

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

giugno 2021
Vol. 27

ISSN 2239-4001

KURT ZADEK LEWIN

Psicologo tedesco, pioniere della psicologia sociale e ideatore della metodologia formativa T-group.

IN QUESTO NUMERO

INIZIATIVE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ORDINE: UPDATE

- 4 Commissione "attività formative e culturali, organizzazione convegni e patrocinii"
-

RICERCHE

- 6 DDI: efficacia percepita dagli insegnanti e confronto con la didattica in presenza
- 16 Ipnosi, Etica e Bioetica
- 40 Malingering ed esame psicoforense, la validità dei sintomi
- 56 Come le emozioni influenzano la decisione e il giudizio morale
-

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 72 Anoressia e Bulimia nella psicoterapia Funzionale
- 81 Violenza psicologica e trauma da narcisismo
- 89 L'incognita deliroide: il modello kretschmeriano della paranoia.
- 102 Il disturbo dentro di sé o fuori di sé
- 113 Fare ed essere in psicoterapia
- 122 Il giudice è davvero terzo e imparziale? Riflessioni psico-forensi
-

- 136 La morte di un genitore in età infantile e le possibili conseguenze
-

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 143 La psicoterapia come viaggio metaforico
- 154 Una pratica scientifica per gestire l'ansia (e non solo). Mindfulness tra teoria e pratica
- 166 La ricostruzione del vero sé: il percorso multidisciplinare nella transizione di genere
- 183 Sex offenders e carcere: uno sguardo oltre la condanna
- 199 La valutazione delle capacità genitoriali: perizie e iter psicologico
- 205 La famiglia anoressica: un corpo e più menti in un digiuno d'amore
- 215 Profilo di personalità e disabilità intellettiva secondo ICF-CY: Proposta di un dispositivo descrittivo per il Piano Educativo Individualizzato
-

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 232 La comunicazione e la relazione nel processo di costruzione del senso di autoefficacia percepito
- 248 Kintsugi: l'arte di saldare con l'oro i frammenti. Un'esperienza multidisciplinare e di rete per aiutare i pazienti oncologici ad unire i tasselli della propria vita

- 262 Dare voce all'indicibile. L'uso della voce nella relazione terapeutica
- 272 Studio prospettico sul raffreddamento del cuoio capelluto nella prevenzione dell'alopecia indotta dalla chemioterapia
- 280 Gruppoanalisi, Metacognizione e Emergenza pandemica. Imparare ad imparare: per personalizzare i metodi di studio e di apprendimento scolastici in una logica inclusiva in tempo di pandemia, la proposta del modello sperimentale 'didattico-clinico-formativo' della Scuola Primaria "Di Donna" di Andria, dal nome "La patente di guida dei comportamenti e del treno delle materie scolastiche!"
- 290 Arte e Psiche: applicazione nella relazione d'aiuto
- 302 Mabasta. Un protocollo di intervento per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo

SPAZIO NEOLAUREATI

- 309 Barcellona 2017, emozioni, ricordi e testimonianza: un caso studio sui ricordi fotografici di un attentato
-

NOVITÀ IN LIBRERIA

- 315 Criminal
- 316 L'ultimo libro dello psicologo Gianni Ferrucci. Lessico Sentimentale Moderno: I Sentimenti al tempo del Covid
- 317 Infedeltà. Scienza delle relazioni e psicoterapia
- 318 Temi di formazione con la Polizia Penitenziaria: Scuola di educazione Alla persona
- 320 La Forza dello Spirito: Itinerari analitici

AVVISO ERRATA CORRIGE

PSICOPUGLIA N.26 - GENNAIO 2021

ESPERIENZE SUL CAMPO

Impiegabili. Una proposta di intervento per promuovere l'inserimento lavorativo

Giovanni Mattia Gioia

Psicologo del Lavoro e libero professionista



COMMISSIONE ATTIVITÀ FORMATIVE E CULTURALI. CONVEGNI, CONVENZIONI, PARTENARIATI E PATROCINI

Coordinatore
Ferdinando De Muro

Componenti
Laura Corvaglia
Anna Palumbo

Come il precedente semestre, anche il periodo gennaio - maggio 2021 è stato condizionato dall'emergenza sanitaria e dalla campagna vaccinale grazie alla quale si è registrato un miglioramento della situazione generale.

L'attività della Commissione è continuata anche per rispondere alle richieste che sono pervenute dal territorio e dagli iscritti.

Nel periodo in oggetto l'Ordine della Puglia ha concesso 12 patrocini per iniziative culturali fo-



calizzate sulla salute psicologica organizzate in tutta la Puglia, ha aderito come partner a 17 progetti e perfezionato 16 convenzioni con aziende di differenti settori per offrire agli iscritti condizioni economiche più vantaggiose.

L'emergenza sanitaria non ha permesso la realizzazione di eventi formativi in presenza e le previsioni per il prossimo periodo autunnale impongono prudenza.

Tuttavia, per la Commissione, resta primaria l'esigenza di promuovere attività che possano coniugare qualità della formazione e conseguimento di crediti ECM per gli iscritti.

A questo scopo è stata rinnovata la convenzione con la Giunti Psychometrics per l'erogazione di corsi FAD da fruire in modalità asincrona gratuitamente dagli iscritti. Con la nuova convenzione, il menù dei corsi si è incrementato passando da 18 a 26 corsi selezionabili.

Nel mese di aprile si è, così, dato avvio ad una nuova campagna di iscrizioni alle attività formative con rilascio di ECM.

Il numero di crediti erogati nel periodo gennaio - maggio 2021 è stato di oltre 12mila superando, così, il già congruo numero di crediti erogati nello scorso semestre.



DDI: EFFICACIA PERCEPITA DAGLI INSEGNANTI E CONFRONTO CON LA DIDATTICA IN PRESENZA

Valentina Francioso
Federica Casciaro
Ludovica Lops
Illenia Carangelo
Gabriele Ciccarese

Nova Mentis - Centro di Psicologia
e Neuroscienze Cliniche

RIASSUNTO

Nel presente lavoro si è affrontato il tema della didattica digitale integrata (DDI), come conseguenza dell'instaurarsi di una situazione pandemica che ha visto necessario il ricorso a modalità di formazione e apprendimento alternative, così da garantire il prosieguo della formazione scolastica malgrado la chiusura delle scuole, disciplinata attraverso il Dpcm del 4 marzo 2020.

L'obiettivo della ricerca, che ha coinvolto 513 insegnanti pugliesi di scuola e grado diversi, è stato indagare la percezione dell'efficacia della DDI, ponendola a confronto con la didattica in presenza, rilevando e analizzando relativi vantaggi e svantaggi.

A tale scopo è stato elaborato un questionario ad hoc, compilato in forma anonima e somministrato in modalità online, con domande basate sulla scala Likert da 1 a 5.

L'ipotesi iniziale è che gli insegnanti abbiano vissuto la DDI con maggiore stress rispetto alla didattica in presenza, e questo con particolare riferimento agli insegnanti di scuola primaria. Inoltre è stato ipotizzato che abbiano riscontrato maggiori difficoltà sia nella valutazione delle competenze degli alunni e nel riconoscimento di situazioni di difficoltà, sia nell'utilizzo di Internet e degli strumenti tecnologici. Da ultimo si è ipotizzato che in DDI ci sia stata maggiore collaborazione tra alunni e genitori con gli insegnanti di scuola primaria che con quelli di scuola secondaria di primo e di secondo grado.

Ai fini dell'analisi dei dati, e per rilevare le possibili correlazioni tra le variabili indagate, è stato utilizzato il software Rstudio.

PAROLE CHIAVE

COVID-19, DDI, DAD, SCUOLA



INTRODUZIONE

Il 2019 si è concluso con la diffusione di un virus chiamato COVID-19 e diventato responsabile di una pandemia nel 2020. L'improvviso instaurarsi di una situazione pandemica ha cambiato molti ambienti di vita, tra cui l'insegnamento e l'apprendimento nelle scuole.

Molte Nazioni, al fine di abbassare il tasso di trasmissione del virus, hanno convenuto fosse necessaria una chiusura delle scuole; L'UNESCO stima che almeno 138 Paesi abbiano istituito la chiusura delle scuole a livello nazionale e diversi altri Paesi abbiano istituito chiusure a livello locale.

In Italia, durante la prima ondata di contagi, si è fatto ricorso alla **Didattica a distanza (DAD)**, modalità di formazione e apprendimento esclusivamente online, adottata per consentire agli studenti di continuare la loro formazione diret-

tamente da casa in seguito alla chiusura delle scuole comunicata attraverso il Dpcm del 4 marzo 2020.

Per consentire lo svolgimento della didattica a distanza è risultato fondamentale l'utilizzo di dispositivi elettronici (smartphone, tablet, computer) e l'accesso a internet.

Successivamente la DAD è stata perfezionata nella **Didattica Digitale Integrata (DDI)**, modalità didattica che combina momenti di insegnamento a distanza (svolti su piattaforme digitali) ed attività svolte in presenza, in classe o in altri ambienti della scuola.

A differenza della **DAD**, che è svolta interamente sulle piattaforme digitali, la DDI è tale proprio perché può svolgersi sia online sia in presenza; la DAD è quindi una componente della DDI.



L'implementazione della DAD presuppone l'assenza di incontri fisici tra studenti e insegnanti, sostituiti da incontri virtuali sotto forma di video e materiale testuale. L'insegnante si trova a dover riadattare il proprio stile educativo per rendere il nuovo processo di insegnamento efficace.

Da diversi studi emerge che l'impatto della DAD risulta maggiormente negativo per gli studenti della scuola elementare, in quanto non sono preparati a strategie, metodi e modelli di apprendimento online e hanno una minore autonomia (NoviaWahyuWardhani, 2020). Il sostegno e il monitoraggio delle attività di apprendimento da parte dei genitori sono perciò fondamentali per far sì che i propri figli ottengano buoni risultati.

Molteplici studi, condotti durante il periodo di pandemia, dimostrano che l'insegnamento e l'apprendimento online sono efficaci poiché permettono agli studenti di non interrompere la formazione scolastica nonostante la situazione pandemica in atto.

Accanto ai punti di forza emergono una serie di difficoltà, tra cui l'uso e la disponibilità di tecnologie digitali, l'utilizzo della rete Internet, la valutazione dell'apprendimento, la consegna di materiale, la collaborazione degli insegnanti con gli alunni e con i genitori (Fauzi et al., 2020).

OBIETTIVI DELLA RICERCA

Nova Mentis - Centro di Psicologia e Neuroscienze Cliniche è una società tra professionisti con sede legale a Galatina - provincia di Lecce, iscritta nella sezione speciale STP dell'Ordine degli Psicologi Puglia. Il Centro eroga servizi di psicoterapia cognitivo-comportamentale di nuova generazione, psicoterapie integrate, biofeedback, neuropsicologia clinica per l'età adulta ed evolutiva, servizi integrati di psichiatria, logopedia e pedagogia. Inoltre eroga il servizio di riabilitazione neuropsicologica in piccoli gruppi

a 120 tra bambini e adolescenti con diagnosi di DSA e BES presso 12 sedi dislocate nella provincia di Lecce. Questo servizio richiede dialogo e costante collaborazione con gli insegnanti durante tutto l'anno, e per questo motivo e per la particolare situazione che tutto il mondo si è trovata e si trova tutt'ora ad affrontare, il Centro ha avviato un'indagine sulla didattica digitale integrata (DDI) in confronto con la didattica in presenza.

Il gruppo di lavoro che ha portato avanti la ricerca è costituito dai responsabili del centro, il dott. Gabriele Ciccarese - Psicologo e Psicoterapeuta e la dott.ssa Ilenia Carangelo - Psicologa e Psicoterapeuta, e tre tirocinanti psicologhe Casciaro Federica, Francioso Valentina e Lops Ludovica con laurea magistrale in psicologia.

L'obiettivo generale di questa ricerca è stato indagare sulla percezione ed efficacia della didattica digitale integrata in confronto con la didattica in presenza, individuando e analizzando i vantaggi e gli svantaggi della didattica digitale integrata (DDI).

È stato ipotizzato che:

- Gli insegnanti di scuola primaria abbiano incontrato maggiore difficoltà nell'utilizzo di internet e degli strumenti tecnologici;
- Ci sia stata maggiore collaborazione sia tra gli insegnanti di scuola primaria e i genitori sia tra gli insegnanti di scuola primaria e gli alunni;
- Gli insegnanti abbiano incontrato maggiore difficoltà nella valutazione delle competenze degli alunni e nel riconoscimento e gestione di situazioni di difficoltà e disagio;
- Gli insegnanti abbiano vissuto la didattica digitale integrata con maggiore stress rispetto la didattica in presenza, soprattutto gli insegnanti di scuola primaria;

METODO

Partecipanti

La ricerca ha coinvolto 513 insegnanti pugliesi di diverse scuole e di diverso grado.

In particolare hanno partecipato:

- 166 insegnanti di scuola primaria;
- 117 insegnanti di scuola secondaria di I grado;
- 227 insegnanti di scuola secondaria di II grado;
- 3 insegnanti non hanno indicato la scuola.

Il campione oggetto della presente ricerca si compone di 406 femmine e 105 maschi, rispettivamente pari al 79% e 21% (*Grafico 1*).

Relativamente all'età dei soggetti intervistati, la percentuale più alta (52%) ha un'età uguale o superiore a 51 anni, mentre la più bassa (15%) corrisponde ai soggetti con età uguale o inferiore ai 39 anni (*Grafico 2*).

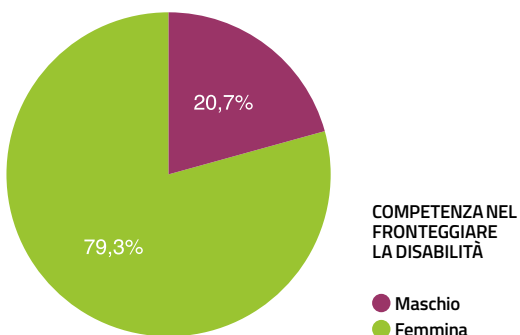


Grafico 1 - Classificazione dei partecipanti in base al genere di appartenenza.

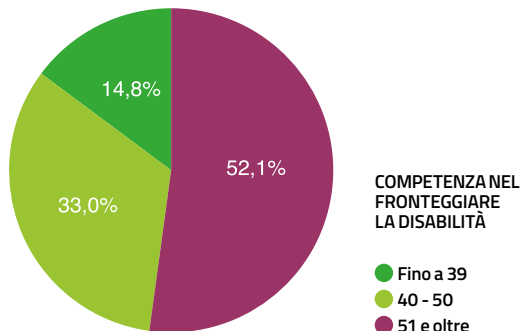


Grafico 2 - Classificazione dei partecipanti in base all'età.

Strumenti

Per indagare la percezione e l'efficacia della didattica digitale integrata (DDI) in confronto con la didattica in presenza, è stato costruito un questionario ad hoc contenenti domande sui dati anamnestici (età, sesso, anni di servizio, insegnate di ruolo, insegnante di sostegno, insegnante di scuola...) e 20 domande basate su scala Likert¹ da 1 a 5 (1=Mai; 2=Raramente; 3=Qualche volta; 4=Spesso; 5=Sempre), in particolare 10 domande sulla didattica digitale integrata (DDI) e 10 sul confronto tra la DDI e la didattica in presenza.

Ci teniamo a precisare che il questionario era anonimo e che i dati anamnestici erano necessari solo ai fini dell'analisi dei dati.

Per la disposizione e la somministrazione online del questionario, abbiamo utilizzato Google Forms, un software che permette di creare sondaggi online; mentre per analisi dei dati, abbiamo utilizzato il software Rstudio.

Procedura

La somministrazione del questionario è avvenuta

¹ Scala Likert: tecnica psicometrica di misurazione di opinioni e atteggiamenti (cfr. Likert, 1932).

È costituita da una serie di affermazioni (item) semanticamente collegate agli atteggiamenti su cui si vuole indagare. Ciascun item rileva lo stesso concetto, per cui si tratta di una scala unidimensionale.



nuta in modalità online: il link del questionario è stato inviato alla maggior parte delle scuole presenti sul territorio pugliese tramite email o App di messaggistica istantanea (WhatsApp) tra il mese di novembre 2020 e il mese di gennaio 2021.

Successivamente, sono stati estratti i dati da Google Forms e sono state svolte le varie analisi sul software Rstudio.

Misure e criteri di attribuzione dei punteggi

Prima di procedere con l'analisi dei dati, abbiamo deciso di attribuire un valore numerico alle varia-

VARIABILE	VALORE NUMERICO	
Età	Fino a 39 anni	1
	40 - 50 anni	2
	51 anni e oltre	3
Scuola	Primaria	1
	Secondaria di I grado	2
	Secondaria di II grado	3
Sesso	Femmina	1
	Maschio	2

Tabella 1 - Attribuzione di un valore numerico alle variabili età, scuola e sesso

bili età, scuola e sesso (*Tabella 1*).

Inoltre, abbiamo ritenuto non necessario escludere i 3 questionari in cui gli insegnanti non hanno indicato la scuola di appartenenza in quanto era un campione poco rilevante che non avrebbe influenzato i risultati.

ANALISI DEI DATI

Tecniche statistiche

Ai fini dell'analisi e dell'elaborazione dei dati, è stato utilizzato il software Rstudio, in modo da rilevare le possibili correlazioni fra le variabili indagate e delineare un profilo di quelle statisticamente significative.

L'indice di correlazione adoperato è l'indice di Pearson, una tecnica statistica che difatti esprime un'eventuale relazione di linearità fra le variabili esaminate. Per una visione più generica dei risultati emersi, i dati sono stati elaborati graficamente.

RISULTATI

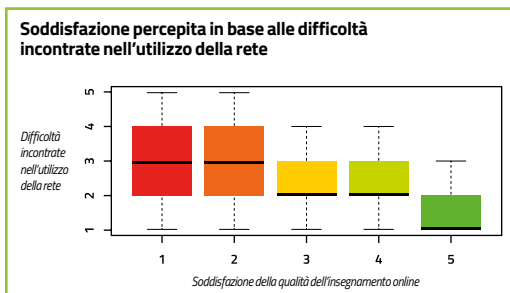
Le variabili prese in esame sono l'età, il genere, gli anni di servizio e il grado di scuola cui i soggetti intervistati prestano servizio. In relazione a queste, sono state indagate le seguenti variabili, in linea con gli obiettivi di questa ricerca: difficoltà nel caricare materiale didattico, nell'utilizzo della rete e nell'utilizzo degli strumenti tecnologici, livello di soddisfazione della qualità dell'insegnamento online, qualità nel riconoscimento di eventuali disagi o difficoltà negli alunni, stress derivante dalla gestione della DDI, collaborazione dei genitori e degli alunni e motivazione di questi ultimi a seguire e partecipare alle videolezioni.

Dall'analisi delle variabili sono emerse 12 correlazioni statisticamente significative che abbiamo analizzato nei paragrafi successivi.

Difficoltà incontrate nell'utilizzo della rete e soddisfazione percepita

La correlazione tra le difficoltà riscontrate nell'utilizzo della rete e la soddisfazione circa la qualità dell'insegnamento è negativa. Questo significa che maggiori sono le difficoltà incontrate, più basso è il livello di soddisfazione. Il coefficiente di correlazione è pari a $-0,31$ ed è di entità debole nel campione. In popolazione, la vera relazione fra le due variabili sta tra $-0,39$ e $-0,23$ ed è considerata significativa in quanto il valore 0 previsto dall'ipotesi nulla (Ipotesi secondo cui non esiste una differenza o una relazione tra due fenomeni misurati) non è compreso nell'intervallo di fiducia.

A confermarlo, e il p-value inferiore a 0,05, a dimostrazione che la differenza fra il risultato osservato e quello ipotizzato non è dovuta alla casualità introdotta dal campionamento (*boxplot 1*).

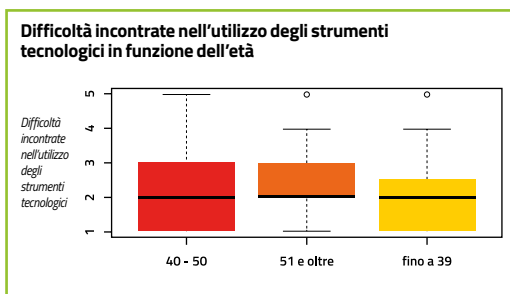


Boxplot 1 - Difficoltà incontrate nell'utilizzo della rete e soddisfazione percepita. I valori numerici sull'asse y corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5), mentre i valori sull'asse x corrispondono al livello di soddisfazione percepita.

Età e difficoltà incontrate nell'utilizzo degli strumenti tecnologici

La correlazione tra età e difficoltà nell'utilizzo di strumenti tecnologici è positiva.

Questo significa, in linea con quanto ipotizzato, che più si è avanti con l'età e maggiori sono le difficoltà riscontrate. Il coefficiente di correlazione è pari a 0,159. In popolazione la vera relazione sta tra 0,073 e 0,243 (boxplot 2).

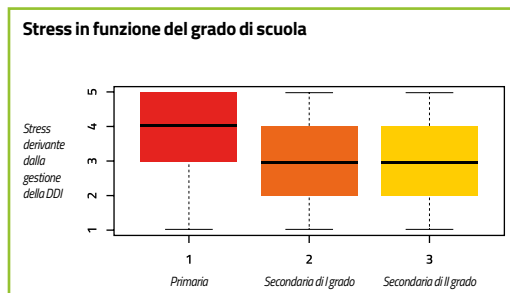


Boxplot 2 - Difficoltà incontrate nell'utilizzo degli strumenti tecnologici in relazione all'età degli insegnanti. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Grado di scuola in cui si insegna e stress

La correlazione tra grado di scuola in cui si insegna e stress derivante dalla gestione della DDI è negativa.

Maggiore è l'età degli alunni, minore è lo stress percepito. Il coefficiente di correlazione è pari a -0,128. In popolazione la vera relazione sta tra -0,213 e -0,042 (boxplot 3).

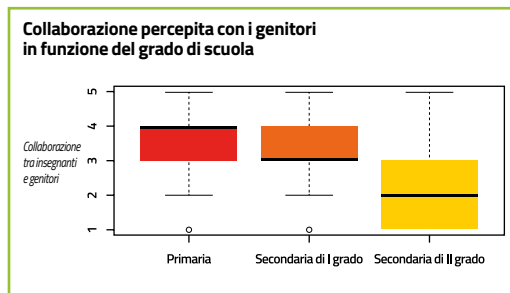


Boxplot 3 - Grado di scuola in cui si insegna e stress derivante dalla gestione della DDI. I valori numerici sull'asse y corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5), mentre i valori sull'asse x corrispondono a scuola primaria (1), Scuola secondaria di I grado (2) e scuola secondaria di II grado (3).

Grado di scuola in cui si insegna e collaborazione insegnanti-genitori

La correlazione tra grado di scuola in cui si insegna e livello e frequenza di collaborazione tra insegnanti e genitori è negativa.

Maggiore è l'età degli alunni, minore è la collaborazione percepita con i genitori. Il coefficiente di correlazione è pari a -0,47. In popolazione la vera relazione sta tra -0,54 e -0,40 (boxplot 4).



Boxplot 4 - Grado di scuola in cui si insegna e collaborazione tra gli insegnanti e i genitori. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

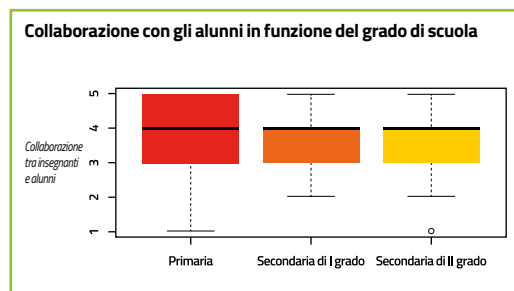
Grado di scuola in cui si insegna e collaborazione insegnanti-alunni

La correlazione tra grado di scuola in cui si presta servizio e percezione circa la collaborazione con gli alunni è negativa.

Maggiore è l'età degli alunni cui si insegna, minore è la collaborazione percepita, anche a livello



di frequenza. Il coefficiente di correlazione è pari a $-0,168$; in popolazione la vera relazione sta tra $-0,25$ e $-0,08$ (boxplot 5).

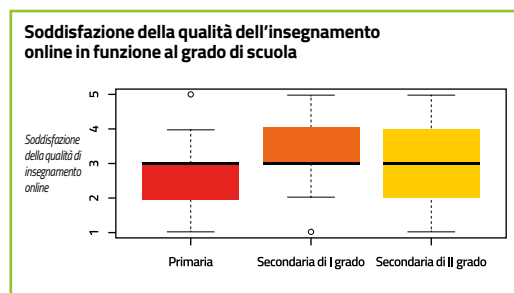


Boxplot 5 - Grado di scuola in cui si insegna e collaborazione tra gli insegnanti e gli alunni. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Grado di scuola in cui si insegna e soddisfazione della qualità dell'insegnamento

La correlazione tra grado di scuola in cui si insegna e soddisfazione della qualità dell'insegnamento online è positiva.

Maggiore è l'età degli alunni cui si insegna, maggiore è la soddisfazione circa la qualità di insegnamento online. Il coefficiente di correlazione è pari a $0,096$. In popolazione la vera relazione sta tra $0,010$ e $0,182$ (boxplot 6).



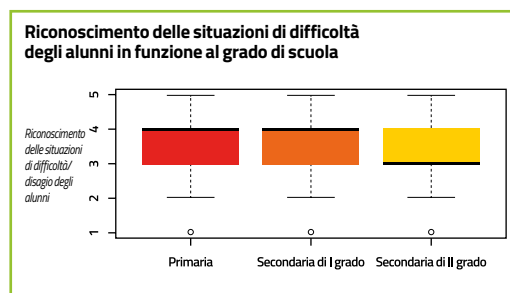
Boxplot 6 - Grado di scuola in cui si insegna e soddisfazione della qualità dell'insegnamento. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Grado di scuola in cui si insegna e capacità di riconoscere le situazioni di difficoltà o disagio

La correlazione tra grado di scuola in cui si insegna e capacità di riconoscere le situazioni di

difficoltà o disagio di uno o più alunni durante le videolezioni è negativa.

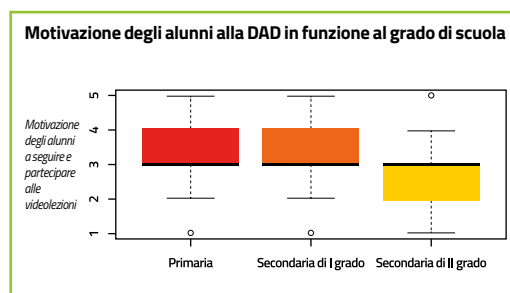
Questo significa che maggiore è l'età degli alunni, meno spesso si è in grado di riconoscere le situazioni di difficoltà o disagio. Il coefficiente di correlazione è pari a $-0,129$. In popolazione la vera relazione sta tra $-0,213$ e $-0,042$ (boxplot 7).



Boxplot 7 - Grado di scuola in cui si insegna e capacità di riconoscere le situazioni di difficoltà o disagio. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Grado di scuola in cui si insegna e motivazione degli alunni

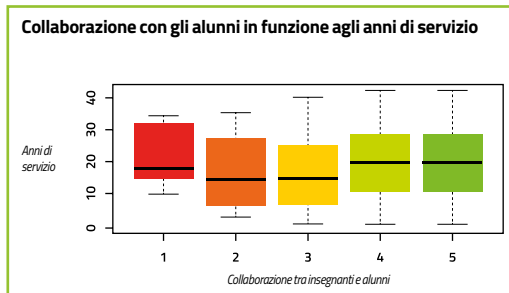
La correlazione tra grado di scuola in cui si insegna e motivazione degli alunni a seguire e partecipare alle video lezioni è negativa. Maggiore è l'età degli alunni, minore è la loro motivazione a seguire e partecipare alle lezioni online. Il coefficiente di correlazione è pari a $-0,18$. In popolazione la vera relazione sta tra $-0,26$ e $-0,09$ (boxplot 8).



Boxplot 8 - Grado di scuola in cui si insegna e motivazione degli alunni a seguire e partecipare alle videolezioni. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Anni di servizio e collaborazione insegnanti - alunni

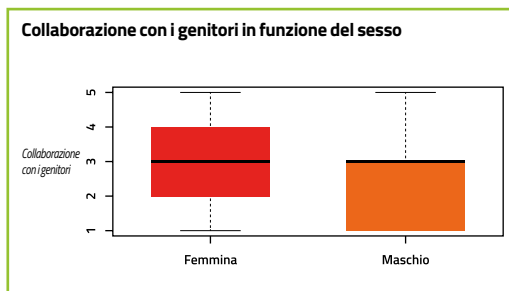
La correlazione tra anni di servizio e collaborazione fra insegnanti e alunni è positiva, sebbene debole. Maggiori sono gli anni di lavoro svolti, maggiore è la collaborazione fra insegnanti e alunni. Anche questo risultato è in linea con quanto ipotizzato poiché è probabile che chi abbia più esperienza nel mestiere sia maggiormente in grado di creare un ambiente partecipativo e collaborativo. Il coefficiente di correlazione è pari a 0,10. In popolazione la vera relazione sta tra 0,02 e 0,19 (boxplot 9).



Boxplot 9 - Anni di servizio e collaborazione fra gli insegnanti e gli alunni. I valori numerici sull'asse x corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5), mentre i valori numerici sull'asse y corrispondono agli anni di servizio.

Sesso degli insegnanti e collaborazione con i genitori

La correlazione tra sesso e collaborazione con i genitori è negativa. Gli insegnanti di sesso maschile riferiscono una minore collaborazione con i genitori degli alunni rispetto a quanto riportato dai soggetti di sesso femminile. Il coefficiente di correlazione è pari a -0,24. In popolazione la vera relazione sta tra -0,32 e -0,16 (boxplot 10).

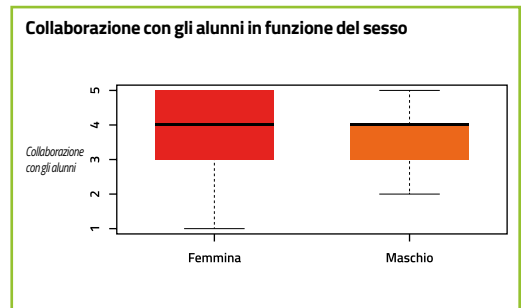


Boxplot 10 - Sesso degli insegnanti e collaborazione con i genitori. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Sesso degli insegnanti e collaborazione con gli alunni

La correlazione tra sesso e collaborazione con gli alunni è negativa. Anche in merito a questa variabile, i maschi riferiscono una minore collaborazione con gli alunni rispetto a quanto riportato dalle femmine.

Il coefficiente di correlazione è pari a -0,14. In popolazione la vera relazione sta tra -0,22 e -0,05 (boxplot 11)

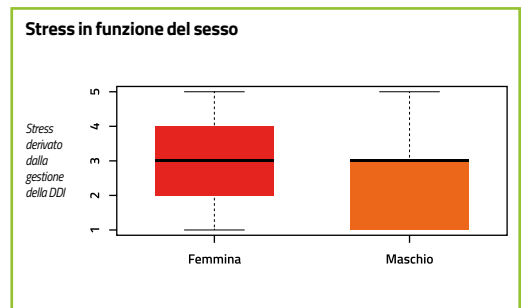


Boxplot 11 - Sesso degli insegnanti e collaborazione con gli alunni. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).

