamento emerso nella mentegruppo collettiva, o globale, se è vero come è vero che, nel terzo millennio, nell'incapacità di prevenire e/o neutralizzare dovutamente il diffondersi di una "pandemia da virus", di tal portata, si è sacrificata, un'intera popolazione mondiale, a suon di 'deprivazioni' da isolamento forzato, fino al 'buco nero' clinico-psicologico, per esempio, dei neurologi mancati o della, per così dire, precarietà dei contesti di riferimento: affettivi, operativi, vissuti, fantasticati e non..., laddove, probabilmente, era, addirittura, naturale prevederne la predisposta esigenza. Invece, usando, sempre, le libere associazioni, alla dizione di qualche anno fa, sui cosiddetti <<tagli alla sanità>>, si è scatenata, in me, la "propriocezione" (per dirla con una mia, forse, parolaccia tecnica) di quei tagli che in tanti, credo, abbiano provato nel dolore per tutto quanto accaduto e per tutta l'assurdità di ciò che è ancora in atto: auspico un atto di verità sulle probabili responsabilità.

Fatto sta, che la citazione del Blasco, con poche parole, scaraventa, -come solo la verità sa fare-, in un contraddittorio di scenari sintomatici di una 'mentegruppo planetaria', seriamente a rischio di salvaguardia di se stessa, a partire dai costi, umani e non, che in ogni caso, restano incalcolabili per gli esiti accertati e potenziali di un cedimento, innanzitutto, del senso di realtà, sia pregresso e sia perpetrato e ancora attivo. Al proposito, sarebbe interessante approfondire quei fenomeni che si sono scatenati nei "reticolari delle autorità della mentegruppo politica italiana", come quelli dei famosi "sindaci-sceriffi o sindaci-papà"... E qui, mi permetto di esprimere un personale elogio al Presidente Vincenzo De Luca, per l'inequivocabile coinvolgimento emotivo nello svolgimento della sua leadership.

E' importante sottolineare che, paradossalmente, la pandemia da COVID19, come conseguenza di un sostrato ben più pericoloso alla base, trova una benefica funzione rivelatrice di quella -ancor pur minima, forse-, emersione del più pericoloso sommersibile -e Vasco aggiungerebbe ancora <<più o meno>>- ignoto.

E' scontato, invece, il minare perpetrato nel tempo, sempre più sconsiderato, che è arrivato a 'infettare' -per usare una terminologia vigente-, la condizione-base della possibilità di sussistenza dei viventi e cioè la coesione!

Nella mia precedente pubblicazione, limitatamente alla diagnosi dinamica delle costanti disgreganti la mentegruppo, peraltro in essa connaturate, a pag.220, introduco il concetto di <costante protensionale verso l'altro-da sé>. La stessa, come istanza vitale fondante la percezione -differenziata e differenziabile -di sé-da-sé e dell'altro-da-sé,-viene stabilizzata attraverso l'<apprendimento analitico> (tutt'altro che assimilabile a quello scolastico-curricolare) profondamente emotivo-sensoriale, che è la conditio sin qua non di ogni intervento clinico-specialistico, finalizzato ad attivare il <processo curativo>, di ri-equilibrio, nel genere umano.

Ciò che della citazione musicale ho voluto prendere a provocazione è che esiste un'analisi reale del malfunzionamento della mentegruppo collettiva o globale, sia nella consapevolezza degli antefatti che ci portano dentro questa pandemia, sia potenzialmente degli interventi per uscirne !

In quest'ultima asserzione, in particolare, urge sottolineare che senza una programmazione radicale di interventi specialistici volti al riassetto della mentegruppo collettiva o globale -al fine di favorire l'<apprendimento di detta costante protensiva o di coesione intra-e-inter-gruppo-personale>- è impossibile persino immaginare di accedere a quel dovuto stato di 'stabilità mentale ambientalmente diffusa' con cui tentare il cambiamento (detto appunto di mentalità), che gli specialisti sanno essere il peggior

nemico, peggiore di “sorella nostra morte corporale”, per citare un gigante della spiritualità cristiana e del talento artistico-letterario! Insomma, per gli esseri umani è più “facile” morire che cambiare!

Intanto, riprendendo la citazione del Blasco, ben si evidenziano le <costanti di contrapposizione> (ibidem). Infatti, mentre su un versante si profetizza la fine del mondo, sull'altro si invita a potersi salvarsi da sè, o ancora ad accettare il proprio essere <.in bilico..> come una fattibile conquista di un presunto ‘equilibrio da montagne russe’ o ora un po’ <più>, ora un po’ <meno>, poi <più giù>, poi <più su>... Questi versanti, poi, con le premesse degli esiti dell'attuale pandemia, rischiano di orientarsi in senso contrario ad una prospettiva di vita degna di questo nome. Perciò, fino a quando nella mente-gruppo agiscono intrusivamente e dinamicamente, attraverso i reticolari di collegamento, le istanze disgregative interne -dette di <prevalenza> o <alternanza>(ibidem)-, gli <stati relazionali intra-e-inter-gruppo/personali> regredirebbero ad una provvisorietà, per così dire precaria, con l'alto rischio di peggioramento.

Gli stati di dis-equilibrio clinico, quindi, possono continuare, per così dire, ad ‘infettare e infettarsi’, fino all'irreversibilità del processo cosiddetto <annientativo> della mente, in questo caso co-interrelate da malattie bio-mediche. Quello che avviene al ‘corpo’, avviene prima nella mentegruppo interna, e innanzitutto, in relazione al cosiddetto contesto di appartenenza.

La disgregazione è sempre agita dall'interno, con eccezione degli stati prolungati di privazione psico-sensoriali e l'epilogo a rischio è il disfacimento della mentegruppo in termini di regressione all'<assetto anti-mente-branco> (ibidem).

E si allarga, anche, il focus sugli interventi di elettiva competenza degli specialisti psicologi che sono chiamati a farsi carico di una tenuta, per così dire, di matrice, della mentegruppo collettiva che procederebbe

1. dall'estremo della paura di una possibile fine del mondo,
2. all'altro estremo di un illusorio epilogo di una circostanza sostanzialmente già risolta e magari volutamente ingigantita e indotta da poteri occulti,
3. passando per tutta la reale destabilizzazione mentale indotta dallo stato di “prevalenza” -della privazione da isolamento forzato- fino all'imperio della consapevolezza che senza un cambiamento di mentalità il cosiddetto ritorno alla normalità non può che anticipare una nuova inevitabile.

RINGRAZIAMENTI

Nel partire vorrei ringraziare le persone che mi hanno privilegiato con feedback originali e stimolanti al prosieguo del lavoro (ibidem).

In particolare, per la dovuta brevità espositiva e certamente non in ordine temporale d'arrivo, vorrei rappresentativamente ringraziare le persone che ho scelto perché più pregnanti ai fini, oltre la presenza naturale d'amore di mia figlia:

- sempre, il professor Alberto Patella, analista-didatta dalla mentegruppo così imponente per la notorietà di scienziato e l'incessante opera di clinico negli ambiti internazionali più autorevoli che si giovano del suo impegno, per il monito ad andare <avanti> ! ;
- un giovane collega psicologo per la genialità dell'immagine del <selfi>, come simbologia rivelatrice del processo di mirroring dall'interno della mente dell'analista;
- di una persona consacrata che più delle altre ha messo in evidenza la relazione irrinunciabile tra la premessa autobiografica con il particolare riferimento alle mie emozioni raccontate, per tracciare il coinvolgimento anche personale nella <densità beneficiata> dei contenuti scientifici.

E, per prima ed ultima, per il rimando alla genialità e originalità della mamma, a mia figlia Chiara.



JUNG ALCHIMIA E NEUROSCIENZE

Rosario Puglisi

Psicologo analista, didatta e supervisore CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica), membro IAAP (International Association for Analytical Psychology), Dirigente Psicologo U.O.C. CSM di Casarano (Lecce) DSM ASL/Lecce

RIASSUNTO

L'autore, in rapporto alle conoscenze derivate dalle neuroscienze e, soprattutto a quanto si sta realizzando in psicanalisi nella riformulazione teorica proprio di quei processi inconsci che l'hanno costellata sin dalle origini, ha cercato di immaginare Jung ai giorni nostri, attraverso il suo essere uno scienziato empirico.

Dopo un breve accenno ai rimandi alchemici che hanno costellato la ricerca junghiana, dopo l'esperienza del *Liber Novus*, l'autore accenna all'attuale contributo delle neuroscienze e alle nuove implicazioni nel definire i processi inconsci legati al cervello destro.

PAROLE CHIAVE

Alchimia, neuroscienze, inconscio.

Quando la dott.ssa Gasparre ha sollecitato un contributo alla rivista dell'Ordine ho, da subito, immaginato cosa avrebbe fatto Jung ai giorni nostri, stimolato da tutta una serie di ricerche e scoperte che arrivano quotidianamente dalle neuroscienze, specie negli ultimi 20 anni, e di cosa lui avrebbe trattenuto dai suoi studi sull'Alchimia che, come sappiamo, sono stati, dallo stesso, declinati in chiave psicologica.

Jung, come è noto, non fu un allievo dissidente di Freud, anche se si continua erroneamente a considerarlo tale, ma è stato un pensatore originale che, fin dall'inizio, ha articolato il suo pensiero su alcuni concetti diversi da quelli freudiani.

Dunque, non ci fu mai una ribellione nei confronti

del maestro, poiché in verità il pensiero di Jung aveva radici e articolazioni diverse dalla, allora esordiente, psicanalisi freudiana e la rottura fu la inevitabile esplicitazione di queste differenze.

Ecco il motivo del titolo del mio contributo, poiché ho immaginato che, così come accadde con l'interruzione della stesura del *Liber Novus* o *Libro Rosso*, per immergersi negli studi e approfondimenti alchemici, Jung si sarebbe di certo interessato e coinvolto su quanto, ormai da anni, studiosi a partire da Eric Kandel per finire con Alan Schore e tanti altri, stanno realizzando in termini di scoperte, definizione e funzionamento del nostro cervello-mente.

Credo fermamente in tutto questo poiché nel 1957, dopo aver pubblicato, *Mysterium coniunctionis*, lo stesso scriveva anche *La Schizophrenia* (Jung, 1958), contributo che fu invitato a realizzare per il 2° Congresso internazionale di Psichiatria tenutosi a Zurigo nel settembre di quell'anno.

Vista l'età avanzata di Jung quando scrisse questo contributo, che potremmo definire una sintesi di oltre 50 anni di esperienze ed esplorazione della psiche, il suo elaborato, a mio avviso, potrebbe essere letto come stimolo per le sfide future, per quanto riguarda proprio il modo con cui ci dovremmo approcciare clinicamente in psicoterapia.

Infatti, Jung concludeva il suo elaborato con parole che trovo, per certi versi, profetiche:

< Anche se nella nostra conoscenza attuale non è concesso di trovare quei ponti che uniscono le due sponde – la visibilità e tangibilità del cervello da un lato, dall'altro l'apparente immaterialità delle

strutture psichiche – esiste tuttavia la sicura certezza della loro presenza.

Questa certezza dovrà trattenere i ricercatori dal trascurare precipitosamente e impazientemente l'una in favore dell'altra o, peggio ancora, dal voler sostituire l'una con l'altra. La natura non esisterebbe senza sostanza, ma non esisterebbe neppure se non fosse riflessa nella psiche.> (vol. 3., p. 286)

Del resto, non dobbiamo dimenticare che lo stesso Jung si definì sempre uno scienziato empirico e continua ad esserlo se lo si riesce a leggere attentamente, anche se, non vi nascondo, che alcuni dubbi, naturalmente restano.

Esiste un testo, che ritengo discutibile, che ho letto recentemente, dal titolo emblematico *“Jung il mistico. Dimensioni esoteriche della vita e degli insegnamenti di Carl G. Jung”* scritto da Gary Lachman (2012).

Gary Lachman, per chi non lo conosce, è uno scrittore di temi esoterici e occulti tra i più letti e apprezzati nel mondo, la sua firma è apparsa su diversi periodici americani ed europei che trattano appunto di filosofia, esoterismo e cultura moderna.

Il testo, contestabile come tutti gli scritti postumi su Jung, appare, tuttavia, interessante poiché racconta la vita dello studioso narrandola secondo una prospettiva nuova, per certi versi sconosciuta, fortemente legata agli aspetti esoterici inerenti la riflessione teorica dello stesso Jung.

A differenza di una biografia convenzionale, quella di Lachman affronta, in maniera chiara e nei particolari, la dimensione meno nota e occulta dell'opera del grande psicanalista, narrando di eventi personali dello studioso che in qualche modo hanno favorito

riflessioni profonde, mistiche, esplicitandone i contenuti secondo un'ottica, che può essere stata, a mio avviso, fraintesa dall'autore.

La figura di Jung, secondo Lachman, appare fragile, conflittuale, anche se viene messa in risalto la personalità fortemente creativa che lo fa discostare dalle regole dell'ambiente freudiano e che lo porterà a fondare la sua psicologia analitica spaziando in campi inesplorati e spesso negati.

Tuttavia, malgrado la discutibilità, sono in molti a





sostenere che questa biografia possiede un valore aggiunto che è quello di far comprendere e portare alla luce la complessità delle idee junghiane, soprattutto di quelle non legate strettamente alla psicoterapia, ma soprattutto mette in evidenza il forte conflitto e il travaglio di queste idee elaborate lungo l'intera sua esistenza.

Discostandosi, in parte, da un approccio psicologico, pur sempre tenendone conto, Lachman raccoglie gli aspetti meno noti della vita e delle esperienze di Jung e di come quest'ultimo fosse interessato ad una comprensione psicologica dei processi di trasformazione della personalità che sono alla base, secondo Jung e non solo, delle pratiche religiose, ermetiche, gnostiche e, soprattutto, alchemiche.

Dunque, pur rimanendo fedele alla sua convinzione di essere uno scienziato positivista, rimane per tutti noi un instancabile ricercatore che, a tratti, si allontana dai dogmi scientifici per addentrarsi in mondi poco esplorati in campo scientifico quali appunto l'alchimia oppure l'astrologia.

In altre parole possiamo dire che, oltre al corpo e alla psiche, Jung ha, da sempre, avuto uno sguardo originale verso l'Anima, nel senso pieno del termine, che costella ogni essere umano.

Nel suo *Psicologia della traslazione*, Jung aveva dichiarato che avrebbe seguito "come un filo di Arianna", un antico testo di alchimia, il *Rosarium Philosophorum*, libro che pochissime persone all'epoca potevano conoscere e consultare, trovando in quelle pagine, una straordinaria conferma su ciò che andava costruendo sulla psicologia dell'inconscio.

Naturalmente, si tratta di un genere di lettura che si pone agli antipodi della mentalità scientifica, lettura questa irta di ostacoli, apparentemente inaccessibili, appartenente ad un genere che viene di solito liquidato come legato alla mistificazione. Come scrive Augusto Vitale nel suo *Solve coagula* (2001).... < (...) confrontandoci con un'opera di così antica sapienza, quale è appunto il *Rosarium Philosophorum*, così lontana dalla mentalità di oggi, noi tutti ci accingiamo ad attraversare una regione sconosciuta, dove ingenuamente crediamo di aver ritrovato

le tracce di un sentiero non più battuto, verso le regioni cui si rivolgono le nostre attese, il desiderio e la necessità; confronto e testimonianza, attraverso i mutamenti dei tempi e delle memorie, di ciò che crediamo sempre eguale negli uomini in quanto uomini.> (p. 21) Ecco, Jung ha affrontato il testo con intelligenza, la forza ed il coraggio che erano necessari per scegliere un vecchio libro alchemico per un confronto con le scientifiche concezioni della psiche che lui stesso andava consolidando.

Il *Rosarium Philosophorum* è stato, ai suoi tempi, un libro di grande successo tra gli alchimisti dell'epoca e non solo.

All'epoca, il tema che veniva affrontato era la trasmutazione dell'uomo, inconsapevolmente proiettata sulla trasmutazione della materia.

Infatti, le prime parole del libro sono di raccomandazione, ed è un invito ad esaminare, con la più grande cura, questo piccolo testo, cosa che Jung stesso fece nel suo *Psicologia della traslazione*, (1946) dove metteva a confronto la sua esperienza di psichiatra e psicologo con la descrizione delle illustrazioni e commenti del *Rosarium Philosophorum*.

Infatti, Jung scrive, in *Psicologia della traslazione* (1946), che tutto ciò che il medico scopre ed sperimenta analizzando l'inconscio del suo paziente, coincide in modo estremamente rilevante con il contenuto di queste figure, per poi precisare, che non sembra fuori luogo esaminare una serie medievale di figure alla luce di scoperte, o perfino di usare, appunto, come un filo di Arianna, nella nostra descrizione di queste ultime.

Per Jung (1946) queste stranezze del Medio Evo contenevano i germi di molte cose che solo alcuni secoli più tardi emergeranno in forma chiara.

Come scrive lo stesso Vitale (2001) dichiarazioni di questa portata andavano prese con tutta la serietà che meritavano, fatte da un maestro di cui molte intuizioni, talvolta visionarie e audaci fino ad apparire avventate, si sono alla fine dimostrate feconde, tanto da aver provocato o anticipato aspetti fondamentali della psicologia del profondo di oggi.

Ebbene, oggi la capacità di comprensione collettiva

dell'immaginario e del simbolico è straordinariamente più ricca, aperta e duttile di quanto fosse nel recente passato o all'inizio del secolo scorso. Se ci pensiamo quella degli alchimisti era un'esperienza che, se anche alla fine prendeva talvolta toni mistici, conservava l'impronta sicuramente laica frutto di una ricerca empirica libera da vincoli esterni.

Non a caso il testo del *Rosarium Philosophorum* è formato in gran parte da citazioni di altri testi alchimistici, utilizzate per svolgere un discorso tanto serrato quanto enigmatico.

Il probabile autore pare sia stato Arnaldo di Villanova, di origine catalana, nato verso il 1240, medico di grande fama e autore di trattati teologici e di medicina oltre che di alcuni libri alchemici.

Jung esaminò le immagini come se fossero sequenze visionarie o sogni, addentrandosi nell'esame e nell'interpretazione simbolica anche dei minimi particolari, supponendo che fossero tutti coerenti come effettivamente si riscontra nella produzione naturale del sogno.

Tuttavia, se ci pensiamo, il sogno è tutt'altra cosa: è un prodotto naturale, quasi una secrezione psichica, che in psicanalisi si cerca di utilizzare ai fini diagnostici e terapeutici, così come si fa in medicina analizzando un reperto organico.

Non di meno, anche se visioni e sogni possono aver contribuito all'esperienza interiore del nostro alchimista dell'epoca, autore del testo, il percorso che se ne traccia, con le varie figure, altro non è che la mappa di una profonda e complessa vicenda interiore.

Ma vorrei realizzare ulteriori spunti di riflessione partendo dallo stimolo del testo, recentemente tradotto in italiano, di Efrat Ginot, dal titolo emblematico *Neuropsicologia dell'inconscio* (2017), partendo subito dalla riflessione di Allan Schore, ricercatore e psicoanalista statunitense, autore di numerosissime pubblicazioni che, proprio nella prefazione del libro della Ginot, oltre ad introdurre l'opera, ci permette di riflettere insieme su temi che il testo stesso sviluppa; temi quali la *rimozione*, oppure il *transfert-controtransfert*, iniziando proprio dalla considerazione del cosiddetto *cervello*

destro osservato e studiato da Schore e dalla stessa Efrat Ginot, proprio da una angolazione particolare che prende spunto ed ispirazione dalle recenti *ricerche in neuroscienze*.

Come tutti noi ormai sappiamo le *neuroscienze* non si limitano più a descrivere e ad evidenziare le "aree deputate" a determinate *funzioni*, come accadeva qualche tempo fa, ma ormai ci svelano, grazie alle *neuroimaging*, molto di più su reti e connessioni, che inevitabilmente rivoluzionano l'idea che avevamo di mente, solo immaginata fino a qualche tempo fa, ma soprattutto permettono di realizzare utili spunti di conoscenze e riflessioni importantissimi per chi svolge il lavoro di terapeuta e di analista.

Ed è proprio dagli approfondimenti di Schore che, credo sia possibile, comprendere quei costrutti necessari in chiave clinica che vengono descritti nei capitoli del libro dalla Ginot.

La stessa Ginot sottolinea la tendenza a considerare l' *inconscio* come una struttura dinamica, non più solo custode di contenuti rimossi o inaccessibili, definendo l' *inconscio* come quell'insieme di reti neurali interconnesse, costituite da affetti innati, dall'apprendimento condizionato da una miriade di difese automatiche e dalle innumerevoli associazioni tra di esse.

In altre parole, non esisterebbe quindi un'area del cervello che possiamo disegnare, colorare e scriverci vicino " *Inconscio*", anzi, per essere esatti " *Freud*", se vogliamo seguire l'esempio di *Broca* o *Wernicke*.

Non a caso, l'autrice parla di *continuum conscio-inconscio*, che insieme al *continuum rigidità-flessibilità* rende comportamenti, emozioni e cognizioni più o meno consapevoli, più o meno accessibili in terapia, più o meno conosciuti dall'individuo.

Come sottolinea in diverse occasioni, lo stesso Schore, la psicanalisi del XXI secolo, proprio con le conoscenze derivate dalle neuroscienze, sta attraversando una sostanziale riformulazione teorica proprio di quei processi inconsci che l'hanno costellata sin dalle origini.

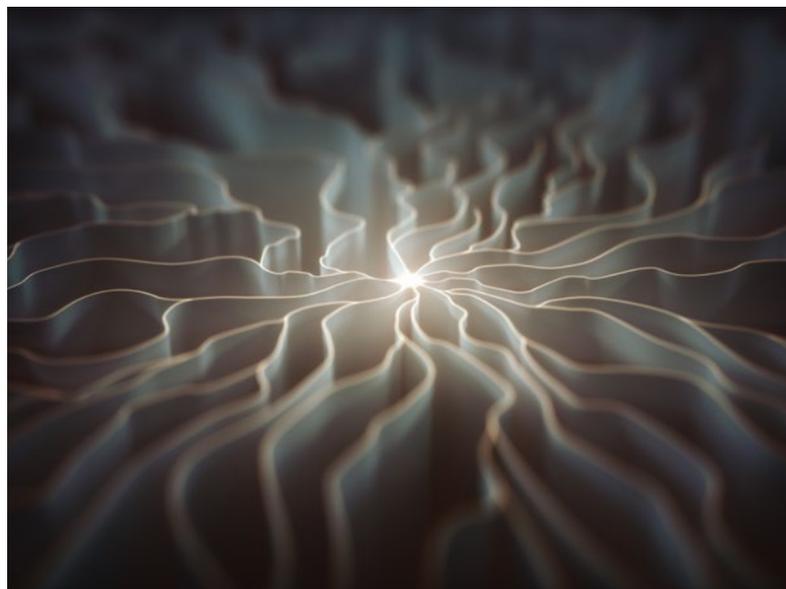
Infatti, studi scientifici sulle funzioni cosiddette *implicite essenziali* hanno spostato sempre più



l'attenzione da un *inconscio cognitivo* ad un *inconscio affettivo*.

Nel testo della Ginot, e non solo, c'è proprio l'intento di raccogliere la sfida di integrare *psicanalisi* e *neuroscienze*, così come aveva auspicato Jung nel 1957, per poter continuare, al meglio, questa esplorazione dell'inconscio umano che appare, nelle nostre stanze di analisi, sempre più profondo e complesso.

La cosa per noi junghiani non è del tutto nuova se pensiamo al grande contributo teorico che Jung aveva dato, ad esempio, con la definizione di *inconscio collettivo*.



Tuttavia, non va trascurato che dobbiamo attribuire già allo stesso Freud la scoperta dell'*inconscio dinamico* nella vita quotidiana, famosa l'opera divulgativa che Freud scrisse nel 1901 dal titolo emblematico *Psicopatologia della vita quotidiana*, dando, da lì a poco, un contributo imprescindibile alla stessa concezione di *inconscio* nel modo di concepire i comportamenti dell'uomo che influenzerà la cultura dell'epoca e tutte le forme di Arte. L'idea, come sappiamo, fu ripresa in chiave sperimentale e scientifica da Jung con l'elaborazione del *Test delle Associazioni verbali*, che poi porterà

lo stesso Jung ad elaborare la *Teoria dei Complessi*, comprendendo, sin da subito, il contributo rivoluzionario insito nel pensiero freudiano, ma realizzando un modo altro ed originale di pensiero rispetto allo stesso Freud.

In altre parole Freud ha creato una prospettiva teorica capace di mettere a fuoco l'inconscio che, non a caso, affascinò da subito Jung.

Una sorta di concezione di un *mondo interno soggettivo* che serve ad orientare, momento per momento, le interazioni tra individuo con l'ambiente esterno.

Non di meno, benché nel corso della sua carriera

Freud abbia cercato di riformulare le sue idee originarie di inconscio (ricordiamo tutti i modelli strutturali della psiche rivisitate dallo stesso Freud nelle varie topiche), il suo concetto di *inconscio dinamico*, tuttavia, è rimasto immodificato, proprio per gli scenari culturali e scientifici che si attivarono in quel tempo e che non venivano pienamente compresi dallo stesso Freud.

Per Freud le funzioni di *autoregolazione* del

sistema inconscio operano attraverso il processo della *rimozione*, attraverso il quale si impediva l'accesso ai desideri sessuali e/o aggressivi alla coscienza che, come ormai gli stessi *neofreudiani* concordano, e che Jung aveva da subito intuito prendendone le distanze, rappresenta solo una piccola parte di quello che tutti noi definiamo *inconscio*.

Ricordiamo tutti che per Freud la tecnica clinica aveva il semplice obiettivo di rendere conscio l'inconscio.

Oggi molti neofreudiani, uno fra tutti Mauro

Mancia che ha scritto un interessante libro dal titolo *Psicoanalisi e neuroscienze*, del 2006, parlano ormai frequentemente di “*memoria implicita e inconscio non rimosso*”.

Lo stesso Allan Schore, sottolinea come i sistemi di *memoria implicita* maturano prima dei sistemi di *memoria esplicita* e che *l'emisfero destro matura* prima del *sinistro* durante i *primi due anni di vita*.

Non di meno, già Eric Kandel, psichiatra, psicoanalista e neuroscienziato, (premio Nobel nel 2000 per studi sull'apprendimento e sulla memoria) aveva affermato che la *rimozione*, il cui esordio nella nostra psiche è successivo, trae origine dalla crescita degli assoni della regione prefrontale *sinistra* che, attraverso il corpo calloso, si strutturano a partire dall'*emisfero destro*.

Ecco perché, ad esempio, la *rimozione infantile*, di freudiana memoria, grazie alle ricerche attraverso *neuroimaging*, oggi viene messa in discussione ed è in parte confutata.

Ormai è risaputo che la *trasmissione interemisferica* comincia a *3 anni e mezzo*, periodo di età che, non a caso fu fortemente pregno di interesse per lo stesso Freud che lo fece coincidere con l'inizio della *fase edipica*, considerato lo spartiacque *psicologico* e *neuro-anatomico* nello *sviluppo psichico* coincidente, non a caso, con l'esordio della capacità degli emisferi di integrarsi tra loro con le loro attività.

Inoltre, recenti scoperte sulle *funzioni implicite*, soprattutto a partire dal *cervello destro*, condotte con *tecniche di neuroimaging*, stanno attivamente esplorando l'*elaborazione implicita inconscia* delle *cognizioni degli affetti* ma, soprattutto, della loro *regolazione*.

Dunque, l'*elaborazione delle emozioni negative e positive*, avviene a *livelli inconsci*, non perché esse vengono rimosse come si pensava fino a qualche tempo fa, ma perché gli *affetti a base corporea* vengono espressi rapidamente e spontaneamente, così rapidamente da aver luogo già al di sotto dei livelli di *consapevolezza cosciente*.

Come se non bastasse le *neuroscienze* hanno confermato che non solo le *cognizioni*, ma anche gli *affetti* possono essere *inconsci* ed essere addirittura

dissociati.

Quindi, se prendiamo per buono le scoperte in *neuroscienze*, l'*inconscio* racchiuderebbe *affetti* non solo non *rimossi*, ma anche *dissociati*.

Alan Schore afferma, dunque, che ciascuno di queste *funzioni emotive implicite* è a sua volta espressione del *cervello destro* di quello che possiamo definire un “*cervello emozionale*” a tutti gli effetti.

Vorrei concludere, questo mio modesto contributo, con le parole di Jung tratte da *Psicologia della traslazione* che si trova nel volume dedicato alla *Pratica della psicoterapia* quando, commentando il detto alchemico — *ars requirit totum hominem* (l'arte richiede tutto l'uomo) — egli scrive:

< Questa affermazione è pienamente valida anche per l'attività psicoterapeutica: in tale attività una partecipazione profonda, che vada oltre la routine professionale, è non soltanto desiderabile, ma necessaria; a meno che l'analista, per eludere il proprio problema personale che si insinua nel rapporto con crescente evidenza, non preferisca porre in forse tutta l'opera intrapresa. Per il terapeuta è in ogni caso necessario raggiungere il limite delle sue possibilità soggettive, perché altrimenti il paziente non potrà percepire i propri limiti.> (vol. 16, p.209)

BIBLIOGRAFIA

- Ginot E., *Neuropsicologia dell'inconscio*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017;
- Freud S., *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901), Bollati Boringhieri, Torino, 1971;
- Jung C.G., *La Schizofrenia*, (1958), tratto da *Psicogenesi delle malattie mentali*, vol. 3, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1971 e 1999;
- Jung C.G., *Psicologia della Traslazione*, (1946), tratto da *Pratica della psicoterapia*, vol. 16, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1993;
- Lachman G., *Jung il mistico. Dimensioni esoteriche della vita e degli insegnamenti di Carl G. Jung*, ed. Mediterranee, Roma, 2012;
- Mancia M., *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer Verlag, 2007;
- Vitale A., *Solve coagula. Itinerario e compimento dell'uomo nella metafora alchemica*, ed. Moretti & Vitali, Bergamo, 2001;



INSIGHT: PROSPETTIVE E IMPLICAZIONI CLINICHE

Angie Ignazzi
Psicologa clinica

RIASSUNTO

Ogni individuo è dotato di una conoscenza di sé, degli altri e del mondo: la consapevolezza che permea le nostre attività interne ed esterne è solo in apparenza un dato ovvio. Tale consapevolezza può apparire più rilevante quando ci si avvicina alla sofferenza mentale. A tal proposito, parlare di *insight* significa articolare una ricognizione che, a partire dalle sue radici storiche e terminologiche, considera diverse prospettive complementari. La visione psicoanalitica si è soffermata soprattutto sulla distinzione tra *insight* intellettuale ed emozionale; nell'ambito psichiatrico l'*insight*, dapprima considerato un costrutto psicopatologico unitario, ha assunto un carattere multidimensionale che contribuisce ad avvicinare il paziente al proprio vissuto di malattia. Da un punto di vista attento ai fattori interpersonali, è stato proposto che l'*insight* sia connesso agli standard culturali sulla malattia mentale. Lo stigma sociale, esternalizzato o internalizzato, potrebbe porsi come un ostacolo al riconoscimento della malattia mentale, inoltre il paziente è sempre impegnato nella creazione

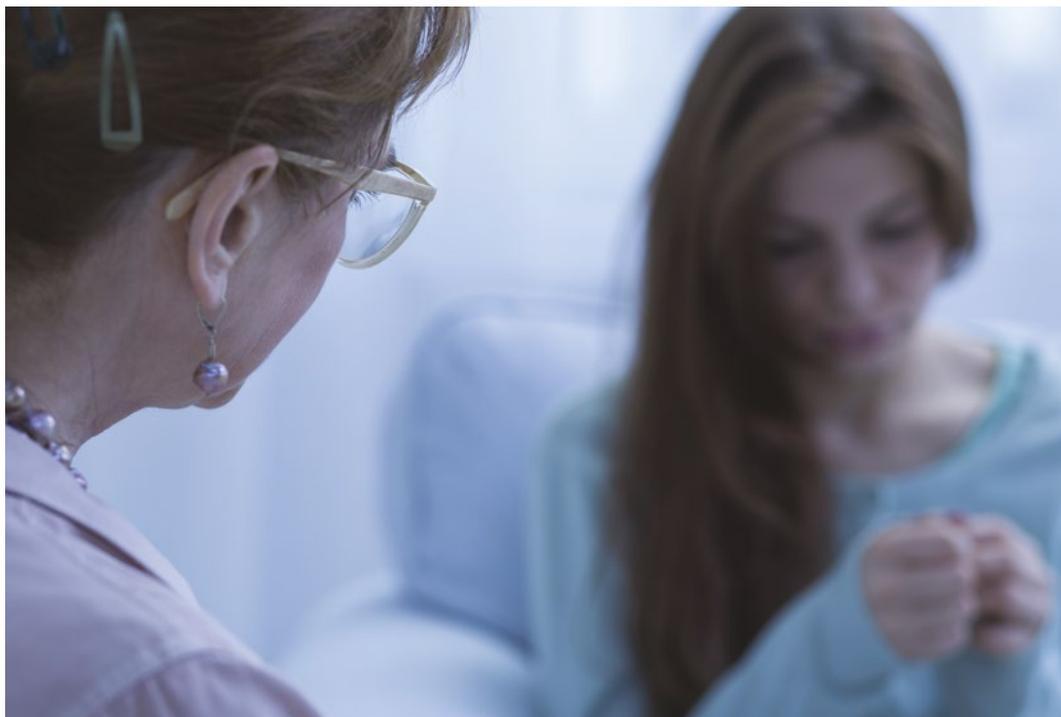
di una identità sociale successiva alla diagnosi (*post-diagnosis identity*), contigua all'*insight*. Una prospettiva peculiare considera coloro che, più di altri, sono esposti alla possibilità di uno scarso *insight*, i pazienti psicotici. Infine, approdo delle più recenti evidenze è il collegamento del ruolo dell'*insight* ad altri disturbi, tra i quali figurano le condizioni maniacali, il disturbo depressivo e i disturbi d'ansia. Ciò incoraggia nuovi studi in ottica "transnosografica" e, più in generale, promuovono un paradigma condiviso di *insight*, quale esperienza soggettiva che rispecchi tanto il bisogno di cura del paziente, quanto la qualità della cura da parte del clinico.

PAROLE CHIAVE

Insight, consapevolezza di malattia, variazioni culturali, psicosi, nosografia

LA PROSPETTIVA STORICA

Tra i concetti più sfuggenti che la salute mentale conosca, quello di *insight* riveste senza dubbio un ruolo peculiare. Nel linguaggio comune l'*insight* indica la capacità di discernere la vera natura



di una situazione. In riferimento al lessico psicologico, il termine è più facilmente impiegato che definito (Tranulis, Corin & Kirmayer, 2008). Infatti, in assenza di una definizione univoca, l'*Oxford Dictionary* (1989) fa risalire il termine inglese *insight* a *internal insight*, cioè **sguardo interiore**, guardare con gli occhi della mente, avere uno sguardo che va oltre la superficie. L'etimologia del termine significa entrare (*in-*) e vedere (*-sight*) cioè vedere in profondità, scorgere dentro. Lakoff e Johnson (1999) hanno notato che gli eventi di *insight* possono essere descritti con una mole di metafore; in particolare tre sono le radici metaforiche più ricorrenti: percepire/sentire, penetrare/entrare ed entrare in possesso. Nel linguaggio psicologico italiano il termine *insight* si avvicina a quello di "presa di coscienza" o "intuizione". Per molto tempo il termine è stato associato alla definizione gestaltica con il significato di "consapevolezza di una nuova soluzione" (Darley et al., 1997). In terapia del-

la **Gestalt** l'*insight* deriva dal raggiungimento di una chiara comprensione di una parte significativa del campo, pertanto il paziente emerge in qualità di massimo esperto di se stesso, come l'unico in grado di descrivere i propri processi interni, le conoscenze, le credenze, le sensazioni e le emozioni. Il concetto di *insight* nella terapia della Gestalt implica che non vi sia nulla di inconscio, ma che molto sia inconsapevole o non sperimentato. In questa visione, l'*insight* emerge come riconoscimento spontaneo e intuitivo di un comportamento o di una considerazione, che realmente appartengono alla persona. È un sentire che deriva da un'esperienza reale quindi si tratta di un processo in cui acquista centralità il *problem solving*, reso possibile da una costruzione analitica e consequenziale. L'approccio della Gestalt ha offerto un contributo all'evoluzione dell'*insight* ma, concependolo come un problema esistente nel mondo esterno, sembra aver preso poco in considerazione il ruolo della



persona, aspetto che invece ha caratterizzato la successiva comprensione sviluppata nella pratica clinica.

LA PROSPETTIVA PSICOANALITICA

Il concetto di *insight* è ampiamente presente in psicoanalisi, nelle psicoterapie che da essa derivano e, in generale, in psichiatria dinamica. Inizialmente il termine non è stato usato in senso tecnico e indicava la "consapevolezza dei propri sentimenti", talvolta il processo di "autoservazione" e il suo contenuto. In un'ottica classica, lo scopo della psicoterapia psicoanalitica consisteva nel permettere al paziente di raggiungere una comprensione intellettuale ed emotiva del materiale inconscio emerso nel corso delle sedute con il terapeuta. Il paziente raggiungeva l'*insight* solo creando un collegamento tra i suoi problemi attuali e i traumi infantili vissuti nell'infanzia. In tempi più recenti, Frank e Frank (1991) hanno definito la psicoterapia come metodo istituzionale di guarigione basato sull'auto-comprensione: l'*insight* accresce il senso di sicurezza, di padronanza e di autoefficacia dei clienti, fornendo parole ad esperienze inspiegabili. Del resto, l'*insight* è un vero e proprio obiettivo, tipico della psicoterapia psicodinamica, a volte definita appunto "orientata all'*insight*" (Frank, 1993). Freud, il padre della psicoanalisi, non ha mai parlato esplicitamente di *insight*, se non una sola volta in via informale, nella prefazione di un suo libro sui sogni.

Nelle sue prime esperienze con le pazienti isteriche, Freud ha potuto notare come l'*insight* sull'origine traumatica della loro sofferenza fosse terapeutico, così come anche la remissione dei sintomi specifici. Di fronte alla misteriosa origine dell'*insight* nell'alveo psicoanalitico, autori come Sandler, Holder & Dare (1973) hanno suggerito che il termine sia stato mutuato dalla psichiatria, pur con una differente accezione. L'analisi della letteratura mostra che il termine *insight* non è presente in uno scritto psicoanalitico fino al 1939, quando apparve l'articolo di

French intitolato "*Insight* e distorsione nei sogni". L'autore intendeva l'*insight* in psicoanalisi come un fenomeno analogo a quello considerato da Koehler, psicologo della Gestalt (1925), ossia il poter afferrare una situazione conflittuale. Così inteso, l'*insight* non costituiva un fattore terapeutico in sé, bensì una precondizione all'acquisizione della capacità di risolvere i problemi, indispensabile alla guarigione. La prima formulazione teorica della psicologia dell'Io in cui l'*insight* è centrale risale a James Strachey (1934), il quale ha introdotto l'espressione "interpretazione mutativa", per indicare la superiorità degli interventi che integrano affetto e pensiero (come le interpretazioni di *transfert*) rispetto a quelle che richiedono soltanto facoltà cognitive. Strachey (1934, p.150) ha altresì precisato che l'interpretazione informativa non sarà mutativa, al contrario: «ogni interpretazione mutativa deve essere emozionalmente immediata; il paziente deve sperimentarla come qualcosa di presente».

Questa riflessione ha dato impulso all'esigenza di definire le caratteristiche che distinguono l'*insight* "vero" o "emotivo" dall'*insight* puramente "intellettuale". La maggior parte dei terapeuti psicodinamici ha considerato cruciale per la tecnica analitica la distinzione tra ***insight* cognitivo** e ***insight* emozionale**, dal momento che la conoscenza intellettuale delle fonti di un disturbo è inefficace. Numerosi sono i contributi cui è possibile attingere, ad esempio Etchegoyen (1983) ha separato la consapevolezza intellettuale dei processi inconsci dal diventare consci di essi ("*becoming conscious*"). In altre parole, l'*insight* intellettuale privo di elaborazione (l'analisi del conflitto psichico) non era sufficiente per raggiungere l'obiettivo terapeutico, perché sarebbe rimasta la tendenza delle precedenti modalità di funzionamento psichico a ripetersi nelle forme consuete. Per Richfield (1954) l'*insight* intellettuale (o descrittivo) si riferisce alle capacità personali di identificare importanti tratti personali, conflitti, eventi vitali stressanti che po-

trebbero facilitare lo sviluppo di sintomi. Invece, l'*insight* emozionale (o ostensivo) riguarda la più profonda capacità di raggiungere una comprensione affettiva delle motivazioni e dei conflitti inconsci. Watchel (1997) ha suggerito come sia difficile distinguere i due tipi di *insight* ma, solitamente, l'*insight* deve essere al contempo intellettuale ed emotivo per portare all'azione (Reid & Finesinger, 1952; Singer, 1970), ossia per consolidare i nuovi *pattern* di pensiero. Va evidenziato come l'*insight* intellettuale sia stato esplicitamente considerato anche un tipo di resistenza al cambiamento (*intellectualization*), accanto ad un problema complementare, quello dovuto ad un contatto fortemente emozionale che potrebbe oscurare la comprensione di significato (*affectualization*). Ciò trova una linea di continuazione con il pensiero di Edrita Fried, la quale in un articolo del 1961, ha esortato a considerare che l'*insight* è strettamente legato alla capacità di tollerare sensazioni, emozioni e stimoli eccessivamente repressi e in seguito tollerati dall'apparato psichico.

Dagli anni '50, numerosi psicoanalisti, tra cui Kris (1956), hanno fatto coincidere l'*insight* con un ideale che va al di là del sollievo sintomatico, tanto che non è identificabile un momento preciso per conseguire l'*insight* e qualsiasi esperienza può accrescerlo, anche al di fuori del *setting* psicoterapeutico. Numerosi autori (Blacker, 1981; Hatcher, 1973; Horowitz, 1987; Poland, 1988; Rangell, 1981; Gabbard & Westen, 2003) hanno enfatizzato la **natura processuale e circolare dell'*insight***, processo che si espande anche dopo l'analisi per via di una revisione continua che conduce il paziente a scoperte legate alle ricostruzioni che egli fa della sua autobiografia (Horowitz, 1987). In contrapposizione al concetto di "*good hour*" cioè la buona seduta (Kris, 1956) in cui il materiale del paziente trova risignificazione, l'acquisizione dell'*insight* non è affatto un processo automatico (Myerson, 1960). Per Kris (1956) l'*insight* è un processo complesso che dipende dalle operazioni integrate e sequenziali

di più funzioni dell'io. Sandler (1976) ha parlato di "strutture di *insight*" cioè serie persistenti di relazioni interne, che possono essere utilizzate per modificare e controllare modi di funzionare acquisiti in passato e anche cambiamenti nelle relazioni oggettuali interne. In maniera simile, Myerson (1960) ha parlato di modalità di *insight* (*modes of insight*) chiarendo che una modalità descrive un certo tipo di *insight* e implica un certo processo attraverso cui viene raggiunto. Importante è soprattutto l'*insight* psicoanalitico, inteso come una versione internalizzata del processo analitico stesso che porta alla comprensione dinamica e genetica del conflitto inconscio. Sarebbero necessari quattro passaggi per conseguirlo: lo sforzo attivo di comprendere il conflitto, la sospensione dell'attenzione in favore della fantasia, l'auto-osservazione e la reintegrazione. Contributi più specifici sono giunti dalla **ricerca psicoanalitica**, ambito nel quale Luborsky (1988) ha lamentato la scarsità di ricerche empiriche sul ruolo dell'*insight*. A Speisman (1959) si deve il primo tentativo generico di misurare l'*insight*, da lui inteso come il grado in cui il paziente analizza se stesso. Una misura più precisa è stata sviluppata da Garduk e Haggard (1972), pur restando ancorata più alla comprensione intellettuale ("sì, posso comprenderlo") che all'*insight* ("non lo avrei mai pensato, ma adesso riconosco che è vero"). Rilevante è lo sviluppo del *Penn Psychotherapy Project* (1982), una scala costituita da sette categorie di comportamento finalizzate a valutare il grado di riconoscimento da parte del paziente di affetti, *pattern* comportamentali, difese e legame tra presente e passato.

Diversi studi hanno verificato l'ipotesi che i pazienti con maggiori capacità di *insight* ottengano risultati migliori nella psicoterapia, in particolare in quella psicodinamica. Gelso (1997) ha individuato livelli elevati di *insight* e di *transfert* come predittori di esiti migliori; Hoffart (2002) ha posto in correlazione l'*insight* nelle prime fasi della terapia con la riduzione dello stress



emotivo invece Kivlighan (2000) ha correlato l'*insight* alla riduzione dello stress legato ai sintomi. Grande nel 2003 ha analizzato i punteggi osservazionali sulla *Heidleberg Structural Change Scale* riscontrando maggiori capacità di gestire i problemi quotidiani dopo la terapia nei pazienti che avevano raggiunto *insight* significativi al termine del trattamento. Queste ed altre ricerche, purtroppo, risentono di alcuni problemi metodologici e si basano su misure che non colgono a fondo la complessità del costrutto; nonostante ciò, sembra che il livello di *insight* dei pazienti prima del trattamento non sia significativo per gli esiti della psicoterapia ma che, al contrario, il livello di *insight* acquisito durante il trattamento, indipendentemente dal livello di partenza, sia associato a risultati positivi. Quanto alle caratteristiche del paziente, tradizionalmente nella psicoterapia psicoanalitica è imprescindibile un minimo di capacità riflessive. La questione della "analizzabilità" è stata modernamente ritradotta nei concetti di "mentalità psicologica" cioè la

capacità di pensare in termini di analogie e metafore, ma anche di "apertura psichica" (*psychological mindfulness*; McCallum & Piper, 1997) ossia la tendenza a guardarsi dentro e a riconoscere significati psicologici che, generalmente, sono di tipo psicodinamico. I fattori che, più in generale, possono accrescere la probabilità che si verifichi l'*insight* in terapia sono stati ravvisati in fattori personologici-disposizionali, nella motivazione, nell'orientamento all'obiettivo, nell'assenza di grave psicopatologia o di funzionamento difensivo, nella convinzione dell'utilità dell'*insight*. Solitamente, si distinguono gli interventi del terapeuta più espressivi, mirati a portare il paziente ad un *insight*, da quelli meno interpretativi (come le osservazioni, le chiarificazioni, gli incoraggiamenti a elaborare e così via) per rafforzare la capacità del paziente di riflettere sulla propria esperienza, fino agli interventi più supportivi, tesi a consolidare l'Io del paziente. Una psicoterapia dinamica esplorativa è elettivamente destinata a pazienti con organizzazio-

ne nevrotica di personalità e buona tolleranza alla frustrazione, invece una psicoterapia dinamica supportiva è tendenzialmente da preferire per i pazienti con organizzazione borderline di personalità, ridotta capacità di auto-osservazione ed eccessiva concretezza. Eppure, molti cambiamenti sono avvenuti nella teoria psicoanalitica (Mitchell, 1993) tanto che, ad oggi, l'intervento è dotato di una flessibilità impensabile in passato poiché è destinato anche a coloro che affrontano una patologia più grave, ben al di fuori dell'area nevrotica. Un altro cambiamento forte riguarda la maggiore enfasi sulla relazione tra terapeuta e cliente (Safran & Muran, 2000; Strupp & Binder, 1984; Wachtel, 2008). In questo senso, grazie ai terapeuti del movimento relazionale (si pensi a nomi come Mitchell, Greenberg, Aron, Benjamin, Bromberg e Renik), sono state ridimensionate le responsabilità del terapeuta nel fornire l'*insight* attraverso l'interpretazione. L'*insight* è stato considerato un prodotto della collaborazione tra paziente e terapeuta che emerge in entrambi quando tra loro si è stabilita una relazione autentica e affidabile. Un ultimo contributo da segnalare proviene, specificamente, dallo sviluppo della terapia ad **orientamento cognitivo-comportamentale**. Se i primi studiosi avevano evitato il concetto, dal momento che implicava l'utilizzo dei processi inconsci (Cautela, 1993), in seguito l'*insight* è stato considerato un fenomeno di "conversione sociale" in cui il cliente apprende e adotta il punto di vista del terapeuta (Bandura, 1969). Non solo: i terapeuti cognitivo-comportamentali hanno riconosciuto che la comprensione di sé è direttamente legata al cambiamento terapeutico (Westerman, 1989). Nei lavori classici, l'*insight* è presente come cambiamento cognitivo, come ristrutturazione cognitiva, come rivalutazione razionale o scoperta dell'irrazionalità. Secondo Beck (1976) il processo di cambiamento cognitivo consiste nel divenire consapevoli dei propri pensieri, riconoscere quelli distorti e sostituirli con altri più appropriati. Goldfried e Davison (1976) hanno proposto di applicare

il "rietichettamento cognitivo" in cui il cliente diviene consapevole dell'inesattezza del suo pensiero, valuta le sue credenze in modo più razionale e adotta una valutazione più realistica. Negli ultimi decenni, gli autori di orientamento cognitivo-comportamentale hanno considerato l'*insight* come un cambiamento nelle strutture di conoscenza, cioè negli schemi su sé e sugli altri. Entro questa tradizione teorica, tutti i cambiamenti terapeutici possono essere concepiti in termini di apprendimento, cioè di formazione di nuove associazioni. Il mero cambiamento degli schemi è una condizione non sufficiente per l'*insight*: la modificazione dello schema può diventare *insight* quando il cambiamento viene esperito consciamente e verbalizzato.

LA PROSPETTIVA PSICHIATRICA

Il termine *insight* è entrato nel lessico psichiatrico per definire il grado di consapevolezza di malattia, anche se non vi è ancora una completa univocità sulla sua definizione. La maggior parte delle condizioni non psichiatriche non sono associate con la mancanza di *insight* (Ghaemi, 2007). In queste condizioni, il dolore è localizzato e il paziente è consapevole dello stato fisico patologico di una parte del suo corpo. Ben diversa è la situazione quando la consapevolezza riguarda un disturbo mentale. Negli ultimi dieci anni è fiorito un grande interesse per la correlazione tra **assenza di consapevolezza di malattia, sia totale che parziale** ("*poor insight*" o "*unawareness of illness*"), e la non *compliance* al trattamento. I primi autori che si sono occupati di *insight* (McGlashan et al. 1975, Lin et al. 1979, Bartkò 1988), lo hanno ricondotto ad un fenomeno unico, espressivo della capacità del paziente di riconoscere e verbalizzare di essere affetto da un disturbo mentale. In realtà, non è possibile parlare di *insight* se non si considerano a ritroso i diversi approcci che hanno contribuito alla visione odierna della **malattia mentale**. Nel diciannovesimo secolo, Hobbes e Locke avevano basato l'*insight* sulla presenza dei deliri: la compromissione della capacità d'*insight* costituiva



un parametro nella definizione dell'infermità mentale. La successiva nozione di "parziale infermità di mente" ha invece offerto l'opportunità di considerare l'*insight* come variabile, apportando il doppio significato di: alternanza tra un periodo di follia e uno di lucidità; incompletezza intesa come una forma di follia che tocca solo una zona della psiche. La diffusione della concezione di una follia che non coinvolge tutta la mente è stata accompagnata da espressioni come "mania senza delirio", "follia ragionante", "follia lucida", "delirio parziale". Tra gli altri, i contributi di Prichard, Esquirol e Pinel sono stati decisivi: ci si rese conto che molti pazienti, anche se consapevoli della loro condizione, erano incapaci di resistere ai loro impulsi patologici, quindi iniziarono ad essere poste le fondamenta di una prospettiva dell'alienazione mentale che appare "consapevole di sé" (Baillarger, 1854).

Il primo uso clinico del termine "carenza della capacità d'*insight*" (*Insightlessness*) è stato fatto risalire a Krafft-Ebing (1893) per indicare la incapacità del paziente di riconoscere la sua condizione delirante. Anche Morel (1870) osservò che alcuni pazienti deliranti potevano mantenere la ragione ma rimanevano inconsapevoli della loro malattia. Al contrario, altri pazienti potevano avere una scarsa abilità a ragionare ma essere consapevoli della propria malattia mentale. Negli anni successivi, Kraepelin usò il termine *insight* per spiegare l'impossibilità di alcuni pazienti schizofrenici a fornire spiegazioni valide sui loro comportamenti. Jaspers (1948) ha fornito interessanti riflessioni e ha concepito l'*insight* come abilità del paziente a giudicare quello che gli sta accadendo durante lo sviluppo della psicosi e le ragioni del perché stia accadendo. Egli ha distinto la consapevolezza di malattia, cioè l'esperienza di sentirsi malati (*Krankheitsbewubtsein*) dall'*insight* vero e proprio (*Krankheitseinsicht*), ritenendo possibile fare una stima del tipo e della gravità della malattia. L'atteggiamento del paziente verso la propria malattia è stato compreso da Jaspers nei seguenti punti: atteggiamento

comprensibile al momento dell'esordio improvviso di una psicosi acuta; inclinazione verso gli effetti di psicosi acute; atteggiamento attivo verso la malattia negli stati di cronicità; giudizio che il paziente ha della sua malattia; volontà di ammalarsi; atteggiamento verso la propria malattia. Tutti questi aspetti coinvolgono il processo di *insight*, suscettibile di rivelarsi un momento di arricchimento e non necessariamente un'esperienza negativa. Un ulteriore contributo di grande importanza è stato sviluppato da Lewis (1934) il quale ha definito l'*insight* come il corretto atteggiamento nei confronti dei cambiamenti patologici in se stesso e, inoltre, il rendersi conto che la malattia è mentale. La sua definizione ha avuto il merito di porre in rilievo la **modularità dell'*insight***, in contrapposizione alla diffusa convinzione che si trattasse di un fenomeno del tipo tutto-o-nulla. Dopo Lewis, il problema dell'*insight* ha subito un declino, fino a quando l'ingresso degli psicofarmaci ha reso necessaria una maggiore partecipazione del paziente alla terapia. David (1990) ha separato la mancanza di *insight* dal delirio, spezzando quella che era sempre stata considerata un'equazione. Già precedentemente, Kendler et al. (1983) avevano mostrato che esistono diverse dimensioni dei deliri cioè esistono distinte gradazioni di gravità fino al riconoscimento di deliri "totali", deliri "parziali" e idee prevalenti (Leff e Isaacs, 1990). La compromissione dell'*insight* potrebbe derivare dagli stessi meccanismi che falliscono quando prende vita un delirio; è stato proposto da Garety (1998) che *insight* e delirio potrebbero riflettere un fallimento nel processo di auto-consapevolezza. Amador e David (1998) hanno prestato grande interesse al tema dell'*insight* e hanno ritenuto che sia stato poco indagato a discapito dell'interesse per lo studio della psicosi stessa. Ciò è stato in parte dovuto all'opinione generale secondo la quale le persone nevrotiche soffrivano intensamente, mentre "i folli" erano così malati che non riuscivano a capire quanto malati essi erano. Gli autori hanno indicato come, nella psicosi, un ridotto *insight*

sia il riflesso di fenomeni diversi che includono: l'incapacità a riconoscere segni, sintomi o la malattia; l'errata attribuzione della fonte dei segni, sintomi, malattia; l'incapacità nel riconoscere l'implausibilità delle esperienze percettive e dei pensieri; l'incapacità di trarre appropriate rappresentazioni cognitive; le reazioni affettive e le risposte comportamentali inappropriate nonostante il riconoscimento di segni e sintomi patologici. Nel 2001 Markovà & Berrios hanno compreso l'*insight* entro il concetto più ampio di auto-consapevolezza e lo hanno definito come la conoscenza della condizione patologica unitamente alla comprensione del modo in cui la malattia condiziona la vita del paziente e le sue interazioni con il mondo circostante.

LA PROSPETTIVA CULTURALE

I concetti culturali della malattia mentale sono strettamente legati all'*insight*: la ricerca internazionale ha indicato che la sintomatologia, la richiesta di aiuto e il decorso della schizofrenia e di altri disturbi psichiatrici, sono fortemente influenzati dalle interpretazioni culturali (Sartorius et al., 1987). Le valutazioni dell'*insight* dipendono dall'interazione tra clinico e paziente perciò i professionisti devono prestare particolare attenzione nei riguardi di pazienti che hanno un'estrazione culturale diversa evitando *bias* nella valutazione. Ne è esempio il dato riportato da Kirov e Murray (1999) secondo cui i pazienti afro-caraibici con disturbo bipolare erano valutati da clinici europei come aventi più sintomi psicotici incongruenti rispetto ai pazienti britannici con la stessa diagnosi. Nel rispetto dei diversi modi nei quali è possibile esprimere la sofferenza mentale, un suggerimento di McNally & Goldberg (1997) rivolto ai clinici è stato ravvisato nel cercare di evitare termini quali "malattia" e "sintomi" nei confronti dei pazienti per far emergere una consapevolezza implicita. La non considerazione delle determinanti sociali può contribuire a produrre una falsa dicotomia in cui gli individui che non sono concordi con l'opinione medica, per qualsiasi ragione, sono

considerati carenti di *insight*. Del resto, i pazienti potrebbero apparire in linea con le spiegazioni mediche ma mantenere, privatamente, una diversa idea sull'origine e sul significato dei propri sintomi. Gli autori che si sono cimentati con quest'argomento, hanno appurato che le definizioni tecniche dell'*insight* sono "Eurocentriche" ossia modellate dalla cultura occidentale. In effetti, Tharyan & Saravanan (2000) hanno riscontrato che le valutazioni *cross-culturali* dell'*insight* variano tra loro nei vari studi. Tra le similitudini evidenziate, l'*item* che risulta più consistente è la capacità di riconoscere i sintomi psicotici come patologici. Ciò è evidente quando una persona si riferisce all'esperienza del "sentire voci" distinguendola da comunicazioni naturali o sovranaturali (David, 1990). Pochi individui hanno una spiegazione onnicomprensiva della malattia mentale che usano in maniera costante in tutti i contesti (Corin et al., 2004), al contrario, Kleinman (1980) ha introdotto il concetto di "*explanatory models*" (EMs), modelli esplicativi del paziente costituiti da informazioni, credenze, aspettative circa le cause, la sintomatologia, il decorso e il trattamento della malattia che si basano su esperienze personali e su conoscenze culturali.

Perkins & Moodley (1993) hanno affermato che i pazienti potrebbero avere spiegazioni personali, religiose, fisiche ed interpersonali dei loro disturbi. Ad esempio Wahass & Kent (1997) hanno mostrato che i pazienti provenienti da un contesto islamico erano più inclini a mettere in atto comportamenti religiosi per affrontare le loro "voci", invece i pazienti britannici si dedicavano a modalità fisiologiche come lo sport o l'assunzione di farmaci. Queste diverse strategie segnalano l'influenza delle diverse spiegazioni sulla natura di un disturbo. Carter (2002) ha notato che gli afro-americani invocavano spiegazioni religiose o soprannaturali per la malattia psicotica. Le persone possono ricorrere a spiegazioni influenzate dalla cultura di riferimento per giustificare i loro disturbi, tutte



potenzialmente valide (Kleinman, 1980). Si deve tenere presente che molti soggetti potrebbero rifiutare le spiegazioni mediche non tanto per una compromissione nell'*insight* ma perché assegnano un posto prioritario al mantenimento delle relazioni e alla propria posizione sociale. In altri termini, i pazienti possono consciamente o inconsciamente evitare di ammettere che soffrono di sintomi patologici poiché non intendono sopportare lo **stigma della malattia mentale**. Lo stigma, inteso da Goffman (1963) come attributo squalificante, può essere "peggio della malattia" e la sua causa maggiore è stata individuata nella percepita relazione tra malattia psichiatrica e violenza (Link et al., 1987). Le ricerche che si sono occupate di stigma hanno confermato che uno sforzo per preservare un concetto di sé positivo e l'identità sociale è un possibile motivo per cui la malattia mentale viene negata. Vido-
vic, Brecic, Vilibic et al. (2016) hanno trovato in numerosi studi una relazione diretta tra *insight* e stigma, aspetto che differisce tra le culture (Fabrega, 1991; Kirmayer, 1989; Lin & Kleinman, 1988; Townsend, 1978). Sicuramente, in certe culture è più forte la tendenza a stigmatizzare la malattia mentale, in quanto viene avvicinata a comportamenti devianti, inoltre sulla malattia mentale gravano pregiudizi, paure e ostilità (Bhugra, 1989). Considerando alcune interviste internazionali (Papadopoulos, Leavey & Vincent, 2002; Walker & Read, 2002), la popolazione generale teme le persone che hanno ricevuto diagnosi di disturbo mentale e desidera restare lontana da loro. L'atteggiamento più benevolo tende a caratterizzare queste persone come infantili o bisognose di aiuto (Corrigan & Watson, 2002). Studi sociologici (Link et al., 1987) hanno ribadito che l'*insight* può avere tra i suoi "costi" un più basso *status* sociale per l'individuo affetto: generalmente non si tiene sufficientemente in conto che al paziente spetta non solo la necessità di affrontare i sintomi, ma anche di integrare una definizione di sé entro un contesto sociale in cui la malattia mentale è stigmatizzata (Lauber et al., 2000). Un articolo

di Williams (2008) intitolato "*Insight, stigma and post-diagnosis identities in Schizophrenia*" ha proposto di riconcettualizzare l'*insight* come una componente dell'identità che, dopo la diagnosi, trova una definizione nel paziente, insieme alle altre identità sociali. Secondo questo approccio, è necessario non tanto che il paziente sia concorde con l'utilità del trattamento medico (Linden & Godemann, 2007) quanto che egli stesso si possa riconoscere come una persona con un disturbo mentale, intenzionata a introdurre una trama sconosciuta nella propria storia personale. Si tratta di un processo privato e pubblico al contempo. Dinanzi alla diagnosi, il paziente potrebbe trovarsi ad accettarsi come "caso cronico" o a rifiutare la diagnosi stessa conservando qualche parvenza di controllo (Barham & Hayward, 1998); una terza scelta, quella più estrema, riguarda addirittura il tentativo di suicidio (Tarrier, Khan, Cater & Picken, 2007).

In un panorama simile, il contesto sociale può fare la differenza: le modalità con le quali la malattia mentale è considerata dai professionisti, dagli altri pazienti, dalla famiglia e dagli amici possono essere le più disparate. Williams ha ritenuto che la letteratura non abbia riservato abbastanza spazio all'analisi del cambiamento identitario che segue la diagnosi di disturbo mentale perciò ha proposto che vi siano almeno quattro possibili identità successive alla diagnosi di schizofrenia. L'identità sopraffatta (*engulfed*) si accompagna a ripetuti ricoveri, ad un peggioramento delle abilità di funzionamento, all'aumento di esigenze di supporti esterni, a demoralizzazione. È l'identità di "paziente a tempo pieno" (*full-time patient*) il quale ritiene che non potrà più partecipare alla società (Williams & Collins, 2002). L'identità resistente (*resistant*) può essere attribuita alla tipologia di paziente che rifiuta il trattamento per preservare la fragile autostima (O'Mahony, 1982) ed esclude se stesso dalla comunità delle persone con diagnosi di disturbo mentale. Non appare troppo strano che alcune ricerche abbiano individuato bassi

livelli di *insight* in pazienti altamente consapevoli delle conseguenze sociali della diagnosi (Moore, Cassidy, Carr & O'Callaghan, 1999). Questa strategia rischia di prolungare il disturbo (Williams & Healy, 2001) e tende all'assunzione di altre identità che possano non essere associate allo stigma. L'identità distaccata (*detached*) rappresenta la scelta di dare priorità alle identità sociali non associate con le diagnosi di disturbo mentale. Rispetto all'identità resistente, il paziente non è dominato da uno stigma internalizzato quindi partecipa ad attività con altri pazienti psichiatrici senza sperimentare un senso di costrizione. Il paziente è descritto con scarso *insight* ma ancora desideroso di partecipare ai trattamenti (Mulvany, 2000; Sayre, 2000). Questo approccio è stato interpretato come un modo di "filtrare" (*filtering*) le esperienze associate al disturbo mentale (Ritsher & Lucksted, 2000). Gli individui che possono essere inclusi in questa categoria hanno trovato un modo per impegnarsi in comportamenti che promuovono la salute senza riorganizzare la loro identità sociale. Infine l'identità potenziata (*empowered*) è meno familiare rispetto alle altre ed è associata a bassi livelli di stigma internalizzato e forte identificazione con la comunità delle persone mentalmente malate. Questo tipo di identità accetta il trattamento, conosce il proprio disturbo e coltiva relazioni con altri pazienti. Non solo: si coinvolge in iniziative sociali per promuovere un cambiamento pubblico nelle opinioni circa la malattia mentale (Wahl, 1999). Il rischio è che la persona avverta una pressione sociale ad agire come rappresentante della comunità (Goffman, 1963). L'esito identitario sarebbe mediato, tra i tanti aspetti, dal periodo di malattia e dalle fluttuazioni nelle funzioni cognitive, nelle abilità sociali, nell'espressione di paranoia, di depressione e di altri sintomi che un eventuale ricovero potrebbero aver portato. Nel complesso, per la prospettiva socioculturale, l'*insight* è "*inside knowledge*" ossia una costruzione sensibile al contesto del proprio comportamento e della propria situazione. L'*insight*, concepito come co-

strutto culturalmente determinato, è almeno in parte una risposta al significato culturale della malattia, ad esempio Dumont (1986) ha precisato che l'**individualismo occidentale**, pur affermando il rispetto delle differenze, lascia poco spazio alle reali differenze nei valori e nel percorso di vita degli individui e questo può avere delle implicazioni sul riconoscimento della malattia e sul processo di guarigione. Nel contesto occidentale, comunicare la diagnosi e guidare il paziente ad accettarla può essere spesso una sorta di impresa pedagogica (Amador e David, 2009). A riprova di ciò, sono note da tempo differenze culturali e geografiche rilevanti nella prevalenza, nella sintomatologia e nel decorso della schizofrenia (Cooper & Sartorius, 1977; Kleinman, 1988; Leff, 1988; Murphy, 1982; Sartorius et al., 1986). La prognosi appare migliore per gli individui che vivono in paesi in via di sviluppo piuttosto che in contesti urbani industrializzati (WHO, 1979). Secondo Lin e Kleinman (1988) la rapidità dei cambiamenti sociali, gli spostamenti frequenti e il senso di alienazione sono alcuni tratti delle società moderne occidentali che possono interferire nel trattamento di molti pazienti schizofrenici. Un caso particolare riportato da Amador e David (2009) riguarda l'atteggiamento della psichiatria giapponese. Kajitani (1963) ha spiegato che l'ammissione della psicosi può evocare un senso di *haji*, fastidio e vergogna, che doveva essere evitato secondo il codice etico giapponese. Shimazaki e Abe (1963) hanno sostenuto che, benché gli schizofrenici siano incapaci di *insight*, essi sono capaci di *Stellungnahme*, ossia di assumere una posizione mentale verso la malattia. Il contributo di Yasunga (1988) ha insistito sulla possibilità del professionista di sincronizzare la sua mente con quella del paziente usando la "consapevolezza del comportamento" per incorporare l'intera situazione terapeutica; l'autore ha espresso la sua idea rifacendosi ad un antico detto giapponese secondo cui un artista dovrebbe essere consapevole dell'intero palcoscenico, senza trascurare la parte che è alle sue spalle. Per



meglio comprendere l'*insight* nella cultura giapponese, Kim e David (2002) hanno condotto uno studio comparativo sui punti di vista britannico e giapponese. Gli autori hanno concluso che gli psichiatri giapponesi interpretavano il concetto di *insight* in maniera così generica da includere la consapevolezza del disagio sia soggettivo che sociale, di conseguenza riconoscevano una ottimistica possibilità di promuovere l'*insight*; al contrario, gli psichiatri britannici limitavano l'*insight* alla consapevolezza di essere affetti da un disturbo mentale e del bisogno di trattamento. Negli ultimi anni ha riscontrato un certo successo il concetto di costruzione narrativa: dal momento che le forme narrative variano insieme alle culture (Ewing, 1990; Howard, 1991), l'*insight* può essere anche considerato un costrutto culturale dell'esperienza del paziente. A tal proposito, si è parlato di **insight narrativo** inteso come costruzione di una narrativa di sé; eventi come ricoveri, lutti, cambiamenti nelle funzioni interpersonali e nello *status* sociale non possono essere ignorati in relazione all'*insight*. Studi longitudinali e osservazioni cliniche orientate ad una comprensione culturale hanno sottolineato che il significato sociale e personale dei sintomi può essere compreso solo prestando attenzione alla storia e alle pratiche della persona e del suo *entourage*.