Sesso degli insegnanti e stress

La correlazione tra sesso e stress derivante dalla gestione della DDI è negativa.

I maschi riferiscono un minore livello di stress derivante dal gestire la didattica digitale integrata rispetto alle femmine. Il coefficiente di correlazione è pari a -0,09. In popolazione la vera relazione sta tra -0,175 e -0,002 (boxplot 12).



Boxplot 12 - Sesso degli insegnanti e stress derivato dalla gestione della DDI. I valori numerici corrispondono a mai (1), raramente (2), qualche volta (3), spesso (4) e sempre (5).



Confronto tra la didattica digitale integrata (DDI) e la didattica in presenza

Dal confronto tra la didattica digitale integrata (DDI) e la didattica in presenza abbiamo constatato che la maggior parte degli insegnanti ha incontrato maggiore difficoltà e ha individuato maggiori aspetti negativi nella DDI.

In particolare, dal grafico 3 possiamo affermare che, in percentuale maggiore, gli insegnanti:

- “Qualche volta” abbiamo riscontrato maggiore collaborazione con i genitori durante la didattica in presenza rispetto alla DDI;
- Abbiamo “sempre” riscontrato maggiore collaborazione con gli alunni durante la didattica in presenza rispetto alla DDI;
- Non abbiamo “mai” percepito una migliore qualità di insegnamento durante la DDI rispetto la didattica in presenza;
- Abbiamo “sempre” riscontrato che in presenza, a differenza della DDI, la valutazione rispecchia maggiormente le competenze possedute dall’alunno;
- Abbiamo “sempre” riconosciuto più facilmente le situazioni di disagio/difficoltà durante la didattica in presenza rispetto alla DDI;
- Abbiamo “raramente” riscontrato maggiore motivazione degli alunni a seguire e a partecipare alla lezione durante la DDI rispetto alla didattica in presenza;
- Abbiamo “spesso” riscontrato minore stress degli alunni durante la didattica in presenza rispetto alla DDI;

- Abbiamo “spesso” provato maggiore stress nella gestione della DDI rispetto alla didattica in presenza;
- Abbiamo “sempre” verificato più facilmente se l’alunno ha appreso o meno determinati concetti o procedure durante la didattica in presenza rispetto alla DDI;
- Abbiamo “sempre” gestito più facilmente le situazioni di disagio/difficoltà durante la didattica in presenza rispetto alla DDI.

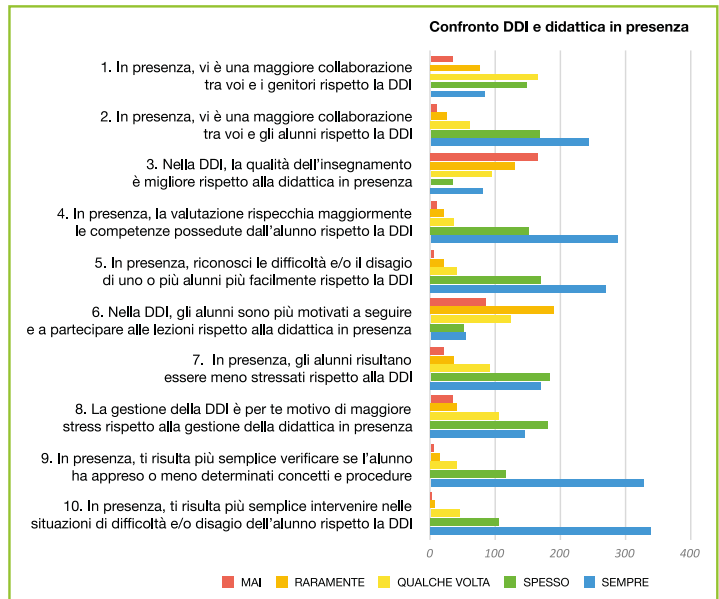


Grafico 3 - Confronto delle variabili (collaborazione, qualità dell’insegnamento, valutazione, riconoscimento e intervento in situazioni di difficoltà/disagio, motivazione, stress e apprendimento nelle due differenti situazioni: didattica digitale integrata (DDI) e didattica in presenza.

CONCLUSIONI

L’obiettivo della ricerca è stato indagare la percezione ed efficacia della DDI, ponendola a confronto con la didattica in presenza, attraverso un’analisi dei vantaggi e degli svantaggi che apporta. Sebbene la modalità di insegnamento e apprendimento online garantisca la continuità del percorso formativo scolastico, emergono difficoltà legate all’uso e alla disponibilità di tecnologie digitali, alla valutazione dell’apprendimento, alla consegna di materiale e alla collaborazione degli insegnanti con alunni e genitori (Fauzi et al., 2020).

A fronte di quanto esaminato, emerge una minore soddisfazione relativa alla DDI quanto più alte sono le difficoltà riscontrate nell'utilizzo della rete (variabile questa influenzata dall'età - in linea con quanto ipotizzato).

Con riferimento al grado di scuola, trova conferma l'ipotesi che in DDI gli insegnanti abbiano provato un maggiore stress rispetto alla didattica in presenza, in modo particolare nel caso della scuola primaria.

Anche la correlazione tra il grado di scuola cui si insegna e la collaborazione percepita con genitori e alunni risulta negativa: con questo significa che minore è l'età degli alunni, maggiore è la loro collaborazione e quella dei genitori. Segue lo stesso andamento anche la motivazione a seguire e partecipare alle videolezioni: più gli alunni sono piccoli, più la loro motivazione è alta.

Un ulteriore risultato in linea con quanto ipotizzato è che maggiore è il numero di anni di servizio svolti, maggiore è la collaborazione tra insegnanti e alunni.

Ad influenzare il livello di collaborazione, con entrambi alunni e genitori, concorre anche il sesso degli insegnanti. **È emersa** difatti una maggiore collaborazione nel caso di soggetti di sesso femminile. Non trova conferma, invece, l'ipotesi secondo cui gli insegnanti di scuola primaria abbiano riscontrato maggiori difficoltà nel riconoscimento delle competenze o di eventuali situazioni di difficoltà o disagio degli alunni: questa difficoltà infatti si osserva in merito alla scuola secondaria di II grado.

Sempre con riferimento all'età degli alunni, la soddisfazione della qualità di insegnamento risulta più alta quanto maggiore è l'età, per cui ad aver affermato di essere soddisfatti sono in particolar modo gli insegnanti di scuola secondaria di I e II grado.

In tal caso però, potrebbero emergere ulteriori fattori (non presi in esame in questo studio) in grado di influenzare ulteriormente questa variabile.

Questo perché confrontando ulteriormente i gradi di scuola secondaria (I e II), la soddisfazione circa la qualità di insegnamento risulta maggiore nel primo caso. Dal confronto tra la didattica in presenza e la DDI emergono chiaramente i vantaggi che la modalità in presenza apporta.

La valutazione rispecchia maggiormente le competenze dell'alunno, eventuali sue difficoltà o disagi sono riconosciuti e gestiti sempre in maniera più semplice, la collaborazione è maggiore e la qualità di insegnamento migliore.

Le ricerche future potrebbero incentrarsi sulla differenziazione tra la didattica digitale integrata svolta dagli insegnanti di ruolo e quella svolta dagli insegnanti di sostegno, in quanto il rapporto degli insegnanti di ruolo è con un numero maggiore di alunni rispetto agli insegnanti di sostegno che nella maggior parte dei casi implica il rapporto con un solo alunno.

BIBLIOGRAFIA

- Adedoyin, Olasile Babatunde, and Emrah Soykan. "Covid-19 pandemic and online learning: the challenges and opportunities." *Interactive Learning Environments* (2020): 1-13.
- Fauzi, I., & Khusuma, I. (2020). *Teachers' Elementary School in Online Learning of COVID-19 Pandemic Condition*. *Jurnal Qra' :Kajian Ilmu Pendidikan*, 5(1). 58-
- Gina Adams (2020). *Meeting the School-Age Child Care Needs of Working Parents Facing COVID-19 Distance Learning. Policy Options to Consider*. Washington, DC: Urban Institute.
- Iivari, N., Sharma, S., & Ventä-Olkkonen, L. (2020). Digital transformation of everyday life—How COVID-19 pandemic transformed the basic education of the young generation and why information management research should care?. *International Journal of Information Management*, 55, 102183.
- Katzman, N. F., & Stanton, M. P. (2020). *The Integration of Social Emotional Learning and Cultural Education into Online Distance Learning Curricula: Now Imperative during the COVID-19 Pandemic*. *Creative Education*, 11, 1561-1571.
- Madziatul Churiyah; Sholikhan; Filianti; Dewi Ayu Sa-kdiyyah (2020). *Indonesia Education Readiness Conducting Distance Learning in Covid-19 Pandemic Situation*. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding (IJMMU)* Vol. 7, No. 6, July 2020.
- Novia Wahyu Wardhani (2020). *The Effectiveness of Distance Learning for Elementary School*. Atlantis Press. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 479.



IPNOSI, ETICA E BIOETICA

Piermario Pedone
Psicologo

RIASSUNTO

Non è semplice, né facile, parlare degli aspetti etici e bioetici dell'ipnosi e dell'ipnositerapia. In letteratura non vi sono riferimenti tali da poter, finalmente, parlare, analizzandone i significati, le relazioni e le interrelazioni, di etica e bioetica in rapporto e nel rapporto con l'ipnosi, se non riferimenti alla morale dell'uomo, sia esso considerato nel ruolo di terapeuta o in quello di paziente. La morale dell'uomo è legata a, o, se si vuole, pervasa da pregiudizi e tabù, derivanti dallo scontro tra natura e cultura, quello scontro che ha portato anche, parafrasando i titoli di due opere di Freud, e il loro significato, al disagio delle civiltà e alla psicopatologia della vita quotidiana.

Il latino *moralis* da *mos*, significa genericamente ciò che è conforme al "costume" approvato dalla prassi generale, e come tale è riconosciuto conforme al "dover essere". Come qualificazione dell'agire specificamente umano, cioè intenzio-

nale e libero, si oppone da una parte a materiale o corporeo, dall'altra all'attività puramente speculativa. In questa ultima accezione si distingue dalle altre parti della filosofia, quella che riguarda la prassi in rapporto al suo valore assoluto. Il tutto, quindi, si riconduce alla società, nella quale l'uomo vive, ad una sorta di significato di una morale socializzata e non socializzante, come se fosse la società a dettare e a significare la morale e l'atto morale, individuale e collettivo. Proprio per sfatare tutto ciò, dobbiamo disporci a liberare il campo della mia indagine da un errore che sembra essere il più dannoso, quello di una riadduzione della morale alla società, facendo della società il principio costitutivo della moralità. La società è solo il complesso delle condizioni, ivi comprese quelle fisiche e biologiche della vita, che la morale trova e fa proprie. "Società" è parola assai equivoca, nel senso che non mancano coloro che la intendono facendone addirittura qualcosa di corposo e di organico: un tutto vivo e biologico,

appunto un organismo, essendo la società, a sua volta, un soggetto come l'io, come siamo noi, tutti e ciascuno soggetti, individui. Da ciò una varietà di interpretazioni, per cui l'individuo si riassorbe nella società, gli individui in piccolo nell'individuo in grande, come tanti organi dell'immane organismo. Di conseguenza, dovendo parlare della morale degli individui, questa non è altro che il principio sociale stesso: sarebbe la società come un tutto che detta legge ai singoli.

PAROLE CHIAVE

Ipnosi, Etica, Bioetica, Ipnositerapia, Società.

INTRODUZIONE

Non è semplice, né facile, parlare degli aspetti etici e bioetici dell'ipnosi e dell'ipnositerapia. In letteratura non vi sono riferimenti tali da poter, finalmente, parlare, analizzandone i significati, le relazioni e le interrelazioni, di etica e bioetica in rapporto e nel rapporto con l'ipnosi, se non riferimenti alla morale dell'uomo, sia esso considerato nel ruolo di terapeuta o in quello di paziente. La morale dell'uomo è legata a, o, se si vuole, pervasa da pregiudizi e tabù, derivanti dallo scontro tra natura e cultura, quello scontro che ha portato anche, parafrasando i titoli di due opere di Freud, e il loro significato, al disagio delle civiltà e alla psicopatologia della vita quotidiana.

Il latino *moralis* da *mos*, significa genericamente ciò che è conforme al "costume" approvato dalla prassi generale, e come tale è riconosciuto conforme al "dover essere". Come qualificazione dell'agire specificamente umano, cioè intenzionale e libero, si oppone da una parte a materiale o corporeo, dall'altra all'attività puramente speculativa. In questa ultima accezione si distingue dalle altre parti della filosofia, quella che riguarda la prassi in rapporto al suo valore assoluto. Il tutto, quindi, si riconduce alla società, nella quale l'uomo vive, ad una sorta di significato di una morale socializzata e non socializzante, come se fosse la società a dettare e a significare la morale e l'atto morale, individuale e collettivo. Proprio

per sfatare tutto ciò, dobbiamo disporci a liberare il campo della mia indagine da un errore che sembra essere il più dannoso, quello di una riadduzione della morale alla società, facendo della società il principio costitutivo della moralità. La società è solo il complesso delle condizioni, ivi comprese quelle fisiche e biologiche della vita, che la morale trova e fa proprie. "Società" è parola assai equivoca, nel senso che non mancano coloro che la intendono facendone addirittura qualcosa di corposo e di organico: un tutto vivo e biologico, appunto un organismo, essendo la società, a sua volta, un soggetto come l'io, come siamo noi, tutti e ciascuno soggetti, individui. Da ciò una varietà di interpretazioni, per cui l'individuo si riassorbe nella società, gli individui in piccolo nell'individuo in grande, come tanti organi dell'immane organismo. Di conseguenza, dovendo parlare della morale degli individui, questa non è altro che il principio sociale stesso: sarebbe la società come un tutto che detta legge ai singoli.

CAPITOLO 1 TRA ETICA E BIOETICA

1.1 Etica e Bioetica

Cosa si deve, allora, intendere per Etica?

Il termine può avere un senso lato e sensi più specificamente ristretti. In senso lato esso coincide con la filosofia della pratica, che vuole assumere, nel suo complesso, l'operare umano nella volontà a prescindere da ogni specifico valore che diversamente lo qualifichi. Conseguentemente include tutte le sue determinazioni e comporta tutti i valori che comunque si possano riferire al volere e all'azione dell'uomo nel mondo. In questa visione olistica l'etica si specifica in due ulteriori profili: quello di un'etica soggettiva e quello di un'etica oggettiva. La prima si basa sul significato intrinseco del volere dell'azione, per cui il soggetto vuole e agisce solo nel dovere; la seconda, invece, assume il significato del volere o dell'azione in riferimento ad altri voleri e ad altre azioni. In definitiva tali due profili dell'etica coincidono con il ben noto dualismo di *morale* e di *diritto*, essendo,



nel sistema generale dell'etica, la *morale* l'etica soggettiva, il *diritto* l'etica intersoggettiva. E per Bioetica?

La perenne questione circa i rapporti tra la natura dell'uomo e il cosmo è diventata oggi di particolare rilievo. Le decisioni politiche spesso ignorano una conoscenza biologica "globale", mettendo in pericolo il futuro dell'uomo e, certamente, il futuro delle risorse biologiche della terra a servizio dell'uomo. Ma l'ambiente naturale dell'uomo non è illimitato. Si esige un'educazione biologica ed etica del genere umano per comprendere la natura dell'uomo nella sua relazione con il cosmo. La sopravvivenza dell'uomo, infatti, dipende da una scienza che provveda a un sapere come usare la conoscenza per la sopravvivenza dell'uomo e per la promozione della qualità della vita, ciò che nel 1970 si è cominciato a chiamare "bioetica".

"Il genere umano necessita urgentemente di una sapienza come guida per l'azione, un sapere *come usare la conoscenza* per il bene e il futuro della condizione umana: di una scienza della *sopravvivenza*, la bioetica, col requisito fondamentale di promuovere la qualità della vita"¹.

L'idea di *sopravvivenza* non è un concetto filosofico inventato dai moderni moralisti. Il ponte tra conoscenza di ciò che "è" e di ciò che "dovrebbe essere" è il programma interno in ogni entità biologica che si sforza per la sopravvivenza oltre l'estinzione delle generazioni. Il meccanismo di sopravvivenza è basato sull'abilità di una specie nell'adattarsi al suo ambiente. Adattamento che è di tre generi: fisiologico, evolutivo e culturale. E poiché è possibile che ci siano svantaggi nell'adattamento culturale comparabili a quelli dell'adattamento biologico, va ricercata un'etica per la specie umana basata sul ponte tra quel ciò che "è" della possibile estinzione e ciò che "deve es-

sere" che ciascuno di noi deve costruire. Noi *dobbiamo* vivere prevenendo quelle vie che evitano il destino di tante specie che furono.

Il genere umano necessita urgentemente di una sapienza come guida per l'azione, un sapere *come usare la conoscenza* per il bene e il futuro della condizione umana: di una scienza della *sopravvivenza*, la bioetica, col requisito fondamentale di promuovere la qualità della vita.

"L'invenzione del termine «bioetica» e la grande accoglienza da esso ricevuta stanno a testimoniare quanto fosse diffusa ormai nella società e nella cultura, americana ed europea, l'esigenza di accostarsi sempre di più alla problematica morale o quanto fosse insistente la domanda etica. All'interno delle più disparate ideologie politico-culturali e delle più diversificate correnti di pensiero emergeva in modo sempre più chiaro il bisogno esplicito di affrontare nella sua globalità il problema del rispetto nei confronti della vita e della sensibilizzazione culturale a questo valore.

Le tematiche della bioetica attraggono sempre più oggi l'attenzione di tutti, per cui dobbiamo riconoscere che ci troviamo di fronte a un fenomeno che non può essere assolutamente ignorato. Esso, piuttosto, va preso in seria considerazione perché, in quanto fenomeno etico emergente in seno alla cultura contemporanea, diventa il luogo in cui la società di oggi si pone alla ricerca del giudizio morale su questo o su quell'altro comportamento che ha risvolti sulla vita del singolo o della collettività. La rilevanza di questo fenomeno in seno alla cultura contemporanea consiste proprio nel fatto che la società si dica disposta a cercare e si metta alla ricerca del giudizio morale. Il significato più profondo della bioetica consiste appunto nel suo essere fenomeno *culturale* o nel suo emergere dall'esigenza sempre più avvertita

¹ Potter V.R., *Bioethics: Bridge to the future*, Prentice-all, Englewood Cliffs 1971, p.1



in seno alla società contemporanea di dover migliorare l'impostazione morale delle sue strutture o reimpostare certi aspetti strutturali sulla scia delle più genuine indicazioni etiche.

L'emergere della *domanda etica* o *bioetica* sul mercato culturale non nasce solo come esigenza di moralizzare la cultura o la società: essa può essere considerata pure come segno del tentativo di migliorare le condizioni socio-culturali esistenti. Come ogni domanda etica, anche quella della bioetica si riferisce a problemi di enorme rilevanza per la singola persona umana e per l'umanità intera: essa è domanda che il mondo culturale e scientifico, con pressante ed incisiva determinazione, rivolge a se stesso ed alle capacità dell'uomo di progettare una sempre migliore

qualità di vita per il suo futuro, coinvolgendo totalmente e pienamente gli specialisti delle diverse discipline scientifiche le cui conoscenze in un modo o nell'altro devono essere messe a servizio della bioetica².

La bioetica si presenta come una sfida che l'uomo di oggi lancia a se stesso, alla capacità di programmare, tecnologicamente ed anche eticamente, il futuro suo e delle generazioni che gli succederanno. La sfida di colui che non si lascia impaurire dalle tante difficoltà, che non chiude gli occhi di fronte alla realtà e che con grande senso di responsabilità pensa di progettare il suo stesso futuro. Non lasciarsi intimorire dalle tante difficoltà che il progresso scientifico e quello tecnologico creano all'umanità di oggi, non de-

² Russo G., *Bioetica fondamentale e generale*, SEI, Torino 1995, pp.19-20.



mordere di fronte ai tanti rischi non solo vagamente intuibili, ma anche chiaramente visibili che lo stesso progresso immancabilmente comporta per la vita in quanto tale, e per la sua qualità, dell'umanità di oggi ed ancor di più per gli uomini di domani, è la sfida che l'uomo lancia a se stesso, alla propria intelligenza, alle proprie forze, alle sue capacità scientifiche.

Ma soprattutto è una *sfida morale* che scaturisce dalla consapevolezza delle proprie possibilità e della fiducia nei propri mezzi. La qualità della vita in quell'universo affidato dal Creatore alle responsabili mani dell'uomo può e deve essere sempre migliorata. La sfida morale della bioetica consiste anche nel farsi carico delle problematiche mediche ed ecologiche, emergenti in modo particolare nei paesi più tecnologicamente sviluppati, che suscitano una certa qualche perplessità morale, e di tutte quelle problematiche etiche che emergono dal sottosviluppo economico in cui versano parecchi paesi del terzo mondo e che costringono tanti esseri umani a vivere una qualità di vita che di umano ha molto poco.

Considerare la bioetica come sfida morale lanciata dall'uomo a se stesso significa, pertanto, cogliere la grande rilevanza del significato culturale e morale che essa costituisce per la società contemporanea. La bioetica è sfida morale che certe frange culturali rivolgono all'umanità anche nel senso che esse pensano non di arrogarsi il diritto, ma di assumersi quella responsabilità che mai il soggetto morale, come singola persona o come gruppo sociale, può domandare ad altri. Come sfida morale essa è il desiderio di essere protagonisti del proprio futuro e, soprattutto, della propria vita morale.

Nell'ambito del dibattito contemporaneo le proposte etiche in bioetica sono diversificate. Il pluralismo morale che caratterizza strutturalmente la filosofia pratica recente sta alla base del fenomeno sempre più evidente del pluralismo in bioetica. Tale diversificazione evidenzia la plura-

lità e la frammentazione "di fatto" da un lato e la inconciliabilità "di principio" dall'altro lato delle proposte etico-antropologiche in bioetica. Si dovrebbero ipotizzare tante bioetiche quante sono le etiche. Ma il pluralismo in bioetica se per un verso causa disorientamento e disagio, dall'altro verso coincide con una "provocazione" al suo superamento, data l'urgenza di ritrovare una soluzione comune a livello pratico. Una "provocazione" cui, peraltro, l'etica contemporanea si trova impreparata a rispondere: le categorie etiche si rivelano, spesso, inadeguate ad interpretare e risolvere le nuove questioni sollevate dal progresso scientifico.

Ci si chiede, dunque, quali risposte sono state date dalla riflessione etica alle nuove esigenze della bioetica?

1.2 L'ipnosi

L'ipnosi è una condizione psico-fisica che implica un particolare stato di coscienza durante il quale si realizza un legame speciale tra paziente e ipnotista, mettendolo in grado di influire sulle condizioni psichiche, somatiche, viscerali, neurologiche e comportamentali del soggetto.

Per Erickson l'ipnosi è un processo mentale focalizzato per creare una nuova sintesi. Ci si avvale di particolari suggestioni, dette suggestioni ipnotiche.

Le suggestioni ipnotiche sono tecniche di comunicazione che facilitano l'utilizzazione delle associazioni dei potenziali e dei meccanismi mentali naturali e spontanei del paziente, attraverso vie che normalmente vengono vissute come involontarie.

Si sviluppa, quindi, una suggestione ipnotica basata su:

- Modificazione dell'apparato muscolo-motorio;
- Modificazione del sistema neurovegetativo (riduzione dell'attività del simpatico);

- Diminuzione del potere razionale-critico;
- Aumento della capacità immaginativo allucinatória;
- Amnesia e/o ipermnesia;
- Fenomeni regressivi e dissociativi;
- Alterazione dello schema corporeo;
- Alterazione del parametro temporale e spazio-temporale (distorsione temporale, regressione di età - progressione temporale);
- Abreazione emozionale.

È naturale che, al di là dei processi mentali di base ipnotica e delle suggestioni ipnotiche, esistono dei metodi di induzione e di approfondimento ipnotico, a seconda se si tratta di "ipnosi diretta" o di "ipnosi indiretta".

L'ipnosi diretta comprende suggestioni che hanno una diretta e aperta relazione con la situazione: i ruoli sono stabiliti e le suggestioni vengono offerte in modo logico ed esplicito. Comprende metodi fisiologici e psicofisiologici.

L'ipnosi indiretta, invece, consiste nel presentare suggestioni flessibili non direttamente attinenti alla situazione, ma adatte alle necessità conscie e inconscie del soggetto.

Nell'ipnosi diretta i metodi di induzione e di approfondimento ipnotico si distinguono in metodi fisiologici e metodi psico-fisiologici.

Metodi fisiologici

- a) Fissazione visiva** (ad esempio fissare un punto con successiva rappresentazione dinamica; oppure fissare uno specchietto concavo);
- b) Stimolazione uditiva** (ad esempio mediante la voce e le verbalizzazioni, con variazioni di tono, cadenza e ritmo);

- c) Stimolazione di altri sensi, tattile** (leggeri tocamenti sulla fronte e sulle braccia, passi mesmeriani), il soggetto regredisce ad uno stadio anteriore preverbale dello sviluppo psicomotorio, superando l'interessamento delle funzioni corticali superiori connesse al linguaggio, al ragionamento logico, alla critica;
- d) Combinazioni di a, b, c** (ad esempio fissando un punto, viene stimolata, con la voce, la pesantezza delle palpebre e la chiusura degli occhi, accompagnando le parole con un leggero tocco della fronte).

Metodi psico-fisiologici

- a) Tecniche ideomotorie: a) levitazione di un braccio o doppia levitazione** (es. visualizzazione di palloncini che vanno verso l'alto); **b) Rotazione automatica di un braccio.**
- b) Tecniche sensoriali: a) Stimolazione di allucinazioni visive, uditive; b) Concentrazione cenestesico-somatica sul respiro.**
- c) Tecniche psicologiche pure: a) Stimolare visualizzazioni** (ad esempio scendere o salire scale, scendere in ascensore, conteggio avanti e indietro, visualizzare l'onda del mare, ecc...).

Secondo T.X. Barber i "buoni soggetti ipnotici" sono: a) individui inclini alla fantasia, vale a dire persone dotate di "talento ipnotico" e di "coinvolgimento immaginativo"; b) individui inclini all'amnesia, soggetti che hanno particolare abilità a reprimere mentalmente memorie, immagini, pensieri, emozioni indesiderate; c) individui con attitudini positive, persone con attitudini positive: ottimisti, sempre disponibili a collaborare e a partecipare mentalmente, a immaginare quanto viene suggerito.

Nell'ipnosi indiretta vi sono più metodi di induzione e approfondimento ipnotico:

- **Metodi narrativi:** sono suggestioni di tipo conversazionale significative per il soggetto (ad es.: racconti di esperienze di rilassamento, di



lettura, ascolto di una conferenza o di musica, racconti, ecc...);

- **Suggestioni implicite o nascoste:** sono messaggi che vengono inseriti in maniera coperta nella verbalizzazione per elicitarne risposte inconsapevoli;
- **Processi ideo-dinamici:** sono messaggi destinati a infondere nel soggetto un'aspettativa di successo, collocando la trance ipnotica e la mente inconscia in una struttura di riferimento;
- **Disseminazione:** il terapeuta inserisce parole, idee, suggestioni varie durante una normale conversazione. Il messaggio non è percepito a livello conscio ma solo a livello inconscio;
- **Tecnica della confusione:** Parlare veloce, dire cose incomprensibili ecc...;
- **L'uso della metafora.**

La Psicoterapia, invece, consiste in un incontro tra due o più persone in cui una ritiene di essere bisognosa di aiuto e richiede di essere curata o di cambiare, l'altra possiede determinate qualità personali e conoscenze teoriche e tecniche che utilizza per aiutare il soggetto bisognoso di aiuto a produrre un cambiamento.

I Fattori di miglioramento emergono quando, attraverso lo stabilirsi e il mantenersi della relazione terapeutica, il paziente esce dall'isolamento ed è spinto ad essere più ottimista e propositivo; quando il terapeuta genera e mantiene nel paziente l'aspettativa di essere aiutato; quando al paziente è fornita una opportunità di acquisire un senso di padronanza ed efficacia e una opportunità di imparare differenti modi di pensare, sentire e comportarsi; quando tutte le psicoterapie suscitano intense emozioni che possono essere affrontate; quando il paziente può mettere in pratica nuovi comportamenti e verificare il vantaggio.

1.3 Come utilizzare i fenomeni ipnotici in terapia

Le tecniche ipnotiche da applicare nelle diverse terapie possono essere divise in 3 gruppi:

1. Tecniche ipnotiche utilizzabili nei diversi modelli di psicoterapia (analitico-psicodinamica, cognitivo-comportamentale, transazionale, strategica, reichiana, rogeriana, ecc.);
2. Tecniche creative rivolte in particolare alla personalità del paziente, alla sua storia, alla sua visione del mondo, ai suoi bisogni nonché alla capacità dell'ipnotista di esprimere empatia. Si parla in questo caso di psicoterapia ipnotica;
3. Applicazioni di tipo sperimentale e diagnostico di cui fa parte lo studio dei fenomeni ipnotici, dei comportamenti ipnotici, della suscettibilità ipnotica (es. manifestazioni dell'ipnosi profonda, sonnambulismo, test di suscettibilità, ecc.).

CAPITOLO 2

Tecniche ipnotiche utilizzabili nei diversi modelli di psicoterapia

2.1 I contesti e le terapie

In contesto analitico *psicodinamico* si può ricorrere a tecniche psicoanalitiche:

- **abreazione emozionale**, uno stato di coscienza durante il quale si sprigionano emozioni in maniera anche violenta, sotto forma di pianto, paura, terrore, angoscia. Guidate e manipolate in maniera opportuna dall'ipnotista queste emozioni rivissute dal paziente possono portare allo scarico emotivo totale e quindi al miglioramento e alla guarigione.
- **ponte affettivo;**
- **regressione di età.**

In contesto di terapia *cognitivo-comportamentale* si utilizzano:

- Tecniche avversive;
- Tecniche desensibilizzanti;
- Condizionamenti e decondizionamenti;
- Suggestioni post-ipnotiche.

In ipnosi psicodinamica, la metodica si avvale di quattro fasi:

I Fase - Immagini di collegamento psicosomatico:

- Convogliare l'attenzione sul respiro;
- Associare il respiro al movimento dell'altalena;
- Percepire i ritmi armonici delle onde;
- Percepire l'energia che scorre lungo il corpo.

II Fase - Immagini di scarico-purificazione:

- Onda del mare che accarezza e purifica il corpo sdraiato su una spiaggia;
- Lasciare sciogliere il corpo nell'acqua madre del mare dove ogni cellula perde peso e dolore;
- Guadare un fiume con corrente vorticoso che strappa ogni abito e uscirne nudi;
- Scaricare pesi da uno zaino a cui si era abituati tanto da non sentirlo più.

III Fase - Immagini di trasformazione:

- Cristallo di neve che si scioglie;
- Camminare nella nebbia che si dissolve con i raggi del sole;
- Osservare la muta di un serpente;
- Togliere lo strato di creta che ricopre una antica statua di marmo;
- Incontrare la fonte dei desideri;
- Castello di ghiaccio che si scioglie.

IV Fase - Immagini di riunificazione:

- Attraversare una caverna scura o un bosco e riemergere in un prato fiorito e danzare;
- Attraversare un ponte per giungere ad una riva verdeggiante lasciandosi alle spalle un arido sentiero;
- Giungere in vetta ad un monte fino a stendere le braccia nella luce del cielo ma con i piedi ben saldi sulla roccia della montagna.





Nell'ambito della terapia comportamentale l'applicazione di tecniche ipnotiche è appropriata nelle seguenti patologie: Ustioni, Verruche, Asma bronchiale, Disturbi urinari (enuresi, disuria, anuria), Colon irritabile, Colite ulcerosa, Fisioterapia, Sterilità psicogena, Preparazione alla chirurgia, Altre...

In fisioterapia, invece, l'ipnosi si applica in diversi modi e con diversi metodi:

- Col rilassamento si corregge la contrattura dei muscoli;
- Con la suggestione di calore si migliora l'irrorazione sanguigna;
- Con l'analgesia ipnotica si supera il dolore;
- Con la suggestione di calma si neutralizza l'ansia e la paura;
- Con le visualizzazioni comportamentali orientate verso la deambulazione, diminuisce l'insicurezza nell'uso degli arti.

Nell'asma bronchiale, l'ipnosi, si applica:

- Riducendo l'ansia anticipatoria correlata all'esperienza broncospastica, mediante rilassamento somatico generalizzato in grado di controllare le funzioni neurovegetative;
- Rinforzando l'io;
- Facendo produrre visualizzazioni positive di cambiamento nei riguardi dell'esperienza asmatica;
- Attraverso la desensibilizzazione;
- Con l'autoipnosi.

Nella colite ulcerosa, invece, attraverso:

- Il rinforzo dell'io;
- La visualizzazione mirata verso l'intestino, tendente a rallentare la peristalsi e a visualizzare la rigenerazione delle cellule che tappezzano le pareti intestinali.

Nella sterilità funzionale il trattamento ipnotico avviene tramite:

- Il rilassamento, per neutralizzare l'ansia e la paura;
- Il rinforzo dell'io, per aumentare l'autostima della paziente;

- La visualizzazione su anatomia e fisiologia dell'apparato riproduttivo femminile;
- L'autoipnosi.

In chirurgia, invece, ci si avvale della tecnica ipnotica pre-operatoria e post-operatoria comprendente le:

- Suggestioni per rilassamento;
- Le suggestioni per riduzioni dell'ansia;
- Le verbalizzazioni per il rinforzo dell'io;
- La verbalizzazione per benessere e buona salute.

2.2 Psicoterapia Ipnotica

Si utilizzano tecniche e suggestioni terapeutiche volte ad attivare i processi associativi inconsci, le capacità e i meccanismi mentali dei pazienti per mettere in moto le loro risorse creative che portano alla risoluzione dei loro problemi.

Le suggestioni terapeutiche sono principalmente: la metafora, il racconto di storia, la tecnica dello pseudo-orientamento nel tempo, il processo creativo inconscio, il racconto per immagini, il rinforzo dell'io diretto e indiretto.

La trance ipnotica è uno stato di coscienza particolare che induce calma e chiarezza mentale, rendendo possibile focalizzare l'attenzione sulle realtà interiori, permettendo, quindi, al paziente di accedere più facilmente alle proprie emozioni e ai propri sentimenti.

In questa condizione il soggetto è in grado di scoprire o riscoprire esperienze positive già vissute, di utilizzare memorie dimenticate, di risvegliare e attivare energie latenti, forze e risorse interiori che lo guideranno nell'adozione di comportamenti più efficaci.

Il soggetto è in grado di riorganizzare le sue dinamiche psicologiche.

Nell'ambito di una psicoterapia ipnotica sono trattabili le nevrosi d'ansia, la nevrosi ansioso-fobica, il disturbo di panico, la fobia sociale, la fobia dello spazio (claustro-agora-fobia), la fobia

del volo e altre sindromi fobiche, la sindrome mista ansioso-depressiva, il disturbo posttraumatico da stress, il tabagismo, l'alcolismo, le anomalie del comportamento alimentare (bulimia, obesità).

A proposito di disturbi d'ansia, quale potrebbe essere un possibile profilo biopsicologico dei soggetti affetti da tali disturbi?

Non è difficile definire i soggetti affetti da disturbi d'ansia, sono soggetti con un loro particolare vissuto alle spalle, vissuto che ha caratterizzato e segnato profondamente e peculiarmente la loro dimensione esistenziale e la loro vita quotidiana, tra pragmatismo ed esistenzialismo, tra idealità e materialità.

Questo tipo di soggetti si definisce pauroso e timido fin dall'infanzia; ha vissuto le figure genitoriali come autoritarie, minacciose, critiche; prova senso di inferiorità e basso livello di autostima. In detti soggetti, inoltre, a seguito di eventi stressanti insorgono la paura, l'ansia, il panico; si sviluppa in loro una rappresentazione di sé come di persone negative; presentano bassa soglia per le risposte di paura (per disgregazione dei meccanismi serotoninergici); sono soggetti predisposti all'ansia (per anomalie della funzione adrenergica).

In questo contesto mi viene da pensare anche all'ipotesi della demoralizzazione.

Ogni patologia psichica è accompagnata da uno stato di demoralizzazione: perdita di autostima, sentimenti di incapacità, alienazione, helplessness, hopelessness. I sintomi e i comportamenti inadatti, inappropriati, sono mantenuti, almeno in parte, da autosuggestioni negative ("non faccio niente di buono...", "sono incapace, sgradevole...", "la gente è cattiva e mi esclude...". Tali autosuggestioni possono essere mutate da molti tipi di intervento psicoterapeutico.

I mutamenti possono essere catalizzati fornendo al paziente due tipi di suggestioni che aumentano.

- a) Il rilassamento e la tranquillità;
- b) La stima di sé e producono aspettative più positive su di sé, gli altri, i problemi della vita.

Tali suggestioni possono ridurre le auto suggestioni negative.

La terapia di base va orientata verso la correzione di tre fattori comuni: l'instabilità emotiva che porta all'ansia; l'io immaturo e debole che abbassa l'autostima e dà sicurezza; le convinzioni limitanti o negative.

Principale obiettivo da raggiungere con una psicoterapia ipnotica è creare un nuovo equilibrio psicofisico utilizzando i seguenti assi: a) neutralizzazione dell'ansia e controllo dell'emotività; b) rinforzo e ristrutturazione della personalità mediante tecniche dirette e indirette di rinforzo dell'io; c) modificazione del modo di pensare, smantellando le false convinzioni; rendere positiva la visione del mondo del paziente.

Tecniche per il rinforzo dell'io:

1. Verbali, preparatorie al cambiamento (Hartland);
2. Verbali, immaginali (i "Cinque gradini" di Stanton);
3. Immaginali, simboliche (psicosintesi di Assagioli);
4. Tecnica della "forza interiore" (*inner strenght* di Frederich-MacNeal);
5. Tecnica della "progressione nel tempo" (ritorno dal futuro);
6. Tecnica immaginale simbolica di immersione nell'inconscio.

L'ipnosi.

La costruzione tecnica della verbalizzazione induttiva della trance del rinforzo dell'io deve seguire e toccare i seguenti 5 punti (Hartland):



1. Il contenuto della verbalizzazione deve preparare la mente del paziente all'aspettativa del cambiamento;
2. Il contenuto della verbalizzazione deve dare forza alle idee presentate;
3. Il contenuto della verbalizzazione deve dare suggestioni che inducono il soggetto a modificare le convinzioni possedute;
4. Il contenuto della verbalizzazione deve introdurre un condizionamento postipnotico proiettato nell'immediato futuro;
5. Il contenuto della verbalizzazione deve contenere argomenti sempre più positivi, per aumentare fiducia, sicurezza e ottimismo.

È importante mirare allo smantellamento delle convinzioni negative; l'induzione deve contene-

re frasi mirate all'eliminazione dell'autoipnosi negativa e delle idee ad essa associate quali la frustrazione, le depressione, la rabbia e l'aggressività, più o meno repressa.

Il rinforzo dell'lo, secondo la tecnica dei cinque gradini di Stanton, considera: a) il rilassamento fisico, con concentrazione sul respiro; b) la calma mentale; c) lo scarico di paure, di dubbi, di insicurezze, di sensi di colpa; d) la visualizzazione di sbarramento che crolla; e) la regressione a uno spazio speciale di felicità.

Secondo la tecnica della Psicosintesi, invece, il rinforzo dell'lo avviene attraverso l'attivazione delle forze positive, con la stimolazione di immagini simboliche, come la quercia, il sole, il mare, il fiume, il fuoco, la fonte, l'ulivo; oppure attraverso la tecnica del dialogo interno che evoca la "figura del saggio" che incontriamo in cima alla montagna.

La tecnica della forza interiore aiuta il paziente a entrare in contatto con le sue risorse profonde.

Può essere abbinata alle tecniche di “regressione nel tempo” e di “progressione nel tempo”.

La tecnica della verbalizzazione ipnotica di base comprende: a) una verbalizzazione standard di induzione e approfondimento ipnotico incentrata sulla concentrazione cinestesico-somatica, sulla regressione, sulle immagini simboliche (mare, onda, sole, luce); b) una suggestione diretta volta a neutralizzare l'ansia, stimolare la calma, rinforzare l'io e attivare le risorse; c) un rinforzo positivo proiettato nel futuro mediante tecnica di progressione temporale e condizionamento; d) utilizzazione della tecnica ericksoniana dell'“inconscio creativo”; e) dissociazione mediante tecnica ideo-spaziale e rinforzo dell'io con immagini simboliche; f) condizionamento post-ipnotico e addestramento all'autoipnosi; g) il risveglio.

La tecnica ipnotica immaginale-simbolica di immersione nell'inconscio serve per rinforzare l'io, neutralizzare l'ansia, armonizzare l'equilibrio emotivo, riacquistare l'autostima, acquisire sicurezza. Si applica nei casi di nevrosi d'ansia, nevrosi ansioso-depressive, ansioso-fobiche in personalità insicure, emotivamente instabili che presentano bassa autostima e sentimenti di incapacità.

2.3 Come interpretare l'ipnosi secondo F. Granone

L'ipnosi potrebbe essere interpretata come uno stato di modificazione della coscienza. Ma ci sono altre definizioni di essa. Fondamentalmente è un fatto biologico, un dinamismo psicosomatico di partecipazione mente-corpo esprime il potere della rappresentazione mentale, o, se si vuole, il potere creativo della mente. Di conseguenza lo stato ipnotico, la trance, è definito come quello stato di coscienza che permette al soggetto di accogliere l'informazione proposta e manifestarla concretamente. Lo stato ipnotico è affermato dall'evidenza del “monoideismo plastico”. Di conseguenza l'ipnotismo è la gestione finalizzata, così come afferma Giuseppe Tirone del Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale, dell'energia trasformatrice attivata mediante accoglienza dell'obiettivo e focalizzazione

dell'attenzione. Considerato ciò l'induzione si caratterizza come quella relazione medico-paziente orientata all'accordo sull'obiettivo e alla focalizzazione dell'attenzione attivatrice dell'ideoplasia, per cui, la terapia si configura come la liberazione dai condizionamenti, mediante la rielaborazione dei significati patogeni nel rispetto della realizzazione del Sé.

“Braid (1843) fu il primo a introdurre la parola *ipnotismo*, definendolo come uno «stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali». Successivamente Bernheim giudicò l'ipnotismo come un «grado di suggestibilità esaltata», intendendo per suggestibilità «l'attitudine a essere influenzati da un'idea e a realizzarla». Charcot lo definì come «una nevrosi sperimentale».

Altre definizioni sono state date ancora, a seconda delle diverse Scuole e dei modi con cui sono stati interpretati i fenomeni ipnotici. [...]

Lo stesso Braid, ad esempio, avendo successivamente constatato che i soggetti che si «addormentavano» erano una minoranza, uno su dieci tutt'al più, e che polarizzare l'attenzione del pensiero su una sola idea procurava eccellenti risultati terapeutici senza l'intervento del *sonno*, ripudiava la parola ipnotismo nel 1847 sostituendola col termine di *monoideismo* per designare la condizione dell'intelletto dominato da una sola idea. [...]

Molti autori hanno ritenuto che tale definizione (si intende per “*ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore*”) (n.d.r. Granone!) da me postulata nel 1961 sintetizzi bene l'essenza dei fenomeni dell'ipnotismo, tanto che l'hanno accettata e ripetuta integralmente nei propri lavori. [...]

Il termine di *ipnosi* è cronologicamente posteriore di una trentina d'anni a quello di ipnotismo.



[...] Cosicché l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo e l'ipnotismo quella tecnica che permette di attuare tale condizione. Così si dirà che si pratica l'*ipnotismo* e che nella *ipnosi* si osservano modificazioni caratteristiche della memoria. Tale distinzione è molto utile in via nosografica e diagnostica ed è opportuno che venga rispettata per evitare confusioni. [...]

L'ipnosi può essere anche *autoindotta* mediante spontanei monoideismi suggestivi e altre tecniche [...].

Prima dell'introduzione del termine *ipnotismo* (Braid, 1843) si parlò di *magnetismo* (Messmer, 1779), e per vari anni i due termini si sovrapposero. Secondo gli storiografi la parola magnetismo deriverebbe dal bovaro Magnet, del Monte Ida, che avrebbe scoperto le prestigiose caratteristiche di un minerale, poi denominato *magnetite*, o *calamita naturale*, il quale aveva la proprietà di attirare i chiodi delle sue scarpe. Secondo altri, la parola *magnetismo* deriverebbe da Magnesia, città dell'Asia Minore, dove sarebbe stato scoperto per la prima volta tale minerale.

Da questa constatazione nacque l'idea di particolari fluidi provenienti dal mondo minerale, come si era già pensato a fluidi del mondo animale, tanto che gli antichi egizi e gli indiani curavano con l'imposizione delle mani.

Dato l'alone di diffidenza e di discredito da cui, a volte, fu accompagnato l'ipnotismo, alcuni cultori di questa disciplina vorrebbero oggi definirla con un altro nome, in modo da procurarle, sotto una nuova etichetta, quella fiducia e stima che essa merita.

È stata per essa, ad esempio, avanzata da Bernstein la parola *tranceologia*, uguale a scienza che si occupa degli stati di trance; Fry propose il termine *rilasciamento per suggestione*; altri ancora quello di *terapia psicosomatica*. [...]

Una delle condizioni che più frequentemente si attuano nell'esercizio dell'ipnotismo è quella cosiddetta del *sonno ipnotico*, durante il quale sono assai spiccate le possibilità di agire sulla psiche e che pertanto deve essere distinto dalla ipnosi indotta coi medicinali, o narcosi, e dal sonno fisiologico, dove tali possibilità non esistono. Ciò sebbene sia possibile passare da uno stato di coscienza all'altro, [...].

Perché sia subito respinta l'idea che ipnosi equivalga a sonno, si noterà quello che è già stato rilevato da molti altri autori e cioè che una persona addormentata reagisce solo a stimoli intensi, o particolari per lei, mentre un soggetto ipnotizzato può reagire a stimoli disparati, anche se deboli. Nell'ipnosi non si osserva alcuna alterazione del regime dei riflessi, come nel sonno, dove essi sono diminuiti, o invertiti, quale il plantare cutaneo, con la comparsa, a volte, del segno di Babinski. L'elettroencefalogramma in ipnosi ha delle caratteristiche che lo distinguono da quello del sonno fisiologico [...]. Il metabolismo basale del cervello del soggetto in stato d'ipnosi profondo non coincide con quello del sonno.

I dinamismi sensorio e intellettuale, quali si osservano durante la trance, non si osservano nel sonno, anche se parziale. Infine, per quanto possa sembrare una contraddizione in termini, e per notare come ipnosi non voglia sempre significare sonno, ricorderemo che esiste un'*ipnosi vigile*, in particolare identificata dall'Autore sin dal 1962, cioè uno stato di veglia, durante il quale possono lo stesso prodursi profonde alterazioni della suggestibilità, della volontà e somato-viscerali [...].

Il primo ad adoperare il termine di *sonno* per indicare la condizione ipnotica fu l'abate Faria, che lo definì *sonno lucido*. Successivamente si è ricorso a termini di *sonno ipnotico*, *sonno provocato*, *sonno psicosomatico*, *nevrosi sperimentale*, ecc... . Riteniamo peraltro che sia un errore voler far rientrare nei quadri già conosciuti della fisiologia (sonno) o della patologia (nevrosi, isterismo) l'ipnosi.

Questa è una sindrome clinica a sé stante, che ha dei punti di contatto e altri di divergenza con quelle cliniche classiche note. Essa è distinta dalla prevalenza delle funzioni rappresentativo-emo-tive su quelle critico-intellettive, da fenomeni di *ideoplasia* controllata e da condizioni fisiologiche di inibizione *cerebrale sinistra* con esaltazione dell'attività dell'emisfero destro, che assicurano il rapporto con l'ipnotista nella ipnosi eteroin-dotta. L'ipnosi deve essere considerata come un fatto eminentemente dinamico e non statico. Con essa si realizza una dissociazione psichica che, in virtù di un rapporto interpersonale di tipo eminentemente regressivo, tende a stabilire una condizione per cui si può agire sulle funzioni psi-chiche e organiche del soggetto.

Per *narcoipnosi* si intende uno stato nel quale la suggestione viene imposta, approfittando della subnarcosi, con conseguenti possibilità ipnotiche sul soggetto, prima seminarcotizzato. [...]

Per *autoipnosi* si intende un'ipnosi che il paziente si induce da solo, mediante progressivi esercizi di rilassamento, o elaborando suggestioni postip-notiche, dategli precedentemente da un opera-tore.

Per *ipnoanalisi* si intende qualunque tipo di anali-si della personalità profonda, praticata in trance ipnotica, anche se non interpretata sempre alla luce di un dottrinale ortodosso psicoanalitico. Lo studio sistematico della fenomenologia neu-ro e psicofisiologica in ipnosi [...] giustifica, [...], tale concezione, cosicché la ipnoanalisi [...] deve essere considerata quale un mezzo clinico a sé stante, di esplorazione delle varie strutture psi-chiche della personalità e non solo dell'inconscio freudiano.

Si chiamerà per brevità *narcoipnoanalisi* un'analisi iniziata nello stato di subnarcosi e continuata nello stato di trance ipnotica successiva alla sub-narcosi.

Per *narcoterapia* si intendono quei procedimenti che sfruttano lo stato crepuscolare indotto da

un narcotico, per compiere, a scopi curativi, una particolare analisi psichica (narcoanalisi) e psico-terapia. Questa azione sulla psiche va distinta da quella semplice medicamentosa rilassante, del tutto secondaria e non sufficiente da sola a qua-lificare tale mezzo come psicoterapeutico.

Siccome si usa genericamente il termine di *ipno-terapia* per indicare tutti quei procedimenti che si avvalgono del sonno come mezzo di cura, sia esso prodotto da farmaci o dall'ipnosi, si ritiene più esatto adoperare il termine di *ipnositerapia* per ogni cura eseguita mediante tecniche ipnoti-che, con o senza il *sonno*. Ciò perché questo nulla ha a che fare con il sonno da medicinali.

Così esistono una *ipnopedia* e una *ipnosipedia*, e cioè due procedimenti ben diversi con i quali si cerca di imparare più facilmente delle nozioni nel primo caso durante il sonno fisiologico e nel se-condo servendosi invece della *trance* indotta da un ipnotista.

Ci guardiamo, infine, dal chiamare *ipnosi* quei tor-pori della coscienza che possono essere causati da mezzi chimici o fisici (metronomo, luce inter-mittente o abbagliante, trauma cranico, ecc...) in quanto che in essi è esclusa la psicogenesi rap-presentativa, suggestiva e riproduttiva del fe-nomeno stesso, come nella vera ipnosi, sia essa auto o eteroindotta.

Riteniamo che insistere per un'esatta terminolo-gia non sia una pedanteria semantica, ma un'in-dispensabile necessità per meglio intenderci ed evitare grossolani errori.

Ne ricordo (n.d.r. Granone!) ad esempio uno in cui sono incorsi tutti i quotidiani italiani del 1970 e anche purtroppo la stampa forense, a proposito di un delitto compiuto in stato di *tos-sicosi da farmaci* e che fu definito come delitto in *ipnosi*. L'equivoco si trascina dall'Ottocento ad oggi per colpa dei medici di quell'epoca che hanno etichettato con *ipnosi*, [...], uno stato che



sonno non è; e dei successivi anestesisti, farmacologi, i quali a loro volta hanno adoperato il termine di ipnosi per indicare una condizione che *ipnosi non è*. Difatti, con questo termine tutti gli ipnotisti del mondo intendono, [...], un particolare stato psicofisico instaurato con l'*ipnotismo* contraddistinto quindi da un *rapporto* con l'ipnotista e non dovuto all'assunzione di farmaci. Il soggetto che ingerisce medicinali vari, droghe più o meno allucinanti, alcool, sostanze psicoattive ecc... potrà trovarsi in uno stato di narcosi o subnarcosi, in una condizione delirante o subdelirante, di confusione mentale, di agitazione ipnotica, ben conosciuta sul piano neurofisiologico e psicologico da ogni ipnositeapeuta.

Si deve tener ben presente che quando si arriva all'ipnosi con l'aiuto di un farmaco, essa è imposta dall'operatore, approfittando di quello stato di coscienza crepuscolare procurato dal medicamento, e non è affatto dovuta a questo soltanto. Il farmaco, ripeto, dà uno stato similnarcotico o di ebbrezza, ma non ipnosi, per la quale si richiede usualmente il *rapporto* del soggetto con l'ipnotista.

La questione è importante non solo dal lato terminologico, ma che e più da quello medico-legale, perché riteniamo difficile durante una vera ipnosi imporre a un soggetto comportamenti antisociali o delittuosi contro le sue stesse radicate convinzioni etiche e morali e le sue usuali tendenze istintive-affettive. Se così fosse, potremmo con



l'ipnosi cambiare i criminali in galantuomini e questi in quelli con estrema facilità [...]”.³

2.4 secondo G. De Benedictis

Secondo il Prof. Giuseppe De Benedictis, del Centro per lo studio e la terapia dei dolori del Dipartimento di Scienze Neurologiche, U.O. Neurochirurgia dell'Università degli Studi di Milano, "tuttora non sappiamo con esattezza cosa sia l'ipnosi, e per molto tempo si è persino dubitato della sua esistenza.

Infatti, fino a non molto tempo fa, il campo era conteso tra coloro che credevano ad una realtà ipnotica (i più) e quelli (come T.X. Barber) che ne contestavano, sul piano scientifico, persino l'esistenza.

Le teorie dell'ipnosi, modelli esplicativi della realtà e del processo ipnotico, sono strettamente interconnesse alla lunga storia dell'ipnosi, iniziata, almeno sul piano medico, nel sec.XVIII con la straordinaria figura di Franz Anton Mesmer. Considerato a ragione il padre della moderna psicoterapia, Mesmer riteneva che le malattie fossero legate ad uno squilibrio non solo nel paziente ma nell'intero macrocosmo. L'ipnotista era in grado di attirare su di sé le energie positive dell'universo (da cui il concetto di "magnetizzazione" o "mesmerizzazione"), per indirizzarle in chiave terapeutica sul paziente, che andava incontro ad una sorta di crisi epilettiforme catartica.

Mesmer ebbe un enorme successo in tutta Europa e soprattutto in Francia, ma la sua parabola fu drammaticamente interrotta dalle conclusioni della Commissione Reale istituita da Luigi XVI, che decretarono il carattere puramente suggestivo dell'ipnosi e la sua pericolosità sociale. Toccò al Marchese di Puységur, agli inizi dell'800, di raccogliere l'eredità di Mesmer, sviluppando

il concetto di sonnambulismo, come fenomeno cardine dell'ipnosi. Pochi anni dopo, Braid conia il termine di "ipnosi" o "sonno ipnotico", sancendo malauguratamente l'associazione fuorviante dell'ipnosi col sonno.

Ma fu soltanto nella seconda metà del sec. XIX che l'ipnosi conobbe il suo momento di maggior popolarità, anche in ambito accademico, per merito di illustri clinici come Charcot e grandi ipnotisti come Bernheim e Liebault. Secondo Charcot, le affinità fenomenologiche tra isteria (considerata all'epoca una malattia neuropatologica) ed ipnosi inducevano a ritenere che anche l'ipnosi fosse l'espressione di alterazioni del sistema nervoso centrale.

L'avvento della psicanalisi freudiana (benché Freud si fosse all'inizio della sua carriera interessato all'ipnosi) segnò in qualche modo il tramonto dell'avventura ipnotica, almeno in Europa Occidentale, per oltre mezzo secolo.

In Russia, Pavlov, agli inizi del XX secolo, ipotizzava che l'ipnosi fosse l'espressione di un processo inibitorio parziale di strutture del sistema nervoso centrale.

Dopo un lungo sonno, l'ipnosi rinasceva dalle sue ceneri come l'Araba Fenice, prima negli Stati Uniti, con personaggi come Clark Hull e soprattutto Milton H. Erickson, vero innovatore dell'ipnosi moderna, e, successivamente, in tutta Europa. Negli ultimi anni, l'avvento di più sofisticate tecniche d'induzione ipnotica indiretta (ericksoniane) e la ricaduta dei progressi nelle Neuroscienze (ad es. studi elettrofisiologici, metodiche di neuroimaging) sull'ipnosi hanno contribuito enormemente al risveglio dell'interesse della comunità scientifica nel campo ed alla crescente diffusione dell'ipnosi nella pratica clinica.

³ Granone F., Trattato di ipnosi, vol. 1, UTET, Torino 1989, pp.3-5 (con tagli).



Nell'ultimo mezzo secolo, numerose teorie si sono succedute nel tentativo di elucidare la realtà ipnotica. Molte hanno avuto il merito di illuminare alcuni aspetti del processo ipnotico, ma nessuna finora è stata in grado di produrre un modello esplicativo euristicamente esaustivo dell'ipnosi. Pur con differenti punti di vista, molte di queste teorie hanno in comune alcuni elementi: a) lo stato modificato di coscienza; b) il restringimento del campo di realtà con attenzione focalizzata e selettiva; c) la suggestibilità. Alcune teorie privilegiano l'aspetto intrapersonale e soggettivo dell'esperienza, altre il contesto psicosociale, per cui la fenomenologia ipnotica sarebbe il risultato di un processo di falsificazione della realtà ("come se"), sulla base di un rapporto transferale positivo con l'ipnotista.

Tra le varie teorie, degna di nota è quella psicanalitica di Gill e Brenman, che interpreta il fenomeno ipnotico come il risultato di un processo psicodinamico articolato in una sequenza di fasi: a) eliminazione dei canali comunicazionali; b) riduzione dei confini dell'io; c) introiezione della figura dell'ipnotista; d) riespansione dell'io in quella realtà "parallela" che è la "realtà ipnotica", dove ciò che è irrealista sembra reale, ciò che è volontario appare involontario.

Benchè oggi non vi sia un paradigma teoretico dominante, l'orientamento prevalente tende a considerare l'ipnosi come un processo neurobiologicamente documentato, ancorchè fortemente sostenuto e condizionato dal contesto psicosociale (suggestione indiretta, contesto clinico o sperimentale, aspettative del paziente, relazione col terapeuta, ecc...).

Conseguentemente alle diverse teorie, numerose sono le definizioni proposte per l'ipnosi. Tra questa, la più ateoretica e clinicamente interessante ci sembra quella di Milton H. Erickson, che definisce l'ipnosi come "modificato stato di coscienza altamente motivato e diretto a sviluppare risorse potenziali dell'individuo attraverso

un attivo apprendimento inconscio, in ciò facilitato da un restringimento selettivo del campo di coscienza".

2.5 L'ipnosi e le modificazioni e a livello del SNC

Dal momento che l'ipnosi è un modificato stato di coscienza, non v'è dubbio che ciò comporti delle modificazioni a livello del Sistema Nervoso Centrale e, verosimilmente, Periferico.

Per molto tempo, i non numerosi studi (prevalentemente elettroencefalografici) erano stati aneddotici, spesso metodologicamente inadeguati e inconclusivi. La mancanza d'indicatori biologici dello stato di trance aveva favorito i detrattori dell'ipnosi, che la consideravano alla stregua di un artefatto e, peggio, di una mera mistificazione.

Ma negli ultimi 25 anni, il grande progresso delle Neuroscienze (soprattutto in termini di studi elettrofisiologici e di neuroimaging) ha avuto un'importante ricaduta anche nel campo dell'ipnosi, sancendo la "realtà" del processo ipnotico e stabilendone i fondamenti neurobiologici. Di conseguenza le nostre conoscenze sui meccanismi dell'ipnosi sono avanzate negli ultimi anni più che in tutto il periodo precedente.

Gli studi pionieristici sull'ipnosi hanno utilizzato dapprima pazienti epilettici, per i quali erano indicate metodiche diagnostiche di registrazione e dell'attività elettrica cerebrale profonda e di stimolazione di targets cerebrali mediante tecnica neurochirurgica stereotassica. In un primo studio di registrazione dell'attività elettrica cerebrale profonda è stato osservato un aumento del ritmo alfa e beta, concomitante ad una diminuzione del ritmo patologico lento theta, nello stato di trance rispetto al corrispettivo stato di veglia. Inoltre è stata registrata una diminuzione significativa dell'attività epilettiforme intercritica. È stata questa la prima dimostrazione nell'uomo di modificazioni cerebrali profonde e di una possibile modulazione dell'attività irritativa nei pazienti epilettici. In uno studio successivo la stimola-

zione elettrica cerebrale profonda di strutture limbiche quali l'amigdala e l'ippocampo ha determinato sistematicamente il risveglio dalla trance nel primo caso, ed il suo approfondimento nel secondo caso. È stata così documentata la presenza di una "bilancia limbica" in grado di mediare lo stato di trance, con l'amigdala come antagonista e l'ippocampo come agonista della trance stessa.

Questi ed altri studi sottolineano l'importanza del sistema limbico, il nostro paleopallico "cervello viscerale", nel mediare lo stato di trance. L'ipnosi è anche associata ad una condizione di rilassamento psicofisico, che richiama il ruolo del Sistema Nervoso Autonomo. Uno studio in soggetti volontari sani con la moderna tecnica dell'analisi dello spettro di potenza del segnale di variabilità cardiaca dell'intervallo R-R ha dimostrato come l'ipnosi neutra (ovvero senza suggestioni specifiche) sia in grado di agire efficacemente sulla "bilancia automatica", riducendo l'ipertono ortosimpatico ed incrementando il tono parasimpatico-vagale. L'effetto è direttamente proporzionale alla suscettibilità ipnotica del soggetto. Ciò conferma come il rilassamento ipnotico sia associato ad un'intensa azione di modulazione del Sistema Nervoso Autonomo.