UNA PROSPETTIVA DA SVELARE: IL CONNUBIO TRA INSIGHT E PSICOSI

La maggior parte degli specialisti della salute mentale ha attribuito all'*insight* una grande importanza, riconoscendo l'esistenza di un legame forte tra la capacità di *insight* e una migliore qualità della vita (McGorry, McConville, 1999). Molti sforzi sono stati fatti per spiegare i meccanismi all'origine dell'assenza di *insight* (*lack of insight*) o della sua compromissione (*poor insight*), anche se, come May, Angel & Ellenberg (1956) hanno suggerito, è probabile che ciò che i clinici vedono sia il riflesso delle teorie che essi hanno del mondo. Con ciò si intende sottolineare che non esistono modelli patogenetici definitivi per la

mancanza di *insight*. Secondo Cooke et al. (2005) ed altri autori, tre sono gli approcci che hanno ricevuto maggiore attenzione: l'approccio clinico; l'approccio neuropsicologico; l'approccio psicologico. Per l'**ipotesi clinica**, l'*insight* deficitario sarebbe da concettualizzare come sintomo primario, in senso *jaspersiano*, che trova origine dal processo psicopatologico stesso. Nel DSM-IV-TR (APA, 2000, p.304) si leggeva infatti che: «la maggior parte degli individui con schizofrenia ha scarso *insight* riguardo il fatto che essi hanno un disturbo psicotico. Le evidenze suggeriscono che uno scarso *insight* è una manifestazione della malattia stessa più che una strategia di *coping*».

Questa ipotesi necessita ad oggi di evidenze più forti ed è stata parzialmente disconfermata, perciò si preferisce considerare nel dettaglio l'**ipotesi neuropsicologica** e l'ipotesi psicologica. Le ricerche in campo neuropsicologico hanno mostrato un parallelo tra il fenomeno della non consapevolezza descritto nei disturbi neurologici e quello che è osservabile nella schizofrenia. In entrambi i disturbi la non consapevolezza è grave, persistente e talvolta associata a confabulazioni, per esempio non è raro che un paziente schizofrenico dichiararsi di essere stato ricoverato per una visita di controllo o per via di un litigio con la madre. Nei pazienti neurologici è stata inoltre descritta la non consapevolezza affettiva, condizione che Babinski ha chiamato "anosodiaforia". Anton (1899) e Pyck (1898) hanno descritto casi di pazienti incapaci di ammettere l'emiparesi, la perdita della vista o l'afasia. Nel 1914 Babinski ha introdotto il concetto di "**anosognosia**" proprio per indicare la mancanza di consapevolezza di un *deficit* sensomotorio, ad esempio il *neglect* e l'anosognosia possono presentarsi contemporaneamente, specie in pazienti con lesioni dell'emisfero destro (Caltagirone et al., 1977; Rode et al., 1992; 1998; Buxbaum et al., 2004). I soggetti con anosognosia sembrano non avere a disposizione le informazioni necessarie su se

stessi, mostrano perplessità quando ricevono informazioni sui loro *deficit* e perfino indifferenza quando gli viene chiesto di affrontarli. Da tempo è stata evidenziata nei pazienti psicotici una difficoltà nel rilevare errori, *deficit* mnestici, deterioramento cognitivo generale e un basso QI. Ad esempio, Aleman et al. (2006), compiendo una metanalisi su 33 ricerche, hanno ipotizzato che la scarsa consapevolezza di malattia nella psicosi sia determinata da un'insufficiente flessibilità cognitiva, che normalmente consente di valutare i propri pensieri, comportamenti e percezioni. In soggetti affetti da schizofrenia conclamata si riscontrava una compromissione cognitiva globale, invece nei pazienti affetti da disturbi psicotici meno gravi, le funzioni esecutive e attentive erano le sole ad essere compromesse. Viceversa, gli autori hanno rilevato solo una debole, seppur statisticamente significativa, correlazione tra *insight* e funzionamento cognitivo generale, così come tra *insight* e QI; un minimo livello di QI sarebbe necessario affinché il soggetto possa esprimere dei giudizi di auto-riflessione sulle esperienze anomale (allucinazioni e deliri). Nei soggetti schizofrenici con *insight* deficitario, il riscontro neuroanatomico più frequente riguarda la compromissione della corteccia dorsolaterale prefrontale (DLPFC) e della corteccia orbitofrontale (OFC) (Cooke et al., 2005). Secondo Shad et al. (2006) è possibile che le anomalie della DLPFC possano comportare interferenze nell'auto-monitoraggio, mentre le anomalie localizzate nella OFC potrebbero essere alla base di un'attribuzione distorta dei sintomi. In effetti, spesso i soggetti affetti da schizofrenia mostrano deficit nella memoria a breve termine perciò differenti aree del lobo frontale sembrano correlate con aspetti diversi e specifici dell'inconsapevolezza. Anche Frith e Done (1989) hanno suggerito che i sintomi positivi della schizofrenia sarebbero dovuti ad un danneggiamento della funzione di monitoraggio delle azioni, risultante da un'alterazione delle vie nervose che connettono i lobi prefrontali allo striato. Samsonovich e Nadel (2005)

hanno individuano la funzione della consapevolezza in almeno due strutture cerebrali: la corteccia prefrontale e l'ippocampo, collegate tra loro mediante la corteccia entorinale, parte del lobo temporale mediale. Altre strutture coinvolte includono l'insula, la corteccia parietale e il cingolo anteriore. Inoltre, le rappresentazioni mentali multimodali, come per esempio serie di significati, sentimenti, sensazioni, pensieri, programmi e motivazioni, sarebbero localizzabili nella neocorteccia: molte di queste aree cerebrali sono state descritte come danneggiate in soggetti con consapevolezza deficitaria. Nelle teorie più recenti è stato ipotizzato che le alterazioni della consapevolezza siano il risultato di una disgregazione dello schema corporeo (*body scheme* o *body image*) localizzato nel lobo parietale destro. Si suppone che il *body scheme* sia un sistema rappresentativo che include aspetti sia intenzionali che sensoriali di consapevolezza del corpo. Se è vero che una base biologica sembra essere legata all'*insight*, non è possibile isolare questo processo dell'individuo da fattori personologici, ambientali, relazionali, culturali.

L'approccio psicologico all'*insight* ha interpretato la sua assenza o riduzione come un meccanismo di difesa o come la estrinsecazione di una forma pervasiva di errore ottimistico nella consapevolezza di sé (*self-deception*, Kiersky 1992). Il paziente vi farebbe ricorso per poter contenere l'angoscia generata dalla percezione del cambiamento nel rapporto con la realtà, quello che in psicopatologia è stato descritto come *Wahnstimmung* (stato d'animo o atmosfera delirante). Nel 1920 Mayer-Gross ha classificato quattro tipi di strategie difensive, ossia: la negazione di possibili eventi positivi futuri; la negazione dell'esperienza psicotica (segni e sintomi della malattia); la creazione di una nuova vita dopo la malattia; l'inserimento dell'esperienza psicotica nell'insieme delle esperienze di vita. Il diniego della malattia potrebbe riflettere il desiderio di preservare l'autonomia



personale e la dignità che l'ammissione della malattia mentale comprometterebbe. Le evidenze in tal senso includono il ritrovamento che la possibilità di accettare l'idea di sé come malato di mente è legata a modelli di *deficit* psicosociali più recalcitranti (Thompson, 1988) e ad un aumento dei livelli di disforia e di disperazione (Schwartz, 2001). Anche lo scarso *insight* che può essere associato ad umore espanso e a grandiosità è stato interpretato come un meccanismo di difesa. Tale visione sembra essere supportata da uno studio di Van Putten (1976) relativo al rapporto tra *insight* e *compliance* nei confronti del trattamento: venne riscontrata una correlazione inversa tra *insight* e grandiosità perciò fu ipotizzato che coloro che rifiutavano la terapia mostravano una "preferenza" per la condizione di grandiosità psicotica rispetto alla normalizzazione di uno stato determinato dalla terapia. Inoltre, il *deficit* di consapevolezza osservato nella schizofrenia potrebbe essere il risultato dell'uso eccessivo di modalità cognitive normalmente adattive. Una interessante ricerca di Sackeim e Wegner (1986) ha confrontato soggetti depressi, controlli sani e un gruppo di schizofrenici. È risultato che i soggetti schizofrenici ed i controlli sani, ma non i depressi, utilizzavano "*self-serving biases*" (cioè una sorta di autogiustificazione aprioristica) nella valutazione dei loro comportamenti e delle relative conseguenze. Ciò indicherebbe che la mancanza di consapevolezza riscontrata nei pazienti schizofrenici possa risultare da un ricorso eccessivo al sistema di adattamento cognitivo. Sackeim (1983) ha proposto che la negazione sia essenziale per la regolazione degli stati eutimici dell'umore. McGlashan e Carpenter (1976) hanno rilevato che, secondo la maggior parte degli autori, i pazienti con *insight* che riconoscevano ed accettavano la loro esperienza psicotica, svilupparono la depressione più frequentemente rispetto a coloro che, per mancanza di *insight*, negavano la malattia. Gli autori hanno identificato la depressione *post-psicotica* (PPD) come un momento di guarigione dalla psicosi

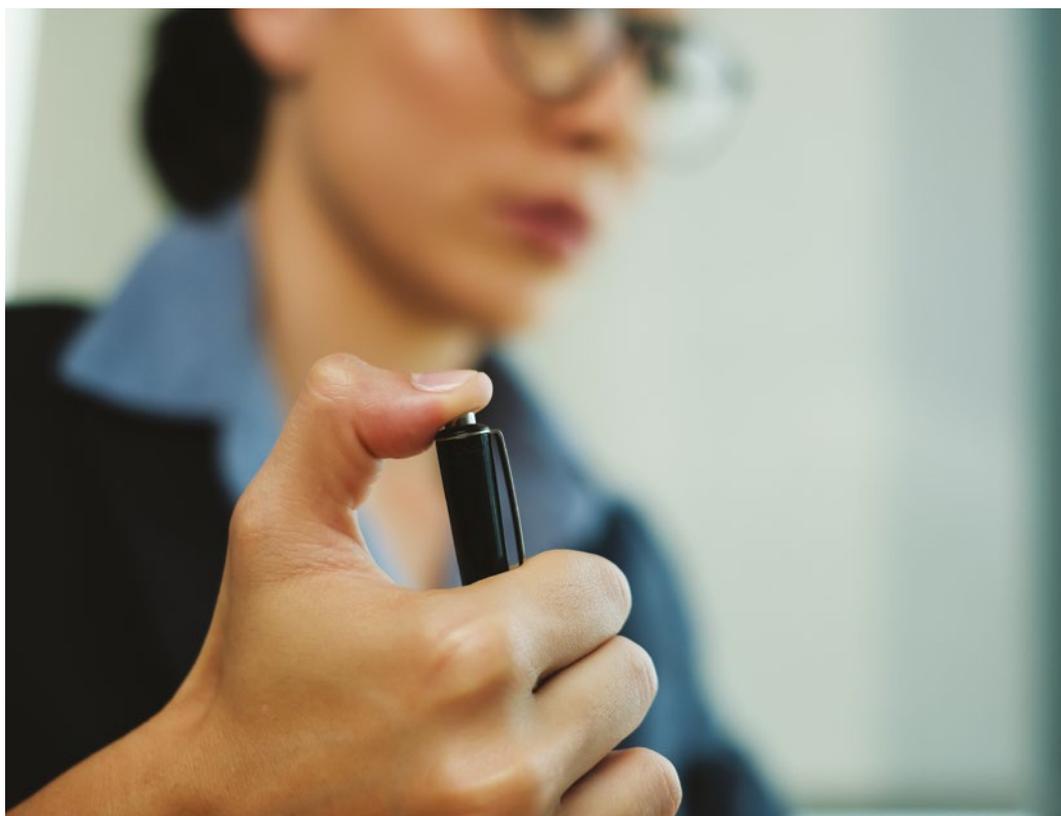
che, o segue un più primitivo stato difensivo di negazione, oppure precede il ripristino della negazione psicotica. La relazione tra *insight* e depressione costituisce un vero e proprio paradosso (***insight paradox***) e sembra indicare che la carenza d'*insight* possa essere, almeno in parte, una conseguenza di meccanismi psicologici di difesa, ma anche di meccanismi cognitivi di *coping*. Smith et al. (1998, 2000) hanno condotto due studi in cui hanno esaminato la relazione tra l'*insight* e la depressione. Nella prima ricerca alti livelli di depressione erano associati con un aumento della consapevolezza e dell'attribuzione dei sintomi; nella seconda ricerca alti livelli di depressione erano associati con buona consapevolezza di malattia ma non con la consapevolezza di attribuzione dei sintomi. Numerosi dati sostengono la relazione tra aumentato *insight* e sviluppo di depressione *post-psicotica* e tra *insight* e rischio di suicidio (Amador et al. 1996). Tra il 20 e il 42% dei pazienti schizofrenici tenta il suicidio e il 10-15% di essi riesce nell'intento (Landmark, Cernovsky, Mersky, 1987); il rischio di comportamento suicidario aumenta quando l'*insight* è conservato soprattutto nei confronti dei sintomi negativi e dei deliri. Secondo Staring et al. (2009) l'associazione buon *insight*-depressione sembra essere moderata dalla presenza dello stigma ed è più forte in caso di lunga durata del disturbo o nella fase *post-acuta* (Belvederi, Respino, Innamorati, 2015). Questo aspetto potrebbe senz'altro costituire un problema per il trattamento (Lysaker et al., 2009) perciò è importante che gli effetti dell'*insight* vengano minuziosamente considerati in base alla specificità del soggetto, prestando molta cautela all'eventualità che un buon *insight* possa portare con sé demoralizzazione e perdita di senso di speranza per il futuro (*hopelessness*).

UNA PROSPETTIVA TRANSNOSOGRAFICA: L'INSIGHT NEI DISTURBI NON PSICOTICI

La compromissione dell'*insight* è stata ampiamente riscontrata nella schizofrenia e in altri

disturbi psicotici, al contrario, il tema dell'*insight* nei disturbi dell'umori è stato trascurato. Passando in rassegna gli studi disponibili, Bayesian ha individuato che la frequenza della non *compliance* al trattamento nel **disturbo bipolare** sembra aggirarsi intorno al 40%, con una maggiore non aderenza rispetto ai farmaci piuttosto che alla psicoterapia (Basco e Rush, 1995). Il risultato è stato confermato attraverso l'impiego della *Birchwood Insight Scale* (IS), somministrata sia a pazienti schizofrenici che con disturbo bipolare (2008). Un recente articolo di Parker e Peterson (2017) ha dettagliatamente illustrato l'occorrenza di fenomeni di alterazione sensoriale nel disturbo bipolare: allucinazioni visive e uditive possono affiancarsi ai cambiamenti nella percezione del pericolo e dell'empatia. Una caratteristica centrale dell'episodio maniacale

nel disturbo bipolare è la tendenza di questi pazienti a lasciarsi coinvolgere in comportamenti pericolosi. Un articolo del 2008 ha concluso che i pazienti maniacali mostrano *deficit* nei processi decisionali e questi sarebbero legati alla carenza di *insight*. Più nel dettaglio, gli studi indicano che l'*insight* è compromesso sia nella mania non psicotica, così come in quella psicotica per cui la psicosi non rappresenta l'unico fattore da cui dipenderebbe la compromissione dell'*insight* nella mania. Rispetto agli stati psicotici della schizofrenia, gli stati maniacali non sono associati con compromissione cognitiva; nella mania, infatti, le connessioni logiche tra i pensieri sono tendenzialmente mantenute e i pensieri sono più veloci che inusuali (fuga delle idee). Ghaemi, Stoll e Pope (1995) hanno sottolineato che i pazienti bipolari non psicotici





presentano un ridotto livello di *insight* durante le fasi acute del disturbo inoltre Pallanti et al. (1999) hanno evidenziato che i pazienti affetti da disturbo bipolare II (caratterizzato dall'alternanza di episodi ipomaniacali e depressivi) mantengono livelli di *insight* più bassi anche nelle fasi di stabilizzazione clinica rispetto ai pazienti affetti da disturbo bipolare I (caratterizzato dall'alternanza di episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi). Da diversi studi longitudinali (Michalakeas et al. 1994, Amador et al. 1994, Peralta e Cuesta 1998, Ghaemi et al. 1997) è emerso che l'*insight* non è completamente compromesso nell'**episodio depressivo** acuto non psicotico e può aumentare quando la depressione peggiora. Al contrario, l'*insight* è moderatamente compromesso nella depressione psicotica. L'*insight* tende a migliorare quando la remissione da un episodio di depressione psicotica avviene in tempi brevi. In uno studio di Michalakeas et al. (1994) i pazienti depressi hanno mostrato livelli maggiori di *insight* rispetto sia ai pazienti schizofrenici che a quelli bipolari in fase maniacale. Enns et al. (2000) hanno altresì trovato che un'alta tendenza alla nevrosi e una bassa estroversione risultavano predittivi di miglioramento d'*insight* nella depressione. In generale, le persone depresse appaiono più consapevoli, rispetto alle persone non depresse, del loro stato d'animo interiore e delle circostanze di vita.

Secondo il modello del "realismo depressivo", questo aumento di consapevolezza porterebbe ai sintomi depressivi (Alloy e Abramson, 1988) cioè, in sostanza, i pazienti depressi sarebbero poi schiacciati dalla consapevolezza della propria condizione esistenziale. Un articolo di Castrogiovanni S., Iapichino e Castrogiovanni P. (2004) ha sottolineato quanto ben pochi lavori abbiano esplorato l'*insight* nei **disturbi d'ansia**, forse anche perché tradizionalmente, la ridotta consapevolezza nelle patologie nevrotiche è stata interpretata come meccanismo difensivo. L'alterazione dell'*insight* in questi disturbi

potrebbe essere dovuta allo sviluppo di sintomi psicotici, all'insorgenza di quadri dissociativi, all'impossibilità di un confronto con gli altri che cronicizzerebbe il disturbo e ridurrebbe la consapevolezza. Rispetto ai disturbi psicotici e ai disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia presentano un decremento meno lampante dei livelli di consapevolezza (Ghaemi, Boiman, Goodwin, 2000). Sembra fare eccezione il **disturbo ossessivo-compulsivo** (DOC). Già Lewis nel 1935 e Schneider nel 1987 avevano evidenziato che in alcuni pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo la capacità di critica nei confronti dei sintomi poteva decrescere fino a scomparire. Si è parlato in passato di "psicosi ossessiva" (1976) poi di "DOC con idee prevalenti" (1979), di "DOC con aspetti psicotici" (1993) e più recentemente di "DOC con scarso *insight*" (APA, 1994). Foa e Kozak (1995) hanno affermato che le capacità di critica dei pazienti ossessivi è distribuita lungo un *continuum* che va dalla piena consapevolezza dell'assurdità di ossessioni e compulsioni fino alla completa perdita dell'*insight*. L'*insight* può variare notevolmente in uno stesso paziente nel corso dell'evoluzione della sindrome o può essere compromesso in presenza di una marcata condizione depressiva o ansiosa. Alcuni pazienti, pur riconoscendo che uno o più aspetti del proprio comportamento sono assurdi, possono non essere d'accordo sul fatto che siano tutti ugualmente irragionevoli. In uno studio di Catapano et al. (1996) su cinquanta pazienti ossessivi-compulsivi, nel 50% del campione la resistenza alla sintomatologia ossessivo-compulsiva è risultata notevolmente compromessa o assente. Gli autori hanno rilevato che i pazienti con scarso *insight* presentavano, rispetto al gruppo di controllo, un'anamnesi familiare positiva per i disturbi dello spettro schizofrenico e un'anamnesi personale positiva per disturbi psichiatrici dell'infanzia. Nell'attuale DSM-5 (APA, 2013) la dimensione dell'*insight* non è più dicotomizzata ma è stata così distribuita: *insight* buono, *insight* povero, fino all'assenza di *insight* e alla presenza di



veri e propri deliri legati al disturbo ossessivo. Le stesse specifiche, destinate a migliorare la diagnosi differenziale, vengono incluse anche per l'accumulo compulsivo, per il disturbo da dismorfismo corporeo e per l'accumulo compulsivo, ad indicare l'importanza della componente di *insight* anche per queste patologie.

Un confronto tra l'*insight* nel **disturbo dismorfico corporeo** (BDD) e nel disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) (2012) si è rivelato interessante; BDD e OCD condividono sintomi simili e forse una sottostante neurobiologia (Phillips et al., 2010), in più la comorbilità tra BDD e OCD è elevata (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2005). Nei confronti dell'*insight*, attraverso l'impiego della *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS), è emerso che la maggior parte dei soggetti con OCD ha mostrato buono o eccellente *insight*

mentre la maggior parte dei soggetti con BDD ha mostrato povero o assente *insight*. Le osservazioni cliniche hanno suggerito che il BDD è caratterizzato da un *insight* più compromesso rispetto all'OCD (McKenna, 1984; Vitiello & de Leon, 1990). Altri studi hanno riscontrato che i pazienti con BDD avevano "ideazione sopravvalutata", un costrutto simile alla compromissione di *insight* (McKay et al., 1997). La compromissione dell'*insight* è stata rilevata anche nei **disturbi del comportamento alimentare** (Konstantakopoulos et al., 2011; Steinglass et al., 2007). Spesso la distorsione dell'immagine corporea assume le caratteristiche di una dispercezione oppure i pazienti possono essere così certi del loro sovrappeso da mostrare una modalità di pensiero delirante (Philips et al., 1995). Ancora, è stato rilevato che il **disturbo post-traumatico da stress** (DPTS) non com-



porta di per sé una compromissione dell'*insight*. Quando, però, il paziente rivive l'evento traumatico, la consapevolezza subisce una riduzione e questo traspare dal fatto che il paziente mette in atto comportamenti consoni al vissuto del momento, come se corrispondesse ad una realtà attuale. Miller, Lynam, Jones (2011) hanno incentrato la loro riflessione sull'*insight* in relazione ai **tratti psicopatici**. È stato suggerito che i soggetti psicopatici siano incapaci di fornire validi resoconti sul loro funzionamento personale, sia perché non intendono farlo (sarebbero dei "bugiardi patologici") sia perché mancherebbero di *insight*. Nello studio in questione, i soggetti si sono rivelati capaci di riportare accuratamente i tratti psicopatici; è possibile, quindi, che la mancanza di considerazione per le conseguenze (moralì e devianti) di questi tratti sia stata considerata in altri studi come espressione di mancanza di *insight*. Mahaffey & Marcus (2006) hanno riportato che gli individui con tratti psicopatici possiedono un ragionevole grado di *insight* sulle loro personalità e al contempo ritengono che gli altri possiedano simili credenze e tratti. Risultati di siffatta natura suggeriscono che l'*insight* possa essere meno compromesso nella psicopatia, rispetto ad altri tratti quali l'empatia o il controllo degli impulsi.

Questo *corpus* di dati ha mostrato la complessità del fenomeno dell'*insight* in diversi disturbi mentali: l'alterazione dell'*insight* potrebbe essere considerata transnosografica. D'altro canto, si deve ricordare che un funzionamento disturbato potrebbe essere legato ad un eccessivo *insight* (**excessive insight**). Lo sanno bene i professionisti della salute mentale che, a volte, hanno a che fare con pazienti i quali presentano i loro discorsi sotto forma di saggezza aforistica, come se tutto fosse già avvenuto.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada, J. (2011). *Insight: Essays on Psychoanalytic Knowing*. East Sussex: Routledge.
- Amador, X.F., & David, A.S. (2009). *Insight e psicosi. Consapevolezza di malattia nella schizofrenia e nei disturbi correlati*. Roma: Fioriti Editore.
- Corbelli, L., & Fontana, M. (2016). *Psicoanalisi e Schizofrenia. Un quadro in divenire*. Milano: Franco Angeli.
- Del Corno F., & Lang, M. (2013). *Un nuovo sguardo alla schizofrenia. Psicoterapia e psicodinamica*. Milano: Franco Angeli.
- Ghaemi, N. & Paul, R. (2007). *The Concepts of Psychiatry: A pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Horowitz, M. H. (1987). *Some Notes on Insight and Its Failures*, *The Psychoanalytic Quarterly*, 56, pp. 177-196.
- Imbesi, L. (2002). *Why Insight Fails*. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62, pp.145–161.
- Jaspers, K. (1982). *Psicopatologia generale*. Roma: Il pensiero scientifico.
- Lysaker, P. H., & Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., Wright, D. E. (2002). *Insight and personal narratives of illness in schizophrenia*. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, (3), pp. 197-206.
- Orfei, M.D., & Caltagirone, C., Spalletta, G. (2007). *I disturbi della consapevolezza nelle malattie neuropsichiatriche*. Milano: Springer.
- Richfield, J. (1954). *An analysis of the concept of insight*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 23, (3), pp. 390-408.
- Rosenbluth, D. (1968). *Insight as an aim of treatment*, *Journal of Child Psychotherapy*, 2, (2nd ed.), pp. 5-17.
- Sims, A., & Oyeboode, F. (2009). *Introduzione alla psicopatologia descrittiva* (4th ed.). Milano: Cortina.
- Zanatta, G. (2004). *Quale ruolo per l'insight nel processo di guarigione dalla psicosi? Insight e guarigione*. *Psichiatria & Psicoterapia*, 3, pp. 194-206.



NARCISISMO UNA PROSPETTIVA BIOENERGETICA

Ilaria Tortora

Psicologa, psicoterapeuta bioenergetica

RIASSUNTO

In questo elaborato approfondisco il carattere narcisista partendo dall'evoluzione del concetto negli scritti di A. Lowen.

L'autore si sofferma inizialmente sulla rigidità di questo carattere e tra i tanti, cita un caso che ho scelto per la sua emblematicità, poiché introduce alcuni nodi centrali del carattere che riprenderò e approfondirò in un secondo momento; analizza, poi, la dialettica potere - piacere tipica della cultura occidentale e l'interdipendenza con dinamiche e attitudini sociali ne "Il piacere" e ne descrive brevemente un aspetto di sociopatia, parlando dello psicopatico, in quello che verrà definito il manifesto della bioenergetica; infine, nella monografia sul narcisismo, coglie in maniera profonda «il dramma personale di chi ha rinchiuso e segregato il sé autentico all'interno di un falso sé, esteriormente efficiente e grandioso ma interiormente impoverito e depresso».¹

Descrivo poi le caratteristiche comportamentali del narcisista, il suo modo di muoversi nel

mondo e la sua struttura energetica e corporea.

Concludo con una proposta di percorso bioenergetico che aiuti questo complesso carattere a riempire il suo vuoto esistenziale, a ritrovare la propria umanità e a contattare una vicinanza e un'intimità con sé stesso, cioè con il proprio corpo, che lo renda più morbido e meno solo, e dunque disponibile al lasciarsi andare all'amore.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI NARCISISMO NEGLI SCRITTI DI LOWEN

Nel 1958 Alexander Lowen scrive la sua prima opera *Il linguaggio del corpo* in cui sottolinea che esistono tre specie di disturbi a cui è soggetto il bambino nella sua crescita e nello sviluppo della struttura dell'lo: la privazione, che porta all'oralità, la soppressione, che conduce al masochismo e la frustrazione che è l'anticamera della rigidità.

È proprio all'interno della classificazione del carattere rigido che Lowen introduce il narcisismo,

¹ P. Moselli, "Il guaritore ferito", FrancoAngeli, 2015, pag. 150



con queste parole «Il tipo narcisista... descritto come carattere fallico-narcisistico, è un notevolissimo esempio di struttura rigida».²

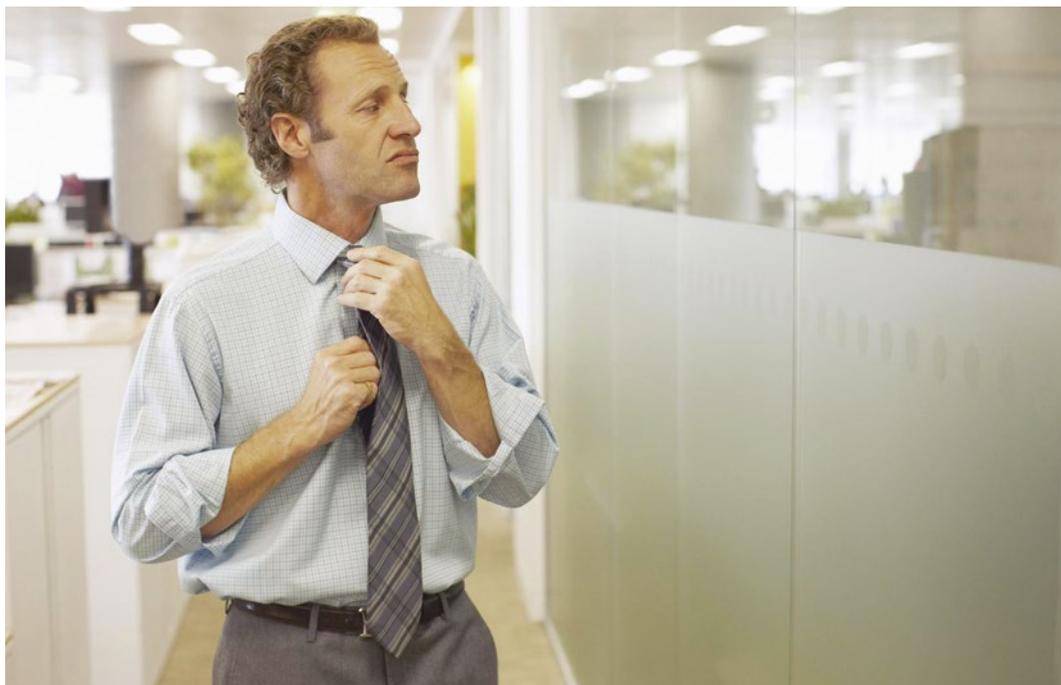
Il bambino un po' più grande, nella fase genitale, giocando con gli altri e nell'affetto per gli adulti che lo circondano, ha bisogno di scaricarsi poiché la sua libido, che era rivolta all'interno, in questa fase è diretta fuori, verso l'esterno e ha bisogno di un oggetto. L'assenza di questo oggetto, o di una risposta, causa frustrazione. Bioenergeticamente la frustrazione descrive l'incapacità di scaricarsi che condurrà ad un lo rigido, duro e inflessibile, sia a livello fisico che emotivo. Lowen descrisse il caso di un avvocato di successo, spigliato, padrone di sé, che stava con una donna senza amarla e che si rivolse a lui perché soffriva di *ejaculatio precox*; ne descrisse il viso espressivo, gli occhi vividi e aperti, le mascelle rigide e determinate, le spalle ampie, il torace pieno, i fianchi stretti e le gambe tese, con una respirazione addominale e il torace fermo in posizione inspiratoria. Nel momento in cui il terapeuta fece notare al paziente l'immobilità del torace, e lo invitò a respirare muovendolo, il suo viso iniziò a mostrare apprensione.

Quando chiese al paziente di sollevare le sopracciglia e spalancare gli occhi mollando le mascelle venne fuori un urlo terrorizzato, che dimostrava che la sicurezza di sé nascondeva una profonda paura, anzi era una difesa contro questa paura. Nelle sedute successive la respirazione si fece più fluente ed emersero forti sentimenti di rabbia nei confronti del padre e la terapia produsse dei miglioramenti fino a quando, dopo una pausa estiva, tutto si congelò per circa sei mesi. Lowen si rese conto che l'unica emozione che non era stata espressa era il pianto e risultarono vani i tentativi di suscitare la liberazione di questa emozione. La chiave di lettura di questa

impasse fu chiara nel momento in cui Lowen chiese al paziente se avesse preso in considerazione l'ipotesi del fallimento della terapia. La risposta fu negativa e il paziente raccontò che non aveva mai fallito, che era sempre riuscito ad ottenere tutto quello che voleva socialmente e professionalmente lottando con perseveranza per garantirsi il successo. Quello che il paziente stava consegnando al terapeuta era l'intollerabilità dell'idea del fallimento e la conseguente determinazione di riuscire basata sulla paura della caduta (caduta = fallimento) e anche sulle ricompense offerte dal successo. La determinazione ad acquisire un sentimento spontaneo che andasse verso l'amore era una contraddizione in termini, poiché la determinazione irrigidiva e induriva le mascelle, legava le spalle e irrigidiva la schiena. Questo atteggiamento era la maggiore resistenza alla terapia; se la sua determinazione, la sua tenacia, erano fondamentali per il suo successo sociale e professionale, erano anche i responsabili del principale aspetto della sua nevrosi. L'espressione spontanea di un sentimento tenero, su cui avevano lavorato tanto, emerse quando il terapeuta disse al paziente di non sforzarsi, che non ci sarebbe stato un premio per il profitto, che l'obiettivo era liberare la pressione, non aumentarla, e che da parte del terapeuta c'era un'accettazione incondizionata.

A questo punto gli occhi del paziente si inumidirono e iniziò a piangere silenziosamente. Per lui il pianto era un segno di debolezza, voleva piangere ma era doloroso, era una difficoltà che riguardava l'esprimere il suo dispiacere, e questo aspetto fu chiaro quando spiegò che l'infelicità in casa sua ai tempi della fanciullezza era così presente che non poteva aggiungere la sua alla sofferenza dei genitori. Si spiegava in questo contesto anche il significato delle spalle ampie, come un segno di responsabilità prematura,

² A. Lowen, "Il linguaggio del corpo", Feltrinelli 2013, pag.134



come se servissero a sopportare un pesante fardello. Bioenergeticamente, il blocco alla gola che reprime il pianto, devia una parte di energia nei muscoli delle spalle. La vita affettiva di quest'uomo era congelata nella sua struttura, la sua durezza sottolineava la repressione dell'espressione emozionale e il conseguente blocco affettivo.

Negli anni successivi Lowen si concentra sugli aspetti più sociali del narcisismo, accantonando la tipologia caratteriale e concentrandosi sugli aspetti egoistici della civiltà contemporanea. Con la pubblicazione de *Il Piacere*, nel 1970, descrive l'egotista, l'individuo che si identifica con la sua immagine piuttosto che con il sé corporeo e che basa la sua vita inseguendo potere e successo. In questo senso il narcisismo fa da

specchio alla società, definendo l'identità degli individui plasmata dalle aspettative esterne e dall'immagine che si vuole dare di sé stessi, in un bisogno continuo di approvazione che rende facilmente manipolabili e che caratterizza l'odierna società di massa. A tal proposito Lowen scrive «Nessuna immagine è abbastanza grande da dare le soddisfazioni corporee che rendono significativa la vita. L'io che non affonda le radici nel piacere corporeo soffre di una fame insaziabile. L'individuo dominato da un io insaziabile è costantemente spinto ad accrescere la sua immagine.»³ Nella cultura contemporanea, dominata dall'idea dello scopo, e pensabile unicamente in una dialettica di successo-fallimento, arrivare al successo significa essere visti, visibili e riconosciuti. Oggi il controllo dei mezzi di comunicazione e l'impatto della pubblicità

³ A. Lowen, "Il Piacere", Astrolabio, 1984, pag. 89



sugli individui sono diventati gli strumenti fondamentali per la manipolazione del processo di formazione dell'immagine e per modellare i valori della società, centrati su potere, prestazione e produttività, in un turbinio di frenesia e sovra stimolazione che intorpidisce sempre di più i corpi; non a caso la radice etimologica della parola narcisismo, *narkè*, afferisce alla sfera semantica di narcotico, che addormenta e intorpidisce, anestetizza. «...lottare per il successo rappresenta una delle importanti forze che creano la cultura di massa. Ma il vero rapporto è sempre dialettico. Se una società di massa porta alla lotta per il successo, allora è ugualmente vero che l'immagine del successo diventa una delle forze di coesione della società di massa.»⁴ Se la lotta per il successo nasce dal bisogno di ottenere il riconoscimento, di avere un'identità, anche se solo pubblica, di sentirsi importanti, l'ossessione del potere compensa un senso di disperazione profonda e di impotenza. La caratteristica dell'individuo di potere che proietta l'immagine di una persona superiore è l'egoismo e spesso ha personalità magnetica, domina chi lo circonda perché tiene sotto controllo ogni forma di competitività; ma tale personalità perde di intensità nella solitudine perché non può attrarre gli altri. La vera individualità, l'identità forte e radicata scaturisce da una vitalità interiore e da una forte sensazione di piacere che viene irradiata da occhi luminosi, ascolto attento e partecipato, dal movimento agile perché rilassato, da una bella pelle e da un buon tono muscolare. Questa identità è veicolata da persone che irradiano piacere e con cui è bello stare insieme e confrontarsi poiché non si rinnegano ma si identificano con il loro corpo. Il potere è l'opposto del piacere e ha con quest'ultimo lo stesso rapporto che l'io ha con il corpo. Il piacere sgorga dal libero flusso di sensazioni

e di energia all'interno del corpo o tra il corpo e l'ambiente. Il potere si sviluppa tramite il controllo e la delimitazione dell'energia, si sviluppa dal controllo e opera tramite il controllo. Il vento non ha potere, è solo una forza. Ha energia. È quando si controlla la forza del vento muovendo le vele di una barca che generiamo potere e forza propulsiva (e bellezza aggiungerei, in questo caso!!). Il problema reale dell'uomo moderno, dell'egotista-narcisista, dell'uomo-selfie, nasce nel momento in cui l'identificazione dell'io compensa la mancanza di auto-identificazione. In una persona sana l'io è radicato nelle sensazioni del corpo e identificato con il proprio sé corporeo, e vive una vita creativa.

Quando l'identificazione con il corpo è debole e fragile l'identità personale rimane vaga, e l'individuo alienato dal suo sé corporeo ricerca l'identità e la sua espressività tramite le identificazioni dell'io; questa diventa la sua principale maniera di esprimersi che, in questo caso, è il misero sostituto della cosa reale.⁵ Tale meccanismo di sostituzione è alla base del fenomeno dello status sociale. Finché l'io viene identificato col corpo, come succede tra gli animali, lo status riflette le doti fisiche dell'individuo. Nell'uomo, tuttavia, molti fattori che non hanno a che vedere con il corpo, come ereditarietà, benessere, modo di parlare, appartenenza familiare, determinano lo status dell'individuo inserito in una comunità. Quando non corrisponde realmente alle qualità personali dell'individuo, lo status sociale agisce come forza distruttiva, dissociando l'io dal corpo. Lo status modella l'immagine che l'individuo ha dell'io. Più è alto lo status e più grande è l'immagine perché riusciamo a *vederci* soltanto attraverso gli occhi degli altri. Tuttavia ci *sentiamo* dal di dentro se siamo in contatto con il corpo. La difficoltà non esiste se immagine

⁴ Ibidem pag. 71

⁵ Ibidem pag 91

e realtà del corpo coincidono, se, cioè, la maniera in cui ci vediamo corrisponde a quella in cui ci sentiamo. È la mancanza di corrispondenza che disturba il senso di identità. La mente conscia rifiuta la realtà del corpo e si identifica con l'immagine. È questa dissociazione dell'io dal corpo che porta alla mancanza di senso di realtà nella vita.⁶ L'esistenza dell'individuo è tesa verso la piacevolezza, ma in due modi differenti: se parte dal corpo sarà chiaro che il piacere è uno stato di armonia con l'ambiente naturale e umano e sentirà che la gioia è la fusione dell'interno con l'esterno e che nell'estasi i confini del sé si dissolvono completamente, saprà che l'io, definendo la sua individualità, favorisce l'abbandono. Questa è una persona con l'anima. Se è ancorato all'io, lotterà per il potere e il successo e non conoscerà mai la gioia dell'abbandono. Confonderà l'immagine dell'individualità con la vera individualità. Questo è l'egotista, la persona senza un'anima.

Cinque anni dopo, nel 1975, viene pubblicato *Bioenergetica*, che verrà definito il manifesto dell'Analisi Bioenergetica in cui l'autore sistematizza il suo modello teorico. Spiega la tecnica terapeutica dando risalto al corpo nelle sue funzioni basilari di respirazione e movimento che aiutano ad essere più vitali e a tirare fuori una più consapevole capacità auto espressiva. In questo scritto Lowen si concentra sulla caratterologia, analizzando le posizioni difensive tipiche di ciascun carattere ma la figura del narcisista non è presente in nessuna categoria in maniera esplicita; rimangono i riferimenti agli aspetti fallico narcisisti tipici del Carattere Rigido e viene dato spazio agli aspetti che caratterizzano il Carattere Psicopatico, che verrà incluso, nove anni dopo, nella trattazione definitiva sul narcisismo. La caratteristica che accomuna lo psicopatico al narcisista è il grande

investimento di energia nella propria immagine e il bisogno dell'io di potere, dominio e controllo che si esplica nei confronti anche del proprio corpo (negando sentimenti e sensazioni). Il dominio sugli altri viene raggiunto in due modi, che contraddistinguono i due tipi di carattere psicopatico: con la prepotenza e la sopraffazione oppure insidiando l'altro attraverso un approccio seduttivo. La sproporzione del corpo tra parte inferiore e superiore è la componente somatica più evidente, con la metà superiore che domina l'inferiore; come la mente domina e controlla il corpo, così per dominare l'altro è necessario innalzarsi sopra di lui. La costrizione a livello del diaframma e della vita acuisce questa differenza impedendo il libero scorrere delle sensazioni verso il basso e sovraccaricando di energia il capo e la mente, la cui unica preoccupazione è la conquista del controllo e del potere che si evidenzia nello sguardo vigile, guardingo e diffidente; soffermarsi sullo sguardo ci aiuta a capire meglio la differenza tra psicopatico e narcisista: lo sguardo dello psicopatico è rivolto fuori per controllare e assicurarsi il potere sugli altri, e può essere prepotente e vigile oppure può confondere con la sua falsa cortesia, con la seduttività, e non sente il bisogno di conferme esterne. Lo sguardo del narcisista è rivolto verso l'interno, verso se stesso che controlla la reazione allo sguardo dell'altro, e dunque attento alle conferme esterne, in un perenne bisogno di gratificazione.

Nel 1984 Lowen dedica un'intera monografia a questo argomento intitolandola, appunto, *Il narcisismo*. Se in passato descrive le strutture caratteriali riconducendole a specifiche modalità difensive, collegate ognuna ad una paura specifica di base ed espresse anche in termini somatici, corporei, nel trattare il complesso tema del narcisismo non riconduce ad una struttura

⁶ Ibidem pag 93



o postura specifica, né ad una precisa paura; ci troviamo, evidentemente, in un campo diverso, dove l'autore analizza una rigidità diffusa, non strutturata, che limita in maniera consistente la libera espressione del Sé e dunque, l'espressione dell'identità più autentica, del vero Sé. In questa monografia Lowen distingue cinque tipi di turbe narcisistiche, pur non mostrando particolare interesse a sviluppare questa catalogazione; precisa, però, che tali tipi si spostano lungo un continuum che va da un minor grado di grandiosità e di identificazione con la propria immagine ad un massimo, e spiega che il grado in cui il soggetto si identifica con i propri sentimenti è inversamente proporzionale al grado di narcisismo; la grandiosità, e dunque il narcisismo, è una funzione del divario tra l'immagine e il sé. In ordine di gravità crescente troviamo: carattere fallico-narcisistico, carattere narcisistico, personalità borderline, personalità psicopatica, personalità paranoide.

Il **carattere fallico-narcisistico** è la forma meno patologica dello spettro e consiste nella esagerazione della propria immagine sessuale e nella preoccupazione per questa immagine. Ostenta una grande sicurezza di sé, un senso di superiorità e una esagerata dignità. Il carattere isterico è la controparte femminile del maschio fallico-narcisistico, ed è una donna sicura di sé, spesso arrogante, con una forte presenza e una tendenza marcata alla seduttività.

Il **carattere narcisistico** ha un'immagine dell'io più grandiosa e la necessità di sentirsi perfetto, non è un po' meglio degli altri ma è il migliore. Questa opinione troppo alta di se stesso, questa immagine grandiosa è contraddetta dalla realtà del sé, è fuori luogo nel mondo dei sentimenti e lontano da rapporti reali ed umani.

La **personalità borderline** non regge lo stress emotivo, perde la sua facciata perché non possiede sufficiente forza dell'io per sostenerla; il narcisista la forza ce l'ha, il borderline

pensa di averla ma la perde. L'immagine di sé del narcisista, pur essendo grandiosa, è meno in contrasto con la realtà perché non è mai stata demolita. Invece la personalità borderline si trova chiusa tra due posizioni contraddittorie: è assolutamente grande oppure totalmente priva di valore.

La **personalità psicopatica** presenta un grado di grandiosità ancora maggiore e un'arroganza che rasenta il disprezzo per l'umanità, ha una spiccata tendenza all'acting out spesso in forma antisociale, un tipo impulsivo di comportamento che non tiene conto degli altri ed è distruttivo degli interessi più autentici del sé; l'alcolismo, la tossicodipendenza, il comportamento sessuale promiscuo possono essere considerati forme di acting out.

La **personalità paranoide** è caratterizzata da una vera e propria megalomania, si sente molto speciale e importante, può credere di avere poteri straordinari ed è talmente alienato da non riuscire più a distinguere la fantasia dalla realtà.

IL CARATTERE NARCISISTA

Una caratteristica importante di questa condizione (narcisistica) è la sua pervasiva presenza non solo a livello individuale ma anche culturale, come già sottolinea Lowen ne *Il piacere*. Il narcisista è caratterizzato da un esagerato investimento nella propria immagine, è preoccupato più di come appare che di quello che sente, negando i sentimenti che contraddicono l'immagine, e tende ad essere seduttivo e manipolatore per ottenere potere e controllo sugli altri; preso esclusivamente dai suoi interessi, manca di espressione e padronanza di sé, dignità ed integrità, che derivano dai sentimenti del corpo. A livello culturale, sociale, il narcisismo può essere visto come una perdita di valori umani, che si esplica nel disinteresse per l'ambiente e la natura, per la qualità della vita in generale e per i propri simili. L'intorpidimento che caratterizza il narcisista riguarda proprio questa assenza di

umanità derivata dal mancato contatto con il proprio corpo, ed è esattamente in questo recupero di sentimenti e di intimità con sé stessi che consiste il trattamento terapeutico di pazienti narcisisti. In quest'ottica la chiave della terapia sta nella comprensione poiché il narcisismo nasce da un deficit d'amore o da un'enorme distanza con la madre. L'individuo narcisista è il risultato di una situazione familiare infelice nella quale il bambino è stato indotto, con la seduzione, ad accettare un rapporto speciale con uno dei genitori. Attraverso l'intimità creata da questo rapporto il bambino è esposto a stimolazioni eccessive, fino a renderlo partecipe delle frustrazioni coniugali; avviene un sovvertimento di ruoli in cui il bambino deve essere disponibile per il genitore.

«Il bambino si sente riversare addosso dei

sentimenti spiacevoli contro i quali non può far nulla; non può neanche andarsene. L'unica cosa che può fare è non pretendere niente dalla madre: deve reprimere le proprie necessità e i propri sentimenti in modo da non farla sentire colpevole per la sua mancanza di attenzione. I sentimenti suscitati nei bambini da queste situazioni sono di dolore, di tristezza, di rabbia, verso se stessi e verso i genitori. Dato che questi sentimenti sono superiori alle loro forze, i bambini devono creare uno scudo contro di essi, non devono permettere a sé stessi di provarli. Se li provassero pienamente, griderebbero il loro dolore, piangerebbero la loro tristezza, colpirebbero intorno con furia distruttiva. La soluzione che adottano è di corazzarsi, tendendo i muscoli del corpo tanto da impedire l'espressione di qualsiasi sentimento. Si mettono una camicia di forza psicologica».⁷



⁷ A. Lowen, "Il narcisismo", Feltrinelli, 2013, pag. 158



Oltre ad un eccesso di stimolazioni in famiglia anche un'infanzia priva di amore rappresenta l'humus ideale per far crescere un narcisista. I bambini hanno bisogno di amore, appoggio e vicinanza per sviluppare un sé pieno e sicuro, e hanno bisogno di attenzione e rispetto per i loro sentimenti in modo da acquisire un solido senso di sé. Se manca tutto questo l'adulto narcisista proverà un continuo senso di insoddisfazione, l'azione risulterà sempre sconnessa dal piacere, anzi il piacere non sarà mai accessibile quanto la gratificazione, che implica la dipendenza dalla conferma esterna e dalle aspettative sociali. In questo consiste la capacità plastica del narcisista, nella disposizione e velocità al cambiamento per essere accettato dagli altri, per evitare il terrore della disorganizzazione. Questa attenzione del narcisista allo sguardo dell'altro è evidente nella presenza di una facciata, che lascia intuire, appunto, quanto la persona si regola in termini di immagine piuttosto che di un sé che sente e prova emozioni; è presente spesso un sorriso che è stereotipato e un'espressione fissa con uno sguardo che non esprime sentimenti, come vuoto, perché rivolto non all'esterno ma all'interno. Lo sguardo del narcisista è uno sguardo unico, che ha a che fare con qualcosa che non si riesce a decodificare, riguarda la pensabilità dell'**orrore**, un orrore vissuto all'interno della situazione familiare e che si vuole negare. Nell'orrore non c'è reazione fisica, è uno shock. Contrariamente a quello che succede nel terrore, il corpo rimane impassibile perché non c'è minaccia di pericolo fisico. L'orrore agisce sulla mente, stordendo, paralizzando l'apparato mentale come il terrore paralizza quello fisico. Ci si può allontanare da una scena di orrore, per esempio un ennesimo, furibondo litigio tra i genitori, in apparenza

senza il minimo turbamento, ma assolutamente incapaci di pensare a qualcosa che non sia l'orrore di cui si è appena stati testimoni... «rimane nella mente come una particella di cibo indigeribile che potrebbe fermarsi nello stomaco, producendo un analogo senso di ripugnanza e disgusto: si vorrebbe vomitare per liberarsene».⁸ Se l'esperienza dell'orrore è continua, se il soggetto vive in quella situazione, si struttura nel corpo una dissociazione tra le funzioni percettive della mente e le funzioni sensibili del corpo. Per il narcisista diventerà un'abitudine negare le proprie emozioni, agirà solo in base alla ragione e alla logica, i sentimenti saranno considerati irreali e associati, dunque, alla **pazzia**; «Per arrivare a conoscere se stessi, i narcisisti devono ammettere la loro paura della follia e sentire la rabbia omicida che hanno dentro e che identificano con la follia... La vera pazzia è quella che loro considerano un segno di equilibrio mentale, cioè la mancanza di emozioni»⁹ E ancora...

«La personalità di individui che hanno vissuto, nella loro infanzia, delle esperienze di orrore, ha una caratteristica di irrealità. Possono descrivere con voce calma e flemmatica un passato che fa rabbrivire l'ascoltatore. Non sembrano in contatto non solo con i sentimenti che provano, ma nemmeno con l'ascoltatore in quanto persona che prova anch'essa delle emozioni. I loro occhi vedono l'altro senza toccarlo. Un guscio si è chiuso sull'esperienza di orrore. L'esperienza giace così sepolta, una bomba a orologeria la cui esplosione potrebbe provocare la follia.»¹⁰

In questo contesto si parla di torsione del narcisista che opera una rinuncia ai bisogni del suo corpo e si rifugia nella mente, nell'immagine del

⁸ Ibidem pag. 119

⁹ Ibidem pag. 148

¹⁰ Ibidem pag. 122

sé, che è falso. A tale proposito, molto interessante è l'articolo di Robert Lewis che parla dello **shock cefalico** come corrispondente somatico del Falso Sé; articolo in cui l'autore descrive la *sindrome della mente inquieta* come quel vissuto in cui non c'è parte della testa o della mente che sia libera dal carico di tenere insieme il proprio mondo. Parlando dello shock cefalico come di quel processo attraverso il quale si struttura una dicotomia tra mente e corpo nello sviluppo del bambino, si riferisce a quelle persone che riferiscono di non aver avuto un'infanzia spensierata, bambini-vecchi, che da adulte raramente si sono sentite tranquille al punto di smettere di avere pensieri compulsivi. In un ambiente di cura scarsamente empatico nei confronti del piccolo, quest'ultimo registrerà la dissonanza e troverà un modo, autonomo, per andare avanti, tenersi unito e affrontare il genitore attivando il sistema neuromuscolare di testa e collo, che è la parte del corpo del bambino che meglio può sostenere la dissonanza che sta sperimentando.¹¹ Attingendo al concetto di Vero sé di Winnicott, che sottolinea la coesione dei vari sistemi senso motori in base al fatto che la madre riesca a sostenere il bambino identificandosi con lui e facendolo sentire a proprio agio, portandolo ad **esistere** e non a **reagire**, sottolinea la dialettica **esistenza-sopravvivenza**: l'esistere porta ad una continuità nell'esperienza di Sé. «Il vero Sé viene dalla vitalità dei tessuti del corpo e dal lavoro delle funzioni corporee, incluse l'azione del cuore e la respirazione. Ci sono pochi motivi per definire il concetto di Vero Sé se non per provare a capire il Falso Sé, dato che questo non fa altro che mettere insieme i dettagli dell'esperienza di sopravvivenza.»¹² Nella danza gestuale tra madre e bambino la madre non sufficientemente buona fallisce nell'incontrare i gesti del piccolo e questa incapacità di sentire i bisogni del

bambino portano quest'ultimo a vivere nel Falso Sé, in maniera allarmata e confusa. Nell'analizzare la maniera in cui lo shock cefalico si presenta nell'adulto, Lewis propone una descrizione che mi ricorda molto il narcisista: tendenza a tenersi ancorati muscolarmente alla testa, al collo e al cingolo scapolare, raramente esperisce un senso di pace della mente, vive nella testa, appunto, l'espressione facciale è simile ad una maschera con gli occhi vacui, vitrei, spesso segnala una tensione appena sotto le sopracciglia, tra gli occhi.

Tornando a Lowen, l'esca seduttiva usata dal genitore per modellare il bambino secondo una certa immagine è la promessa dell'unicità, l'essere considerato **speciale**. A tal proposito è interessante che il sentirsi speciali non è sensazione corporea ma una costruzione mentale, è una convinzione, un pensiero, più che un sentimento. Questa convinzione mentale di essere speciali si manifesta dissociandosi dal corpo, mettendosi al di sopra del corpo e considerandosi onnipotente (posso fare tutto), onnipresente (sono visibile dovunque) e onnisciente (so tutto) proprio come un dio.

Questa eccezionalità denota l'accettazione di un rapporto speciale, di grande intimità con un genitore, accettazione che equivale ad una identificazione quasi totale con il genitore e che innalza l'io del bambino ad altezze straordinarie, gonfiandolo a tal punto da farlo sembrare superumano. È questa identificazione con il genitore che spacca l'identità del bambino, poiché egli incorpora i valori dell'adulto e sviluppa un'immagine di sé che li rifletta, negando il suo di corpo e le sue di sensazioni. Ecco che essere speciali vuol dire essere superiori al proprio sé corporeo, stare al di sopra del corpo e della sua bassa

¹¹ R. Lewis in V. Heinrich-Clauer, N. Cinotti, M.R. Filoni, "Manuale di Analisi Bioenergetica", Franco Angeli, 2016

¹² A. Lowen, "Il narcisismo", Feltrinelli, 2013, pag. 113



natura, spostando le energie della persona, il suo sé, nella testa, cristallizzata nell'immagine. L'amarezza che sente l'individuo speciale, se ha abbastanza consapevolezza, se accetta di fare un viaggio che lo apra alla tristezza e all'intimità con sé stesso, è quella del vuoto e della solitudine. A questo proposito scrive Lowen:

«la persona speciale è legata inizialmente a chi la induce a sentirsi speciale e successivamente a chi la considera come tale. La persona eccezionale non è libera, ne ha solo l'illusione. Mentre l'individuo speciale vive nelle nuvole, nelle immagini, le persone comuni vivono radicate nella realtà della vita. Ridono, piangono, provano piacere e dolore, conoscono tristezza e gioia. *Vivono* la loro vita e sono soddisfatte. La persona speciale *immagina* una vita e in questo modo si crea un destino eccezionale».¹³

Approfondendo le riflessioni sul narcisismo, sulla sua **trasversalità**, è importante sottolineare il fatto che tutti siamo portatori di elementi narcisistici, che derivano da aspetti relazionali e culturali. La società in cui viviamo valorizza alcuni elementi narcisistici come l'attenzione ad uno standard elevato di prestazione, la competitività, il perfezionismo richiesto in alcune attività professionali; questi elementi ci spingono a sacrificare la nostra vita in nome del nostro ideale di successo, ci spingono a sostituire la realizzazione professionale al posto di quella umana.

Oggi la spinta al miglioramento e al progresso intrappola anche persone ricche di umanità e capacità nel dilemma narcisista che li spinge a passare molto tempo nella dimostrazione del proprio valore anziché nel piacere di essere vivi. Per quanto riguarda l'aspetto più relazionale l'attenzione va posta sul fatto che ogni adattamento caratterologico comporta lo

sviluppo di un falso sé, un investimento dell'io sulla propria immagine, usato in maniera difensiva. Questa difesa struttura anche una modalità di relazione, perché nasce all'interno di una matrice relazionale. Ecco perché tutti noi abbiamo tratti narcisistici, perché nessuno di noi, per quanto sia stato amato "così com'è", è immune dall'aver rinunciato a qualcosa di sé per essere amato di più. Questa illusione dell'io che investe sulla propria immagine è la ferita narcisistica, che deriva da un'offesa profonda al nostro sé reale e che compromette la capacità espressiva più autentica a favore di una rappresentazione. Il messaggio che si realizza nella ferita narcisistica è "non essere chi sei ma chi ho bisogno che tu sia...cerca di essere come ti desidero e ti amerò...". Ecco allora che il carattere schizoide esprimerà la propria ferita narcisistica nel momento in cui investirà in questa immagine: "penso, quindi esisto", oppure il carattere orale, a cui si negò il diritto di aver bisogno, si rifugerà nell'illusione di non essere lui ad aver bisogno ma gli altri, negandosi la possibilità di chiedere stando, però, nella pretesa.

Lo psicopatico si illuderà di ottenere qualunque risultato in virtù del suo essere potente e della sua capacità di controllo sugli altri. Il masochista investirà la propria energia nel dimostrare di essere bravo per essere amato, mentre il rigido vivrà nell'illusione di essere amato solo a patto di essere attraente e di avere successo. Risulta chiara l'importanza del tentativo di umanizzare i nostri tratti narcisistici, per restituire a noi stessi quella comprensione, compassione e valore che abbiamo ceduto per amore. Restituzione che andrebbe fatta più facilmente prima dall'interno, in un dialogo profondo e intimo con noi stessi, perché se avviene "per" un rapporto, rischia di attivarsi la stessa matrice

¹³ A. Lowen, "Il narcisismo", Feltrinelli, 2013, pag. 113

relazionale da cui siamo stati strutturati. Solo in questo modo potremo sperimentare la gratitudine al posto del sacrificio e l'amore al posto dell'ammirazione. La risposta che nasce dall'interno parte dalla nostra disponibilità a cedere al nostro vero bisogno, dalla nostra disponibilità ad arrendersi a noi stessi per permetterci di trovare la pace di cui abbiamo bisogno e placare la mente inquieta. È la pace della libertà di esistere, così come siamo.¹⁴

IL CORPO NARCISISTA

Il narcisista è una struttura caratteriale ad alta carica energetica perché essere speciale per il genitore gli fa arrivare energia da parte della figura di attaccamento e un rinforzo alla propria attività energetica ma è spinto ad utilizzare questa risorsa in modalità che negano il suo vero sé. La tipica postura del narcisista è **spinta, tenuta su**, privilegiando una posizione di dominio, un mettersi sopra agli altri. Spingendo il corpo in su tira nello stesso tempo indietro la colonna vertebrale toracica e questo rende il petto gonfio rimandando la forza dell'orgoglio, sia dal punto di vista fisico che emotivo.

Un altro fattore importante che inibisce il sentire nei narcisisti, oltre allo spingersi in su dalla vita, è la fascia di **tensione alla base del cranio** che allontana ancora di più la percezione corporea. «I narcisisti possono avere corpi che sembrano vivi e aggraziati, ma il rifiuto delle proprie emozioni è tradito dall'atteggiamento non empatico verso gli altri. La percezione delle sensazioni all'interno dei propri corpi è bloccata da forti tensioni alla base del cranio, e poiché non possono percepire le proprie emozioni, non possono percepire quelle degli altri.»¹⁵ Il torace dei narcisisti è espanso anche se la respirazione è

piccola, e questa espansione è ottenuta da una espirazione che non è mai completa, perché se così fosse, percepirebbe lo svuotamento, che il narcisista teme. Tenere a bada questo vuoto, controllare il proprio respiro, evita di lasciarsi andare che potrebbe sfociare nell'espressione della tristezza e del pianto (estremamente difficile per il narcisista). Sembrano più in grado di esprimere la rabbia, i narcisisti, ma non la paura o la tristezza. Nell'espressione della tristezza, infatti, si piange solo se al diaframma è consentita tutta la sua potenza di muscolo; l'lo deve lasciare andare il controllo del diaframma affinché possa muoversi liberamente e convulsamente, in basso per un'inspirazione profonda e in su, fino all'espirazione forzata. Risulta chiaro quanto non sia anatomicamente possibile l'espressione della paura e del dolore per una persona che si spinge in alto in modo cronico, dunque l'espressione della rabbia diventa una posa finalizzata a spaventare gli altri e a nascondere la propria vulnerabilità. La tensione alla base del cranio favorisce un **blocco oculare** che impedisce ad alcuni aspetti dolorosi della realtà di venire percepiti, in una sorta di "percezione selettiva" che nega la situazione dolorosa e la sostituisce con qualcosa di più accettabile e soddisfacente. Il loro "non vedere" quella parte della realtà che appartiene ai sentimenti è il risultato della crescita nell'orrore.¹⁶ Anche la parte inferiore del viso rivela delle tensioni nella **mandibola contratta** che conferisce un aspetto severo e impedisce la vitalità del volto; anche nel sorriso le labbra appariranno serrate insieme alla mascella e comunicherà più uno sforzo che un fluire spontaneo. La mascella serrata e le **contrazioni croniche della gola** vengono collegate da Lowen alla soppressione del desiderio e del pianto.

¹⁴ www.bioenergeticaesocietà.it

¹⁵ A. Lowen 1985 in E. Michel, "L'emozione e la forma", FrancoAngeli, 2014, pag. 211

¹⁶ E. Michel, "L'emozione e la forma", FrancoAngeli, 2014,



«L'allattamento coinvolge non solo i muscoli della bocca ma anche del collo, quindi dal punto di vista anatomico c'è un coinvolgimento della parte posteriore della testa non solo nella funzione visiva, ma anche nella soddisfazione dei bisogni orali. Nonostante il loro "essere speciali", i narcisisti hanno sofferto della mancanza di nutrimento del loro reale sé corporeo. Si difendono fortemente dal sentire il dolore e la tristezza di questa privazione, ma Lowen ha scoperto che se vengono incoraggiati a respirare profondamente *succhiando* aria in gola, i pazienti possono arrivare a piangere profondamente e a sentire nella gola il dolore del desiderio frustrato. La gola e l'addome sono coinvolti nella respirazione profonda, e l'aria vi è attivamente succhiata dentro. Dal punto di vista psicologico, aprendo la gola si apre la via al cuore e ai suoi sentimenti, espressi nei suoni del canto e del pianto. Chiudendo la gola non si permette a niente di entrare o uscire. Di conseguenza, può essere osservata una mancanza di vitalità, di risonanza e di gamma di tonalità nella voce nei pazienti narcisisti, anche quando appaiono attraenti, di successo e dal sorriso facile». ¹⁷

La **spasticità del diaframma** caratterizza la struttura narcisistica in cui il petto appare iperespanso e la vita costretta, in modo da bloccare il flusso dell'energia verso il basso. La respirazione è superficiale anche se il torace sembra più grande, e di conseguenza diminuiranno i sentimenti e le espressioni emotive, soprattutto il pianto sarà difficoltoso perché l'immobilità del diaframma rende impossibili l'inspirazione e l'espiazione profonde. I muscoli tesi del torace bloccano il pianto profondo e servono inconsciamente per proteggere la persona dal dolore

nel suo cuore, mentre l'eccessiva espansione, con i muscoli contratti della gabbia toracica, limitano la respirazione e creano delle barriere spaziali e muscolari davanti al cuore, le quali non fanno altro che isolarlo e intorpidirlo. Queste barriere servono al narcisista per separare il suo cuore e da quello degli altri, per sopprimere qualunque desiderio di intimità e comprensione reciproca. ¹⁸

La difficoltà a protendersi è ben espressa anche dalle braccia, spesso poco percepite e poco vitali, con mani piccole e infantili, come se il suo bisogno di prendere, chiedere e dare si fosse fermato all'adolescenza. Anche i piedi e le gambe possono essere piccoli rispetto alla struttura complessiva, come se non fossero stati caricati dal peso. Questa scarsa percezione del grounding esprime la sensazione di incertezza, il non avere una base sicura su cui poter contare e rafforza la tendenza a tirarsi su da solo. Scrive Lowen nella sua autobiografia *Onorare il corpo*:

«Il ritiro dell'energia dalla parte inferiore del corpo, associata alla paura, determina una perdita di grounding. La persona ora è "fissata" o bloccata. Invece di funzionare con i piedi per terra, ovvero con consapevolezza della realtà, funziona con idee irrealistiche. Il suo comportamento è ora governato dall'ego consapevole di sé e non dal suo sentire. È la tipica personalità nevrotica del nostro tempo, un individuo fissato sui valori nevrotici della nostra cultura. Se paragoniamo questi valori e quelli che caratterizzano l'individuo radicato nel proprio corpo e nella terra, possiamo verificare quanto l'individuo moderno sia tutto per aria e nella testa.» ¹⁹

¹⁷ Ibidem pag. 222

¹⁸ Ibidem

¹⁹ A.Lowen, "Onorare il corpo", Xenia, 2011, pag. 139

VALORI DEL CORPO	Strumenti per il follow-up
Piacere e amore	Potere e ricchezza
Accettazione di sé	Riconoscimento/fama
Dignità	Tendenza all'obiettivo
Grazia e delicatezza	Forza

IL PERCORSO BIOENERGETICO

L'unica maniera per rinunciare alla grandiosità del nostro falso Sé è tornare alla realtà biologica della nostra esistenza fisica, è abbassarci, espandere la coscienza verso il basso. Si potrebbe immaginare un percorso costruito attorno a cinque elementi:

1. Il grounding, con esercizi di caduta, lavorando sui piedi e le gambe; con questo lavoro ci si ancora nella propria esperienza corporea, lasciando scendere ciò che ci tiene su, per connetterci alla terra e alle nostre radici attraverso il contatto con il respiro e con i piedi.
2. Il secondo passo riguarda l'apertura del bacino e del petto in modo che il flusso naturale dell'energia fisica venga percepito. Spesso significa lasciar scendere le spalle e le contrazioni di quel distretto portando ad una rivitalizzazione di quella parte del corpo, con i piccoli segnali di apertura del torace che l'accompagnano. Accanto a questo, una maggiore libertà dei movimenti del bacino garantisce una percezione del corpo più ampia. Degli esercizi utili potrebbero essere dei movimenti in avanti e indietro del bacino a diverse altezze (posizione del bagno turco, posizione del lottatore di sumo e posizione di base).
3. Lo scioglimento delle tensioni del collo e l'apertura della voce poiché la capacità auto espressiva è fortemente limitata dalle

tensioni della gola e del collo. Sciogliere e lasciare uscire il proprio suono sostiene la fiducia nella propria capacità e possibilità di esprimersi. Un esercizio per svuotare il petto potrebbe essere quello di far distendere il paziente sul materasso e in espirazione, far emettere un suono lungo fino allo svuotamento. Spesso la richiesta di far uscire il suono del proprio respiro è ritenuta strana e già le reazioni a questo invito possono dirci come la persona vive la possibilità di esprimersi veramente.

4. La risonanza corporea, rispondere cioè, empaticamente, attraverso la propria risonanza corporea, all'esperienza corporea dell'altro; questo aiuta il processo di adesione al proprio Sé reale. In bioenergetica il cambiamento non è mai unidirezionale, il processo corporeo che il paziente sperimenta risona e attiva una risposta corporea nel terapeuta. Cocostruiamo il processo corporeo attraverso un flusso di microregolazioni interattive. È esattamente questa risonanza che struttura l'esperienza dell'intimità, così fondamentale nel recupero della perdita narcisistica. Un esercizio potrebbe essere il dondolamento schiena-schiena in cui il paziente prende l'iniziativa nel movimento e il terapeuta lo segue.
5. L'esperienza del movimento, che insieme al grounding e alla risonanza permette di ristabilire il contatto con la propria vulnerabilità e magnificenza. Umanizza la percezione corporea e apre alla completezza della relazione con l'altro e alla vitalità del piacere.

Sono molte le emozioni che il processo terapeutico attiva, tutte curano l'illusione di poter fare tutto da solo. Se è vero che il cambiamento deve venire dall'interno, è altrettanto vero che l'illusione di poter fare tutto da solo, imprigiona in una ripetizione senza limite della trappola narcisistica. Dopo essere vissuto per anni senza



muoversi, senza ricevere, senza chiedere, l'esperienza del piacere, del movimento, dell'intimità e, infine, dell'amore possono schiudersi al "rischio" di vivere.

Concludo queste riflessioni intorno al narcisista con un riferimento al mito greco di Narciso. Si è sempre parlato di questo giovane bellissimo e inafferrabile che si innamora perdutamente della sua immagine riflessa fino a morire. Innamorarsi della propria immagine, diventare quindi narcisista, è interpretato nel mito come una forma di punizione per l'incapacità di amare, avendo Narciso respinto l'amore della ninfa Eco. Ma chi è Eco? La nostra stessa voce che ritorna a noi. Se Narciso avesse potuto dire "ti amo", Eco avrebbe ripetuto queste parole e il giovane si sarebbe sentito amato. È proprio l'incapacità di dire queste parole che identifica il narcisista. E anche... Respingendo Eco, Narciso respinge anche la propria voce, che è espressione dell'essere interiore, del sé corporeo in quanto opposto all'apparenza. Ritengo che mai come

nella relazione con questi pazienti il silenzio sia fondamentale, perché crea una rara opportunità per prendersi una pausa, scendere nella propria intimità e incontrare echi, voci e suoni di antichi dolori. L'importanza del processo terapeutico sta nel ricominciare a sentirsi e riprendersi la propria voce.

BIBLIOGRAFIA

- A.Lowen, "Il linguaggio del corpo", Feltrinelli 2013
- A.Lowen, "Il Piacere", Astrolabio, 1984
- A.Lowen, "Bioenergetica", Feltrinelli, 2014
- A.Lowen, "Il narcisismo", Feltrinelli, 2013
- A.Lowen, "Onorare il corpo", Xenia, 2011
- E.Michel, "L'emozione e la forma", FrancoAngeli, 2014
- P. Moselli, "Il guaritore ferito", FrancoAngeli, 2015
- V.Heinrich-Clauer, N. Cinotti, M.R. Filoni, "Manuale di Analisi Bioenergetica", FrancoAngeli, 2016
- www.bioenergeticaesocietà.it



SUL BISOGNO, LA RISPOSTA E LA CURA: L'ESPERIENZA DELLA SALUTE

Angela Niro
Psicologa - Psicoterapeuta
Psicoanalitica

RIASSUNTO

Nel panorama della cura, molti aspetti risultano, ancora oggi, non visti, confusi e scarsamente analizzati. Aprire, dunque, un dialogo sulla salute e porre l'accento sul suo significato costituisce un proposito indispensabile per poter definire la cura e la sua direzione.

Dobbiamo alla vicinanza con l'urgenza il pregio di aver svelato il movimento scarsamente riflessivo di una risposta di aiuto poco praticabile, illusoria, colludente con la sofferenza. Una negazione della cura nella cura stessa ha tolto terreno all'Uomo nel suo autodeterminarsi, dimenticando la sua responsabilità, la sua libertà. Uno sbilanciamento tra qualità tecniche e qualità umane ha finito per definire il nostro modo di curare, inducendoci a riflettere su una sintesi necessaria e ancora difficile da trovare.

PAROLE CHIAVE

Cura, salute, bisogno, risposta

UNA PREMESSA

I propositi di mettere ordine, di dare senso, di cogliere differenze, di aprire interrogativi e dibattiti costituiscono senz'altro l'opera più grande, più difficoltosa ma preziosa dell'impegno per una cura che si occupi realmente di salute. Non intendo dilungarmi qui sull'evoluzione del concetto di salute, ma portare in primo piano, invece, il lavoro controverso ma necessario che nel suo interesse è stato compiuto.

Nell'ambito della sua rappresentazione ho trovato, però, prima di ogni altra cosa, utile condividere come, a mio avviso, debba essere intesa:



"Una definizione che, pur nella sua ampiezza e nella sua relatività avrebbe comunque una forte capacità esplicativa e specificativa, potrebbe essere questa: la condizione di chi, sentendosi menomato o impedito rispetto ai propri bisogni e desideri, alle proprie aspirazioni, alla propria progettualità di vita, si assume la responsabilità di riconoscersi malato e quella di affrontare la cura" (Erba, 2004, p. 23).

In altri termini, se troviamo consona questa rappresentazione, quello a cui dovremmo essere chiamati, quando il nostro impegno e la nostra attività siano compiuti in previsione della salute è chiederci quale cura ci venga richiesta e quale cura possiamo eticamente offrire.

Una simile attenzione ci aiuterebbe senz'altro a riconoscere gli stereotipi che limitano le possibilità evolutive della persona sofferente e che di contro elevano le salvifiche capacità terapeutiche. Una simile attenzione, di certo, ci aiuterebbe a riconoscere quanto questa cura si configuri, spesso, come una cura impossibile e dalla cui domanda, se non indagata nella sua impossibilità, non possa che venir fuori una risposta terapeutica altrettanto impossibile.

IL RETROTERRA E I DIVERSI GRADI DELLA CURA

Milano, 1963, è il tempo della scoperta, dell'indignazione, della ribellione. L'esperienza della salute si radica al terreno fertile delle audaci e irriverenti intenzioni del carismatico psichiatra e psicoanalista Sergio Erba¹, "sobillatore" d'insidiose prospettive di responsabilità e di libertà nelle realtà più fragili, controllate e limitanti dell'esistenza umana come quella del manicomio Paolo Pini.

Proprio in quell'ambiente alienante già per definizione, ma tutto da fertilizzare con la vita e con l'umanità, si palesa la più ricca e fervida attività di riflessione e azione sulla salute mentale.

Proprio in quell'orizzonte di una cura da rovesciare e da ricostruire, Sergio Erba, scopre le grandi potenzialità, capaci di generare cura, del "ruolo terapeutico" non solo dello psichiatra, ma anche e di altre figure professionali, fino ad allora poco o nulla considerate, come quella dell'infermiere e dell'educatore.

"C'era una dottrina, una concezione della sofferenza psichica, un'idea del ruolo e della formazione terapeutici, c'era un metodo" (Erba, 1998, p. 13), che avrebbe visto nascere, avrebbe difeso e ali-

1 Sergio Erba nasce il 18 agosto del 1935 a Milano, come suo padre, decide di intraprendere la professione di medico, conclude gli studi di medicina nel 1960 e nel 1964 si specializza in Psichiatria. Nel 1963 l'ingresso nell'ospedale psichiatrico Paolo Pini di Milano, segna l'inizio della sua professione e apre un periodo di future conquiste accompagnate però da intense difficoltà. Nel 1972, riconoscendo il potere divulgativo della carta stampata, Sergio Erba fonda, con alcuni colleghi, tra cui Pierluigi Sommaruga, la rivista "Il Ruolo Terapeutico". Il fine della rivista era quello di rivolgersi a tutti coloro che, impegnanti nel campo delle relazioni di aiuto, avessero voluto comprendere meglio, per usare le sue parole: "l'uso corretto del rapporto interpersonale". Con questo innovativo e ambizioso fine, Erba si distanzia da quello che sino a quel momento era stato costruito e annuncia una nuova direzione. Una serie di attività - dalla "fase selvaggia", a quella più operativa, che seguì alla legge Basaglia, fino ad arrivare nel 2001 a estendere la conoscenza della filosofia del ruolo alla politica, alla cultura, al giornalismo e alle istituzioni - accompagnano questo suo grande progetto. Nel 1979 nasce la prima associazione, seguita dalla Scuola per la Formazione alle Relazioni di Aiuto nel 1983. Qualche anno più tardi, nel 1986, è la volta del Centro Clinico. A distanza di ben dieci anni l'uno dall'altra nascono i Gruppi Locali nel 1993 e il Corso di Formazione post lauream nel 2003.



mentato tra malcontenti e coatte richieste di rispetto.

Nella dimensione personale e collettiva, privatistica e istituzionale chiama a raccolta, con tutte le sue forze e con tutto il suo ingegno, una corallità di voci per costruire un modello di cura capace di scoprire, dal velo dell'urgenza, la persona domandante salute.

Di fatto, proprio nello iato tra la domanda di salute e la risposta che ad essa poteva seguire, intravede tutte le possibilità che, proprio lì, si animano, ma che ancora si fa fatica a vedere.

Senz'altro quella di cui diventa un curioso osser-

vatore è la discrepanza tra le possibilità di cura offerte nel sistema pubblico e quelle nel sistema privato e il penoso esercizio di adeguarvisi per chi, avesse avuto la fortuna o la sfortuna, di ritrovarvisi immerso.

Una distinzione che, se dobbiamo dirla tutta, oggi, non diversamente da allora, cavalca l'onda del forse prima o mai ce ne occuperemo e che finisce per amplificare le sue disastrose conseguenze. Dico questo perché, non diversamente dal passato, continua ad essere avallata da posizioni che sono tutt'altro che aperte l'una all'altra, tutt'altro che collaboranti in vista di un fine comune, bensì disposte a



contribuire alla cristallizzazione di questa distinzione.²

Mi sembra, dunque, che in questo equivoco, tra le competenze e i risvolti dell'una o dell'altra, s'insinuino come circostanze attenuanti della risposta terapeutica all'urgenza, risposte che perdono di vista l'altro, che si muovono quasi del tutto in sostituzione dell'altro. Un terreno limaccioso in cui si dissolvono, senza possibilità di distinzione, bisogni, desideri, domande e risposte.

BISOGNI, DOMANDE E RISPOSTE

Le implicazioni cliniche e sociali dell'interrogarsi sulla salute non possono che essere rilevanti,

se, con pazienza, ci si dispone nella condizione di osservarle, se in esse vi si coglie la possibilità di gettare un ponte tra idiosincrasie e vincoli e possibilità.

Penso a questo proposito al movimento importantissimo che è stato compiuto per fare luce sui bisogni, i desideri, le domande e dunque le risposte dei due interlocutori - chi chiede aiuto e chi è nella posizione di rispondere a quella domanda di aiuto - il loro presentarsi, la loro funzione, come pure il loro sconfinamento.

Un lavoro estremamente raffinato che intende porre l'accento sull'interconnessione tra la struttura e il processo della cura e invertire la tendenza all'oblio di questo legame.



² Per un approfondimento rimando ai contributi di [Migone, 1994, 1998]

Si pone a questo punto l'interrogativo di come facilitare la conoscenza di questo lavoro in un modo più efficace e diretto di quanto abbia fino ad ora fatto. Ho pensato che ricorrere ad una testimonianza mi avrebbe permesso di restare fedele al mio proposito:

"Fin dall'inizio, Erba si preoccupava che il suo interlocutore si trovasse di fronte a questa realtà: non era al suo bisogno che poteva rispondere, ma alla sua domanda. La risposta al bisogno sarebbe stata illusoria, avrebbe ri-proposto una situazione arcaica di indifferenziazione e di confusione. Avrebbe implicato l'onnipotenza del terapeuta, una sua totale assunzione di responsabilità. Avrebbe confermato il paziente in una posizione di impotenza, di dipendenza assoluta, lo avrebbe autorizzato a pretendere dal terapeuta, magicamente, quel benessere che, nella misura in cui era realisticamente possibile, solo a lui era dato di cercare e realizzare" (Erba, Di Prima, Semola, & Serra, 2014, p.45).

Si comprende bene, allora, come una tale prospettiva riconosca la domanda del paziente come la sola condizione perché possa estrinsecarsi la funzione terapeutica e dunque la possibilità di un cambiamento di divenire possibile. Un cambiamento che per quanto apertamente dichiarato, sembra essere osteggiato da una domanda "impossibile" che ne rende difficile la sua realizzazione.

Questo lavoro implica certamente di non lasciarsi catturare e sedurre dal primo contatto con il bisogno; la sua peculiarità è quella di muoversi nella direzione della comprensione di cosa venga ricercato con quella domanda di aiuto, la sua reale motivazione e rispetto ad essa di potervi lavorare per renderla visibile e contribuire alla sua trasformazione in una domanda possibile.

Ovvero, una domanda in cui possa essere scoperta la parte desiderante occultata, in modo più o meno importante, da quella bisognosa. Una domanda, in cui il domandante si riconosca

sofferente, riconosca l'altro nella sua capacità di aiutarlo e la relazione in cui sono immersi.

Una precisazione che, per quanto possa sembrare ovvia, sfugge spesso quando si parla di cura, rendendoci testimoni di quanto sia complessa la comprensione di cosa ognuno di questi aspetti presupponga e la loro interazione.

Come suggerisce Thanopoulos (2018), in una conversazione con Daniela Federici, proprio sul desiderio:

"Quando il bisogno non è collegato alla logica del desiderio, l'uso dell'altro è impersonale, ce ne serviamo per scaricare una tensione, è uno strumento che usiamo e di cui ci sbarazziamo se ci disturba. Nel campo di bisogno l'altro ci è indifferente e ci è anche estraneo perché non c'è una relazione personale". (p.141)

È evidente come l'orizzonte di cura che ho tentato di rappresentare, rimetta a ogni interlocutore la sua quota di partecipazione, la sua quota di responsabilità, la sua quota di libertà. Altrettanto evidente è che uno spazio di questo tipo non sia semplice da utilizzare per entrambi gli interlocutori, e quanto, questa condizione, richieda al paziente uno sforzo ulteriore a quello di percepirsi bisognoso di aiuto.

Uno sforzo, però, necessario perché egli possa riconoscere quelle potenzialità di salute che non riesce a vedere e la scelta che compie quando preferisce, (o forse è obbligato dalla sua stessa sofferenza a scegliere), certo in preda all'urgenza, una strada diversa.

Quest'ultimo aspetto, quello della scelta, ancora oggi, cattura un interesse solo marginale quando ci si interroga sulla capacità terapeutica di un intervento. Coinvolge ogni uomo, ma è così poco attraente o forse perturbante per attirare la nostra attenzione. Esso rimette in gioco la salute e la malattia diversamente da come siamo abituati a considerarle e il loro modo di esprimersi. Per questa ragione mi è sembrato utile fare riferimento alle parole di



Ettore Perrella (2012) che su questo aspetto sostiene:

"Nel suo Saggio sulla libertà Schelling ha scritto parole decisive su questo punto. Quando si tratta dell'azione e dell'individuazione, cioè dell'eticità, tutte quelle che sono determinazioni sono sempre, in realtà, effetti di una libera scelta. Infatti, se così non fosse non solo non ci sarebbe nessuna possibile guarigione, ma non ci sarebbe neppure nessun processo di individuazione e formazione, perché la nostra libertà di decisione sarebbe solo l'effetto meccanico ed automatico di forze il cui controllo ci sarebbe del tutto impossibile" (p.310).

Questo modo di intendere l'uomo e le possibilità che gli sono proprie riveste, di fatto, un ruolo importantissimo su quello che noi pensiamo sia la cura e quale sia la direzione del suo operare in indipendentemente dal contesto in cui essa agisca.

In proposito, come, di fatto, sostiene Bonomo (2012):

"La non domanda non è una novità (anche se ha rilievo e novità l'interrogarsi di Erba delle risposte possibili alle domande impossibili): c'è una non domanda anche nelle terapie infantile e nelle terapie psichiatriche, dove gli "adulti" e i "sani" decidono. Eppure ci sono i requisiti di correttezza, che consentono di partire dalla non domanda, per recuperare nel tempo una domanda personale e autentica" (p.266).

LE QUALITÀ UMANE NELLA CURA

Ciò che serve al paziente non è forse tanto la conoscenza che noi ci formiamo dei suoi "meccanismi" psicologici, quanto lo "spessore di esistenza" che la nostra presenza sviluppa nel suo mondo. Ciò può sembrare, a prima vista, un limite della psicologia ma ne è, a mio parere, la testimonianza più verace (Benedetti, 1983, p.60).

Interfacciarsi con i pazienti più fragili deve aver contribuito non solo, com'è noto, a mettere in

discussione le regole su cui, in modo ortodosso, per molto tempo si è dispiegata la cura, inducendo ad una revisione della teoria della tecnica, ma ha senz'altro motivato la riflessione su quali potessero essere, in quelle circostanze, ma non solo, i fattori terapeutici della cura.

Per molto tempo, ma, probabilmente, anche ora, le qualità umane, che evidentemente avevano modo di manifestarsi nella relazione, hanno rappresentato, per i più, un'aberrazione della professionalità che doveva essere riconosciuta, confinata, espiata, persino come una colpa, attraverso un intenso lavoro. Pochissimi, e in modo per lo più intuitivo, erano giunti a pensare che il modo in cui esse si dipanassero nella cura doveva avere un qualche ruolo, un'influenza sulla stessa.

Sempre Benedetti (1967), in proposito, a una platea di illustri colleghi, riunitisi proprio per discutere della Psicoterapia in Italia sottolineava:

"L'ammalato psichico non si rivolge mai, con i suoi sintomi, solo ad una parte della nostra personalità, quella professionale, ma l'ammalato ha sempre, pur nella sua malattia il privilegio di incontrarsi con noi sullo stesso piano umano su cui egli si trova e di mettere sempre alla prova l'intera gamma delle nostre possibilità di difesa, offesa e comprensione" (p. 58).

Intendo dire che ho trovato comprensibile, come la simmetria, persona-persona, pur in costanza dell'asimmetria di ruolo terapeuta-paziente, possa aver spaventato, in principio, molti, inducendoli ad abbandonare ogni riflessione che gli poneva innanzi una materia incandescente e pericolosa.

Da allora, certo non posso dire che nessun passo in avanti sia stato compiuto in questo senso, ma quello che ancora trovo curioso è che nel tirare fuori questo tema, che chiama in causa la processualità della cura, si faccia ancora difficoltà a pensarla integrata con la sua struttura, senza la quale la cura stessa non potrebbe esistere.

In altri termini, mi sembra ancora di riconoscere una reazione che tenda a sbilanciare l'essenza della cura verso l'una, la struttura o verso l'altra, la processualità. Quest'ultimo aspetto potrebbe essere, a mio avviso, profondamente influenzato dalla scelta di aderire, una volta affrontati dogmi e criticità, a quella che dovrebbe essere la formazione permanente e il suo senso. Come sostiene Erba (2000):

“È il rapporto del soggetto con l'oggettività del ruolo il punto cruciale di questo discorso, punto che investe, nel bene e nel male, ogni momento della nostra vita intra-soggettiva e relazionale” (p. 27).

UNA CONCLUSIONE

Il modo in cui attribuiamo significato al concetto di salute, a chi chiede aiuto e a chi risponde a quella richiesta di aiuto, nonché il modo in cui questi aspetti risultano ineludibilmente intrecciati definisce il nostro modo di curare.

Un modo che, ancora oggi, mi sembra smarrire la sua identità in relazione alle spinte mediche, istituzionali, personali che incontra. Un modo che, per legittimarsi ricorre alla medicalizzazione del suo impianto, mentre la medicina recupera al suo interno uno spazio per la narrazione.

Va detto che, come suggerito da (Erba e al., 2004):

“Diversamente dai bisogni fisici primari, che possono essere soddisfatti da terzi anche nella più totale passività del bisognoso, il bisogno di benessere emotivo e relazionale non può essere accolto e trattato senza il coinvolgimento attivo del titolare. Questo vale anche per il desiderio di salute: si può trascorrere un'intera vita all'insegna della sofferenza e del desiderio di curarla, senza mettere in atto i passi necessari per portare la domanda di aiuto a chi potrà accoglierla e trattarla”(p. 99).

Per quanto osservata e forse compresa anche nella sua bontà, da alcuni, e con gradi diversi di

attenzione e relativa speculazione, una sintesi della direzione in cui debba muoversi la cura non è ancora stata raggiunta, incarnata e condivisa.

“Se vogliamo, infatti una sintesi, guardando all'individuo nella sua totalità, non possiamo poi opporgli, quando la società si configura di fronte a lui nella sua funzione terapeutica, chi gli offre la posizione disinteressandosi di lui come persona, e chi invece tratta solo il suo disturbo emotivo” (Galli, 1967, op. cit, p. 141).

Lo scenario, di cui, pertanto, finiamo per essere spettatori, dimenticando quanto siamo attivamente ingaggiati nella sua definizione, dovrebbe, con maggiore impegno, condurci a recuperare una riflessione critica di tutti quegli aspetti che troppo poco ci inducono a mettere al centro della cura la persona, la sua salute, la sua libertà, la sua responsabilità.

BIBLIOGRAFIA

- Benedetti, G. (1967). Giornata studio su la formazione degli psichiatri. In (a cura di) Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia, *La psicoterapia in Italia. La formazione degli psichiatri. Atti delle giornate studio del 30-10-1965 e del 11-12-1966*, pp. 5-157, Milano: Centro studi di Psicoterapia Clinica.
- Benedetti, G. (1983). La psicoterapia come limite della scienza nel paradigma dell'incontro con l'infermo. *Rivista di Psicologia Analitica*, vol. 14, (27), pp. 50-61, 1983.
- Bonomo, S. (2012). Dalla Terapia per forza alla forza della Terapia. In C. Di Prima e S. Erba (a cura di), *Il ruolo terapeutico ricerche ed esperienze in psicoterapia* (pp.252-267). Milano: Franco Angeli.
- Erba, S. (1978). *Pratica socioterapeutica nel manicomio. Prassi alternativa: la repressione, le prospettive*. Milano: Gammalibri.
- Erba, S. (1998). *Domanda e Risposta. Per un'etica e una politica della psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Erba, S. (2000). La formazione psicoanalitica. *Rivista Italiana di Gruppo Analisi*, XIV, 2, 19-32.



- Erba, S. (2004). Un pensiero fondante le relazioni d'aiuto. *Il Ruolo Terapeutico*, 97,13-29.
- Erba, S., Di Prima, C., Semola, E. & Serra, P. (2014). *Psicoterapia: Un pensiero, un metodo, una pratica*. Milano: Franco Angeli.
- Galli, A. (1967). La medicina psicosomatica e il rapporto medico paziente. In (a cura di) Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia, *La psicoterapia in Italia. La formazione degli psichiatri. Atti delle giornate studio del 30-10-1965 e del 11-12-1966*, pp. 5-157, Milano: Centro studi di Psicoterapia Clinica.
- Migone, P. (1994). La psicoterapia nei servizi pubblici: in che modo è diversa dalla psicoterapia nel privato? *Il Ruolo Terapeutico*, 65, 40-44.
- Migone, P. (1998). Psicoterapia nel privato e psicoterapia nel pubblico: cosa implica, a livello teorico e pratico, considerarle "diverse"? *Il Ruolo Terapeutico*, 78, 82-87.
- Monaco, S. (2017). Un dialogo con Sergio Erba. *Il Ruolo Terapeutico. I Quaderni. Antologia semestrale di clinica e formazione psicoanalitica*, 2, giugno, 71-85.
- Perrella, E. (2012). Anche la psicopatologia è una scelta etica. In C. Di Prima e S. Erba (a cura di), *Il ruolo terapeutico ricerche ed esperienze in psicoterapia* (pp.291-312). Milano: Franco Angeli.
- Thanopulos, S. (2018). Desiderio e legge. Conversazione con Sarantis Thanopulos. In D. Federici (a cura di) *Il Ruolo Terapeutico. I Quaderni. Antologia semestrale di clinica e formazione psicoanalitica*, 4, giugno, 137-155.

LE QUATTRO STAGIONI DI UNA TERAPIA: PRIMAVERA/ESTATE

Daniela Teresa Zagaria
Psicologa, Psicoterapeuta

RIASSUNTO

L'articolo prende in esame lo sviluppo e la conclusione di una situazione clinica di terapia familiare affrontata secondo l'ottica sistemico-relazionale. Analizza il percorso psicoterapico svolto e il ripristinarsi di una condizione di benessere familiare. Descrive la scoperta di un nuovo legame genitoriale e la conseguente rinascita del rapporto di coppia mediante movimenti di ristrutturazione dei confini funzionali – avvenuti grazie all'assegnazione di prescrizioni specifiche – alla fase del ciclo di vita della famiglia.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia sistemica familiare, formazione in psicoterapia, supervisione.

La storia clinica che segue è il resoconto del lavoro psicoterapico condotto dall'autrice presso il Consultorio E.S.A.S, nel corso della formazione come psicoterapeuta, all'interno della fase di supervisione indiretta, svolta con il prof. Luigi Cancrini.

Fa seguito al lavoro redatto nel contributo "Le quattro stagioni di una terapia: autunno/inverno" edito su Psicopuglia n. 25 di Giugno 2020 e conclude la narrazione del caso. Rispettando le normative vigenti in materia di privacy, i nomi di persone e luoghi riportati in questo scritto sono fittizi ed è stato modificato qualsiasi altro elemento che potrebbe far identificare i protagonisti.



Voglio amare senza stringere, valutare senza giudicare, unirmi a te senza invadere, invitarti senza pretendere, lasciarti senza sensi di colpa, farti critiche senza incolpare, ed aiutarti senza insultare. Se posso avere la stessa cosa da parte tua, allora possiamo veramente incontrarci ed arricchirci a vicenda.

Virginia Satir, *Making contact*

I vostri figli non sono i figli vostri.

Essi non vengono da voi, ma attraverso di voi, e non vi appartengono benché viviate insieme.

Potete amarli, ma non costringerli ai vostri pensieri, poiché essi hanno i loro pensieri.

Potete custodire i loro corpi, ma non le anime loro, poiché abitano case future, che neppure in sogno potrete visitare. Cercherete d'imitarli, ma non potrete farli simili a voi poiché la vita non s'attarda su ieri. Voi siete gli archi da cui i figli, le vostre frecce vive, sono scoccate lontano.

In gioia siate tesi nelle mani dell'Arciere.

Kahlil Gibran, *Sui figli*

INTRODUZIONE

Quando Nicla si rivolge al Consultorio E.S.A.S, la sua famiglia si presenta disordinata e non distinta chiaramente nei suoi sottosistemi, (quello genitoriale e coniugale), tanto da adempiere con estrema fatica alle proprie funzioni. Le difficoltà espresse dalla donna, relative alla relazione con Anna, contaminano ogni aspetto della vita familiare, influenzando negativamente il rapporto coniugale e quello intergenerazionale con i genitori di Beppe. Oltre a questo si innescano meccanismi di attacco reciproco tra i coniugi e da parte della suocera nei confronti di Nicla, tutte le volte che la moglie tenta, a suo modo, di educare la figlia.

Infatti, nei momenti in cui la tempesta tra Nicla e Anna si scatena con urla e schiaffi, in assenza di Beppe, la suocera interviene assumendo la funzione genitoriale del figlio, quindi schierandosi contro la nuora al fine di proteggere la nipotina. Si delinea così una situazione altamente confusiva circa l'assunzione dei ruoli e della respon-

sabilità genitoriale, determinando l'impossibilità, per la coppia, di svolgere la funzione di filtro rispetto all'invasione della storia familiare. Con il tempo tutto questo crea una distanza emotiva tra i coniugi non più ormeggiati nel porto sicuro della loro relazione che, dopo l'interruzione improvvisa della prima gravidanza e l'eccessiva vicinanza della famiglia d'origine di Beppe, sembrano navigare in un mare in tempesta.

Le loro difficoltà, infatti, sono emerse a gran voce nel momento del difficile passaggio dalla coppia alla famiglia e, dunque, con la nascita di Anna.

La transazione alla genitorialità è la transazione per eccellenza che impegna a più livelli tutti i componenti della famiglia: la coppia dei neogenitori e le rispettive famiglie d'origine. Scabini e Cigoli (2000) sostengono che «alcune variabili che svolgono un ruolo significativo in questa fase della vita familiare sono: il legame di attaccamento, lo stile educativo, le aspettative dei coniugi relative alla suddivisione dei compiti e la presenza delle famiglie d'origine».

In questo passaggio, il sottosistema dei coniugi ha compiti specifici vitali per il funzionamento della famiglia. «Le principali capacità richieste per l'attuazione dei suoi compiti sono la complementarietà e il reciproco accomodamento che debbono permettere a ciascun coniuge di cedere senza pensare di essere sconfitto. Ciò vuol dire che la coppia deve sviluppare modelli in cui ciascun coniuge sostiene il modo di agire dell'altro in molti campi costituendo un territorio psico-sociale proprio, un rifugio in cui si possono dare reciproco sostegno emotivo» (Bowen, 1979, p. 141). Ma tra Nicla e Beppe il dolore, la rabbia, il senso di colpa dell'una e d'impotenza dell'altro hanno portato entrambi ad avere orecchie sorde per ascoltare le sofferenze reciproche, dando vita ad abissi di silenzio che riecheggiano nelle stanze del loro cuore.

Quando poi la tempesta familiare in cui sono imprigionati diventa troppo intensa, produce una specie di cortocircuito relazionale che rischia di



spazzare via ogni legame stringendo entrambi nella morsa della solitudine: lei accompagnata da un costante senso di inadeguatezza che col tempo l'ha portata a cucirsi addosso un vestito non suo; lui rifugiandosi il più possibile nel lavoro.

Pertanto, è apparso necessario che il sottosistema coniugale di Nicla e Beppe raggiungesse confini atti a proteggerlo dalle interferenze scaturite da richieste o esigenze di altri sistemi. È iniziato così un percorso di ristrutturazione del sistema familiare che ha permesso di creare confini ove non esistevano e di proteggere ogni membro della famiglia nel proprio spazio. La terapia sistemica-strutturale orienta il lavoro terapeutico mirando al cambiamento dell'organizzazione interna della famiglia e agendo nel qui ed ora del momento presente. «È un metodo fondato su una serie di presupposti relativi all'organizzazione e alle dinamiche familiari, al modo in cui queste si collegano ai problemi indi-

viduali e ai processi che generano il cambiamento nelle famiglie e nei singoli individui» (German, Knickern, 1995, p. 23).

Dal momento che i membri della famiglia si influenzano l'un l'altro, è possibile descrivere dunque la loro interazione in termini di processi autocorrettivi all'interno di un unico sistema, innescando un meccanismo di correzione d'errore quando uno qualsiasi dei membri supera un certo limite. Questo processo di comportamento reciproco definisce le regole del sistema familiare in modo da disciplinarlo consentendo il mantenimento dell'omeostasi.

In questa cornice «il terapeuta svolge un ruolo attivo e diviene uno strumento importante di cambiamento fungendo spesso da costruttore di confini, vanificando i confini invischiati e sciogliendo quelli rigidi» (Minuchin, 1996, p. 87). La sua valutazione dei sottosistemi familiari e dell'appropriato funzionamento dei confini fornisce un rapido quadro diagnostico della famiglia e serve ad orientare i suoi interventi

terapeutici. Perciò, ogni lavoro strutturale va costruito in base alla famiglia che ci si trova dinanzi e, quindi, il terapeuta deve «stabilire un rapporto di guida con la famiglia tramite cui far affiorare la struttura nascosta, espandere i contesti e creare situazioni in cui è possibile l'esplorazione dell'inconsueto» (Minuchin S., Fishman, 1982, p. 34).

tiamo con i nostri pazienti sperimentandoci come troppo uguali o troppo diversi». L'autrice è consapevole della diversità del percorso di vita della famiglia e della loro attuale fase di vita e le sue emozioni la inducono, innanzitutto, alla tutela e messa in protezione della piccola Anna. E per far questo è necessario mettere ordine tra livelli interdipendenti in cui i fatti si trovano ad

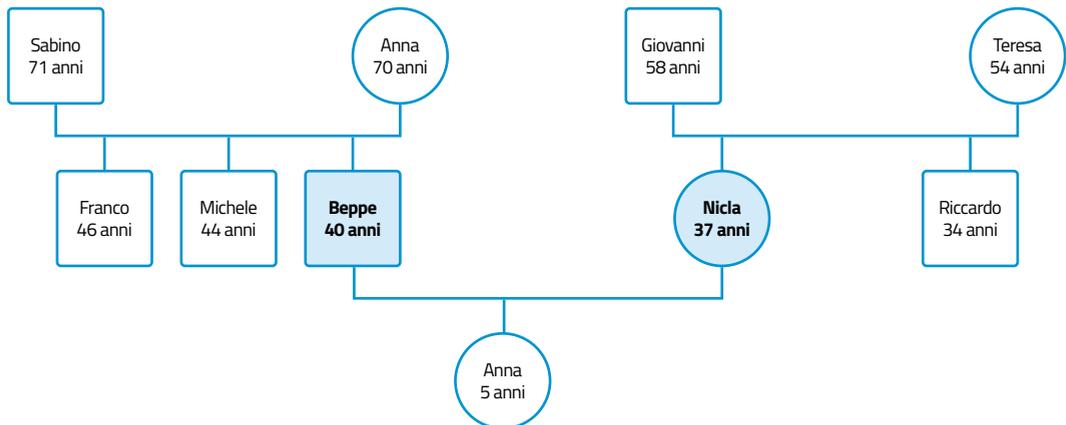


Fig. 1 - Genogramma di Beppe e Nicla

IL CONTROTRANSFERT E LA SUPERVISIONE

La storia di Nicla e della sua famiglia rappresentata per l'autrice una delle prime terapie familiari condotte durante gli anni della supervisione indiretta.

Preparando il materiale da proporre in supervisione ci si trova proiettati in una dimensione che consta di due ordini di riorganizzazione del pensiero, intimamente connessi tra loro: il primo riguarda la creazione di una storia comprensibile che riesca a descrivere il vissuto del paziente e il secondo è costituito da una riflessione sui movimenti del terapeuta in seduta che rimandano alle sue vicende personali. Il terapeuta, il suo vissuto e la sua storia condizionano inevitabilmente l'andamento degli incontri. Infatti, come sostiene Matteo Selvini (2006) «sperimentandoci come terapeuti capiamo delle cose su di noi come persone e su come abbiamo vissuto e viviamo la nostra collocazione nelle relazioni passate e presenti. Continuamente ci confron-

essere impropriamente collegati e ridare spazio e potere alle risorse bloccate dalla confusione. Una cosa importante sarebbe ripristinare una situazione regolare ed intervenire sul triangolo familiare. Per far questo, il primo passo è quello di modificare la relazione tra figlia e genitore iper-coinvolto attraverso il coinvolgimento del genitore periferico proprio nel momento problematico presentato – il pranzo o la cena – tramite l'assegnazione di un compito. Infatti, Haley (1977) sostiene che «il terapeuta che vuole favorire dei cambiamenti, sceglie qualche attività che somigli a quella che desidera cambiare, prende posizione rispetto a tale area, affermando che le cose dovrebbero andare in un certo modo e infine assegna un compito che verta sullo stesso tema». Dunque, appare fondamentale costruire un'alleanza strategica sia con la moglie, sottolineando la necessità di avere uno spazio per sé, perché troppo affaticata che con Beppe, mettendo in risalto l'importanza

di ritagliarsi uno spazio da dedicare ad Anna e soprattutto per essere di aiuto a Nicla.

Per il papà, inoltre, bisogna stabilire dei giorni sicuri in cui eseguire il compito e la mamma non deve intervenire tempestivamente, ma deve annotare su un quaderno le sue osservazioni sullo svolgimento del momento della cena tra Beppe e Anna.

Il passo successivo prevede un altro compito: l'utilizzo di un quaderno per ogni genitore, al fine di riportare osservazioni e suggerimenti sull'approccio educativo e relazionale dell'altro partner con Anna. È importante osservare, non intervenire subito se si è in disaccordo, ma riportare le critiche sul proprio quaderno e parlarne in terapia.

Dunque, «il terapeuta non è interessato ad alcun approfondimento diagnostico individuale e neppure ad una diagnostica classificatoria delle famiglie, perché il suo orientamento è pragmatico ed interventista finalizzato all'invenzione di tattiche di seduta e prescrizioni finali» (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, 1988, p. 55).

Così la supervisione, un processo attuato in un gruppo di lavoro, ha consentito all'autrice di far germogliare nuovi pensieri da tradurre in azioni segnando le tracce da seguire nel percorso di aiuto con Nicla e Beppe.

Inoltre, sostiene Haley che «il compito di un supervisore didatta non è solo di aiutare il terapeuta a riuscire con una particolare famiglia, ma anche di insegnare un modo di fare terapia» (Haley, 1983, p. 101).

FUORI DALL'INVERNO

Il gelido inverno ha alternato giornate di pioggia incessante e vento ad altre con cielo grigio e nuvole informi da sembrare coltri di ghiaccio. I fiochi raggi di sole che, pian piano, iniziano a fare capolino tra le nuvole, fanno intravedere l'azzurro limpido del cielo, riportando alla mente l'aria primaverile e il desiderio di assaporare nuovamente odori e colori.

Il tempo della terapia con Nicla e Beppe ha seguito le varie sfumature del fluire delle stagioni.

La prima prescrizione è accolta favorevolmente da entrambi i coniugi e viene dunque portata avanti con serietà e determinazione.

Il marito afferma con voce decisa: "Ci sono periodi in discesa e periodi in salita... queste settimane sono andate abbastanza bene e abbiamo fatto come ci ha detto. Ho trascorso le cene con Anna con piacere, tranne nel week end che lavoravo [...] Le prime due sere ho fatto i capricci perché voleva vedere i cartoni animati ma subito riuscivo a farla stare tranquilla...". Questo momento diventa una sorta di "master chef": il papà inventa nuovi esperimenti culinari da condividere con la figlia che funge da assistente, sempre pronta a mischiare gli ingredienti e assaggiare tutto! Ovviamente il papà supervisiona ogni singola mossa della bambina.

Infatti, come sostiene Andolfi (2010), «il padre è strutturalmente capace di relazionarsi ai figli con calore, sensibilità, emozioni e correttezza; di fornire in modo autonomo e responsabile tutte le cure di cui hanno bisogno e di svolgere in modo autonomo e responsabile anche i lavori domestici».

La moglie confessa che inizialmente si è sentita un po' esclusa, li osservava da lontano e ci girava intorno. È intervenuta soprattutto per placare i capricci della figlia, ma poi ha lasciato il campo a Beppe: "Mi sono sentita meno affaticata perché almeno in quei momenti non dovevo occuparmi di Anna [...] Poi io e mia figlia non abbiamo litigato per niente questi giorni...". Nel tempo rimasto libero ha potuto sbrigare delle faccende in casa, fare delle passeggiate con le amiche rientrando a casa anche dopo l'orario di cena e ritrovare un po' di ossigeno.

I loro occhi sono colmi di speranza e sollievo ed esprimono molta soddisfazione per la buona riuscita di questo esperimento. Infatti, lo scopo delle direttive date è proprio «il cambiamento attraverso l'azione, delle modalità con le quali i membri della famiglia interagiscono tra loro» (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1988, p. 25). Solo permettendo a Nicla e Beppe di ampliare i limiti delle proprie possibilità, for-

nendo modelli transazionali alternativi, è stato possibile modificare le regole e il sistema di controllo che condizionavano la loro vita di tutti i giorni.

Entrambi sostengono che la figlia faccia i capricci sia con il papà che con la mamma, ma si trovano in disaccordo sulla modalità di approccio nella specifica situazione. Infatti, Nicla sul suo quaderno riporta solo alcuni episodi in cui ha avvertito una maggiore permissività del marito nei confronti della figlia ed esprime il timore che così non si diano regole ferree, base per una buona educazione. La stanza di terapia diviene uno spazio protetto in cui i genitori possono confrontarsi sulle loro diversità e cercare di imparare l'uno dall'altro. Infatti Beppe assume un atteggiamento più comprensivo e pacato, mentre la mamma appare più direttiva e meno paziente, ma l'elemento inedito è la fiducia e il mutuo sostegno avvenuti in un'atmosfera di interdipendenza e reciprocità.

La trasformazione di struttura che, man a mano si sta attuando, è avvenuta proprio attraverso «il cambiamento di posizione di ciascun membro messo di fronte all'altro, con conseguente modifica delle reciproche richieste di complementarietà» (Minuchin S., 1976, p. 55).

Con il trascorrere dei mesi, infatti, i litigi tra mamma e figlia si stemperano sempre più, in casa non si scorge più neppure l'ombra di *quell'*incessante tempesta e si scorgono emozioni nuove nei volti di Nicla e Beppe: sembrano essersi ritrovati non solo come genitori ma anche come coppia. La tensione accumulata per diversi anni pian piano sembra svanire in un abbraccio. Forse il loro amore è sopravvissuto al male incessante e intollerabile che regnava in *quella* casa.

Ora Anna non è più strumento nelle mani dei genitori, non più in balia dei loro conflitti e delle relazioni interfamiliari ma, semplicemente, figlia. La serenità e il benessere familiare devono essere la priorità per permetterle di crescere in



un contesto sicuro e coerente. Condizione vitale per un sano sviluppo psicologico.

UNA NUOVA PRIMAVERA

L'atmosfera dei mesi invernali era sembrata piuttosto positiva, i giorni erano trascorsi serenamente in un clima di ascolto e collaborazione: il marito iniziava ad ammorbidirsi ritrovando fiducia nei confronti di sua moglie e aveva anche dimostrato di essere attivo e produttivo, sia nel contesto terapeutico che in quello familiare; Nicla, dal canto suo, aveva sperimentato la possibilità di mettere in discussione il timore del giudizio altrui, abbassando un po' le barriere costruite così da riconoscere l'apporto positivo dell'altro. In mezzo a tutto *quel* rumore lei si sentiva sola e osteggiata, mentre il marito avvertiva il dovere di fungere da scudo protettivo nei confronti della figlia. Ma, nella quiete della stanza di terapia, è stato possibile scorgere quei frammenti di sentimento disperso nell'abisso profondo del mare in tempesta.

Infatti, Bowen (1979) sostiene proprio che, nella psicoterapia familiare, «uno degli obiettivi è quello di portare i coniugi al punto in cui possano comunicarsi ciò che ognuno pensa e sente nei confronti dell'altro, e ciò che pensa o sente rispetto a sé stesso incoraggiandoli a parlare direttamente tra loro piuttosto che con il terapeuta».

La maggior comunicazione tra Nicla e Beppe aveva comportato un cambiamento non solo rispetto al proprio sé ma, soprattutto, all'interno delle dinamiche familiari, proprio attraverso l'apprendimento di modalità alternative di essere in relazione.

Il compito del terapeuta, come sostiene Bateson (1984), «è appunto quello di allargare il campo delle scelte possibili così è la coppia stessa a diventare l'artefice della propria guarigione».

Ma la difficoltà di negoziazione tra Nicla e Beppe era ancora presente, a fronte delle diverse modalità di educazione espresse nella relazione con Anna che si esplicano nelle diverse modalità di educazione della figlia.

La bambina riceve regole di comportamento differenti a seconda del genitore che aveva di fronte. E così Anna si agita e fa capricci, soprattutto quando è sola con uno dei due genitori, cosa che, invece, avviene molto meno nelle situazioni in cui sono presenti entrambi. Dunque, appare fondamentale riuscire a rendere più simili le risposte che la bambina riceve facendole confluire in un'unica.

La seconda prescrizione consta, pertanto, nell'affidare un quaderno a Nicla e Beppe in cui riportare, ognuno sul proprio, le osservazioni o suggerimenti da darsi reciprocamente sui reciproci comportamenti con la loro figlia. È importante osservare e non intervenire subito, ma annotare tutte le ragioni di disaccordo, per poi riparlare insieme in stanza di terapia. Il fine di questa direttiva è far diventare i genitori una squadra e non due giocatori in competizione tra loro, ponendo al centro l'educazione e il benessere di Anna.

«Quando la famiglia è motivata, il terapeuta deve dare delle indicazioni chiare e precise e dire esattamente che cosa si vuole che venga fatto [...] La direttiva dev'essere *data* piuttosto che *suggerita*» (Haley, 2010, p. 117). Infatti, entrambi i genitori dimostrano impegno nel portare avanti anche il secondo compito.

In prima battuta emerge che le ragioni delle divergenze nascono dalla non comprensione delle regole date, per lo più dalla mamma e non sempre condivise dal papà, legate ad un'educazione rigida e poco incline alle eccezioni. Uno scontro dai toni vivaci riguardava la possibilità di comprare regali alla figlia in occasioni non prestabilite. La madre era convinta che riempire Anna di regali l'avrebbe portata a pretendere sempre più e quindi a diventare una bambina viziata; Beppe, invece, esprime il suo disappunto con la convinzione che concedere la libertà di qualche eccezione alla regola non avrebbe inficiato la sua capacità di dare limiti alla figlia.

Ma la mamma sostiene che Beppe sia troppo permissivo e accondiscendente, mentre il papà ritiene che Nicla sia troppo autoritaria e che non

accontenti mai Anna. Emerge sempre più la disscrasia dei loro stili educativi che, però, se esercitati con rispetto, possono essere solo fonte di arricchimento e crescita per la figlia. Quello che invece confonde e fa soffrire Anna è il disaccordo aperto ed esplicito, manifestato davanti ai suoi occhi da bambina.

In stanza di terapia, Nicla e Beppe stanno piano imparando ad ascoltarsi e a capire le parole dell'altro, cosicché la musica dell'uno s'intreccia con quella dell'altro, dando vita ad un'inedita melodia.

Passati sei mesi, il tenue venticello primaverile soffia via qualsiasi incertezza e le parole lasciano il posto ad emozioni ancora vaghe e indefinite, ma soavi e di un'inaspettata contentezza. Entrambi sostengono che tutto è cambiato: Nicla e Anna discutono meno, senza ricadere in *quegli* attacchi così violenti; ma, soprattutto, i genitori sentono di essere più complici: pur mantenendo le loro diversità sono riusciti a ritrovare la loro unicità, prendendo le decisioni familiari insieme, ascoltando i punti di vista di ognuno e concedendo così la possibilità ad Anna di diventare sempre più autonoma.

Ovviamente, come accade in tutte le famiglie, ci potranno essere ancora discussioni e litigi sia tra i coniugi che con la bambina, ma la condizione necessaria ed essenziale è il mantenimento di confini chiari e definiti tra i diversi sottosistemi. Infatti, Minuchin (1980) afferma che «il sistema genitoriale svolge la funzione del nutrimento, della guida e del controllo, facendo sì che il bambino impari a comunicare ciò che vuole, a rapportarsi con le persone che hanno più forza di lui e ad aspettarsi un controllo adatto alla sua tutela e formazione». Inoltre, lo stesso autore, assieme a Baker e Rosman (1980), riferendosi al sottosistema coniugale, ritiene che «grazie ad esso il bambino impara la natura dei rapporti intimi, acquista modelli della transazione tra uomo e donna e impara l'espressione d'affetto e la gestione di conflitti». Dunque, ci sono vari spazi che vanno occupati e che devono rimanere distinti: quello dei genitori, dei figli, della coppia

e, infine, quello individuale di ogni membro della famiglia.

Così, lo spazio protetto della terapia aveva accolto, dato voce e significato alle emozioni più profonde di Nicla e Beppe. Aveva permesso di aprire dei varchi evitando che la loro forza crollasse in modo irreparabile e consentendo di costruirne una nuova, più adattiva, con lo sguardo sempre rivolto ad Anna.

FOLLOW UP

L'estate porta con sé numerose novità: la vacanza in famiglia a Maratea, il weekend di coppia, i laboratori educativi estivi di Anna e le sue nuove amicizie, la notizia di una nuova gravidanza e l'acquisto di una casa tutta loro.

Nicla ha una luce diversa che le illumina il viso, il sorriso contagioso, lo sguardo che splende come il chiarore di un'alba estiva e il bel pancione che avvolge dolcemente tra le sue braccia, mentre Beppe ha un'espressione sorridente e appare entusiasta per tutti i cambiamenti, soprattutto per il secondo figlio che desiderava da tempo.

I genitori hanno detto alla bambina della gravidanza? Entrambi annuiscono e il papà poi spiega che gliel'hanno comunicato solo dopo la visita dal ginecologo: "Anna è tutta contenta! Appena l'ha saputo è subito corsa dalle cugine per raccontarglielo...". Ora si prospetta innanzi a loro una nuova sfida, infatti, come sostiene Fishman (1982) «la nascita di un altro figlio provoca la distruzione degli schemi stabili fissati per il primo figlio. Bisogna elaborare una mappa familiare più complessa e differenziata, comprendente l'olone dei fratelli».

Ma Nicla e Beppe sembrano essere pronti ad accogliere il secondo figlio avendo riequilibrato l'assetto familiare solo dopo il processo di legittimazione dell'altro in quanto genitore e con l'integrazione della dimensione genitoriale nella relazione coniugale. E in trepidante attesa c'è anche e soprattutto Anna con i suoi occhi innocenti.

Il marito delinea tutte le procedure dell'acquisto della nuova casa, il mutuo e i vari lavori che dovranno affrontare, mentre la moglie descrive

minuziosamente il nuovo appartamento: si trova in una zona più centrale, in un condominio, ed è piuttosto grande, con due camerette e un giardino interno. Il loro trasferimento definitivo avverrà dopo la nascita di Chiara, per non affaticare troppo la mamma soprattutto a seguito dei campanelli d'allarme dei primi mesi. La moglie aggiunge con voce decisa e accogliente: "Stiamo prendendo tutte le decisioni insieme, dal colore dei muri all'arredamento, ma è lui ad impegnarsi maggiormente perché io non posso fare troppi sforzi...".

I due coniugi sono giunti a questa decisione solo dopo un percorso terapeutico che gli ha consentito non solo di modificare la struttura della famiglia nucleare, ma anche di ricalibrare le distanze con i propri genitori (soprattutto con quelli di Beppe) secondo modalità adeguate alle esigenze. Si è trattato cioè di stabilire una più serena ed equilibrata intimità che permette alla coppia di «accettare quanto di buono ritiene di trovare nel legame con i genitori, fare propri i mandati familiari senza però rinunciare a esprimere e a vivere modalità di esercizio della funzione genitoriale che siano concepite come prodotto della coppia» (Scabini E., Cigoli V, 2000, p. 134).

A distanza di un anno dal primo incontro, lo scenario che appare innanzi agli occhi dell'autrice sembra essere quello di un sistema familiare che ha ripreso la giusta struttura funzionale. Infatti, già da qualche mese il clima emotivo della famiglia – dentro e fuori lo spazio di terapia – è cambiato e, in virtù dei miglioramenti condivisi dalla coppia, il timing terapeutico si è allargato mese dopo mese; successivamente, dopo due mesi è stata assecondata la sua evoluzione mantenendo sempre un'attenzione particolare al problema con Anna che, man a mano, è sfumato. Ora la bambina manifesta un comportamento meno capriccioso, più incline all'ascolto e più autonomo nei compiti evolutivi adeguati alla sua età e nella socializzazione con i suoi coetanei.

Per Bowlby (1983), «la possibilità di esperire dei genitori incoraggianti, supportivi e cooperativi, fornisce al bambino un senso del proprio valore

personale, una fiducia nelle disponibilità degli altri e un modello adeguato su cui costruire le relazioni future. Inoltre, la possibilità di esplorare l'ambiente esterno con fiducia, ed interagire efficacemente con esso, facilita lo sviluppo di un senso di competenza».

I sorrisi e gli sguardi d'intesa della coppia, lo stupore e la gioia che trasmettono lasciano intendere che queste due persone hanno ritrovato l'assoluto della loro coppia. Come afferma Caillè (2007), «l'assoluto della coppia può emergere e rioccupare il posto che gli è proprio, quello del terzo, dimenticato, forse, ma mai insopprimibile».

Le difese di ognuno nei confronti dell'altro e la distanza emotiva tra di loro sono solo un vago ricordo. Pur non essendo giunti in terapia come moglie e marito, ma trasportati dalla problematica della figlia, loro hanno rappresentato gli occhi per vedere ciò che accadeva in casa. Ma, a loro insaputa, intraprendere gli incontri per aiutarli nell'arduo compito di genitori ha significato anche favorire un riavvicinamento nella relazione di coppia. Infatti, Minuchin (1976) ritiene che «il cambiamento è visto attuarsi nel processo di relazione tra il terapeuta e la famiglia e nella ristrutturazione della famiglia in modo attentamente pianificato, al fine di mutare i modelli transazionali disfunzionali».

Ecco come si conclude il viaggio con Nicla e Beppe, un viaggio iniziato con una tempesta familiare che invadeva ogni metro quadrato della loro casa e la cui eco rimbombava fino in alto, nell'appartamento dei genitori del marito. Oggi, quest'uomo e questa donna sono più complici e uniti che mai e sembrano aver ritrovato quell'amore disperso nell'abisso profondo del mare, un sentimento tornato in superficie più vivo e forte di prima.

Così, Nicla e Beppe tornano alla propria vita arricchiti non solo come coppia, ma anche come genitori, e soprattutto hanno ben chiaro il loro obiettivo: mantenere saldo il timone della loro vita familiare navigando verso nuove rotte con lo sguardo sempre rivolto a poppa dove Anna e Chiara giocheranno insieme felici.

Quando l'autrice li vede allontanarsi per l'ultima volta immagina che non stiano solo varcando una porta, ma che si dirigano verso nuovi orizzonti, nuovi viaggi. Nuove scoperte.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

La storia di Nicla e Beppe e della loro famiglia comincia con un momento di crisi e si conclude con una ri-nascita.

Ogni famiglia, nel corso degli anni, va incontro a cambiamenti continui, ma non sempre e, non tutte le famiglie, sono in grado di affrontarli senza difficoltà. Il momento evolutivo in cui la coppia aveva avvertito maggiormente l'impatto è stata la transizione alla famiglia con figli.

Non tutte le famiglie trovano da sole le risorse per far fronte ad un periodo di grande cambiamento come questo e perciò Nicla aveva bussato alla porta del consultorio per ben due volte e, come sostiene Cancrini (2013), «la psicoterapia è per le persone che la scelgono e la chiedono. [...] Scelta e richiesta sono peraltro il presupposto di un impegno del paziente e dei suoi familiari nella relazione terapeutica. Impegno senza cui non è possibile la realizzazione di quell'incontro umano che è la psicoterapia, al di qua e prima delle sue pratiche e tecniche specifiche». Impegno, dedizione e fiducia che Nicla e Beppe hanno portato avanti nel tempo della terapia, tempo di scontri, confronti, ascolto e accoglienza dell'altro in nome dell'amore per loro famiglia.

L'intervento di terapia familiare strutturale di Minuchin attuato si basa su piccole cose della vita quotidiana ed rappresenta una modalità di intervento leggero da applicare sulle problematiche comuni di ciascuno. In questo tipo di terapia è importante tralasciare le interpretazioni complesse che richiamano ad un *insight* profondo, per agire invece sul momento presente. Minuchin (1982) sostiene che «il terapeuta assume il controllo del sistema terapeutico ristrutturando l'intervento: deve dirigere delicatamente le esplorazioni del nuovo comportamento, spostare il piano sul quale la si asseconda dal contenuto al modo di procedere e legare concre-

tamente il modo di procedere al contenuto». Un aspetto molto importante per assecondare la famiglia è conoscere il linguaggio utilizzato dai suoi membri ed usarlo a sua volta per creare una via di contatto.

Tramite l'assegnazione delle prescrizioni sono emerse nuove alternative, l'organismo familiare è così apparso più complesso e ha sviluppato soluzioni accettabili per l'appianamento dei problemi. Così è stato possibile ristabilire una situazione regolare in cui coniugi fossero in cooperazione mantenendo confini chiari e definiti con il sottosistema F:

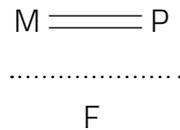


Fig. 2 - Intervento sulla struttura della famiglia

Bowlby (1982) concepisce il matrimonio, e dunque la relazione di coppia, «come l'espressione adulta dell'attaccamento, nel senso che corrisponde ad un tipo di rapporto che offre una base sicura per l'esplorazione e un guscio protettivo nei momenti di bisogno».

Ma la tempesta in cui sono immersi non rappresenta più un porto sicuro e, inoltre, tale contesto influisce sulle capacità genitoriali di Nicla che nella relazione con Anna manifesta strategie di iper-attivazione e controllo in virtù della costante percezione di segnali di pericolo avvertiti in *quella* casa; questo ha reso la relazione di attaccamento di tipo ansioso-ambivalente, incentivando uno stile educativo autoritario.

Numerosi autori tra cui Carli e Baumrind (2000), sostengono che «forme di attaccamento quali ansioso-ambivalente o evitante, e altri stili educativi, autoritario e *laissez faire*, possono rappresentare un serio rischio per il benessere del figlio». Bowlby utilizza il termine "attaccamento ansioso" per indicare lo stato di apprensione che il bambino può provare nei confronti dei *caregivers*, spinto dal timore che non siano disponibili



alle cure o dalla percezione del pericolo implicito – derivante dai litigi – che uno dei due genitori possa abbandonarlo.

Infatti Anna vive una situazione familiare che disorienta la sua crescita evolutiva tanto da manifestare comportamenti sintomatici preoccupanti. Solo grazie alle operazioni di ristrutturazione messe in atto è stato possibile ripristinare l'equilibrio familiare soprattutto attraverso il coinvolgimento della figura paterna all'interno del *menage* familiare.

L'importanza dell'attaccamento paterno e il ruolo svolto dal padre sia nel rapporto diretto con il figlio e sia all'interno della triade Madre-Padre-Bambino, a lungo trascurati o minimizzati, oggi sono al centro di un'interessante attività di ricerca. Dagli studi emerge che il padre influenza il figlio, fin dalla prima infanzia, nello sviluppo di una "base sicura" che possa sostenere, rispettivamente: la madre nello svolgimento delle

proprie funzioni di crescita del figlio e il bambino nelle attività di esplorazione e nello sviluppo dell'autonomia. Nello specifico, il papà potrebbe dare inizio a processi di cambiamento del contesto in cui il figlio è inserito e influenzare la relazione con la madre.

La relazione di attaccamento e lo stile educativo di Beppe differiscono molto da quelli instaurati tra mamma e figlia. Il papà, infatti, sperimenta un'educazione più permissiva ma affatto blanda, caratterizzata da un attaccamento sicuro che innesca un meccanismo di protezione della qualità del legame tra mamma e figlia. Inoltre, Andolfi sostiene che l'importanza del padre nello sviluppo del bambino debba rintracciarsi nel suo essere anche fattore di trasformazione dei modelli operativi interni determinanti nella costruzione del *self* del figlio.

Per di più, numerosi studiosi, tra cui Sroufe e Fleeson (2010), ritengono che «vi sia un'interdipendenza tra la qualità della relazione di



coppia e la relazione genitore-bambino, e che la sensibilità nei confronti dei bisogni del figlio sia strettamente correlata alla soddisfazione coniugale». Peraltro, l'effetto positivo della relazione di coppia dona al bambino la sensazione di sicurezza di poter usufruire dei due genitori che sanno condividere la cura del proprio figlio. Infatti, dopo il percorso terapeutico che ha consentito a Nicla e Beppe di riequilibrare il loro assetto familiare, il comportamento sintomatico di Anna si affievolisce sempre più, anche perché la bambina sente di ricevere una direzione educativa che ha sullo sfondo l'armonia e la complicità dei genitori, non più avversari ma giocatori della stessa squadra. In sostanza, diventano loro stessi il contesto in cui la figlia si sente protetta e amata, così da garantirle uno sviluppo ottimale.

Per Nicla e Beppe, dunque, incamminarsi in un percorso di riscoperta del loro legame ha significato volgere lo sguardo verso scenari autentici e gravidi di novità e gioia.

Il giorno in cui l'autrice li aveva incontrati non era certa che la tempesta con la figlia potesse placarsi e nemmeno che potessero diventare queste le trame del percorso di aiuto alla coppia. È stato uno dei primi successi terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., *Il padre ritrovato*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- Bateson G., *Mente e Natura*, Milano, Adelphi Edizioni, 1984.
- Bowen M., *Dalla famiglia all'individuo*, Roma, Astrolabio Editore, 1979.
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, volume 3: La perdita della madre, Torino, Boringhieri, 1983.
- Bowlby J., *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- Caillè P., *Uno più uno fanno tre*, Roma, Armando Editore, 2007.
- Cancrini L., Vinci G., *Conversazioni sulla psicoterapia*, Roma, Alpes Italia srl, 2013.
- German A.S., Knickern D.P., *Manuale di terapia della famiglia*, Torino, Boringhieri, 1995.
- Haley J., *Le strategie della psicoterapia*, Firenze, Sansoni Editore, 1977.
- Haley J., *Il distacco dalla famiglia*, Roma, Astrolabio-Ubalдини Editore, 1983.
- Haley J.; *La terapia del problem solving*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- Minuchin S., Rosman B. L., Backer L., *Le famiglie psicosomatiche*, Roma, Astrolabio Editore, 1980.
- Minuchin S., *Famiglie e Terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio Editore, 1976.
- Minuchin S., Fishman C.H., *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio Editore, 1982.
- Scabini E., Cigoli V., *Il familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Selvini M., *Controtransfert e risonanze nelle sedute individuali e nelle sedute familiari*, Relazione al convegno di Salice Terme, 2006.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M., *I giochi psicotici nella famiglia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1988.

MODIFICAZIONI PLASTICHE INDOTTE DALLA MUSICOTERAPIA

Mariangela Rendini
Psicologa, borsista c/o U.O.C. Oncologia
Medica & Breast Unit ASL Brindisi

Dario Loparco
Psicologo esperto in Psico-oncologia
c/o UOC Oncologia Medica & Breast Unit
ASL Brindisi

RIASSUNTO

La musica nasce e si articola in molteplici forme e con diverse funzioni ovunque esiste vita e comunicazione umana. Ogni società possiede la propria musica esattamente come la propria lingua e cultura. Riveste quindi un ruolo importantissimo nella vita di ogni individuo e viene appresa esattamente come il linguaggio, coinvolgendo più sistemi ed aree cerebrali.

Lo scopo di questo articolo è quello di analizzare e mettere in evidenza le aree cerebrali e le strutture coinvolte nell'apprendimento e nell'esecuzione musicale evidenziando le analogie e le differenze strutturali e funzionali presenti in musicisti e non musicisti. Grazie al contributo di numerosi studi questo è stato dimostrato concretamente, mettendo in luce il potenziale plastico del cervello umano.