Negli ultimi anni le moderne metodiche di neuroimaging (PET, Risonanza Magnetica Funzionale) hanno contribuito significativamente a chiarire il ruolo delle strutture corticali e sottocorticali nel mantenimento dello stato di trance. Benchè gli studi siano ancora nella loro infanzia e l'evidenza non conclusiva, sono state osservate significative attivazioni della corteccia occipitale visiva (associata alle visualizzazioni ipnotiche), della corteccia parietale inferiore (associata alla codificazione somato-spaziale) e di quella pre-frontale (associata alle funzioni cognitive superiori) in condizioni d'ipnosi neutra.

Ancora più rilevanti sono le modificazioni corticali e sottocorticali osservate in condizioni dinamiche (ad es. suggestioni di analgesia; vedi

"Fondamenti di Analgesia Ipnotica"). Sempre più distintamente dunque sta emergendo una "Neuromatrice dell'Ipnosi", i cui contorni anatomici ed i cui patterns funzionali attendono ancora di essere chiariti.

2.6 Neuropsicologia dell'Ipnosi

La neuropsicologia è quella disciplina di relativamente giovane costituzione che studia i fondamenti neurobiologici delle funzioni psichiche. Uno degli aspetti più interessanti della moderna neuropsicologia, con particolare riferimento all'ipnosi, riguarda il ruolo della cosiddetta "specializzazione emisferica".

Le asimmetrie emisferiche funzionali sono note da circa 150 anni, da quando Broca dimostrò, in un paziente venuto a morte ed affetto da afasia motoria, una lesione ischemica nel piede della terza circonvoluzione frontale sx. L'emisfero cerebrale sx, proprio perché connesso principalmente con la funzione linguistica, è stato "dominante" rispetto all'emisfero controlaterale.

Ma è soltanto da alcuni decenni che sono state rilevate anche delle asimmetrie emisferiche anatomiche. In altri termini, i due emisferi non solo sono funzionalmente differenti ma anche anatomicamente. Ad es. la scissura silviana è significativamente più lunga a sx che non a dx, come pure il "planum temporale" del lobo temporale è più esteso a sx che non a dx. Queste differenze variano in rapporto alla specie ed al sesso.

Le asimmetrie emisferiche funzionali sono state studiate in passato in pazienti cerebrolesi ed in pazienti epilettici "split-brain" (cervello diviso). Questi ultimi, sottoposti ad intervento neurochirurgico di callosotomia, per evitare la generalizzazione di crisi comiziali, vivono con i due emisferi anatomicamente deconnessi, senza apparenti, macroscopici deficit funzionali. Ma indagini neuropsicologiche più sofisticate hanno consentito di rilevare deficit di funzione connessi alla mancata integrazione interemisferica e, nel contempo, di



meglio identificare le specifiche competenze dei due emisferi cerebrali.

In sintesi, l'emisfero sx risulta essere più competente del dx per le funzioni linguistico-verbali, per il pensiero astratto, l'analisi aritmetica e, in generale, le funzioni digitali. Per converso, l'emisfero dx è più competente per talune funzioni paraverbali (ad es. prosodia e ritmo della voce), per l'espressione musicale, l'analisi spaziale, le visualizzazioni e, in genere, le funzioni analogiche. Lo stile percettivo dell'emisfero sx viene definito come razionale, verbale, logico-analitico, digitale e può essere associato ai processi secondari freudiani. Lo stile percettivo dell'emisfero dx è invece intuitivo, non verbale, sintetico-gestaltico, analogico, e può essere associato ai processi primari freudiani.

Da quanto esposto, si può dedurre che l'ipnosi sia associata ad una maggiore competenza emisferica dx. In effetti studi elettroencefalografici di analisi spettrale con tecnica di Fourier hanno documentato una emisfericità dx (ovvero una prevalente attivazione emisferica dx) rispetto alla preferenza emisferica sx del corrispettivo stato di veglia. Ma è anche la procedura dell'induzione ipnotica che suggerisce una preferenza emisferica dx.

Secondo la microdinamica dell'induzione ipnotica (Erickson et al., 1976), il processo comprenderebbe cinque fasi in sequenza, associate a differenti processi neuropsicologici: a) fissazione dell'attenzione (elicitazione dell'attività emisferica sx); b) depotenziamento dei sets consci (blocco dell'attività emisferica sx); c) attivazione dell'apprendimento inconscio (attivazione emisferica dx); d) elaborazione inconscia; e) risposta ipnotica.

In aggiunta agli studi EEG ed alle indicazioni provenienti dalla pratica clinica, altre ricerche neuropsicologiche (e.g. movimenti coniugati oculari, ascolto dicotico) confermano la preferenza emisferica dx durante la trance.

Gruzelier (1993) ha proposto un interessante modello dinamico e multifasico del processo ip-

notico. Secondo tale modello l'induzione ipnotica si articolerebbe in tre fasi principali. In una prima fase l'ipnotista eliciterebbe l'attenzione del soggetto da ipnotizzare, attivando l'emisfero sx (lobo temporale). Successivamente l'accettazione acritica da parte dell'ipnotizzando, delle suggestioni fornite dall'ipnotista determinerebbe una inibizione relativa dell'emisfero sx (seconda fase). Ciò consentirebbe (terza fase) la risposta ipnotica, caratterizzata da un'attivazione emisferica dx.

Va tuttavia chiarito che, anche durante la trance, i due emisferi funzionano in maniera integrata, pur con le differenze segnalate, e che in aggiunta alla lateralizzazione emisferica, i più recenti studi elettrofisiologici e di neuroimaging indicano differenze funzionali in senso cranio-caudale (i.e., ipofunzione frontale e iperattività della corteccia occipitale).

2.7 Problemi e metodi dell'induzione ipnotica

L'induzione è un complesso di manovre che l'ipnotista compie per ottenere dal soggetto delle risposte che solitamente si ascrivono alla trance.

In questo contesto va sottolineata anche l'importanza che assumono i riferimenti e i cenni storici, dalla considerazione adeguata della "fascinazione" (Medusa) alle danze, ai canti rituali, all'uso di sostanze (Sciamani, maghi Aztechi, indiani d'America), al "sonno nel tempio" (sacerdoti egizi e greci), al "magnetismo animale": baquet, alberi e bacchette magnetizzate (Messmer, Puységur), alla fissazione di un punto luminoso (James Braid), ai "Passi" (Esdale), alla fissazione degli occhi, di un pendolo in movimento, all'ordine perentorio di dormire, ecc....

Nell'induzione assumono particolare e peculiare importanza gli aspetti relazionali.

La relazione è un momento cruciale per la fiducia (nel terapeuta, nella terapia, nelle proprie possibilità), nella quale emerge la necessità di rispet-



tare e proteggere il soggetto, in una relazione ipnotica considerata area intermedia di esperienza.

Nella relazione terapeutica l'induzione, essendo l'atto forse più propriamente ipnotico, rappresenta un aspetto cruciale del processo terapeutico e può contribuire in modo determinante all'evoluzione della terapia. In effetti è un momento di ulteriore valutazione, un laboratorio di preparazione alla strategia terapeutica, la conferma che l'ipnotista e il soggetto sono in grado di risolvere i problemi, e riassume le difficoltà e le possibilità del rapporto.

Il "rapport" è la relazione "privilegiata" tra soggetto e ipnotista, nella quale il soggetto reagisce solo alle richieste dell'ipnotista e sembra non udire e non vedere le altre persone presenti. Il rapport può essere esteso ad altri se l'ipnotista lo suggerisce.

La riuscita dell'induzione rappresenta e ha molti significati e valenze.

Per il terapeuta, infatti, significa:

- Verificare nel qui ed ora le sue ipotesi e la sua strategia terapeutica;
- Avere conferma delle possibilità e delle risorse del paziente;
- Scoprire i tempi e i modi secondo i quali il paziente cambia e adeguarsi ad essi.

Per il paziente:

- Verificare la possibilità di fare cose nuove e diverse;
- Scoprire di avere capacità di cui non era consapevole;
- Vedere il mondo, le sue relazioni e il suo problema da un altro punto di vista;
- Aumentare la fiducia nel trattamento ipnotico e nel terapeuta.



Per il rapport, considerato nell'accezione sopra descritta:

- Creare rapidamente un livello di rapport profondo;
- Instaurare fin dall'inizio una relazione terapeutica significativa (che normalmente richiederebbe diverse sedute).

Per la riuscita dell'induzione è necessario che il terapeuta abbia capito il problema del paziente e risponde in modo adeguato alla sua richiesta di aiuto, che il paziente riconosca le possibilità positive dell'ipnosi e riesca ad ottenere delle modificazioni immediate, tangibili ed evidenti, che il rapport ne risulti rafforzato e approfondito ogni volta, che ogni induzione successiva diventi più facile.

È naturale che l'induzione, o il processo di induzione, presenta dei problemi. Gli ostacoli più frequenti sono il timore di perdere il controllo, l'eccesso di critica, l'oppositività, la scarsa autostima e l'eccesso di collaborazione.

2.8 Le tecniche di induzione

Le tecniche di induzione hanno delle caratteristiche: a) l'induzione mira a depotenziare l'abituale funzionamento conscio del soggetto per permettergli di creare nuove reti associative e avere accesso a risorse non disponibili nel suo stato di coscienza ordinario; b) le tecniche induttive tendono a destabilizzare i diversi sottosistemi che costituiscono uno stato di coscienza per indurne la modificazione (esterocezione, enterocezione, elaborazione dell'input); c) tutto ciò produce modificazioni anche negli altri sottosistemi (senso dello spazio/tempo, memoria, valutazione logica, output motorio).

Per orientare il soggetto verso la trance è necessario fugare dubbi o timori sull'ipnosi, favorire la concentrazione dell'attenzione (limitazione degli stimoli esterni, della motilità), utilizzare e rinforzare i comportamenti ipnotici spontanei, ridefini-

re positivamente qualsiasi risposta del soggetto; far fissare l'attenzione attraverso il progressivo restringimento e approfondimento del campo della coscienza e l'attenzione selettiva per alcuni stimoli (in base alle caratteristiche del soggetto). Per fare ciò ci sono delle tecniche, dirette e indirette. Le prime si avvalgono della fissazione dello sguardo, dell'avvoconamento pollice/indice, mani, del conteggio alla rovescia, dell'induzione di levitazione, catalessia, delle suggestioni di sonno, rilassamento, della focalizzazione su immagini interne, ricordi, sensazioni, movimenti, ecc.

Le seconde, le tecniche indirette, invece, si avvalgono dell'immaginazione facendo chiudere gli occhi e immaginare, delle sfere di cristallo, delle esperienze precedenti, delle suggestioni dirette a un altro soggetto, della dissociazione (conscio/inconscio, mente/corpo), della confusione, della disseminazione, dei racconti e delle metafore.

Detto questo è naturale che ci venga da chiedere: ma quale tecnica scegliere?

Ci sono dei criteri generali per la scelta della tecnica di induzione, come, per esempio, la richiesta del soggetto, le caratteristiche (diagnosi ipnotica), i comportamenti spontanei, le esperienze precedenti, il livello delle resistenze.

Si può indurre facendo precedere l'induzione da una conversazione sull'ipnosi, dando modo al paziente di esprimere dubbi, timori e pregiudizi, rassicurarlo senza tentare di convincerlo, stigmatizzando e mettendo in atto il doppio legame conscio/inconscio, procedendo al progressivo restringimento del campo della coscienza, utilizzando ogni comportamento responsivo e spontaneo, dando le suggestioni con un tono di voce significativo e carico di aspettative positive, sentendo l'effetto delle suggestioni su noi stessi, utilizzando le suggestioni, le immagini e le metafore adatte al soggetto, facendo in modo che ogni passo avanti nell'induzione si basi sulle effettive realizzazioni del soggetto, considerando

che meno fa l'operatore, più lascia fare al soggetto tanto più si produrranno fenomeni ipnotici in armonia con le sue capacità. È utile ricordare che: a) le suggestioni che diamo sono una possibilità, se il soggetto preferisce fare altro lasciamoglielo fare!; b) non dobbiamo sottovalutare la presenza della trance della trance (nel dubbio pensare che ci sia).

Gli indicatori della riuscita dell'induzione possono essere riassunti in:

- Grado di assorbimento: aspetto quantitativo dell'attenzione;
- Attentività: aspetto qualitativo dell'attenzione (focalizzata/diffusa);
- Responsività (risponde a richieste dirette o indirette?);
- Tendenza a contrapporsi o ad accettare;
- Fenomeni ipnotici spontanei.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI: IL VERO QUID!

Tra ipnosi, etica e bioetica

Ho voluto dare questo taglio al mio lavoro perché, a mio modesto avviso, è necessario conoscere non solo a livello monografico, di definizione, gli ambiti di ricerca, ma anche a livello progettuale, di progettazione ed esplicitazione degli interventi sui pazienti, nell'ambito della cura, attraverso metodi, metodiche e tecniche ipnotiche.

Ipnosi, etica e bioetica, ambiti di saperi e conoscenze scientifiche di tipo filosofico, sociale, psicologico, religioso, medico, ecc, Un unicum di conoscenze che, applicate all'essere umano e alla sua vita, o, meglio, utilizzate per conoscere l'essere umano nella sua totalità e integralità, ci danno la possibilità di stigmatizzare i piani di intervento terapeutico, nella sua più ampia accezione, in ipnositerapia.

Io credo sia giusto e doveroso affrontare e studiare, anche se brevemente, in questa sede, i significati e le valenze dell'alea della moralità e della eticità che aleggia sull'ipnosi come evento, come terapia off limits, come fatto culturale e storico-scientifico impregnato di significati mitici e di misticismo, come viene interpretata, molto spesso a livello soggettivo, come viene fraintesa e, a volte, reificata.

Questa alea di eticità e di moralità pervade l'intero campo dell'ipnosi in quanto terapia che non interessa solo l'hic et nunc, ma anche la storia individuale e la storicità dell'essere, del paziente in quanto tale. Ed è proprio qui la chiave di lettura in termini etici e bioetici dell'ipnosi e dell'ipnositerapia.

Come abbiamo visto l'induzione ipnotica è un complesso di "manovre" e poiché tale implica delle responsabilità di un certo rilievo da parte del terapeuta, dalla responsabilità professionale a quella etico-morale. La prima si fonda sulle conoscenze scientifiche di cui è in possesso e che utilizza pragmaticamente nel rapporto; la seconda parte da lontano e si fonda sulla moralità che si costruisce nel tempo non in relazione a ciò che si diventerà, ma in relazione a ciò che si è nell'attualità, all'hic et nunc, in riferimento a ciò che si è stati e in virtù di come si intende crescere ed evolversi in una società dalle innumerevoli tipologie di relazioni ed interazioni interpersonali.

La categoricità dell'essere eticamente professionale è anche dettata dal codice Deontologico dell'Ordine degli Psicologi, in particolare, per quanto riguarda la specificità del mio lavoro, dall'art. 28 che recita: "Lo psicologo evita commistioni tra il ruolo professionale e vita privata che possano interferire con l'attività professionale o comunque arrecare nocimento all'immagine sociale della professione.

Costituisce grave violazione deontologica effet-



tuare interventi diagnostici, di sostegno psicologico o di psicoterapia rivolti a persone con le quali ha intrattenuto o intrattiene relazioni significative di natura personale, in particolare di natura affettivo-sentimentale e/o sessuale. Parimenti costituisce grave violazione deontologica instaurare le suddette relazioni nel corso del rapporto professionale.

Allo psicologo è vietata qualsiasi attività che, in ragione del rapporto professionale, possa produrre per lui indebiti vantaggi diretti o indiretti di carattere patrimoniale o non patrimoniale, ad esclusione del compenso pattuito. Lo psicologo non sfrutta la posizione professionale che assume nei confronti di colleghi in supervisione e di tirocinanti, per fini estranei al rapporto pro-

fessionale". Ma al di là di questo è anche giusto sottolineare che l'etica e la morale sono la base e alla base di una positiva relazione tra terapeuta e paziente, o di un positivo rapporto. Non dobbiamo dimenticare che chi si rivolge a noi non sono solo persone, ma sono persone bisognose di stima, alla ricerca di soluzioni di problemi di varia natura che condizionano la loro vita. Non dobbiamo tradire la loro fiducia e dobbiamo preoccuparci della loro fragilità emotiva, esistenziale, relazionale, ecc..., in quanto persone, terapeuti coscienti dell'importanza del lavoro di psicoterapeuti, nel nostro caso di ipnotismi, ipnologi, ipnoterapeuti.

Dico tutto ciò pensando alle suggestioni che "inoculiamo", che proponiamo, che facciamo vi-

vere; ai “passi” messmeriani, che possono essere fraintesi a seconda di come li proponiamo; al tono di voce che utilizziamo, alle cadenze e alla fluidità verbale, e quant’altro.

È nostro dovere saper ascoltare il paziente e i “suoi” bisogni e necessità, le “sue” richieste, rispettando lo stato di bisogno e/o di frustrazione di una persona in difficoltà, sapendo riconoscere, quando necessario, i nostri limiti ed agire di conseguenza.

Non siamo i Casella di turno, ma ben altro, professionisti che utilizzano non un’arte, ma saperi e conoscenze scientifiche che si sono sviluppate lungo secoli di esperienze e di sperimentazioni. E poiché tali è nostro dovere, alla luce di quanto detto fin qui, in considerazione di quanto argomentato intorno all’etica, alla bioetica e all’ipnosi, tener sempre presente, in una situazione di rapport che la libertà di comprensione e di azione del terapeuta è una libertà condizionata dal modo di essere, dalla cultura e dalla libertà del paziente.

Considerare, da parte nostra, la libertà altrui è già condizione imprescindibile che un rapport si strutturi e realizzi in termini positivi; è già possibilità di interpretare coscientemente quanto il paziente vorrà riferirci; è già terapia; è già ipnosi, in quanto offre la possibilità, tra l’altro, di provare liberamente le suggestioni proposte e viverle in una realtà ipnotica propria. E se tale è la libertà, vorrà dire che essa stessa sarà il trampolino di lancio per il paziente al fine di operare delle scelte in piena autonomia.

Al comportamento etico del terapeuta si rifà anche il concetto del rispetto della privacy del paziente: ogni paziente ha una sua storia, ogni storia ha dei protagonisti, ogni protagonista ha un proprio carattere per cui non ci si può, né ci si deve, confondere nella interpretazione di una storia in riferimento ad un’altra storia di un altro paziente, nemmeno parlandone con chiacchiera.

È necessaria una coscienza ed un’etica professionale che vada oltre la semplice interpretazione dei fatti attraverso una filosofia del senso comune e uno psicologismo da rotocalchi.

Ci sono delle norme e delle regole da rispettare e da considerare nella estrinsecazione della nostra attività lavorativa, come è giusto che sia, ma credo sia necessario rispettare e considerare, prima ancora che regole e norme, il vero valore, il “rispetto della persona”, dell’uomo in quanto tale. È un valore della specie naturale prima ancora che sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Barber T. X. (1972). *Ipnosi, un approccio scientifico*, Astrolabio Roma.
- De Benedittis G. (1978). *Introduzione allo studio ed alla terapia del dolore*, Ghedini, Milano, 1978.
- De Benedittis G. & Carli G. C., (1990). *Psoconeurobiologia dell’ipnosi. Seminari sul dolore del Centro Studi Analgesia*, Università di Milano.
- De Benedittis G., Panerai A. E. & al., (1989). *Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37.
- Erickson M.H., (1978). *Le nuove vie dell’ipnosi*. Astrolabio, Roma.
- Hilgard E. R., (1983). *Hypnosis in the relief of pain*, William Kauffman, Los Altos.
- Milton H. Erickson, Ernest L. Rossi, Sheila I. Rossi, (1979). *Tecniche di suggestione ipnotica. Introduzione dell’ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*, Astrolabio-Ubaldini.
- Mosconi G. P., (1993). *Psicoterapia Ipnocica – principi e fondamenti*, Piccin, Padova.
- Pavlov I. P., (1966). *I riflessi condizionati*. Boringhieri, Torino.
- Potter V.R., (1971). *Bioethics to the future*, Prentice-Hall, Englewood Cliff.
- Russo G., (1995). *Bioetica fondamentale e generale*, SEI, Torino.
- Yapko Michael D., (2015). *Le basi dell’ipnosi. Una guida avanzata ai concetti e ai metodi*, Astrolabio-Ubaldini.



MALINGERING ED ESAME PSICOFORENSE LA VALIDITÀ DEI SINTOMI

Gianmarco Convertino

Dottore in Psicologia, Tirocinante
Psicologo c/o Dip. FORPSICOM,
Università degli Studi di Bari "A. Moro"

Antonietta Curci

Professoressa Ordinaria di Psicologia
Generale, Dip. FORPSICOM,
Università degli Studi di Bari "A. Moro"

RIASSUNTO

Il ricorso al sapere scientifico in ambito processuale si giustifica per la necessità di un apporto di conoscenze che non costituiscono patrimonio del giudice o della collettività ed è utile per l'accertamento dei fatti di cui si discute. Lo psicologo forense, esperto nell'area delle scienze psicologiche, è chiamato dunque a contribuire secondo le richieste del giudice o delle parti con atteggiamento scientifico. Questo si traduce nell'esercizio di un pensiero analitico che è in grado di valutare criticamente anche le variabili del setting che potrebbero distorcere i risultati del suo contributo. Tra le variabili presenti in questi contesti, l'atteggiamento simulatorio è (quasi) una costante. Se la comunità scientifica ha ormai dimostrato questo fenomeno, lo psicologo forense è chiamato a controllarne gli effetti per potervi porre un argine. È per questo che il *Symptoms Validity Assessment* ha ritrovato in Europa un grande impulso negli ultimi vent'anni, mettendo a punto una enorme mole di strumenti e logiche da applicare insieme ai protocolli valutativi già noti. Nuovi strumenti e nuove teorie aiutano il professionista ad aiutare la giustizia.

PAROLE CHIAVE

Malingering; Symptom Validity Assessment; Fibromialgia; Memoria; Psicopatia.

L'utilizzo di strumenti psicometrici adeguati è un elemento imprescindibile dell'*assessment* psicologico in ambito forense. Test e procedure standardizzate però non liberano il professionista dal rischio che i sintomi siano simulati e dalle conseguenze dannose derivanti da una decisione diagnostica imprecisa. Parallelamente allo sviluppo di tecniche sempre più accurate ed *evidence-based*, si rende dunque necessaria una particolare attenzione alla simulazione e alle strategie di *detection*. La simulazione è un comportamento strategicamente congeniale a fornire una particolare immagine di sé e consiste nella contraffazione delle risposte a test e strumenti diagnostici. Il risultato che si persegue consente di distinguere all'interno dei fenomeni di *faking* il *faking bad*, ossia l'alterazione in senso peggiorativo, più malato, di sé stessi, e il *faking good*, finalizzato invece a mostrare un'immagine di sé migliore rispetto alla realtà (Ellingson e McFarland, 2011). Il *faking bad* è notoriamente conosciuto



nella letteratura scientifica con il termine di derivazione militare "*malingering*", che indica l'atto per cui il soldato richiede di essere sottoposto a visita medica e viene successivamente marcato dal medico sulla lista dei malati.

Secondo il DSM-5 (APA, 2013) il *malingering* è la simulazione di malattia attraverso la produzione o l'esagerazione intenzionale di sintomi fisici o psichici, motivata da incentivi esterni o dall'obiettivo di avere miglioramenti nella propria condizione di vita. La simulazione non è inclusa tra i disturbi clinici ma sarà ugualmente necessaria un'adeguata diagnosi differenziale rispetto a disturbi fittizi, disturbi somatoformi e altre forme di psicopatologia. Tale distinguo è praticabile considerando un ipotetico sistema bidimensionale costituito dai due assi intenzionalità e focus del vantaggio. In ottica categoriale, poi, è possibile individuare per l'intenzionalità i livelli consa-

pevole e inconsapevole e, per il vantaggio, il focus interno e il focus esterno o, meglio, *primary gain* e *secondary gain* (Dersh e colleghi, 2004). Con *primary gain* ci si riferisce al guadagno coincidente col sollievo immediato da colpa, tensione o stati psicologici spiacevoli derivanti da un dato comportamento, alla base di disturbi come quello di conversione. I *secondary gain* sono invece benefici esterni (guadagno economico, evitamento di una sanzione, ecc.) ottenuti dalla messa in atto del comportamento, alla base del *malingering*. *Primary* e *secondary gain* possono anche coesistere, identificando così un'area grigia costituita da quadri collocabili al confine tra simulazione e psicopatologia, nella quale è possibile includere disturbi fittizi e da sintomi somatici.

MODELLI TEORICI

Ogni giorno le persone usano diverse strategie per evitare che le proprie menzogne siano sco-



perfe, fornendo resoconti vicini alla realtà, non esplicitando informazioni inutili e mantenendo strutture semplici dei racconti (Strömwall e Willen, 2011). L'esistenza di queste strategie e gli studi di prevalenza dell'ambito fanno supporre che il *malingering* si configuri come un fenomeno più frequente di quanto ci si aspetti (Ardolf, Denney e Houston, 2007; Dandachi-FitzGerald e colleghi, 2011; Mittenberg e colleghi, 2002; Sharland e Gfeller, 2007) ma, nonostante questo, esistono molte idee errate in merito. Secondo Rogers (2018), infatti, tra i pregiudizi più comuni rispetto al *malingering* vi è la convinzione che il fenomeno sia raro e che si configuri come uno stile di risposta fisso, interpretabile primariamente come un comportamento antisociale. Ancora, l'autore sostiene vi sia una rappresentazione comune, stereotipata ed errata della simulazione come fenomeno simile ad un *iceberg*, nel quale l'inganno rappresenta solo la punta di un insieme di fenomeni psicologici con radici più profonde. La presenza di sintomi genuini, dunque, sarebbe preclusa dal fenomeno in questione e la prevalenza sarebbe indipendente dai contesti in cui il comportamento viene attuato. Questi pregiudizi sono stati oggetto di una sistematica riflessione da parte dell'autore, volta a decostruirne gli aspetti più ingenui per giungere ad interpretare la simulazione come un comportamento adattivo, almeno dalla prospettiva di chi mente. Esso è, dunque, un comportamento finalizzato alla risoluzione a proprio favore di una situazione altamente avversa ed è basato su un'analisi costi-benefici (Rogers e colleghi, 1994).

Oltre a questo modello esplicativo, però, nella letteratura si ritrovano altri due modelli relativi alla simulazione (Rogers e Bender, 2018). Un primo modello fa riferimento al *malingering* come malattia ed è stato nominato "modello patogeno". All'interno di questa prospettiva si ritrovano molti autori psicodinamici che hanno etichettato la simulazione come una forma di malattia mentale; Hay (1983), ad esempio, ha

affermato che la simulazione di schizofrenia è una fase prodromica della malattia genuina e funge da dispositivo temporaneo a supporto dell'io. Anche se alcuni studi hanno evidenziato che coloro che simulano una malattia si rivelano effettivamente malati ai *follow-up* (Waschpress e colleghi, 1953), tali studi sono pochi e la stessa letteratura psicodinamica contemporanea ha evidenziato limiti importanti del modello (Lo Piccolo e colleghi, 1999). Inoltre, si è osservato che la maggior parte dei partecipanti non presentava più i sintomi a seguito della conclusione del contenzioso in cui erano coinvolti. Il modello patogeno più moderno, dunque, ipotizza che i simulatori siano individui che inizialmente producono intenzionalmente i sintomi, nel tentativo di controllare un disagio effettivamente sperimentato, e che con il passare del tempo diventino sempre meno capaci di controllare la stessa simulazione. Il modello patogeno potrebbe configurarsi come un modello utile alla comprensione dei disturbi da sintomi somatici e fittizi nei setting clinici.

Il modello criminologico, invece, concettualizza la simulazione come un atto antisociale che è più probabile venga commesso da personalità antisociali. Tuttavia, la diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità (DAP) attualmente è più basata su caratteristiche anamnestiche che su fattori patognomici (APA, 2013). Il DSM-5, poi, nella definizione di simulazione di malattia, specifica la necessità di una particolare attenzione in presenza di DAP. Questo ha portato nel corso del tempo a non pochi problemi, generando nei professionisti l'euristica per cui esiste un legame diretto tra le due diagnosi. Diverse sono dunque le considerazioni che si intendono fare a proposito:

- Numerosi studi (ad es., Pierson e colleghi, 2011; Dandachi-FitzGerald e colleghi, 2011) hanno evidenziato che gruppi con e senza diagnosi di DAP non differivano rispetto ai loro punteggi su strumenti di valutazione dell'*over-reporting*;

- Se si considerassero le stime di prevalenza del *malingering*, si finirebbe per concludere in maniera assurda che buona parte della popolazione generale, ed una parte ancora più grande di persone nei setting forensi, siano classificabili come DAP;
- Il termine antisociale è in realtà un'etichetta relativamente moderna, con la quale si è fatta sintesi delle caratteristiche personologiche degli individui che precedentemente rientravano nelle categorie della psicopatia o della sociopatia. Negli ultimi anni, tuttavia, il termine psicopatico è tornato ad essere utilizzato in quanto rimanda a caratteristiche non contemplate dal DAP e, comunque, utili a differenziare gli individui con personalità psicopatica da quelli che mostrano comportamenti antisociali ma personalità non psicopatica. In generale, la psicopatia è molto più grave della mera antisocialità e si configura come un costrutto dimensionale e politetico (Hare, 2003; Salekin, Rogers e Sewell, 1996).

In sintesi, il modello criminologico finirebbe per considerare *malingering* e psicopatia come fenomeni tutto-o-nulla, riducendo la complessità dei costrutti e sacrificando la possibilità di indagare eventuali relazioni tra i fenomeni. Anche in questo caso, dunque, il modello adattivo si mostra come il più efficace e con una portata euristica maggiore, offrendo nuove possibilità di indagine dei costrutti che, come evidenziato da alcuni studi (ad es., Halevy, Shalvi e Verschuere, 2014), presentano dei legami ancora poco chiari.

L'attenzione alla simulazione è necessità pragmatica prima ancora che teorica, anche in considerazione dei costi drammatici per la società di questo fenomeno (Bush, Heilbronner e Ruff, 2014). Il *malingering* di disturbi psichiatrici e cognitivi costa infatti al sistema previdenziale statunitense milioni di dollari ogni anno (Chafetz e Underhill, 2013) ed è plausibile che lo stesso valga anche per il sistema previdenziale italiano, che prevede sussidi economici a sup-

porto di coloro i quali risultano funzionalmente svantaggiati. I costi della simulazione, poi, possono assumere anche forme diverse in termini di sicurezza sociale e di giustizia. Sebbene nei contesti clinici il sintomo psichico esiste perché il paziente lo riferisce e la valutazione della simulazione si basa principalmente sul giudizio clinico (Ferrara e colleghi, 2016), il contesto forense richiede che si controllino scientificamente le variabili relative al fenomeno. Il numero dei clinici coinvolti nel lavoro di consulenza in contesti forensi e istituzionali è decisamente elevato (Otto e Heilbrun, 2002) e, nonostante siano sufficienti pochi requisiti professionali per tali mansioni, è necessaria una particolare attenzione nei confronti di un'eventuale trasposizione *tout-court* di metodi, teorie e tecniche dell'ambito clinico in quello forense. Diviene dunque importante avere familiarità con le caratteristiche specifiche dei diversi setting forensi, i quadri clinici più controversi e facilmente simulabili e le diverse strategie per la *detection di malingering*.