La neuroplasticità è una risorsa umana fondamentale: la capacità del cervello di rimodellarsi, adattandosi e riorganizzandosi dopo una determinata pratica dà piena conferma alla possibile efficacia di determinate tecniche riabilitative.

La musicoterapia rientra tra queste: il potere della musica di modificare l'attività neuronale

all'interno di determinate strutture cerebrali ha implicazioni per lo sviluppo di terapie basate sulla musica per il trattamento di disturbi neurologici e psichiatrici associati a disfunzioni e ad anomalie morfologiche (Koelsch, 2014).

PAROLE CHIAVE

Neuroplasticità, musicoterapia, modificazioni, emozioni

INTRODUZIONE

L'influenza della musica sul cervello umano è stata studiata recentemente in numerosi studi ed è stato dimostrato che l'allenamento musicale a lungo termine porta alla comparsa di processi neuroplastici cerebrali strutturali e funzionali producendo differenze cognitive tra musicisti e non musicisti (Münste, 2002).

Studi condotti con l'ausilio della risonanza magnetica, l'elettroencefalografia e la magnetoencefalografia sul cervello di musicisti hanno dimostrato concretamente i cambiamenti cerebrali che l'attività musicale prolungata comporta, sia da un punto di vista strutturale che funzionale.



Nel dettaglio, sono stati riscontrati dei cambiamenti strutturali nei musicisti a livello del:

- **Corpo calloso:** uno studio condotto da Schlaug e colleghi ha riscontrato, misurando la morfometria del corpo calloso che la sua porzione anteriore è significativamente più grande nei musicisti rispetto a non musicisti e che le dimensioni sono maggiori in chi inizia la formazione musicale anni prima (Schlaug, 1995);
- **Corteccia motoria:** uno studio condotto su un campione di musicisti destrosi e non musicisti ha mostrato un minor grado di asimmetria tra gli emisferi nei musicisti in quanto presentano una corteccia motoria destra più ampia. Inoltre è stato riscontrato un aumento del volume della materia grigia (Amunts, 1997);
- **Cervelletto:** uno studio condotto sempre da Schlaug e colleghi ha mostrato, misurando il volume del cervelletto in musicisti e non musicisti maschi, un livello di densità della materia grigia superiore nel cervelletto destro dei musicisti (Schlaug, 1998). Questo aumento è stato spiegato come la conseguenza dell'adattamento microstrutturale del cervello in risposta all'inizio e alla pratica continua di sequenze bimanuali complicate;
- **Corteccia uditiva:** uno studio condotto da Gaser e colleghi ha rilevato un aumento del volume della materia grigia nelle aree cerebrali motorie, uditive e visuospatiali dei musicisti (Gaser, 2003);
- **Capsula interna:** uno studio condotto con l'intento di analizzare gli effetti dell'ampia pratica del pianoforte durante l'infanzia, adolescenza ed età adulta sulla materia bianca ha mostrato una maggior strutturazione della capsula interna posteriore destra nei musicisti (Bengtsson, 2005). L'allena-

mento può indurre la plasticità della materia bianca se avviene nel periodo in cui le fibre interessate sono ancora in fase di maturazione.

Dal punto di vista funzionale invece nella:

- **Corteccia sensomotoria:** studiando la rappresentazione corticale somatosensoriale del pollice e del mignolo dei suonatori d'archi (violinisti, violoncellisti) e non musicisti è stato riscontrato che dopo l'eccitazione del pollice e del mignolo della mano sinistra, la forza di attivazione corticale è più alta nei musicisti rispetto ai soggetti di controllo (Elbert, 1995). Effetto particolarmente pronunciato per il mignolo. Non vi era invece alcuna differenza nelle rappresentazioni corticali dopo la stimolazione della mano destra. La rappresentazione cerebrale migliora per le dita della mano che viene utilizzata più intensamente nei suonatori d'archi e più un dito viene stimolato e maggiore è la risposta corticale. Questo studio di Elbert e colleghi ha quindi dimostrato che i musicisti presentano un aumento della rappresentazione corticale delle dita della mano;
- **Corteccia uditiva:** uno studio di Pantev e colleghi ha analizzato la rappresentazione corticale uditiva in musicisti e non musicisti notando la presenza di un aumento della rappresentazione corticale dei toni nei musicisti rispetto ai non musicisti superiore del 25% (Pantev, 1998). Sia Elbert che Pantev hanno inoltre rilevato un maggior grado di rappresentazione corticale nei musicisti che hanno iniziato presto l'allenamento musicale (Elbert, 1995);
- **L'ippocampo:** Herdener e colleghi hanno studiato le capacità plastiche dell'ippocampo valutando le risposte cerebrali indotte dalla novità temporale nei musicisti e in non musicisti (Herdener, 2010). L'ippocampo ha un ruolo chiave nella memoria e nella na-



vigazione spaziale ma è anche coinvolta in modo cruciale in varie forme di rilevamento della novità. Lo studio ha rilevato la presenza di risposte migliorate alla novità nell'ippocampo anteriore sinistro in musicisti professionisti (studio trasversale) e studenti di musica dopo un anno di formazione di abilità uditive intensive (studio longitudinale);

- **Tronco cerebrale:** Musacchia e colleghi hanno dimostrato che i musicisti presentano risposte uditive ed audiovisive più rapide e ampie agli stimoli vocali e musicali (Musacchia, 2007).

La complessità delle reti neurali migliora quindi con la complessità delle informazioni uditive. L'allenamento musicale può aggiungere rappre-

sentazioni mentali della musica che possono coinvolgere diversi substrati cerebrali.

I musicisti professionisti utilizzano perciò secondo Altenmüller reti neurali più grandi e complesse rispetto ai non musicisti (Altenmüller, 2001).

PRATICA MUSICALE E FUNZIONI COGNITIVE

I processi neuroplastici strutturali e funzionali verificati nel cervello dei musicisti influenzano il loro funzionamento cognitivo producendo differenze evidenti tra musicisti e non musicisti. Imparare a suonare uno strumento è un compito complesso che implica l'interazione di più funzioni cognitive.

Un prolungato allenamento musicale porta quindi ad:



- Un potenziamento delle abilità visuospatiali con una relativa capacità di attenzione visuospatiale più equilibrata (Brochard, 2004);
- Strategie oculomotorie più efficienti (Kopiez, 2002);
- Un aumento della capacità di attenzione visiva divisa (Rodriguez, 2007);
- Una elaborazione visiva avanzata dei dettagli locali (Stoesz, 2007);
- Una memoria visiva superiore (Jakobson, 2008);
- Memoria verbale superiore (Brandler, 2003).

Non è ancora chiaro tuttavia se gli studi sulle abilità cognitive avanzate riscontrate nei musicisti siano una conseguenza dell'allenamento a lungo termine o capacità innate in quanto la maggior parte degli studi condotti sono di natura correlazionale o di natura esperienziale, ostacolando così la determinazione di un chiaro nesso causale (Caramelli, 2010). Tuttavia questi studi hanno fornito prove che supportano l'idea degli effetti musicali legati alla formazione del cervello e della cognizione.

POTENZIALI ELETTRICI CEREBRALI

L'elettroencefalogramma registra le oscillazioni dei potenziali elettrici nel cervello. Usato per valutare le azioni sinaptiche nella corteccia cerebrale, connesse allo stato del cervello, riflettono ed identificano l'attività elettrica cerebrale di base. L'attività cerebrale non dipende da specifici stimoli sensoriali ma potrebbe essere alterata dagli stessi, come registrato dai risultati degli elettroencefalogrammi (Kučikienė, 2018).

Le tracce di tensione registrate dagli elettroencefalogrammi sono descritte come onde e definite in base a tre parametri: ampiezza, fre-

quenza e fase. Altra unità importante che nell'elettroencefalogramma descrive le onde cerebrali è la potenza spettrale delle onde, espressa in Volt al quadrato per Hz (V^2/Hz) (ibidem).

La potenza assoluta delle onde cerebrali descrive la potenza di alcune componenti di frequenza in un determinato periodo di tempo mentre la potenza relativa riflette il ruolo di una frequenza specifica nel contesto di tutte le frequenze.

A seconda della frequenza le onde possono essere classificate come (Nunez, 2007):

- **Delta (1 - 4 Hz):** frequenze molto basse, presenti durante il sonno profondo, il coma e l'anestesia;
- **Theta (4 - 8 Hz):** registrate durante l'esecuzione di compiti, come il calcolo mentale e l'utilizzo della memoria di lavoro (Sammler, 2007);
- **Alfa (8 - 13 Hz):** presente in uno stato di riposo da sveglia, rilassato o concentrato. La frequenza alfa e l'attività cerebrale sono inversamente correlate, quindi maggiore è la potenza alfa meno vi sarà attività cerebrale (Kučikienė, 2018);
 - Alfa 1 (8 - 10 Hz);
 - Alfa 2 (11 - 13 Hz);
- **Beta (più di 13 Hz):** associato all'integrità corticale. Queste onde si verificano durante lo stato di veglia e l'aumento delle stesse può essere causato da stress ed emozioni intense. L'assenza di queste onde invece si riscontra in caso di lesioni corticali, motivo per cui vengono utilizzate come indicatore di una compromissione delle funzioni corticali (Kozelka, 1990);
- **Gamma (30 - 40 Hz).**

Le onde cerebrali indicano stati distinti del cervello e variano in base a diversi fattori. Possono essere modificate da vari stimoli esterni, come gli stimoli uditivi e quindi dalla musica

(Kučikienė, 2018).

Molti studi che hanno voluto indagare l'effetto della musica sul cervello di soggetti sani hanno utilizzato la sonata in Re maggiore per due pianoforti di Mozart. Lo stesso pezzo ha infatti ispirato l'effetto Mozart di Campbell. Secondo la letteratura attuale questa sonata infatti provoca un aumento significativo della potenza della banda alfa, cambiamento che non si è verificato nell'ascolto di "Per Elisa" di Beethoven (Verruso, 2015).

Questa sonata di Mozart è nota anche per il miglioramento delle prestazioni spaziali; le onde cerebrali correlate a questo miglioramento sono (Rideout, 1996):

- **Theta:** con una riduzione della potenza nell'area temporale sinistra;
- **Beta:** con un aumento della potenza nella regione temporale sinistra, frontale sinistra e temporale destra;
- **Alfa 1:** che aumenta e resta così protratta nel tempo.

L'effetto della musica non è tuttavia strettamente correlato ad un pezzo specifico. Degli studi hanno dimostrato che la musica che piace personalmente ad un soggetto migliora gli spettri di potenza dell'elettroencefalogramma a livello globale: l'effetto si nota maggiormente nelle frequenze beta ed alfa, nelle regioni frontale e temporale destra (O'Kelly, 2013).

Sono stati effettuati inoltre degli studi per analizzare l'impatto della musica sull'attività bioelettrica del cervello su soggetti con disturbi della coscienza. Nello specifico i pazienti trattati, in stato comatoso, presentavano delle lesioni cerebrali traumatiche. Lo studio ha dimostrato che l'applicazione della musicoterapia portava in questi soggetti alla diminuzione della quantità delle onde a bassa frequenza ed aumentava le onde ad alta frequenza (Nunez, 2007).

Quando un soggetto è in coma l'attività delle

onde cerebrali è ridotta e rallentata, l'aumento della quantità di onde ad alta frequenza riscontrato con l'ausilio della musicoterapia dimostra quindi la sua efficacia.

Lo stesso studio è stato svolto su pazienti con sindrome da veglia non rispondente, una condizione per cui i soggetti si svegliano dal coma, aprendo anche le palpebre, ma restano in uno stato non rispondente ad alcuno stimolo. In questo caso lo studio ha dimostrato che l'ascolto del proprio brano preferito portava i soggetti ad una riduzione del rapporto theta/beta e della potenza theta (Keller, 2015). La diminuzione del rapporto theta/beta deriva dalla diminuzione delle ampiezze theta che mostrano uno spostamento del ritmo dominante nella banda alfa, condizione che porta al recupero della integrità cerebrale.

Lo stato di minima coscienza viene registrato nell'elettroencefalogramma come picco spettrale nell'intervallo theta. Gli studi hanno dimostrato che l'ascolto del brano preferito portava a dei picchi negli emisferi destro e sinistro dimostrando che la musica può avere un effetto attivatore sull'encefalo di soggetti con disturbo della coscienza (O'Kelly, 2013).

Gli effetti della musicoterapia a lungo termine sono stati studiati anche su pazienti psichiatrici, dimostrando un significativo aumento delle onde alfa e la riduzione delle onde beta in pazienti con depressione maggiore, schizofrenia o disturbi d'ansia. La musica piacevole aiuta i pazienti ad entrare in uno stato di tranquillità e li distrae da sentimenti e pensieri spiacevoli, stimolando i recettori uditivi (Fachner, 2013).

Evidenze scientifiche hanno inoltre dimostrato che la musicoterapia a lungo termine in pazienti con diagnosi di depressione porta ad un significativo aumento della potenza alfa frontotemporale sinistra e della potenza theta temporoparietale sinistra. Oltre a queste evidenze è stata osservata una riduzione di sintomi depressivi ed ansiogeni dopo ogni seduta di musicoterapia. Secondo gli autori questi risultati dimostrano l'azione della musicoterapia sull'attività cortica-



le e la relativa riorganizzazione neurale (Kwon, 2013).

Vi sono numerose condizioni croniche che potrebbero trarre beneficio dalla musicoterapia, uno di questi è il dolore cronico. Il dolore cronico può essere causato da numerosi fattori, psicologici e fisiologici. La musica, in associazione ad altri tipi di terapia può essere un possibile approccio terapeutico utile per i pazienti che presentano questa problematica. Come precedentemente detto l'ascolto del proprio brano preferito porta ad una riduzione delle onde delta nel giro cingolato, distogliendo l'individuo da pensieri ed emozioni spiacevoli (Clément, 2012).

MODIFICAZIONI PLASTICHE CEREBRALI

Sono coinvolte numerose regioni cerebrali, corticali e subcorticali, nell'ascolto e nella produzione musicale. Le regioni primarie e secondarie nella corteccia cerebrale sono fondamentali per qualsiasi percezione cosciente delle informazioni sensoriali, uditive, visive o somatosensoriali. La musica influenza e modifica l'attività cerebrale nelle regioni adibite alla regolazione sensoriale e quelle della regolazione motoria: frontali, parietali e temporoccipitali (Altenmüller M., 2007).

Il lobo frontale è responsabile dell'attenzione, della pianificazione e preparazione motoria, dell'integrazione delle informazioni uditive e motorie, dell'imitazione e dell'empatia.

L'imitazione e l'empatia hanno un ruolo importante nell'acquisizione delle abilità musicali. Le regioni che si occupano dell'integrazione multisensoriale nel lobo parietale e nelle aree temporoccipitali integrano diversi input sensoriali del sistema uditivo, visivo e somatosensoriale.

Il cervelletto svolge un ruolo importante nell'esperienza musicale perché consente il coordinamento motorio, consentendo un adeguato tempismo nell'esecuzione di un brano, viene infatti attivato durante l'elaborazione del ritmo (Tramo, 2001).

La rete emotiva è cruciale per le percezioni emo-

tive della musica e di conseguenza influiscono sulla motivazione di un individuo ad ascoltare o impegnarsi in qualsiasi attività musicale, l'attivazione di questa rete dipende dai due lobi frontali, dal giro cingolato e dalle strutture cerebrali delle parti evolutivamente vecchie del cervello come l'amigdala, l'ippocampo ed il mesencefalo (ibidem).

Il cervello è un organo che cambia e si adatta in base agli input che riceve dall'ambiente esterno. L'attività musicale è un potente stimolo ambientale che porta l'encefalo all'adattamento mediante la plasticità cerebrale.

La plasticità cerebrale indotta mediante la produzione musicale può quindi recare numerosi benefici (Altenmüller S., 2015):

- Cambiare o ripristinare le reti cerebrali sensorimotorie compromesse;
- Influenzare lo stato neuroormonale, quindi i processi cognitivi ed emotivi in individui sani e neurologicamente compromessi;
- Indurre dei miglioramenti in soggetti che presentano disabilità motorie ed emotive mediante la musicoterapia.

Gli effetti della plasticità cerebrale sono più evidenti in musicisti professionisti, in quanto essa richiede un intenso e continuo allenamento.

La plasticità cerebrale può verificarsi in periodi temporali diversi, l'efficienza e le dimensioni delle sinapsi possono variare in tempi che variano da secondi a minuti e la crescita delle sinapsi e dei dendriti possono richiedere da ore a giorni. Altre modificazioni plastiche possono richiedere anche diverse settimane, come l'aumento della densità della materia grigia che porta ad un ampliamento dei neuroni e ad un cambiamento della densità sinaptica, delle cellule gliali riducendo l'apoptosi.

Anche la densità della sostanza bianca cambia a seguito dell'allenamento musicale perché porta ad un ampliamento delle cellule mieliniche:

esse, avvolte attorno agli assoni contribuiscono ad aumentare la velocità degli impulsi elettrici che viaggiano lungo i tratti delle fibre nervose. In condizioni in cui è richiesto un rapido trasferimento di informazioni ed una elevata precisione temporale queste cellule mieliniche crescono e aumentano la velocità di conduzione nervosa.

All'interno di queste guaine mieliniche gli assoni possono formare nuove connessioni (Wan, 2014).

Le regioni cerebrali coinvolte in compiti specifici possono anche ampliarsi dopo un allenamento a lungo termine a causa della crescita di strutture a supporto della funzione nervosa, come i vasi sanguigni (responsabili del trasporto di ossigeno e glucosio) o cellule gliali (responsabili dell'omeostasi locale).

Il confronto tra l'anatomia cerebrale dei musi-

cisti esperti e quello dei non musicisti mostra come la pratica strumentale prolungata porti ad allargamento dell'area della mano nella corteccia motoria (Amunts S. J., 1997).

Uno studio di Gaser e Schlaug (2003) ha inoltre dimostrato l'aumento della densità della materia grigia nelle regioni motorie sensoriali corticali, uditive, nella corteccia prefrontale dorso-laterale sinistra e nel cervelletto nei musicisti esperti rispetto ai non musicisti o rispetto a dei dilettanti (Gaser, 2003).

SISTEMA UDITIVO E NEUROPLASTICITÀ

Il sistema uditivo è fondamentale nella musica ed è quindi il sistema più coinvolto e modificato nella pratica musicale. I cambiamenti funzionali e strutturali dovuti all'esperienza musicale coinvolgono varie fasi del percorso uditivo: dal tronco cerebrale al livello della corteccia prima-





ria e le aree circostanti alle aree coinvolte nella cognizione uditiva di ordine superiore (Bermudez, 2009).

Studi neurofisiologici su animali hanno mostrato cambiamenti nelle risposte corticali uditive suscitate da una esposizione a lungo termine o a breve termine a specifici suoni strutturati. Sono stati quindi riscontrati cambiamenti a lungo termine che mappano le proprietà della corteccia uditiva in funzione dell'esposizione a stimoli specifici (Ahissar, 1998). A seconda del paradigma comportamentale utilizzato (condizionamento classico, apprendimento stimolo risposta, etc.) questi cambiamenti prendono forme diverse comportando delle modifiche al campo recettivo ed agli aspetti temporali. Questi cambiamenti sono specifici per le attività anche all'interno della stessa regione corticale e la riorganizzazione è più forte quando l'input uditivo è rilevante a livello comportamentale e se viene istruita attivamente (Fritz, 2005).

La rimappatura corticale e l'adattamento della sintonizzazione neurale dipendono in modo critico dal valore di ricompensa dello stimolo imparato ed è relativo alle influenze neuromodulatorie derivanti dal mesencefalo e dai nuclei del proencefalo (Bakin, 1996). Questi cambiamenti sono inoltre influenzati dallo stato di maturità del sistema nervoso, maggiore durante i primi anni di sviluppo (De Villers-Sidani, 2008). Vi sono anche cambiamenti a breve termine nella proprietà di risposta neurale che riflettono le contingenze di una determinata attività e sono rapidamente reversibili.

NEUROPLASTICITÀ, MUSICA ED EMOZIONI

I principi della neuroplasticità dimostrano gli effetti positivi della musicoterapia nel trattamento di varie patologie.

Studi di neuroimaging funzionale su musica ed emozioni mostrano che la musica può modulare l'attività delle strutture cerebrali note per essere coinvolte in modo cruciale nelle emozioni, come (Koelsch, 2014):

- **Il nucleo accumbens:** in quanto il piacere

evocato dalla musica è associato all'attivazione di una rete di ricompensa filogeneticamente vecchia che funziona per assicurare la sopravvivenza dell'individuo e della specie;

- **L'ippocampo:** che ha un ruolo fondamentale nella generazione di emozioni legate all'attaccamento e può essere attivato dalla musica grazie alla capacità della stessa di sostenere l'attaccamento sociale;
- **L'amigdala superficiale:** coinvolta nell'elaborazione delle informazioni socio-affettive di base, compresa la musica;
- **L'ipotalamo:** che valuta il comportamento emotivo e garantisce una risposta rapida agli stimoli in entrata;
- **L'insula:** sorgente delle emozioni e dell'empatia;
- **La corteccia cingolata:** in quanto la musica evoca cambiamenti nell'attività delle regioni centrali del cervello che sono la base delle emozioni;
- **La corteccia orbitofrontale:** cruciale nella formazione di ricordi emozionali.

Associando una musica gratificante a comportamenti desiderati e non musicali i terapeuti possono attingere al percorso di ricompensa del cervello: l'obiettivo della musicoterapia è quindi quello di suscitare cambiamenti comportamentali a loro volta sostenuti da cambiamenti nel cervello (Zatorre, 2015).

I principi neuroplastici che spiegano gli effetti della musicoterapia sono essenzialmente tre:

- Il piacere evocato dalla musica è associato all'attività del percorso della ricompensa mesolimbica dopaminergica: la dopamina è un neurotrasmettitore primario coinvolto nella neuroplasticità ed i neuroni dopaminergici nella rete retributiva del cervello, tra

cui l'area tegmentale ventrale ed il nucleo accumbens, sono implicati nel rimodellamento corticale correlato alla ricompensa, apprendimento e potenziamento a lungo termine dell'ippocampo (Koelsch, 2014). Esattamente come il cibo e le droghe la musica piacevole attiva queste reti coinvolte nella ricompensa;

- I neuroni che si attivano simultaneamente si legano: affinché due neuroni realizzino una nuova connessione o ne rafforzino una esistente devono attivare i potenziali di azione in modo sincrono, effetto visibile ed indotto per esempio in musica dagli stimoli sensoriali.
- Accoppiando la musica con altre attività come il movimento, la vocalizzazione o la respirazione il musicoterapista provoca nel soggetto il coinvolgimento simultaneo di neuroni nelle aree cerebrali coinvolte nel controllo di tali comportamenti, rafforzando la connettività dei neuroni e portando a cambiamenti più rapidi e permanenti nei loro pazienti (Stegemöller, 2014);
- L'esposizione al rumore è stressante, compromettendo la cognizione e la memoria: una ricerca condotta da Stegemöller e colleghi ha dimostrato che la musica e le canzoni sono più consonanti della parola e che musicisti formati presentano meno "rumore" nei loro segnali acustici sia parlati che cantati. I musicoterapisti quindi, presentando una formazione musicale sia strumentale che vocale hanno la capacità di ridurre al minimo la quantità di rumore ottimizzando la precisione della risonanza dei loro suoni musicali e promuovendo in tal modo la neuroplasticità nel cervello dei pazienti trattati (Stegemöller, 2008).

Il potere della musica di modificare l'attività neuronale all'interno di queste strutture cere-

brali ha implicazioni per lo sviluppo di terapie basate sulla musica per il trattamento di disturbi neurologici e psichiatrici associati a disfunzioni e ad anomalie morfologiche in queste strutture (Koelsch, 2014).

Sono coinvolte numerose regioni cerebrali, corticali e subcorticali, nell'ascolto e nella produzione musicale. Le regioni primarie e secondarie nella corteccia cerebrale sono fondamentali per qualsiasi percezione cosciente delle informazioni sensoriali, uditive, visive o somatosensoriali.

La musica influenza e modifica l'attività cerebrale nelle regioni adibite alla regolazione sensoriale e quelle della regolazione motoria: frontali, parietali e temporoccipitali (Altenmüller M., 2007).

Il lobo frontale è responsabile dell'attenzione, della pianificazione e preparazione motoria, dell'integrazione delle informazioni uditive e motorie, dell'imitazione e dell'empatia.

L'imitazione e l'empatia hanno un ruolo importante nell'acquisizione delle abilità musicali. Le regioni che si occupano dell'integrazione multisensoriale nel lobo parietale e nelle aree temporoccipitali integrano diversi input sensoriali del sistema uditivo, visivo e somatosensoriale.

Il cervelletto svolge un ruolo importante nell'esperienza musicale perché consente il coordinamento motorio, consentendo un adeguato tempismo nell'esecuzione di un brano, viene infatti attivato durante l'elaborazione del ritmo (Tramo, 2001).

La rete emotiva è cruciale per le percezioni emotive della musica e di conseguenza influiscono sulla motivazione di un individuo ad ascoltare o impegnarsi in qualsiasi attività musicale, l'attivazione di questa rete dipende dai due lobi frontali, dal giro cingolato e dalle strutture cerebrali delle parti evolutivamente vecchie del cervello come l'amigdala, l'ippocampo ed il mesencefalo (ibidem).

Il cervello è un organo che cambia e si adatta in base agli input che riceve dall'ambiente



esterno. L'attività musicale è un potente stimolo ambientale che porta l'encefalo all'adattamento mediante la plasticità cerebrale (Wan S., 2010).

La plasticità cerebrale indotta mediante la produzione musicale può quindi recare numerosi benefici (Altenmüller S., 2015):

- Cambiare o ripristinare le reti cerebrali sensorimotorie compromesse;
- Influenzare lo stato neuroormonale, quindi i processi cognitivi ed emotivi in individui sani e neurologicamente compromessi;
- Indurre dei miglioramenti in soggetti che presentano disabilità motorie ed emotive mediante la musicoterapia.

Gli effetti della plasticità cerebrale sono più evidenti in musicisti professionisti, in quanto essa richiede un intenso e continuo allenamento

(Wan S., Music making as a tool for promoting brain plasticity across the life-span, 2010).

La plasticità cerebrale può verificarsi in periodi temporali diversi, l'efficienza e le dimensioni delle sinapsi possono variare in tempi che variano da secondi a minuti e la crescita delle sinapsi e dei dendriti possono richiedere da ore a giorni. Altre modificazioni plastiche possono richiedere anche diverse settimane, come l'aumento della densità della materia grigia che porta ad un ampliamento dei neuroni e ad un cambiamento della densità sinaptica, delle cellule gliali riducendo l'apoptosi.

Anche la densità della sostanza bianca cambia a seguito dell'allenamento musicale perché porta ad un ampliamento delle cellule mieliniche: esse, avvolte attorno agli assoni contribuiscono ad aumentare la velocità degli impulsi elettrici che viaggiano lungo i tratti delle fibre nervose. In condizioni in cui è richiesto un rapido trasferimento di informazioni ed una elevata precisione

temporale queste cellule mieliniche crescono e aumentano la velocità di conduzione nervose. All'interno di queste guaine mieliniche gli assoni possono formare nuove connessioni (Wan Z. M., 2014).

Le regioni cerebrali coinvolte in compiti specifici possono anche ampliarsi dopo un allenamento a lungo termine a causa della crescita di strutture a supporto della funzione nervosa, come i vasi sanguigni (responsabili del trasporto di ossigeno e glucosio) o cellule gliali (responsabili dell'omeostasi locale).

Il confronto tra l'anatomia cerebrale dei musicisti esperti e quello dei non musicisti mostra come la pratica strumentale prolungata porti ad allargamento dell'area della mano nella corteccia motoria (Amunts S. J., 1997).

Uno studio di Gaser e Schlaug (2003) ha inoltre dimostrato l'aumento della densità della materia grigia nelle regioni motorie sensoriali corticali, uditive, nella corteccia prefrontale dorso-laterale sinistra e nel cervelletto nei musicisti esperti rispetto ai non musicisti o rispetto a dei dilettanti (Gaser, 2003).

ESAMI STRUMENTALI ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

Gli esseri umani hanno la capacità di ottenere piacere da stimoli astratti, come la musica e l'arte, stimoli non essenziali per la sopravvivenza e non considerabili rinforzi secondari o condizionati. Uno studio condotto da Salimpoor e colleghi (2011) ha dimostrato il ruolo che hanno i meccanismi dopaminergici nel suscitare reazioni emotive piacevoli durante l'ascolto di un brano musicale. Per lo studio è stata utilizzata la tomografia ad emissione di positroni a base di ligandi (PET) per stimare in modo specifico il rilascio di dopamina nello striato, sulla base della competizione tra la dopamina endogena e il raclopride per legarsi ai recettori della dopamina D₂.

Il piacere, di base, è un fenomeno soggettivo che è difficile valutare oggettivamente, tuttavia i cambiamenti fisiologici si verificano nei momenti di estremo piacere, cambiamenti che

possono essere utilizzati per indicizzare gli stati piacevoli che un soggetto vive in risposta alla musica (Salimpoor, 2011). Sono stati utilizzati come indice di riferimento i brividi, indicatore della massima risposta emotiva alla musica (Grewe, 2007). I brividi implicano uno schema chiaro e discreto di eccitazione del sistema nervoso autonomo e consentono di verificare il raggiungimento dell'obiettivo attraverso misurazioni psicofisologiche.

Le preferenze musicali sono molto individuali, quindi per garantire le massime risposte emotive è stato chiesto ai partecipanti dello studio condotto da Salimpoor e colleghi (2011) di scegliere la propria musica preferita. Dopo un ampio screening, è stato reclutato un gruppo di persone che sperimentano costantemente brividi, oggettivamente verificabili, durante il picco delle loro risposte emotive, in modo da quantificare presenza e tempistica delle più intense risposte di piacere. Sono state raccolte misurazioni psicofisologiche durante la scansione PET per verificare i cambiamenti nel sistema nervoso autonomo:

- Frequenza cardiaca;
- Frequenza respiratoria;
- Conduttanza cutanea elettrodermica;
- Ampiezza delle pulsazioni del volume sanguigno;
- Temperatura periferica.

Successivamente, sono state fatte ascoltare le canzoni preferite, scelte dai partecipanti (stimolo positivo) e quelle scelte dagli altri (stimolo neutro) per verificare le differenze. La PET non consente una risoluzione temporale, richiesta per esaminare queste distinzioni, quindi nello studio è stata combinata la specificità temporale della risonanza magnetica funzionale (fMRI) con la specificità neurochimica della PET (ibidem).

Le scansioni della fMRI sono state acquisite con gli stessi partecipanti e con gli stessi stimoli per esaminare il profilo temporale del livello di ossigenazione del sangue, in modo particolare nelle regioni che mostrano nella PET il rilascio di dopamina.

La PET ha avuto luogo in due sessioni, i partecipanti hanno ascoltato sia musica piacevole che neutrale durante l'intera sessione. Durante entrambe le sessioni sono stati raccolti sia gli indicatori soggettivi che oggettivi di eccitazione emotiva. Le risposte soggettive dalle scale di valutazione includevano un'auto rapporto sul calcolo del numero di brividi provati durante l'ascolto, l'intensità dei brividi ed il grado di piacere sperimentato nell'ascolto di ogni brano.

Lo studio ha riportato i seguenti dati:

- Il numero medio di brividi per ogni brano musicale piacevole era 3,7 (SD=2,8);
- Il maggior grado di piacere è stato sperimentato durante l'ascolto della canzone preferita rispetto all'ascolto del brano non scelto dal soggetto;
- Una correlazione positiva tra l'intensità riferita dei brividi provati ed il grado di piacere provato, dimostrando come la misurazione dei brividi sia di fatto una rappresentazione concreta del piacere provato durante l'ascolto del brano musicale;
- Le misurazioni oggettive dei segnali psicofisiologici indicativi dell'eccitazione emotiva, raccolti durante le due sessioni di scansione PET ha mostrato un significativo aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo durante l'ascolto del brano preferito, precisamente:
 - Un aumento della frequenza cardiaca;
 - Una risposta elettrodermica;
 - Diminuzione della temperatura corporea;
 - Diminuzione dell'ampiezza del flusso sanguigno.

- Le misurazioni soggettive relative all'intensità dei brividi hanno dimostrato una significativa correlazione con l'eccitazione del sistema nervoso autonomo, precisamente:
 - Aumento della frequenza cardiaca;
 - Aumento della respirazione;
 - Aumento della risposta elettrodermica;
 - Diminuzione della temperatura;
 - Diminuzione dell'ampiezza del flusso sanguigno.

L'analisi dei dati raccolti con la PET ha rilevato un aumento della trasmissione della dopamina endogena, come indicizzato dalla diminuzione del potenziale di legame del reclopride, bilateralmente, nello striato dorsale e ventrale, quando si presenta il contrasto tra la musica piacevole e quella neutra come mostrato in Figura 1 (Salimpoor, 2011).

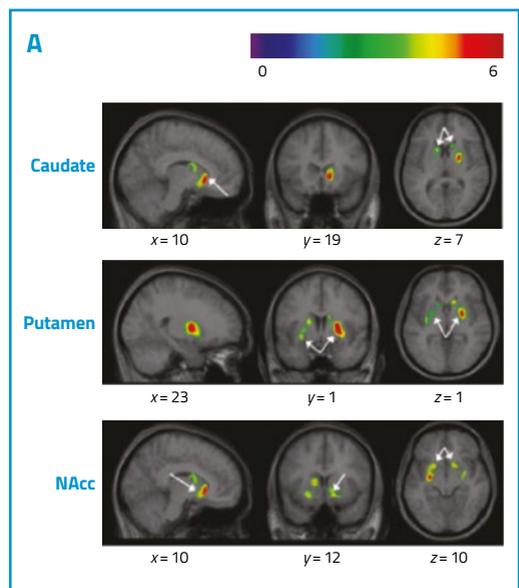


Fig. 1 - La PET dimostra il rilascio della dopamina durante l'ascolto di un brano ritenuto dal soggetto piacevole. Le mappe parametriche statistiche rilevano che il legame di potenziale del reclopride diminuisce bilateralmente nel caudato, nel putamen e nel nucleo accumbens (NAcc), indicando un maggior rilascio di dopamina durante l'ascolto del proprio brano preferito.

La percentuale del cambiamento del legante di potenziale della dopamina è più alta nel caudato

destro e nel nucleo accumbens (Figura 2).

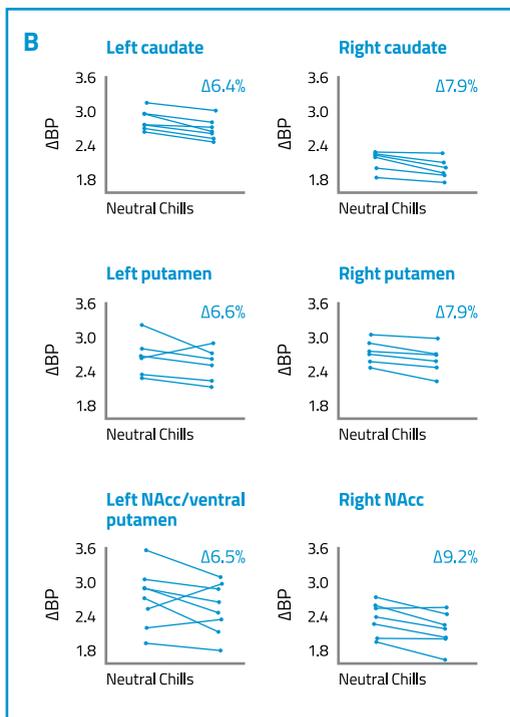


Fig. 2 - La variazione del valore dei potenziali (BP) tracciati separatamente per ogni individuo mostrano che il cambiamento è stato coerente per la maggior parte delle persone.

Questi risultati dimostrano che l'esperienza del piacere provato durante l'ascolto della musica è associata con il rilascio della dopamina nei sistemi striatali di ricompensa (Salimpoor, 2011). Per ottenere informazioni relative alla dinamica temporale del rilascio di dopamina sono state acquisite scansioni fMRI durante l'ascolto del brano preferito del soggetto e durante l'ascolto del brano neutro. Gli ascoltatori indicavano con la pressione di un pulsante quando avvertivano i brividi. Questa procedura ha permesso di integrare meglio l'emodinamica e i risultati neurochimici. I risultati di questo studio hanno permesso di dimostrare che l'intenso piacere provato durante l'ascolto di un brano musicale è associato all'attività della dopamina nel sistema di ricompensa mesolimbico, inclusi il dorsale e

lo striato ventrale. Questo circuito, filogeneticamente antico, si è evoluto per rinforzare i comportamenti biologici di base che hanno un alto valore adattivo. Le qualità gratificanti dell'ascolto musicale non sono ovviamente direttamente adattive.

La percezione che si traduce in risposta gratificante è specifica per ogni ascoltatore, data la variabilità dei gusti musicali. Attraverso meccanismi cognitivi complessi gli esseri umani sono in grado di provare piacere durante l'ascolto della musica, piacere paragonabile a quello recato da stimoli biologici basilari (Salimpoor, 2011).

CONCLUSIONI

L'intento di questo articolo è quello di dimostrare, mediante un'analisi critica degli studi e del materiale bibliografico scritto sul tema, che la musicoterapia ha la capacità di recare nel soggetto oltre a delle modificazioni comportamentali anche delle modificazioni morfologiche a livello cerebrale.

Sono stati mostrati i contributi che numerosi studi hanno dato alla musicoterapia dimostrandone l'efficacia, al pari di altri metodi riabilitativi riconosciuti attualmente dal sistema sanitario. Lo scopo di questo articolo è stato quello di mettere in luce tutti gli studi che negli anni hanno dato una credibilità scientifica ad un metodo terapeutico che ad oggi non giova degnamente nel panorama italiano dello spazio e della validità che merita.

BIBLIOGRAFIA

- Ahissar, A. A. (1998). Hebbian-like functional plasticity in the auditory cortex of the behaving. *Neuropharmacology* 37, 633–655.
- Altenmüller. (2001). How many music centers are in the brain? The biological foundations of music, 273–280.
- Altenmüller, M. (2007). G. Motor learning and instrumental training. *Neurosciences in Music Pedagogy*, 145–155.
- Altenmüller, S. (2015). Apollo's gift: new aspects of neurologic music therapy. *Prog Brain Res*, 237–252.



- Amunts, S. J. (1997). Motor cortex and hand motor skills: structural compliance in the human brain. *Hum Brain Mapp*, 206–215.
- Bakin, W. (1996). Induction of a physiological memory in the cerebral cortex by stimulation of the nucleus basalis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 93, 11219–11224.
- Bengtsson, N. S. (2005). Extensive piano practicing has regionally specific effects on white matter development. *Nat Neurosci.*, 1148–1150.
- Bermudez, L. E. (2009). Neuroanatomical correlates of musicianship as revealed by cortical thickness and voxel-based morphology. *Cereb. Cortex* 19, 1583–1596.
- Brandler, R. (2003). Differences in mental abilities between musicians and non-musicians. *Psychol Music*, 123–138.
- Brochard, D. D. (2004). Effect of musical expertise on visuospatial abilities: evidence from reaction times and mental imagery. *Brain Cogn*, 103–109.
- Caramelli, L. R. (2010). Musical training, neuroplasticity and cognition. *Dementia Neuropsychologia*, 277–286.
- Clément, B. (2012). Effect of disease severity on neural compensation of item and associative recognition in mild cognitive impairment. *Alzheimers Dis*, 109–123.
- De Villers-Sidani, S. L. (2008). Manipulating critical period closure across different sectors of the primary auditory cortex. *Nat. Neurosci.*, 957–965.
- Elbert, P. W. (1995). Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players. *Science*, 305–307.
- Fachner, G. E. (2013). Music therapy modulates fronto-temporal activity in rest-EEG in depressed clients. *Brain Topogr.*, 338–54.
- Fritz, E. S. (2005). Active listening: task-dependent plasticity of spectrotemporal receptive fields in primary auditory cortex. *Hear. Res.* 206, 159–176.
- Gaser, S. (2003). Brain structures differ between musicians and non-musicians. *J Neurosci.*, 9240–9245.
- Grewe, N. K. (2007). Emotions over time: synchronicity and development of subjective, physiological, and facial affective reactions to music. *Emotion* 7, 774–788.
- Herdener, E. e. (2010). Musical training induces functional plasticity in human hippocampus. *J Neurosci*, 1377–1384.
- Jakobson, L. K. (2008). Memory for verbal and visual material in highly trained musicians. *Music Percept*, 41–55.
- Keller, G. (2015). Neurofeedback in three patients in the state of unresponsive wakefulness. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 349–56.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 170–180.
- Kopiez, G. (2002). The musicians' glance: a pilot study comparing eye movement parameters in musicians and non-musicians. *Causal Productions*, 683–686.
- Kozelka, P. (1990). Beta and mu rhythm. *J. Clin Neurophysiol*, 191–207.
- Kučikienė, P. (2018). The impact of music on the bioelectrical oscillations of the brain. *Acta Medica Lituanica Vol. 25 N. 2*, 101 - 106.
- Kwon, G. O. (2013). Effect of the group music therapy on brain wave, behavior, and cognitive function among patients with chronic schizophrenia. *Asian Nurs Res*, 168–74.
- Münte, A. J. (2002). The musician's brain as a model of neuroplasticity. *Nat Rev Neurosci.*, 473–478.
- Musacchia, S. S. (2007). Musicians have enhanced subcortical auditory and audiovisual processing of speech and music. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 15894–15898.
- Nunez, S. (2007). *Electroencephalogram*. Scholarpedia, 1348.
- O'Kelly, J. P. (2013). Neurophysiological and Behavioral Responses to Music Therapy in Vegetative and Minimally Conscious States. *Front Hum Neurosci*, 884.
- Pantev, O. E. (1998). Increased auditory cortical representation in musicians. *Nature*, 811–813.

- Rideout, L. (1996). EEG correlates of enhanced spatial performance following exposure to music. *Percept Mot Skills*, 427–32.
- Rodrigues, G. L. (2007). Visual attention in musicians and non-musicians: a comparative study. *Proceedings of the 3rd International Conference on Interdisciplinary Musicology*.
- Salimpoor, B. L. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 257–262.
- Sammler, G. F. (2007). Music and emotion: electrophysiological correlates of the processing of pleasant and unpleasant music. *Psychophysiology*, 293–304.
- Schlaug, J. H. (1995). Increased corpus callosum size in musicians. *Neuropsychologia*, 1047–1055.
- Schlaug, L. T. (1998). Macrostructural adaptation of the cerebellum in musicians. *Soc Neurosci.*, 842–847.
- Stegemöller. (2008). Music training and vocal production of speech and song. *Music Perception*, 419–28.
- Stegemöller. (2014). Exploring a neuroplasticity model of music therapy. *J Music Ther*, 211–27.
- Stoesz, J. K. (2007). Local processing advantage in musicians: evidence from disembedding and constructional tasks. *Music Perception*, 153–165.
- Tramo. (2001). Biology and music. *Music of the hemispheres. Science*, 54–56.
- Verrusio, E. V. (2015). The Mozart effect: a quantitative EEG study. *Conscious Cogn.*, 150–5.
- Wan, S. (2010). Music making as a tool for promoting brain plasticity across the life-span. *Neuroscientist*, 566–577.
- Wan, Z. M. (2014). Intensive therapy induces contralateral white matter changes in chronic stroke patients with Broca’s aphasia. *Brain Lang*, 1–7.
- Zatorre. (2015). Musical pleasure and reward: Mechanisms and dysfunction. *Ann N Y Acad Sci*, 202–11.



LE NUOVE FRONTIERE DELLA TELERIABILITAZIONE LEGGO FACILE: UN SOFTWARE PER IL TRATTAMENTO DELLA DISLESSIA

RIASSUNTO

La salute oggi sfrutta le tecnologie digitali accessibili agli utenti al fine di migliorare l'assistenza clinica e la riabilitazione. In quest'ottica nasce e si afferma, One Health Vision, una startup innovativa che si occupa dello sviluppo, della produzione e della commercializzazione di prodotti e servizi nel campo della Digital Health.

PAROLE CHIAVE

Telemedicina, teleriabilitazione, digital health, Leggo Facile, dislessia

LA TELEMEDICINA E LA TELE-RIABILITAZIONE: UNA VISIONE D'INSIEME

L'attuale emergenza epidemiologica che sta interessando il mondo intero ha cambiato il nostro modo di vivere, di muoverci, di lavorare, di incontrare i cari e, non per ultimo, ha modificato le nostre abitudini sanitarie. La pandemia ci ha obbligati ad accettare nuove sfide e nel contempo ci ha aperto a nuove modalità di concepire la

salute fisica e mentale che, oggi più che mai, ha bisogno di essere protetta e salvaguardata al di là di ogni vincolo spaziale e temporale.

Ed è per questo che la salute oggi è inquadrata nella cornice della telemedicina, della tele-riabilitazione e del tele-monitoraggio, grazie alle quali essa assume una nuova forma e diviene un'alleata al servizio dell'utenza. Il mondo digitale ci viene in soccorso, la tecnologia accorcia le distanze e paradossalmente ci unisce, creando un contatto che ora risulta indispensabile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1997) definisce la telemedicina come: "l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione delle malattie, per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura".

Dalila Anna Manti

Psicologa, specializzata in psicoterapia cognitivo comportamentale ad indirizzo neuropsicologico c/o Istituto Santa Chiara, sede di Lecce.

Attualmente lavora presso Istituto Santa Chiara ed è autrice di contenuti scientifici presso One Health Vision

Vincenzo Ciccarese

Psicologo e Psicoterapeuta, co-fondatore di Istituto Santa Chiara. Direttore e docente della scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo comportamentale di Istituto Santa Chiara presso la sede di Lecce e Roma. Rappresentante legale di One Health Vision

Roberta Anna Mello

Linguista, content e copywriter di One Health Vision

La telemedicina appartiene all'ambito della eHealth, vale a dire ad una modalità di erogazione dei servizi per la salute tramite strumenti offerti dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

La digital health mira ad abbattere le distanze fisiche tra erogatori e fruitori mantenendo comunque i suoi obiettivi cardine cioè la prevenzione, il trattamento e il monitoraggio dei fattori che contribuiscono a definire la salute.

La telemedicina in Italia si sviluppa grazie alla legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale volta a permettere il decentramento territoriale delle competenze specialistiche.

La domiciliarità dei servizi sanitari offre al paziente un servizio rapido in cui è possibile scambiare informazioni sul proprio stato di salute ed essere tele-monitorato dal professionista. Migliorano così anche la tempestività e la qualità degli interventi di assistenza sanitaria e la fruibilità di cure a distanza.

La telemedicina, comunque, non è nuova all'ambito sanitario. Già negli anni '60, infatti, l'introduzione delle telecomunicazioni in ambito sanitario si realizzò tramite il monitoraggio del sistema cardiocircolatorio degli astronauti nello spazio (Papi, et al., 2000). Nel 1974 inoltre il Giappone si interessò alla telemedicina tanto da fondare il *Medical Information System Developmental Center* (MEDIS-DC) in cui erano presenti medici ed esperti di informatica. In Italia i primi approcci alla telemedicina arrivarono dall'Università La Sapienza di Roma che sperimentò un cardiotelefono in grado di formulare proposte operative di assistenza specialistica remota.

Il tele-monitoraggio è una forma d'intervento che garantisce un'assistenza costante al paziente che sperimenta, in ogni caso, il mante-



Leggo Facile

nimento della qualità dei servizi. La comunicazione tra paziente e professionista non perde di efficacia perché permette agli operatori della salute di seguire a distanza anche chi ha particolari bisogni come bambini, anziani o

persone impossibilitate a spostarsi.

La tele-riabilitazione ci permette di raggiungere il paziente nel suo spazio intimo: nella sua casa, nel suo mondo, nelle sue difficoltà e punti di forza. La possibilità di vedersi tramite uno schermo restituisce la percezione visiva che l'altro c'è, che ci supporta e ci invoglia ad accettare con serenità questa nuova modalità di fruizione del servizio. In un'ottica di cambiamento, imposto dalla pandemia, il professionista e il paziente metteranno in luce le loro capacità di resilienza e saranno in grado di adattarsi alla nuova *practice* professionale. Si abbandoneranno, almeno parzialmente, gli strumenti professionali standard a favore di una maggiore presenza e continuità della riabilitazione.

La riabilitazione a distanza rappresenta, quindi, un'opportunità da molteplici punti di vista, in quanto:

- permette di mantenere la continuità del percorso riabilitativo;
- assicura una supervisione costante da parte del clinico;
- incrementa la motivazione al trattamento;
- rende flessibile l'intervento grazie all'adattamento degli step agli obiettivi da raggiungere;
- potenzia l'intensità del trattamento;



- ottimizza i tempi riabilitativi e la flessibilità terapeutica;
- promuove il senso di auto-efficacia.

Essa è realizzabile secondo tre modalità (Angelilli et al., 2020): sincrona che prevede un incontro nello stesso tempo del clinico e del paziente tramite feedback diretti, asincrona in cui l'interazione avviene in momenti differenti, il terapeuta invia materiale riabilitativo e l'utente restituisce il lavoro svolto. Inoltre la riabilitazione assume un carattere misto quando l'intervento in modalità sincrona è seguito da assegnazione di homework che verranno monitorati costantemente dal clinico.

ONE HEALTH VISION: STARTUP PROMOTRICE DELLA TELERIABILITAZIONE

One Health Vision (OHV) si occupa dello sviluppo e commercializzazione di applicazioni e/o piattaforme per il trattamento di patologie e disturbi più o meno gravi che richiedono il supporto di un servizio di consulenza digitale, medica e tecnica, dedicata a pazienti, caregiver e professionisti del settore. I prodotti e i servizi ideati da OHV sono: innovativi, in quanto, tra gli altri, permettono al paziente la cura e il trattamento in autonomia di patologie e disturbi e ad alto valore tecnologico, perché, sfruttando nuove tecnologie, consentono di ottenere nuovi tipi di input per il monitoraggio e la misurazione della performance dei pazienti, con conseguente cura e riabilitazione dei medesimi. One Health Vision nasce come spin-off di Istituto Santa Chiara, azienda attiva da anni nei campi della diagnostica, cura e riabilitazione dei pazienti, molto attenta alla formazione e impegnata in attività di Research and Development (R&D). OHV raccoglie la sensibilità di Istituto Santa Chiara all'innovazione digitale, rendendola reale e operativa per mezzo di risorse umane che dedicano a tanto il proprio talento e finalizzano l'esperienza quasi ventennale maturata da Istituto Santa Chia-

ra in ambito sanitario. Quello che fino a poco tempo fa era l'unico modo di curare, assistere, pensare alla vita e alla società, ora può essere reinventato grazie alle tecnologie digitali e genomiche che supportano la visione di One Health Vision. Questi sistemi annullano le distanze, accorciano i processi e rendono la cura disponibile al paziente in ogni momento della giornata, riconsegnando processi più semplici e comprensibili a chiunque.

Gli obiettivi sono chiari e grande è la costanza nel perseguirli:

- Democrazia sanitaria, con le necessità dei pazienti al primo posto;
- Cure accessibili a tutti e non privilegio di pochi abbienti;
- Tecnologia a supporto della sanità.

Grazie alla "convergenza tecnologica" si possono cambiare le regole del gioco e portare quella "disruption" nel mondo della sanità di cui c'è tanto bisogno. È sulla base di queste premesse che One Health Vision ha sviluppato e promosso Leggo Facile, un software online per il trattamento della dislessia. Esso si pone come un ottimo strumento di tele-riabilitazione fondamentale quando l'utente non si è ancora rivolto ad un clinico e intende esercitarsi quotidianamente sperimentando dei miglioramenti nella sua abilità di lettura in breve tempo, qualora clinico e paziente non siano nella stessa città o non siano comunque vicini e nel momento in cui non riescano a fissare un appuntamento in seguito al verificarsi di eventi "particolari" come l'attuale emergenza Covid-19.

One Health Vision inoltre ha sviluppato altri software riabilitativi, tra questi compaiono: "Balbus" relativo al trattamento della balbuzie, "Voys Analysis" volto al trattamento del disturbo fonologico e del disturbo disartrico. Attualmente la startup è al lavoro per sviluppare ulteriori software dedicati alla disortografia, alle funzioni mnestiche, attentive e alle funzio-



ni esecutive, inoltre si sta occupando anche dei disturbi dell'udito, dell'afasia e dei disturbi alimentari.

LA DISLESSIA EVOLUTIVA E I MODELLI DI APPRENDIMENTO DELLA LETTURA

La Dislessia fa parte dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), insieme a Disgrafia (difficoltà nell'abilità motoria della scrittura), Disortografia (difficoltà ortografica nella scrittura) e Discalculia (difficoltà nel calcolo e ragionamento matematico) (APA, 2013), questi disturbi sono riconosciuti dalla Legge dell'8 ottobre 2010, n. 170. La principale caratteristica di questa categoria diagnostica è proprio la "specificità", ovvero il disturbo interessa un dominio circoscritto di abilità fondamentali per l'apprendimento (lettura, scrittura, calcolo) lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale (CC, 2007).

I dati Miur per l'anno scolastico 2017/2018 indicano che le certificazioni DSA sono state 276.109 su una popolazione di 8.582.920 stu-

denti, dato che corrisponde al 3,2% della popolazione scolastica. A livello territoriale i dati dell'anno scolastico 2017/2018 mostrano una discrepanza nord-sud ed est-ovest. Alunni con DSA sembrano essere maggiormente presenti nelle regioni Nord-Ovest (4,8% sul totale della popolazione studentesca), seguite dalle regioni del Centro (3,9%), del Nord-est (3,6%) e del Sud (1,4%). Questo calo è probabilmente dovuto al fenomeno della sotto-certificazione (Miur, 2019).

La Consensus Conference (2011) individua alcuni fattori di rischio per la dislessia evolutiva:

- essere sottoposti a due o più anestesie generali successive al parto, prima del quarto anno di vita;
- disturbo del linguaggio: in base ai dati disponibili esiste il rischio di sviluppare dislessia in bambini che all'età di 5 anni cadono sotto il 10° percentile in più di una prova di sviluppo del linguaggio e che mantengono questo livello di prestazione fino a 8 anni;



- sesso maschile: nei maschi il rischio di sviluppare dislessia è circa 2,5 volte superiore rispetto alle femmine;
- familiarità: maggior rischio di sviluppare dislessia tra i figli di genitori dislessici;
- Storia genitoriale alcolismo o disturbo da abuso di sostanze;
- Esposizione prenatale alla cocaina.

La dislessia ha un'origine neurobiologica e comporta una difficoltà nell'acquisizione delle abilità di lettura, che risulta più lenta e meno accurata di quanto ci si aspetti in base ad età e scolarità. È quindi un deficit di automatizzazione delle procedure di transcodifica dei segni scritti in corrispondenti segmenti fonologici. In condizioni normali questo processo di automatizzazione dovrebbe realizzarsi già durante il 2° anno della scuola primaria, in questo periodo, infatti, si conclude il ciclo di istruzione formale del codice scritto e si verifica una riduzione della variabilità interindividuale nei tempi di acquisizione del processo di lettura. Ciò soprattutto per la nostra lingua italiana che risulta regolare, essa è detta ad ortografia trasparente proprio perché il rapporto tra la sillaba e la rappresentazione fonologica presenta poche ambiguità.

L'abilità di lettura è una funzione cerebrale complessa che prevede l'attivazione di specifiche aree cerebrali. Nei normolettori si evidenzia il coinvolgimento delle aree anteriori e posteriori dell'emisfero sinistro del cervello (Shaywitz, 2005) comprendendo le regioni occipito-temporali deputate all'elaborazione visiva dei grafemi e delle loro specifiche caratteristiche, l'area di Wernicke implicata nella conversione dei grafemi in fonemi e alla comprensione delle parole stesse e l'area di Broca coinvolta nell'articolazione delle parole nell'area motoria della parola. Studi di neuroimaging funzionale hanno mostrato come il deficit fonologico riscontrato nella dislessia evolutiva sia dovuto all'ipoattivazione nella corteccia temporo-parietale sinistra e all'aumento nell'attivazione dell'area omologa

destra e nella corteccia frontale inferiore (De Lima et al., 2009). Ulteriori studi di meta-analisi, hanno evidenziato, nei dislessici, una minore attivazione dell'emisfero sinistro nelle regioni: parietale inferiore, temporale inferiore, medio e superiore e del giro fusiforme. In particolare nel lobo frontale sinistro, è segnalata una minore attivazione del giro frontale inferiore e una maggiore attivazione della corteccia motoria primaria e insula anteriore (Richian, et al., 2009). Infine secondo una ricerca realizzata da Lima, Salgado e Ciasca (2008) le principali caratteristiche osservate nella dislessia evolutiva sono: alterazioni nella velocità di denominazione del materiale verbale e di memoria fonologica del lavoro, difficoltà nelle prove di consapevolezza fonologica (rime, segmentazione e di transposizione fonemica), livello di lettura inferiore alle aspettative per età e livello di istruzione, scrittura con scambi fonologici e ortografici, buona prestazione nel ragionamento aritmetico, livello intellettuale nella media o sopra la media. Inoltre deficit neuropsicologici in funzioni percettive, memoria, attenzione visiva sostenuta (problemi nella selezione e reclutamento di risorse cognitive necessarie per l'elaborazione delle informazioni visive) e funzioni esecutive (pianificazione, memoria operativa, capacità di cambiare strategie cognitive, auto percezione degli errori).

La lettura si pone, quindi, come un processo cognitivo complesso che consta di una serie di operazioni sequenziali. Affinché un bambino impari a leggere è fondamentale lo sviluppo di una consapevolezza degli elementi strutturali del linguaggio (consapevolezza e segmentazione sillabica) e l'apprendimento del loro legame con simboli visivi (corrispondenza cross-sensoriale). È condiviso come alla base di questi processi ci siano funzioni più generali come l'attenzione e la percezione visiva, la percezione uditiva e analisi sensoriale (Vicari et al., 2010).

Lo sviluppo della lettura può essere studiato da due principali modelli che consentono di preve-

dere il percorso di apprendimento del bambino secondo un ordine definito dall'esecuzione di specifiche prestazioni.

1. Il modello teorico stadiale di lettura di Uta Frith (1985) (Vicari et al., 2010):

- stadio logografico: il bambino può essere in grado di riconoscere immediatamente parole familiari probabilmente affidandosi alle loro caratteristiche grafiche salienti. A questo stadio l'ordine delle lettere è irrilevante e la fonologia è recuperata solo dopo che la parola è stata identificata. Il bambino non sarà in grado di riconoscere parole non familiari;
- stadio alfabetico: il bambino impara a riconoscere e ad applicare le regole di conversione fonema-grafema grazie all'acquisizione della consapevolezza e segmentazione sillabica e della corrispondenza cross-sensoriale. L'approccio alla scrittura e alla lettura non è più globale, ma diventa un approccio sistematico, con un ruolo primario attribuito alla fonologia nell'ordine delle lettere. Attraverso questa strategia il bambino impara a scrivere e leggere parole nuove e non-parole attraverso una procedura di tipo sub-lessicale;
- stadio ortografico: in questa fase nasce il legame tra lessico ortografico e lessico fonologico. È la fase che permette l'analisi della parole in unità ortografiche, con riferimento a fattori morfologici;
- stadio lessicale: il bambino impara a riconoscere e a scrivere le parole in maniera globale, cioè senza l'applicazione delle regole di conversione fonema-grafema. Questa fase permette la scrittura diretta della parola senza passare attraverso la ricodificazione fonologica delle sue parti.

2. Il processo di lettura si basa sull'accesso a due vie (Coltheart et al., 2001):

- la via fonologica, o ad accesso indiretto, prevede la conversione delle unità grafiche in fonemi e, attraverso un processo di fusione, permette di giungere alla rappresentazione fonologica della parola. Grazie a questa via avviene un'elaborazione analitica dello stimolo che consente di leggere le parole incontrate per la prima volta e le parole a bassa frequenza d'uso. È tipica di chi si avvicina al processo di lettura per la prima volta. La via fonologica è più lenta della via lessicale poiché richiede un processo di analisi sequenziale, sub-lessicale molto accurato;
- la via lessicale si basa sull'accesso diretto visivo alla rappresentazione in forma scritta della parola consentendo una lettura più rapida. Il sistema semantico costituisce il *core* della via lessicale in quanto la parola, prima di essere pronunciata, dovrebbe essere riconosciuta nel suo significato proprio perché richiamata dal proprio repertorio lessicale. Questa via permette di leggere velocemente le parole ad alta frequenza d'uso.

IL TRATTAMENTO DELLA DISLESSIA

La trattamento della dislessia è un momento decisivo per lo sviluppo delle abilità di letto-scrittura. L'obiettivo dell'intervento è quello di supportare il bambino nella gestione delle sue difficoltà funzionali ed emotive, è possibile giungere a buoni risultati se il disturbo viene affrontato precocemente e con specifiche metodologie d'intervento. Appare importante, allora, consentire la velocizzazione del processo di lettura e la sua automatizzazione attraverso la facilitazione del riconoscimento rapido di sillabe e di lettere che costituiscono le sub-componenti delle parole. L'obiettivo è quello di stimolare un'analisi globale dello stimolo grafico,

un riconoscimento visivo della parola che permetterà di abbandonare il processo di segmentazione sillabica causa del rallentamento della lettura nel soggetto dislessico. Oltre alla riabilitazione di natura funzionale, il trattamento dovrebbe esercitare i suoi effetti anche sui correlati emotivi e psicologici legati alla dislessia, non è raro, infatti, che i bambini dislessici sperimentino alti livelli di stress in contesti scolastici e valutativi. La consapevolezza del *gap* prestazionale tra sé e i compagni si manifesta a livello emotivo con paura, timidezza, isolamento, irritabilità e a livello fisiologico con nausea, tremore, tachicardia (Alexander-Passe, 2008). L'ansia si manifesta in concomitanza all'anticipazione di un possibile fallimento durante lo svolgimento di un compito, come la lettura di un brano (Prior et al., 1999). depressione (AID, 2010). La presa in carico del paziente, quindi, oltre a garantire un intervento riabilitativo dovrebbe puntare anche alla gestione delle dimensioni emotive e motivazionali inevitabil-

mente coinvolte. Solo dopo aver riacquisito la fiducia nelle proprie capacità il bambino sarà disposto a investire anche cognitivamente. In questa direzione Leggo Facile garantirebbe al bambino una maggiore consapevolezza della sua partecipazione attiva al trattamento, grazie ai training svolti in autonomia e grazie agli immediati feedback forniti dal software sarà possibile incrementare il senso di autoefficacia del bambino.

Il trattamento della dislessia con Leggo Facile

Leggo Facile è una piattaforma per la riabilitazione online della dislessia ideata da One Health Vision basata sui trattamenti di tipo sub-lessicale e lessicale volti a stimolare la via lessicale e l'accesso diretto visivo alla parola. La piattaforma online presenta numerosi vantaggi:

- *Dinamicità del parametro frequenza di lettura:* esso indica la velocità di lettura di una parola misurata in sillabe per secondo. Occorrerà



inserire l'anno scolastico di appartenenza e Leggo Facile calibrerà automaticamente il parametro in base all'andamento delle esercitazioni svolte. Questo parametro è dinamico perché si adatta alla frequenza, in particolare se la lettura avrà dei miglioramenti la velocità aumenterà, in caso contrario essa diminuirà in modo da permettere un training più intensivo;

- **Personalizzazione dei brani da leggere:** oltre ai brani già presenti sarà possibile inserire e leggere brani personali, come un libro preferito o un trafiletto di un giornale;
- **Accurato riconoscimento vocale:** che riconosce e segnala l'errore di pronuncia;
- **Modalità mascheramento laterale** che permette, nelle fasi iniziali del training, di visualizzare solo la parola corrente oscurando il resto del brano. Ciò in ragione dell'effetto crowding generalmente sperimentato dalle persone affette da dislessia;
- **Programma di rinforzo** continuo o casuale utile a rinforzare le nuove acquisizioni e stabilizzare nel tempo i risultati raggiunti.
- **Ruolo di autonomia nel programma riabilitativo:** il lavoro potrà essere svolto in autonomia ed è possibile esercitarsi presso il proprio domicilio e in base alle proprie esigenze o disponibilità orarie. È importante garantire una continuità di trattamento, è indispensabile effettuare il training 2 volte al giorno, per almeno 30 minuti e 7 giorni su 7, quindi ogni giorno in modo da diminuire i tempi riabilitativi e massimizzare e stabilizzare i progressi ottenuti.
- **Monitoraggio dei progressi** sarà costante e immediato grazie ai report riepilogativi generati alla fine di ogni esercitazione svolta. I report illustreranno il numero di sillabe e

parole lette, il numero di errori, la frequenza di lettura finale e iniziale, la durata dell'esercitazione e un grafico che visualizza l'esito di ogni lettura e l'obiettivo di frequenza da raggiungere in base al parametro classe

- **Disponibilità di un protocollo riabilitativo** e supporto dei clinici di Istituto Santa Chiara
- **Tele-monitoraggio da parte del professionista** che potrà collegarsi in qualsiasi momento alla piattaforma e supervisionare il lavoro svolto dall'utente. Ciò garantisce la continuità del trattamento di cui rimane traccia visibile.

LEGGO FACILE: IL RUOLO DEL CLINICO NEL TRATTAMENTO DELLA DISLESSIA

Leggo Facile è un efficace strumento a disposizione del clinico che assume un ruolo fondamentale sia durante l'iter diagnostico e funzionale sia nella fase di progettazione di un intervento terapeutico. Il clinico, infatti, definirà le aree di intervento, gli obiettivi e i tempi riabilitativi e durante il trattamento assegnerà gli homework al paziente. L'efficacia del trattamento, infatti, è legata alla precocità, all'intensità e alla frequenza degli interventi per i quali il clinico può avvalersi anche della collaborazione della famiglia in quanto fungerà da supervisore costante delle esercitazioni svolte dal paziente presso il proprio domicilio.

Grazie alle esercitazioni svolte e ai continui monitoraggi il clinico potrà considerare le correlazioni esistenti tra il miglioramento delle abilità oggetto di trattamento e il benessere psicofisico del soggetto dislessico.

LEGGO FACILE: IL RUOLO DELLA SCUOLA NEL TRATTAMENTO DELLA DISLESSIA

È oramai condivisa l'idea che la scuola possa svolgere un ruolo importante sia nel miglioramento delle prestazioni complessive del gruppo classe che nell'intervento diretto al singolo alunno che presenta difficoltà negli apprendi-



menti. Può porsi come il contesto all'interno del quale poter individuare i primi segnali della dislessia, cogliere le variabili emotive conseguenti al disturbo e rispondere operativamente ai bisogni educativi del bambino.

Questa web app può essere utilizzabile anche dai docenti in quanto si pone come un valido strumento riabilitativo che permette, ai bambini dislessici, di ottenere ottimi progressi. I docenti, in effetti, possono contribuire al trattamento perché possono assicurare la crescita personale dell'alunno anche nel più generale contesto di apprendimento, sostenendolo nelle sue difficoltà emotive. Leggo Facile è utile anche per chi non presenta un Disturbo Specifico dell'Apprendimento in quanto permette di velocizzare il processo di lettura e permettere al bambino di adeguarsi alla performance comune.

LEGGO FACILE: IL RUOLO SVOLTO DALLA FAMIGLIA

Come per ogni trattamento, anche per la dislessia il ruolo della famiglia diviene fondamentale, i genitori possono assumere un ruolo attivo nell'iter riabilitativo. Tramite una puntuale psico-educazione sul disturbo, infatti, essi potrebbero accompagnare il bambino durante il percorso di training tramite specifiche tecniche concordate col professionista.

One Health Vision

è disponibile ai seguenti contatti:

E-mail:

info@leggofacile.com;

info@onehealthvision.com

Sito web:

onehealthvision.com

BIBLIOGRAFIA

- Alesi M., Rappo G. & Pepi A. (2012). Self-esteem at School and Self-handicapping in Childhood: Comparison of Groups with Learning Disabilities. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 111, 3, 952-962.
- American Psychiatric Association – APA (2013). Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali – Quinta Edizione. (DSM-5). Edizione italiana a cura di Massimo Bioni, Raffaello Cortina Editore.
- Angelilli M.G et al., (2020). Teleriabilitazione: indicazioni per i tecnici della riabilitazione psichiatrica. A.I.Te.R.P. – Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, 1-28.
- Circolare del Ministero della Salute (23/04/2020) - COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Roma: Ministero della Salute.
- Coltheart M., Rastle K., Perry C., Langdon R. & Ziegler J., (2001). DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*, 108, 204-256.
- Consensus Conference. Disturbi specifici dell'apprendimento. Roma, 6-7- dicembre 2010. 3-60.
- De Lima R.F., Salgado C. & Ciasca S.M. (2009). Dislessia Evolutiva: aspetti neurobiologici ed educazionali. *Rivista di neuroscienze, psicologia e scienze cognitive*. 1-17.
- Marinelli C. V., Romano G., Cristalli I., Franze A. & Di Filippo G. (2016). Autostima, stile attributivo e disturbi internalizzati in bambini dislessici. *Dislessia, Giornale italiano di ricerca clinica e applicativa*, Erikson Trento. Vol. 12, N. 3, 297-310.
- MIUR (2019) I principali dati relativi agli alunni con DSA a.s. 2017/2018.
- Nicolini D., Bruni A. & Fasol R. (2003). Telemedicina: una rassegna bibliografica introduttiva. Quaderno n. 29 – *Quaderni del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale*. Università degli Studi di Trento, 1-37.
- Occeci S. & Scelfo B. (2018). La telemedicina

in Piemonte. Una ricognizione dei progetti di telemedicina in Piemonte all'inizio del 2017. IRES Piemonte.

- Panel di aggiornamento e revisione della Consensus Conference DSA (2007). P.A.R.C.C Documento d'intesa, Raccomandazioni cliniche.
- Papi G., Ricci F.L. & Luzi D. (2000). *Il medico on-line*. Verduci Editore, Roma, 1-19.
- Richian F, Kronbichler M & Wimmer H (2009). Functional abnormalities in the dyslexic brain: A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies. *Hum Brain Mapp*, 30, 3299-308.
- Shaywitz SE (2005). Dyslexia (specific reading disability). *Biol Psychiatry*, 57, 1301-9.
- Velardi L., Chiarolla E., Amicosante A.M.V., Cerbo M. & Jefferson T. (2011). Indagine

conoscitiva sulla diffusione della tele-assistenza per la gestione del paziente nella riabilitazione post-ictus. *Agenas – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali*.

- Vicari S. & Caselli M.C. (2010). *Neuropsicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- WHO guideline Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening (2019) World Health Organization.
- Willcutt E.G. & Pennington B. F. (2000). Comorbidity in Children and Adolescents with Reading Disability. *J. Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41, N. 8, 1039-1048.
- Zappaterra T. (2012). *La lettura non è un ostacolo. Scuola e DSA*. Pisa: ETS.
- www.salute.gov.it
- www.ong2zero.org/blog/tag/telemedicines/
- www.aiditalia.org



LO SPETTRO DEI DISTURBI FETO ALCOLICI (FASD)

EPIDEMIOLOGIA, PREVENZIONE E PROGRAMMI DI INTERVENTO

RIASSUNTO

Il termine Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico ("Fetal Alcohol Spectrum Disorders"-FASD) descrive lo spettro di effetti che si possono manifestare in una persona la cui madre ha consumato bevande alcoliche durante la gravidanza. La sindrome feto alcolica (Fetal Alcohol Syndrome-FAS) rappresenta l'estremo più grave dello spettro. L'Italia ha un primato in tema di Fas: il primo studio mondiale arriva dalla Regione Lazio e ha mostrato che la nazione italiana **è al secondo posto in Europa per incidenza di sindrome feto-alcolica e al quinto posto nel mondo**. Inoltre, l'inquadramento diagnostico della FASD rappresenta ancora oggi un problema spinoso, poiché le alterazioni, soprattutto quelle del Sistema Nervoso Centrale, che comportano danni cognitivi e comportamentali di varia gravità, possono subire modificazioni nel corso della vita e, inoltre, possono essere confuse con altre patologie. Per questo motivo la FASD viene considerata una disabilità «trasparente» o «invisibile», dif-

ficile da riconoscere e soprattutto poco nota, particolarmente in Italia. Allo stato attuale **è possibile** affermare che non esiste una quantità di alcol sicura, ma che esiste un danno fetale dose correlato.

PAROLE CHIAVE

Alcol, donna, FASD, gravidanza, intervento, prevenzione, tossicologia

COS'È L'ALCOL E COME AGISCE SUL CORPO?

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e capace di indurre dipendenza, tale rischio è superiore rispetto alle sostanze psicoattive. I giovani (al di sotto dei 16 anni), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche a causa di una ridotta capacità dell'organismo a metabolizzare l'alcol.

L'alcol, pur apportando circa 7 Kcalorie per grammo, non è un nutriente (come le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo con-

Francesca Lacerenza

Psicologa - Psicoterapeuta Sistemico Relazionale, Terapeuta EMDR

Valentina Monticelli

Psicologa - Psicoterapeuta ad approccio Strategico Breve in formazione

Antonella Sciancalepore

Psicologa - Psicoterapeuta Sistemico Relazionale, Psicosessuologa, Psicologa giuridico-forense

Paola Conte

Psicologa - Psicoterapeuta Sistemico Relazionale, Terapeuta EMDR

sumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni. Al contrario, risulta fonte di danno diretto delle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale (SNC).

L'uso di bevande alcoliche è fortemente presente negli stili di vita delle persone e il modello sociale di consumo è determinato da valenze prevalentemente positive, esaltate anche dalla pubblicità.

Per questi motivi non sempre si pone la giusta attenzione agli effetti dell'alcol e alle sue caratteristiche. Bisogna tenere ben presente che l'alcol non si può definire un alimento, pur avendo un alto potere calorico, non possiede principi nutritivi e dal punto di vista energetico, non è un buon combustibile, perché brucia troppo rapidamente, sperperando una buona parte dell'energia sotto forma di calore, facilmente disperso dall'organismo.

L'alcol ha un'azione tossica e provoca danni diretti e indiretti, determina modificazioni dello stato ossidoriduttivo delle cellule e produce metaboliti tossici e reattivi, come l'acetaldeide, capaci di provocare lesioni cellulari. Infine l'alcol ha un'azione psicotropa perché, agendo sui neurotrasmettitori, determina alterazioni comportamentali e può portare allo sviluppo di una dipendenza patologica.

L'alcolemia è la concentrazione ematica dell'alcol etilico, varia da 0 a 500 mg% o 0-5 gr/l (a volte si riscontrano valori oltre), può essere misurata nel sangue, nelle urine, nel sudore e nel respiro e può variare da persona a persona, anche con l'assunzione della stessa quantità di alcol, questo dipende da alcuni fattori quali: peso corporeo, caratteristiche genetiche, stomaco vuoto o pieno, genere (le donne a parità di ingestione hanno un'alcolemia più elevata), età, presenza di malattie.

Il metabolismo dell'alcol avviene per il 90- 95% a livello epatico, il 5-10% viene invece eliminato direttamente da urine, feci, respiro, sudore.

La presenza di alcol si può dosare nel sangue, nell'aria espirata, attraverso l'uso dell'etilometro ed è possibile misurare l'alcoluria nelle urine. Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo, che possono essere contenuti in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino a media gradazione, in una lattina o bottiglia di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose (40 ml) di superalcolico. Questa è l'unità di misura adottata dalla sanità pubblica di molti paesi per misurare il consumo di alcol. In Italia esiste il Sistema di *Sorveglianza Passi* che raccoglie informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita tra cui il consumo annuale di alcol che viene determinato in unità alcoliche consumate.

Per rischio alcol correlato si intende la possibilità che il consumo di alcol determini danni al nostro organismo. Poiché qualunque quantità di alcol consumata è da considerarsi potenzialmente dannosa per la salute, per avere un *rischio zero* non deve essere esserci nessun consumo. I parametri indicativi di consumo a basso rischio sono stabiliti dall'OMS. Questi parametri negli anni hanno subito delle modifiche in ribasso. Attualmente viene considerato a basso rischio un consumo di 2 UA al giorno per l'uomo, 1 UA per la donna, 1 UA al giorno dai 18 ai 25 anni circa e 1 UA al giorno per l'ultrasessantacinquenne. Come parametro di maggior rischio vengono presi in considerazione il *binge drinking*, ovvero il consumo in una volta di 4 o più UA, e il bere fuori pasto.

IL CONSUMO DI ALCOL NELLA DONNA E TOSSICOLOGIA DELLO SVILUPPO

L'organismo femminile ha una maggiore massa grassa e minore quantità di sangue, perciò la concentrazione di alcol è maggiore. La donna rispetto all'uomo è più vulnerabile ai danni alcol correlati. Nella donna la quantità di alcol metabolizzato nello stomaco è indicativamente quattro volte inferiore a quella dell'uomo, in quanto presenta quantità più basse di ADH (acetaldei-



de deidrogenasi). Le modificazioni ormonali influenzano il livello di ADH epatico, riducendone l'attività. La metabolizzazione dell'alcol risulta diminuita se si assumono contraccettivi orali. Il consumo di alcol **è associabile all'infertilità femminile per azione tossica sul ciclo riproduttivo**.

Alcuni studi hanno rilevato un legame tra l'assunzione di bevande alcoliche e rischio di sviluppare alcuni tumori, in particolare il tumore al seno.

Infine le donne più facilmente rimangono vittime di incidenti e violenze, il consumo di alcol contribuisce ad aumentare tali eventi.

In un'ottica di medicina di genere è necessario affermare che il consumo di alcol per la donna è più dannoso rispetto all'uomo e di conseguenza bisogna prestare maggiore attenzione all'adolescenza, al pre-concepimento, alla gravidanza e all'allattamento.

A tal proposito, studi epidemiologici e recenti ricerche attestano la rilevanza dei processi di metilazione nella trasmissione di fattori epigenetici fin dalla prime fasi del concepimento.

Le modificazioni epigenetiche possono avvenire in diverse fasi della vita e non solo a livello embrionale come si pensava, bensì anche quando l'organismo è già sviluppato. L'ipotesi è che l'assunzione di alcool determini un impatto epigenetico, in particolare provoca ritardo della crescita e deficit dello sviluppo neurologico.

In fase pre-concezionale, la tossicità incide sulla funzionalità degli organi riproduttivi e/o del sistema endocrino correlato. Possono manifestarsi alcuni effetti tra i quali ricordiamo: alterazioni del comportamento sessuale, fertilità ridotta, diminuita potenza sessuale, aumento del tempo di attesa per il concepimento, turbe mestruali, disordini ormonali, disordini della spermatogenesi e sterilità.

La teoria, secondo la quale il feto era considerato intangibile, perché protetto dalla barriera placentare, è stata archiviata grazie alle ricer-

che effettuate negli ultimi anni. L'alcol arriva al sangue del feto che raggiunge un'alcolemia molto vicina a quella materna.

L'alcol può determinare danni direttamente sulle cellule dopo il passaggio placentare o indirettamente influenzando la circolazione utero-placentare. Gli effetti sul feto possono essere molteplici e dipendono dal dosaggio, dalla durata dell'assunzione, dal periodo di gestazione e dalla quantità di alcol che rimane nel compartimento fetale. Esistono dei fattori che determinano una maggior possibilità di formazione dei danni specifici nelle fasi pre e post natali, quali: la quantità di alcol consumata, c'è infatti un rapporto tra quantità ingerita e sviluppo di danni, il binge drinking è più dannoso che consumare la stessa quantità di alcol distribuita in più ore, questo vale anche sulla tipologia di consumo a seconda che sia continuativo o saltuario.

Se la donna in gravidanza consuma anche altre sostanze psicoattive, le possibilità di danno aumentano. Inoltre, anche il periodo della gravidanza può essere un fattore importante, infatti il periodo più a rischio è considerato il primo trimestre, questo non significa che non possano esserci rischi anche negli altri mesi. L'alcol, se bevuto dalla madre, arriva al bambino, poiché è presente nel latte materno in quantità proporzionale al consumo.

Alcune delle conseguenze per il neonato possono essere: apparire più sedato, irritabile e affaticato nella suzione, possono comparire anche disturbi del sonno.

L'alcol modifica il sapore del latte e può risultare sgradito al bambino che tenderà a bere quantità minori e avere problemi di nutrizione. L'alcol inibisce la prolattina e si può avere come conseguenza una diminuzione della produzione di latte. Se la madre dovesse assumere quantità cospicue di alcol, il neonato potrebbe essere intossicato e subire dei danni, in particolare ce-



rebrali. Se dovesse succedere, sarà necessario attendere, dopo l'assunzione di 1-2 unità alcoliche, almeno 2-3 ore prima dell'allattamento.

FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDER (FASD)

In Italia la Sindrome Feto-Alcolica è classificata tra le Malattie Rare, ed il DM 279 del 18/5/2001, ha assegnato a questa condizione il codice di esenzione: RP0040. FASD è un termine generico utilizzato per indicare l'insieme degli effetti che possono manifestarsi in un individuo la cui madre abbia consumato alcol durante la gravidanza. Questi effetti possono comprendere anomalie fisiche, alterazioni mentali, comportamentali e/o deficit di apprendimento, generalmente a carattere permanente.

Il termine FASD non è da intendersi come categoria diagnostica clinica. La diagnosi di condizioni che vanno sotto il termine generale di FASD è complessa; di seguito una lista di carat-

teristiche spesso manifestate da bambini con diagnosi di FASD:

- *Danni cerebrali*
- *Ritardo nello sviluppo*
- *Basso peso*
- *Difficoltà di udito*
- *Problemi alla vista*
- *Difficoltà a ricordare*
- *Difficoltà nel linguaggio*
- *Povertà di giudizio*
- *Difetti alla nascita*
- *Problemi sociali e comportamentali*
- *Basso QI*
- *Problemi del sonno*
- *Iperattività*
- *Un breve span di attenzione*
- *Problemi con il pensiero astratto*
- *Difficoltà nel creare e mantenere relazioni*

La FASD è un termine *ombrello* che raccoglie va-

rie situazioni cliniche descritte in base alle possibili disabilità presenti. Vengono usate terminologie diverse a seconda dell'espressività della sindrome:

- **FAS - Sindrome Feto Alcolica:** la FAS è la disabilità prevenibile di tipo cognitivo e non genetico più comune nel mondo occidentale, è una diagnosi clinica riscontrabile in figli di madri abusatrici di alcol in gravidanza, una delle maggiori cause di disabilità cognitiva non genetica nel mondo occidentale, quindi è una disabilità frequente. Il DSM 5 colloca la FAS tra le «Condizioni che necessitano di ulteriori studi» e definisce la sindrome come un Disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol (DN-E-PA), sottolineando che l'alcol è una sostanza che ha effetti teratogeni sullo sviluppo e sulla conseguente funzionalità del sistema nervoso centrale. Nella FASD è presente un deficit neuro comportamentale che secondo alcuni studi potrebbe essere in relazione a danni organici, dovuti all'esposizione fetale all'alcol. Nel bambino sono facilmente riconoscibili le alterazioni facciali specifiche. Durante la crescita le caratteristiche facciali vanno via via attenuandosi e diventano meno riconoscibili, in alcuni casi non sono addirittura identificabili. Ai fini diagnostici a volte potrebbe essere utile prendere visione delle fotografie del paziente scattate durante l'infanzia.
- Viene collocata nel capitolo: **PFAS - Sindrome Feto Alcolica Parziale**, quadro che presenta alcune caratteristiche della FAS ma non tutte.
- **ARBD - Alcohol Related Birth Defect:** malformazioni congenite associate all'alcol a carico di molti organi ed apparati come il cuore, i reni, la vista e l'udito.
- **ARND Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders:** disturbi dello sviluppo neurocom-

portamentale associati all'alcol. I deficit colpiscono il Sistema Nervoso Centrale (SNC) generando spesso anche disturbi di apprendimento.

- **FAE - Fetal Alcohol Effects:** termine abbandonato dal 1996 e sostituito dai precedenti perché utilizzato erroneamente per descrivere bambini con disturbi comportamentali provenienti da famiglie con problemi alcol-correlati.

A differenza di altre alterazioni neonatali, da quando è stata documentata per la prima volta, verso la fine anni '60, la FASD non è stata oggetto di particolari studi epidemiologici.

Solo negli ultimi anni si è iniziato a indagare gli effetti nocivi del consumo di alcol in gravidanza, compiendo dei progressi nella conoscenza della patogenesi, dell'eziologia e dell'epidemiologia della FASD. Restano, tuttavia, molte difficoltà nell'inquadramento diagnostico di questi disturbi e una reale stima della loro diffusione nel mondo ancora non è stata effettuata, per diverse ragioni (Ceccanti et al., 2007):

- *Assenza e scarsa conoscenza delle problematiche alcol correlate.*
- *Difficoltà nell'identificazione dei soggetti affetti, a seguito dell'assenza di adeguate conoscenze degli effetti teratogeni dell'alcol.*
- *Persistenza, anche in campo medico, di stereotipi e luoghi comuni riguardanti il consumo di alcol in gravidanza.*
- *Presenza solo di recente di criteri diagnostici universalmente riconosciuti.*
- *Difficoltà nella diagnosi: in generale la diagnosi di FASD viene fatta in base alla presenza del tipico pattern di anomalie facciali, ma non tutti i soggetti mostrano tali alterazioni, per cui è necessario conoscere adeguatamente e saper*

valutare anche tutti gli altri deficit che la caratterizzano.

RISCHI MATERNI DI SVILUPPARE UNA FASD

Vi sono dei fattori di rischio materni rispetto alla possibilità di sviluppare una FASD.

L'età della madre può incidere, sia quando è superiore a 30 anni e possono esserci abitudini radicate di consumo e aspetti di invecchiamento biologico, sia quando è molto giovane e ci sono meno capacità di adattamento. Un altro fattore di rischio è non avere un partner con cui condividere tale evento. Essere stranieri e magari provenire da paesi ad alto consumo di alcol è considerato un fattore di rischio. Il basso livello socio economico è spesso associato a bassa scolarità e scarsa adesione a comportamenti di salute corretti. Studi epidemiologici segnalano che in Italia il consumo di alcol è maggiore nelle persone appartenenti a ceti sociali alti con elevati livelli di scolarizzazione.

La denutrizione è un fattore di rischio: un organismo debilitato, se vi è un consumo di alcol, sarà più fragile. Lo stress, i disturbi psicologici o psichiatrici rappresentano condizioni che facilmente portano ad un consumo di bevande alcoliche. Figli di alcolisti hanno molte più probabilità di usare alcol e di diventare dipendenti dalla sostanza. Se una donna ha già altri figli FASD è più probabile che possa avere altri figli con questa patologia nelle gravidanze successive.

È possibile constatare l'esposizione del feto all'alcol attraverso i seguenti marcatori diretti: FAEE, EtG e Ets che si accumulano nel meconio fetale e sui capelli del feto. I biomarcatori diretti sono altamente specifici e possono dimostrare la reale esposizione all'alcol durante la vita intrauterina.

Il meconio neonatale è facilmente ottenibile e fornisce informazioni sia sul secondo che sul terzo trimestre di gravidanza. I capelli del feto invece, si formano nell'ultimo trimestre e sono una valida matrice biologica per misurare l'esposizione all'alcol nell'ultima fase della gravi-

danza. Il meconio viene espulso solo nelle prime 24-48 ore dalla nascita, quindi si può raccogliere solo in quel periodo di tempo, mentre i capelli neonatali sono disponibili, anche se in piccola quantità, anche dopo alcuni mesi.

Importanti sono alcune considerazioni tratte da uno studio di May relativo alle conseguenze dell'uso di alcol in relazione all'epoca della gravidanza: l'uso dell'alcol nel primo trimestre aumenta di 12 volte la probabilità di dare alla luce un bambino con FASD, se si beve sia nel primo sia nel secondo trimestre le probabilità salgono a 61 volte di più e se si beve durante tutta la gravidanza le probabilità sono 65 volte superiori.

IL RUOLO DELL'ÉQUIPE SANITARIA

Gli operatori sanitari rivestono un ruolo importante nella prevenzione dei danni correlati all'uso di alcol in gravidanza, in particolar modo attraverso l'identificazione precoce delle bevitrici a rischio.

Generalmente le donne non conoscono le conseguenze del consumo di alcol in gravidanza ma sono sensibili alle informazioni che provengono dagli operatori sanitari, a cui si affidano durante e dopo la gravidanza.

Dal "PASSI" risulta che solo il 14% degli intervistati che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol. In particolare solo il 6% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

La gravidanza costituisce un'opportunità per cambiare stile di vita: molte donne, pensando alla salute del proprio bambino, possono essere disposte a ridurre o sospendere il proprio consumo di alcol se viene loro suggerito.

Gli operatori sanitari possono avvalersi di punti di forza legati al loro ruolo per contribuire a rendere le donne consapevoli dei rischi connessi al consumo di alcol prima e durante la gravidanza:



- *Le donne si aspettano di ricevere consigli da parte degli operatori sanitari.*
- *Il consiglio è personalizzato piuttosto che generale.*
- *Le donne si aspettano che gli operatori sanitari abbiano conoscenze dettagliate su aspetti della salute.*
- *Le informazioni che provengono dagli operatori sanitari forniscono conoscenze autorevoli per supportare la donna nel cambiare il proprio stile di vita.*
- *La conversazione è riservata.*

Prima della gravidanza gli operatori sanitari, nella loro attività clinica quotidiana, possono indagare il consumo di alcol attraverso domande rivolte a tutte le donne in età fertile.

Con le donne che stanno pianificando una gravidanza, è possibile discutere i benefici dello smettere di bere bevande alcoliche prima dell'inizio della gravidanza in modo da evitare l'esposizione all'alcol del feto nelle prime settimane. Durante la gravidanza, gli operatori sanitari possono chiedere a tutte le donne in gravidanza quale sia il loro consumo di alcol e informarle sulle conseguenze che tale comportamento può avere sul feto. In questo modo è possibile identificare eventuali situazioni a rischio e assistere le donne nella riduzione o nella cessazione del consumo.

Le strategie includono: "screening" (valutazione del consumo di alcol), fornire informazioni, intervento breve e colloquio motivazionale. Nel caso in cui si identifichino donne con un consumo di alcol problematico, è necessario programmare ulteriori colloqui di supporto. Può essere opportuno l'invio ai servizi specialistici o ai gruppi di auto aiuto.



Dopo la gravidanza, gli operatori sanitari possono osservare se il bambino presenta segni o caratteristiche tali da far pensare a un caso di FASD e inviarlo al centro specialistico per una valutazione specifica. Effettuare una diagnosi precoce di FASD e intervenire con un'appropriatezza presa in carico da parte dei servizi permette di fare diagnosi e terapie a cui il bambino può andare incontro nel tempo.

STRATEGIE DI INTERVENTO PER LA GESTIONE DEL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA

L'intervento breve si basa su alcune strategie e processi chiave che possono essere utilizzati dagli operatori che si trovano a gestire l'uso di alcol in gravidanza.

Le strategie sono basate sul metodo delle "5A".

- 1. ASK: Chiedere** a tutte le donne in età fertile e in gravidanza se consumano bevande alcoliche e in quale modalità e frequenza.
- 2. ASSESS: Valutare** il livello di rischio relativo al consumo di alcol.
- 3. ADVISE: Avvertire/Suggerire/Informare** che:
 - non consumare bevande alcoliche è l'unica scelta sicura se una donna è in gravidanza o se la sta programmando;
 - non è stata identificata una quantità di alcol sicura per il feto;
 - l'alcol nel feto raggiunge le stesse quantità presenti nel corpo della madre;
 - l'esposizione all'alcol del feto causa un'ampia variabilità di conseguenze.
 - **è difficile predire quale sia il livello di rischio presente per il feto;**
 - smettere di bere in qualsiasi momento della gravidanza, riduce comunque il rischio per il feto;
 - il rischio di danno al feto è basso se si sono consumate solo piccole quantità di alcol prima di venire a conoscenza di aspettare un bambino;
 - tutto ciò che concerne lo sviluppo del bam-

bino deve essere affrontato con il medico specialista.

- 4. ASSIST: Assistere** le donne nel ridurre il consumo di bevande alcoliche o a smettere di bere attraverso:
 - rinforzi positivi a coloro che si stanno astenendo dal consumo;
 - informazioni sulle conseguenze dell'esposizione all'alcol sul feto;
 - intervento breve o colloquio motivazionale allo scopo di supportare la decisione di astenersi, o, qualora non sia possibile, ridurre il consumo di alcol ed evitare episodi di intossicazione.
- 5. ARRANGE: Organizzare** il supporto per la donna programmando ulteriori consulenze e, se necessario, un invio ai servizi specialistici con il coinvolgimento del partner e dei familiari.

STRUMENTI DI SCREENING

- **L'AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test), è un valido strumento di screening che permette di valutare il consumo di alcol e identificare precocemente il rischio, un questionario semplice, costituito da 10 domande, che può essere somministrato alle donne sia prima che durante la gravidanza. L'utilizzo di uno strumento di screening può costituire l'inizio di una discussione e l'occasione per raccogliere informazioni riguardanti il consumo di alcol sia prima che durante la gravidanza. Per un primo screening di rischio può essere anche sufficiente sottoporre solo le prime tre domande (AUDIT-C) che indagano la frequenza del consumo di alcol, la quantità e la frequenza del *binge drinking*. L'AUDIT potrebbe indicare un consumo a rischio e costituire il primo passo per effettuare un intervento breve.
- **L'INTERVENTO BREVE** dovrebbe essere effettuato nei confronti di tutte le donne che stanno consumando alcol in modo rischioso.



Fig. 1 - Caratteristiche bambini affetti da sindrome alcolica fetale

La gravidanza è un momento in cui la donna può essere più sensibile ai cambiamenti, incluso il consumo di alcol, e l'intervento breve si è dimostrato efficace nel ridurre il consumo di alcol in gravidanza. L'intervento breve può essere condotto in una delle visite, ma è opportuno programmare ulteriori follow up. L'intervento breve permette di:

- identificare il consumo di alcol in gravidanza;
- valutare il livello di rischio di quel consumo;
- fornire informazioni sulle conseguenze del consumo di alcol in gravidanza;
- comunicare con una modalità che faciliti il cambiamento di stile di vita, il monitoraggio del cambiamento e il progresso.
- L'intervento breve dovrebbe orientare il colloquio sull'analisi dei fattori di rischio

associati con il bere della donna; dovrebbe inoltre includere strategie di *"problem solving"* e l'invio ai servizi specialistici per rispondere ai suoi bisogni di supporto sociale, cibo, alloggio e sicurezza.

- L'intervento breve dovrebbe includere un esame:
- dello stato di salute generale della donna;
- del corso della gravidanza;
- del cambiamento di stile di vita che la donna ha fatto da quando è in gravidanza;
- dell'interesse nel cambiamento dello stile di vita legato al bere;
- delle situazioni a rischio in cui la donna è più probabile che consumi bevande alcoliche.
- degli obiettivi da fissare.
- Per valutare i livelli di motivazione del cambiamento dello stile di vita legato al bere, è importante indagare:
- quanto è importante per la donna modificare i suoi comportamenti pensando al bambino;
- quanto è sicura di realizzare un cambiamento.

Lo screening sul consumo di alcol seguito dall'intervento breve favorisce una riduzione del consumo della sostanza nelle bevitrice ad alto rischio.

Le strategie utilizzate all'interno dell'intervento breve sono racchiuse nell'acronimo FRAMES.

- **LA METODOLOGIA FRAMES** prevede:
 - *Feedback*: fornire alla donna feedback individuali riguardanti il suo stato di salute. Il feedback può includere informazioni riguardanti il punteggio dell'AUDIT e le conseguenze del consumo di alcol per il bambino nel caso in cui dovesse essere in gravidanza.
 - *Responsability/Responsabilità*: sottolineare l'importanza della responsabilità in-

dividuale per il cambiamento e la libertà di scelta.

- *Advice/Informazioni*: fornire informazioni riguardanti i rischi associati al consumo di alcol attraverso una modalità supportiva piuttosto che autoritaria.
- *Menu*: proporre una lista di strategie per ridurre o cessare il consumo di alcol e fornire una serie di alternative in modo che la donna possa scegliere.
- *Empathy/Empatia*: *essere empatici e comprensivi*.
- *Self-efficacy/Autoefficacia*: rinforzare l'aspettativa della donna riguardo al proprio cambiamento.

IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Il colloquio motivazionale è una metodologia adottata per aiutare le persone a riconoscere i loro problemi attuali o potenziali legati alla persistenza di un comportamento disadattivo e a mettere in atto le strategie necessarie per modificare questo comportamento.

Esso si rivela particolarmente utile con le persone che sono riluttanti al cambiamento o che assumono una posizione ambigua a questo riguardo. Il colloquio di motivazione vuole aiutare a superare queste ambivalenze e a indirizzare le persone sulla via del cambiamento. Per alcune persone, questa è la sola cosa di cui hanno bisogno. **È una tecnica che è stata utilizzata in modo efficace all'interno dell'intervento breve per ridurre il rischio di esporre il feto all'alcol durante la gravidanza.**

Il colloquio motivazionale cerca di incrementare la preparazione al cambiamento della donna, superando l'ambivalenza riguardante il comportamento da modificare.

I principi guida del colloquio motivazionale sono: esprimere empatia, aumentare il conflitto interiore, permettere la resistenza ed evitare il confronto, supportare l'autoefficacia.

Le cinque abilità da utilizzare sono:

- Fare domande aperte
- Praticare l'ascolto riflessivo
- Stimolare la discussione sul comportamento da sostenere
- Suscitare affermazioni auto-motivanti
- Riassumere

Il colloquio motivazionale può iniziare con una domanda aperta in modo da evocare aspetti relativi alle conseguenze del consumo di alcol e consentire all'operatore di stimolare una riflessione empatica.

Attraverso il colloquio motivazionale, l'operatore dovrebbe mostrare comprensione verso la donna, incoraggiandola ad esprimere il suo punto di vista facendo emergere le difficoltà e l'ambivalenza dei suoi comportamenti, rinforzando ciascun commento che lei fa sul proprio cambiamento di stile di vita.

Di seguito alcune domande aperte per aumentare la consapevolezza ed evocare affermazioni di auto motivazione:

- *"Cosa ne pensa del suo consumo di alcol?"*
- *"Quali sono alcuni aspetti positivi del suo consumo di alcol?"*
- *"Quali preoccupazioni ha rispetto al suo consumo di alcol?"*
- *"Quali potrebbero essere alcuni benefici nello smettere o ridurre la quantità di alcol che consuma?"*

CONCLUSIONI

La gravidanza è un momento della vita in cui la donna può essere maggiormente predisposta a riflettere sulla propria salute e a modificare alcuni stili di vita.

Supportare la donna in un cambiamento dello stile di vita, anche semplicemente fornendole informazioni corrette, è estremamente importante. Uno dei problemi della FASD è la diagnosi differenziale poiché può avere caratteristiche simili ad altre malattie, ad esempio a quelle genetiche, e talvolta vengono presi in considerazione solo i singoli sintomi senza valutare il

quadro nella sua completezza. La conseguenza è che talvolta si ricevono trattamenti non adeguati o frammentati, senza una visione di insieme. A tal proposito, la diagnosi precoce è di fondamentale importanza perché permette di pianificare un piano di intervento in grado di ridurre il rischio di disabilità secondarie.

Intervenire sul consumo di alcol in gravidanza può contribuire ad implementare strategie di continuità assistenziale, dato che tutti gli operatori sanitari territoriali e ospedalieri, dell'assistenza sanitaria primaria e dei settori specialistici devono fornire il proprio contributo nel creare una rete di servizi multidisciplinare tale da permettere la presa in carico della donna, del nascituro e della famiglia, invero, prevedere per le persone affette da FASD e per le loro famiglie la partecipazione a percorsi di supporto psicologico e psicoterapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- *American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.*
- *Ceccanti M., Spagnolo P.A., Balducci G., 2007, Linee guida per una corretta diagnosi della Fetopatia da alcol, Società Editrice Universo*
- *Ceccanti M., Spagnolo P.A., Tarani L., Attilia M.L., Chessa L., Mancinelli R., Stegnano M., Sasso G.F., Romeo M., Jones K.L., Robinson L.K., del Campo M., Gossage J.P., May P.A., Hoyme H.E., 2007, Clinical delineation of fetal alcohol spectrum disorders (FASD) in Italian children: comparison and contrast with other racial/ethnic groups and implications for diagnosis and prevention, Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 31, p. 270-277*
- *Ceccanti M., Romeo M., Fiorentino D., 2004, Alcol e donna: aspetti clinici. Ann Ist Super Sanità, 40, p. 5-10*
- *Fiorentino D, Coriale G., Spagnolo P.A., Prastaro A., Attilia M.L., Mancinelli R., Ceccanti M., 2006, Fetal alcohol syndrome disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary report,*



Ann Ist Super Sanità, 42(1), p. 53-57

- *M. Leccanti, A. Spagnolo, G. Balducci, 2007, Linee guida per una corretta diagnosi della fetopatia da alcool, Società Editrice Universo, Roma*
- *May P.A., Brooke L.E., Gossage J.P., Snell C., Hendricks L., Croxford J., Marais A.S., Viljoen D.L., 2006, Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western Cape Province of South Africa: a population-based study. American Journal of Public Health, 90, p. 1905-1912*
- *Miller W., Rollnick, (1994) Il colloquio di motivazione, ed Erikson*
- *Mukherjee R.A.S., Hollins S., Turk J., 2006, Fetal alcohol spectrum disorder: an overview,*

SITOGRAFIA

- www.alcolonline.it
- www.epicentro.iss.it
- www.ministerosalute.it

BES & DSA: DIDATTICA INCLUSIVA

STRATEGIE DI PROGETTAZIONE E INTERVENTO PSICOLOGICO

Valentina Monticelli

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio
Strategico breve in formazione

Francesca Lacerenza

Psicologa, Psicoterapeuta
sistemico-relazionale, terapeuta EMDR
libero professionista

Teresa Caldara

Psicologa presso gli Istituti Penali di
Trani (BT), Psicoterapeuta ad approccio
Strategico breve in formazione

RIASSUNTO

I Bisogni Educativi Speciali e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento richiedono un'attenzione particolare in termini psicologici, educativi e didattici.

La legge tutela tali minori e le loro famiglie, favorendo un lavoro di rete (Servizi territoriali, Scuola e Sistema Familiare) con riferimenti precisi e specifici da rispettare attraverso l'uso di strategie mirate. Il taglio di tipo psicologico e psico-educativo risulta essere di estrema importanza per evitare stress nei confronti del minore e promuovere un percorso di recupero, supporto psichico e di accettazione di sé stesso.

PAROLE CHIAVE

BES/ DSA, Famiglia, PEI, PDP, Strategia

DEFINIZIONI E RIFERIMENTI

NORMATIVI BES & DSA

I *Bisogni Educativi Speciali* (BES) includono vari disturbi riconosciuti:

ADHD (iperattività, deficit dell'attenzione, impulsività); *DEFICIT DELL'ATTENZIONE* (puro); *DISTURBO DELLA CONDOTTA (DC)* & *DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO (DOP)*; *FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE (FIL)* o *borderline cognitivo* (è una sorta di limbo tra quella che definiamo normalità e disabilità intellettiva Q.I. = tra 71 e 84); *DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO (DSL)* causati da ritardo mentale o problematiche organiche e *DSA* (disturbi specifici dell'apprendimento), ma anche minori demotivati; minori con risultati insoddisfacenti; minori che fanno fatica ad adattarsi al ruolo; minori con ansia da prestazione, studenti ostili; minori che hanno difficoltà nelle relazioni sociali.

Il primo motore o campanello d'allarme solitamente è il *disagio multiplo* e dopo una diagnosi valida e riconosciuta, l'intervento psico-educativo auspicato è sicuramente quello in grado di modificare i fattori ambientali, socio-culturali, familiari e relazionali danneggiati e/o deficitari. L'intervento psico-educativo messo in atto con il minore deve prevedere il coinvolgimento del mondo scuola e del sistema familiare, promuovendo un lavoro di rete e di confronto anche all'interno dell'équipe multidisciplinare cercando di essere consapevoli dei limiti dei propri ruoli professionali, evitando la simmetria relazionale e non assecondando tutte le richieste avanzate dal minore, tenendo conto sempre del funzionamento della persona e del riconoscimento del bisogno speciale.

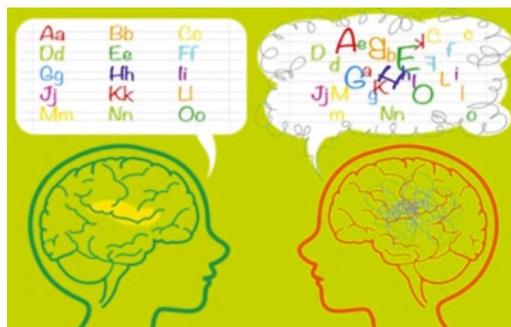
Quando si parla di didattica inclusiva si intende parlare di una didattica per competenze, ovvero che si adatta ai vari stili cognitivi attraverso l'utilizzo di canali comunicativi privilegiati (uditivo, visivo, etc), che favoriscono l'apprendimento tramite *cooperative learning*, rendendo quest'ultimo motivante ed interessante. Prevede l'uso di organizzatori grafici ed è una didattica centrata sull'alunno e sul suo successo formativo.

I *Bisogni Educativi Speciali (BES)* e i *Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)* sono disciplinati da due riferimenti normativi: *LEGGE 170/2010* che riconosce il diritto allo studio degli studenti BES e DSA, individuando il PDP come strumento per la didattica inclusiva e dal *DECRETO MINISTERIALE 569/2011* in riferimento alla valutazione dell'alunno, la quale deve essere formativa ed autentica.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento comprendono la Dislessia, Discalculia, Disortografia e Disgrafia, che riguardano specifiche difficoltà nell'ambito della lettura, calcolo, ortografia e scrittura.

I *Bisogni Educativi Speciali* entrano in gioco sul modo con cui il soggetto risponde a quel problema; sul problema specifico e sul contesto che può divenire parte del problema o concorrere alla soluzione.

I soggetti DSA/BES non hanno un disturbo di natura organica bensì sono dotati di una caratteristica neuropsicologica speciale e diver-



sificata che rispetto ad altri individui funziona cognitivamente in modo differente, escludendo però ogni forma di ritardo mentale e quindi con presenza di normodotazione cognitiva.

QUANDO È POSSIBILE FARE UNA DIAGNOSI DSA?

È possibile farla verso la fine della classe seconda elementare o inizio terza elementare a causa dell'insorgenza di problemi psicologici, difficoltà scolastiche e difficoltà relazionali riscontrate.

La diagnosi con certificazione viene rilasciata dalla *Neuropsichiatria Infantile* territoriale (NPI-ASL) e una volta redatta è fondamentale controllare se la diagnosi riporti i codici IC-10 di riferimento; indicazioni su cosa inserire nel PDP e i test previsti dalla *Consensus Conference*. Successivamente è necessario recarsi presso la scuola con consegna di una copia della diagnosi e protocollazione della stessa, richiesta della stesura di un PDP, prendendo contatti con il corpo docenti. Il PDP (Piano Didattico Personalizzato) a sua volta deve contenere strumenti compensativi adeguati, misure dispensative idonee ed una effettiva personalizzazione della didattica.

Con una diagnosi di DSA è consigliato un tutoring specializzato quotidiano (in alcuni casi individuale) e sedute di training cognitivo anche a cadenza settimanale, quest'ultima è una prestazione erogabile solo ed esclusivamente dalla figura di un esperto psicologo. Per *training cognitivo* si intende un allenamento mentale che si basa sulla neuroplasticità, cioè capacità del



cervello di modificarsi nel corso della vita cercando così di recuperare, anche in parte, le funzioni cognitive deficitarie attraverso l'uso di una batteria di esercizi/strumenti mirati.

Una caratteristica dei DSA è la possibile comorbidità tra i vari disturbi specifici dell'apprendimento con (disprassie, disturbi del comportamento e dell'umore, disturbi d'ansia, ADHD). Questa compresenza tra disturbi è una semplice contemporaneità, senza necessariamente derivarne una relazione di tipo causale; tuttavia, in alcuni casi di manifestazioni psicopatologiche in presenza di disturbi specifici dell'apprendimento, la comorbidità può essere anche la conseguenza dei vissuti derivanti dal disturbo.

Recentemente sono state intraprese delle ricerche, a livello nazionale e internazionale, che riconoscono l'origine neurobiologico del disturbo, con un diverso funzionamento delle reti neurali coinvolte nei processi di lettura, scrittura e calcolo. Sono in atto studi per valutare la com-

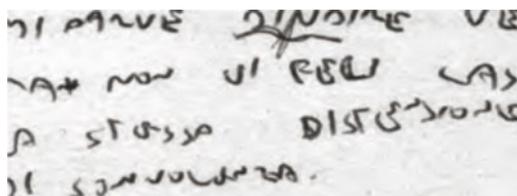
ponente ereditaria e genetica del disturbo, fortemente esistente.

Una delle teorie più accreditate afferma che la dislessia sia causata da un deficit di processamento fonologico o da un parto problematico.

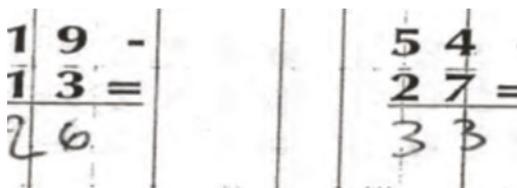
LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE

La documentazione ufficiale prevista e programmata è costituita dal **PEI** (PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALE) che viene utilizzato per alunni con disabilità ed è prescritto dalla L.104/92art. 13 e dal D.P.R.24/2/94. È redatto congiuntamente dagli operatori scolastici e da quelli dei servizi socio-sanitari della ASL di riferimento, che sostengono l'integrazione con la collaborazione della famiglia. La responsabilità è condivisa tra soggetti pubblici, scuola e servizi esterni. Il PEI è un documento ufficiale per allievi con disabilità (L.104/92) e serve a tutelare il diritto allo studio e alla riabilitazione di minori con disabilità diagnosticate.

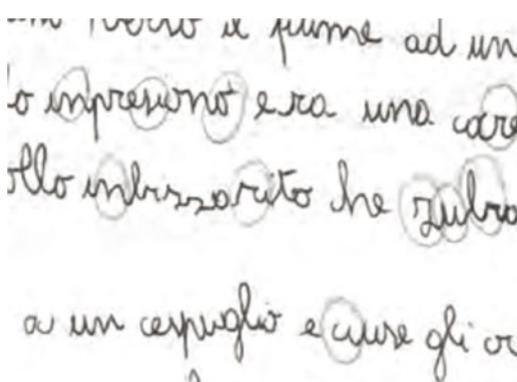
Prevede la possibilità per il minore di usufruire presso la propria scuola di un docente di sostegno e strumenti personalizzati e viene redatto dalla scuola e dai Servizi Socio-Sanitari che hanno in carico il minore. Tale documento garantisce un titolo di studio se è presente una diagnosi riconosciuta. Di spessore elevato diviene la collaborazione della famiglia e/o caregivers e dei servizi territoriali con i quali è di grande importanza interfacciarsi. Il PEI è strutturato in 9 assi, rispettivamente: *Asse Affettivo Relazionale; Asse Autonomia; Asse Comunica-*



Disgrafia - Disturbo specifico della scrittura di natura grafomotoria (in termini di scrittura poco leggibile)



Discalculia - Disturbo specifico del sistema dei numeri e del calcolo



Disortografia - Disturbo specifico della scrittura di natura linguistica (in termini di errori di ortografia)

zionale; Asse linguistico; Asse Sensoriale e Percettivo; Asse Motorio-prassico; Asse Neuropsicologico; Asse Cognitivo ed Asse di Apprendimento curricolare. Ogni asse ha delle voci specifiche ovvero (*osservazione e descrizione; obiettivi; contenuti; metodi e tecniche; materiali; raccordi con la programmazione di sezione*).

L'altra documentazione ufficiale è il **PDP** (PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO) per alunni con diagnosi BES/DSA ed è indicato per espletare le linee didattiche che la scuola programma per questo tipo di alunni con la collaborazione di docenti, tutor esperti e psicologi esterni. (L.170/2010).

Il PDP serve a tutelare il diritto allo studio dei minori con difficoltà scolastiche e prevede la possibilità per lo studente di utilizzare a scuola strumenti compensativi e misure dispensative personalizzate.

Viene redatto dagli insegnanti, secondo le indicazioni riportate dagli specialisti nella certificazione e in seguito va visionato e sottoscritto da entrambe le figure genitoriali ed eventualmente anche dal minore.

Tale documento è obbligatorio e garantisce il titolo di studio se è presente una diagnosi di DSA ed è consigliato in presenza anche di BES. In relazione a tale documentazione è fondamentale la collaborazione della famiglia e/o caregivers e dei servizi territoriali.

METODOLOGIA DIDATTICA INCLUSIVA: GLI STRUMENTI COMPENSATIVI E DISPENSATIVI

Gli *strumenti compensativi* devono esistere, funzionare ed essere convenienti; gli *strumenti dispensativi* invece, devono riguardare le prestazioni, evitare insuccessi scolastici ed essere accompagnati da sistemi alternativi ed efficaci. Gli strumenti compensativi principali sono: calcolatrice, mappe concettuali, mappe mentali e mappe cognitive; tavola pitagorica, formulari, orologio dei complementi, letture brevi e su dispositivi digitali (ove possibile), elaborazione di testi scritti brevi, scrittura a stampatello (per disgrafia grave); verifiche orali programmate, verifiche scritte di valutazione in modalità (vero o falso), a scelta multipla o attraverso schemi gui-

da predefiniti con l'utilizzo di strumenti di ausilio. Inoltre è indispensabile promuovere la *creatività* del minore facilitando il momento studio e l'apprendimento stesso, usando strategie di lavoro adeguate.

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA E INTERVENTI PSICOLOGICI

Il sistema famiglia rappresenta il nucleo principale di formazione e costruzione dell'identità dell'individuo e pertanto come agenzia educativa primaria è un fulcro centrale nell'evoluzione e/o involuzione educativa di ogni soggetto.

I BES esplicitano difficoltà e disagi anche familiari che si traducono in comportamenti problematici da gestire e che possono divenire un pericolo personale e collettivo.

Spesso le figure genitoriali hanno difficoltà molteplici a gestire tali comportamenti ma anche a riconoscere ed accettare il disturbo diagnostico sui propri figli. A tal riguardo è importante prescrivere un percorso psicologico da intraprendere come guida alla genitorialità che possa essere mirato alle resistenze messe in atto, alle difficoltà di accettazione della diversità e mancata consapevolezza del disturbo, rendendo espliciti i fattori di rischio e di protezione, a rinforzare gli aspetti positivi e le capacità del minore stesso e a un *supporto sistemico-familiare* attraverso colloqui clinici o *parent training*.

Per le strategie da adottare e pianificare attraverso l'esplorazione del sistema reattivo-percettivo, tentate soluzioni e uso di prescrizioni è consigliabile un *percorso psicoterapeutico ad approccio strategico* al fine di garantire un'efficace gestione delle emozioni e raggiungimento dei risultati attesi in breve tempo.

CONCLUSIONI

Sorprendere è la radice della conoscenza, secondo Platone e Aristotele. È importante sorprendere fin dall'inizio, incuriosire, perché no, sedurre. Sei abbastanza disinibito per voler sedurre i tuoi allievi? Sei interessato a loro abbastanza da volerli sedurre? Ti sei mai chiesto se ti piacciono i tuoi allievi? È una domanda importante. Ti piacciono, ti piace quell'età

o no? Che rapporto hai con l'infanzia, l'adolescenza, la giovinezza (uno psicoanalista direbbe con la tua infanzia, adolescenza, giovinezza?). Non sarai lì a scuola per caso, o per vendicarti di qualche sopruso patito, o per fare l'impiegato di uno sportello senz'anima? Chiediti quindi se ti piacciono i tuoi allievi e se puoi innamorarti (sì, innamorarti) di loro. Perché una risposata negativa sarebbe decisiva credo, anche per spiegare il cattivo andamento delle tue quotazioni». Paolo Mottana, «Caro insegnante».

Questo breve testo trae ciò che uno specialista che opera nelle relazioni d'aiuto dovrebbe chiedersi e provare.

L'aspetto psicologico di un disturbo non va tralasciato perché linfa vitale di un possibile recupero e benessere in termini di autostima, consapevolezza dell'io, capacità cognitive che riguardano anche la famiglia. Da qui nasce la necessità ed urgenza di attivazione di sportelli di ascolto psicologico dedicati in ogni istituto scolastico, al fine di promuovere una corretta informazione sull'argomento, supporto psicologico, resilienza familiare, strategie di intervento e benessere psico-fisico.

BIBLIOGRAFIA

- Grandi, L., Peroni, M. & Stella, G. (2014). Come leggere la dislessia e i DSA., Firenze: Giunti Edu Editore
- Cornoldi, C., Meneghetti C., Moè, A. & Zamperlin, C. (2018). Processi cognitivi, motivazione, apprendimento. Milano: Il Mulino Editore
- Cornoldi, C. (2007). Difficoltà e disturbi dell'apprendimento. Milano: Il Mulino Editore
- Mottana, P. (2008). Caro insegnante. Milano: Franco Angeli Editore
- Petruccelli F., Verrastro V., (2012). La Relazione d'aiuto nella psicoterapia strategica. Ed. Milano, Franco Angeli
- d'Alonzo, L. (2019). Come fare per gestire i comportamenti problematici nella pratica didattica. Affrontare la complessità con strategie, tecniche e strumenti efficaci. Firenze: Giunti Edu Editore
- Walsh, F., (2008). La resilienza familiare. Milano: Raffaello Cortina Editore

UNA COMMISSIONE PLURIDISCIPLINARE PER LA SALUTE: LABORATORIO CLINICO- FORMATIVO PER LE SCUOLE

PREMESSE DI UN PROGETTO SPERIMENTALE PER LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE, IN TEMPO DI EMERGENZA DA PANDEMIA-COVID'19. CONSIDERAZIONI SULL'ESORDIENTE 'SUPPORTO PSICOLOGICO NELLE SCUOLE' E SU QUELLO, DI AMBITA LEGIFERAZIONE, DELLA 'PSICOLOGIA DI BASE'.

Annarita Altamura
Psicologa. Psicoterapeuta.
Specialista in Psicologia Clinica.

RIASSUNTO

La proposta riguarda la costituzione di un 'Laboratorio' o 'Gruppo di Lavoro Pluridisciplinare' di esperti, interni ed esterni all'istituzione scolastica, finalizzato agli 'interventi psicosociali' per le cure, soprattutto, degli esiti della pandemia in atto, con riferimenti alla Direttiva PCM del 13 Giugno 2006, che stabilisce i criteri di massima in situazioni d'emergenza.

Nella trattazione vengono individuate le seguenti premesse:

- a partire dall'esperienza decennale di una pari 'commissione-salute', realizzata dal 1991 al 2001, e prevista dalla circolare ministeriale relativa all'approvazione della Legge 216/91 (promulgata al tempo con una motivazione d'emergenza rispetto all'incidenza del 'disagio minorile'), il pro-



getto proposto mira a sperimentare, oggi, uno strumento operativo di matrice psicosociale, pluridisciplinare e di rete territoriale -collaudato, dunque, per un decennio continuativo- finalizzato, questa volta, agli esiti psicologici dell'attuale emergenza-covid;

- di poter (ri)considerare un contesto clinico-formativo, stabile, a cornice dell'esordiente istituzione del 'supporto psicologico scolastico' (circolare ministeriale del 26 ottobre scorso), ritenuto "condizione necessaria ma non sufficiente": al proposito, viene considerata l'ipotesi che l'unico contesto operativo capace di incidere, in una situazione così diffusa di disagio psicosociale, sia l'istituzione della 'Psicologia di Base', non più rinviabile;
- di ritenere, ai fini della proposta in oggetto, la specializzazione gruppoanalitica della psicologia clinica, la garanzia per non incorrere nell'errore -forse sempre più spesso agito- di confondere, come direbbe W.R. Bion, (rif.) "il <gruppo> di lavoro, con l' <aggregato> di lavoro": quest'ultimo sarebbe solo un comune insieme di persone e/o di professionisti, a differenza del primo, rispondente scientificamente alla denominazione di 'gruppo'. Da Sigmund Foulkes (rif.), Fondatore della GroupAnalytic Society International of London, a Jane Abercrombie (rif.) sua diretta prosecutrice, ad Alberto Patella (rif.), scienziato, gruppoanalista-didatta e full member della stessa Società londinese, viene ritenuto "gruppo" un contesto relativo alla leadership di figure esperte e formate ad hoc (rif.);



- il progetto proposto, inoltre, rientrerebbe nella ricerca scientifica sulla «mentegruppo» (rif.), registrata su scala nazionale con il marchio di «Mepsiche e Sanprao» (rif.).

La conclusione dell'analisi nell'articolo, fedele alla vocazione per la salute della psicologia, individuale e di comunità e considerati i confini scolastico-istituzionali, pone:

1. la speranza di poter attuare il progetto proposto, permettendone l'assunzione a contesto elettivo, in ambito scolastico, per gli interventi clinico-formativi, in particolare, per gli esiti psicosociali dell'attuale pandemia da covid,
2. e, non in ultimo, l'ulteriore evidenza sull'assoluta inderogabilità dell'approvazione della legge della cosiddetta «psicologia di base», di cui la Puglia vanta l'avanguardia politica in Italia.

PAROLE CHIAVE

Psicologia clinica. Gruppoanalisi. Laboratorio clinico-formativo per le scuole. Servizio Sanitario per la Psicologia di Base. Esiti psicosociali da pandemia-covid19.

INTRODUZIONE

Sono tornata, da circa un mese, a lavorare nella scuola, a distanza di oltre 20 anni, dopo esserci stata per 10 continuativi, da esperta e specialista, come accennavo nell'articolo del Dicembre scorso. Questa volta, svolgo il ruolo di docente e finalmente!, perché come afferma Bion, si apprende solo dall'esperienza (rif.). Più precisamente, sarei una «docente-covid», denominazione d'incarico che lascia ben intuire il filo che lega la nuova esperienza alla mia vocazione clinica. Per brevità di esposizione e per riservarmi la possibilità di un compendio valutativo a Giugno prossimo, cioè a fine d'anno, magari con gli esiti del progetto nel titolo, ritengo utile riferire solo il grado scolastico elementare.

Per ora, è rinviata l'analisi del primo mese d'insegnamento, a partire dai frammenti iniziali, qui, così appuntati :

- il primo impatto con un'amica di scuola superiore, nel ruolo di facente funzione della vice-dirigente;
- l'attesa della Dirigente Scolastica e il Suo accoglimento in prima persona, accompagnato dal-
- la presenza di una collega-psicologa, anch'essa, in servizio nella scuola e prossima alla svolta da dirigente. E, non in ultimo,
- il garbo distintivo della segreteria e le sue «premere professionali»,
- eccetera.

Insomma, mi sono ritrovata in un clima che, in qualche modo, mi diceva «bentornata»!

E tale, ancora, resta, nonostante l'aver toccato, d'acchito, la criticità con cui lo stato della pandemia in atto, ha letteralmente investito anche l'istituzione scolastica. È impossibile in questo contesto, visto anche il focus della trattazione, persino, affacciarsi agli elementi che una lente da «specialista della relazione umana» può cogliere in termini di sofferenza.

Se provo a guardarmi dentro, ci sono, innanzitutto, i volti:

- dei bambini presenti a scuola, di prima elementare, «imbavagliati» e «addestrati» a «procedure» per «relazionarsi a distanza», con docenti e compagni;
- del corpo docente e di tutto il personale, incessantemente operoso...
- dei docenti e alunni, insieme, durante i tentativi di didattiche «intermittenti» e di «vario tipo», ciascuno a spendersi nel reciproco la-

voro, più spesso dietro una videocamera, o con cellulare o con PC, durante le lezioni digitali...

- dei familiari, a monte di tutto questo, anche loro, intermittenti nel backstage;

e il resto... Insomma, l'emozione è di sentirmi in un circolare stato di 'malessere visuo-percettivo'. Basterebbe lo scorrere di queste immagini, in un contesto di supervisione clinica, 'video-e-audio'assistita, (come quello sperimentato durante gli anni della ricerca guidata dal Professor Alberto Patella alla Facoltà di Medicina di Bari) per comprendere di cosa e di come.. si possa investire la *mentegruppo*, personale e collettiva, di una istituzione come la scuola, in uno scenario come la pandemia in atto. Chi è del mestiere sa, -come si suol dire- che non può essere sufficiente un 'supporto psicologico', pur necessario, come quello previsto dalla Circolare del Ministero dell'Istruzione del 26.10.2020, nel tentativo di attivare delle risorse consone e intervenire opportunamente in un tale stato di fatto.

Credo che sia davvero arrivato il momento di legittimare liberamente la cosiddetta 'Psicologia di base'. Durante gli anni di avvio del Servizio di Psicologia clinica al Centro di Riabilitazione Psicomotoria 'Villa San Giuseppe' dell'allora Ente ecclesiastico 'Opera Don Uva' di Bisceglie, ho portato avanti, con il gruppo pluridisciplinare di fascia dirigenziale, una ricerca tesa a dimostrare le condizioni per cui, a detto Servizio, potessero accedere persone non-ricoverate. Siamo stati...ad un passo dall'ottenere l'ufficialità della legittimità di tali condizioni, da parte degli organismi regionali preposti agli adempimenti di competenza. Con il Responsabile-medico di quel progetto, siamo stati ricevuti e sostenuti, dai referenti della presidenza e assessorato di riferimento, a completare la sperimentazione, per poter procedere all'approvazione della relativa proposta di legge.

Poi, l'Ente Ecclesiastico, per le note vicende giudiziarie, si è ritrovato commissariato e tutto è rimasto incompiuto. Fatto sta che l'ipotesi fondativa di quella ricerca, partiva, proprio, dal presupposto-base dell'impianto della relazione psicologico-clinica. Essa può strutturarsi solo se si realizzano dei profondi processi di natura proiettiva e identificativa. Questi processi possono, naturalmente, essere inficiati quando lo specialista clinico è, per così dire, imposto dall'alto!

Chi ha esperienza, soprattutto con minori o 'minorati', sa quanto aumentino le resistenze alle cure se non scatta quella leva di 'fidarsi e affidarsi'. Nell'ipotesi del Servizio di Psicologia di Base, la *conditio sine qua non* -o la cosiddetta analisi della domanda- è sempre garantita a partire dalla libera scelta a monte, come accade nel caso di una domanda d'aiuto rivolta ad uno specialista privato, a cui si accede, solitamente, con una previa informativa e alternativa. Allo psicologo non basta il saper persuadere a lasciarsi curare...

Per questo è ipotizzabile che 'lo psicologo della scuola', come quello di ogni istituzione che non ne prevede l'alternativa, possa incontrare insormontabili resistenze di natura proiettiva. Dunque, il progetto proposto in questa sede assume una nuova luce, evidenza come tutti i contesti di gruppo abbiano più risorse alternative e ribadisce la certezza che l'unico Servizio Sanitario, veramente efficace ai fini dello stato d'emergenza psicosociale, inconfinevole rispetto alla pandemia in atto, è quello della Psicologia di Base, al pari di quella medica, per la sua natura ancora più subdola e latente di quella bio-medica creata dal covid19.

Con queste premesse, dunque,

1. partendo dal riferimento alla Direttiva PCM del 13 Giugno 2006, circa i criteri di massima sugli interventi psico-sociali in situazioni di emergenza, come, si ribadisce, quella della pandemia in atto,

2. passando per la consapevolezza che solo un gruppo di lavoro pluridisciplinare può raggiungere obiettivi incisivi, in similcontesti d'emergenza e non a caso nella Direttiva in causa si parla di «Equipe Psicosociale d'Emergenza», e
3. ritrovandomi nell'esperienza pregressa dell'allora 'Commissione Salute', prevista dalla Circolare del Ministero d'Istruzione, a seguito della Legge 216 del 21 Giugno 1991, da cofondatrice 'esperta e specialista' nelle scuole di riferimento, sono entrata in una sequenza di libere associazioni, fino a maturare la proposta del progetto nel titolo. In particolare, sono partita dalle legittime considerazioni insite nella suddetta Direttiva e in particolare da alcuni punti salienti:
 - «...i problemi di ordine psicologico, delle popolazioni colpite come dei loro soccorritori..., possono palesarsi in fase acuta o evolvere in modo subdolo, con ripercussioni, anche nel lungo periodo...
 - il contesto delle maxiemergenze, richiede infatti l'utilizzo di metodologie e procedure peculiari che prendano in considerazione il numero dei soggetti coinvolti e la precarietà delle condizioni ambientali che si vengono a determinare.
 - È inoltre opportuno osservare che le «catastrofi» (come le pandemie) «possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comu-



nità...» (figuriamoci nel caso di minori in esordio di scolarità) ...

- «...è necessario che gli interventi psico-sociali adottati tengano in massima considerazione le caratteristiche specifiche di quel territorio e della comunità che lo abita. Da tali considerazioni scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psico-sociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali attraverso azioni ed interventi coordinati in grado di garantire risposte efficaci e di qualità. A questo fine sono stati redatti i presenti criteri di massima il cui contenuto è così suddiviso: rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate; destinatari degli interventi; scenari d'azione...».

Da questi assunti, la Direttiva perviene all'individuazione dell'EPE, cioè dell'equipe psico-sociale per le emergenze, come lo strumento elettivo al fine. «...L'equipe, in rapporto alle varie fasi dell'intervento ed agli specifici bisogni emergenti, deve poter consentire ...la tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di tutte le risorse personali e comunitarie; garantire, oltre alla raccolta delle domande di aiuto spontanee, processi di identificazione attiva dei bisogni; mettere in atto le iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni attivate nella catena dei soccorsi sanitari, al fine di evitare sovrapposizioni e potenziali conflitti; incentivare i processi di autodeterminazione, riconoscendo ad ogni destinatario dell'intervento il diritto di operare scelte consapevoli relativamente alla propria salute; tutelare la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso, supportando la decodifica delle differenze e delle specificità culturali dei destinatari e vigilando affinché non insorgano processi di stigmatizzazione, in particolare attraverso l'etichettamento di comportamenti che potrebbero sembrare anomali se separati dal contesto

in cui sono rilevati; porre particolare attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi e di ri-orientamento adattativo e fornire strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni stesse; garantire la raccolta e la conservazione accurata dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi stessi...».

Segue, poi, il capitolo, forse, decisivo ai fini, della 'formazione': «...Il tema della formazione riveste un'attenzione particolare poichè rappresenta una delle principali risorse utilizzabili all'interno delle strategie di prevenzione. La conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi. Le ricerche dimostrano che una parte degli stress individuali e collettivi che si sviluppano a seguito di disastri possono essere ridotti da un'adeguata preparazione di tutti gli attori coinvolti, sia a livello individuale che collettivo. Finalità generale di ogni azione formativa in questo campo è dunque quella di diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando rapidamente processi di selezione percettiva e processi cognitivi complessi, a fronte di emozioni intense e processi comunicativi non ordinari. In questo senso, ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire le emozioni e far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati. I professionisti, che operano in campo psicosociale, devono essere adeguatamente formati a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva. Tra queste si possono elencare: attività informative rivolte alla popolazione sulle tec-



niche di gestione dello stress e sulle reazioni a situazioni critiche...».

Mi sono chiesta, così, se la scuola, ente formativo per eccellenza, di fatto, non fosse una comunità rappresentativa di quella territoriale di appartenenza e essere nelle condizioni di prendersi cura di un inevitabile stato di disagi e sofferenze, allargati e diffusi, e nella maggioranza dei casi, forse, negati.

E come specialista in Psicologia Clinica e gruppoanalista, non potevo, allora, che ipotizzare il caso di strutturare un progetto *psicosociale*, dunque, di tipo gruppale, a cornice di quello più mirato del servizio psicologico secondo le ultime disposizioni ministeriali. Ho, infatti, considerato –in questo primo mese d’incarico–, come preziose quelle situazioni che ho potuto rilevare come funzionali all’analisi necessaria delle ‘fragilità’ su un versante e delle ‘risorse’ sull’altro, per bilanciamento. Così, ferma nella conoscenza che ogni contenuto è legato al suo contesto, che le criticità delle relazioni psicologiche hanno valore al pari del sintomo organico e che, quindi, nei gruppi rappresentano la punta dell’iceberg emersa grazie ad ogni singola persona che ne ha la forza di assumere il ruolo inconscio di portavoce, ho considerato il ‘sintomo’ nell’unico caso di *chiave d’accesso* al sostrato più profondo di matrice della *mentegruppo*.