SETTING

Stando ai dati riportati da Larrabee (2003) per l'ambito clinico, 548 soggetti su 1363 hanno evidenziato deficit di prestazione suggestivi di *malingering*. Ciò significa che il 40% dei partecipanti ad una valutazione psicologica potrebbe fingere uno stato di malattia. Questa stima può essere ancora più sconcertante se si prendono in considerazione le presentazioni di sintomi in ambito forense, data la presenza di incentivi esterni non sempre palesi e ammettendo che i simulatori di successo restino esclusi dalle rilevazioni. A conferma di questi dati, anche altri studi autorevoli come quello di Mittenberg e colleghi (2002), trovano valori simili, corroborando la tesi per cui la simulazione è un fenomeno molto frequente (Sharland e Gfeller, 2007).

Nonostante questi dati, in Italia solo il 22% degli psicologi include misure di validità dei sintomi in ogni valutazione forense (Dandachi-FitzGerald,



Ponds e Merten, 2013). Molti esperti, infatti, evitano del tutto di diagnosticare la simulazione confidando nel fatto che questa condizione sia rara, con un rischio trascurabile di commettere errori (Merten e colleghi, 2013). La realtà però è molto differente: tutti hanno esperienza col mentire e con l'essere vittima di menzogne, ma persino gli ufficiali di polizia, addestrati per rilevare l'inganno, sono in grado di effettuare *detection* solo ad un livello casuale di probabilità (Bogaard e colleghi, 2016), in maniera molto simile al resto della popolazione (Hauch e colleghi, 2016). In altri termini, è come se si delegasse al lancio di una moneta la valutazione della validità dei sintomi. È vero: tutti mentono; è necessario quindi fare riferimento alle caratteristiche del setting di valutazione -più che alle caratteristiche individuali- per comprendere le diverse manifestazioni del *malingering*. Un'adeguata valutazione, infatti, non può essere limitata esclusivamente all'utilizzo di strumenti psicometrici solidi, dal momento che essi esigono *compliance*

da parte del valutando; i contesti informano la valutazione.

L'articolo 2059 del Codice Civile stabilisce che "il danno non patrimoniale debba essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge", includendo anche il "danno biologico, cioè la lesione psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale, che incide sul suo quotidiano e sulle sue relazioni". Seppure in questo contesto sia necessario qualificare il debito come debito di valore, cioè debito che ha ad oggetto una prestazione diversa dal pagamento di una somma di denaro, esso si converte di fatto in tale prestazione sulla base di apposite tabelle. Allo psicologo viene dunque chiesto di contribuire fornendo descrizione e misurazione della natura, dell'entità e della credibilità del danno lamentato; ciò avviene attraverso una comparazione ipsativa tra lo stato della persona al momento della richiesta e quello eventualmente premorbo, utilizzando metodi basati

su dati anamnestici e demografici o basati sulle abilità preservate. La rilevanza di tali argomenti è evidente se si considerano i vantaggi caratterizzanti tali contesti e la prevalenza stimata del fenomeno. Nell'ambito civile e in quello previdenziale, infatti, Mittenberg e colleghi (2002) trovano una media di probabile *malingering* rispettivamente del 30,43% e del 32,73%.

Il *faking* può avere un impatto decisamente rilevante anche in ambito penale, sotto forma di *faking bad* e di *faking good*; limitatamente al *malingering*, però, i contesti penali possono essere teatro di simulazione già nelle fasi precedenti l'avvio del processo vero e proprio, ovvero nella fase istruttoria, e in quelle successive alla fase di *sentencing*, con l'eventuale esecuzione della pena. I quesiti giuridici in tale contesto afferiscono generalmente a tre aree di valutazione, ossia alla capacità di partecipazione cosciente al processo, all'imputabilità (verificabile in relazione al momento del fatto, al momento del suo accertamento o al momento dell'esecuzione della sanzione penale) e alla verifica della compatibilità con lo stato di detenzione e il regime carcerario (Fornari, 2004). In tali contesti, dunque, si discute in merito a questioni di libertà e reclusione, questioni decisamente più rilevanti dal punto di vista etico e umano rispetto a questioni economiche. L'evidente vantaggio esterno e la stima di prevalenza di simulazione (22,78%) studiata da Mittenberg e colleghi (2002) giustificano l'interesse e la preoccupazione dei professionisti impegnati nella valutazione.

QUADRI SIMULATI

Esistono sindromi la cui simulazione è particolarmente diffusa nei contesti psicoforensi: ciò è dovuto probabilmente al fatto che per la loro diagnosi non sono ancora disponibili esami "in doppio cieco". Inoltre, alcune sindromi particolarmente intuitive per le loro manifestazioni e per la disponibilità di risorse informative potrebbero facilitare la simulazione. Non potendo controllare le variabili che spingono l'esaminan-

do a simulare un quadro clinico piuttosto che un altro, è necessario almeno prestare attenzione ai quadri più controversi. Tralasciando quadri comuni come PTSD, depressione e psicosi, rispetto alla cui simulazione già da tempo la letteratura allerta i professionisti, si intende qui focalizzare l'attenzione su altre due questioni rilevanti: problemi di memoria e sindrome fibromialgica. Anche danni neurologici non rilevabili, infatti, causano deficit evidenti all'esame neuropsicologico. È il caso di eventi come traumi cranici lievi, intossicazioni e folgorazioni, i quali producono danni a carico potenzialmente di qualsiasi dominio cognitivo, anche a distanza di tempo (cfr. Boone e Lu, 2003; Greve e colleghi, 2006; Hartman, 1995; Pliskin e colleghi, 2006; Yarnell, 2005). I problemi di memoria però rappresentano un elemento importante della valutazione psicoforense: senza l'abilità di imparare e di ricordare molti individui vivrebbero un deciso svantaggio in termini di autonomia ma, accanto a questo, potrebbero essere ritenuti non responsabili delle loro azioni, con evidenti vantaggi nei contesti di giudizio. Tuttavia, ancora oggi sembra particolarmente diffuso il classico distinguo tra amnesia organica e psicogena. L'amnesia organica sarebbe generata da un danno neurologico mentre quella psicogena è stata interpretata in altri tempi come l'esito dell'azione di meccanismi di difesa e funzioni mentali inconscie. D'altra parte, negli ultimi anni si è osservato come le credenze *naïves* in merito ai problemi di memoria e alle cosiddette memorie represses siano diffuse anche fra gli psicologi. Il concetto scientificamente controverso di amnesia dissociativa ha guadagnato infatti popolarità e i suoi relativi deficit sembrano essere particolarmente inflazionati, richiedendo una particolare attenzione soprattutto nei contesti influenzabili da fenomeni simulatori (Otgaar e colleghi, 2019).

Nel caso dell'amnesia psicogena, dunque, non si riuscirebbe a verificare empiricamente la genuinità del disturbo. È ragionevole invece affer-



mare che l'oblio di eventi autobiografici possa configurarsi come frutto di processi intenzionali e, dunque, di fenomeni di simulazione: la persona mancherebbe la rievocazione degli eventi perché non vuole, non perché non possa. Il problema sorge nella misura in cui è stato dimostrato che la repressione di un ricordo avvia un processo retroattivo, per cui la traccia mnestica originaria risulta indebolita dalla mancata rievocazione (Oorsouw e Merckelbach, 2004; Battista e colleghi, 2020). Questo meccanismo, secondo Oorsouw e Merckelbach (2004) potrebbe essere causato dalla mancanza di *rehearsal*; tuttavia, studi più recenti (Mangiulli e colleghi, 2019) hanno evidenziato, nel processo di indebolimento della traccia mnestica originaria, un ruolo preminente del meccanismo di oblio indotto dal recupero. L'oblio indotto dal recupero, infatti, è un meccanismo che sopprime il conflitto derivante dall'attivazione di ricordi correlati al ricordo bersaglio, supportando il richiamo selettivo (Anderson, 2003). Il simulatore, in pratica, omettendo intenzionalmente una parte dei ricordi riferiti all'evento in questione per richiamare altre parti più convenienti, finirebbe per dimenticare quelle omesse. Ciò diventa problematico nell'ambito del *malingering*, poiché un deficit inizialmente simulato potrebbe successivamente trasformarsi in un deficit autentico. Resta comunque difficile credere che eventi e conseguenze psicologicamente molto salienti, come quelli che si discutono in ambito di giudizio, possano davvero essere oggetto di processi di oblio, soprattutto alla luce delle più recenti concettualizzazioni sui processi di memoria. Conway e Loveday (2015) sostengono infatti che le memorie autobiografiche specifiche si configurino come *patterns* di attivazione delle strutture di conoscenza della memoria autobiografica, generati a loro volta da uno stimolo attivante. In questo processo, il *working-self* elaborerebbe i segnali basandosi su ciò che si conosce e, dunque, tali conoscenze inizialmente attivano e controllano la costruzione di ricordi. Viene dunque restituita una concezione di me-

moria come insieme di processi attivi di (ri)costruzione di ricordi, in cui tutte le memorie sono in qualche modo false e il cui ruolo principale è quello di generare significati personali. Evidentemente, se la persona ha assistito all'evento e se dell'evento se ne discute in ambito forense (è un evento saliente), in fase di rievocazione si attiverà il *pattern* di conoscenze relato e, tuttavia, la persona potrà scegliere se rievocarlo e come farlo. L'aspetto è interessante soprattutto nella misura in cui potrebbe riguardare persone coinvolte in cause civili e in cause penali e, in quest'ultimo caso, coinvolgerebbe sia l'autore di reato che la vittima o il testimone. Dati questi studi, bisognerebbe prestare particolare attenzione alla simulazione in fase di valutazione, perché presunti deficit mnescici potrebbero essere indicativi di un più generale atteggiamento simulatorio.

La fibromialgia, invece, è caratterizzata da sofferenza muscoloscheletrica diffusa ed è influenzata da molti fattori esogeni. Le peculiarità sono i disturbi del sonno e la presenza di punti elettivi di dolorabilità. Dal punto di vista epidemiologico, la fibromialgia rappresenta il 20% di tutte le malattie reumatiche ed è più comune nelle donne in età media (Gran, 2003; Yunus, 2002), di cultura medio-bassa, casalinghe o con attività lavorative poco gratificanti e situazioni familiari conflittuali, anche se non è possibile escludere la diagnosi nel resto della popolazione. La prevalenza di questo disturbo oscilla dallo 0,5% al 5% (Lindell e colleghi 2000; Neumann e Buskila, 2003) e l'eziopatogenesi non è stata ancora chiarita. La fibromialgia e i sintomi cronici ad essa correlati, come la stanchezza e il dolore diffuso, sono stati associati a storie di vittimizzazione caratterizzate da abuso emotivo, fisico o sessuale (Gordon, 1999). La frequente associazione con disturbi funzionali e l'elevata influenza dell'ansia sull'andamento del dolore, costituiscono un insieme sintomatologico che, secondo molti autori, ritrova un ruolo patogenetico nello status psicologico del paziente. Molti

studiosi hanno infatti rilevato un chiaro stato depressivo concomitante alla sindrome fibromialgica, mentre sul piano organico non sono state dimostrate lesioni di tipo infiammatorio o necrotiche tali da giustificare l'estrema dolorabilità. La diagnosi è dunque clinica; malessere e dolore spontaneo sono riferiti più spesso a livello delle regioni cervicale e lombare, a livello dei gomiti, delle ginocchia e delle mani. Tuttavia, la maggior parte della popolazione presenta alcuni *tender points*, consentendo di concludere che essi si configurino semplicemente come regioni corporee più dolenti di altre. Ciò significa che segni e sintomi della malattia si manifesterebbero nelle persone come un continuum e i criteri classificativi della sindrome identificano semplicemente un estremo di questo continuum. Per tale motivo, tra i nuovi criteri diagnostici dell'*American College of Rheumatology* non si ritrova più la palpazione (Wolfe e colleghi, 1990) ma solamente la valutazione di numero e sedi dei *tender points*. La frequente presenza di disturbi psicologici e psichiatrici (Kurtze e Svebak, 2001; White e colleghi, 2002) renderebbe inoltre necessaria una valutazione psicologica, soprattutto nei casi in cui la sindrome viene introdotta all'interno di procedimenti nell'ambito forense. Gordon (1999) ha infatti osservato che fino al 36% dei pazienti con fibromialgia può diventare inabile al lavoro, con un impatto notevole sulla società in termini di maggiore utilizzo delle risorse sanitarie, invalidità e costi assicurativi e giudiziari. Grace e colleghi (1999) hanno quindi confrontato 30 pazienti fibromialgici con 30 partecipanti sani e hanno osservato che i primi avevano prestazioni peggiori nei test di richiamo immediato e in quelli di attenzione uditiva sostenuta. Aspetto interessante, però, è che utilizzando misure soggettive sulla gravità dei sintomi è emerso che i deficit di memoria percepiti dai pazienti erano esageratamente maggiori rispetto alle misurazioni ottenute tramite i test cognitivi. È possibile, dunque, che esista una forma di esagerazione dei sintomi nei resoconti dei pazienti che necessita di investi-

gazioni utili a discernerne la natura. Affidando all'ambito medico la discussione in merito alla base organica dei sintomi funzionali, potrebbe essere invece di particolare interesse indagarne l'impatto nei contesti di valutazione psicoforense. Alcuni studi, infatti, hanno scoperto che la presenza di incentivi medico-legali in questa categoria di pazienti è associata ad un aumento dei livelli riportati di compromissione dell'adattamento e di varie funzioni cognitive, come la memoria (Schnurr e MacDonald, 1995). Gervais e colleghi (2001) hanno trovato che il 35% di pazienti coinvolti in una valutazione per l'ottenimento di un indennizzo hanno ottenuto prestazioni cognitive suggestive di uno scarso livello di cooperatività, in associazione a comportamenti di *over-reporting*. Nel gruppo dei partecipanti non impegnati nella richiesta per l'ottenimento di vantaggi, invece, solo il 4% ha mostrato comportamenti suggestivi di *malingering*. La simulazione del quadro clinico in oggetto, inoltre, è molto frequente e necessita di molta attenzione in fase di valutazione. Kay e Morris-Jones (1998) hanno osservato come la pratica di stabilire in ambito clinico lo stato del paziente coinvolto in contenziosi legali sia molto frequente, con conseguenze dannose in ambito di giudizio. Gli autori hanno dimostrato tramite prove video che una percentuale tra il 20% e il 44% di pazienti richiedenti valutazione stesse in realtà simulando i sintomi. Molti pazienti impegnati in contenziosi, infatti, cercano di rafforzare la credibilità dei sintomi simulati attraverso la valutazione e il supporto in ambito ambulatoriale. Dato che anche strumenti consolidati per la valutazione dell'atteggiamento simulatorio si dimostrano inefficaci in questi casi (Ramírez e colleghi, 2013), nasce l'esigenza di avere a disposizione nuovi strumenti valutativi, consapevoli che la presenza di sintomi fisici non costituisce prova a favore di una genuina presentazione.

STRUMENTI

Si è già sostenuto come i test psicometrici siano strumenti strettamente necessari; essi assu-



mono valore sovrapponibile a quello di esami di *imaging*, nella misura in cui necessitano di interpretazione da parte del somministratore e *compliance* da parte del valutando. Queste categorie di strumenti, infatti, pur collocandosi ad un livello di accuratezza inferiore rispetto agli esami di laboratorio per i motivi già detti, consentono di andare oltre la diagnosi clinica ed offrire ugualmente dati con un livello di probabilità noto. Le proprietà psicometriche dello strumento stesso, inoltre, possono essere adeguatamente manipolate con riferimento alla letteratura prima della valutazione stessa. Gli studi hanno dimostrato che l'utilizzo di strumenti neuropsicologici adeguati consente di discriminare tra clienti impegnati in contenziosi e clienti che non lo sono o, in altre parole, tra persone che mettono in atto comportamenti simulatori e persone che partecipano in modo onesto all'*assessment* (Meyers e Volbrecht, 2003). Tuttavia, nessuno strumento psicometrico è in grado di individuare la menzo-

gna in senso stretto; l'attenzione è rivolta piuttosto all'atteggiamento simulatorio della persona in esame, ovvero alla verifica sull'adozione di risposte non corrispondenti al reale stato psicofisico.

Secondo Merten e collaboratori (2013) è possibile suddividere gli strumenti del *Symptoms Validity Assessment* (SVA) in due macroaree: l'area dei test psicometrici e quella dei metodi basati su dati osservativi e su analisi dei dati. All'interno dei test psicometrici, poi, è possibile distinguere i *Performance Validity Test* (PVT) e i *Self-report Validity Test* (SVT). I primi valutano la validità dei sintomi in base alla prestazione e in combinazione a tecniche e logiche e sono generalmente costruiti per l'ambito clinico. In questa sede si focalizzerà però l'attenzione sui SVT, che possono avere un ruolo chiave nell'individuazione dell'*over-reporting*. Emerge infatti nel panorama italiano il bisogno di nuovi questionari per supe-



rare i limiti di quelli già esistenti e gli effetti del *coaching*. In particolare, si prenderanno in esame l'MMPI-2, il SIMS e l'SRSI. Rispettivamente, il primo strumento è forse il più diffuso nella pratica psicoforense; il secondo, invece, si attesta come *gold standard* tra i self-report per la valutazione dell'atteggiamento simulatorio; infine il terzo, anche se non ancora disponibile in Italia, si configura come uno strumento promettente che consentirebbe di superare i limiti degli strumenti già detti. È indiscutibile però che l'*over-reporting* assuma forme opposte su SVT e PVT e, nella pratica, entrambe le tipologie di test dovrebbero essere utilizzati (Dandachi-FitzGerald e colleghi, 2011). Il presupposto concettuale su cui si basano i SVT è quello che, per loro stessa natura, essi sono facilmente oggetto di distorsioni nel restituire il quadro clinico del cliente. Ciò è dovuto al fatto che dipendono dalla conoscenza e dall'esperienza individuale dei sintomi. In questo contesto però tale limite si trasforma in vantaggio se, definita una soglia critica entro la quale è accettabile che il resoconto del cliente sia inaccurato, si riconosce che risultati oltre la stessa soglia siano poco frequenti nella popolazione clinica; essi assumono dunque il significato di indicatori di atteggiamento simulatorio. È stato suggerito che un cliente dovrebbe destare sospetti di simulazione solo in caso di fallimento su almeno due strumenti SVA (Victor e colleghi, 2009; Giger e colleghi, 2010).

L'MMPI-2 (Butcher e colleghi, 1989) è un questionario utile al SVA in virtù delle sue scale di validità, le quali si propongono di individuare eventuali *bias* di risposta. Le scale F, Fb e Fp valutano infatti la tendenza a sovrastimare i propri problemi, il livello di cooperazione e la simulazione di sintomi psicologici, mentre le scale L e K consentono di valutare la desiderabilità sociale. Accanto a queste misure direttamente fornite dal questionario, è anche possibile ricavare diversi indici di atteggiamento simulatorio. Lo strumento, già nella sua prima versione, è stato ampiamente utilizzato nelle valutazioni psicoforensi (Baer e

Miller, 2002). Tuttavia, proprio la larga diffusione ne ha messo in discussione la validità dei risultati. Nel corso degli anni si è assistito infatti ad una diffusione incontrollata di conoscenze e addestramenti per evadere l'individuazione, talvolta ad opera degli stessi avvocati (Lees-Haley, 1997). I *coaching* possono avere un forte impatto sulla valutazione tramite MMPI-2 e generalmente si basano sul fornire informazioni specifiche rispetto al disturbo da simulare o rispetto alle strategie di *detection* del test (Victor e Abeles, 2004). Rogers e colleghi (1993) hanno studiato le differenze sugli esiti della valutazione in quattro condizioni (no *coaching*, *coaching* sui sintomi, *coaching* sulle strategie del test, *coaching* su sintomi e strategie), scoprendo che il *coaching* sulle strategie consentiva di raggiungere elevazioni clinicamente significative sulle scale Paranoia e Schizofrenia e punteggi di validità paragonabili a quelli di veri pazienti schizofrenici.

In merito agli effetti del *coaching* sui risultati MMPI-2 esistono numerosi studi (per es., Rogers e colleghi, 1993; Storm e Graham, 2000) che dovrebbero dunque scoraggiare il professionista ad affidarsi esclusivamente ai risultati di questo strumento. D'altra parte, già Baer e collaboratori (1995) avevano osservato come il *coaching* potrebbe addirittura non essere necessario per evadere il rilevamento all'MMPI-2. Allertare la persona rispetto alla valutazione della validità dei sintomi potrebbe infatti essere sufficiente ai simulatori per presentare un'immagine di sé malata e realistica.

Il SIMS (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*; Widows e Smith, 2005), invece, è il più diffuso strumento *self-report* per l'individuazione di sintomi distorti (Martin, Schroeder e Odland, 2015). È costituito da cinque scale con 75 item a risposta dicotomica, utili a individuare sintomi simulati di psicosi, danno neurologico, disturbi amnesici, bassa intelligenza e disturbi affettivi. Gli item dello strumento riguardano sintomi atipici anche nelle popolazioni cliniche, per cui l'eccessivo



riscontro di tali sintomi è indicatore di un atteggiamento di simulazione. Il punteggio totale è dato dalla somma dei singoli item che, se superiore a 14 (Smith e Burger, 1997), è suggestivo di *malingering*. L'impiego di questo strumento nella fase iniziale del SVA può essere particolarmente utile nel fornire un'ipotesi in merito alla psicopatologia che la persona potrebbe fingere; ciò facilita la selezione di test adatti all'individuazione di una specifica psicopatologia simulata. D'altro canto, lo strumento possiede anche importanti limitazioni, inerenti sia il contenuto degli item che la bassa specificità. In particolare, la presenza di sintomi genuini nella scala Disturbi affettivi potrebbe determinare un aumento del punteggio e una classificazione erronea, per cui pazienti realmente affetti da psicopatologia potrebbero essere classificati come simulatori (Widder, 2011). Un problema simile è presente anche in altre popolazioni cliniche, nella schizofrenia (Peters e colleghi, 2013) o nella disabilità intellettiva (Graue e colleghi, 2007). Dal punto di vista del simulatore sano, invece, l'eccessiva focalizzazione delle scale su sintomi bizzarri potrebbe destare il sospetto di essere in presenza di un SVT, con conseguente perdita di efficacia della valutazione stessa. Per risolvere i problemi più strettamente psicometrici di specificità, invece, bisognerebbe elevare il punteggio di *cut-off*; la decisione, tuttavia, deve essere presa a monte della valutazione e in relazione allo scopo della stessa. Clegg e collaboratori (2009) suggeriscono un *cut-off* di 19 qualora sia richiesta una maggiore accuratezza diagnostica. L'attestarsi dello strumento come *gold standard* incentiva il suo utilizzo; d'altra parte, però, potrebbe divenire una debolezza dello strumento stesso soprattutto in riferimento al *coaching*. Secondo van Impelen e colleghi (2014), è dunque probabile che la sensibilità del SIMS «non duri per sempre». È sempre più impellente, quindi, la messa a punto di nuovi strumenti che possano affiancare quelli più diffusi e che provino a superare i limiti già detti.

È proprio in questo solco che Merten e colleghi (2016) hanno messo a punto il *Self-Report Symptom*

Inventory (SRSI). L'SRSI valuta la presenza di sintomi autentici e bizzarri (pseudosintomi) e fornisce un indice di atteggiamento simulatorio. A differenza del SIMS, l'inclusione di sintomi e pseudosintomi costituisce un punto di forza dello strumento contro l'identificazione dello stesso come misura SVT. Inoltre, gli item dello strumento coprono anche domini di sintomi potenzialmente rilevanti in ambito forense e non considerati dal SIMS. I 100 sintomi sono organizzati in due scale principali da 50 item. La scala Sintomi contiene descrizioni credibili di problemi cognitivi, depressivi, di dolore, di sintomi somatici aspecifici e PTSD/ansia; la scala Pseudosintomi contiene invece sintomi non credibili. Una terza scala, la *Consistency Check*, è costituita da due item di riscaldamento e cinque item per la valutazione dello stile di risposta casuale. Coloro che assumono un atteggiamento simulatorio nei confronti della valutazione tenderanno a segnalare un numero eccessivo di sintomi e pseudosintomi, mostrando elevazioni su entrambe le scale in modo indiscriminato. Dal punto di vista psicometrico, la scala Pseudosintomi del SRSI è altamente correlata con la SIMS, evidenziando un'alta validità convergente. Dalle analisi condotte sul campione originario di standardizzazione, gli indici di coerenza interna, l'affidabilità split-test e test-retest sono risultate ottime. L'affidabilità della scala Pseudosintomi era inferiore, coerentemente con la struttura della scala stessa. Infine, l'analisi ROC ha consentito di concludere per un alto grado di accuratezza della classificazione. La versione francese dello strumento è già stata oggetto di indagine da Geurten, Meulemans e Seron (2018), supportando la struttura bifattoriale del test.

CONCLUSIONI

Il *malingering* può essere una grave minaccia alla validità dell'esame psicologico. È consigliabile includere sempre almeno un PVT e un SVT nelle batterie di valutazione per ottenere risultati robusti. Le ripercussioni di dati inaccurati in ambito forense, infatti, possono essere molto gravi

in termini sociali e individuali. Obiettivo di questo lavoro era quello di accendere un nuovo interesse da parte della comunità professionale rispetto al *malingering*, nella misura in cui esso intreccia i procedimenti giudiziari fino quasi a non rendersi riconoscibile; se pure non è una colpa degli attori coinvolti in questi contesti, alla scienza spetta di riconoscere e controllare questi elementi perché la giustizia sia sempre "più giusta". Gli strumenti e le tecniche che la comunità scientifica offre ai professionisti necessitano, infatti, di essere implementati nella pratica in maniera sistematica consentendo, ai professionisti in primo luogo, di ottenere dati sempre più accurati e solidi per sostenere le proprie conclusioni e, alla comunità scientifica, di affinare sempre più teorie e tecniche. Si sottolinea dunque la centralità del modello teorico adattivo per la comprensione dei fenomeni di simulazione. È all'interno di questa prospettiva che potrebbero essere meglio indagati i legami tra psicopatia e *malingering* (ad es., Halevy, Shalvi e Verschuere, 2014), considerando però la psicopatia come realmente è: un costrutto politetico e dimensionale. In particolare, potrebbe essere utile indagare le relazioni già dette ad un livello meno elevato di astrazione rispetto a quanto fatto in studi precedenti (ad es., Kropp, 1992). Le recenti scoperte di Ishikawa e colleghi (2001) sull'esistenza di psicopatici *successful* e *unsuccessful* e dei relativi correlati neuropsicologici, infatti, potrebbero aprire nuove traiettorie di studio in queste popolazioni. Tali riflessioni, poi, dovrebbero mettere in guardia in merito alle strategie utilizzate per individuare la simulazione di sintomi, ancor più in presenza di psicopatia. È plausibile che anche strumenti finalizzati all'individuazione dell'atteggiamento simulatorio siano inefficaci con persone caratterizzate da specifici tratti psicopatici di dominanza, semplicemente perché più raffinati nel fornire resoconti menzogneri. In riferimento agli strumenti presi in esame, è possibile affermare che le scale di validità dell'MMPI-2 oggi non siano più sufficienti. Sono auspicabili, invece, studi che rendano disponibile anche in Italia l'SRSI che,

insieme al SIMS e ai PVT, sarebbe d'ausilio nel prevenire distorsioni nei risultati della valutazione. Il suo utilizzo e quello del SIMS è in accordo con le raccomandazioni di varie organizzazioni professionali (ad es., Chafetz e colleghi, 2015; Heilbronner e colleghi, 2009). Senza omettere punti di forza e punti di debolezza del SIMS, è auspicabile che anche l'SRSI trovi posto nella *toolbox* dello psicologo forense, riducendo la probabilità di efficacia del *coaching* e mantenendo le caratteristiche operative di entrambi gli strumenti più stabili negli anni futuri (van Impelen e colleghi, 2014). Inoltre, è necessario indagare le differenze operative di questi strumenti in diverse categorie di popolazioni, cliniche e non cliniche.

Non esistono "i bugiardi cronici" perché tutti mentono se solo si è posti nelle condizioni opportune. Alla comunità professionale però è richiesto di offrire dati robusti e scientifici, cercando di controllare le variabili che intervengono a falsarli. Se il *malingering* è una di queste variabili, perché non controllarla?

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, Fifth Edition, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, M. C. (2003). Rethinking interference theory: Executive control and the mechanisms of forgetting. *Journal of memory and language*, 49(4), 415-445.
- Ardolf, B. R., Denney, R. L., & Houston, C. M. (2007). Base rates of negative response bias and malingered neurocognitive dysfunction among criminal defendants referred for neuropsychological evaluation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21(6), 899-916.
- Baer, R. A., & Miller, J. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment*, 14(1), 16.
- Baer, R. A., Wetter, M. W., Nichols, D. S., Greene,



- R., & Berry, D. T. (1995). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to underreporting of symptoms. *Psychological Assessment, 7*(4), 419.
- Battista, F., Mangiulli, I., Herter, J., Curci, A., & Otgaar, H. (2020). The effects of repeated denials and fabrication on memory. *Journal of Cognitive Psychology, 32*(4), 369–381.
 - Bogaard, G., Meijer, E. H., Vrij, A., Merckelbach, H. (2016). Strong, but Wrong: Lay People's and Police Officers' Beliefs about Verbal and Non-verbal Cues to Deception. *PLoS ONE, 11*(6).
 - Boone, K. B., & Lu, P. (2003). Noncredible cognitive performance in the context of severe brain injury. *The Clinical Neuropsychologist, 17*, 244-254.
 - Bush, S. S., Heilbronner, R. L., & Ruff, R. M. (2014). Psychological assessment of symptom and performance validity, response bias, and malingering: Official position of the Association for Scientific Advancement in Psychological Injury and Law. *Psychological Injury and Law, 7*(3), 197-205.
 - Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. M., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI 2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
 - Chafetz, M. D., Williams, M. A., Ben-Porath, Y. S., Bianchini, K. J., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., & Ord, J. S. (2015). Official position of the American Academy of Clinical Neuropsychology Social Security Administration policy on validity testing: Guidance and recommendations for change. *The Clinical Neuropsychologist, 29*(6), 723-740.
 - Chafetz, M., & Underhill, J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(7), 633-639.
 - Clegg, C., Fremouw, W., & Mogge, N. (2009). Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*(2), 239-254.
 - Conway, M. A., & Loveday, C. (2015). Remembering, imagining, false memories & personal meanings. *Consciousness and cognition, 33*, 574–581.
 - Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., Merten, T. (2013). Symptom Validity and Neuropsychological Assessment: A Survey of Practices and Beliefs of Neuropsychologists in Six European Countries. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(8), 771–783.
 - Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W., Peters, M. J., & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist, 25*(5), 812-828.
 - Dersh, J., Polatin, P. B., Leeman, G., & Gatchel, R. J. (2004). The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation, 14*(4), 267-279.
 - Ellingson, J. E., & McFarland, L. A. (2011). Understanding faking behavior through the lens of motivation: An application of VIE theory. *Human Performance, 24*(4), 322–337.
 - Ferrara, S. D., Ananian, V., Baccino, E., Domenici, R., Hernández-Cueto, C., Mendelson, G., & Sartori, G. (2016). A novel methodology for the objective ascertainment of psychic and existential damage. In *Personal Injury and Damage Ascertainment under Civil Law*, 559-582.
 - Fornari, U. (2004). *Trattato di Psichiatria Forense. III edizione*. Torino: UTET.
 - Gervais, R. O., Russell, A. S., Green, P. A. U. L., Allen, L. M., Ferrari, R., & Pieschl, S. D. (2001). Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *The Journal of Rheumatology, 28*(8), 1892-1899.
 - Geurten, M., Meulemans, T., & Seron, X. (2018). Detecting over-reporting of symptoms: the French version of the self-report symptom inventory. *The Clinical Neuropsychologist, 32*(sup1), 164-181.
 - Giger, P., Merten, T., Merckelbach, H., & Oswald, M. (2010). Detection of Feigned Crime-Related Amnesia: A Multi-Method Approach. *Journal of*

Forensic Psychology Practice, 10(5), 440-463.

- Gordon, D. A. (1999). Chronic widespread pain as a medico-legal issue. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 13(3), 531-543.
- Grace, G. M., Nielson, W. R., Hopkins, M., & Berg, M. A. (1999). Concentration and memory deficits in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 21(4), 477-487.
- Gran, J. T. (2003). The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 547-561.
- Graue, L. O., Berry, D. T., Clark, J. A., Sollman, M. J., Cardi, M., Hopkins, J., & Werline, D. (2007). Identification of feigned mental retardation using the new generation of malingering detection instruments: Preliminary findings. *The Clinical Neuropsychologist*, 21(6), 929-942.
- Greve, K. W., Bianchini, K. J., Black, F. W., Heinly, M. T., Love, J. M., Swift, D. A., & Ciota, M. (2006). The prevalence of cognitive malingering in persons reporting exposure to occupational and environmental substances. *Neurotoxicology*, 27(6), 940-950.
- Halevy, R., Shalvi, S., & Verschuere, B. (2014). Being honest about dishonesty: Correlating self-reports and actual lying. *Human Communication Research*, 40(1), 54-72.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hartman, D. E. (1995). *Neuropsychological toxicology: identification and assessment of human neurotoxic syndromes*. New York: Springer Science+Business Media, LCC.
- Hauch, V., Sporer, S. L., Michael, S. W., & Meissner, C. A. (2016). Does training improve the detection of deception? A meta-analysis. *Communication Research*, 43(3), 283-343.
- Hay, G. G. (1983). Feigned psychosis—a review of the simulation of mental illness. *The British*





- Journal of Psychiatry*, 143(1), 8-10.
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Conference Participants 1. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology Consensus Conference Statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(7), 1093-1129.
 - Kay, N. R., & Morris-Jones, H. (1998). Pain clinic management of medico-legal litigants. *Injury*, 29(4), 305-308.
 - Kropp, P. R. (1992). *The relationship between psychopathy and malingering of mental illness* (Doctoral dissertation, Theses (Dept. of Psychology)/Simon Fraser University).
 - Kurtze, N., & Svebak, S. (2001). Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: Correlations with anxiety, depression and co morbidity in a female county sample. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 523-537.
 - Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(3), 410-425.
 - Lees-Haley, P. R. (1997). MMPI 2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 53(7), 745-755.
 - Lindell, L., Bergman, S., Petersson, I. F., Jacobsson, L. T., & Herrström, P. (2000). Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scandinavian journal of primary health care*, 18(3), 149-153.
 - Mangiulli, I., Van Oorsouw, K., Curci, A., & Jelicic, M. (2019). Retrieval-induced forgetting in the feigning amnesia for a crime paradigm. *Frontiers in psychology*, 10, 928.
 - Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of North American professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 741-776.
 - Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., Hall, V., Schmandd, B. A., Santamaríae, P., & González-Ordi, H. (2013). Symptom validity assessment in European countries: Development and state of the art. *Clínica y Salud*, 24(3), 129-138.
 - Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9(2), 102-111.
 - Meyers, J. E., & Volbrecht, M. E. (2003). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(3), 261-276.
 - Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 24(8), 1094-1102.
 - Neumann, L., & Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 7(5), 362-368
 - Oorsouw, K. V., & Merckelbach, H. (2004). Feigning amnesia undermines memory for a mock crime. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 18(5), 505-518.
 - Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S. J., Liliensfeld, S. O., & Loftus, E. F. (2019). The return of the repressed: The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), 1072-1095.
 - Otto, R. K., & Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology: A look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, 57(1), 5.
 - Peters, M. J. V., Jelicic, M., Moritz, S., Hauschildt, M., & Jelinek, L. (2013). Assessing the boundaries of symptom over-reporting using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in a clinical schizophrenia sample: Its relation to symptomatology and neurocognitive dysfunctions. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 64-77.
 - Pierson, A. M., Rosenfeld, B., Green, D., & Belfi, B. (2011). Investigating the relationship between

- en antisocial personality disorder and malingering. *Criminal Justice and Behavior*, 38(2), 146-156.
- Pliskin, N. H., Ammar, A. N., Fink, J. W., Hill, S. K., Malina, A. C., Ramati, A., & Lee, R. C. (2006). Neuropsychological changes following electrical injury. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 12(1), 17.
 - Ramírez, P. C., Ordi, H. G., Morales, M. I. C., Santamaría, P., & Nieto, M. A. P. (2013). Fibromialgia: ¿exageración o simulación? *Clínica y Salud*, 24(3), 185-195.
 - Rogers, R., & Bender, S. D. (2018). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, Fourth Edition. New York: The Guilford Press.
 - Rogers, R., Bagby, R. M., & Chakraborty, D. (1993). Feigning Schizophrenic Disorders on the MMPI--2: Detection of Coached Simulators. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 215-226.
 - Rogers, R., Sewell, K. W., & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and human behavior*, 18(5), 543.
 - Salekin, R. T., Rogers, R., & Sewell, K. W. (1996). A review and meta analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical psychology: Science and practice*, 3(3), 203-215.
 - Schnurr, R. F., & MacDonald, M. R. (1995). Memory complaints in chronic pain. *The Clinical journal of pain*.
 - Sharland, M. J., & Gfeller, J. D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 213-223.
 - Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(2), 183-189.
 - Storm, J., & Graham, J. R. (2000). Detection of coached general malingering on the MMPI—2. *Psychological Assessment*, 12(2), 158.
 - Strömwall, L. A., & Willén, R. M. (2011). Inside criminal minds: Offenders' strategies when lying. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 8(3), 271-281.
 - van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365.
 - Victor, T. L., & Abeles, N. (2004). Coaching Clients to Take Psychological and Neuropsychological Tests: A Clash of Ethical Obligations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(4), 373.
 - Victor, T. L., Boone, K. B., Serpa, J. G., Buehler, J., & Ziegler, E. A. (2009). Interpreting the meaning of multiple symptom validity test failure. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(2), 297-313.
 - White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T., & Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *The Journal of rheumatology*, 29(3), 588-594.
 - Widder, B. (2011). Beurteilung der Beschwerdendvaliditat. In B. Widder, & P. W. Gaidzik (Eds.), *Begutachtung in der Neurologie* (2nd ed., pp. 64-92). Stuttgart: Thieme.
 - Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured inventory of malingered symptomatology*. PAR.
 - Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 33(2), 160-172.
 - Yarnell, P. R. (2005). Neurorehabilitation of cerebral disorders following lightning and electrical trauma. *NeuroRehabilitation*, 20(1), 15-18.
 - Yunus, M. B. (2002). Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. *The journal of gender-specific medicine: JGSM*, 5(2), 42-47



COME LE EMOZIONI INFLUENZANO LA DECISIONE E IL GIUDIZIO MORALE

Simona Vena

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

Noemi Paparella

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

Giuseppe Volpe

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

Tiziana Lanciano

Professore Associato di Psicologia Generale
Dipartimento di Scienze della
Formazione, Psicologia, Comunicazione
Università di Bari Aldo Moro

RIASSUNTO

Le diverse teorie sui processi decisionali hanno a lungo evidenziato il complesso rapporto esistente tra ragione ed emozioni. Anche se spesso si è convinti di decidere prevalentemente su basi razionali, è necessario considerare l'incidenza delle emozioni le quali, invece, spesso determinano e guidano le decisioni. Partendo da queste considerazioni, l'obiettivo di questo articolo è quello di comprendere se le emozioni incidentali di rabbia e colpa influenzino il giudizio morale e, quindi, la presa di decisioni, nello specifico analizzando il loro effetto sulle valutazioni e sulle stime di giudizio. Si indagano, inoltre, eventuali differenze in termini di età nelle stime di giudizio. Sono

stati reclutati 212 partecipanti, tutti di sesso maschile, casualmente assegnati ad una tra le tre condizioni sperimentali (Neutro-controllo vs Rabbia vs Colpa); a questi è stato somministrato un protocollo che comprendeva a) la rilevazione dello stato emotivo pre-manipolazione, b) la manipolazione emotiva stessa, c) la registrazione dello stato emotivo post-manipolazione, d) la presentazione di uno scenario morale e, infine, e) le valutazioni in termini di stima di gravità, prevedibilità e responsabilità dell'accaduto, l'incidenza del pensiero controfattuale e le emozioni connesse. I risultati mostrano come le emozioni, in particolare la colpa, possono influenzare le stime di giudizio e, quindi, il giudizio morale. Ulteriori

studi potrebbero indagare in modo più approfondito il ruolo della rabbia o di altre emozioni nel giudizio morale.

PAROLE CHIAVE

Emozioni - giudizio morale - decisioni - colpa - rabbia

INTRODUZIONE

La scienza della decisione pone le sue radici nelle discipline economiche-matematiche degli anni '50, il cui obiettivo era quello di ideare modelli che portassero ad una scelta ottimale sulla base dell'esigenza di formare un individuo egoista e razionale, nucleo fondamentale del mercato competitivo. Questa idea è racchiusa nella teoria della scelta razionale ovvero un approccio normativo che si formalizza con la *Teoria dell'utilità attesa* (cfr. von Neumann e Morgenstern, 1944). Quest'ultima considera la scelta umana razionale guidata da due elementi: il principio di *coerenza*, laddove il soggetto si attiene alle norme che costituiscono la razionalità strumentale; e il principio di *massimizzazione* in quanto lo scopo del decisore è quello di ottenere il miglior risultato possibile.

Tuttavia, negli anni '70 la psicologia cognitiva interrompe la tradizionale visione del decisore assolutamente razionale ed economico, proposta dall'approccio normativo, in favore di una visione in cui il protagonista della decisione stima e ragiona sulla possibilità che un evento accada, ma nel farlo commette sistematicamente errori dovuti ad un risparmio inevitabile di energie attentive e di memoria. Dinanzi a una questione complessa con esito incerto o in mancanza di tempo, ad esempio, raramente si trova la soluzione ragionando in modo chiaro e lineare: si usano, piuttosto, strategie che non sono proprie della razionalità assoluta, ma che permettono di procedere cercando informazioni potenzialmente rilevanti in un momento e in un contesto determinato. Di conseguenza, un comportamento è ugualmente razionale se guidato dalla valutazione delle

alternative e dalla ricerca dell'opzione in grado di procurare anche una minima soddisfazione (cfr. Simon, 1955). In quest'ottica, il concetto di razionalità assoluta viene superato da quello di razionalità limitata che viene qui concepita non come un limite in senso sfavorevole, ma come una possibilità di adattamento che permette di fronteggiare scelte e compiti altrimenti troppo complessi.

In conclusione, l'*homo oeconomicus* dotato idealmente di perfetta razionalità e informazione, che abitava le teorie della razionalità assoluta, inizia così ad essere sostituito da un essere umano dotato di una mente limitata in grado di accettare la soluzione che non sarà certamente la migliore in assoluto, ma, che in quel momento e in quel contesto, si mostrerà come la più soddisfacente.

Questo excursus teorico mostra come l'uomo non sia un decisore puramente razionale: il processo decisionale, infatti, risente di alcuni fattori, come la ricerca di strategie cognitive (*euristiche*) volte a minimizzare gli sforzi, che sono in netto contrasto con la teoria della razionalità assoluta. Anche le emozioni si insinuano nel processo decisionale, infatti, l'elemento emotivo e quello cognitivo lavorano in maniera integrata con la finalità di accompagnare il decisore nel processo di scelta. Di fatti, le decisioni importanti sono sempre sostenute e animate da emozioni intense, intese non solo come un elemento di accompagnamento ma come il vero motore e la forza guida delle decisioni. Non bisogna presumere che nel processo decisionale questi due aspetti siano contrapposti tra loro e che quindi si debba scegliere esclusivamente in base all'uno o all'altro, si tratta infatti di due aspetti correlati ma che, curiosamente, spesso sembrano in conflitto: può capitare che l'individuo, nel dover prendere una decisione, avverta una tensione come se la ragione lo porti in una direzione e l'emozione spinga da un'altra. In linea con questa idea, Kahneman nel suo libro *Thinking, Fast and Slow* (2011) considera il processo decisionale influenzato da due siste-



mi distinti – Sistema Emotivo e Sistema Analitico – che operano ed elaborano le informazioni in modo qualitativamente differente. Il primo – collegato all'insula – veloce e intuitivo; il secondo – collegato alla corteccia prefrontale dorsolaterale – più lento ma anche più logico e riflessivo.

Conformemente a questa prospettiva, Schwarz e Clore (1988) hanno introdotto la teoria dell'*affect-as-information*, o ragionamento emotivo, secondo cui i sentimenti fungono da feedback affettivo che orienta il giudizio, l'elaborazione delle informazioni e, infine, la scelta. Lo stato affettivo, quindi, viene utilizzato come informazione saliente, mentre le evidenze oggettive tendono, per la maggior parte, ad essere messe in secondo piano.

L'informazione emotiva, che suggerisce l'interpretazione di una data situazione, è percepita dall'individuo grazie a modifiche fisiologiche: nel momento in cui un evento produce un insieme di attivazioni viscerali e muscolari, la percezione di tali alterazioni costituisce l'emozione stessa. Ne risulta che, ogni stato emotivo è caratterizzato

da un distinto pattern fisiologico: specifici cambiamenti corporei disegnano specifiche emozioni (James, 1884).

Schachter e Singer (1962), d'altronde, evidenziano gli aspetti cognitivi dell'esperienza emotiva. Secondo gli autori si prova un'emozione nel momento in cui si associa un'interpretazione cognitiva ad uno stato diffuso di attivazione fisiologica, cui si dà il nome di una particolare sensazione. Pertanto, lo stato di attivazione resta soltanto un'attivazione generalizzata, finché non lo si collega cognitivamente a un'interpretazione relativa a un'emozione.

Le teorie appena descritte hanno il merito di aver sottolineato l'importanza dell'attivazione fisiologica ma anche della valutazione cognitiva, entrambi elementi che concorrono a delineare l'esperienza emotiva. Tali premesse teoriche sono necessarie per la comprensione degli obiettivi di questa ricerca poiché, come sarà dimostrato, l'esperienza emotiva può influenzare alcune stime cognitive e, di conseguenza, orientare il processo decisionale.

Ma come si classificano le emozioni? Costantemente se ne provano una vasta gamma, che possono avere valenza positiva o negativa. Nello specifico, si differenziano le emozioni fondamentali (o primarie) da quelle complesse (o secondarie). Le prime – come felicità, paura, rabbia, disgusto, tristezza, sorpresa (cfr. Ekman e Friesen, 2007) – sono precoci, poiché presenti già nei primi momenti di vita, e universali, in quanto sono condivise ed espresse da culture diverse. Le emozioni secondarie – come ad esempio colpa e vergogna – invece, si sviluppano nel corso della vita, dalla combinazione tra emozioni primarie e dall’interazione sociale (cfr. Izard, 1979).

L’interesse di questa ricerca è rivolto alle emozioni di colpa e di rabbia, intese come emozioni morali. Secondo Haidt (2003) sono morali le emozioni che muovono verso un comportamento morale, ma anche quelle che rispondono alle sue violazioni. Tra queste, ricoprono un ruolo importante le emozioni *self-conscious*, che permettono di valutare il proprio e l’altrui comportamento, in maniera positiva o negativa, in funzione di norme o standard comportamentali introiettati e che diventano parte integrante del Sé (cfr. Bellelli e Gasparre, 2009).

La rabbia è definita come un’emozione che insorge nel momento in cui si frappone un ostacolo tra l’individuo e il raggiungimento di uno scopo, ma assume un valore morale nel momento in cui motiva l’individuo a ripristinare giustizia, attaccando, per esempio, la persona che si pensa abbia agito immoralmente (cfr. Izard, 1977; cfr. Shweder, Much, Mahapatra e Park, 1997). L’esperienza della rabbia è accompagnata da modificazioni fisiologiche e comportamentali – come l’accelerazione del battito cardiaco o la maggiore tensione muscolare – che hanno una funzione adattiva. La rabbia ha una forte influenza sui processi decisionali, alterando alcuni giudizi e processi cognitivi. Secondo Lerner e Keltner (2000), la rabbia attiva valutazioni ottimistiche dei rischi e, di conseguenza, una scarsa considerazione delle probabilità che acca-

dano eventi negativi, incoraggiando una sensazione di controllo e sicurezza anche in situazioni che non hanno a che fare con l’evento che ha elicitato l’emozione. Tiedens e Linton (2001), al contempo, sostengono che la rabbia renda le persone poco caute nei loro processi di pensiero poiché predispone a ragionare in modo stereotipato: individui arrabbiati, infatti, prestano maggiore attenzione agli elementi superficiali, piuttosto che al contenuto delle informazioni e non analizzano tutte le alternative presenti nello scenario decisionale. Come risultato, nei processi decisionali, le stime di gravità e di prevedibilità di una persona arrabbiata sono sottovalutate, mentre l’attribuzione di causalità e responsabilità è attribuita agli altri (cfr. Keltner, Ellsworth e Edwards, 1993), incrementando il senso di ingiustizia e, di conseguenza, la rabbia stessa per la situazione (cfr. Averill, 1982).

La colpa è un’emozione *self-conscious* valutativa che deriva dalla consapevolezza di aver violato delle norme morali, quindi, implica che l’individuo si sia accorto di avere avuto la possibilità di agire in modo più corretto, altruistico o socialmente accettabile. Di conseguenza, motiva a riparare ad un comportamento sbagliato, con l’intento di ristabilire un senso comune di giustizia pur andando contro i propri interessi (cfr. Hoffman, 1982; cfr. Lewis, 1971). A tal proposito, Mancini (2008) ha indagato la funzione riparatrice di questa emozione ritenendo che attivi gli scopi di rettificare l’errore connesso alla scelta, di prevenirne ulteriori, e di espiare la colpa. Nello specifico dei processi decisionali, la colpa influenza la valutazione della minaccia, cioè la stima della probabilità e della gravità degli esiti imprevisti; modula la propensione e l’avversione al rischio; influenza il processamento delle informazioni necessarie ad attuare una decisione, spostando la lente attentiva su alcuni esiti piuttosto che altri (cfr. Legrenzi, Giroto e Johnson-Laird, 1993; cfr. Jones, Frisch, Yurak e Kim, 1998).

Ogni emozione, quindi, attiva una specifica predisposizione cognitiva a valutare le diverse situazioni. Queste tendenze valutative sono utili poiché



predispongono l'individuo a rispondere agli stimoli ambientali che evocano l'emozione. D'altronde, le stesse persistono oltre la situazione *trigger*, fungendo da lente percettiva nell'interpretazione delle situazioni future ed influenzando i processi di giudizio. La valutazione di una certa situazione, mediata dalla componente emotiva e da quella cognitiva, risente però delle differenze di età del decisore. È noto, infatti, che gli adolescenti, rispetto agli adulti, siano più inclini all'assunzione di rischi, mossi dal desiderio di ricercare emozioni forti o per le scarse capacità di autocontrollo (cfr. Zuckerman, 2007). Questa ipotesi potrebbe essere spiegata da una presunta carenza di capacità cognitive dei giovani, la quale rende difficile, o comunque meno immediato, stimare, al pari degli adulti, le conseguenze negative delle proprie azioni (cfr. Furby e Beyth-Marom, 1992). Cauffman et al. (2010), tuttavia, hanno ipotizzato che le differenze di età sarebbero evidenti quando il risultato di interesse deriva da una misura del processo decisionale che è influenzato da fattori emotivi e cognitivi. Gli autori dimostrano che il processo decisionale, che spesso precede l'impegno in comportamenti a rischio, migliora effettivamente durante l'adolescenza e nella giovane età adulta, ma che questo miglioramento può essere dovuto non solo alla maturazione cognitiva ma anche a cambiamenti nell'elaborazione affettiva. Questo permetterà quindi una maggiore capacità valutativa ed interpretativa della situazione, evidenziando poi un differente schema di azione e di ragionamento tra giovani e adulti.

Concludendo, quindi, il processo decisionale risente di diversi fattori. I due elementi, di maggiore interesse per questa ricerca, che intrudono nella decisione sono le emozioni e l'età del decisore. Entrambi forniscono una lente percettiva ed interpretativa della situazione che, in misura maggiore o minore, indirizzano l'individuo verso scelte rischiose e impulsive o scelte più caute e riflessive.

OBIETTIVO E IPOTESI

L'obiettivo di questa ricerca è da intendersi all'interno del filone di studi che indaga il rapporto tra

emozioni e decisioni. Nello specifico, si vuole analizzare il ruolo delle emozioni incidentali nelle valutazioni di giudizio, rispetto a delle decisioni prese. Le ipotesi principali della ricerca riguardano un grande effetto delle emozioni incidentali di rabbia e colpa sul giudizio morale. Per comprendere il modo in cui le emozioni agiscono sul giudizio morale, e quindi sulla presa di decisioni, è necessario operazionalizzare il concetto di giudizio morale andando, quindi, ad analizzare le relazioni tra la stima di attribuzione della responsabilità degli eventi, la stima di prevedibilità che si verifichi un determinato evento, la stima della gravità delle conseguenze e il pensiero controfattuale, manifestato dal desiderio di cambiare scelta.

Ci si aspetta che le persone arrabbiate tendano a sottostimare i rischi, a percepire gli eventi come meno gravi, ad attribuire la responsabilità delle conseguenze agli altri piuttosto che a se stessi, a ritenere più probabile la scelta di un comportamento immorale e a perseverare nella propria decisione, trascurando la possibilità di cambiare scelta. Di contro, le persone che provano l'emozione di colpa tenderanno a sovrastimare i rischi, a percepire gli eventi come più gravi, ad attribuire la responsabilità degli eventi a se stessi, a ritenere maggiormente prevedibile attuare comportamenti morali e a rivalutare la propria decisione, manifestando la volontà di cambiare la propria scelta.

Inoltre, ci si aspetta che giovani e adulti differiscano in termini di giudizio morale, riportando stime opposte rispetto all'attribuzione di causa (giovani interna vs adulti esterna); alla stima di rischio e gravità dell'evento (giovani minore vs adulti maggiore); al pensiero controfattuale (giovani non cambierebbero la scelta vs adulti cambierebbero la scelta); prevedibilità di un comportamento (giovani immorale vs adulti morale).

METODO

Il disegno e le variabili

Lo studio adotta un disegno ANOVA 3x2 con la Condizione Emotiva (Neutro-controllo vs Rabbia

vs Colpa) e l'Età (Giovani vs Adulti) come variabili indipendenti *between-subjects*. La variabile dipendente dello studio, invece, è il Giudizio Morale misurato in termini di:

- Stima di prevedibilità della scelta di attuare un comportamento più o meno morale;
- Stima attribuzione di causa (interna vs esterna);
- Stima responsabilità dell'accaduto;
- Stima gravità delle conseguenze delle proprie azioni;
- Pensiero controfattuale (interno vs esterno).

Il campione

Il campione è composto da 212 partecipanti reclutati attraverso un campionamento a valanga: i ricercatori hanno presentato il progetto ad alcuni studenti del corso di studi in Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Università di Bari "Aldo Moro", chiedendo loro di intervistare due partecipanti per ognuna delle condizioni del progetto di ricerca (Neutro-controllo, Rabbia e Colpa), di cui uno "Giovane" (fino ai 29 anni di età) e uno "Adulto" (oltre 29 anni di età). L'età media, calcolata su 200 partecipanti, che hanno fornito l'informazione, è di 35 anni ($DS= 13,88$; Range= 18-62 anni); mentre gli anni di istruzione sono in media 13 ($DS= 2,90$; Range= 8-20 anni). La maggior parte del campione è composto da lavoratori dipendenti (46%). I partecipanti sono tutti di sesso maschile e sono stati casualmente assegnati alle tre condizioni emotive. La Tabella 1 riporta la composizione del campione.

Condizione Emotiva	N	M_{emo} (DS)
Neutro	65	34,57 (13,83)
Rabbia	73	36,41 (14,24)
Colpa	74	34,72 (13,73)

Tabella 1 - Composizione del campione

Misure e Procedure

Gli strumenti impiegati per lo svolgimento della presente ricerca sono stati accorpati in un'uni-

ca batteria, la cui compilazione richiedeva circa 30 minuti. Questa comprendeva diverse fasi: la rilevazione dello stato emotivo pre-manipolazione (T1); la manipolazione emotiva stessa; la registrazione dello stato emotivo post-manipolazione (T2); la presentazione dello scenario e, infine, le domande riguardanti la stima di gravità, prevedibilità e responsabilità dell'accaduto, l'incidenza del pensiero controfattuale e le emozioni connesse.

FASE 1: Pre-manipolazione emotiva (T1)

Sono state registrate le emozioni di stato esperite nel momento presente (T1; pre-manipolazione). Ai partecipanti è stato chiesto di indicare, su una scala Likert a 11 punti (0= "per nulla"; 10= "del tutto") con che intensità stessero provando in quel momento:

- Rabbia;
- Colpa;
- Frustrazione;
- Senso di impotenza;
- Senso d'ingiustizia;
- Vergogna.

FASE 2: Manipolazione emotiva

Alla registrazione delle emozioni incidentali, seguiva la manipolazione emotiva, al fine di elicitare l'emozione di interesse. Ai partecipanti nella condizione di Rabbia si chiedeva di pensare a un evento o episodio specifico e databile del proprio passato nel quale è stata provata questa emozione; nella condizione di Colpa, invece, si chiedeva di ricordare un episodio autobiografico significativo, specifico e databile, in cui è stata provata la suddetta emozione. In entrambe le richieste, l'interesse verteva sul far ricordare un avvenimento che sia al momento in cui era accaduto, sia nel momento in cui veniva rievocato suscitava una forte emozione di rabbia o di colpa. Ai partecipanti nella condizione Neutro-controllo è stato chiesto, invece, di pensare all'ultima volta in cui si fossero recati a fare la spesa al supermercato. Anche se si trattava di un evento routinario, si chiedeva di



focalizzare il ricordo e raccontarlo in modo dettagliato e databile.

FASE 3: Post-manipolazione emotiva (T2)

Subito dopo la fase di induzione emotiva attraverso il ricordo autobiografico, sono state rilevate nuovamente le emozioni di stato (T2):

- a) Rabbia;
- b) Colpa;
- c) Frustrazione;
- d) Senso di impotenza;
- e) Senso d'ingiustizia;
- f) Vergogna.

FASE 4: Scenario e giudizio morale

In questa fase si chiedeva ai partecipanti di leggere un breve scenario, il quale descriveva una lite fisica, e di immedesimarsi quanto più possibile nel protagonista della vicenda, motivo per il quale sono stati reclutati esclusivamente partecipanti di sesso maschile. Il brano in questione è stato formulato ed adattato sfruttando una perizia forense ed è riportato di seguito:

«Ti chiami Marco, hai 18 anni, sei alto 1,80 m e pesi 98 Kg. Questa mattina hai avuto una discussione con un tuo compagno di classe, che ti ha provocato pesantemente e tu, per reazione, lo hai offeso altrettanto pesantemente. All'uscita da scuola, sulla via di casa, il tuo compagno ti raggiunge e ti aggredisce alle spalle. Cerchi di divincolarti e iniziati a picchiarti. Cadete a terra, tu sei su di lui e scegli di prenderlo a pugni con forza».

Proporre questa situazione in cui immedesimarsi rappresentava la possibilità di osservare i diversi schemi di azioni e giudizi messi in atto dai partecipanti, differenziati per l'emozione che guidava i comportamenti. Per verificare questo, sono state di seguito proposte domande volte ad indagare le stime di giudizio, chiedendo al partecipante di rispondere su una scala Likert a 11 punti (0= "per nulla"; 10= "del tutto").

- a) Prevedibilità del proprio comportamento immorale (prendere a pugni il compagno)

- b) Responsabilità dell'accaduto altrui
- c) Responsabilità propria dell'accaduto
- d) Attribuzione causa esterna
- e) Attribuzione causa interna
- f) Gravità delle conseguenze per se stesso
- g) Gravità delle conseguenze per l'altro
- h) Pensiero controfattuale esterno ("se l'altro non avesse...")
- i) Pensiero controfattuale interno ("se io non avessi...")
- j) Volontà di cambiare la propria scelta
- k) Scegliere di andare via
- l) Scegliere di aggressione verbale

In seguito, sono state presentate domande riguardanti le emozioni anticipate connesse all'evento: veniva chiesto quanto il soggetto, scegliendo di prendere a pugni l'altra persona, anticipi da 0 (per nulla) a 100 (del tutto) di provare:

- a) Piacere;
- b) Soddisfazione;
- c) Orgoglio;
- d) Pentimento;
- e) Delusione;
- f) Colpa;
- g) Vergogna;
- h) Ansia;
- i) Paura;
- j) Tristezza;
- k) Rabbia.

La batteria è stata appositamente creata e successivamente somministrata mediante l'utilizzo di Moduli Google, attraverso il quale sono stati generati tre diversi *link URL*, ognuno dei quali consentiva l'accesso ad una delle tre condizioni sperimentali (Neutro-controllo, Rabbia e Colpa).

I partecipanti hanno preso parte volontariamente alla ricerca. I dati sono stati raccolti in forma anonima; precedentemente alla somministrazione del protocollo, è stato raccolto il consenso informato in forma scritta, firmato da ogni partecipante. Agli studenti che hanno somministrato la

batteria, inoltre, è stato raccomandato di non intervenire in modo intrusivo durante la somministrazione e di mettere a proprio agio il soggetto; di far compilare la batteria in un luogo silenzioso; cercare quanto più possibile, data la compilazione online, di standardizzare la procedura mantenendosi coerenti in tutti i passaggi e, infine, di informare il soggetto sulle finalità della ricerca.

RISULTATI

Manipulation-check

Per comprendere se la manipolazione emotiva è risultata efficace, è stata condotta un'analisi della varianza (ANOVA) 3x2 mista, con la Condizione Emotiva (Neutro vs Rabbia vs Colpa) come variabile indipendente *between-subjects*, e il Tempo (pre-manipolazione vs post-manipolazione) come variabile indipendente *within-subjects*; le misure di stato emotivo, invece, erano le variabili dipendenti.

La condizione emotiva e il tempo hanno un effetto significativo sulle emozioni provate: i livelli più alti di rabbia vengono riportati dai partecipanti nella condizione di post-manipolazione della Rabbia; mentre i livelli più alti di colpa vengono riportati dai partecipanti nella condizione di

post-manipolazione della Colpa. I risultati sono presentati nella Tabella 2.