Quindi, solo a scopo esemplificativo e brevemente, posso riferire:

1. sul versante delle criticità,
 - di essermi ritrovata a sentir parlare di un presunto ‘legame quotidiano’ come riferibile di un giornale o rivista, quindi anche potenzialmente ‘settimanale’, ‘mensile’ o ‘annuale’...; o di ‘flessibilità’ come il cambiare orario di lavoro il giorno prima per il giorno dopo, ad oltranza; oppure di pseudo-forme comunicative *ad personam*, per rapportarsi ai vari, presunti, *target* di famiglie di alunni, eccetera;

2. sul versante delle potenzialità,
 - ho scoperto che tra i docenti, come tra i collaboratori scolastici vi sono laureati in ‘scienze cliniche’, come la biochimica, la farmacia o, tra alcuni di ruolo, vi sono ex dirigenti-clinici delle AUSL... e che tutti indistintamente e incessantemente sono prodighi per rendere un servizio autorevole e competente nelle rispettive funzioni. Tra questi ho percepito una profonda sintonia e unitarietà di *mentegruppo*. Insomma, quel sentore percepito in avvio, di una generale profonda vocazione al prendersi cura, da parte degli operatori, a partire dalla Preside, si è confermato come reale.

È stato questo, il momento in cui mi sono ritrovata, nei ricordi, agli oltre dieci anni di ‘Commissione Salute’ delle scuole in cui ho prestato servizio dal 1991 al 2001. Poi, con la nascita di mia figlia avevo optato per l’esclusivo rapporto di lavoro nell’Ente Ecclesiastico Ospedaliero in cui ero stata assunta dal ‘94. In quella ‘Commissione Salute’, avendo un perfetto ruolo di cerniera tra i cosiddetti confini di ‘esterna’ e ‘interna’ alle istituzioni coinvolte (scuole di vario grado, Area dei servizi sociali del Comune di Ruvo di Puglia, Servizi Sanitari, etc.) sono riuscita a congiungere più esperti di varia provenienza, a partire da professori universitari di medicina e psicologia –peraltro, anche, in prestazione gratuita e stabile–, per l’intera programmazione nell’arco temporale, minimo, dei tre anni. Al proposito, è importante sottolineare – come, sanno gli addetti ai lavori– che la *conditio sine qua non* della cosiddetta ‘estraneità al contesto clinico-formativo’ è propria delle attività di supervisione, secondo le disposizioni delle varie scuole scientifiche di riferimento, e non di quelle sul piano ‘in-formativo’. Circa queste, invece –e compresi i setting clinici di riferimento–, resta il continuo aggiornamento, a partire dalla concezione dell’*ipercontesto* inaugurato dallo stesso Sigmund Freud, con il caso di ‘Catarina’(rif.).

CONCLUSIONE

Qualche giorno fa, a scuola, è stata presentata la

tempistica per la presentazione dei progetti extra-curricolari. Tra questi ci sarebbe anche l'organizzazione di un evento dedicato a San Giovanni Paolo II, a cui sono particolarmente legata, a partire dagli anni di frequentazione degli studi alla Facoltà 'La Sapienza' di Roma, quando mi ritrovavo sistematicamente a San Pietro a partecipare ad eventi da Lui presieduti. Ho pensato che avrei proposto alla Dirigenza di finalizzare ogni attività possibile, compresa questa iniziativa, alla cura 'psicosociale della comunità scolastica', in relazione agli esiti della pandemia, che sono più subdoli e intrusivi quanto più sotterranei o negati. E da specialista in psicologia clinica e gruppoanalisi, non potevo che proporre -come base per ogni contesto finalizzato alla salute di tutte le componenti scolastiche- un gruppo di lavoro pluridisciplinare, in pianta stabile, a vocazione clinica. Ora, spero di essere autorizzata allo sviluppo di questo embrione e poter offrire, così, anche alla nostra comunità scientifica, nuove opportunità di confronto e crescita.

BIBLIOGRAFIA

- **Abercrombie**, Jane (1960) - *Anatomia del giudizio operativo* - F. Angeli, Ed. 2007
- **Altamura**, Annarita (2019) - *Anteprima del testo «Mepsiche e Sanprao»: sintesi teorica del modello scientifico di mentegruppo e sua definizione metodologica, clinico-applicativa* - Notiziario "psicopuglia" - dicembre 2019, (pag.218)
- **Anzieu**, Didier (1985) - *L'io-pelle* - Raffaello Cortina Editore 2017
- **Bion**, Wilfred Ruprecht (1961) - *Esperienze nei gruppi* - Ed. da Armando 2009.
- **Bion**, Wilfred Ruprecht (1962) - *Apprendere dall'esperienza* - Ed. da Armando 2009.
- **Foulkes**, Siegmund Heinrich (1964) - *Analisi terapeutica di gruppo* - Boringhieri, Torino 1967
- **Freud** Sigmund (1895) - *Casi clinici (n.2) - Miss Lucy R. Katharina...-Signorina Elisabeth von R..* Ed. Boringhieri 1977
- **Patella**, Alberto (2004) - *CASO R. Mentegruppo nello status analitico nascente del contesto clinico* F. Angeli, Ed. 2004
- **Patella**, Alberto (2020) - *Scollusione clinica. Training Gruppoanalitico in Educazione Continua in Medicina (ECM)* - F. Angeli, Ed. 2020





DAL SEGNO AL SOGNO

**PERCORSI DI TERAPIA BREVE INTEGRATI
CON PAZIENTI SANI IN EVENTI TRAUMATICI**

**REPARTO DI ONCOLOGIA MEDICA
OSPEDALE SAN PAOLO DI BARI**

Nicola Marzano

Responsabile del Reparto di Oncologia
medica Ospedale S. Paolo di Bari

Carmen Zelano

Psicologa, Psicoterapeuta psicoanalitica

Mariella Tambone

Psicologa, Psicoterapeuta
sistemico relazionale

Emiddio Ricco

Psicologo, Psicoterapeuta sistemico
relazionale in formazione

RIASSUNTO

Un breve viaggio attraverso l'espressione grafica come mezzo di elaborazione psicologica del sé. Un lavoro scritto a sei mani realizzato grazie al dono di un paziente che ha voluto raccontare come sia possibile rialzarsi dopo le numerose cadute che la vita gli ha riservato. Egli esprime attraverso un costrutto grafico come, in fin dei conti, nemmeno la più devastante tra le diagnosi possa togliere il sorriso.

PAROLE CHIAVE

Psiconcologia, diagnosi oncologica, disegno terapeutico, psicoterapia espressiva, terapia sistemico relazionale

INTRODUZIONE

Il lavoro che proponiamo parte dall'analisi dei prodotti grafici di un paziente in progressione: Roberto. Abbiamo deciso di scrivere questa storia perché l'equipe di psicologi si è emozionata

di fronte ad un suo disegno. Siamo stati affascinati dalla profonda serenità che traspariva da questo elaborato grafico. Abbiamo scoperto che derivava dal forte vincolo affettivo che lega il paziente alla sua compagna. E non solo. Quel giorno di chemio corrispondeva al loro primo anniversario e lui era tutto preso dalla sua storia d'amore, al punto da trascurare il fatto che fosse in un reparto oncologico. Ci siamo emozionati ed abbiamo deciso di condividere questa storia, per il messaggio positivo che trasmette. Speriamo possa essere un messaggio di speranza e di esempio anche per chi sta affrontando lo stesso percorso. Roberto ha scoperto in ritardo la sua malattia e non è operabile.

La diagnosi di tumore è sempre associata ad alterazioni emotive rilevanti e ad intense emozioni, quali ad esempio: la paura. Essere coinvolti in un sistema di cura tanto complesso ed articolato, genera momenti carichi di importanti

implicazioni esistenziali e psicologiche che non andrebbero mai sottovalutate.

Chiunque abbia assistito malati affetti da cancro conosce bene l'angoscia che questa diagnosi provoca sia nel paziente che nei familiari, così come anche il trambusto della quotidianità determinato dalle procedure terapeutiche. Per tutte queste caratteristiche ogni malattia oncologica porta con sé il rischio di contribuire allo sviluppo di momenti di crisi nell'individuo colpito, e nei suoi famigliari. Momenti nei quali le strategie introdotte solitamente per affrontare e risolvere i problemi non sempre si rivelano efficaci (Morasso G., Di Leo S., 2002)¹.

Al fine di umanizzare il percorso di cura bisogna cercare di porsi nei confronti dei pazienti con un ventaglio più ampio possibile di soluzioni ai loro bisogni, avvalendosi di interventi concreti che gli conservino dignità (Pasacrete et al. 1999)². In poche parole per accogliere il bagaglio emozionale del paziente diviene necessario adoperare tecniche che risultino il più possibile rispettose dell'esperienza traumatica subita, infatti, circa 1/5 dei pazienti oncologici sviluppa i sintomi di un Disturbo da Stress Post Traumatico (Caryn Meri Hsien)³.

Non stupisce come l'arte possa essere d'aiuto per avvicinare i pazienti alla quotidianità di una vita normale nonostante i disagi della malattia. Infatti, la nostra personalità contiene una parte importante ed attiva che ogni individuo affida spesso a questo particolare strumento di co-

municazione. L'arte è un modello espressivo essenziale e come tale, anch'essa può essere riconosciuta come un bisogno. Diventa un utilissimo canale per la ripresa del controllo su noi stessi e per ripristinare il nostro equilibrio interiore. Tale tecnica effettuata nella stanza di terapia di un day hospital oncologico, rappresenta un intervento innovativo, ancora poco conosciuto.

A livello mondiale abbiamo rari esempi di esperienze condotte in reparti di oncologia, come quella del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York, che utilizza l'arte terapia in varie forme da diversi anni, in una sala d'aspetto attigua al reparto del Breast Center, consentendo ai pazienti di calarsi in una atmosfera silenziosa e creativa (Luzzato P. 2010)⁴. È da prendere in considerazione anche un importante studio condotto in Brasile presso l'ambulatorio dell'Ospedale Oncologico di Capinas che ha coinvolto i pazienti in sala d'aspetto, un giorno a settimana in una attività di arte terapia che ha restituito significativi momenti di benessere e di riflessione (Vieira M., 2009)⁵.

La qualità della vita dei pazienti nelle sale d'attesa negli ospedali e in particolare quella dei pazienti oncologici, è un argomento di attualità anche in Italia. I pazienti possono avere un appuntamento con l'oncologo o attendere gli esiti di un esame o essere in attesa di cominciare una seduta di chemioterapia o radioterapia con uno stato d'animo che spesso è caratterizza-

¹ Morasso G., e Di Leo S., 2002. *La Psico-oncologia: un panorama generale, Servizio di Psicologia Istituto Nazionale per la Ricerca sul cancro, Genova. articolo estratto da IN: formazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, nuove prospettive in Psiconcologia n. 46 Maggio- Agosto 2002 pag 2-13 ed. Grin SRL- Roma*

² Pasacrete et al. 1999 "Role diversification in the education of advanced practice psychiatric nurses" - *Archives of Psychiatric Nursing-Volume 13, Issue 5, October 1999, Page 248-260*

³ Caryn Meri Hsien Chan *National University of Malaysia - Cancer - American Cancer Society*

⁴ Luzzato P., "Art Therapy", in: *Holland et al (eds) Psycho - Oncology, 2nd ed. chapter57, Oxford University Press, 2010.*

⁵ Vieira M. "Art Thrapy in the Waiting Room: an Experiens at an Oncology Ambulatory Care Unit". *IPOS 11th World Congress, Vienna 2009.*



to da preoccupazione, depressione ed ansia. Il dipartimento di ematologia dell'Ospedale San Martino di Genova offre settimanalmente una giornata di arte terapia condotta con i pazienti della sala d'aspetto, raggruppandoli intorno ad un tavolo che durante la settimana viene usato per le riunioni dello Staff (Agnese et al. 2008)⁶. Anche in Sicilia, l'Unità Oncologica dell'ospedale G. Di Maria, ad Avola, conduce da anni una attività espressiva sull'uso dei mandala (Respini D., 2004)⁷. Va da sé che la metodologia di un intervento di arte terapia su pazienti oncologici in sala d'attesa debba differenziarsi da quella proposta ad un gruppo a numero chiuso di pazienti che si ritrovano regolarmente nello stesso luogo e alla stessa ora.

In definitiva in una sala d'aspetto dove i pazienti vanno e vengono, ognuno con le proprie esigenze psicologiche, un'attività di arte terapia diventa valida solo se basata su un uso attento e professionale della sua flessibilità.

IL DISEGNO E LA PSICOTERAPIA ESPRESSIVA

Il paziente oncologico affronta una diagnosi di tumore come un evento traumatico che genera caos, annulla certezze, blocca le progettualità e mette a repentaglio il proprio equilibrio psico-fisico; inoltre, la patologia oncologica determina anche una importante modificazione del corpo che diviene improvvisamente portatore di malattia e di angoscia. Di fronte alla malattia è importante prendere in considerazione l'impatto emotivo, la vulnerabilità, la solitudine e i sentimenti di tristezza, rabbia e angoscia a cui il paziente è sottoposto. Per vincere la battaglia

non è necessario solo il ricorso all'intervento chirurgico ed effettuare la terapia, ma è importante tenere anche la sfera psico-emotiva sotto controllo.

A tal proposito si rivelano molto utili tali attività per aiutare i pazienti a gestire le emozioni negative associate alla malattia, trasformando l'evento tumore in una crisi da integrare al proprio percorso di vita per determinare una crescita personale. Lo strumento del disegno permette di bypassare il canale razionale ed aggirare le difese del soggetto, facendo emergere elementi che altrimenti rimarrebbero nascosti. Il disegno facilita la comunicazione e l'espressione di sé. È un utile ausilio psicodiagnostico attraverso il quale il soggetto può esternare parti del proprio mondo interiore ed è un importante *ponte comunicativo* tra il paziente ed il mondo esterno, favorendo anche l'elaborazione degli elementi maggiormente dolorosi.

È infatti ben accetto da parte dei pazienti perché non si propone come particolarmente intrusivo (Ionio C., Procaccia R., 2003)⁸. Peraltro, il suo utilizzo, si dimostra di facile e rapida somministrazione, piuttosto economico per i materiali di cui necessita e non presenta limitazioni di età (Van Der Kolk B.A., Fislser R., 1995)⁹.

L'inclusione di questo potente strumento in una strategia di supporto psicologico definita *psicoterapia espressiva*, può essere un valido ausilio soprattutto per i pazienti che hanno difficoltà nella comunicazione, blocchi emozionali e conflitti psichici, e che necessitano di migliorare

⁶ Agnese et al., "Medical Art Therapy in Ialia: dove, come quando". Convegno ATI, Palermo 2008.

⁷ Respini D., "The Inclusion of Artistic and Recreational activities in an oncology day hospital's "therapeutic programme". *Journal of Medicine and Person* 2 (4) 2004.

⁸ Ionio, C., Procaccia, R. (2003). *Comunicare il trauma: i disegni dei bambini vittime di abuso sessuale. Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*. 5, 2, 57-85

⁹ Van Der Kolk, B.A., Fislser, R. (1995). *Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and expolatory study*. *Journal of Traumatic Stress*. 8, 505-525.)

il rapporto con il proprio corpo, di sviluppare nuove strategie comunicative e relazionali. Nel gruppo di psicoterapia espressiva è possibile, inoltre, elaborare emozioni difficili e facilitare il contatto con una parte di sé più positiva. Ovviamente non è importante saper disegnare poiché l'attenzione è focalizzata sul processo del fare e su ciò che emerge dall'immagine rappresentata e non dalla sulla bellezza. Questo che per certi versi potremmo definire un *viaggio creativo* offre ai pazienti un valido supporto per promuovere la socializzazione creando nuove possibilità di contatto, di scambio e di svago. Infatti, grazie anche alla condivisione del gruppo trovano ascolto e sostegno, attivando risorse positive (Benevelli S., 2020)¹⁰. Avvalendosi anche di una certa leggerezza comunicativa i pazienti imparano a gestire il loro dolore, ad alleviare l'ansia e a ridurre i pensieri ossessivi relativi alla malattia.

IL METODO



Abbiamo voluto sperimentare tale tecnica con l'obiettivo di offrire un'attività che potesse essere rilassante, creativa, secondo le esigenze manifestate dai singoli partecipanti. La stanza utilizzata è solitamente usata come stanza di terapia. Sul tavolo sono collocati i materiali artistici, tra cui: colori a pastello, fogli bianchi di diverse dimensioni, gomme. È una stanza dedicata, con denominazione: "Psicoriabilitazione oncologica arte terapia di gruppo".

I partecipanti vengono invitati a lasciare gli elaborati realizzati e se preferiscono possono fotografarli o fotocopiarli per portare una copia con sé. Ogni incontro viene scandito da tre momenti: inizialmente si invitano i pazienti a produrre un elaborato grafico che rappresenti il loro stato d'animo attuale; successivamente ogni partecipante spiega i contenuti del proprio disegno, che viene fatto ruotare in senso orario tra gli altri pazienti che esprimono a loro volta una opinione sul disegno, un'emozione che scaturisce loro

dall'elaborato dell'altro, mentre lo psicologo fornisce le valutazioni dei contenuti più profondi.

Il momento del confronto è paragonabile al momento della narrazione della produzione onirica, ovvero del sogno del paziente, che si distingue per la delicatezza dei contenuti, per il linguaggio fatto di immagini metaforiche e per forme e colori assimilabili a icone dell'anima. Quando il paziente non riesce ad utilizzare le parole per spiegare i contenuti del proprio disegno, è il disegno stesso a parlare, svelando un mondo inaccessibile agli sguardi superficiali di chi non condivide la

¹⁰ Benevelli S., "l'arteterapia nelle sale d'attesa del day Hospital oncologico" –le immagini dell'attesa 28 Novembre 2020 - www.nuoveartitrapie.net.



stessa emozione, storia, sofferenza. La fase di condivisione in gruppo dell'esperienza creativa vissuta innesca uno scambio verbale profondo di confronto tra i partecipanti ed un'analisi delle emozioni più significative, dalle quali origina il tema della seduta, identificato dagli stessi pazienti con un titolo.

Ogni incontro si basa sui seguenti temi:

- Riabilitare il proprio corpo,
- Sviluppare contatto e fiducia nei confronti dei partecipanti,
- Riscoprire il valore della comunicazione,
- La Rinascita.

L'obiettivo principale è quello di dare corpo ai vissuti emotivi legati alla malattia ed evitare che le emozioni negative come la paura e il dolore, si trasformino in una vera e propria disabilità che impedisce di reinventare la vita.

Da una prima valutazione globale appare evidente come la maggior parte dei disegni prodotti esprimano sentimenti e ricordi personali sia positivi che negativi. Ovviamente le emozioni negative sono relative alla sofferenza provocata dal tumore, tra queste: tristezza, frustrazione, solitudine, impotenza e rimpianto. Alcune immagini hanno anche contenuti positivi, come: la rappresentazione della famiglia di origine, il ricordo di luoghi piacevoli legati all'infanzia o a un periodo di vita precedente alla malattia, il ritorno a immagini legate all'esistenza e alla dimensione spirituale.

La risposta all'attività da parte dei pazienti è sempre stata positiva ed ha aiutato i partecipanti ad esprimere e condividere pensieri ed emozioni che altrimenti avrebbero appesantito il tempo della sala d'attesa. Hanno sempre lavorato alla realizzazione del loro prodotto grafico,

con estrema tranquillità non dando mai l'impressione di avvertire disturbo dalla presenza delle altre persone.

È stato interessante notare come, nonostante il via vai dei pazienti che interrompono l'attività per effettuare le visite con i medici o contestualmente si sottopongono a terapia oncologica, riescano a concentrarsi su questa opportunità di espressione.

A questi bisogna aggiungere poi i pazienti che pur non impegnandosi nella produzione di un disegno, si soffermano a guardare le immagini prodotte dagli altri e a partecipare verbalmente alle discussioni che fluiscono.

Tutto ciò suggerisce quanto sarebbe utile creare in più presidi ospedalieri spazi riservati alla psicoterapia espressiva, che attraverso il suo linguaggio non intrusivo ma simbolico, contribuisce a migliorare la qualità dell'attesa di questi pazienti, proponendo un viaggio verso i luoghi misteriosi del loro mondo interiore.

Il meccanismo psichico che è alla base del viaggio è il ri-rappresentarsi la realtà gettando le basi per la ricostruzione di una nuova identità (Lopez E., Torelli S., Menichetti E., Faia V., Cantelmi T., 2020)¹¹. Naturalmente quest'attività è sempre integrata da un percorso sistemico-familiare individuale, di coppia o familiare che si sviluppa parallelamente con i terapeuti sistemici.

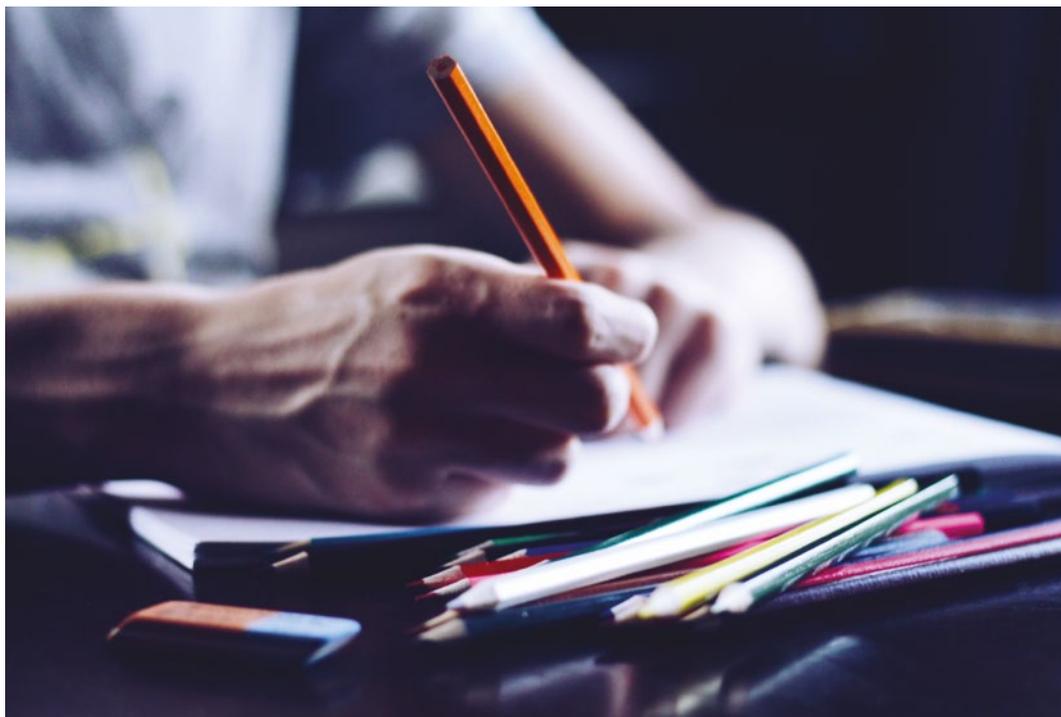
LA STORIA DI ROBERTO E NICLA

Roberto nasce 47 anni fa. È il secondogenito di due maschi, ha una differenza di età di quattro anni dal fratello più grande.

Il padre e la madre sono i primogeniti delle proprie famiglie d'origine, rispettivamente di quattro e tre figli.

Il nonno paterno, a causa del proprio lavoro, è

¹¹ Lopez E., Torelli S., Menichetti E., Faia V., Cantelmi T., "Il vissuto del paziente oncologico attraverso l'arte pittorica: una esperienza di umanizzazione del percorso di cura in oncologia" area di supporto alla persona IFO, 2020.



costretto ad assentarsi per molti mesi dalla propria abitazione lasciando così al primogenito gli oneri dell'uomo di casa.

La madre proviene da una famiglia di imprenditori benestanti. Il padre affermato professionista, così come il nonno, si dedica al proprio lavoro trascurando i figli.

Ad un certo punto intercede verso il proprio suocero per far sì che lo stesso assumesse uno dei suoi fratelli nell'azienda di famiglia. È proprio un litigio che porta lo zio a licenziarsi dalla ditta della cognata, fondandone una propria e concorrente. Questo evento ha portato le due famiglie a dare inizio ad una ultradecennale disputa a causa della quale quella di origine di Roberto è stata negli anni via via isolata da entrambi i rami famigliari.

È proprio la mancanza dei propri familiari durante le festività natalizie che ingenera nel bimbo

una sofferenza che lo spinge a custodire presso la propria abitazione un abete addobbato in tema natalizio tutto l'anno (cit. *"per me Natale è tutto l'anno, non solo il 25 dicembre"*).

Finite le superiori per il giovane giunge l'ora di compiere la scelta universitaria. Iscrittosi a Giurisprudenza per volontà del padre che lo avrebbe voluto avvocato, lascia però gli studi di diritto per dedicarsi a quelli di grafica pubblicitaria veicolati dalla vena artistica ereditata dal proprio genitore – pittore per diletto –.

Vista la passione per l'arte, la madre lo indirizza verso lo IED (Istituto Europeo di Design) di Milano dove intraprende un'amicizia con un architetto nipponico, che si rivelerà poi il tramite verso la conoscenza della futura moglie di Roberto – anch'essa nativa del Giappone.

Contratto matrimonio in Puglia i due giovani sposi decidono di partire alla volta del paese del sol levante, dove Roberto sbarca all'età di 28



anni. La prima barriera per il pugliese è proprio la lingua composta principalmente dai tipici caratteri Kanji.

Comincia quindi a lavorare presso una scuola di lingua italiana per giapponesi nella quale Roberto – proprio grazie alla propria empatia – riscuote un discreto successo come insegnante. Dopo pochi mesi, a causa di un alterco con il titolare, è costretto ad abbandonare l'insegnamento subordinato per dedicarsi a quello in autonomia.

In un breve periodo riesce a procacciarsi una quarantina di studenti che lo inducono a prendere un'altra decisione importante, quella di aprire una scuola per conto proprio ed è così, che a soli nove mesi dal proprio arrivo nell'arcipelago nipponico, riesce a fondare una propria azienda in una centralissima strada della capitale Tokio. Il successo lavorativo di Roberto – però – non è parallelo a quello coniugale. I due giovani – di fatti – conducono vite profondamente differenti. Lui imprenditore, lei dipendente, osservano orari lavorativi differenti e questo porta ad incrinare quel rapporto nonostante le intenzioni di acquistare una casa propria e mettere su famiglia.

Il divorzio arriva dopo circa una decina di anni dal matrimonio. A causa della separazione il giovane è costretto a compiere un'ulteriore ed allo stesso tempo dolorosa scelta, quella di chiudere il proprio centro linguistico a causa del ritiro – da parte dell'ex moglie – della garanzia con la proprietà dell'immobile sede dell'istituto. Operata la scelta – *in sole tre ore* – il ragazzo è costretto a riorganizzare la propria vita lavorativa fino a quando riceve dall'Italia una telefonata. Uno degli zii eredi dell'azienda di famiglia materna, invita Roberto a far rientro nel proprio Paese viste le precarie condizioni di salute della sorella (madre del giovane) alla quale è stata diagnosticata una patologia oncologica.

Raccogliendo l'invito, l'ormai trentottenne fa rientro nel proprio Paese di origine dove, dopo circa una decina di giorni dall'arrivo, riceve un'altra amara sorpresa. Lo stesso parente gli

confessa di non aver alcun posto di responsabile da offrirgli presso la propria ditta. La prima reazione del ragazzo è quella di voler rientrare in Giappone dove – nel frattempo – stava riorganizzando la propria vita. Quel giorno, nessuno è disposto ad accompagnarlo in aeroporto e a causa del ritardo perde la possibilità di utilizzare il biglietto di ritorno.

Il trauma è forte anche perché vive in una città che non riconosce, senza amici né parenti. L'unica figura di riferimento è la madre che dopo meno di quattro anni muore.

Roberto subisce un tradimento familiare ed un richiamo dalla sua famiglia d'origine, perché la madre lo vuole accanto a sé nel periodo della malattia. Come tutti i figli anche Roberto non si sottrae al richiamo familiare e crolla al momento della perdita della madre.

Senza un lavoro con un padre definito "*anafettivo*" comincia a girare di notte per la città ed a trovare conforto nella bottiglia. In realtà il grande legame con la madre lo sbilancia contro il padre e contro sé stesso. Il passaggio dello schieramento del figlio verso la madre avviene quando lui lascia l'università per fare il grafico. Di tutto questo però, il paziente non è consapevole.

Siamo ormai alla fine del 2019 ed è proprio in questo periodo che conosce l'attuale compagna grazie alla reciproca passione per le moto. Si aiutano entrambi. Smette di bere. A distanza di qualche mese dalla conoscenza tra i due, Roberto apprende di essere affetto dalla stessa patologia della madre. La notizia è devastante ma non abbatte il giovane abituato a rialzarsi. Dalla morte della madre vive in condizioni di indigenza, nonostante il patrimonio familiare, detenuto dal padre.

In questa storia si comprende quanto dietro gli "effetti" ci siano gli "affetti".

Per Roberto è importante lasciare una traccia di sé a questo punto della sua vita.

Vuole continuare a vivere nell'amore di Nicla,

nella loro casa. Per questo motivo è importante per lui che lei resti lì a coltivare il loro amore, così come ora insieme coltivano il loro giardino. Per fare questo intraprende un braccio di ferro col padre che non vuole condividere le volontà ereditarie col figlio.

Roberto è preso in carico a settembre in normale valutazione di routine per tutti i pazienti che approdano in reparto di oncologia medica dell'Ospedale San Paolo di Bari.

Presenta un buon equilibrio psichico nonostante una diagnosi di inoperabilità di cui è consapevole. Spesso accade che i pazienti con diagnosi difficili da accettare, reagiscano meglio di persone più fortunate. È accompagnato da Nicla, la sua compagna, che appare invece molto sofferente. Anche nella postura è sempre molto chiusa e difesa. Dopo un primo approccio di conoscenza col paziente, viene lasciato ampio spazio anche a lei in terapia.

Spesso accompagnare in un percorso chemioterapico un affetto è più difficile che per il paziente stesso. È difficile vivere l'impotenza, il dolore, le domande su come si potrà sopravvivere dopo. Nicla è portatrice già di un suo bagaglio di sofferenza. Racconta di essere primogenita di una famiglia con difficoltà di svincolo così come Roberto. Sua madre è la paziente designata della sua famiglia d'origine. È alcolista, quindi assente, sofferente, dolente nella sua femminilità. Nicla nel suo corpo riproduce questa storia. Non si cura, tende ad annullarsi, non cerca il contatto con l'altro.

È attratta da Roberto perché in lui vede la sua sofferenza, la sua solitudine, la sua difficoltà di andare avanti giorno per giorno.

Nel mito familiare trigerazionale, lei è la bambina cattiva, perché aiuta la madre nella gestione del sintomo, in un momento in cui invece la madre non riesce a sottrarsi alla designazione familiare. Infatti, racconta che in una riunione di famiglia, uno zio materno portò una damigiana di vino. La madre cominciò a bere. Benché piccola, Nicla si rendeva conto che era quello un com-

portamento lesivo per la madre. Per proteggerla, svuotò la damigiana. La reazione della madre fu violentissima. Ingerì per ripicca una sostanza tossica per cui stette molto male, trascorrendo del tempo anche in rianimazione. Il senso di colpa per la bambina fu devastante e supportato da tutta la penalizzazione familiare.

Oltre ad occuparsi dei fratelli minori, sostituiva la madre in casa. Come tutte le donne portatrici di grandi carenze affettive, e di una femminilità deprivata, cerca una compensazione nel sogno di una famiglia sua. Date le grandi carenze non guarda chi è il suo principe azzurro. La sua scarsa stima di sé la porta a condividere il suo futuro con un'altra persona dipendente. Mette al mondo un figlio e apre un'attività commerciale. Il matrimonio naufraga nonostante l'impegno di lei. Perde il figlio, affidato al padre, perché lei trascorre le sue giornate al lavoro, senza aiuto alcuno da parte dei familiari. Dopo un anno chiude anche questa attività lavorativa e continua i suoi fallimenti sentimentali. A livello lavorativo accetta lavori umili per provvedere al figlio. Nel frattempo l'ex coniuge si stabilizza in una nuova relazione.

Lei incontra il nostro paziente un anno fa. Anche lui è il cattivo della sua famiglia. Dopo due mesi di frequentazione decidono di vivere insieme. Già dal primo incontro capiscono di corrispondersi.

Lei lo cerca il giorno dopo la conoscenza senza riuscirci. La comune amica che li ha fatti incontrare riferisce che lui non ha credito telefonico, per cui lei gli fa una ricarica per poterlo sentire. Lui viene colpito da questo gesto di generosità e attenzione e cerca di ricambiare come può. Dopo pochi mesi dall'inizio di questa storia totalizzante per entrambi, arriva la notizia devastante della malattia di lui. Decidono comunque di portare avanti il loro progetto e di coronare il loro sogno d'amore con il matrimonio. Lei non ha ancora ottenuto il divorzio che arriva a fine ottobre. Ora non c'è più nessun ostacolo per programmare il loro matrimonio.



I PRODOTTI GRAFICI DISEGNO 1

Figura 1



Figura 1

Roberto riproduce un portaincenso collocato nella sua abitazione raffigurante un piccolo omino raccolto in preghiera, collocato su una solida base in legno, al margine della quale è installata una fiammella. L'incenso è posto tra le gambe dell'omino quasi a simboleggiare un simbolo fallico fumante.

Le parole di Roberto: *"Ho rappresentato un portaincenso di Buddha che utilizzo regolarmente in casa mia e che mi ricorda la mia lunga permanenza in Giappone, dove ho imparato che oltre ad avere un corpo di carne ho anche un corpo fatto di spirito, che cerco di alimentare continuamente. Il profumo dell'incenso per me è come l'odore della purifica-*

zione dello Spirito, che mi tiene lontano dalla materialità della realtà che mi circonda fatta di terapie e farmaci".

Il disegno rappresenta l'esaltazione dello Spiri-

to e dei contenuti emotivi ed introspettivi che si contrappongono alla fisicità.

La malattia ha colpito duramente il corpo e lo limita nell'espletamento delle funzioni più corporee. Il tumore lo ha reso fragile ed impotente nel corpo, ma sorprendentemente forte e combattivo nello spirito. Come se nel percepire la demolizione del proprio corpo consumato giorno per giorno dalla malattia, sentisse la necessità di irrobustire il suo animo per renderlo immortale (la reincarnazione appunto) a testimonianza della sua esistenza; uno Spirito che continuerà a rappresentarlo in una forma più incorporea ed eterea.

DISEGNO 2

Figura 2



Figura 2

Il disegno di Roberto si presenta ricercato e sofisticato sul piano artistico e ricco di contenuti emotivi.

Due figure umane stilizzate dalla cui unione è possibile riconoscere un grande cuore, ricurve su sé stesse, in atteggiamento di protezione nei confronti di una fiammella centrale.

Le parole di Roberto: *“ho rappresentato un oggetto collocato sul tavolino di casa mia, raffigurante due pseudo omini che proteggono la fiamma di una candela. Potremmo essere io e Nicla, della quale in questo momento sento la presenza, la vicinanza e il supporto alla mia condizione di sofferenza. Oggi è il nostro anniversario di fidanzamento: festeggiamo un anno insieme, un anno che potrei definire molto*

più intenso e carico di emozioni che la mia intera vita; avere qualcuno accanto a cui far riferimento in questo momento molto buio è fondamentale

per uscirne e salvarsi. Sento intensamente la sua vicinanza in questo momento al punto che abbiamo intenzione di sposarci. Avere accanto lei è come avere a disposizione un continuo sostegno, e dove non riesce lei ci sono io che la supporto. Non siamo fatti per stare da soli ma per sorreggerci a vicenda”.

Una rappresentazione grafica ricca di significato, tramite la quale Roberto esprime l'intenso legame con Nicla e il desiderio di coronare questa importante storia d'amore, con il matrimonio. La natività espressa stilisticamente, in cui dall'unione profonda di due individui si sviluppa e nasce il calore di una fiamma da proteggere, nel tentativo di non farla mai spegnere. Forse il desiderio di generare un figlio e di lasciare una



parte di sè a testimonianza della sua esistenza e dell'amore che lo lega alla sua compagna. Viene inoltre sottolineata l'importanza del sostegno da parte delle persone care in questo momento di grande disorientamento per i pazienti oncologici, in cui la condivisione alleggerisce il carico della sofferenza.

DISEGNO 3

Figura 3

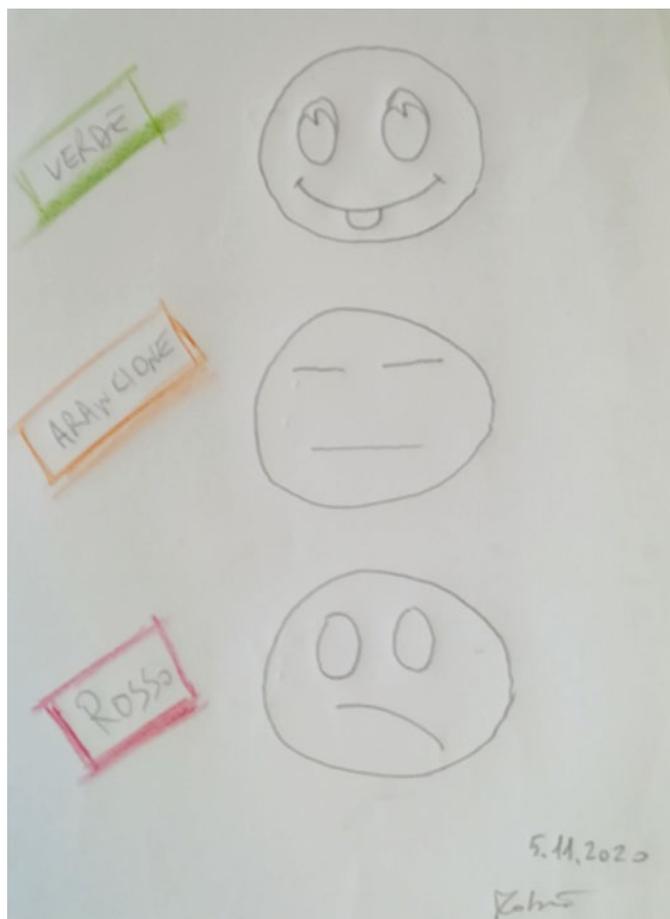


Figura 3

Il Disegno viene prodotto in un momento molto delicato dell'incontro in cui tutti i partecipanti si sentono bloccati ed immobilizzati dalla paura;

alcuni nei confronti della prima seduta di chemioterapia, altri dall'attesa che precede il colloquio con i medici che li hanno in carico. È la giornata della PAURA che paralizza ed impedisce di esprimersi e di comunicare agli altri il proprio stato d'animo, insostenibile ed ingestibile: i fogli restano bianchi, le matite vengono agitate nervosamente tra le dita. Tutti i pazienti accolgono di buon grado il disegno di Roberto, sentendosi confortati e compresi nel loro stato emotivo ed anche il confronto tra loro si fa più acceso e via via si arricchisce di quelle parole che erano rimaste intrappolate nell'anima. La rappresentazione grafica prodotta si presenta meno articolata delle precedenti sul piano artistico, ma più intensa sul piano simbolico: tre smile ognuno dei quali con uno stato d'animo differente corrispondente ad un colore. Il colore Rosso è collegato ad uno smile triste; l'Arancione ad uno smile che esprime incertezza; il Verde ad uno smile sorridente.

Le parole di Roberto: *"Ho rappresentato un semaforo, proprio quello che proviamo tutti nel tentativo di adattarci alla malattia. Partiamo tutti da una situazione che è quella dello smile triste e del colore rosso, in cui ci sentiamo come in questo momento, bloccati ed impotenti rispetto alla malattia; poi passiamo alla seconda fase che è quella della riflessione e della ricerca di una possibile soluzione al problema, rappresentata dal colore arancione; infine si passa allo smile sorridente supportato dal colore verde che è la fase dell'adattamento, in cui abbiamo trovato la nostra strategia di risoluzione del problema. Voi oggi vi sentite bloccati al colore rosso ma sono certo che troverete dentro di voi la forza di*

fluire all'arancione e di raggiungere il verde. E raggiungerete come è successo a me, quella serenità che il nostro Spirito può raggiungere nonostante la malattia".

Il "semaforo delle emozioni" rappresentato da Roberto, funge da catalizzatore della paura, proponendosi come una possibile strategia di sopravvivenza, che consente di uscire da questa situazione di stallo e di fluire verso la soluzione. È un invito a non farsi immobilizzare dalla paura ma a fronteggiarla, impiegando tutte le risorse della personalità di ognuno. È il messaggio tranquillizzante di chi ha già percorso questo viaggio e forte dell'esperienza vissuta, si propone come esempio positivo di rinascita. Il testamento emotivo di un combattente che ha saputo reinventare la propria esistenza.

CONCLUSIONI

Grazie alle immagini realizzate, Roberto è riuscito ad esprimere a se stesso e al gruppo il proprio vissuto. È riuscito ad integrare elementi opposti trasformandoli in risorse. Partendo da una condizione di crisi ha contattato tutte le energie personali di cui è dotato, quelle più profonde dell'animo e si è sentito crescere lungo un percorso di adattamento alla condizione di malattia.

Si è evoluto come gli elementi dei disegni che ci ha regalato. Ha inoltre stimolato gli altri pazienti del gruppo a fluire verso una nuova dimensione ed una nuova realtà.

Naturalmente questo percorso si è svolto parallelamente ad una serie di incontri di terapie individuali e di coppia.

Lo scopo ultimo è di fornire un supporto e una lettura della propria storia al fine di esprimere un ulteriore processo di crescita personale e supportare la progettualità e la realizzazione di un testamento spirituale.

Il cancro rende tutto più urgente e richiede una risposta immediata non solo rispetto all'intervento strettamente sanitario, ma anche in ter-

mini psicologici. Noi come clinici abbiamo voluto rispondere alla richiesta di Roberto di voler lasciare un segno. Raccontando la sua storia abbiamo voluto dirgli grazie per la sua generosità. Il lavoro terapeutico è efficace se l'altro è disposto a mettersi in gioco, ci consente di farsi toccare nelle proprie ferite. La psicoterapia espressiva sembra offrire proprio questa immediatezza attraverso una riscoperta del sé positiva, che è luogo di comunicazione e condivisione con gli altri, più che un percorso solitario. Sembrirebbero essere questi i bisogni impliciti che l'arte sublima travestendosi da sostegno psicologico.

Se è vero che la creatività nasce dalle emozioni, quindi anche dall'angoscia, possiamo sostenere che sia proprio dalla crisi che nascono l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie che ci offrono la possibilità di adattarci ai contesti, anche quelli più insostenibili, e di ricostruire e reinventare la nostra vita.

BIBLIOGRAFIA

- A. Gallina, A. Gonnella *Proteggere la salute nell'esperienza della malattia oncologica. Prospettive transdisciplinari di cura tra scienze mediche e psico-sociali* – ISBN- 9788891751676 Author(s): Published Date: 2017.04.07.
- Agnese et al., " *Medical Art Therapy in Italia : dove, come quando*". Convegno ATI, Palermo 2008.
- Balducci I. (2003). *New paradigms for treating elderly with cancer: the Comprehensive Geriatric Assessment and Guidelines for Supportive Care*. The journal of Supportive Oncology, 1:30-37.
- Benevelli S., " *l'arteterapia nelle sale d'attesa del day Hospital oncologico*" -Le immagini dell'attesa- 28 Novembre 2020 www.nuoveartiterapie.net.
- Caryn Meri Hsien Chan National University of Malaysia – *Cancer- American Cancer Society*
- Carl Whitaker, William M. Bumberry. *Danzan-*



do con la famiglia. Un approccio simbolico-esperenziale – ISBN: 97888340095741989 Author(s).

- IONIO, C., PROCACCIA, R. (2003). *Comunicare il trauma: i disegni dei bambini vittime di abuso sessuale. Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*. 5, 2, 57-85
- LOPEZ E., TORELLI S., MENICHETTI E., FAIA V., CANTELMI T., "Il vissuto del paziente oncologico attraverso l'arte pittorica: una esperienza di umanizzazione dl percorso di cura in oncologia" area di supporto alla persona IFO, 2020.
- LUZZATO P., "Art Therapy", in: Holland et al (eds) *Psycho – Oncology*, 2nd ed. chapter57, Oxford University Press, 2010
- MORASSO G., e DI LEO S., 2020. *La Psico-oncologia: un panorama generale*, Servizio di Psicologia Istituto Nazionale per la Ricerca sul cancro, Genova. articolo estratto da IN: formazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, nuove prospettive in Psiconcologia n. 46 Maggio- Agosto 2002 pag 2-13 ed. Grin SRL- Roma
- PASACRETA ET AL. 1999 "Role diversification in the education of advanced practice psychiatric nurses"- Archives of Psychiatric Nursing-Volume 13, Issue 5, October 1999, Page 248-260
- RESPINI D., *The Inclusion of Artistic and Recreational activities in an oncology day hospital's "therapeutic programme"*. Journal of Medicine and Person 2 (4) 2004.
- SALVADOR MINUCHIN, CHARLES H. FISHMAN *Guida alle tecniche della terapia della famiglia* – ISBN: 9788834007211.
- VAN DER KOLK, B.A., FISLER, R. (1995). *Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and expolatory study*. Journal of Traumatic Stress. 8, 505-525.
- VIEIRA M. "Art Thrapy in the Waiting Room: an Experiens at an Oncology Ambulatory Care Unit". IPOS 11th World Congress, Vienna 2009.





SCOPRIRE LA MELODIA AZIENDALE

UN PROGETTO-INTERVENTO SPERIMENTALE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO IN UN'AZIENDA PUGLIESE

RIASSUNTO

A partire da Aprile 2017 ha preso il via presso l'azienda Berardi Imballaggi di Ruvo di Puglia, un progetto-intervento strutturato attorno al complesso tema del benessere organizzativo in azienda. Questo tema si inserisce nel più ampio costruito di salute organizzativa e richiama dunque la capacità dell'organizzazione stessa di promuovere tale benessere declinato non solo nella componente fisica (sicurezza, carico di lavoro) ma anche psicologica (salute psichica del lavoratore) e sociale (livelli di salute delle relazioni all'interno dell'organizzazione e supporto sociale percepito). La costruzione del progetto

è partita dalla richiesta, da parte della dirigenza dell'azienda, di creare uno spazio di riflessione all'interno del quale condividere, con tutti i membri dell'organizzazione, elementi caratteristici del clima aziendale, problematicità e possibili modalità più funzionali di affrontare le criticità interne ed esterne. La metodologia utilizzata è quella della ricerca-intervento, che prevede una costante interazione e scambio tra la fase di acquisizione delle conoscenze (fase di indagine sul campo) e quella di applicazioni di quanto via via emerso (fase di intervento), per generare buone prassi e promuovere la salute di quella specifica realtà organizzativa. Lo psicologo è in questo

Maria Pagano

Psicologa Psicoterapeuta Esperta
in psicologia del lavoro e delle
organizzazioni

Tommaso Scarimbolo

Maestro Percussionista, Direttore della
scuola delle arti musicali e performative
"BEMBE" Ruvo di Puglia (Ba)



percorso un "consulente di processo" (Schein, 2001) che ha come compito principale quello di facilitare la comprensione di quanto avviene nell'ambiente organizzativo, accompagnando le azioni che di volta in volta gli attori organizzativi decideranno di implementare.

PAROLE CHIAVE

Benessere lavorativo, azienda, salute organizzativa, ricerca-azione

INTRODUZIONE

L'azienda Berardi è una società a conduzione familiare che opera nel territorio pugliese dal 1861 e produce imballaggi in legno, plastica, cartone e MDF. La dirigenza, sempre attenta, al benessere dei suoi dipendenti e alle dinamiche aziendali che incidono in tale benessere, nel 2017 decide di avviare un progetto sperimentale di analisi organizzativa che prevedesse, accanto al momento conoscitivo, anche la fase di intervento.

L'idea di fondo è che già l'attivazione stessa di un percorso di ricerca e analisi psicologica dell'organizzazione sia inizio di intervento che genera benessere, in un circolo virtuoso di sperimentazione-azione e salute organizzativa.

L'intervento presso l'azienda Berardi costituisce dunque una sorta di laboratorio sperimentale in cui la prospettiva assunta non è quella della cura ma quella preventiva: cercare di individuare, attraverso una iniziale analisi dello stato di "salute organizzativa", quali sono le dimensioni su cui lavorare per promuovere benessere e prevenire eventuali situazioni di malessere, qualora ne siano evidenziati già i prodromi.

Si tratta dunque di individuare gli indicatori precoci di eventuali situazioni di rischio e le risorse di benessere presenti in azienda, intervenendo con l'obiettivo di ridurre i primi e potenziare i secondi.

Il tema del benessere organizzativo è stato affrontato attraverso l'analisi di un costrutto più

ampio che è quello della Salute Organizzativa intesa come: "insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative" (Avallone, Paplomatas 2005).

Analizzare la salute di una organizzazione significa dunque individuare "l'insieme delle condizioni che caratterizzano la presenza e l'evoluzione della salute all'interno di una organizzazione" (Avallone, Paplomatas 2005).

MACRO OBIETTIVI DEL PROGETTO

- Analizzare lo stato di "salute organizzativa" dell'azienda Berardi;
- Rilevare gli indicatori precoci di eventuali situazioni di rischio e le risorse di benessere presenti in azienda, intervenendo con l'obiettivo di ridurre i primi e potenziare i secondi;

MACRO AREE DI INTERVENTO (ALLA LUCE DI RISULTATI EMERSI DALL'ANALISI INIZIALE)

- interventi sulla struttura e ruoli organizzativi;
- interventi sui processi organizzativi, in particolare sui processi interpersonali.

PARTECIPANTI E MODALITÀ DI GESTIONE DEL PROGETTO

- Gli incontri tenuti tutti in azienda, in orario pomeridiano, si sono succeduti con cadenza mensile o bimestrale in relazione alle esigenze dell'organizzazione lavorativa. La partecipazione dei lavoratori stimolata e motivata dalla dirigenza, è sempre rimasta volontaria. A tutti gli incontri era presente anche la dirigenza.

FASI DI ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

FASE 1: INDAGINE SUL CAMPO E CONDIVISIONE DEI RISULTATI

FASE 2: DEFINIZIONE DEL PIANO DI INTERVENTI E IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI PROGETTUALI

LO STRUMENTO

La rilevazione degli indicatori di benessere e malessere in azienda è stata condotta attraverso la somministrazione del questionario multidimensionale della salute organizzativa (MOHQ di Avallone e Paplomatas) composto da un totale di 139 item. Il Questionario utilizzato è quello nella versione con scala Likert a 5 punti, in cui al soggetto è chiesto di esprimere il proprio parere circa la frequenza con cui la situazione descritta nell'item si presenta nella propria azienda (mai-raramente-a volte-spesso-sempre). Questo strumento permette di definire lo stato di "salute" dell'organizzazione indagando 14 dimensioni specifiche, intese come componenti principali del costrutto di salute organizzativa.

A queste dimensioni principali vanno aggiunti ulteriori tre indicatori:

- indicatori soggettivi di malessere: intesi come indicatori negativi di salute organizzativa e afferenti all'area del malessere percepito nei contesti di lavoro;
- indicatori soggettivi di benessere: intesi come indicatori positivi di salute organizzativa e afferenti all'area del benessere percepito nei contesti di lavoro;
- indicatori di sintomi psicosomatici riguardanti disturbi individuali riconducibili a situazione di disagio all'interno del contesto lavorativo.

L'obiettivo con cui è stata fatta questa indagine preliminare è stato quello di fotografare lo stato di salute dell'organizzazione, individuando le possibili aree sulle quali strutturare gli interventi organizzativi per promuovere migliori condizioni di lavoro e di benessere.

Le 14 dimensioni indagate sono:

- Comfort dell'ambiente di lavoro
- Chiarezza degli obiettivi organizzativi
- Valorizzazione delle competenze
- Ascolto attivo
- Disponibilità delle informazioni

- Gestione della conflittualità
- Relazioni interpersonali
- Operatività o problem solving
- Fattori di stress
- Equità organizzativa
- Senso di utilità sociale
- Caratteristiche dei compiti
- Sicurezza e prevenzione infortuni
- Apertura all'innovazione

Gli INDICATORI soggettivi di malessere sono:

1. Risentimento verso l'organizzazione
2. Aggressività inabituale e nervosismo
3. Sentimento di inutilità
4. Sentimento di irrilevanza
5. Sentimento di disconoscimento
6. Insofferenza nell'andare a lavoro
7. Disinteresse per il lavoro
8. Desiderio di cambiare lavoro
9. Pettegolezzo
10. Aderenza formale alle regole e anaffettività lavorativa
11. Lentezza nella prestazione
12. Confusione organizzativa in termini di ruoli, compiti ecc.
13. Venir meno della propositività a livello cognitivo
14. Assenteismo

Gli INDICATORI soggettivi di benessere sono:

1. Soddisfazione per l'organizzazione
2. Voglia di impegnarsi per l'organizzazione
3. Sensazione di far parte di un team
4. Voglia di andare a lavoro
5. Sensazione di autorealizzazione
6. Convinzione di poter cambiare le condizioni lavorative attuali
7. Rapporto equilibrato tra vita lavorativa e vita privata
8. Relazioni interpersonali positive
9. Valori organizzativi condivisi
10. Credibilità del management
11. Stima del management
12. Percezione di successo dell'organizzazione

Un'ultima parte del questionario è quella in cui è



presentato un elenco di possibili suggerimenti, finalizzati al miglioramento del funzionamento organizzativo. In questa ultima sezione è previsto anche uno spazio libero in cui il soggetto può fornire commenti o specificazioni personali.

DIMENSIONI INDAGATE	N. DI ITEM
Dati socio anagrafici	14
Comfort dell'ambiente di lavoro	8
Chiarezza degli obiettivi organizzativi	4
Valorizzazione delle competenze	4
Ascolto attivo	4
Disponibilità delle informazioni	4
Gestione della conflittualità	4
Relazioni interpersonali	4
Operatività o problem solving	4
Fattori di stress	4
Equità organizzativa	4
Senso di utilità sociale	4
Caratteristiche dei compiti	9
Sicurezza e prevenzione infortuni	9
Apertura all'innovazione	9
Indicatori positivi	12
Indicatori negativi	14
Disturbi psicosomatici	8
Suggerimenti migliorativi	15
TOTALE	139

Tabella 1 - Struttura del Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa

IL CAMPIONE

Il campione dell'indagine è composto da 42 dipendenti dell'azienda. L'età media è di 44 anni. Di seguito i dati descrittivi del campione con le distribuzioni di frequenza per genere, età, titolo di studio e anzianità di servizio.

GENERE	N.
Maschi	40
Femmine	2

Tabella 2 - Distribuzione dei soggetti secondo il genere

ETÀ	N.
20-29	6
30-39	12
40-49	9
50-59	11
60-69	4

Tabella 3 - Distribuzione dei soggetti secondo l'età suddivisa in classi

LIVELLO DI ISTRUZIONE	N.
ELEMENTARE	8
MEDIA	25
DIPLOMA	8

Tabella 4 - Distribuzione dei soggetti secondo il livello di istruzione

ANNI DI LAVORO IN AZIENDA	N.
0-9	14
10-19	12
20-29	8
30-39	7
40-49	1

Tabella 5 - Distribuzione dei soggetti secondo l'anzianità nell'attuale organizzazione

I DATI RACCOLTI E IL PROFILO DI SALUTE ORGANIZZATIVA

Dall'elaborazione del test somministrato è stato possibile individuare un profilo sintetico di salute organizzativa rappresentato nel grafico seguente e riferito al punteggio medio ottenuto dall'intero campione nelle 14 dimensioni e 3 indicatori rilevati dal questionario.

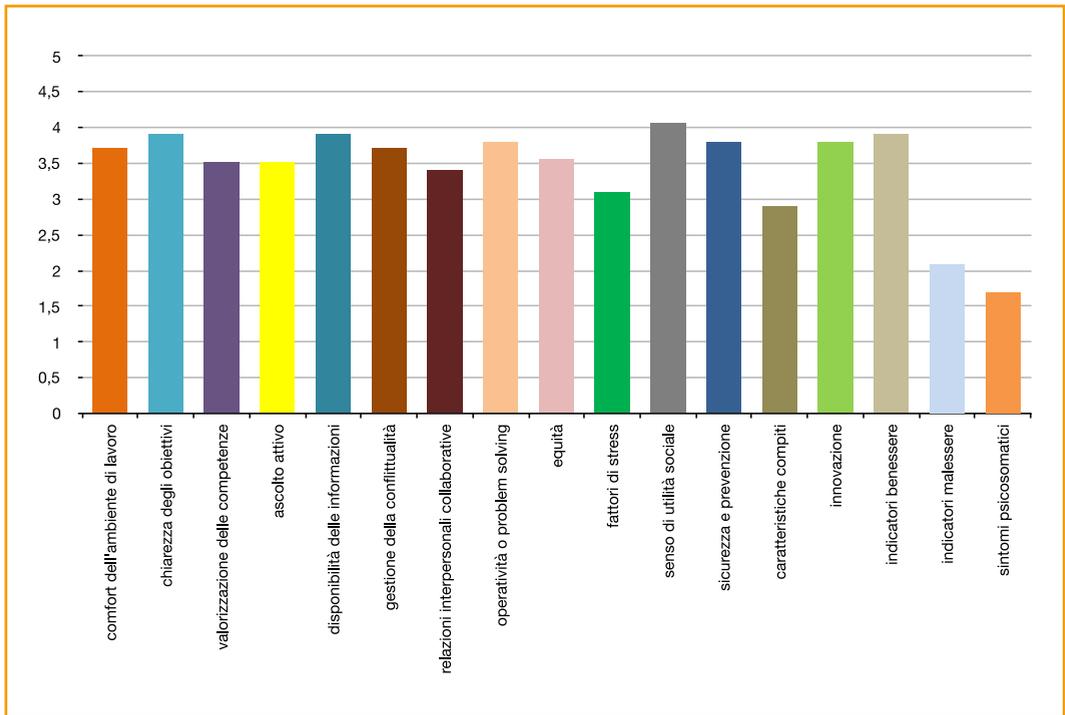


Figura 1 - Grafico del profilo di salute organizzativa

L'indagine effettuata rivela un punteggio medio di salute organizzativa pari a $M = 3,416$.

Nello specifico le dimensioni considerate come più positive possono essere raggruppate nelle seguenti aree:

1. L'area legata al significato del proprio lavoro, con una elevata percezione di utilità sociale associata al lavoro. In effetti l'azienda è fortemente impegnata in progetti di supporto alle emergenze del territorio e si pone come partner affidabile di progetti a forte valenza sociale;
2. L'area legata all'efficienza organizzativa rispetto alla quale vengono percepite positivamente la chiarezza degli obiettivi, la disponibilità di informazioni, l'operatività e il problem solving (anche se rispetto a questo punto l'organizzazione generale appare più funzionale nel fronteggiare i problemi rispetto alle capacità attribuite agli specifici gruppi di lavoro di trovare

soluzioni adeguate alle problematiche riscontrate), la propensione all'innovazione.

3. L'area legata alle condizioni ambientali in cui viene svolto il lavoro rispetto a cui viene percepito un elevato comfort dell'ambiente di lavoro e una positiva attenzione agli aspetti della sicurezza e prevenzione.

Le dimensioni presentate come più problematiche si organizzano intorno alle seguenti aree:

1. Area delle relazioni interpersonali in cui i dipendenti, pur riconoscendo buone risorse di gestione della conflittualità da parte della dirigenza, denunciano una sostanziale difficoltà comunicativa attribuita principalmente a scarse capacità di ascolto tra colleghi che poi genera un basso livello di collaborazione. In questa area emerge una sostanziale criticità legata ad un ampio divario generazionale presente tra i dipendenti che crea dinamiche di conflitto tra



chi, forte di una elevata anzianità di servizio in azienda, detiene il potere del “come si fanno le cose” e chi, presente da meno tempo nell’organico aziendale, tenta di apportare contributi di cambiamento e innovazione;

2. Area del riconoscimento e dell’equità organizzativa in riferimento ad una scarsa consapevolezza dell’apporto e del potenziale individuale, che forse rimanda ad una non chiara definizione anche da parte della dirigenza dei sistemi di valutazione delle performance individuali;
3. L’area legata alle caratteristiche specifiche dei compiti, in particolare risultano motivo di affaticamento: gli aspetti di rigidità delle norme (questo aspetto risulta correlato ad una percezione di bassa apertura alle iniziative personali che potrebbero andare in direzione di una maggiore flessibilità procedurale) e responsabilità diretta richiesta al dipendente nell’esecuzione della mansione;

Nella sezione dedicata ai possibili suggerimenti migliorativi i dipendenti si sono espressi sottolineando la necessità di prevedere interventi migliorativi nelle seguenti aree:

- rapporti con i colleghi
- rapporti tra le diverse Unità organizzative
- valorizzazione del personale
- sistema di distribuzione degli incentivi

CONDIVISIONE DEI RISULTATI

Dopo la fase di ricerca, i risultati e il profilo di salute organizzativa ottenuto è stato condiviso durante gli incontri successivi in riunioni plenarie con la partecipazione dei dipendenti e della dirigenza. Si è partiti con la co- costruzione di una definizione condivisa di organizzazione sana arrivando a riconoscere che l’organizzazione sana è quella che attraversa in modo consapevole le fasi di turbolenza, crisi, successo, crescita e cambiamento attivando di volta in volta le risorse più adeguate e funzionali al fronteggiamento. La condivisione è avvenuta con particolare attenzione alle dimen-

sioni che sono risultate più critiche ma anche a quelle che sono risultate potenziali risorse su cui lavorare, quali fattori protettivi per la prevenzione di situazioni di disagio e malessere sia a livello individuale che organizzativo. Analizzando via via il profilo di salute organizzativa dell’azienda Berardi e condividendone i significati da attribuire ai dati, l’organizzazione ha imparato un modo nuovo di procedere: la riflessione su una criticità genera già le sue possibili soluzioni. Sono i membri stessi dell’organizzazione che via via imparano a vedere le criticità e si impegnano attivamente nella costruzione delle possibili azioni correttive. È successo così che durante uno degli incontri in cui è stata condivisa una difficoltà procedurale, si è proposto un intervento correttivo, generato dai lavoratori stessi e condiviso dalla dirigenza, a partire dall’aver visto il problema e averne fatto oggetto di pensiero e di riflessione.

IL LAVORO SULLE DINAMICHE COMUNICATIVE E SULLE ABILITÀ DIALOGICHE

Nel corso del 2019 si è definito e implementato il piano di interventi di sviluppo organizzativo condiviso e costruito con la dirigenza e articolato in due macro aree:

- interventi sulla struttura e ruoli organizzativi;
- interventi sui processi organizzativi, in particolare sui processi comunicativi.

Gli interventi sulla struttura organizzativa sono stati realizzati con la finalità generale di potenziare la flessibilità nella struttura organizzativa nei punti in cui, nell’indagine preliminare, erano state rilevate rigidità. In particolare si è lavorato sulla gestione delle situazioni di criticità in azienda potenziando la capacità dell’organizzazione di mettere in campo condotte collaborative tra i suoi membri. La maggiore consapevolezza delle proprie potenzialità ha permesso al gruppo di sperimentarsi nel fronteggiamento di situazioni critiche attivando le risorse che nel corso degli incontri scopriva di possedere. A questo fine molto efficace è stata la tecnica dell’incidente critico per l’identificazione sistematica delle ri-



sorse e limiti del gruppo nel fronteggiamento di eventi critici per la vita dell'organizzazione. Si chiedeva ai soggetti di identificare e descrivere situazioni problematiche e difficili vissute in azienda, con l'esplicitazione dei comportamenti messi in atto per fronteggiare tali situazioni.

Tali pattern comportamentali mostravano le modalità con cui l'azienda si è posta di fronte a situazioni problematiche passate e consentiva di rilevare le competenze di problem solving possedute e quelle che sarebbero da potenziare e sviluppare. In una delle condivisioni fatte è emerso che la comunicazione chiara e veritiera ai dipendenti delle reali condizioni critiche in cui, in alcune circostanze, si è venuta a trovare l'azienda ha costituito una forza motrice per attivare la collaborazione tra i dipendenti e la dirigenza verso il comune obiettivo di fronteggiare e superare efficacemente la situazione di crisi. Gli interventi sui processi organizzativi hanno avuto come focus le modalità comuni-

cative in azienda, area che nelle indagini iniziali era risultata critica rispetto alla gestione dei conflitti.

Per questo la finalità generale nell'implementazione degli interventi in questa area è stata quella di migliorare la qualità dei processi comunicativi, favorendo la circolarità delle comunicazioni tra i dipendenti e tra essi e la dirigenza. Gli interventi sono stati realizzati utilizzando una modalità dialogica. Il dialogo come forma di conversazione, parte dal presupposto che ogni persona sia portatrice di assunti diversi e che la reciproca comprensione sia un obiettivo complesso, ma nello stesso tempo indispensabile, per un efficace funzionamento aziendale. Gli incontri centrati sullo sviluppo di competenze dialogiche nel gruppo sono partiti proprio dalla possibilità di raggiungere una maggiore consapevolezza non solo degli assunti impliciti di ciascuno ma anche di quanto questi condizionino la buona riuscita della comunicazione in atto. Gli interventi in questo senso sono stati



finalizzati a creare uno spazio di condivisione tra i diversi segmenti di età lavorativa presenti tra i dipendenti dell'azienda, per favorire il superamento di quel gap generazionale che produce conflittualità. La modalità dialogica è stata scelta non solo perché crea un clima favorevole agli apprendimenti interpersonali ma anche perché rappresenta una via privilegiata per poter provare a risolvere conflitti originati da assunti impliciti differenti e da definizioni semantiche, date ai contenuti, che possono essere estremamente divergenti. Con la modalità dialogica si è messo il gruppo in grado di raggiungere un maggiore livello di consapevolezza, con la creazione graduale di una serie di significati condivisi riguardanti il lavoro in azienda e il ruolo all'interno di essa, consentendo così lo sviluppo di un processo di pensiero che potesse essere condiviso da tutti i partecipanti.

È la creazione di questo spazio di pensiero comune e di linguaggio condiviso che consente l'identificazione di possibili soluzioni alle questioni organizzative e lavorative che vengono via via esplicitate. La metodologia prevede l'organizzazione dello spazio fisico in modo da renderlo più simile possibile ad un cerchio in cui ognuno possa esperire una condizione di uguaglianza nel contributo da dare al dialogo. La conversazione si è sempre avviata a partire da un input dato dallo psicologo rispetto a cui è stato richiesto a ciascuno uno spazio di riflessione e condivisione. Si lascia libero il corso della conversazione garantendo a ciascuno la possibilità di intervenire. La chiusura dell'incontro prevede un feedback attivo dato da parte dello psicologo sulle dinamiche comunicative messe in atto e sulla capacità generativa del gruppo durante l'incontro, più che sui contenuti trattati.