Sono state, inoltre, misurate le emozioni provate dai partecipanti durante la rievocazione dell'evento. Come riportato in Tabella 3, i racconti hanno elicitato fortemente lo stato emotivo desiderato, infatti tutti i risultati sono statisticamente significativi.

MISURE EMOTIVE EVENTO	Neutro M (DS)	Rabbia M (DS)	Colpa M (DS)	$F_{2,209}$
Rabbia Evento	1,51 (1,44)	9,18 (1,55)	4,45 (3,08)	218,76***
Colpa Evento	1,20 (0,69)	3,49 (3,00)	7,91 (2,68)	142,17***
Frustrazione Evento	1,83 (1,94)	6,92 (3,10)	5,88 (3,29)	59,71***
Impotenza Evento	1,77 (1,89)	6,77 (3,50)	5,16 (3,34)	48,05***
Ingiustizia Evento	1,52 (1,51)	8,90 (2,00)	4,76 (2,98)	183,32***
Vergogna Evento	1,40 (1,38)	2,84 (2,89)	6,34 (3,39)	61,00***

*** $p < .001$

Tabella 3 - ANOVA One-way sulle misure emotive durante la rievocazione

MISURE EMOTIVE	PRE-MANIPOLAZIONE			POST-MANIPOLAZIONE			$F_{2,209}$
	Neutro M (DS)	Rabbia M (DS)	Colpa M (DS)	Neutro M (DS)	Rabbia M (DS)	Colpa M (DS)	
Rabbia	1.92 (1.65)	2.19 (1.93)	2.15 (2.02)	1.31 (1.17)	6.66 (3.09)	3.77 (3.27)	41.59***
Colpa	2.02 (1.67)	2.47 (2.32)	2.15 (1.95)	1.18 (.75)	2.90 (2.96)	6.32 (3.17)	50.91***
Frustrazione	2.55 (2.17)	2.84 (2.45)	2.84 (2.53)	1.40 (1.53)	4.52 (3.49)	4.14 (3.22)	12.58***
Impotenza	2.42 (2.00)	2.67 (2.47)	2.85 (2.56)	1.80 (2.12)	5.26 (3.67)	3.66 (3.13)	14.63***
Ingiustizia	3.52 (3.11)	3.37 (2.96)	3.55 (2.78)	1.40 (1.14)	7.36 (3.27)	3.73 (2.98)	47.65***
Vergogna	1.75 (1.54)	1.99 (2.08)	1.84 (1.68)	1.29 (1.36)	2.56 (2.80)	5.26 (3.47)	35.31***

*** $p < .001$

Tabella 2 - ANOVA Condizione Emotiva * Tempo sulle misure di stato emotivo



STIME DI GIUDIZIO	Neutro M (DS)	Rabbia M (DS)	Colpa M (DS)	$F_{2,209}$
Prevedibilità	46.57 (37.18)	42.64 (32.93)	46.67 (32.59)	.22
Responsabilità altrui	66.91 (34.42)	73.86 (27.66)	69.33 (29.47)	.91
Responsabilità se stesso	61.57 (33.77)	54.17 (33.57)	55.68 (32.09)	.82
Attribuzione causa esterna	73.54 (32.56)	73.26 (28.87)	68.72 (29.01)	.60
Attribuzione causa interna	46.31 (32.82)	41.36 (28.56)	45.06 (29.60)	.44
Gravità per te	66.86 (31.96)	68.45 (30.51)	78.64 (19.90)	3.44*
Gravità per l'altro	66.75 (29.11)	71.39 (25.97)	67.65 (24.19)	.60
Pensiero controfattuale esterno	85.29 (27.26)	85.08 (24.91)	85.74 (21.77)	.01
Pensiero controfattuale interno	70.75 (29.83)	70.08 (29.35)	73.87 (27.17)	.29
Cambiare scelta	59.00 (37.12)	65.17 (34.49)	73.54 (30.28)	3.21*
Scelta di andare via	45.77 (36.24)	50.03 (35.49)	50.49 (36.33)	.31
Scelta aggressione verbale	52.85 (33.33)	52.50 (34.68)	59.48 (31.54)	.93

* $p < 0,05$

Tabella 4.1 - Effetto della condizione Emotiva sulle Stime di giudizio

Il ruolo della condizione emotiva e dell'età sulle stime di giudizio

L'obiettivo del presente lavoro è comprendere se le emozioni incidentali e l'età influenzino le stime di giudizio e quindi la presa di decisioni. Il campione, pertanto, è stato diviso in Giovani (fino ai 29 anni) e Adulti (oltre i 29 anni). È stata, quindi, condotta un'ANOVA 3x2 con la Condizione Emotiva (Neutro vs Rabbia vs Colpa) e l'Età (Giovani vs Adulti) come variabili indipendenti *between-subjects* e le stime di giudizio come variabili dipendenti.

Per ragioni di editing è necessario dividere la Tabella 4 in più sezioni per sintetizzare ciò che emerge dalle

STIME DI GIUDIZIO	Giovani M (DS)	Adulti M (DS)	$F_{2,209}$
Prevedibilità	55.28 (31.46)	34.92 (33.86)	18.92***
Responsabilità altrui	73.17 (26.15)	66.83 (34.46)	2.203
Responsabilità se stesso	59.62 (31.52)	54.47 (34.67)	1.207
Attribuzione causa esterna	76.05 (27.15)	67.35 (32.42)	4.22*
Attribuzione causa interna	45.77 (30.11)	42.65 (30.52)	.49
Gravità per te	74.21 (26.21)	68.58 (30.01)	1.9
Gravità per l'altro	70.26 (22.99)	65.39 (26.10)	.90
Pensiero controfattuale esterno	91.02 (17.95)	79.50 (28.89)	11.27***
Pensiero controfattuale interno	72.10 (28.89)	71.09 (28.61)	.04
Cambiare scelta	64.39 (33.16)	81.24 (22.13)	.46
Scelta di andare via	45.82 (34.43)	51.91 (37.31)	1.42
Scelta aggressione verbale	55.98 (31.02)	54.02 (35.42)	.16

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Tabella 4.2 - Effetto della variabile Età sulle Stime di giudizio

analisi ovvero l'effetto principale della Condizione Emotiva sulle stime di gravità (per te vs per l'altro) e sul pensiero controfattuale (interno vs esterno; cambieresti scelta), riportato nella Tabella 4.1; l'effetto principale dell'Età sulle stime di prevedibilità, attribuzione di causa (altrui vs se stesso; interna vs esterna) e pensiero controfattuale, riportato nella Tabella 4.2; e infine l'effetto generale di interazione Condizione*Età riportato nella Tabella 4.3.

Dai risultati riportati nella Tabella 4.1, si nota che i partecipanti che provano uno stato emotivo di colpa, tendono ad avere una percezione della gravità degli eventi differente rispetto agli altri gruppi (Rabbia e Neutro-controllo), infatti, stimano gli eventi come più gravi e manifestano in misura maggiore la volontà di cambiare la propria scelta.

I risultati, riportati nella Tabella 4.2, mostrano come i più giovani si comportano diversamente rispetto agli adulti: i primi attribuiscono la responsabilità degli eventi agli altri (attribuzione di causa esterna); credono che se l'altro non avesse agito, loro si sarebbero comportati diversamente (pensiero controfattuale esterno); stimano come più probabile la scelta di colpire con un pugno il compagno. Gli adulti, invece, presentano attribuzione di causa e pensiero controfattuale interni e ritengono meno probabile la scelta di intraprendere un comportamento immorale.

Nella Tabella 4.3, infine, è riportato l'effetto di interazione Condizione Emotiva ed Età. I risultati non mostrano nessun dato statisticamente significativo.

DISCUSSIONE

Il presente studio ha l'obiettivo di indagare il ruolo delle emozioni incidentali di rabbia e colpa sul giudizio morale e quindi sulla presa di decisioni, analizzando il loro effetto sulle valutazioni e sulle stime di giudizio. È stata, inoltre, effettuata un'ulteriore analisi al fine di evidenziare eventuali differenze nelle stime di giudizio espresse dai soggetti in base alla loro età, pertanto il campione è stato simbolicamente diviso in due categorie: Giovani (fino ai 29 anni) o Adulti (da 29 anni in poi).

È stato ipotizzato che le emozioni influenzano il giudizio morale: ci si aspetta che le persone arrabbiate sottostimino i rischi, percepiscano gli

STIME DI GIUDIZIO	GIOVANI			ADULTI			$F_{2,209}$
	Neutro M (DS)	Rabbia M (DS)	Colpa M (DS)	Neutro M (DS)	Rabbia M (DS)	Colpa M (DS)	
Prevedibilità	58.09 (34.97)	49.72 (28.60)	57.58 (30.61)	33.94 (35.89)	35.97 (35.69)	34.76 (30.85)	0.49
Responsabilità altrui	68.24 (29.07)	75.94 (22.70)	75.36 (26.16)	65.58 (39.92)	71.91 (31.86)	62.76 (31.81)	0.53
Responsabilità se stesso	68.24 (30.20)	55.78 (31.73)	54.89 (31.72)	54.26 (36.40)	52.67 (35.62)	56.55 (32.96)	0.53
Attribuzione causa esterna	76.76 (30.80)	77.59 (25.42)	74.00 (25.57)	70.00 (34.52)	69.18 (31.62)	62.97 (31.74)	0.09
Attribuzione causa interna	49.56 (32.39)	41.72 (26.54)	45.81 (31.22)	42.74 (33.46)	41.03 (30.74)	44.24 (28.18)	0.19
Gravità per te	67.82 (30.60)	72.50 (26.79)	81.75 (19.04)	65.81 (33.87)	64.65 (33.58)	75.24 (20.56)	0.20
Gravità per l'altro	69.91 (26.02)	71.25 (20.75)	69.72 (22.46)	63.29 (32.25)	71.53 (30.39)	65.39 (26.10)	0.29
Pensiero controfattuale esterno	90.88 (18.97)	89.53 (18.33)	92.47 (17.00)	79.16 (33.40)	80.88 (29.48)	78.39 (24.17)	0.21
Pensiero controfattuale interno	66.91 (31.77)	71.41 (24.21)	77.61 (29.66)	74.97 (27.45)	68.82 (33.80)	69.79 (23.96)	1.31
Cambiare scelta	56.47 (35.47)	70.47 (23.31)	66.47 (35.01)	61.77 (39.23)	60.18 (39.23)	81.24 (22.13)	2.35
Scelta di andare via	28.82 (34.36)	50.78 (29.52)	48.09 (38.21)	53.39 (37.27)	49.32 (40.76)	53.18 (34.55)	0.82
Scelta aggressione verbale	52.50 (32.57)	55.94 (32.09)	59.31 (28.99)	53.39 (37.27)	49.32 (40.76)	59.67 (34.57)	0.26

Tabella 4.3 - Effetto generale di interazione Condizione*Età



eventi come meno gravi, attribuiscono la responsabilità delle conseguenze agli altri piuttosto che a se stessi, ritengono più probabile la scelta di un comportamento immorale e perseverano nella propria decisione, trascurando la possibilità di cambiare scelta. Di contro, le persone che provano l'emozione di colpa, tenderebbero a sovrastimare i rischi, a percepire gli eventi come più gravi, ad attribuire la responsabilità degli eventi a se stessi, a ritenere maggiormente prevedibile attuare comportamenti morali e a rivalutare la propria decisione, manifestando la volontà di cambiare la propria scelta.

Si ipotizza, inoltre, che i giovani e gli adulti sperimentano differenzialmente le emozioni morali e, di conseguenza, agiscono in modo quasi opposto: i giovani si comportano impulsivamente, tendono ad attribuire la responsabilità degli eventi agli altri, sottostimano i rischi connessi alle proprie decisioni, percependoli come meno gravi e spesso non mostrano la volontà di cambiare la propria scelta in una determinata situazione. Al contrario, gli adulti sono più cauti nelle scelte, percependole meno gravi e meno rischiose, attribuiscono la responsabilità degli eventi a se stessi e spesso vorrebbero cambiare la loro scelta se questa risulta immorale o dannosa per qualcuno.

Dai risultati emerge, in primis, che la manipolazione ha avuto effetto: le persone nelle due condizioni sperimentali provano le emozioni incidentali di rabbia e colpa in misura nettamente maggiore rispetto al gruppo di controllo. Appurato ciò, è possibile rivolgere l'attenzione alle emozioni di interesse e al come queste incidono sul giudizio morale e, nello specifico, sulle stime e sulle valutazioni. I risultati vanno parzialmente a corroborare le ipotesi iniziali: i dati maggiormente significativi, tra le tre condizioni sperimentali, sono quelli riguardanti la Colpa. Si può notare come la stima della gravità subisca una variazione in base all'emozione elicitata. Ad esempio, le persone che si sentono in colpa valutano gli eventi come più gravi. In linea con questo risul-

tato, Schwarz e Clore (1988) evidenziano come lo stato emotivo, in questo caso collegato alla colpa, sia involontariamente preso come fonte di informazione (*affect-as-information*), pilotando il giudizio in una direzione conforme allo stato emotivo. Arntz, Rauner e Van den Hout (1995) affermano che soggetti ansiosi tendono a percepire la presenza di un pericolo a partire dal proprio stato emozionale negativo: "se mi sento ansioso, allora ci dev'essere un pericolo". Questo meccanismo conferma la minacciosità di alcuni stimoli, per cui anche in assenza di prove oggettive il pericolo è percepito esclusivamente sulla base dell'emozione provata. Traslando questi studi sul caso specifico, è probabile che le persone che si sentono in colpa utilizzino il loro stato emotivo come informazione e regolino di conseguenza le stime e i giudizi: "se mi sento in colpa significa che ho fatto qualcosa di molto grave".

Un altro risultato in linea con la letteratura è quello relativo al desiderio di cambiare scelta, infatti le persone che si sentono in colpa desiderano, in misura maggiore rispetto agli altri, cambiare la propria scelta. La colpa ha un nucleo motivazionale ben saldo: motiva a correggere un comportamento sbagliato o a riparare ai suoi effetti negativi, anche andando contro i propri interessi, al fine di ripristinare giustizia (cfr. Hoffman, 1982; cfr. Lewis, 1971). A sostegno di ciò, Mancini (2008) ritiene che la colpa attiva gli scopi di rettificare, prevenire ulteriori colpe ed espiare. Nel presente studio, infatti, i partecipanti nella condizione Colpa, esprimono la volontà di cambiare la propria scelta, presumibilmente allo scopo di correggere il loro comportamento immorale.

Considerando la variabile Età, il risultato più significativo è quello che riguarda le stime di prevedibilità che si verifichi un dato evento, nello specifico la scelta di prendere a pugni il compagno. È noto che l'adolescenza sia un periodo di vita caratterizzato da una elevata assunzione dei rischi a causa delle scarse capacità di autocontrollo degli adolescen-



ti o per il loro desiderio di ricercare emozioni forti attraverso attività ed esperienze (cfr. Zuckerman, 2007). Diversi autori hanno cercato di spiegare tali comportamenti tipici, dimostrando che in questa fascia d'età c'è una scarsa, o quantomeno distorta, percezione dei rischi (cfr. Vartanian, 2000; cfr. Hoffrage, Weber, Hertwig e Chase, 2003).

Pare che gli adolescenti posseggano, in realtà, adeguate capacità che rendono possibile stimare, al pari degli adulti, le conseguenze negative delle proprie azioni, ma differiscono da questi nell'attribuire peso e valore ai potenziali costi e benefici di attività pericolose (cfr. Furby e Beyth-Marom, 1992). Detto questo, bisogna comunque considerare che nel periodo adolescenziale hanno luogo i processi di maturazione delle cortecce prefrontale e parietale, le quali successivamente, nell'età

adulta, permetteranno maggiore autocontrollo e autoregolazione (cfr. Steinberg, 2007).

La significatività emersa dalle analisi può essere spiegata facendo riferimento alla percezione e alla valutazione dei rischi: i giovani, più vicini all'adolescenza rispetto agli adulti, tenderebbero a sottostimare i rischi derivanti dal picchiare una persona – sia per caratteristiche strutturali, che per caratteristiche disposizionali legate all'età – e, quindi, a stimare come più probabile la decisione di sferrare un pugno. Sarebbe interessante andare ad analizzare quanti dei giovani nello studio sono adolescenti, per verificare il peso delle loro risposte e, ancora, andare a correlare i loro tratti disposizionali alle stime di probabilità e di percezione del rischio, per verificare se i giovani siano effettivamente più "arrabbiati di tratto" e quindi tendano a sottostimare i rischi e a ritene-



re appetibile la scelta di picchiare un compagno. Questa riflessione potrebbe essere uno spunto per ricerche future.

Altri dati statisticamente significativi riguardano l'attribuzione di causa esterna e il pensiero controfattuale esterno. Nello studio viene chiesto quanto si ritiene la provocazione dell'altro responsabile dell'accaduto (attribuzione di causa) e quanto si ritiene che le cose sarebbero andate diversamente se il compagno non avesse detto nulla di provocatorio (pensiero controfattuale esterno). Tali risultati possono essere spiegati in riferimento all'ipotesi secondo cui i giovani tendono ad attribuire le cause degli eventi a fattori esterni (*locus of control* esterno). Questo ambito di studi è lacunoso e necessita di ulteriori ap-

profondimenti, ma Twenge, Zhang e Im (2004), tramite una meta-analisi condotta su un gruppo di americani, si sono posti l'obiettivo di comprendere ed evidenziare come, nel corso degli anni, il *locus of control* dei giovani sia sempre più esterno. Ne risulta che i giovani tendono ad attribuire agli altri la responsabilità per ciò che accade, in questo caso la propria decisione di picchiare il compagno; infatti, i soggetti arrabbiati tendono ad attribuire la responsabilità degli eventi negativi agli altri (cfr. Keltner, Ellsworth e Edwards, 1993). Le stesse considerazioni possono spiegare il pensiero controfattuale esterno: "se l'altro non avesse agito, allora le cose sarebbero andate diversamente". Un'altra possibile spiegazione riguarda le caratteristiche disposizionali dei giovani, l'ipotesi è che essi siano più inclini alla rabbia



rispetto alle persone adulte. Anche l'*appraisal theory* (cfr. Lerner e Keltner, 2000) conferma che le persone in uno stato emotivo di rabbia sono più inclini ad imputare la causa degli eventi alla situazione o ad altri. Ne consegue che anche il pensiero controfattuale risulta esterno: "se lui avesse agito diversamente, poiché egli solo è responsabile, allora le cose sarebbero andate diversamente".

Infine, non emerge nessun effetto significativo per quanto riguarda l'interazione tra la Condizione Emotiva e l'Età, risultato questo inaspettato, considerando quanto detto fin qui. Ci si aspettava, ad esempio, che i partecipanti giovani arrabbiati mostrassero stime di giudizio statisticamente significative, come attribuzione di causa esterna, prevedibilità del proprio comportamento immorale, ma questo elemento non è emerso con un effetto evidente. Questa riflessione, pertanto, potrebbe essere uno spunto per future ricerche.

Lo studio, tuttavia, presenta alcuni limiti. Innanzitutto si deve considerare l'esito della manipolazione sperimentale: non è possibile sapere in che misura effettivamente il racconto di un episodio emotivamente carico attivi l'individuo, sebbene tale limite sia stato controllato attraverso la misurazione delle emozioni provate durante l'evento e quelle dopo la manipolazione. Alcuni limiti potrebbero essere insiti nella procedura di somministrazione stessa: questa è avvenuta online, con la conseguenza di una difficile standardizzazione delle condizioni di somministrazione. Un altro aspetto che potrebbe aver inciso è il periodo storico, caratterizzato dall'emergenza sanitaria COVID-19. Non si può escludere, infatti, che le emozioni relative a tali eventi abbiano influenzato, in maniera incidentale, alcuni dati raccolti.

Lo studio presenta dei punti di forza: si inserisce, infatti, in un ramo della letteratura non eccessivamente sviluppato, poiché pochi studi indagano il modo in cui le emozioni incidentali influenza-

no il giudizio morale. Non sono da escludere le importanti applicazioni pratiche in cui un'analisi di questo tipo potrebbe tradursi: si pensi, ad esempio, a quanto può essere utile per un giudice acquisire consapevolezza circa il modo in cui le proprie emozioni – incidentali – si insinuano nel processo decisionale, determinando di conseguenza le scelte.

CONCLUSIONI

Le emozioni non sono elementi a sé stanti nel processo decisionale. Se per decenni ha dominato la teoria della razionalità assoluta, a partire dagli anni '70 Kahneman e Tversky (1979) hanno iniziato a modificare questo paradigma: le emozioni entrano in maniera pervasiva nel processo decisionale. Questo lavoro si propone come contributo al filone di studi che analizza il ruolo delle emozioni nel campo del *decision making*.

L'obiettivo dello studio è quello di dimostrare come le emozioni incidentali si inseriscono nelle scelte morali che quotidianamente si affrontano, nonostante tali emozioni siano slegate dal dilemma decisionale in sé. Nel momento in cui si prova un'emozione intensa, questa attiva una specifica predisposizione cognitiva a valutare le varie situazioni; tale tendenza valutativa è coerente con le dimensioni cognitive legate all'emozione stessa (cfr. Lerner e Keltner, 2000). Quando viene esperita una certa emozione, tale processo è filtrato da una lente percettiva che consente di cogliere i dati della realtà in maniera congrua allo stato emotivo attuale.

Quanto descritto è in linea con i risultati dello studio: le stime di giudizio sono effettivamente filtrate dalle emozioni incidentali. I risultati più significativi sono stati rintracciati nella condizione di Colpa. Infatti, ne risulta che le persone che si sentono in colpa, coerentemente al loro stato affettivo, indossano delle lenti percettive che mostrano le situazioni come più gravi e, di conseguenza, vorrebbero cambiare la propria scelta, bisognosi di spiare le proprie colpe.



Purtroppo, le analisi condotte non hanno evidenziato dati statisticamente significativi circa la condizione Rabbia e le stime di giudizio, così come per l'effetto generale di interazione Condizione Emotiva ed Età.

Anche i risultati relativi alla variabile Età e le stime di giudizio sono in linea con le ipotesi: i giovani, rispetto agli adulti, sono più propensi ad attribuire la responsabilità degli eventi alle altre persone o a cause esterne. Inoltre, una possibile lettura dei dati relativi alla probabilità che accada un determinato evento permette di ipotizzare che i giovani siano più propensi al rischio; una caratteristica, questa, che come si è visto è tipica dell'età adolescenziale.

Questa ricerca fornisce un valido contributo per la comprensione dell'esperienza emotiva in età differenti e della conseguente influenza sulle decisioni e sulle azioni. Poiché non sono presenti molti studi che si occupano di indagare tale relazione, sarebbe opportuno approfondire l'argomento per rilevare dati ed informazioni ulteriori a sostegno di quanto affrontato in questa ricerca.

L'ambito di ricerca relativo alle emozioni e decisioni è un campo che è stato arido per decenni, rinvigoritosi, però, a partire dagli anni 2000. Questo lavoro nasce da questo crescente interesse verso la materia e si inserisce all'interno di un progetto più ampio, che intende analizzare altri aspetti, come i tratti disposizionali e le emozioni anticipate. È auspicabile che si continui ad indagare il ruolo delle emozioni morali nella presa di decisioni, al fine di elaborare un quadro teorico più completo.

BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A., Rauner, M., & Van den Hout, M. (1995). "If I feel anxious, there must be danger": Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 33(8), 917-925.
- Averill, J.R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. New York: Springer.
- Bellelli, G., & Gasparre, A. (2009). Emozioni morali e processi cognitivi: vergogna e colpa nelle esperienze quotidiane e traumatiche. *Cognitivismo clinico*, 141-161.
- Cauffman, E., Shulman, E.P., Steinberg, L., Claus, E., Banich, M.T., Graham, S., & Woolard, J. (2010). Age differences in affective decision making as indexed by performance on the Iowa Gambling Task. *Developmental psychology*, 46(1), 193.
- Ekman, P., Friesen, W.V. (1976). *Pictures of Facial Affect*. Consulting psychologists Press. (trad. it. Giù la maschera: come riconoscere le emozioni dall'espressione del viso, Giunti Editore).
- Furby, L., & Beyth-Marom, R. (1992). Risk taking in adolescence: A decision-making perspective. *Developmental review*, 12(1), 1-44.
- Haidt, J. (2003). The moral emotions. *Handbook of affective sciences*, 11(2003), 852-870.
- Hoffman, M.L. (1982). *Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. The development of prosocial behavior* (pp. 281-313). New York: Academic Press.
- Hoffrage, U., Weber, A., Hertwig, R., & Chase, V.M. (2003). How to Keep Children Safe in Traffic: Find the Daredevils Early. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 9(4), 249.
- Izard, C.E. & Buechler, S. (1979). *Espressioni di emozioni e integrazione della personalità nell'infanzia* (pp. 445-472). Boston, MA: Springer.
- Izard, C.E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9(34), 188-205.
- Jones, S.K., Frisch, D., Yurak, T.J., & Kim, E. (1998). Choices and opportunities: Another effect of framing on decisions. *Journal of Behavioral Decision Making*, 11(3), 211-226.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux. (trad. it. Pensieri lenti e veloci, Milano: Mondadori, 2012).
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, pp. 111-132.
- Keltner, D., Ellsworth, P.C., & Edwards, K.

- (1993). Beyond simple pessimism: effects of sadness and anger on social perception. *Journal of personality and social psychology*, 64(5), 740.
- Legrenzi, P., Girotto, V., & Johnson-Laird, P.N. (1993). Focussing in reasoning and decision making. *Cognition*, 49(1-2), 37-66.
 - Lerner, J. S., & Keltner, D. (2000). Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cognition & emotion*, 14(4), 473-493.
 - Lewis, H.B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*, 58(3), 419-438.
 - Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo clinico*, 5(2), 123-144.
 - Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.
 - Schwarz, N., & Clore, G. L. (1988). How do I feel about it? Informative functions of affective states. *Hogrefe Editors: K. Fiedler, J.P. Forgas*, 44-62.
 - Shweder, R.A., Much, N. C., Mahapatra, M., & Park, L. (1997). The "big three" of morality (autonomy, community, divinity) and the "big three" explanations of suffering. *Morality and health*, 119, 119-169.
 - Simon, H.A. (1955). A behavioral model of rational choice. *The quarterly journal of economics*, 69(1), 99-118.
 - Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current directions in psychological science*, 16(2), 55-59.
 - Tiedens, L.Z., & Linton, S. (2001). Judgment under emotional certainty and uncertainty: the effects of specific emotions on information processing. *Journal of personality and social psychology*, 81(6), 973.
 - Twenge, J.M., Zhang, L., & Im, C. (2004). It's beyond my control: A cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control. *Personality and social psychology review*, 8(3), 308-319.
 - Vartanian, L.R. (2000). Revisiting the imaginary audience and personal fable constructs of adolescent egocentrism: A conceptual review. *Adolescence*, 35(140), 639.
 - von Neumann, J., & Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton: Princeton University Press.
 - Zuckerman, M., (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. American Psychological Association.





ANORESSIA E BULIMIA NELLA PSICOTERAPIA FUNZIONALE

Luciano Rispoli

Psicoterapeuta, autore della Teoria delle Esperienze di Base del Sé (EBS), e della psicologia Funzionale (Neo-Funzionalismo).

Fondatore e Direttore della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).

Autore di 26 libri di oltre 150 articoli pubblicati in Italia e all'estero.

RIASSUNTO

L'articolo approfondisce il tema dei disturbi dell'alimentazione, e in particolare gli aspetti di due tra i più importanti e diffusi, *anoressia e bulimia*. L'autore utilizza la teoria innovativa delle Esperienze di Base del Sé (i modi fondamentali di funzionare della persona) che è parte centrale della psicologia Funzionale (Neo-Funzionalismo).

Questa focale permette di comprendere quali sono le alterazioni dei funzionamenti profondi e complessivi che caratterizzano queste patologie, sui vari Sistemi psico-corporei del Sé (cognitivo, emotivo, ma anche sensoriale, motorio, neurovegetativo ed endocrino). Vengono individuate le profonde interconnessioni tra questi Sistemi, in un quadro complessivo che permette di vedere alla radice cosa è successo e succede a chi soffre di questi disturbi. Individuare le Esperienze di Base carenti e alterate permette non soltan-

to di intervenire con un protocollo di cura che la psicologia Funzionale ha messo a punto per recuperarle e riaprirle (con tecniche psico-corporee specifiche e ampiamente validate), ma anche di predisporre efficaci metodi e protocolli di reale prevenzione, molto prima che la malattia si manifesti.

Questo è possibile se si interviene precocemente al sorgere dei primi segnali che colpiscono le Funzioni, cioè i costituenti del Sé ai vari livelli. A questo scopo lo scritto contiene due utili Diagrammi che descrivono come le varie Funzioni vanno alterandosi in queste patologie e cosa bisogna modificare nelle ragazze e nei ragazzi che ne soffrono.

PAROLE CHIAVE

Anoressia Bulimia Esperienze di Base del Sé Psicologia Funzionale Neo-Funzionalismo

L'ANORESSIA. LA PATOLOGIA E I FATTORI CHE LA PROVOCANO

I fattori che concorrono a questo delicato e difficile stato patologico sono multipli: fondamentalmente di tipo psicologico ed emotivo, ma anche direttamente motorio, sensoriale e fisiologico.

Chi viene colpito principalmente da questa forma di disturbo alimentare?

Si tratta per la maggior parte, e non a caso, di adolescenti che hanno una disperata necessità di affermare la loro autonomia e la loro forza; e cercano di trovarle opponendosi, in specie alle mamme troppo invadenti e impositive della loro volontà e dei loro punti di vista. E l'attività a cui possono opporsi più facilmente è proprio il mangiare a cui in genere le madri tengono molto, cercando così di sottrarsi, almeno nel campo del cibo, agli influssi forti e autoritari dei genitori. Per questo l'anoressia è di gran lunga più diffusa tra le adolescenti femmine. Molto più facilmente ai maschi si permettono e si perdonano moti di ribellione, manifestazioni di rabbia e di forza, scatti di violenza, quasi fossero un segno positivo del loro essere maschi. Al contrario, tutto ciò è considerato impensabile e riprovevole per una bambina, per una ragazzina, che così, a poco a poco, si ritrova privata di una fondamentale e sostanziale *forza interna*.

Ma – bisogna precisare – spesso le anoressiche non sono apertamente *contro le madri*, ma anzi dipendono notevolmente da loro, o anche le amano a modo loro, o ancora non se ne distaccano veramente.

Altro fattore che gioca un ruolo importante in tutti i disturbi dell'alimentazione, e anche nell'anoressia, è la difficoltà ad avvertire *sazietà* e *soddisfazione* nell'alimentazione: è una perdita di contatto grave con queste sensazioni che vengono dallo stomaco e dal corpo più in generale. La mancanza di sazietà, ovviamente, spinge a mangiare ancora.

E infine, terzo fattore che incide nel far raggiungere condizioni di gravità nell'anoressia, è nella crescente difficoltà dell'adolescente ad avere un'immagine giusta e corretta del proprio corpo,

che invece viene giudicato sempre e ossessivamente troppo grasso, anche quando è molto sottopeso.