IL LAVORO SULLE DINAMICHE EMOTIVE E SULLE RISORSE CREATIVE DEL GRUPPO

In relazione a tale obiettivo si è avviato un lavoro di esplorazione delle metafore, quale potente strumento espressivo, con cui è possibile rappresentarsi l'organizzazione, il suo funzio-

namento e il proprio modo di essere in essa, secondo un approccio volto ad integrare le dimensioni cognitive ed emotive.

A questa finalità sono stati rivolti gli incontri condotti con una metodologia ludico espressiva, che hanno visto la partecipazione dei dipendenti e della dirigenza in laboratorio sperimentali condotti con l'ausilio di immagini, disegni, raffigurazioni che potessero aiutare i partecipanti a esplorare, esprimere e comprendere quelle dimensioni emozionali del proprio agire individuale e organizzativo e che non sempre possono essere tradotte in parole. Le immagini, infatti, possono aiutare, in un contesto sicuro e supportivo, quale quello della formazione, a "vedere" ciò che non è sempre possibile verbalizzare, essendo libere dai vincoli del pensiero logico, e accrescendo la consapevolezza di qualcosa che non è immediatamente accessibile. Le immagini fanno appello alle capacità creative dell'individuo che, in questo contesto, possono essere stimolate e applicate alla gestione delle quotidiane difficoltà relazionali e organizzative.

Nel solco di questo specifico itinerario formativo si inserisce anche il laboratorio sperimentale di drumming aziendale costruito e realizzato in co-conduzione con il maestro percussionista Tommaso Scarimbolo. L'utilizzo di questa metodologia innovativa ha avuto quale punto di partenza la necessità di lavorare sulle dimensioni emotive e creative del comportamento organizzativo dei membri dell'organizzazione. Tali dimensioni meno controllabili a livello consapevole, appaiono probabilmente dotate di maggiore potenzialità nell'espressione degli elementi del vissuto personale dei membri dell'organizzazione e quindi potenziali vettori di cambiamento degli agiti.

Partendo dalla metafora dell'azienda quale ensemble di strumenti, si è pensato di esplorare le percezioni personali circa il proprio ruolo all'interno della grande "orchestra aziendale", identificandosi con uno strumento che potesse essere maggiormente rappresentativo della percezione di sé all'interno delle dinamiche e del funzionamento organizzativo. I partecipanti,

una volta scelto lo strumento a percussione tra quelli presenti, si sono sperimentati in un momento di produzione musicale guidato dal maestro Scarimbolo.

I soggetti hanno così potuto scoprire il “suono” del loro operare in azienda, costruendo un dialogo sonoro in cui ciascuno sperimenta il proprio poter esser solista e accompagnatore della complessa melodia aziendale.

Il coinvolgimento entusiasta dei membri dell’organizzazione in questa particolare esperienza ha consentito di:

- riflettere circa il contributo originale e insostituibile che ciascuno dà alla costruzione della “sinfonia aziendale”; metafora delle modalità specifiche di funzionamento del gruppo di lavoro;
- affinare le competenze trasversali legate alle dinamiche comunicative: ascolto, attenzione, rispetto dei tempi e dei turni di intervento;
- condividere uno spazio di gioco in cui è possibile interagire su dimensioni meno legate alla performance (che sono dominanti nelle interazioni quotidiane in azienda) e più centrate sulla creatività e espressione emotiva;
- Scoprire il particolare ritmo del team di lavoro, identificandone la successione di accenti più forti e più deboli e il modo in cui risultano funzionali alla creazione della quotidiana melodia di senso dell’azienda;
- Favorire la creazione di un clima accogliente che favorisca l’interazione armonica e non giudicante tra i membri dell’organizzazione.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il progetto portato avanti presso l’azienda Berardi rappresenta un vero e proprio laboratorio sperimentale di intervento organizzativo che richiede necessariamente un approccio innovativo per la gestione aziendale: concedersi, autorizzarsi a vedere cosa succede, dal punto di vista delle dinamiche psicologiche, all’interno della propria organizzazione. E questo è certamente una delle cose più difficili perché spesso ci sono potenti meccanismi che invece

spingono a non vedere, a evitare, a tralasciare, forse per ragioni di tipo difensivo. Spesso aprire gli occhi su quello che succede dal punto di vista psicologico nella propria azienda-organizzazione è faticoso, scomodo a volte percepito come pericoloso. Provare ad aprire gli occhi su quello che succede dentro il cuore dell’organizzazione, che sono le persone che ci lavorano, è soprattutto una opportunità grande perché solo ciò che può essere visto e pensato poi può diventare oggetto di riflessione, di elaborazione e di successiva trasformazione. Perdersi questa opportunità spesso significa perdersi l’opportunità di crescere e svilupparsi in direzioni che sono funzionali per l’azienda e per le persone che la abitano. Il lavoro sulle dinamiche emotive e la metodologia del drumming aziendale, ha costituito un valore aggiunto all’intervento e ha certamente aperto delle porte nuove e inesplorate al lavoro in azienda, dimostrando, se mai ancora ce ne fosse bisogno, quanto le dinamiche emotivo affettive giochino un ruolo centrale nella possibilità di cambiamento organizzativo.

BIBLIOGRAFIA

- Avallone, F., Paplomatas, A. (2005.) Salute Organizzativa. Raffaello Cortina Editore
- Bolognini, B. (2001). Comportamento organizzativo e gestione delle risorse umane. Roma, Carocci.
- Fineman, S. (cur) (2009). Le emozioni nell’organizzazione. Il potere delle passioni nei contesti organizzativi. Raffaello Cortina Editore
- Gabassi, P. G. , Garzitto, M.L. (2014). Persone, lavoro, organizzazione. Una lettura psicologia della vita organizzativa. Franco Angeli
- Kaneklin, C. (1990). Conosce l’organizzazione. Roma, Carocci
- Kaneklin, C., Piccardo, c., Scaratti, G. (2010). La ricerca-azione. Cambiare per conoscere nei contesti organizzativi. Raffaello Cortina Editore
- Pedon A. e Maeran, R. (2002). Psicologia e mondo del lavoro. Milano, LED.
- Schein, E.H. (2001). L a consulenza di processo. Raffaello Cortina Editore
- Spaltro, E., de Vito Piscicelli, P. (2002). Psicologia per le organizzazioni. Carocci Editore



IL MODELLO DI ARTICOLAZIONE INTERSISTEMICA NEGLI INTERVENTI A SCUOLA

RIASSUNTO

Questo articolo nasce dall'esperienza di un gruppo di Psicologi Psicoterapeuti con formazione sistemica, che dal 2012 realizzano i progetti "Diritti a Scuola" successivamente "Tutto a Scuola". Interventi finanziati dalla Regione Puglia, per qualificare il sistema scolastico e prevenire la dispersione scolastica dove, tra i diversi interventi predisposti è previsto il sostegno psicologico. Il nostro gruppo di ricerca, utilizzando il **Modello di Articolazione Intersistemica**, ha realizzato progetti in diverse scuole in cui venisse valorizzato il tema della cooperazione piuttosto che della competizione tra i vari attori coinvolti, alunni, genitori e docenti. Sottolineare l'importanza degli aspetti visibili e invisibili delle relazioni, ci ha permesso di collegare il disagio del singolo alle sue relazioni e di trovare all'interno dei vari sistemi coinvolti, scuola, famiglia e pari, delle risorse per affrontarlo. Attraverso lavori di gruppo e tecniche di coinvolgimento at-

tivo, ciascuno diviene attore e responsabile del suo benessere e delle relazioni in cui è inserito.

PAROLE CHIAVE

Psicologia scolastica, modelli di intervento, scuola, sportello di ascolto

INTRODUZIONE

Questo articolo nasce dall'esperienza di psicologi nelle scuole rese possibili dai progetti di "Diritti a Scuola" e successivamente "Tutto a Scuola", interventi nati per qualificare il sistema scolastico e prevenire la dispersione, favorendo il successo scolastico, con priorità per i soggetti svantaggiati. La partecipazione a questi bandi, infatti, ci ha permesso di constatare l'assenza di spazi e tempi per il confronto tra i diversi attori coinvolti, in primis alunni, docenti e genitori. Ciò che abbiamo osservato è che spesso nelle relazioni tra docenti e genitori, tra genitori e figli e tra docenti e allievi, prevale la competi-

Maria Defazio

Psicologa psicoterapeuta didatta
Istituto Psicoterapia Relazionale di
Napoli

Adriana Nardò

Psicologa psicoterapeuta didatta
Istituto Psicoterapia Relazionale di
Napoli

Gianvito Schiavone

Psicologo psicoterapeuta didatta
Istituto Psicoterapia Relazionale di
Napoli

Alessandra Vitucci

Psicologa psicoterapeuta didatta
Istituto Psicoterapia Relazionale di
Napoli

zione a scapito della cooperazione. Il risultato è una grande confusione dove gli adulti entrano in competizione per mantenere la leadership sull'educare e i bambini e i ragazzi, sempre più soli, cercano di riempire il vuoto emotivo e affettivo.

Partendo da queste osservazioni, abbiamo improntato i nostri progetti con lo scopo di portare una visione sistemica nel mondo della scuola. La visione sistemica è circolare: allarga il proprio focus non confinandolo al disagio espresso dall'alunno ma estendendolo alle relazioni che egli intrattiene, ai suoi sistemi di appartenenza e alla reciprocità dei giochi relazionali (Baldascini et al., 1987). In questa ottica dunque, la sofferenza è un'esperienza naturale dell'esistenza di ciascuno, pertanto chi si occupa di relazioni umane, a diversi livelli, dovrebbe operare affinché quest'esperienza di disagio non "immobilizzi" chi la esperisce, impoverendo

ulteriormente il suo spazio vitale, ma costituisca un elemento di crescita e di arricchimento interiore (Baldascini, Ruggiero, Greco & Cortese, 1987). L'ottica lineare invece, segue il principio di causa-effetto alimentando l'ottica del giudizio innescando un circolo vizioso di impoverimento dell'esperienza e delle potenzialità evolutive. Pensiamo ad un Bisogno Educativo Speciale dovuto ad uno svantaggio socio culturale, in un'ottica lineare esso è riconducibile alla sfera familiare che verrà quindi giudicata come inadeguata e poco collaborativa. Nell'ottica lineare la soluzione si concentra sulla causa per cambiare l'effetto generando in situazioni simili un'impasse.

Il disagio dell'alunno, infatti, non può essere scollegato dalle relazioni che ha con i suoi pari, con i docenti, e con i genitori ma neanche dalle relazioni che i docenti hanno tra di loro e con i genitori.





Dunque, se si assume questa prospettiva è necessario ripensare alla relazione che l'insegnante intrattiene con i propri alunni che non può limitarsi all'utilizzo di strumenti e strategie ma deve mettere in campo se stesso per creare un legame che possa permettere a ciascun alunno di sentirsi compreso.

LA VISIONE SISTEMICO-RELAZIONALE E IL MODELLO DI ARTICOLAZIONE INTERSISTEMICA

All'interno del paradigma sistemico abbiamo scelto il **Modello di Articolazione Intersistemica** come valida risposta alle molteplici questioni che caratterizzano l'universo scolastico nello scenario attuale, favorendo delle relazioni autentiche in cui ognuno avesse l'opportunità di sentirsi intimamente compreso. Se questo accade è più semplice insegnare perché l'alunno è più disposto a farsi condurre laddove il docente vuole condurlo.

Baldascini (2002) ipotizza l'esistenza di tre sistemi intrapsichici: cognitivo, emotivo e motorio-istintuale caratterizzanti altrettanti tipi di personalità, sottolineando la necessità di instaurare una relazione terapeutica che tenga conto di questi stili. Facendo un parallelismo tra la relazione terapeutica e quella didattica essa potrebbe non solo tener conto dei tipi di intelligenza e degli stili di apprendimento ma anche degli stili di personalità degli alunni, non esauendo l'obiettivo nel raggiungere le modalità di apprendimento ma puntando a stabilire un ponte relazionale con i propri alunni, grazie al quale questi possano sentirsi compresi. Il M.A.I. sposa l'idea di mente "non confinabile" che si estende, dunque, anche alla realtà esterna e ipotizza un'isomorfia circa i funzionamenti tra il mondo intrapsichico e quello interpersonale per cui le funzioni organizzatrici (pensare, sentire e agire) dei tre tipi di personalità individuati (cognitiva, emotiva, motorio-istintuale) si arricchiscono man mano che l'individuo interagisce con il mondo interpersonale costituito rispettivamente dal sistema degli adulti,

dal sistema familiare e da quello dei coetanei. Secondo questo modello lo sviluppo normale dell'individuo dovrebbe prevedere una "mobilità intersistemica" che consenta all'individuo di appartenere ad un sistema relazionale ma che sia anche in grado di separarsene, in questo modo un adulto sarà in grado di servirsi in caso di necessità delle funzioni dei sistemi relazionali che hanno permesso la sua evoluzione. L'intero processo di crescita è costellato di momenti di crisi e di difficoltà che, grazie alla mobilità intersistemica, non necessariamente esiteranno in patologie. Sarà, viceversa, proprio l'immobilità in uno dei sistemi di riferimento, a favorire che il disagio e la sofferenza possano sfociare in patologie (Baldascini L., 1994).

Come ben approfondito dalla guida "Orientamenti Relazionali" redatta dall'IPR per l'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza *"questi diversi sistemi interpersonali sono tutti rappresentati dal sistema scolastico, infatti, la scuola rappresenta un sistema adulto dove il bambino prima e il ragazzo poi si confrontano con le istanze culturali e sociali del mondo adulto, i valori in cui credere, i principi verso cui tendere. La scuola funziona come mondo familiare con la circolazione al suo interno di affetti e di sentimenti che come 'ponti relazionali' creano legami forti nei quali, verosimilmente, vengono riproposte le modalità che si stabiliscono in famiglia e, rappresentandone una riedizione possono essere riviste e corrette. Infine, il mondo scolastico svolge le funzioni del sistema dei pari che è rappresentato dal gruppo classe e dai compagni della scuola nel suo complesso, che assolve una funzione fondamentale nella crescita del ragazzo. L'idea che la salute e la crescita dell'individuo dipendano dal rapporto con i suoi sistemi relazionali permette di guardare al gruppo classe come contesto in grado di fornire particolari occasioni, per correggere le eventuali distorsioni che si dovessero paventare"*.

Tale scelta è motivata dal fatto che il docente

è in grado di stabilire quelle connessioni chiamate *sentimenti*, che costituiscono il vero ponte relazionale attraverso cui passano i contenuti dell'apprendimento. Lo sviluppo di questi "sentimenti" può consentire ai docenti di entrare profondamente in contatto con i discenti grazie ad una costante attenzione a se stessi, all'altro e alla relazione, trasmettendo tutte le possibili "costruzioni di significato" che incoraggiano la crescita sia degli studenti che dei docenti (Baldascini 2002).

L'edificazione di una simile relazione spetta al docente che dovrà instaurare legami armonici con gli alunni e le loro famiglie che consentano di collaborare e non competere.

Lo strumento principe che un'insegnante ha per realizzare una didattica inclusiva, nell'accezione più ampia del termine, è proprio se stesso, quindi la formazione più importante è quella che consenta all'insegnante di conoscersi. Il termine inclusività assume un significato più profondo alludendo alla possibilità di includere l'altro dentro di sé, di includere la sua diversità, di fare i conti con ciò che questo comporta permettendo all'educatore da una parte di sospendere il giudizio e dall'altra di educare alla diversità attraverso la testimonianza.

IL PROGETTO

Nella realizzazione di questi progetti abbiamo cercato di creare tempi e spazi per il confronto tra gli alunni, tra i docenti e tra i genitori al fine di favorire una visione sistemica delle problematiche rilevate. Nella scuola, infatti, prevale una visione lineare che genera sentimenti di frustrazione e impotenza, soprattutto negli insegnanti che, spesso, si sentono soli ad affrontare i disagi mostrati dagli alunni. L'adozione di un'ottica sistemica permette di leggere il disagio degli alunni nella sua complessità, inserendolo nel panorama più ampio dei loro principali universi relazionali (della famiglia, della scuola, e dei pari): in tal modo è possibile non solo com-

prendere meglio il disagio ma anche attivare più risorse per ridurlo. Coinvolgendo tutti gli attori menzionati, i nostri progetti hanno cercato di favorire la creazione di ponti relazionali (sentimenti), finalizzati a mettere in connessione la mente (i pensieri), il corpo (le azioni) e il cuore (le emozioni), generando nei protagonisti (docenti, studenti e genitori) un'armonia interpersonale e una riflessione sul proprio ruolo nelle diverse situazioni.

Secondo la nostra ottica, più è disfunzionale un gruppo classe, maggiore è il grado di blocco evolutivo dell'intero sistema, nel quale docenti e genitori sentiranno la fatica e l'impotenza di sbrogliare la matassa relazionale. Il lavoro di gruppo è lo strumento principe utilizzato nei nostri progetti nei quali sono stati attivati tre laboratori rivolti agli alunni, al gruppo docenti e ai genitori oltre a uno sportello d'ascolto rivolto a tutti.



Ciascuno dei **laboratori** citati è stato condotto in cerchio, il cerchio della risonanza. **Con gli alunni** sono state utilizzate tecniche di coinvolgimento attivo come il brainstorming, le drammatizzazioni (per osservazione diretta dei propri agiti in un contesto di gruppo), giochi di interazione e conoscenza per facilitare i rapporti interpersonali e favorire la condivisione.

L'insegnante presente durante i laboratori è stato invitato a partecipare ed il suo coinvolgimento si è rivelato arricchente, sia per la



pregressa conoscenza degli alunni e sia perché gli ha permesso di scoprire nuovi aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali dei propri alunni. Spesso in queste occasioni gli alunni hanno condiviso contenuti inediti delle proprie storie, emotivamente connotati, che hanno permesso ai compagni e ai docenti di poter guardare 'oltre' alcuni atteggiamenti o comportamenti, con risvolti positivi sul clima di classe, già orientato alla comprensione che al giudizio.

I **laboratori con gli insegnanti** hanno previsto l'utilizzo del circle time, volto a favorire i rapporti "da persona a persona" riducendo l'utilizzo della triangolazione usata tipicamente nelle situazioni di tensione (Bowen). Si è cercato di tenere i laboratori per gruppo classe, esortando la presenza di tutti i docenti.

I **laboratori con i genitori** sono stati presentati come spazi di riflessione orientati nell'ottica della prevenzione piuttosto che dell'emergenza. Favorendo un clima di non giudizio, attraverso il piccolo gruppo, questi laboratori sono diventati luogo di educazione reciproca, dove le persone imparano a crescere e si aiutano vicendevolmente a realizzare l'ascolto, a comunicare, a gestire i conflitti e a cambiare se stesse. In questi laboratori sono stati anche coinvolti gli insegnanti referenti del progetto per favorire il dialogo tra i due universi relazionali.

Anche lo **sportello d'ascolto**, durante il quale lo psicologo riceveva singolarmente docenti genitori e alunni, è stato realizzato secondo l'ottica sistemica cercando di favorire la costruzione di ponti piuttosto che consolidare le barriere innalzate (per es. tra docenti e genitori o tra docenti e alunni).

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il circle time e l'ascolto attivo hanno permesso un clima di non giudizio e di confronto tra gli alunni stessi favorendo una riflessione sul

ruolo che ogni alunno ha all'interno della propria classe.

Gli alunni si sono mostrati entusiasti per queste occasioni di auto-riflessione: "oggi ho imparato di me che dovrei provare a scherzare di più e a prendere le battute degli altri con più leggerezza, mi piace essere amica degli altri e con questi laboratori è stato più facile capirci tutti" (Alessia, quarta elementare).



Nei gruppi di **docenti**, questi hanno avuto modo di confrontarsi e affrontare tensioni e timori nonché di ridistribuire i "pesi": non di rado capita che in alcune classi i picchi di tensione si verificano sempre con lo stesso insegnante, che, quindi, sente su di sé tutto il carico della situazione. In questi laboratori anche gli altri insegnanti hanno avuto occasione di riflettere sul modo in cui contribuivano al cronicizzarsi di certe situazioni.

Alcuni di essi, esplicitamente, hanno dichiarato di essere giunti ad una conoscenza più approfondita del proprio sé, ad una maggiore capacità empatica in tutte le relazioni (alunni, classe, colleghi e famiglie degli alunni) e all'acquisizione di nuovi strumenti metodologici necessari alla strutturazione di una relazione didattica evolutiva.



Come preannunciato da insegnanti e dirigenti, la partecipazione dei **genitori** è stata di una piccola percentuale rispetto alla popolazione bersaglio. Ciò che ci ha positivamente colpito è stato che i genitori che hanno aderito, hanno poi seguito con costanza tutti gli incontri, mettendosi in gioco con onestà ed entusiasmo.

Attraverso progetti improntati sul **Modello dell'Articolazione Intersistemica** (L. Baldascini) stiamo cercando di introdurre l'ottica sistemica nell'universo scolastico, consapevoli di quanto questo cambiamento possa ridefinire le responsabilità che ogni attore ha sul benessere e sul successo scolastico degli alunni. La sfida più grande, che ci proponiamo di accogliere con l'entusiasmo che ci caratterizza, ci sembra quella di accorciare l'ancora eccessiva distanza tra il

mondo relazionale degli insegnanti e quello dei genitori.

La scarsa partecipazione di questi ultimi è da noi letta, infatti, come un "sintomo" di questa eccessiva distanza.

BIBLIOGRAFIA

- Baldascini L., *Vita da adolescenti*, F. Angeli, Milano, 1993;
- Baldascini L., *L'adolescenza tra appartenenza e trasformazioni*, *Terapia Familiare*, 44, 1994;
- Baldascini L., *Legami terapeutici*, Franco Angeli, Milano, 2002;
- Baldascini L., *Adozione consapevole - La formazione dell'operatore nei Servizi Pubblici*, Franco Angeli, 2008;
- Bowen M., *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, 1979



LA PSICOLOGIA DELLO SPORT E DELLA PERFORMANCE

David Sabatini

Specialista in psicoterapia, Psicologo a indirizzo clinico e di comunità, Psicologo dello sport e della performance

RIASSUNTO

Solo da pochissimi anni in Italia si parla di preparazione mentale dell'atleta o dell'artista. In altri Paesi d'Europa e del mondo è una figura professionale utilizzata dagli addetti ai lavori, perché ritenuta indispensabile per consentire al *performer* di esprimersi al massimo delle sue potenzialità. Figura professionale che diviene centrale nel momento in cui si opera in contesti formativi come le *academy* con bambini, bambine, ragazzi e ragazze.

PAROLE CHIAVE

Performance, sport, bambini, formazione, benessere, *academy*.

La psicologia dello sport in particolare e della *performance* in generale, è una branca della psicologia giovanissima, anche se può essere fatto risalire al 1898 uno studio di Norman Triplett con il primo esperimento scientifico effettuato in psicologia dello sport, nel quale si analizzavano gli effetti della presenza di altri

concorrenti sulla prestazione ciclistica (Davis, Huss e Becker 1995). Tuttavia, solo negli ultimi anni, grazie soprattutto al processo di globalizzazione, i *performer* (atleti, artisti in particolare) insieme ai loro *staff*, si sono resi conto quanto sia fondamentale approcciarsi alla *performance* con il migliore assetto psicologico possibile. La globalizzazione ha permesso di conoscere, quasi in tempo reale, le migliori metodologie di allenamento fisico (pensiamo agli atleti) e tecnico (in ogni sport nessuno escluso), facendole in tal modo divenire accessibili a tutti.

Stesso discorso vale per le metodologie formative degli artisti, (cantanti, musicisti, attori di teatro e di cinema) che sono diventate il minimo comun denominatore delle scuole di tutto il mondo. I *social network* hanno permesso e permettono una sempre più rapida informazione di tali metodologie, tanto durante le prove (se parliamo di artisti), tanto durante gli allenamenti (se parliamo di atleti). È differente rispetto a



quanto accadeva in passato, dove gli allenatori e i formatori cercavano di carpire i segreti dei loro colleghi, perchè alla ricerca delle migliori metodologie formative, tanto fisiche, che comunicative, partecipando personalmente alle sessioni formative. Giunti a questo punto, si intravede un primo orizzonte del quale è fondamentale discutere. Proprio la facilità offerta dalla tecnologia, crea una trappola nella quale molti addetti ai lavori (allenatori, dirigenti, e gli stessi atleti e artisti) cascano, finendo per pagarne le spese in termini di qualità delle informazioni reperite, che inevitabilmente producono effetti nefasti sul rendimento avuto all'interno della *performance*, oppure sul clima emotivo che si registra all'interno dello *staff*.

L'illusione, infatti, diviene quella di credere come i contenuti reperiti su tantissimi siti, pagine, video, che parlano di psicologia dello sport, di *performance* o di come incrementare il proprio

rendimento, possano essere resi operativi, effettuando semplicemente un copia e incolla, come una sorta di ricetta illustrata dallo chef di turno, che ci parla del piatto del giorno da cucinare e portare in tavola. Questo è quello che accade frequentemente, cedendo all'illusione di poter riportare all'interno del proprio *staff*, metodiche ascoltate e viste attraverso un video, oppure, lette su un libro o peggio ancora di applicare tecniche psicologiche sui propri atleti senza averne le competenze.

Questo rappresenterebbe l'inizio della fine e la quasi sicura rovina del performer, che inspiegabilmente vedrebbe peggiorare il proprio rendimento, con inevitabili ripercussioni sulla propria condizione psicologica, che possono avere come effetto l'abbandono dell'attività agonistica. Non è infrequente, purtroppo, incontrare situazioni nelle quali l'atleta è ad un passo dall'abbandono, nonostante abbia una giovane



età o comunque diversi anni da poter spendere all'interno del contesto sportivo. Quando le tecniche applicate non danno gli effetti sperati, il primo pensiero del *performer* è: "non sono più in grado di essere all'altezza come dovrei". Il paradosso è che questa situazione è tanto più frequente tanto più l'allenatore è preparato, magari anche in materie psicologiche (per aver sostenuto degli esami all'università in materie specifiche, per avere all'interno dello *staff* figure professionali con conoscenze psicopedagogiche, per avere frequentato dei corsi all'interno dei quali si sono semplicemente abbozzate tecniche psicologiche), pensando di potersi sostituire allo specialista. Al contrario, i mezzi di comunicazione devono rappresentare un semplice volano, che guidi verso corsi di formazione svolti in presenza e organizzati da psicologi e psicoterapeuti qualificati, che forniscano una consapevolezza (anche questa è formazione) di dove i partecipanti possano spingersi con il loro intervento nel momento in cui si trovano fronte a specifiche problematiche. Rappresenta un primo passo verso una formazione specifica da parte delle diverse figure che orbitano intorno all'atleta o all'artista, in quanto, come sanno bene gli psicologi e gli psicoterapeuti, non è detto che una tecnica possa essere applicata in termini pratici su tutti gli atleti, pensiamo ad esempio alla pratica ipnotica, che deve essere costruita *ad hoc*, a seconda delle caratteristiche del singolo.

Tuttavia, l'aspetto positivo di questo *modus operandi* è rappresentato dal fatto che, in parte, ci si renda conto di come i dettagli tecnici e fisici, come vengono definiti in gergo, non possono più essere migliorati guardando esclusivamente alla preparazione fisica e tecnica tradizionalmente intesa. Occorre, al contrario, ampliare le conoscenze focalizzando l'attenzione sugli aspetti psicologici legati alla *performance* da eseguire e alle caratteristiche psicologiche di colui o colei che ne sarà il principale attore protagonista. Anche se alla luce di quanto detto

potrebbe sembrare naturale, la figura di uno psicologo all'interno di *un'equipe* sportiva o di uno *staff* artistico è tutt'altro che scontata (così come l'idea di avvalersi di una sua collaborazione). Questa logica, purtroppo, è riscontrabile anche ai massimi livelli, tanto sportivi, che artistici e non soltanto in contesti che per ragioni economiche e/o organizzative non potrebbero permettersi lo psicologo. Si verifica una sorta di negazione, per utilizzare un concetto di matrice psicoanalitica, attraverso il quale si crede erroneamente di poter fare a meno di uno psicologo che possa preparare il *performer*, in parte anche per i motivi precedentemente menzionati, giungendo in tal modo a delegare il tutto ad altre figure che risultano inadeguate.

Si tratta di una logica o di un *modus pensandi et operandi*, che ricorda alcune logiche riscontrate in passato in alcuni contesti sportivi (in particolare quelli calcistici) quando, erroneamente, si credeva che fosse sufficiente l'allenatore e il suo secondo (il vice-allenatore) per gestire tutte le dinamiche relazionali, tecniche e soprattutto legate alla preparazione atletica degli sportivi e dei calciatori in particolare. Infatti il preparatore atletico era considerato superfluo o addirittura dannoso dalla maggior parte degli addetti ai lavori, in quanto ritenuto in controtendenza e inadeguato a integrare il suo lavoro con quello svolto dall'allenatore. Pensandoci, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, erano ragionamenti bizzarri, quasi deliranti, ancor di più se si pensa che tali logiche le si poteva riscontrare non tantissimo tempo fa, erano ancora presenti nei primi anni duemila, fino al 2005/2007. Oggi, fortunatamente, questa assurda credenza, è stata sostituita da altre più corrette e funzionali, tanto che gli *staff* si sono attrezzati con la presenza di uno o più preparatori atletici e a volte anche di figure, che collaborerebbero nel recuperare gli atleti reduci da uno stop dovuto ad infortunio. Quindi, attualmente, lo psicologo sembrerebbe incontrare le medesime difficoltà che un tempo

vivevano figure professionali come il preparatore atletico, anche se questa tendenza, fortunatamente, si sta leggermente smussando e ci si augura si estingua definitivamente quanto prima. Si procede, per tanto, verso una sorta di iper-specializzazione dei ruoli, se pensiamo, ad esempio, che molti staff nel mondo del calcio si sono arricchiti di altre figure "specialistiche", come allenatori che si occuperebbero esclusivamente di curare la fase difensiva o quella relativa alle cosiddette "palle da fermo", che nel gergo calcistico fanno riferimento a quelle situazioni di gioco che si verificano quando l'arbitro fischia un fallo con conseguente calcio di punizione, oppure, interrompe il gioco per segnalare un'irregolarità. Se pensiamo, quindi, a come gli *staff* abbiano incrementato il numero di figure professionali nel corso di questi anni, ci si chiede come mai non si dovrebbe includere sistematicamente in un gruppo di lavoro, anche lo psicologo adeguatamente formato a lavora-

re con gli atleti in particolare e i *performer* in generale. La mancanza di un'adeguata formazione in merito, si evidenzia attraverso le innumerevoli volte in cui gli addetti ai lavori, penso ad esempio, agli allenatori che effettuano le interviste del dopo gara, oppure, le conferenze di presentazione dell'evento sportivo, confondono concetti che hanno significati completamente differenti. Basta prestare attenzione e si potrà sentire un utilizzo errato del concetto di autostima, utilizzato sempre al posto di quello più corretto di auto-efficacia (Bandura, A. 1977).

Quando parliamo di atleti, *performer* e prestazioni in generale, occorre utilizzare il concetto di auto-efficacia, che fa riferimento alla capacità di una persona di sentirsi all'altezza del compito specifico che sta per svolgere, oppure che ha effettuato. Si riferisce, pertanto, a una precisa abilità, altamente specialistica, che può





essere utilizzata in quel settore specifico e non generalizzabile. Saper calciare un pallone, rispondere al servizio di un tennista, parare un rigore, sentirsi in grado di allenare una squadra, pianificare una sessione di allenamento, sono tutte abilità che fanno riferimento al concetto di auto-efficacia specifica. L'autostima, al contrario, è un concetto generale, che chiama in causa la personalità del soggetto, la sua capacità di essere integrato in un contesto sociale, di instaurare relazioni costruttive per la propria crescita personale e sociale, di realizzarsi nella vita privata e che richiamano dinamiche psicologiche formatesi nei primi anni di vita, nel rapporto con i genitori, *i caregivers* e le altre figure significative della sua vita. Confondere questi due concetti significa, quindi, evidenziare delle lacune formative e cadere nella trappola di poter intervenire in aree che dovrebbero essere affidate ad altre persone preparate a farlo. Molte sono state le obiezioni avanzate alla re-

ale necessità di distinguere questi due concetti, molti hanno avanzato le tesi che non ci sarebbe una così netta distinzione tra i concetti di auto-efficacia ed autostima. Sposare questa visione, significherebbe cadere in un tremendo riduzionismo concettuale e di conseguenza anche metodologico, che porterebbe ad un terribile errore epistemologico. Personalmente apporto un esempio, preso in prestito dalla storia recente del mondo del calcio, per dissipare qualsiasi dubbio rispetto alla netta differenza che intercorre tra questi due concetti: il più grande calciatore che sia esistito, Diego Armando Maradona, vero genio del calcio.

Con il pallone riusciva a rendersi protagonista di giocate tecniche e fisiche incredibili, che a volte superavano anche la più fervida immaginazione, riuscendo da solo a vincere le partite. Fuori dal rettangolo verde di gioco, al contrario, si è reso protagonista di una vita fatta di ec-

cessi in tutti i sensi, con problemi di dipendenza da sostanze, relazioni extra-coniugali che hanno portato numerosi problemi, incapacità a gestire emozioni, continue crisi relazionali con le persone a lui vicine e numerosi scontri con i giornalisti. La persona che entrava nel campo di calcio e incantava il mondo, nella vita di tutti i giorni evidenziava continuamente il suo disagio, le sue fragilità, come se fossero due persone differenti o per dirla in modo più scientifico mostrava gli effetti di un'autostima disastrosa, rispetto a un senso di auto-efficacia, nel rapporto con le abilità calcistiche, senza eguali. Tornando agli aspetti formativi, la mancanza di un'adeguata formazione delle varie figure che operano in questo campo è un aspetto preoccupante se pensiamo, come accennato prima, che un performer può giungere ad abbandonare la sua attività agonistica nel momento in cui non ottiene i risultati sperati, con inevitabili risvolti depressivi. Se pensiamo alle conseguenze che questa mancanza di formazione può portare nel mondo delle *academy* dove si incontrano ragazzi e ragazze, immaginiamo come i risvolti negativi possano assumere una portata maggiore. Nella mia esperienza di psicologo dello sport e di responsabile dell'area psico-pedagogica, mi sono imbattuto in contesti formativi nei quali tali dinamiche erano all'ordine del giorno, nonostante l'anno precedente gli addetti ai lavori (allenatori, dirigenti) fossero stati seguiti da colleghi provenienti da contesti formativi di alto livello.

Chiedendo loro, se nel formare i ragazzi e le ragazze seguissero i concetti appresi durante la formazione con i colleghi, le risposte erano nel 90% dei casi negative, affermando che preferivano seguire le metodiche sempre utilizzate, apprese quindi nel corso della loro precedente attività sportiva o formativa da autodidatti, nonostante ad una loro osservazione risultassero completamente sbagliate. Questo è preoccupante, perché in tal caso emerge, anche, una sorta di logica onnipotente e arrogante,

che porta a sostituirsi alle figure specialistiche. Ecco, perché è bene informare i genitori affinché valutino attentamente che i contesti formativi abbiano al loro interno persone che vengano costantemente seguite nel loro operato formativo-relazionale con i ragazzi, da figure professionali titolate, che osservino sul campo la qualità della formazione in atto e non soltanto inserite nell'organigramma al fine di soddisfare i requisiti burocratici richiesti dalle varie federazioni sportive. Il tema della formazione è estremamente delicato, perché erroneamente si crede che trattandosi "*semplicemente di sport*", sia sufficiente averlo praticato in passato, ancor di più se a livello professionistico, ignorando l'importanza di formarsi e aggiornarsi adeguatamente o peggio ancora di prendere delle "scorciatoie formative" frequentando corsi di discutibile validità, offerti da figure che non sono né psicologi, né psicoterapeuti, che si svolgono nell'arco temporale di qualche *week-end*, creando la suggestione e l'illusione, nei partecipanti, di possedere tutte le competenze necessarie. Sappiamo quanto queste dinamiche siano diffuse, per tanto è giusto mettere in guardia le famiglie rispetto a ciò che possono incontrare nel momento in cui decidono di affidarsi a delle agenzie educative anche in ambito sportivo.

Tutto ciò assume un valore inestimabile quando veniamo a sapere che la psicologia dello sport e della performance è una branca della psicologia estremamente complessa, a differenza di quanto si possa erroneamente e ingenuamente pensare. Motivo per cui diviene fondamentale una preparazione supplementare e specifica da aggiungersi a quella compiuta durante il cammino formativo universitario e successivamente di specializzazione in psicoterapia. Lavorare nell'ambito della psicologia della *performance* è più complesso che lavorare nel modo della clinica tradizionale. In quest'ultimo settore non è infrequente, che l'obiettivo si raggiunga apportando un "semplice" miglioramento della con-



dizione del cliente/paziente, magari aiutati da trattamenti farmacologici, che consentono una maggiore qualità di vita del diretto interessato e del sistema nel quale è inserito (tuttavia anche nella clinica l'obiettivo da raggiungere dovrebbe essere quello del benessere e non soltanto di un miglioramento della sintomatologia invalidante). Al contrario, lavorare nella psicologia della prestazione significa consentire al *performer* di eccellere, di superare i propri limiti, raggiungendo il massimo del proprio potenziale performativo possibile. L'obiettivo diviene raggiungere il massimo con una persona e il suo *staff* disposti a collaborare, seguendo pedissequamente ogni indicazione.

In termini di resistenza, utilizzando un concetto che si incontra in psicoterapia, ci troviamo fronte a un sistema "collaborativo" e gli specialisti sanno benissimo come questa tipologia di resistenza sia estremamente difficile da gestire, al contrario di quanto il buon senso possa suggerire. È un paradosso, nel senso che se qualcuno o un sistema (*staff* tecnico) è collaborativo, perché mai dovrebbe o potrebbe creare delle difficoltà? Tutto dovrebbe svolgersi nel migliore dei modi. Invece, quando parliamo di cambiamenti, di interventi in campo performativo il tutto si complica, perché un atleta che è disposto a collaborare chiederà allo specialista una *performance* che sia all'altezza della sua totale disponibilità. È come se dicesse: "*bene io mi affido a te completamente, vediamo cosa sai fare*"!! In questo contesto non c'è spazio per il "*quasi*", ne tanto meno per l'errore: è in gioco la qualità dell'atleta (che a volte vale milioni di euro) e del suo intero *staff*. Ogni cosa deve essere dal loro punto di vista "*perfetta*". Questa prospettiva, appena presentata, è tra le più semplici.

Solitamente, quando si viene chiamati ad intervenire in qualità di esperti, significa che la situazione da affrontare e risolvere si è enormemente complicata. I motivi di tale ritardo e conseguente peggioramento, sono da ricercare

in parte tra le motivazioni apportate precedentemente (le convinzioni di potersi sostituire agli specialisti) e in parte anche a fattori culturali, che considerano lo psicologo dello sport inutile (logica questa riscontrabile anche per la cura di disturbi psicopatologici conclamati). Per tanto la situazione che ci si trova ad affrontare non si limita soltanto a un percorso formativo di miglioramento della prestazione, ma richiede l'intervento per situazioni che sono oggetto di attenzione clinica. Una attenta analisi della domanda e conseguente definizione del problema, potrebbe mettere in evidenza la presenza di disturbi clinici come panico, fobie, percezioni paranoiche, ossessioni con relative compulsioni e altri disturbi. Una conoscenza della clinica diviene, di conseguenza, fondamentale per risolvere il disturbo del *performer*, per poi procedere con il vero intervento di miglioramento delle sue capacità performative. Ecco il motivo per cui, come detto prima, non si possono prendere delle tecniche osservate per applicarle sugli atleti, effettuando un copia e incolla.

Questa logica porta alla distruzione e alla rovina del *performer*. Occorre procedere *cum grano salis*. Sarebbe come procedere direttamente con cure di estetica dentale (tra l'altro anche casarecce), saltando la parte di odontoiatria conservativa, necessaria a curare i denti che sono cariati o altre situazioni di attenzione clinica. Prima o poi verrà fuori un disastro! Occorre, da parte delle figure professionali saper riconoscere e trattare un disturbo clinico, proprio come si fa in psicoterapia, nonostante l'iniziale richiesta fosse di miglioramento della prestazione e di conseguenza non di natura clinica. Giunti a questo punto occorre valutare se diviene opportuno informare il *performer* sul cambiamento degli obiettivi inizialmente pianificati con lui e il suo *staff*, oppure, procedere con il proprio intervento. È uno snodo importante, perché, come sappiamo noi specialisti, se c'è un disturbo clinico di una certa entità diventa im-

possibile che l'atleta o l'artista possa esprimersi al meglio delle sue potenzialità performative. Dipenderà dalla gravità della situazione, si potrà procedere con il nostro intervento portando avanti le due cose, quindi, sia a livello clinico, che di miglioramento della prestazione senza destabilizzare equilibri funzionali costruiti, se ci sono le condizioni per poterlo fare; sarebbe la scelta migliore.

Al contrario, se la situazione non può essere gestita in tal modo, si sarà costretti a riformulare gli obiettivi da perseguire, almeno nel breve termine ed è chiaro che in quest'ultimo caso occorrerà molto tatto nel comunicarlo, perché ricordiamoci che la richiesta avanzata ci era giunta non per problematiche cliniche, ma di altro genere. Una conoscenza clinica diviene, quindi, fondamentale al fine di risolvere eventuali problematiche e per conoscenza clinica non si intende informarsi leggendo dei libri, ma affidarsi a conoscenze consolidate e specialisti qualificati. Un ritornello, quest'ultima affermazione, del resto si sa delle canzoni quello che più rimane è proprio il ritornello e in tal caso ci si augura che rimanga ben impresso nella mente di tutti.

BIBLIOGRAFIA

- Anolli, L., Mantovani, F. (2011). *Come funziona la nostra mente. Apprendimento, simulazione e serious games*. Ed. il Mulino, Bologna.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change", *Psychological Review*, 84, pp.191-215.
- Bassi, M. & Delle Fave, A. (2004). "Adolescence and the Changing Context of Optimal Experience in Time: Italy 1986-2000", *Journal of Happiness Studies*, 5 (2), 155-179.
- Catley, D., Duda, J.L. (1997a). "Psychological antecedents of the frequency and intensity of flow in golfers", *International Journal of Sport Psychological*, 28(4), 309-322.
- Cei, A. (1998). *Psicologia dello Sport*. Ed. il Mulino, Bologna.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. Ed. New York, Harper & Row.
- Davis, S.F., Huss, M.T. e Becker, A.H. (1995). "Norman Triplett and Dawning of Sport Psychology", *The Sport Psychologist* 9, pp.366-375.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*, New York, Batman. Chapter.
- Muzio, M. (2004). *Sport, flow e prestazione eccellente: dai modelli teorici all'applicazione sul campo (vol.114)*. Ed. FrancoAngeli, Milano.
- Seligman, M.E. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential fulfillment*. Ed. New York, Free Press.
- Umiltà, C., Legrenzi, P. (2009). *Neuro mania, il cervello non spiega chi siamo*. Ed. Bologna, il Mulino.





BULLISMO E CYBERBULLISMO: SBULLONIAMOCI (2019)

**PROGETTO DI PREVENZIONE DEI FENOMENI DI BULLISMO E
CYBERBULLISMO NELLE CLASSI PRIME MEDIE DEGLI ISTITUTI
COMPRESIVI "DANTE-GALIANI", "MELCHIONDA-DE BONIS" E
"FORGIONE-PASCOLI" DI SAN GIOVANNI ROTONDO (FOGGIA).**

RIASSUNTO

Bullismo e cyberbullismo costituiscono dei fenomeni più frequenti di quel che si pensa tra bambini e adolescenti. Il bullismo consiste in atti violenti che implicano costrizione e oppressione psicologica, con limitazione della libertà della vittima e sviluppo del ricatto nei confronti della stessa, nonché con l'intento di isolarla (poiché la forza del bullo è maggiore se la vittima è sola). Le azioni possono riguardare molestie verbali, aggressioni fisiche, persecuzioni, generalmente attuate in ambiente scolastico. Per quanto riguarda il cyberbullismo, secondo il MIUR esso "definisce un insieme di azioni aggressive e intenzionali, di una singola persona o di un gruppo, realizzate mediante strumenti elettronici (sms, mms, foto, video, email, chat rooms, istant messaging, siti web, telefonate), il cui obiettivo è quello di provocare danni ad un coetaneo incapace di difendersi". Nell'affrontare il problema

del bullismo e del cyberbullismo a scuola, hanno un ruolo chiave la prevenzione e gli interventi che nascono dall'azione congiunta di scuole, famiglie e della comunità scolastica. Poiché per prevenire il fenomeno è necessaria innanzitutto la sua conoscenza, lo step iniziale di questo lavoro è stato saggiare le conoscenze dei soggetti partecipanti in materia, e poi raccogliere le loro esperienze in fatto di bullismo e cyberbullismo (agiti e subiti) nelle loro varie sfumature. I risultati verranno illustrati nell'apposito paragrafo.

PAROLE CHIAVE

Bullismo, cyberbullismo, adolescenti, bambini, scuola, violenza, disagio giovanile, internet.

INTRODUZIONE

Con il termine bullismo s'intende un comportamento aggressivo reiterato nel tempo diretto a persone tendenzialmente più deboli, che non

Basilio Fiorentino

Psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico, Dirigente Psicologo c/o il Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo (FG)

Maria Pia Mattiello

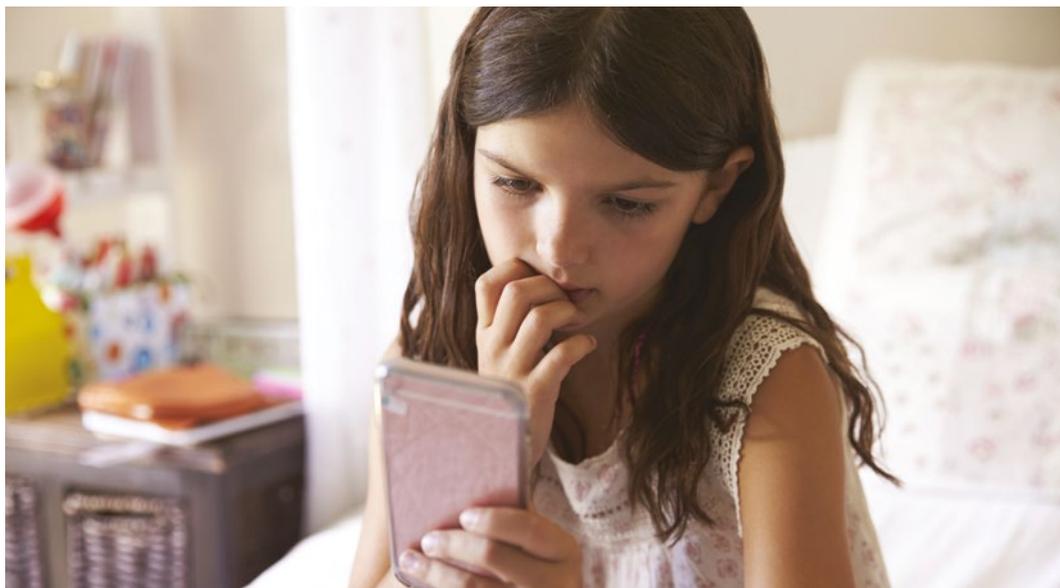
Psicologa tirocinante c/o il Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo (FG), psicossessuologa

Giovanna Piemontese

Psicologa tirocinante c/o il Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo (FG)

Angela Cascavilla

Assistente sociale c/o il Consultorio Familiare di San Giovanni Rotondo



hanno possibilità di difendersi. Infatti, è presente un'asimmetria di potere tra il bullo e la vittima: il primo compie l'atto volontariamente, con l'intenzione di attuare un danno all'altra persona; la seconda è resa impossibilitata dal far cessare l'atto nell'immediato. Caratteristica fondamentale del bullismo, oltre all'intenzionalità, è la reiterazione nel tempo degli atti, perciò un soggetto è vittima di bullismo quando viene esposto ripetutamente (e non una singola volta) alle azioni offensive messe in atto deliberatamente da uno o più compagni. Una variante del bullismo, oggi forse ancora più diffusa date le continue evoluzioni della tecnologia e di Internet, è il cyberbullismo: esso condivide la definizione del bullismo, ma in questo caso gli atti sono perpetrati online, attraverso applicazioni per comunicare e social network, e sono maggiormente pervasivi e irrefrenabili.

Il cyberbullismo include quindi un insieme di azioni aggressive e intenzionali, di una singola persona o di un gruppo, realizzate mediante strumenti elettronici (sms, mms, foto, video, email, chat rooms, messaggi istantanei, siti web, telefonate), il cui obiettivo è quello di

provocare danni ad un coetaneo incapace di difendersi. Smith (2008) lo definisce come **“un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o gruppi di individui usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima”**; questa definizione mostra nuovamente la similitudine con quella del bullismo tradizionale, ma implica in più l'uso delle nuove tecnologie di comunicazione.

È importante promuovere la prevenzione dei fenomeni all'interno delle scuole, istruendo il personale scolastico su cosa sono effettivamente bullismo e cyberbullismo, le ragioni per cui gli adolescenti possono compiere tali atti, il modo più consono di affrontare una situazione del genere, e insegnando agli adolescenti a non stare a guardare o a permettere il bullismo in qualsiasi sua forma (Strom & Strom, 2005; Willard, 2002). La prevenzione dovrebbe essere diretta ad aiutare i giovani a sviluppare atteggiamenti e comportamenti prosociali, in modo che possano costruire e mantenere relazioni sane sia dentro che fuori le mura scolastiche (Olweus, 1994, 2003; Pepler e Craig, 1994). Il personale



scolastico ha perciò la responsabilità di affrontare i temi legati al bullismo e al cyberbullismo al fine di creare un sano e pacifico clima scolastico (Li, 2005; Shariff, 2007; Willard, 2002), ed è incoraggiato ad aiutare i ragazzi che si trovano in difficoltà (Willard, 2002).

Inoltre è importante promuovere nelle scuole un ambiente scolastico in cui tutti gli studenti si sentano compresi e in cui le denunce di bullismo e cyberbullismo siano affrontate attraverso strumenti educativi e comunicativi, piuttosto che incentivando la repressione (Shariff, 2007).

MATERIALE E METODO

A partire da queste considerazioni, come equipe psicologica e sociale del Consultorio familiare di San Giovanni Rotondo (FG) ci siamo chiesti se e come i fenomeni del bullismo e del cyberbullismo fossero presenti all'interno delle scuole del territorio. Il presente lavoro costituisce un'indagine qualitativa e teorica, che nasce da un percorso di orientamento, conoscenza e sviluppo delle tematiche relative al bullismo e al cyberbullismo, rivolto ad insegnanti, genitori e studenti, al fine di combattere e ridurre al minimo questi fenomeni crescenti.

Il progetto è stato articolato in tre incontri per ogni classe partecipante, incentrati su diversi aspetti: discussione mediante circle-time sulla definizione di bullismo e cyberbullismo; comportamenti da adottare in caso di atti subiti, richiamo dei concetti emersi precedentemente e realizzazione di role playing; somministrazione di un questionario per permettere una valutazione finale.

PARTECIPANTI

Il progetto ha coinvolto le classi prime di secondo grado (prime medie) degli Istituti comprensivi "Dante-Galiani", "Melchionda-De Bonis" e "Forgione-Pascoli" di San Giovanni Rotondo (FG), per un totale di 14 classi e 234 alunni, presenti a tutti e tre gli incontri (due

teorico-pratici e uno dedicato alla somministrazione del questionario).

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali e specifici del progetto sono i seguenti:

- Conoscere i fenomeni di bullismo e cyberbullismo e contrastare ogni loro forma;
- Formulazione di nuove proposte d'intervento mirate a prevenire tali fenomeni;
- Formare i soggetti su come difendersi da atti di bullismo e cyberbullismo;
- Incrementare i comportamenti prosociali dei soggetti;
- Osservazione delle dinamiche di classe, per valutare la possibile presenza di fenomeni di bullismo e cyberbullismo;
- Definire in maniera chiara il bullismo e il cyberbullismo;
- Diffondere le conoscenze sul bullismo e il cyberbullismo, in modo da poterli distinguere da altre forme di violenza o aggressione;
- Valutare gli atteggiamenti relazionali e comportamentali degli studenti mediante la somministrazione di un questionario.

STRUMENTI UTILIZZATI

Agli alunni è stato somministrato il questionario "La mia vita a scuola" di **S. Sharp e P. K. Smith**, composto da 39 item che fanno riferimento a situazioni abbastanza frequenti della vita scolastica e che permettono la rilevazione di un indice degli episodi di bullismo (IEB); vengono presi in considerazione gli ultimi periodi scolastici con risposta "mai", "una volta", "più di una volta". Nel calcolo degli indici sono state analizzate solo le risposte "più di una volta", per focalizzare l'attenzione sui comportamenti ripetitivi e più radicati. Inoltre, è stata somministrata una versione modificata del questionario self-report di **Smith e altri (2006)**, con l'obiettivo della valutazione del bullismo elettronico.

RISULTATI

Il questionario "La mia vita a scuola" permette

di analizzare gli episodi di bullismo subito nelle sue tre dimensioni (bullismo fisico, indiretto e verbale). Illustriamo qui di seguito gli item che misurano le rispettive dimensioni e i rispettivi risultati derivanti dall'analisi delle risposte date dagli alunni.

EPISODI DI BULLISMO FISICO

Item 4: *Ha cercato di darmi un calcio*

Item 8: *Mi ha detto che mi avrebbe picchiato*

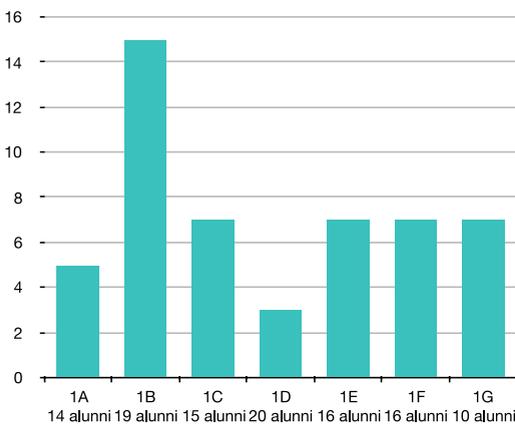
Item 10: *Ha cercato di farsi dare dei soldi da me*

Item 24: *Ha cercato di farmi male*

Item 37: *Ha cercato di rompere una delle mie cose*

Item 39: *Ha cercato di picchiarmi.*

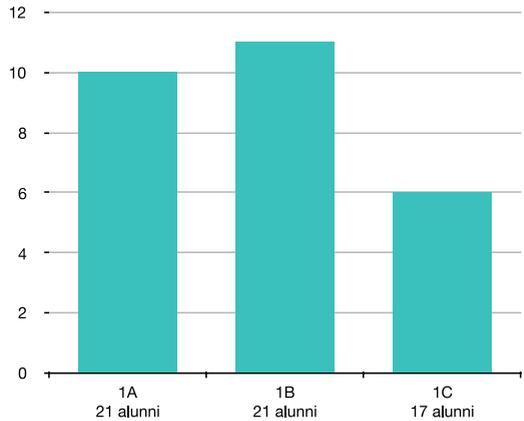
Istituto Comprensivo "Dante-Galiani"



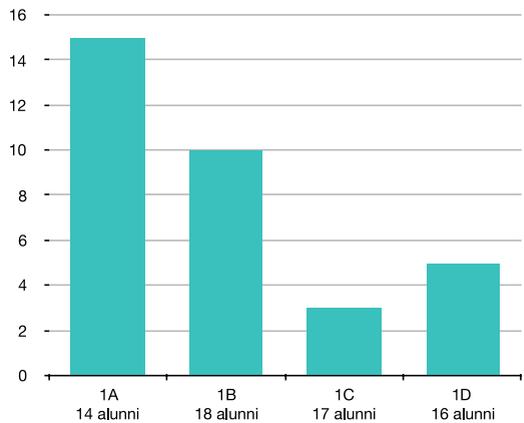
Calcolando la percentuale della scala esaminata, nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Dante-Galiani" gli episodi di bullismo fisico sono attestabili intorno al 46,36%. Il calcolo è stato effettuato sui 110 alunni partecipanti al progetto.

Istituto Comprensivo "Melchionda-De Bonis"

Calcolando la percentuale della scala esaminata, nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Melchionda-De Bonis" gli episodi di bullismo fisico sono attestabili intorno al 45,76%. Il calcolo è stato effettuato sui 59 alunni partecipanti al progetto.



Istituto Comprensivo "Forgione-Pascoli"



Calcolando la percentuale della scala esaminata, nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Forgione-Pascoli" gli episodi di bullismo fisico sono attestabili intorno al 53,84%. Il calcolo è stato effettuato sui 65 alunni partecipanti al progetto.

EPISODI DI BULLISMO INDIRETTO

Item 3: *Ha detto brutte cose sulla mia famiglia*

Item 19: *Ha messo un gruppo contro di me*

Item 22: *Ha cercato di mettermi nei guai*

Item 35: *Ha riso di me in modo orribile*

Item 38: *Ha detto una bugia su di me*

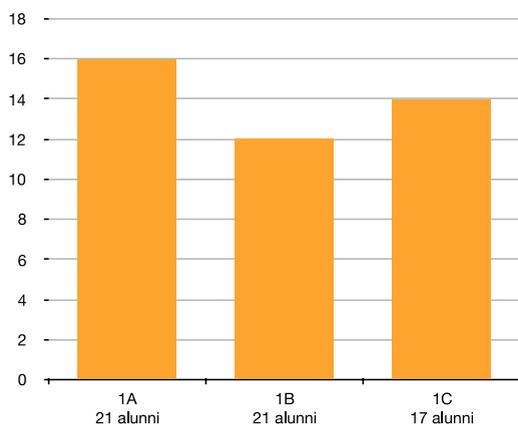
Istituto Comprensivo "Dante-Galiani"

Pertanto, calcolando la scala esaminata, in base alle risposte date dai 110 alunni partecipanti al



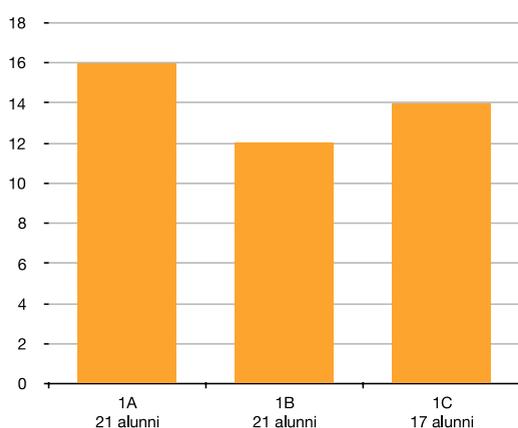
progetto, nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Dante-Galiani" la percentuale di episodi di bullismo indiretto si attesta intorno al 64,54%.

Istituto Comprensivo "Melchionda-De Bonis"



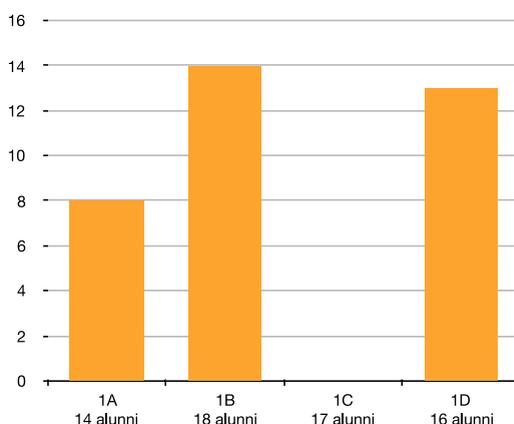
Calcolando la scala esaminata, in base alle risposte date dai 59 alunni partecipanti al progetto, nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Melchionda-De Bonis" la percentuale di episodi di bullismo indiretto si attesta intorno al 76,27%.

Istituto Comprensivo "Forgione-Pascoli"



Calcolando la scala esaminata, in base alle risposte date dai 65 alunni partecipanti al progetto, nelle classi prime della scuola primaria di

secondo grado dell'Istituto comprensivo "Forgione-Pascoli" la percentuale di episodi di bullismo indiretto si attesta intorno al 58,46%.



EPISODI DI BULLISMO VERBALE

Item 1: *Mi ha insultato*

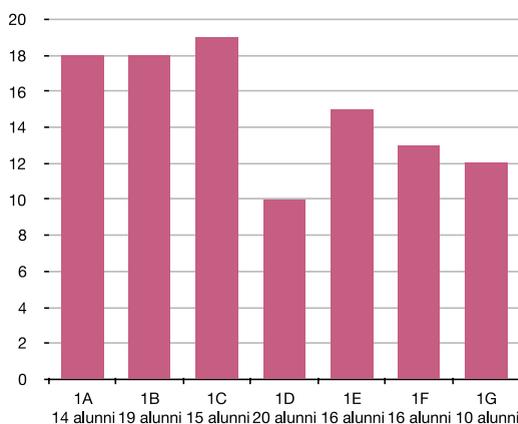
Item 6: *È stato scortese perché io sono diverso*

Item 15: *È stato scortese per una cosa che ho fatto*

Item 26: *Mi ha fatto fare qualcosa che non volevo*

Item 30: *È stato maleducato riguardo al colore della mia pelle*

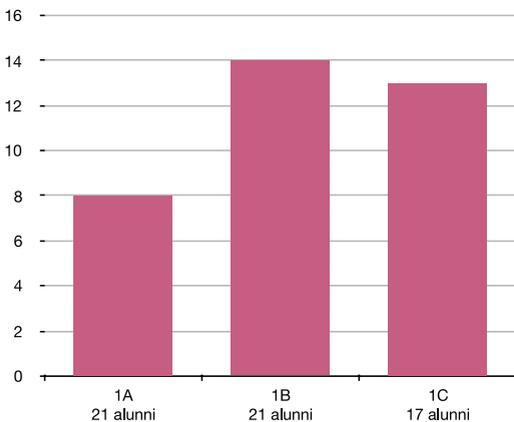
Istituto Comprensivo "Dante-Galiani"



Nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Dante-Galiani", calcolando la scala esaminata, si registra

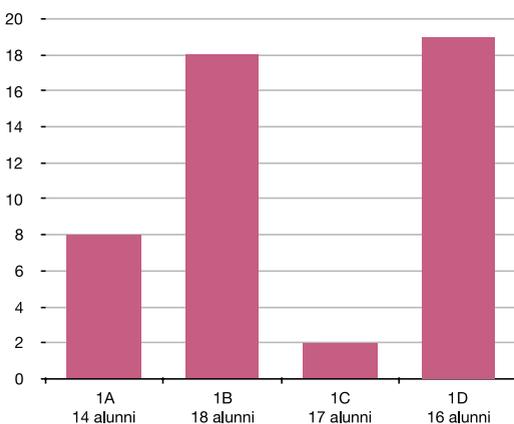
che gli episodi di bullismo verbale riportati dai 110 alunni partecipanti al progetto corrispondono in percentuale al 95,45%.

Istituto Comprensivo "Melchionda-De Bonis"



Nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo "Melchionda-De Bonis", calcolando la scala esaminata, si registra che gli episodi di bullismo verbale riportati dai 59 alunni partecipanti al progetto corrispondono in percentuale al 64,40%.

Istituto Comprensivo "Forgione-Pascoli"



Nelle classi prime della scuola primaria di secondo grado dell'Istituto comprensivo

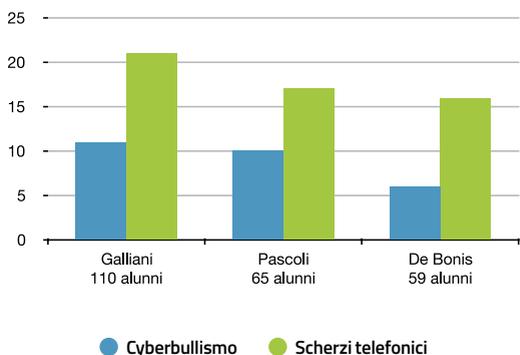
"Forgione-Pascoli", calcolando la scala esaminata, si registra che gli episodi di bullismo verbale riportati dai 65 alunni partecipanti al progetto corrispondono in percentuale al 75,38%.

CYBERBULLISMO

Per valutare la presenza di atti di cyberbullismo agiti e subiti negli Istituti comprensivi presi in considerazione, è stata somministrata una versione modificata del questionario self-report di Smith e altri (2006), con l'obiettivo della valutazione del bullismo elettronico.

Secondo Smith, il cyberbullismo è "un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o un gruppo di individui usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima". Nello specifico, sono stati valutati diversi comportamenti che hanno a che fare con il contatto elettronico (cyberbullismo, brutti messaggi e scherzi telefonici), sia agiti che subiti, tra gli alunni degli Istituti comprensivi partecipanti. Vengono illustrati qui di seguito i risultati.

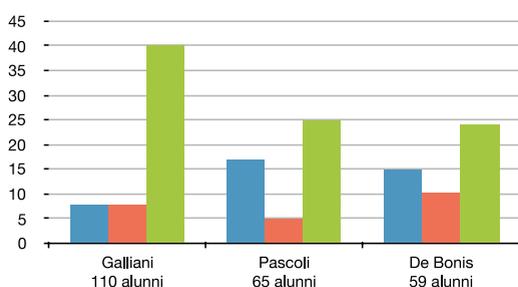
CYBERBULLISMO AGITO



Alla luce dei dati rilevati e analizzati, si può notare che in tutti e tre gli Istituti comprensivi partecipanti (Dante-Galiani, Melchionda-De Bonis e Forgione-Pascoli) il comportamento più agito è riferito agli scherzi telefonici, mentre il cyberbullismo si presenta in percentuale inferiore.



CYBERBULLISMO SUBITO



● Cyberbullismo ● Brutti messaggi ● Scherzi telefonici

Per quanto riguarda il cyberbullismo subito, anche qui si può notare che in tutti e tre gli Istituti comprensivi partecipanti il comportamento più frequente riguarda la ricezione di scherzi telefonici, mentre sono presenti in percentuale inferiori cyberbullismo

e brutti messaggi. Nello specifico, nell' Istituto Dante-Galiani abbiamo il 51,82% di cyberbullismo subito (inteso come brutti messaggi, scherzi telefonici e tentativi di cyberbullismo), e il 29,09% di cyberbullismo agito. Nell' Istituto Melchionda-De Bonis abbiamo 89,83% di cyberbullismo subito, e il 37,28% di cyberbullismo agito. Nell'Istituto Forgione-Pascoli abbiamo il 78,46% di cyberbullismo subito, e il 41,53% di cyberbullismo agito.

CONCLUSIONE

Negli incontri svolti con gli alunni, sono emerse diverse definizioni di bullismo: la maggior parte di loro l'ha definito come prendere di mira qualcuno, isolarlo, comportarsi in modo scorretto verso individui più piccoli o più deboli, trattare male qualcuno, ma anche minacciarlo o costringerlo a fare qualcosa con la forza.

Tutte le definizioni, più o meno corrette, sono risultate incomplete: ciò che manca nella conoscenza degli alunni è il concetto di reiterazione degli atti nel tempo, benchè sia ben presente l'idea del "più forte contro il più debole". La percezione che si ha del bullo è quella di un individuo fisicamente più forte (e in alcuni casi più grande di età) e con spiccate capacità di corruzione e sottomissione nei confronti dei più deboli.

È inoltre chiaro che gli atti di bullismo possono essere perpetrati da un singolo individuo, il bullo, o da un gruppo, il branco; anche il ruolo della vittima può essere rivestito da un singolo oppure da un gruppo. Nel corso degli incontri sono state suggerite diverse modalità di difesa da questi fenomeni: evitare di subire in silenzio, allertare subito genitori ed insegnanti e se necessario le autorità, cercare il dialogo ove possibile, evitare l'isolamento in quanto esso aumenta il potere del bullo sulla vittima, non fare il gioco del bullo rispondendo alla violenza con la violenza, favorire il confronto tra i ragazzi e incentivare i comportamenti prosociali. Infatti, una caratteristica del bullo è proprio la paura del confronto (concetto che ci si è impegnati a far capire ai ragazzi), ed esso perciò può essere usato come arma per combattere questi fenomeni.

Per quanto riguarda il cyberbullismo, gli studenti hanno dimostrato di avere idee più chiare, dando una definizione di atti dannosi che includono l'utilizzo dei nuovi mezzi di comunicazione elettronici, primi fra tutti i social. Il confine tra ciò che è fatto in modo scherzoso e ciò che diventa offensivo e dannoso è molto sottile, e le conseguenze per chi subisce tali atti possono essere anche molto gravi, partendo dalla perdita di fiducia in sé stessi fino ad arrivare a stati di ansia e depressione. Se gli atti sono gravi e altamente offensivi o lesivi nei confronti della vittima, è anche opportuno allertare la Polizia Postale e segnalare i contenuti in questione. Il progetto è stato ben accolto da tutti gli alunni partecipanti: essi hanno trovato costruttivo apprendere la definizione più esatta di bullismo e cyberbullismo e le modalità per difendersi, inoltre

hanno trovato un loro spazio per poter esternare disagi e difficoltà dati da episodi subiti. L'augurio che possiamo farci è quindi quello che sempre più professionisti del settore si dedichino allo svolgimento di progetti del genere, anche per altri fenomeni, in quanto i ragazzi stessi dimostrano che hanno bisogno sia di imparare, che di aprirsi in un clima di ascolto e di fiducia.

BIBLIOGRAFIA

- Li Q. *Cyberbullying in Schools: Nature and Extent of Canadian Adolescents' Experience*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association (Montreal, Canada), 2005.
- Olweus D. *Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program*. J Child Psychol Psychiatry. 1994 Oct;35(7):1171-90.
- Olweus D. *A profile of bullying at school*. Educational Leadership, 2003; 60(6): 12-17.
- Pepler DJ, Craig WM, Ziegler S, Charach A. *An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools*. Canadian Journal of Community Mental Health. 1994; 13(2), 95-110.
- Shariff S, Hoff DL. *Cyber bullying: Clarifying Legal Boundaries for School Supervision in Cyberspace*. International Journal of Cyber Criminology. 2007 Jan;1(1): 76-118.
- Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. *Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils*. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Apr;49(4):376-85.
- Strom PS, Strom RD. *When teens turn cyberbullies*. Education Digest: Essential Readings Condensed for Quick Review. 2005; 71(4): 35-41.
- Willard NE. *Computer ethics, etiquette, and safety for the 21st-century student*. Iste, 2002.

SITOGRAFIA

- Ministero dell'Istruzione - Ministero dell'Università e della Ricerca: <https://www.miur.gov.it/bullismo-e-cyberbullismo>
- Bullismo e cyberbullismo: <https://www.iwatson.com/bullismo-cyberbullismo-caratteristiche-conseguenze/>



IMPIEGABILI

UNA PROPOSTA DI INTERVENTO PER PROMUOVERE L'INSERIMENTO LAVORATIVO

RIASSUNTO

L'obiettivo del progetto Impiegabili è stato supportare, in un gruppo di 9 partecipanti con disabilità e con disturbi dell'apprendimento (range d'età compreso tra i 25 e 42 anni) tutti laureati presso l'Università del Salento, lo sviluppo della consapevolezza di sé, del proprio funzionamento neuropsicologico, delle proprie competenze emotive e comunicative al fine di orientare la ricerca di un impiego professionale in grado di promuovere autoefficacia e autodeterminazione. Lo svolgimento del progetto ha previsto l'implementazione di diverse fasi le quali hanno permesso una iniziale valutazione oggettiva delle proprie competenze (emotive, neuropsicologiche e professionali) ed un conseguente rafforzamento delle stesse. Al termine delle attività i risultati hanno evidenziato l'esistenza di un rapporto di correlazione tra le competenze neuropsicologiche e le competenze emotive dei partecipanti. Inoltre, è emerso

quanto la partecipazione al progetto abbia rivestito un ruolo protettivo per i partecipanti durante il periodo di emergenza sanitaria vissuto. I risultati emersi permettono di evidenziare l'utilità del progetto in una prospettiva non solo individuale, ma anche sociale e culturale. Una maggiore consapevolezza personale è il punto di partenza per permettere agli individui di sviluppare maggiore *empowerment*, ossia assumere comportamenti volti a tutelare e promuovere il proprio benessere professionale, al fine di una migliore qualità di vita.

PAROLE CHIAVE

lavoro, disabilità, DSA, Università, empowerment, Covid-19.

INTRODUZIONE

INSERIMENTO LAVORATIVO E DISABILITÀ

La Costituzione ci ricorda che l'Italia sia una Repubblica fondata sul lavoro e pertanto riconosce

Pierluigi Congedo

Psicologo, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, esperto in Neuropsicologia, Presidente dell'APS "Spazio EVOLutivaMente"

Giuseppe Antonioli

Psicologo, specializzando in Psicoterapia psicodinamica socio-costruttivista, Tutor DSA & BES

Tamara Pentassuglia

Psicologa

Serena Grasso

Politologa

Giovanni Mattia Gioia

Dottore in Metodologia dell'Intervento Psicologico, addetto dell'ufficio "Orientamento al lavoro e revisione c.v." afferente al Career Service dell'Università del Salento

Giulia Piraino

Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, esperta in Neuropsicologia, Ph.D. S. in Human and Social Sciences Università del Salento, APS "Spazio EVOLutivaMente"

a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto; inoltre evidenzia che "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". Infine, oltre ad affermare l'esistenza del diritto al lavoro la Costituzione ha previsto in modo specifico il diritto all'educazione e all'avviamento professionale delle persone con disabilità. Tuttavia, nel contesto socioculturale attuale l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità non risulta tutelato e supportato; molto spesso a fronte di una condizione di disabilità si incontrano ostacoli ambientali, culturali e sociali che incrementano le difficoltà sperimentate e ostacolano il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile.

Pregiudizi e stereotipi sociali talvolta si configurano come fattori invisibili ma capaci di ostacolare un pieno inserimento sociale e conseguentemente una qualità di vita migliore.

Quando parliamo di disabilità è bene evidenziare come la disabilità non sia una condizione soggettiva, poiché la sola menomazione non compromette necessariamente la partecipazione sociale delle persone. La tutela legale dei diritti delle persone con disabilità, sancita dalla convenzione ONU, pur evidenziando la necessità di porsi in una prospettiva di accettazione delle differenze e riconoscendo la mancanza di pari opportunità per le persone con disabilità non descrive sufficientemente il rapporto che intercorre tra condizione di salute e condizione sociale/ambientale. Secondo tale prospettiva risulta chiaro che anche nel caso dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) si possa evidenziare una condizione di svantaggio nei termini di partecipazione sociale pertanto anche l'ingresso nel mondo del lavoro potrebbe essere ostacolato. Diversi fattori, quali le modalità di selezione del personale o l'impiego di procedure standard potrebbero non tener conto delle caratteristiche specifiche.

Un ulteriore ostacolo all'inserimento nel mondo

del lavoro potrebbe risultare nella scarsa consapevolezza delle proprie risorse e abilità determinando un carente senso di autoefficacia e configurando un quadro di rischio per la sindrome di impotenza appresa (Seligman, 1972). L'avvicinamento al mondo del lavoro o occupazionale potrebbe essere sostenuto valorizzando non solo il titolo di studio, ma anche e soprattutto le attitudini e le capacità di ogni persona con disabilità o con DSA. L'impiego lavorativo così come un'occupazione volontaria, capace di valorizzare i punti di forza della persona e sostenere la sua autoefficacia, può influire positivamente sull'autostima e sul benessere psicofisico delle stesse persone.

In questa prospettiva appare rilevante il ruolo dell'Università, in quanto ente che persegue obiettivi di formazione e ricerca ma anche applicazione, valorizzazione e impiego della conoscenza prodotta al fine contribuire allo sviluppo sociale, culturale ed economico del territorio in cui opera. Tali obiettivi sono perseguiti in una prospettiva di pari dignità sociale, nella piena indipendenza da qualsiasi orientamento ideologico, politico, religioso, economico. A tal scopo, all'interno dell'Università è presente l'Ufficio Integrazione Disabili e DSA il quale si occupa di agevolare il percorso universitario degli studenti con disabilità e con disturbi dell'apprendimento, offrendo accoglienza, orientamento e informazioni utili al loro pieno inserimento sociale, professionale e accademico avvalendosi di collaborazioni gratuite e volontarie con enti di promozione sociale presenti sul territorio. Garantendo così lo sviluppo di una rete che possa rinforzare il benessere della persona da un punto di vista biopsicosociale.

OBIETTIVI E DESTINATARI DEL PROGETTO

L'obiettivo del presente progetto è stato quindi supportare lo sviluppo di una maggiore consapevolezza di sé, delle proprie caratteristiche e competenze (emotive e comunicative) e del proprio funzionamento neuropsicologico al fine di orientare la ricerca di un impiego professionale



capace di promuovere autoefficacia e autodefinizione, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

1. Avvicinamento al mondo del lavoro o occupazionale dei laureati (o prossimi alla laurea) con disabilità\DSA iscritti all'Ufficio Integrazione Disabili e DSA dell'Università del Salento, tenendo conto del titolo di studio e individuando le attitudini e capacità funzionali degli stessi finalizzate a trovare l'occupazione migliore;
2. Individuare punti di forza e punti di debolezza emotivi, cognitivi e neuropsicologici di ogni persona con disabilità e/o con disturbi specifici dell'apprendimento;
3. Valorizzare le risorse individuali dei partecipanti con disabilità e con disturbi specifici dell'apprendimento;
4. Addestrare i partecipanti con disabilità o DSA a fronteggiare le difficoltà del colloquio di lavoro;
5. Creare una rete tra le aziende\P.A. del territorio provinciale di Lecce scoperte delle unità previste dal d.l. 68\99, art. 1 e gli studenti laureati o prossimi alla laurea dell'Università del Salento.

Il progetto si è rivolto a tutti gli iscritti all'Ufficio Integrazione Disabili e DSA dell'Università del Salento; nello specifico i laureati o laureandi con disabilità iscritti negli elenchi del collocamento mirato (d.l. 68/99) e i laureati o laureandi con DSA.

Destinatari indiretti del progetto sono stati invece le Aziende\Pubbliche Amministrazioni scoperte delle unità previste dal dl.68\99 e le Associazioni di volontariato presenti sul territorio predisposte ad avere nel proprio organico persone con disabilità.

GRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro è stato così composto:

un gruppo di tre volontari del servizio civile impiegati presso l'Ufficio Integrazione Disabili e DSA, composto da due psicologi (Tamara

Pentassuglia e Giuseppe Antonioli) ed una laureata in scienze politiche (Serena Grasso); un dottore in "Metodologia dell'Intervento Psicologico" (Giovanni Mattia Gioia) addetto dell'ufficio "Orientamento al lavoro e revisione c.v." afferente al Career Service dell'Università del Salento; due psicologi e psicoterapeuti cognitivo - comportamentali ad indirizzo neuropsicologico (Pierluigi Congedo e Giulia Piraino) dell'Associazione di Promozione Sociale "Spazio EVOLutivaMente".

METODOLOGIA E STRUMENTI

Il modello teorico di riferimento è il modello biopsicosociale.

Secondo tale modello l'essere umano è un sistema aperto e complesso che interagisce con l'esterno in un processo di continuo adattamento e scambio di informazioni; proprio su tale modello infatti si fonda la concettualizzazione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), un sistema sviluppato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che rimodula il concetto di salute passando da salute come assenza di malattia a salute come condizione derivante dal prodotto tra l'individuo e l'ambiente. Lo strumento permette inoltre di sviluppare un linguaggio comune volto a supportare il lavoro di rete per promuovere la piena partecipazione di ogni individuo.

Anche il concetto di disabilità viene rivisto in questa prospettiva, dando spazio al ruolo dell'ambiente in cui una persona è inserita, alle sue preferenze e caratteristiche, ma anche risorse e limiti.

Al fine di favorire il rilevamento di caratteristiche e risorse personali è stata quindi posta in luce la relazione tra i propri stati emotivi e le modalità in cui percepiamo e rispondiamo alle situazioni sociali, con particolare riferimento all'ambito lavorativo.

Sono stati pertanto somministrati test volti a indagare gli stati emotivi, dell'umore e le caratteristiche personali dei partecipanti,

oltre che il grado di autonomia e competenza nella abilità strumentali in ambito lavorativo (Tab.1).

È stato inoltre delineato un profilo neuropsicologico dei partecipanti in quanto gli stati affettivi e la capacità di regolazione emotiva, oltre che

i sistemi motivazionali, sono in relazione con il funzionamento cognitivo e neuropsicologico (e.g., Eysenck & Calvo, 1992; Vytal et al., 2013). (Tab.2)

Conoscere il proprio funzionamento neuropsicologico ed emotivo consente una valorizzazione delle aree di maggiore funzionamento, promuovendo

AMBITO PSICOLOGICO	
STRUMENTO DI ASSEMENT	DESCRIZIONE SINTETICA
CBA (Cognitive Behavioral Assesment)	Batteria di valutazione psicologica composta da 10 schede, comprendenti diverse aree. Non sono state somministrate le schede anamnestiche (1 e 4).
Scale ADL e IADL	Strumenti utilizzati per valutare il grado di autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana.
Questionario ad hoc	Valutare il grado di autonomia e competenza nelle abilità strumentali in ambito lavorativo

Tab. 1 - Strumenti di assessment - Ambito psicologico

AMBITO NEUROPSICOLOGICO		
AREA	STRUMENTO DI ASSEMENT	DESCRIZIONE SINTETICA
Funzioni esecutive	CPM (Coloured Progressive Matrice)	Funzionamento cognitivo generale
	Figura di Rey	Pianificazione visuo-cognitiva Memoria visiva differita
	FAB (Frontal Assessment Battery)	Funzioni esecutive frontali
	Fluenza Verbale	Fluenza fonetica e semantica
	Cifrario	Velocità di elaborazione
Attenzione	Matrici Attentive	Attenzione visiva selettiva
	TMT	Attenzione visiva sostenuta e alternata
Memoria	Corsi span	Memoria a breve termine visuo-spaziale
	Span di cifre	Memoria a breve termine verbale di cifre
	15 parole di Rey	Memoria di parole, immediata e differita
	Raccontino	Memoria di prosa immediata e differita

Tab. 2 - Strumenti di assessment - Ambito neuropsicologico



una compensazione delle eventuali aree di difficoltà o criticità emerse. Sono stati inoltre somministrati questionari utili ad eseguire un bilancio delle proprie competenze professionali (Tab.3).

al centro i partecipanti, promuovendo una nuova consapevolezza nei termini di proprio funzionamento e delle proprie possibilità, attraverso la didattica laboratoriale, il role playing e training specifici.

ORIENTAMENTO LAVORATIVO			
AREA	STRUMENTO DI ASSESSMENT	SCALE	DESCRIZIONE SINTETICA
Competenze, Prestazione e Ricerca del lavoro	Questionario costruito ad hoc	Capitale Psicologico, Capitale Sociale, Employability, Job Crafting, Comportamento di ricerca del lavoro, Italian MHC-SF Competenze	Somministrazione di un questionario di "Valutazione e Bilancio Competenze". Tale questionario è stato costruito ad hoc al fine di poter valutare e, successivamente potenziare, la consapevolezza di sé, l'educazione alla scelta, la capacità di orientarsi e di inserirsi proattivamente all'interno del mondo del lavoro e il potenziamento delle skills trasversali.
Bilancio Competenze, Skills trasversali e interessi personali	Piattaforma Online "Sorprendo"		Somministrazione di n. 3 questionari atti a valutare le attitudini, le abilità, gli interessi, le competenze e i potenziali percorsi di carriera correlati.
Orientamento alla scelta e professionale			Restituzione, tramite la piattaforma, di tutte quelle informazioni utili all'orientamento e il placement.

Tab. 3 - Strumenti di assessment - Orientamento lavorativo

I risultati emersi sono stati utilizzati al fine di strutturare le attività laboratoriali condotte e restituiti ai partecipanti.

Orientarsi verso una scelta, come può essere l'individuazione di un percorso formativo oppure il proprio inserimento lavorativo, è un processo complesso, che può coinvolgere diverse sfere nell'ambito personale e ambientale dell'individuo. Tale processo può essere favorito da una maggiore consapevolezza di limiti e risorse proprie e del proprio contesto di vita, oltre che delle proprie preferenze.

Pertanto, la metodologia impiegata ha previsto la psicoeducazione come metodo d'elezione per la strutturazione delle attività. Le attività hanno messo

FASI DEL PROGETTO

In una **prima fase** le attività condotte sono state volte allo sviluppo di un database interno al fine di identificare gli studenti laureati o prossimi alla laurea dell'Università del Salento iscritti al Centro Integrazione Disabili e DSA dell'Università. Nel database, creato su Excel, venivano riportate le informazioni anagrafiche, il corso di studi e il tipo di disabilità. Gli studenti sono stati contattati preventivamente mezzo mail e poi telefonicamente.

Una volta raccolte le adesioni si è dato avvio alla **seconda fase** del progetto, volta alla valutazione delle caratteristiche di ogni partecipante; la valutazione neuropsicologica e funzionale è stata

volta individualmente, mentre la valutazione delle caratteristiche emotive è stata svolta con una modalità collettiva. Con il coinvolgimento della Prof.ssa Inguscì e dei suoi collaboratori (Dott. Signore e Dott. Gioia) è stato possibile implementare la valutazione attraverso un bilancio delle competenze di ciascun partecipante al fine di poter potenziare e supportare un piano di sviluppo atto alla promozione di scelte professionali consapevoli e funzionali per il futuro dei partecipanti.

Lo svolgimento della valutazione multifattoriale ha permesso la costruzione di obiettivi realistici e perseguibili attraverso le attività laboratoriali.

La **terza fase** ha previsto l'avvio e lo svolgimento delle attività laboratoriali; le attività volte ad apprendere modalità comunicative efficaci

(assertività) sono state svolte in presenza permettendo ai partecipanti di sperimentare ed apprendere abilità utili per rendere efficaci e funzionali le proprie modalità interpersonali anche all'interno del contesto lavorativo.

I partecipanti hanno sviluppato una maggiore consapevolezza del proprio stile relazionale così come nuove strategie comunicative utili per affrontare situazioni critiche (es., gestione di una critica o di una richiesta insistente).

A causa dell'emergenza sanitaria ed alla conseguente sospensione delle attività in presenza, lo svolgimento dei laboratori è stato trasferito in modalità online; le attività volte ad apprendere abilità informatiche e allo sviluppo di abilità utili per il mondo del lavoro sono state svolte in modalità asincrona fornendo ai partecipanti tutorial videoregistrati, sottotitolati o



Fig. 1 - Attività laboratoriali in presenza presso l'Ufficio Integrazione Disabili e DSA dell'Università del Salento



trascritti, richiedendo la realizzazione di alcune consegne per la verifica dell'apprendimento della specifica abilità. Nello specifico è stata implementata la conoscenza del pacchetto Office così come l'utilizzo di software di lettura e scrittura digitale, dattilografia ma anche strumenti utili all'inserimento professionale. Nello specifico, è stato consentito a tutti i partecipanti di poter usufruire di n.3 video-tutorial utili alla stesura di un c.v. efficace. È stata predisposta in seguito una sub-fase di consulenza e revisione ad personam. Tale processo, formativo più che informativo, è stato implementato al fine di poter consentire una sempre maggior consapevolezza di sé, delle proprie potenzialità e dei propri limiti, nonché una migliore consapevolezza e riflessione sulla motivazione nella scelta del lavoro. Al termine dei laboratori, è stata avviata la **quarta fase** che ha visto i tutor impegnati nella restituzione dei profili individuali dei

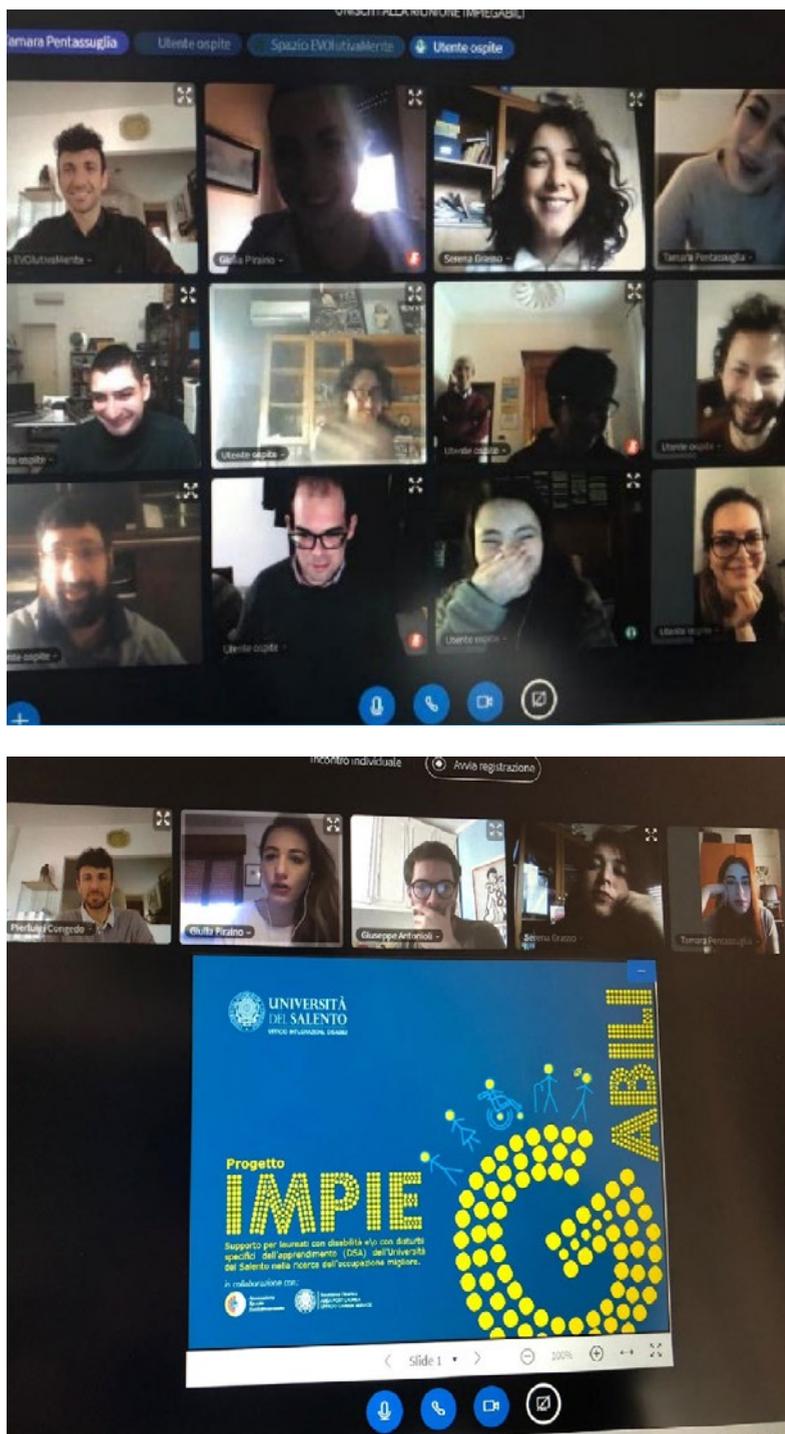


Fig. 2 - Attività laboratoriali online – piattaforma e-learning dell'APS Spazio EVOLutivaMente

partecipanti relativi alle loro competenze emerse e potenziate (cognitive e intellettuali, organizzative e gestionali, comunicative e interpersonali, capacità e competenze personali).

Durante la **quinta fase** i tutor sono stati impegnati nella ricerca e selezione delle opportunità lavorative e formative compatibili presenti sul territorio in linea con i profili emersi.

La sesta fase infine ha previsto la comunicazione di quanto emerso in un incontro pubblico che ha visto coinvolti i partecipanti al progetto, attraverso lo sviluppo di un video in cui condividevano quanto appreso durante il progetto, e le aziende presenti sul territorio interessate all'inserimento dei partecipanti.

Al termine del progetto, tutti gli obiettivi prefissati nella proposta progettuale sono stati raggiunti ed inoltre è stata prodotta e consegnata una relazione sintetica da inserire nel Curriculum Vitae per ogni partecipante all'interno della sezione "Capacità e Competenze Personali".

RISULTATI

Al progetto hanno aderito 9 partecipanti (m = 6; f = 3) con un range d'età compreso tra 25 e 42 anni (M = 35.56; s.d.: 5,93). Il campione è stato reclutato contattando studenti e studentesse laureati e laureandi presso l'Università del Salento e iscritti all'Ufficio Integrazione Disabili dell'Università. 5 partecipanti hanno una disabilità motoria, 1 ha una disabilità sensoriale, 1 ha un disturbo specifico dell'apprendimento e 2 hanno disabilità di altro tipo. Dall'indagine svolta sulle motivazioni iniziali è emerso che la maggior parte dei soggetti (62,5%) ha scelto di partecipare al progetto ritenendolo utile; relativamente alle aspettative, il 37,5% si aspettava di trovare un'occupazione lavorativa, il 26% di maturare la consapevolezza delle proprie abilità

e dei propri interessi e il 37,5% di acquisire nuova capacità da poter spendere nel contesto lavorativo. Sono state analizzate le variabili relative alle competenze personali percepite valutando l'andamento dei partecipanti prima e dopo lo svolgimento del progetto, conducendo il test U di Mann-Whitney. Dalle analisi nessun cambiamento è risultato statisticamente significativo, tuttavia confrontando le medie (**Tab.4**) si può osservare una minima riduzione nella percezione di alcune delle competenze alla fine delle attività.

In letteratura è risaputo come la sottostima delle proprie competenze incida sull'apprendimento delle persone (*effetto Dunning – Kruger*). Numerosi studi hanno inoltre rilevato come gli studenti presentino delle difficoltà nel riconoscere e stimare le proprie conoscenze ed abilità. Tali difficoltà, relative alla stima delle proprie conoscenze, hanno effetti rilevanti sulle nostre possibilità di apprendimento e di portare a termine gli obiettivi stabiliti: riducono drasticamente le probabilità di successo.

Pertanto, aumentando la consapevolezza delle nostre effettive capacità e dei nostri tempi di apprendimento, sarà più probabile portare a termine i compiti in tempo, con ricadute positive sulla nostra capacità organizzativa, senza dover rinunciare alle nostre attività preferite, ed alimentando così il senso di efficacia personale. In questa prospettiva i risultati ottenuti possono essere letti in prospettiva di una maggiore consapevolezza delle proprie competenze da parte dei partecipanti, il decremento quindi non

Variabili	PRE M (sd)	POST M (sd)	U di Mann-Whitney
Curriculum	4.00 (.76)	3.89 (.60)	n.s.
E-mail	4.75 (.46)	4.44 (1.01)	n.s.
Videoscrittura	3.88 (.64)	4.00 (1.00)	n.s.
Motori di ricerca	4.50 (.53)	4.22 (.97)	n.s.
Filtri di ricerca	4.14 (.69)	3.67 (1.41)	n.s.
Fogli di lavoro	3.25 (.89)	3.44 (1.33)	n.s.
Dattilografia	3.88 (.83)	3.78 (1.20)	n.s.
Aspetti normativi	3.88 (1.00)	3.71 (.95)	n.s.

Tab. 4 - Medie e correlazioni percezione competenze



equivale ad una reale perdita ma quanto ad una percezione più realistica delle proprie competenze, determinando quindi ricadute positive sull'apprendimento.

Successivamente sono state condotte delle correlazioni per indagare il legame tra l'apprendimento percepito e gli aspetti relazionali e attinenti la valutazione finale del progetto da cui sono emerse alcune correlazioni positive (Tab.5).

Variabili	Correlazione	r
Apprendimento percepito	Interesse gruppo	0.889***
	Collaborazione con il gruppo	0.813**
	Utilità	0.791*
	Consiglio	0.791*

Tab. 5 - Correlazioni apprendimento percepito

In particolare, tanto più è stata reputata interessante la modalità grupale e utile la collaborazione con gli altri partecipanti, tanto maggiore è stato l'apprendimento percepito. Inoltre, tanto maggiore è stata la percezione di aver appreso qualcosa di nuovo da parte dei partecipanti, tanto più il progetto viene da loro considerato utile e consigliabile ad amici e parenti. Il livello di soddisfazione finale riportata dai partecipanti al termine del progetto ottiene punteggio medio di 3,44 (sd = 1,01) (Tab.6); è stato osservato, oltre a ciò, come la soddisfazione relativa all'organizzazione correli positivamente alla chiarezza percepita dei compiti ($r = 0,891^{**}$).

Variabili	M (sd)
Soddisfazione organizzazione	4.00 (.87)
Soddisfazione materiali	4.11 (.92)
Soddisfazione durata	3.44 (1.13)
Soddisfazione online	3.44 (1.01)
Soddisfazione finale	3.44 (1.01)

Tab. 6 - Soddisfazione

In aggiunta, poiché l'ultima fase del progetto è stata svolta da remoto a causa dell'emergenza sanitaria Covid-19, è stata indagata anche la piacevolezza della modalità online. Dalle analisi

è emerso un punteggio medio di soddisfazione della modalità online pari a 3,44 (Tab.6) e tale modalità è stata percepita più svantaggiosa rispetto allo svolgimento in presenza dal 44,4% dei partecipanti. Durante il periodo di quarantena è stato misurato il livello di stress percepito e il punteggio medio ottenuto dal gruppo è di 17,22 (stress moderato); tuttavia, i partecipanti hanno ritenuto il progetto Impiegabili come supportivo ($M = 4,00$; $sd = 1,12$), fonte di distrazione ($M = 3,67$; $sd = 1,12$) e utile nel contrastare l'isolamento ($M = 3,56$; $sd = 1,23$) (Tab. 7).

Variabili	M (sd)
Supporto	4.00 (1.12)
Distrazione	3.67 (1.12)
Isolamento	3.56 (1.23)
Stress*	17.22**

* Misurato attraverso la Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al., 1983)

Tab. 7 - Stress e variabili Covid-19

Infine, sono state condotte correlazioni per indagare il legame tra le variabili Covid-19 e gli aspetti relativi allo sviluppo dell'intero progetto: è emersa una correlazione positiva con le variabili Apprendimento percepito, Coinvolgimento nelle attività e Interesse a partecipare ad attività di gruppo (Tab.8).

Variabili	Correlazione	r
Apprendimento percepito	Isolamento	0.714*
Coinvolgimento attività	Isolamento	0.742*
Interesse gruppo	Distrazione	0.718*

Tab. 8 - Correlazioni impiegabili e Covid-19

Le analisi condotte hanno inoltre rilevato un rapporto di correlazione tra alcune delle caratteristiche psicologiche e neuropsicologiche indagate durante la fase di valutazione iniziale. In particolare, è stata osservata tra i partecipanti una correlazione inversa tra l'ansia di tratto e la capacità di richiamare nel breve termine le informazioni, sia di natura visiva che verbale

($r = -.731^*$, $p = 0.039$). Non sono state rilevate invece correlazioni tra sintomi depressivi e capacità di memoria. La capacità di richiamo differito dell'informazione non è risultata correlata ad alcuna delle variabili osservate. La presenza della sintomatologia depressiva è risultata invece correlata alla partecipazione alle attività nella modalità online svoltasi durante il periodo di lockdown dovuto al COVID-19 ($r = -.877^*$, $p = 0.004$). (**Tab.9**)

Variabili	Correlazione	r
Ansia di tratto	MBT verbale	-.731*
Ansia di tratto	MBT visiva	-.731*
Sintomatologia depressiva	Partecipazione	-.877*

Tab. 9 - Correlazioni caratteristiche neuropsicologiche e personologiche

In generale tuttavia dalle analisi condotte è stato possibile rilevare come la partecipazione al progetto abbia rivestito un ruolo protettivo per i partecipanti durante il periodo di emergenza sanitaria vissuto. La capacità di regolazione emotiva è risultata essere in correlazione negativa con il grado di soddisfazione percepita all'interno del progetto ($r = -.717^{**}$, $p = 0.030$); i partecipanti con una maggiore difficoltà di regolazione emotiva iniziale hanno riscontrato maggiore beneficio dalla partecipazione al progetto. La soddisfazione percepita è inoltre correlata con alcuni tratti di personalità, in particolare con l'instabilità emotiva ($r = .861^*$, $p = 0.013$) e l'ostilità sociale ($r = -.887^{**}$, $p = 0.008$); pertanto i partecipanti con maggiore espressione del tratto nevrotico hanno percepito una maggiore soddisfazione, contrariamente a quanto percepito dai partecipanti con una maggiore ostilità sociale (**Tab.10**).

Variabili	Correlazione	r
Regolazione emotiva	Soddisfazione	-.717**
Instabilità emotiva	Soddisfazione	.861*
Ostilità sociale	Soddisfazione	-.887*

Tab. 10 - Correlazioni caratteristiche personologiche e soddisfazione

CONCLUSIONI

Gli aspetti emotivi ed il funzionamento cognitivo sono in stretta relazione. Il nostro modo di agire all'interno delle situazioni è guidato da ciò che proviamo in relazione ad un evento. Negli ultimi anni l'avanzare della conoscenza nell'ambito delle neuroscienze ha alimentato l'interesse verso la relazione tra il funzionamento del cervello ed il nostro modo di agire. Gli studi mettono in luce come le funzioni mentali siano in stretta correlazione con il vissuto emotivo. Durante questo progetto è stato ritenuto utile quindi acquisire informazioni il più possibile oggettive riguardo gli aspetti personologici, emotivi e neuropsicologici dei partecipanti con un doppio vantaggio: da una parte, la valutazione iniziale di questi aspetti ha consentito agli operatori una conoscenza delle caratteristiche del gruppo, favorendo una progettazione e conduzione delle attività maggiormente mirate e personalizzate; dall'altra ha consentito di cogliere l'interrelazione tra questi aspetti e di come essi possano intervenire nell'ambito lavorativo, configurandosi come punti di forza o possibili criticità.

Nelle restituzioni individuali è stato possibile rimandare personalmente tali contenuti.

Il rimando di tali contenuti risulta fondamentale per promuovere una maggiore consapevolezza del proprio funzionamento ed una corretta stima delle proprie competenze, al fine di promuovere un apprendimento strategico ed incrementare la possibilità di portare a termine con successo gli obiettivi stabiliti, in ambito professionale quanto personale.

Preme sottolineare che il programma realizzato fa parte di un progetto pilota. Dai risultati emersi possono basarsi le decisioni per miglioramenti nelle iterazioni successive.

Un limite intrinseco al presente progetto è legato alla limitata numerosità del campione, che non permette un'ampia generalizzazione dei risultati ottenuti. È dunque necessario implementare ricerche sull'argomento allargando la dimensione del campione, al fine di sviluppare una sempre maggiore conoscenza sul fenomeno.



Un'ulteriore criticità è da identificare nel cambiamento delle modalità operative in itinere poiché, in seguito all'insorgere dell'emergenza sanitaria Covid-19, le attività sono state riprogrammate in modalità online, con un'inevitabile rinuncia ad alcuni aspetti collaborativi. Sarebbe utile e stimolante ripetere l'esperienza con contenuti rinnovati, per adoperare al meglio la potenzialità e i vantaggi della modalità a distanza. Infine, la misurazione delle capacità e degli apprendimenti acquisiti dal gruppo di partecipanti è stata fatta sulla base della loro percezione di competenza; sarebbe interessante, quindi, programmare prove di valutazione all'inizio e alla fine delle attività con test o prove oggettive, così da rendere la valutazione delle competenze oggettivabile.

I risultati emersi permettono di evidenziare l'utilità del progetto in una prospettiva non solo individuale, ma anche sociale e culturale. Una maggiore consapevolezza personale è il punto

di partenza per permettere agli individui di sviluppare maggiore *empowerment* (Zimmerman & Rappaport, 1988; Zimmerman, 2000), ossia di assumere comportamenti volti a tutelare e promuovere il proprio benessere professionale, al fine di una migliore qualità di vita

BIBLIOGRAFIA

- Appollonio, I., Leone, M., Isella, V., Piamarta, F., Consoli, T., Villa, M.L. & Nichelli, P. (2005). The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample. *Neurological Sciences*, 26, (2), 108-116.
- Basso, A., Capitani, E. & Laiacona, M. (1987). Raven's Coloured Progressive Matrices: normative values on 305 adult normal controls. *Functional Neurology*, 2, 189-194.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G. & Zotti, A. M. (1986). *Batteria CBA 2.0 – Scale primarie: Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

UNIVERSITÀ DEL SALENTO
UFFICIO INTEGRAZIONE DISABILI

Progetto
IMPIEGABILI

Supporto per laureati con disabilità e/o con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) dell'Università del Salento nella ricerca dell'occupazione migliore.

in collaborazione con:

Associazione Evolutivante

Revisione Didattica AREA POLI LAURIA UFFICIO CAREER SERVICE

- Blau, G. (1994). Testing a two-dimensional measure of job search behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 59(2), 288-312.
- Cafarra, P., Vezzadini, G., Dieci, F., Zonato, F. & Venneri, A. (2002). Rey-Osterrieth Complex Figure: Normative values in an Italian population sample. *Neurological Sciences*, 22, 443-447.
- Carlesimo, G.A., Buccione, I., Fadda, L., Graeffe, A., Mauri, M., Lorusso, S., Bevilacqua, G., Caltagirone, C. (2002). Standardizzazione di due test di memoria per uso clinico. Breve racconto e figura di Rey. *Nuova Rivista di Neurologia*, 12, (1), 1-13.
- Carlesimo, G.A., Caltagirone, C., Gainotti, G., Fadda, L., Gallassi, R., Lorusso, S., Marfia, G., Marra, C., Nocentini, U., & Parnetti, L. (1996). The Mental Deterioration Battery: Normative Data, Diagnostic Reliability and Qualitative Analyses of Cognitive Impairment. *European Neurology*, 36, 378-384.
- Eysenck, M. W. & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, (6), 409-434.
- Giovagnoli, A. R., Del Pesce, M., Mascheroni, S., Simoncelli, M., Laiacona, M. & Capitani, E. (1996). Trail Making test: Normative Values from 287 normal adult controls. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 17, (4), 305-309.
- Ingusci, E., Cortese, C. G., Zito, M., Colombo, L., Coletta, G., Tordera, N., Signore, F. & Ciavolino, E. (2019). An Italian validation of the job crafting scale: a short form. *Statistica & Applicazioni*, 16,(2).
- Katz S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31,(12), 721-727.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, (6), 1121-1134.
- Lo Presti, A., Ingusci, E., Magrin, M. E., Manuti, A., & Scrima, F. (2019). Employability as a compass for career success: development and initial validation of a new multidimensional measure. *International Journal of Training and Development*, 23,(4), 253-275
- Novelli G., Papagno C., Capitani E., Laiacona N., Vallar G., Cappa S.F., (1986). Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti normali. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 47, (4), 477-506.
- Orsini, A., Grossi, D., Capitani, E., Laiacona, M., Papagno, C., & Vallar, G. (1987). Verbal and spatial immediate memory span: Normative data from 1355 adults and 112 children. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 8, 539-548.
- Orsini, A., Pezzuti, L. (2013). WAIS-IV. Contributo alla taratura italiana. Firenze: Giunti O.S.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312.
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, (1), 407-412.
- Spencer, L. M. & Spencer, P. S. M. (2008). *Competence at Work: models for superior performance*. John Wiley & Sons.
- van de Riet, J. J., Le Blanc, P. M., & Oerlemans, W. G. (2015). Leadership and job crafting: Relationships with employability and creativity.
- Vytal, K., Cornwell, B., Letkiewicz, A., Arkin, N. & Grillon, C. (2013). The complex interaction between anxiety and cognition: Insight from spatial and verbal working memory. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 93.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology*, pp. 43-63. New York: Plenum Publisher.
- Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. (1988). Citizen Participation, Perceived Control and Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.



L'ORGANIZZAZIONE DI UNA STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA DIURNA DURANTE L'EMERGENZA COVID-19

Giulia Di Nanna

Psicologa, Psicoterapeuta
Centro Diurno Spazi Nuovi-Bari

Maria Rosanna Lezza

Assistente Sociale, Coordinatrice
Centro Diurno Spazi Nuovi-Bari

Nadia Antonaci

Direttrice Area "Ricerca e Sviluppo"
Centro Diurno Spazi Nuovi-Bari

Antonia Caldarulo

Direttrice Area "Servizi e Qualità"
Centro Diurno Spazi Nuovi-Bari

Il Centro Diurno Spazi Nuovi di Bari è una struttura accreditata e convenzionata con la ASL Ba afferente alla Cooperativa Sociale Spazi Nuovi che da oltre trenta anni gestisce sul territorio regionale comunità riabilitative psichiatriche. Esso si configura come un centro semiresidenziale che offre nelle ore antimeridiane e pomeridiane spazi e attività per la riabilitazione psicosociale di pazienti psichiatrici del territorio di Bari.

Al suo interno opera una équipe multidisciplinare costituita da una Coordinatrice Assistente Sociale, cinque Collaboratori Professionali Sanitari esperti nella riabilitazione dei soggetti affetti da patologia psichiatrica, una Psicologa, uno Psichiatra e due Operatori Socio

Sanitari. I suoi interventi sono rivolti a utenti inviati dai Centri di Salute Mentale della ASL BA con la finalità di favorire il loro reinserimento sociale attraverso programmi terapeutici e riabilitativi individualizzati tesi a migliorare il funzionamento globale e a ridurre gli effetti negativi della patologia sulla loro qualità di vita.

Gli ospiti della struttura sono venti, undici di loro hanno un'età compresa tra i 25 e i 49 anni, nove hanno tra i 50 e i 60 anni. Il 65% convive con la propria famiglia di origine, il 20% vive autonomamente e il 15% convive con il coniuge (2 di loro hanno figli).

Sono affetti da disturbi psicotici (nel 25% innestati su un ritardo cognitivo di media entità) per i quali assumono una terapia farmacologica,

regolarmente monitorata e controllata.

Essi frequentano la struttura mediamente da 6 anni e sono in fase di discreto compenso psichico da oltre 24 mesi.

Il 12 marzo 2020, a seguito dell'emergenza CoViD – 19, una disposizione regionale ha sancito la chiusura temporanea dei Centri Diurni al fine di contenere i rischi di contagio.

La patologia psichiatrica è spesso caratterizzata dall'isolamento del soggetto dal mondo esterno, sia per effetto di alcuni sintomi che lo inducono al ritiro, sia in conseguenza dello stigma sociale. L'applicazione della misura citata ha comportato il rientro al proprio domicilio di utenti che rischiavano di regredire a seguito della potenziale condizione di isolamento e di assenza di stimoli nella quale si sarebbero trovati. Con il lockdown alcuni di loro hanno ripristinato una convivenza "stretta" e continua con familiari con cui non sempre intrattengono rapporti sereni.

Le equipe dei Centri Diurni gestiti da Spazi Nuovi, in collaborazione con con Direzione Area "Servizi e Qualità" e con la Direzione Area "Ricerca e Sviluppo" della Cooperativa, hanno elaborato e organizzato un piano di interventi per limitare le sensazioni di isolamento e di allerta che avrebbero potuto riacutizzare le problematiche psichiatriche degli utenti.

Dopo la chiusura del Centro, l'equipe ha predisposto un primo intervento di tipo informativo: gli ospiti e i loro familiari sono stati contattati telefonicamente al fine di illustrare loro i motivi della sospensione delle attività e le misure di comportamento, definite dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, a cui attenersi per contrastare la diffusione del virus.

In seguito gli operatori del Centro Diurno hanno mantenuto contatti pianificati quotidiani, attraverso telefonate e video-chiamate, con gli ospiti e con i loro familiari o conviventi per sostenerli emotivamente anche nella gestione della

quotidianità e delle relazioni intra-familiari, per mantenere gli obiettivi riabilitativi raggiunti, migliorare la capacità di fronteggiare lo stress derivante dal lockdown, informarli sulle buone prassi da attuare durante la fase di emergenza e monitorare la loro condizione clinica.

Attraverso i contatti a distanza sono state ripristinate le attività di psicoterapia, con gli utenti con cui tale percorso era stato già avviato, e di sostegno psicologico finalizzato a garantire soprattutto interventi di:

- contenimento emotivo dell'ansia reattiva alla fase emergenziale e all'adattamento alle restrizioni in atto;
- ascolto empatico dei vissuti emotivi contingenti alla particolare situazione di vita;
- rinforzo delle capacità adattive e della motivazione ad attivarsi soprattutto nelle aree oggetto del progetto terapeutico riabilitativo individuale;
- individuazione di strategie per contenere la sintomatologia psichiatrica;
- psicoeducazione, finalizzati al miglioramento del funzionamento psicofisico, alla riduzione dell'influenza della sintomatologia psichiatrica sulla vita quotidiana e, in particolare, a mitigare le difficoltà e le eventuali tensioni relazionali esacerbate dalla convivenza continua con i familiari.

In continuità con gli incontri multifamiliari e con le singole famiglie che si svolgono regolarmente presso il Centro, in questa fase sono state effettuate prestazioni psicologiche telefoniche rivolte ai nuclei familiari per supportarli nella gestione della fase di emergenza, nell'adattamento alla convivenza protratta con i congiunti affetti da patologia psichiatrica e nell'utilizzo corretto di interventi psicoeducativi che attenuassero l'effetto della sintomatologia psichiatrica sul comportamento dei congiunti, al fine di sostenere il funzionamento globale degli stessi.

Prima della chiusura, i progetti individuali,



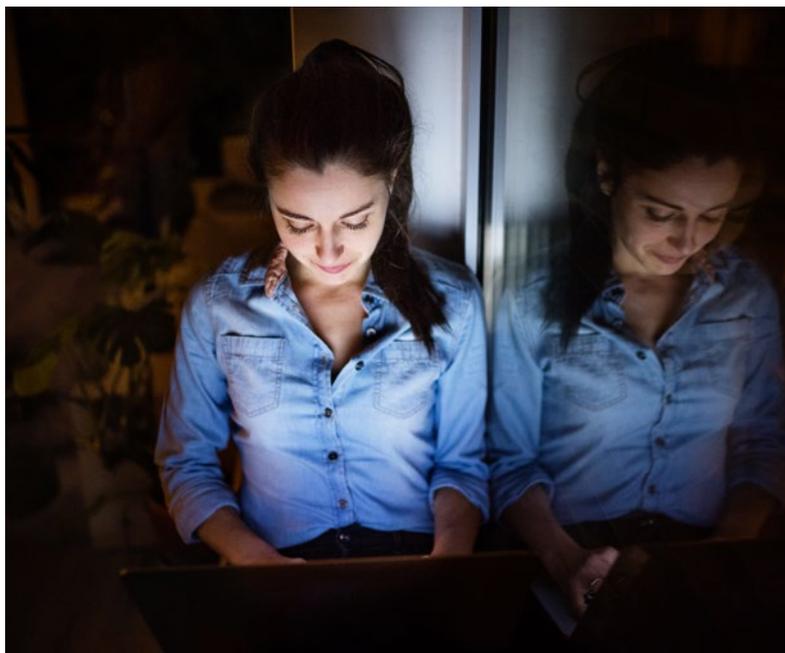
concordati nel corso di periodici incontri congiunti con l'utente ed i suoi caregivers, dalle equipe del Centro di Salute Mentale e del Centro Diurno, si articolavano attraverso lo svolgimento di attività riabilitative di tipo sociale, formativo ed espressivo condotte dai collaboratori professionali sanitari e finalizzate a stimolare e a mantenere le abilità psico sociali di ciascun utente. Le attività riabilitative di gruppo si svolgevano presso il Centro e/o presso associazioni territoriali, con cui si sono stabilite delle intese,

consegnato loro lo strumento informatico.

Il 25% degli utenti con una condizione clinica caratterizzata da deficit cognitivi tale da non consentire l'adozione dello strumento informatico, hanno usufruito, oltre che di colloqui telefonici, di interventi domiciliari realizzati dai collaboratori professionali sanitari e dagli operatori socio sanitari nel rispetto delle disposizioni finalizzate a prevenire il rischio di contagio da CoViD – 19. Tali interventi hanno avuto l'obiettivo di ridurre gli effetti dell'isolamento,

di mantenere le abilità sociali, di sostenere emotivamente il nucleo familiare, di monitorare la corretta assunzione della terapia farmacologica e di supportare l'utente nell'affrontare problemi di vita quotidiana in queste particolari contingenze.

Durante questa fase gli ospiti hanno avuto accesso, nelle ore diurne, ad una linea telefonica gestita dalla coordinatrice di struttura a cui segnalare situazioni critiche o particolari richieste.



volte a promuovere l'integrazione sociale, l'inserimento lavorativo, le attività sportive, il contatto con la natura, le attività culturali e l'espressività artistica.

Per preservare il benessere degli utenti e non interrompere i percorsi già avviati, sono state progettate modalità di erogazione delle attività da remoto attraverso l'uso di tablet muniti di scheda pre-attivata che la Cooperativa Spazi Nuovi ha fornito al 75% degli utenti. Questi ultimi sono stati formati all'utilizzo dei dispositivi dagli operatori di struttura che hanno

La situazione di crisi è diventata opportunità per introdurre importanti innovazioni nell'erogazione delle prestazioni come i colloqui telefonici strutturati, i tutorial e le attività in streaming, realizzati dagli stessi operatori del Centro Diurno, per guidare gli utenti nello svolgimento di attività riabilitative di gruppo. I pazienti hanno acquisito competenze digitali specifiche che hanno permesso loro di affrontare adeguatamente la complessa fase del lockdown. L'accesso ai mezzi tecnologici ha evitato che l'assenza di contatti con il gruppo e con gli operatori

riacutizzasse il quadro psicopatologico. Tale pratica ha inoltre facilitato le interazioni tra i vari utenti che, dapprima sollecitati dagli operatori e poi spontaneamente, hanno aumentato i contatti telefonici tra loro. La prosecuzione delle attività terapeutico riabilitative (attinenti soprattutto a interessi personali, a compiti relativi alla gestione della vita quotidiana, della cura della propria salute psicofisica e delle abilità sociali) ha contribuito a mantenere una buona condizione generale del paziente, nonostante le restrizioni dettate dall'emergenza.

Tutti gli utenti hanno risposto positivamente agli interventi messi in atto e hanno migliorato le capacità di fronteggiamento dello stress. Nel corso del lockdown, durante il mese di aprile, è stata intercettata una sola situazione a rischio di scoppio psichico di una paziente che vive in piena autonomia: ella è stata sostenuta e monitorata per più volte al giorno sino al ripristino di un discreto equilibrio psichico. A tale risultato ha contribuito un lavoro sinergico con l'equipe del CSM che la ha raggiunta al domicilio per effettuare una visita psichiatrica di controllo.

A partire dal 3 maggio 2020 una nuova disposizione regionale ha consentito a tutti gli ospiti del CD di riprendere, seppure in modo parziale, la frequenza della struttura. Gli accessi sono stati regolamentati per gruppi da dieci per frequentare la struttura a turni alterni al fine di garantire il rispetto del distanziamento sociale. Nel contempo sono operative anche le attività da remoto introdotte durante il lockdown.

Ad oggi possiamo affermare che le innovazioni strumentali ed organizzative adottate dalla Cooperativa Spazi Nuovi, a seguito delle misure restrittive previste dell'emergenza CoViD – 19, sono riuscite a prevenire e a contenere il disagio degli utenti. Questi hanno mostrato buone capacità adattive e adesione ai programmi proposti dall'equipe del CD. Dei venti utenti che hanno usufruito delle prestazioni a distanza si è registrato un solo caso di rischio di scoppio

psichiatrico.

Le famiglie hanno collaborato attivamente nel supporto ai congiunti e hanno seguito le indicazioni loro fornite per gestire più efficacemente la sintomatologia psichiatrica. È stata rinforzata l'alleanza terapeutica con gli utenti e le loro famiglie: gli operatori dell'equipe sono stati riconosciuti come figure a cui sottoporre ogni tipo di dubbio o problema inerente la gestione del quotidiano in epoca CoViD – 19.

In questa emergenza derivante dalla pandemia, l'uso finalizzato del mezzo telefonico e di quello digitale hanno contribuito a non lasciare soli gli utenti del Centro Diurno e a strutturare intorno a loro una **rete** costituita da contatti, comunicazioni e connessioni anche di natura digitale. Tale rete è stata un importante fattore di protezione dagli eventi stressogeni, quali la paura del contagio, l'isolamento e le restrizioni, per soggetti fragili come le persone affette da patologie psichiatriche.

Questo uso strutturale e integrato dei mezzi digitali apre interessanti prospettive agli interventi terapeutici e riabilitativi nell'ambito della riabilitazione psichiatrica.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Gabriella Ba (2006) "Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale" - Ed.FrancoAngeli
- Paola Carozza (2003) "La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi" - Ed.FrancoAngeli
- Paola Carozza (2006) "Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema dei servizi orientato alla guarigione" - Ed.Franco Angeli
- Associazione italiana Terapisti della riabilitazione (Giugno 2020) "Telieriabilitazione: Indicazioni per i Tecnici Della Riabilitazione Psichiatrica"
- <https://www.aiterp.it/wp-content/uploads/2020/06/LINEE-INDIRIZZO-TELIERIABILITAZIONE-AITeRP.pdf>



IL GUARITORE FERITO

MITO E MISTERI DELLA CURA

DI **Riccardo Mondo**

PUBBLICATO DA **Ma.Gi. (edizioni scientifiche), Roma, (2020)**

RECENSIONE A CURA DI **Rosario Puglisi (Psicologo analista CIPA e membro IAAP)**

Ho l'onore, prima ancora che il piacere, di presentare un interessante contributo del dott. Riccardo Mondo, dal titolo emblematico *"Il Guaritore ferito. Mito e misteri della cura"* edito da Ma.Gi., inserito nella collana *"I Quadrifogli"*.

Due parole sull'iniziativa editoriale che trovo geniale e pienamente in linea con lo Spirito del Tempo ormai pregno di sintesi e comunicazioni social di impatto emotivo immediato.

L'apparente leggerezza e stile sintetico in realtà nasconde le difficoltà di chi, come Riccardo Mondo, affronta un tema complesso in appena 30 pagine.



L'abilità del collega Mondo, psicologo analista del Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA), dove è docente e supervisore, e della International Association for Analytical Psychology

Riccardo Mondo
IL GUARITORE FERITO
Mito e misteri della cura

Edizioni
Magi

i quadri
fogli



in evidenza proprio le difficoltà insite in ogni artificiosa divisione tra salute e malattia, dove la sensibilità terapeutica del "curante" si sintonizza sui valori più profondi dell'animo umano che non riguardano solo il "curato", ma coinvolgono la diade in *toto*, mettendo a nudo le "fragilità" di chi "cura" e di chi è "curato".

Il breve testo, non a caso, è stato dal dott. Mondo articolato in tre temi centrali: *L'immaginale del Guaritore ferito*, *Solo il medico ferito guarisce* e *Il Guaritore ferito nella pratica clinica*.

La breve e difficile sintesi dei tre temi affrontati non deve ingannare il lettore, clinico o meno, dal pensiero di esaurire un argomento così complesso.

Anzi, in questa sintesi essenziale, è possibile, a mio modesto avviso, cogliere proprio la profondità della riflessione che permette di smussare l'alone di autorevolezza e sicurezza professionale che nel tempo, di

(IAAP), già avvezzo ad altre interessanti pubblicazioni su temi legati all'esperienza clinica con riferimenti teorici a confronto, consiste proprio nell'offrire spunti di riflessioni utili a chi, come noi, quotidianamente si cimenta responsabilmente nella professione di psicoterapeuta sempre più articolata e complessa.

L'archetipo del "Guaritore ferito", già affrontato da altri autorevoli autori, viene dal dott. Mondo affrontato con originale intelligenza mettendo

solito, si struttura in chi si occupa di sofferenza psichica.

La distanza professionale, che costella noi colleghi esperti, non protegge dai contagi inconsci, così come lo stesso C.G. Jung, in vari passaggi delle sue opere, ammonisce.

Del resto, come l'autore sottolinea, che senso avrebbe la conoscenza immaginale e mitologica del *Guaritore ferito* se il terapeuta non lo incarnasse nella propria storia professionale e nella propria "fragilità" mai del tutto superata.



COME UN RESPIRO

DI **Ferzan Ozpetek**

PUBBLICATO DA **Mondadori** (edizione marzo 2020)

RECENSIONE A CURA DI **Rossana Scarano** (Psicologa, psicoterapeuta relazionale)

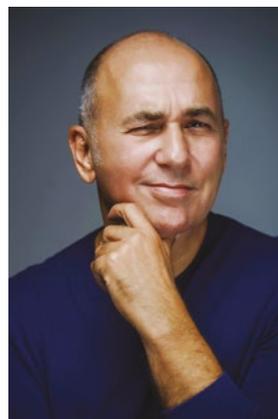
L'ultimo capolavoro di Ferzan Ozpetek *"Come un respiro"* celebra la bellezza di due città magiche, Istanbul con i suoi vecchi quartieri e con i palazzi ottomani che si riflettono nel Bosforo, e Roma protagonista indiscussa del segreto racchiuso nell'appartamento di Sergio e Giovanna situato nel quartiere Testaccio. Questa casa darà vita ad un susseguirsi di emozionanti racconti fra passato e presente quando giungerà alla porta Elsa Corti, vecchia proprietaria dell'appartamento in questione, la quale chiederà di vederlo per l'ultima volta.

Cosa cerca in realtà Elsa presentandosi una domenica di fine giugno alla porta di Sergio e Giovanna?

Elsa ritorna nella sua vecchia casa dove ha vissuto con il più grande amore della sua vita Vittorio, un uomo affascinante dal grande potere seduttivo capace di infrangere quel patto nunziale dal quale erano stati legati. Tale vincolo senti-

mentale fu rotto da un grande segreto rappresentato da un mazzo di lettere simbolo del sentimento indissolubile con la sorella Adele, mai aperte. Elsa irrompe improvvisamente nelle vite di Sergio e Giovanna e dei loro amici

giunti come ospiti per consumare un pranzo domenicale. Siede con loro e con tono stanco ma confidenziale si abbandona al racconto di esperienze avventurose e confidenze ricche di nostalgia, le quali custodiscono il terribile segreto. Il mazzo di lettere che Elsa porta nella sua borsa simboleggiano il



segreto familiare del quale nessuno mai ha parlato prima di lei, prima di quel preciso momento. I segreti sono distruttivi solo finchè restano occultati, Elsa vive il valore liberatorio/terapeutico della confessione.

Elsa rappresenta l'ospite inatteso, scomodo, sconosciuto, quella parte che alberga in ognuno di noi, al quale però viene data un'opportunità di ascolto. Il suo dialogo diventa il momento in cui si dà voce ad un bisogno antico ossia quello di ricongiungersi con i propri sentimenti più profondi lasciati in un angolo nascosto delle proprie viscere, in parte addomesticati dalla durezza degli eventi che in modo incessante si susseguono durante la nostra esistenza ma pronti a risalire con tutto il vigore possibile.

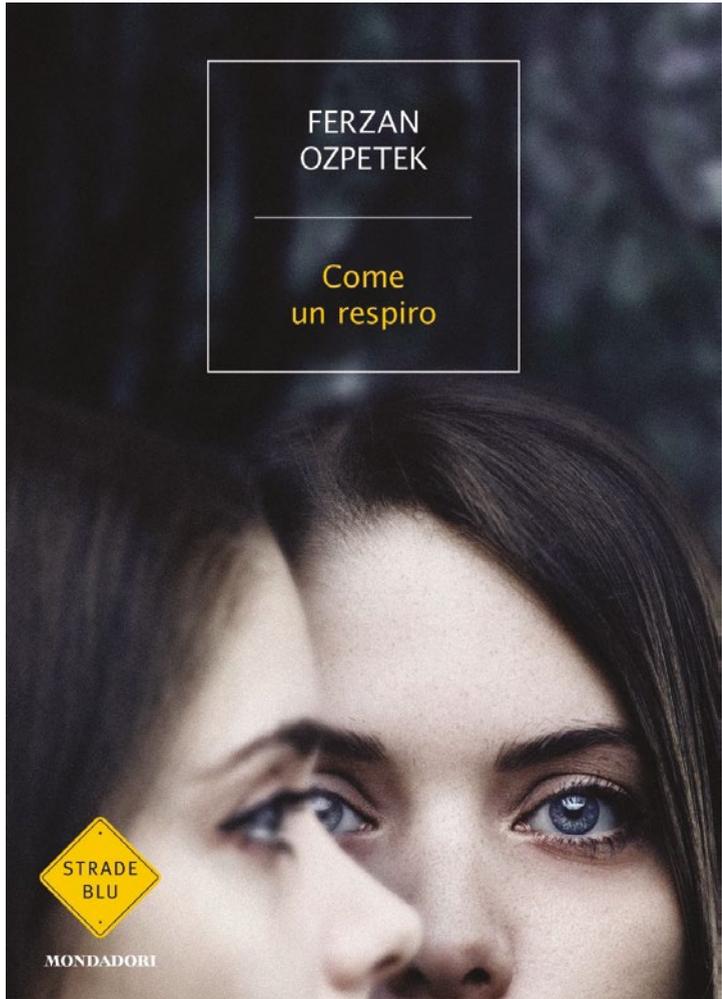
Elsa detiene un segreto di famiglia, volutamente condiviso ed esplicitato nelle quattro mura dove tutto si era consumato, le passioni,

gli intrighi, le umiliazioni subite dall'uomo follemente amato, Vittorio, il quale aveva sconvolto la sua esistenza modificando per sempre il rapporto esclusivo con sua sorella Adele.

Spalancare le porte ad antichi dolori può bastare per superarli davvero?

Dedicarsi al racconto di quanto di più intimo c'è in ognuno di noi, può rappresentare l'inizio di una rinascita, di quell'agognato cambiamento verso il quale i protagonisti Sergio, Giovanna, Elisa pretendono.

Chi è Elsa Corti, come mai per tanti anni si è allontanata dalla sorella Adele, andando via per



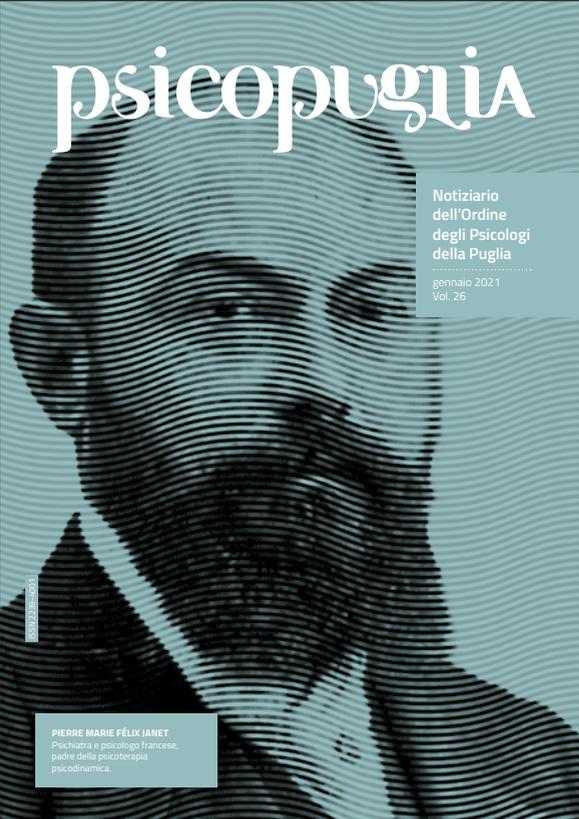
sempre dalla sua vita?

Fare i conti con il passato non è mai facile, ma può rappresentare l'unica salvezza per non sentirsi più tormentati dai tanti "non detti".

Sergio e Giovanna ed i loro amici partecipano al racconto di Elsa con un approccio di grande curiosità ma al contempo sono sintonizzati emotivamente ad un ascolto attivo, privo di ogni pregiudizio.

Essere capaci oggi di vivere la complessità delle relazioni, ritmate da bisogni e necessità diverse, è una sfida che ciascuno di noi è chiamato ad affrontare.

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia
.....
gennaio 2021
Vol. 26

PIERRE MARIE FÉLIX JANET
Psichiatra e psicologo francese,
padre della psicoterapia
psicodinamica.

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 26 - GENNAIO 2021

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

**Via F.lli Sorrentino, 6 - Bari
Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.**

DIRETTORE SCIENTIFICO

dott.ssa Anna Gasparre

REDAZIONE

dott. Ferdinando Ignazio De Muro
dott. Massimo Frateschi



SEGRETERIA ORDINE



Via F.lli Sorrentino n.6 - 70126 Bari



+39 080 5421037



+39 080 5508355



segreteria@psicologipuglia.it



www.psicologipuglia.it