Per tutti questi motivi, una ragazzina anoressica, abituata a vomitare, o disabituata a mangiare a sufficienza, finisce per non riuscire più a ritenere nel proprio stomaco nemmeno moderate quantità di cibo, e deperisce sempre più, arrivando a un sottopeso molto severo, e molto pericoloso.

LA FORZA

Ritornando all'elemento più importante, la Psicologia Funzionale ci ha fatto capire che l'anoressica, oltre ad essere vittima di un'immagine distorta che ha di sé e di una mancanza del senso di sazietà, fondamentalmente lotta per sentirsi *rafforzata*, per trovare una *forza* che invece drammaticamente non ha più (persa per vicende familiari che l'hanno a poco a poco inibita durante lo sviluppo evolutivo). Non mangiare la fa sentire più dura, più resistente e forte. Essere *piena* le fa orrore perché le dà la sensazione di debolezza, di pesantezza, tipica della digestione, del dopo-pranzo. Il guaio è che la forza che l'anoressica avverte nel suo essere magra e scattante, temprata e dura, in fondo è fittizia, è una forza più che altro fatta di *resistenza*; e tra l'altro anche questa falsa forza iniziale poi si perde completamente, quando si continua a non mangiare e a dimagrire, fino a una condizione di estrema fragilità e di estremo pericolo che però l'anoressica non avverte più.

Fortunatamente oggi, conoscendo questa dinamica relativa alla "forza", possiamo intervenire in modo molto più efficace sui gravi problemi dell'anoressia, attraverso metodologie terapeutiche precise che vanno a ricostruire una "*consistenza*" e una capacità di "*affermazione*" non più illusorie ma profonde, reali e stabili.

LE ESPERIENZE DI BASE CARENTI E ALTERATE NELLA MALATTIA

Quando ho parlato qui sopra di *forza*, di *consistenza*, mi stavo riferendo alla teoria delle *Esperienze di Base (EBS)* che ho costruito e messo a punto in



anni di ricerca, di pratica clinica e di osservazione dell'infanzia.

Le Esperienze di Base, presenti come esperienze fondamentali in tutta l'età dello sviluppo, diventano – se aiutate e rafforzate dall'ambiente, dagli adulti – delle vere e proprie capacità fondamentali nella vita da grandi, che io ho definito *Funzionamenti di fondo*. Esperienze di Base (nel periodo dello sviluppo evolutivo) vale a dire i Funzionamenti di fondo (in età adulta) sono le modalità fondamentali con cui il Sé (la persona intera mente-corpo) si muove nel mondo, in relazione con se stesso, con gli altri, con l'ambiente.

Funzioni del Sé alterate e Esperienze di Base coinvolte

Di seguito le Esperienze di Base (in corsivo) alterate o carenti che possiamo riscontrare nella problematica dell'anoressia e che sono collegate ad altrettante alterazioni delle Funzioni del Sé (le componenti dell'interezza mente-corpo).

- Il Sistema Neurovegetativo (SNV) è cronicamente attivato in simpaticotonia, per sostenere lo sforzo che fanno le anoressiche, ma è un'attivazione spesso esagerata. Questi soggetti richiedono un elevato livello di controllo per potere continuare ad agire nella direzione voluta (opporsi al cibo, vomitare e compensare i momenti eventuali di abbuffate, rinforzarsi con il camminare e il muoversi molto). *EBS Controllo*.
- Il respiro è di conseguenza con una certa prevalenza toracico o molto trattenuto. *EBS Calma*.
- Si può rilevare, se si va a fondo, una presenza di un tono muscolare che solo all'apparenza è elevato (per permettere gli sforzi che queste persone fanno), ma che nel profondo è piuttosto inconsistente, e che con il progredire della patologia diventa sempre più inconsistente e debole. *EBS Forza*.
- La percezione che l'anoressica ha rispetto al proprio aspetto corporeo è falsa: si ritiene

sempre troppo grassa, e questo la costringe a dimagrire ancora. *EBS Sensazioni, Percepirsi*.

- I movimenti sono per lo più veloci ed agitati, a volte anche un po' bruschi, così come lo è anche il modo di parlare. *EBS Calma*.
- La durezza dei modi, l'essere spesso brusca, rivela la presenza di una grande quantità di rabbia, che però viene quasi tutta trattenuta dentro: queste persone non si scontrano direttamente e apertamente con l'adulto, in particolare con la madre. *EBS Rabbia*.
- La forza nelle anoressiche prende la strada principalmente del resistere all'intrusione, alla direttività del genitore. E quindi, all'interno, si ritrova una debolezza di fondo, una mancanza di saldezza vera. La saldezza la si ritrova solo nel proseguire con il rifiuto; la forza la si ricerca nel non mangiare e nella magrezza. *EBS Consistenza, Forza calma*.
- Ma nello stesso tempo queste persone non escono veramente dalla dipendenza nei confronti della figura adulta, in particolare la madre, non si sentono realmente autonome, non si oppongono in tutta pienezza e consapevolezza. *EBS Autonomia, Opposizione*.
- Possiamo dire che questi soggetti fanno tutti questi sforzi per amore di se stessi. In realtà è un amore falsato, perché non va nella direzione di soddisfare i bisogni fondamentali della persona, le necessità reali di vita. *EBS Amarsi*.

Esperienze di Base e retroazione sul modo di funzionare della persona

Sappiamo oggi che tutti i funzionamenti della persona sono integrati a tutti i livelli psuco-corporei. Qui analizziamo gli effetti che a loro volta le Esperienze di Base alterate o carenti provocano nella modalità di essere complessiva dei soggetti malati di anoressia.

EBS Forza Calma. La vera forza – come abbiamo visto – è notevolmente carente, ed è ricercata in una modalità che non permette loro di raggiungerla pienamente. È soprattutto una forza volta a resistere, e quindi finisce per dissolversi ancora di più con questo sforzo, lasciando uscire e crescere tragicamente la fragilità

EBS Consistenza. La saldezza interna è anch'essa carente, e viene ricercata in una sensazione di energia effimera. Mangiando molto poco si alimentano sensazioni di una certa pur minima energia, ma è una energia che non viene poi alimentata adeguatamente dal cibo necessario.

EBS Autonomia. Opporsi al cibo non è una vera capacità di opporsi al genitore, anche se questo è il punto più debole di un genitore che ci tiene molto a che i figli mangino a sufficienza. (A volte è quasi la loro unica preoccupazione. La domanda che più facilmente, quasi sempre, ci si rivolge tra adulti, o verso i figli, è: "Ha mangiato? Hai mangiato?") In realtà l'anoressica non raggiunge una vera autonomia, continua a restare in una condizione penosa di dipendenza dal genitore, dalla madre intrusiva.

EBS Controllo. Il Controllo per queste persone è molto, troppo elevato, a volte ferreo, per continuare a cercare di tenersi lontani dal cibo, per allenare con sforzi il proprio corpo, per essere sempre più magri. Ma è anche un controllo con buchi, perché ci sono momenti in cui si ricade nelle debolezze del mangiare, delle abbuffate, con crolli anche dell'umore.

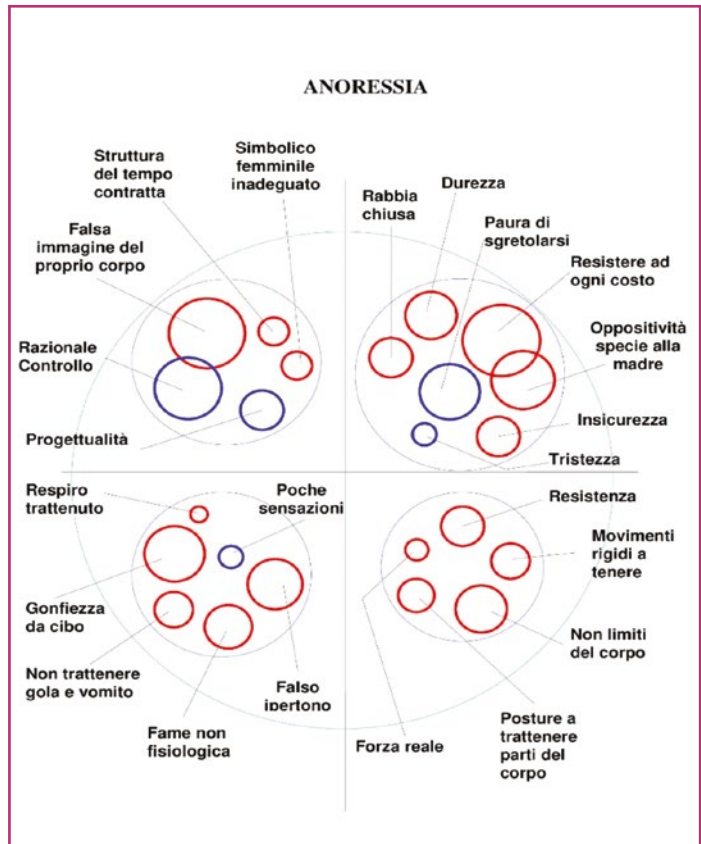


Fig. 1 - Diagramma Funzionale dell'anoressia

EBS Sensazioni, Percepirsi. Queste persone hanno perso la percezione dei propri veri bisogni, e si lanciano in modalità di vita che non sono veramente positive per loro. Inoltre non riescono a percepire nemmeno la loro magrezza, avvicinandosi sempre più a una soglia di peso molto pericolosa per la sopravvivenza.

In questa figura sono rappresentate le alterazioni delle Funzioni che in generale (al di là della condizione specifica di ogni singola persona) si possono ritrovare nei vari piani del Sé: quello cognitivo simbolico (a sinistra in alto), quello emotivo (a destra in alto), quello fisiologico (sinistra in basso) e quello motorio posturale (destra in basso).



I correlati neurovegetativi, endocrini, ormonali

Andiamo a vedere adesso quali sono le alterazioni di ormoni e neurotrasmettitori che si presentano in questo disturbo, ancora una volta collegate alle carenze o alterazioni delle Esperienze di Base (in corsivo).

- Il Cortisolo **è in un tasso piuttosto elevato: Questo rivela uno stato di stress cronico per tutte le difficoltà, gli ostacoli e gli sforzi che queste persone devono affrontare.** L'iperattivazione ha un costo rispetto alla salute. E il cortisolo a sua volta ha effetti negativi su molte delle funzioni vitali (a cominciare dal sistema immunitario, fino alla stanchezza che queste persone devono tenere continuamente a bada). *EBS Calma e Stare.*
- L'adrenalina è continuamente richiamata per aiutare l'azione, il controllo, il resistere, con un sovraccarico dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con conseguenze di logoramento dell'organismo, depressione, fino ad arrivare a volte a sindromi psicotiche. *EBS Lasciare, Stare.*
- La Dopamina, l'ormone della ricompensa, viene attivato nel restare magri, induriti. ci si carica nel movimento e nel non mangiare, in un circolo che diventa negativo. *EBS Piacere, Energia.*
- Il GABA (Acido Gamma Amino Butirrico) non agisce pienamente sulla guaina dei neuroni, che sono così indotti ad attivarsi molto e frequentemente, con una conseguente perdita di calma e serenità. Al contrario, vi è una continua ricerca di movimento. *EBS Energia, Forza.*
- La scarsità di presenza di Triptofano precursore della Serotonina (anche dovuto ad alterazioni nell'alimentazione) non aiuta né la tranquillità, né una buona regolazione emotiva, né il sonno. Il soggetto si può dedicare di più al resistere, ma il logoramento è inevitabile. *EBS Calma, Forza.*

- La Serotonina carente non permette una buona regolazione dell'appetito e del sonno (con un peggioramento delle condizioni della anoressica). *EBS Calma, Piacere.*

LA BULIMIA. LA PATOLOGIA

Come l'anoressia, anche la bulimia nasce da vicende soprattutto familiari, soprattutto in figlie femmine, per lo più adolescenti, ancora una volta pressate da una grande necessità di rendersi autonome nei confronti di madri troppo invasive e direttive; adolescenti che hanno bisogno – come già abbiamo visto per le anoressiche - di recuperare assolutamente una propria forza che è stata svuotata e annullata nelle loro vite di bambine.

Bulimia e anoressia non sono, dunque, completamente scollegate tra di loro: la bulimia quasi sempre è passata prima per una fase di anoressia; un soggetto anoressico, infatti, lotta contro la voglia di mangiare, a volte persino di abbuffarsi; lotta contro il rischio di ingrassare liberandosi frequentemente di un pasto troppo pericoloso con il vomito. In questa ricerca di forza, di consistenza, in questo tentativo di sentirsi capace di "resistere" al cibo, ma anche di resistere agli adulti che troppo spesso cercano di imporre la loro volontà, la bulimia è una sorta di *sconfitta*.

La bulimica, il bulimico, si sono in un certo senso *arresi*, non lottano più. Mangiano e sopportano di sentirsi gonfi, poco scattanti, con poca forza. Non per niente la bulimia è associata sempre a chiari sintomi di depressione.

Il lavoro terapeutico da fare, in questi casi, deve centrarsi soprattutto nel ridare fiducia, coraggio di lottare, grinta. Far recuperare la *forza* in questa patologia è ancora più indispensabile. Ma insieme alla forza bisogna che la persona ritrovi la sensazione perduta che può ricominciare a battersi, che ce la può di nuovo fare, che può *affrontare*. Bisogna che recuperi i propri sogni, la speranza, i progetti di vita (la *progettualità* e lo *slancio di vita*).



LE ESPERIENZE DI BASE CARENTI E ALTERATE

Vediamo quali sono le *Esperienze di Base (EBS)* che - come abbiamo qui sopra accennato - sono quelle da recuperare in questa patologia. E andiamo a vedere anche per la bulimia come le EBS alterate siano collegate ai vari elementi che costituiscono la persona in tutti i suoi livelli psico-corporei, cioè alle varie Funzioni del Sé (cognitive, simboliche, immaginative, emotive, sensoriali, motorie, fisiologiche degli apparati interni).

Funzioni del Sé alterate e Esperienze di Base coinvolte

- Il Sistema Neurovegetativo (SNV) è cronicamente squilibrato verso la simpaticotonia, sull'allarme, con un respiro che anziché diaframmatico è cronicamente toracico (caratteristico dell'attivarsi ma meno ampio, con meno energia che nelle anoressiche). Implicazione evidente della *EBS Calma e Forza*.
- Il corpo delle bulimiche è molto spesso **sovrapeso**, o molto sovrappeso, con la conseguenza di una ulteriore diminuzione di stima nei propri confronti. Bisogna anche dire che, frequentemente, queste persone da piccole sono state indotte insistentemente a mangiare per le preoccupazioni e le ansie relative al cibo da parte delle madri; ma anche per una cultura che ritiene (erroneamente) che le bambine devono essere paffutelle (simbolico alterato sul mangiare e sulle femminucce), perché così sono sane e belle. E questo fa produrre un numero elevato di Adipociti (cellule del grasso) che rimane elevato anche da adulti, e tende a far accumulare grassi alla persona, che dovrà così lottare tutta la vita per non ingrassare. L'implicazione in questo caso è della *EBS Consistenza* (che rappresenta anche la capacità di autostima). La poca stima spinge ancora di più queste ragazze ad arrendersi al cibo.



- Le sensazioni delle bulimiche sono piuttosto carenti: per loro è difficile avvertire la fame vera, fisiologica, ed è altrettanto difficile avvertire il senso di sazietà, che permette di interrompere la voglia di mangiare ancora. *EBS Sensazioni*.
- Frequente in queste persone è una certa lentezza nei movimenti, una certa inerzia e pesantezza anche nelle posture. Questo ha conseguenze sulla *EBS Vitalità* che, carente, a sua volta interagisce con movimenti e posture.
- Mancano i guizzi di gioia, c'è una notevole tristezza. *EBS Gioia*.
- Non mancano, invece, le paure e soprattutto i sensi di colpa nell'essersi lasciate andare, rivelando una notevole mancanza nella loro vita della *EBS Essere Protetti e Autostima*.

Esperienze di Base e retroazione sul modo di funzionare della persona

Qui analizziamo il collegamento tra le Esperienze di Base e i disfunzionamenti delle persone affette da bulimia, in circoli viziosi che fanno peggiorare ulteriormente le condizioni di salute.

EBS Calma. La carenza di una vera calma si riflette anche sul mangiare: c'è voracità, e in questo mangiare veloce si finisce per non dare il tempo alle sensazioni di sazietà di essere avvertite, e si continua, così, a mangiare.

EBS Consistenza. Una mancanza di solidità interna, di stabilità, fa sì che eventi esterni facilmente

possono destabilizzare le decisioni positive prese da queste persone sul cibo. La determinazione nel cercare di mangiare in maniera moderata e in modo sano (non cibi pieni di zuccheri che creano dipendenza e che si trasformano in grassi) viene facilmente meno (basta persino la pubblicità di cibi preconfezionati e dolci).

EBS Autonomia. Non c'è una vera autonomia di queste ragazze nei confronti dei genitori e soprattutto della madre. Una scarsa capacità di autonomia le fa cadere più facilmente nella dipendenza dal cibo.

EBS Sensazioni. È difficile sentire i propri veri bisogni e avvertire sazietà, così come è difficile avvertire una fame vera, fisiologica. Si tende a mangiare per mangiare.

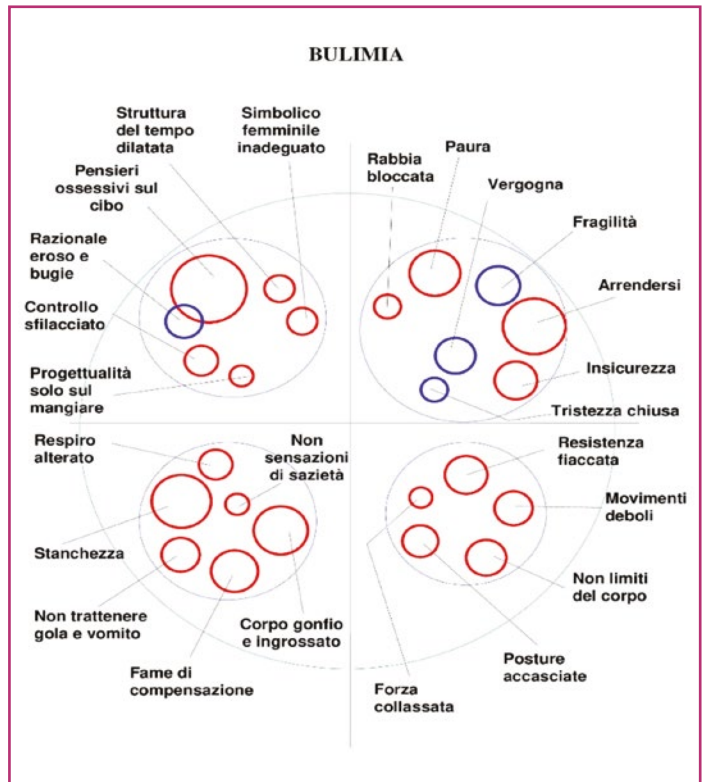


Fig. 2 - Diagramma Funzionale della bulimia

EBS Controllo. Caratteristico un tentativo di controllare strettamente il rapporto con il cibo, un controllo che però ha continui buchi, quando non addirittura molto sfilacciato e lacerato, contribuendo all'arrendersi, non solo, ma generando anche una tipica compulsività a mangiare.

EBS Benessere. Il benessere generale di questi soggetti è notevolmente carente, c'è stress e malessere generale. La conseguenza è un aumento della voglia di mangiare come compensazione alle sensazioni e all'umore negativi.

In questa figura sono rappresentate le alterazioni delle Funzioni che in generale (al di là della condizione specifica di ogni singola persona) si possono ritrovare nei vari piani del Sé: quello cognitivo simbolico (a sinistra in alto), quello emotivo (a destra in alto), quello fisiologico (sinistra in basso) e quello motorio posturale (destra in basso).

I correlati neurovegetativi, endocrini, ormonali

- Leptina. La disfunzione di questo ormone genera una grande difficoltà a percepire la sazietà. Senso di sazietà carente.
- Un uso eccessivo di Carboidrati produce un picco di Insulina, che ridiminuendo fa aumentare di nuovo la fame, e in particolare la fame di carboidrati, in una dipendenza che rappresenta un circolo vizioso inarrestabile.
- Gli zuccheri sono utili per fornire energia immediata; ma quando gli zuccheri sono in eccesso si trasformano in grassi. Negativo per queste persone è un eccesso di alimenti che contengono zuccheri, o che si trasformano in zuccheri, come i carboidrati ad alto indice glicemico (pasta e pane bianchi).
- Le Acquaporine sono deputate all'equilibrio dei liquidi nelle cellule; una loro alterazione contribuisce a trattenere troppi liquidi nel corpo, e produce gonfiore e ulteriore peso.

- La Dopamina è legata al piacere, alle gratificazioni, e spinge a ritrovare quel comportamento che l'ha prodotta. Il piacere di mangiare si lega alla dopamina e spinge a ritrovare questa ricompensa, altra ricompensa, altra voglia di mangiare, senza che si arrivi ad avvertire il senso di sazietà.
- Il GABA, l'Acido Gamma Amino Butirrico, allunga la guaina dei neuroni, aiutandoli a non scattare. Una esagerata attività neuronica toglie il sonno e spinge ad attivarsi alla ricerca di qualcosa, che per queste persone diventa inevitabilmente il mangiare.
- Il Triptofano (precursore della Serotonina) non aiuta più a regolare tranquillità e sonno; una sua carenza induce nervosismo e Fame.
- La Serotonina è fondamentale nella regolazione dell'appetito e del sonno. Una sua carenza ha dunque conseguenze negative nella bulimia.

L'INTERVENTO. LE TECNICHE E LA CURA

Sia nel caso dell'anoressia come in quello della bulimia (e in generale di tutti i disturbi dell'alimentazione), è importante poter intervenire su vari piani di funzionamento, dal momento che i differenti Sistemi dell'organismo umano (a cui si collegano le alterazioni di queste patologie) sono strettamente Integrati. Ma è ancora più importante comprendere - come abbiamo visto - quali sono le Esperienze di Base coinvolte in queste patologie, perché esistono tecniche specifiche del *Neo-Funzionalismo*, della psicologia Funzionale, volte a recuperare proprio quelle Esperienze di Base che si sono rivelate carenti o alterate. E - come abbiamo già scritto altre volte - si tratta di tecniche che non intervengono soltanto a livello verbale, soltanto sul livello cognitivo o emotivo, ma sulla gran parte dei Sistemi Integrati: sui movimenti, sulle posture, sul sistema sensoriale, nonché sul sistema neurovegetativo e finanche sul sistema endocrino. È proprio la sinergia di un intervento su tutti questi livelli (che viene effettuato anche in un modo molto preciso) a determinare la grande efficacia di questa metodologia.



LA PREVENZIONE

Ma oltre alla cura, è altrettanto importante la possibilità di accedere ad una vera prevenzione. E, conoscendo finalmente in modo profondo che cosa in realtà conduce a questi importanti disturbi alimentari, è possibile aiutare molto per tempo ragazze e ragazzi a evitare che situazioni iniziali, trascurate, poi man mano peggiorino fino a sfociare nella vera e propria malattia.

E anche per la prevenzione il grande aiuto ci viene dalla teoria delle Esperienze di Base, perché è possibile valutare per tempo, precocemente, se alcune di esse si stanno alterando o sono già carenti nei bambini e nei giovani, permettendo di ricorrere alle stesse tecniche che si utilizzano nella cura, ma, in questo caso, per una reale, profonda, efficace prevenzione.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione (DSM-5)*. Milano, Raffaello Cortina.
- Cuzzolaro M., Donini L. M., & Poggiogalle E. (2016). Comportamenti alimentari insoliti o patologici. In Istituto Superiore di Sanità. *Corso E-Learning "Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi precoce e appropriatezza delle cure"*.
- Dalla Ragione L., & Giombini L. (2014). *Solitudini imperfette. Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Todi, Bevagna.
- Giannini M., Pannocchia L., Dalle Grave R., & Muratori F. (2008). *Adattamento italiano di Garner D. M. EDI-3 Eating Disorder Inventory*. Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Lo Sauro C. et all. (2006). *Stress e disturbi alimentari psicogeni*. Special Article, Giornale Italiano Psicopatologia.
- Maestro S., Baroncelli G. I., Ghione S., & Bertelloni S. (2016). I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. In Istituto Superiore di Sanità. *Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi precoce e appropriatezza delle cure*.
- Quaderni del Ministero della Salute (2013). *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. Vol. 17/22, luglio-agosto 2013.
- Rispoli L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé. Organizzazione, sviluppo e patologia dei processi psicocorporei*. Roma, Astrolabio.
- Rispoli L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé. L'Evolutiva nella Psicoterapia Funzionale*. Milano, Franco Angeli.
- Rispoli L. (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi Integrati*. Milano, Franco Angeli.





VIOLENZA PSICOLOGICA E TRAUMA DA NARCISISMO

Mariagiada Angiolelli
Psicologa Clinica, specializzanda
in Psicoterapia della Gestalt

RIASSUNTO

La letteratura è molto ricca di riferimenti al Disturbo Narcisistico di Personalità, ma non lo è altrettanto per quanto concerne ciò che questo implica nella vita di chi subisce un vero e proprio trauma dovuto alla relazione narcisistica. Si sente spesso parlare di “relazione tossica” o di “relazione disfunzionale” ma ciò non basta a spiegare cosa realmente accade a chi malauguratamente o inconsapevolmente si ritrova a dover affrontare non solo la relazione tossica ma anche le conseguenze devastanti provocate dalla stessa.

Negli ultimi anni è stato coniato il termine “trauma da narcisismo” o “trauma bonding” per riferirsi ad uno specifico trauma che consegue dall’esposizione più o meno prolungata al soggetto Narcisista o più in generale all’individuo affetto da Disturbo della Personalità del Cluster B.

Assieme a questo trauma vi è un’ampia gamma di segni che riconducono al tema della violenza, in particolare a quel tipo di violenza spesso silenziosa e subdola che è tipica nell’assetto

psicologico. La violenza psicologica purtroppo in Italia non viene ancora considerata come reato, per questo lo scopo di questo articolo vuol essere non solo di informazione verso chi subisce quotidianamente o vede subire questo atteggiamento, ma anche per promuovere una cultura e attenzione particolare a questo tema che è sempre esistito e che, negli ultimi tempi, è ampiamente visibile, grazie alla televisione che quotidianamente trasmette servizi di cronaca in cui vediamo casi che vanno dallo stalking ai femminicidi, genocidi, matricidi, patricidi e tutta una serie di omicidi che implicano una relazione stretta tra gli attori. E se provassimo a prestare maggiore attenzione alla violenza psicologica riusciremmo a impedire che si trasformi in violenza fisica? E se ciò fosse difficile da impedire, riusciremmo almeno a far sentire meno sole e sostenute le persone che quotidianamente vivono nella paura, nel terrore e nella convinzione di essere sbagliate e “mentalmente instabili” poiché qualcun altro, a loro molto vicino le ha convinte che è quella la loro normalità?



PAROLE CHIAVE

Violenza psicologica, trauma da narcisismo, vittime, abuso relazionale

INTRODUZIONE

Questo articolo nasce da una mia constatazione diretta attraverso colloqui di sostegno in campo pubblico e privato, in cui sempre più spesso mi ritrovo a dover aiutare i miei pazienti a raccogliere i cocci delle loro vite durante e dopo l'esposizione prolungata ad un soggetto narcisista, borderline o antisociale, con il quale hanno intrattenuto più o meno lunghe relazioni sentimentali. Ciò che mi ritrovo ad affrontare è l'osservazione di una perdita di identità e di interesse nei confronti della vita stessa, accompagnata da sensi di colpa, mancanza di ricordi sulle proprie passioni e risorse, e un corollario di segni e sintomi che vanno dall'attacco di panico alla somatizzazione, dalla depressione al tentato suicidio.

Trattare questo argomento come comune "crisi di coppia", in cui ogni partner ha il suo 50% di responsabilità non risulta essere la giusta strate-

gia poiché ciò che si riscontra è un aumento dello stato di solitudine delle "vittime" e la diminuzione della richiesta d'aiuto. In un approccio psicoterapeutico è fondamentale portare il paziente alla consapevolezza e a prendersi la responsabilità delle sue emozioni, azioni e scelte, ma è anche importante provare a comprendere che la difficoltà di queste persone sta proprio nell'aver creduto alle promesse di chi le ha ingannate, non per ingenuità e stoltezza, ma perché l'essere affetti da un disturbo di personalità del cluster B significa indossare costantemente una maschera di falsità e finzione che implica un'abilissima bravura nella recitazione. La speranza e i buoni sentimenti che hanno accompagnato per tutta la relazione queste persone ha solamente attirato la persona sbagliata al momento sbagliato e un lavoro profondo su se stessi è ciò che può impedire che questo possa avvenire nuovamente. L'aiuto che si offre a queste vittime è quello di fortificare la loro posizione non solo all'interno della coppia ma all'interno di tutte le loro relazioni, imparare a riconoscere le proprie emozioni come campanelli





d'allarme e come guide interiori, imparare a mettere dei confini sani e riconoscere che sono state ingannate da chi ha usato più astuzia e furbizia, e che tutto ciò non ha nulla a che fare con l'amore, con il loro valore e con la loro intelligenza ma con delle strutture di personalità ben radicate.

CARATTERISTICHE DELLA VIOLENZA PSICOLOGICA E DELLA RELAZIONE TOSSICA

Internet e i social media negli ultimi anni hanno mostrato un vastissimo interesse nei confronti di quello che sembra diventare sempre più un fenomeno sociale, forse per compensare a risposte che in campo clinico e sociale stentano a radicarsi. Per rispondere a un bisogno sempre maggiore di sostegno, mutuo-aiuto e informazione, in quanto psicologa sento il dovere di affrontare questa necessità senza utilizzare l'unica modalità legata all'assunzione di responsabilità individuale (seppur imprescindibile), ma offrendo anche un contributo informativo, rassicurante ed esperienziale. La relazione tossica implica che ci sia uno o due soggetti tossici, o meglio con caratteristiche di di-

pendenza da sostanze nocive, anche in assenza di sostanza. Il riferimento alle personalità del cluster b sembra doveroso, poiché ciò che si evince nella pratica clinica è che i tratti e le ferite narcisistiche sono in prima linea ad evidenziare tale fenomeno.

Sul narcisismo la letteratura è molto vasta, ma lo è meno sulla differenza tra il narcisismo overt e quello covert. A chiunque si chieda quali caratteristiche abbia un narcisista, le risposte che giungono, vertono sempre sul versante overt, come se questi sia più riconosciuto ma anche più visibile. La verità è che un trauma da narcisismo e la violenza psicologica è più riscontrabile in quelle relazioni in cui uno dei due individui abbia caratteristiche covert.

Khout (1971) è stato uno dei primi e pochi ad individuare tale differenza, sostenendo che esista una tipologia di narcisismo, detto "ipervigile" che è tipica del tipo vulnerabile, tendente alla frammentazione di sé, fortemente sensibile alle reazioni degli altri, inibito, schivo o persino portato ad eclissarsi e ad evitare di essere al centro



dell'attenzione; e questa teoria è stata sostenuta ben 16 anni dopo anche da Rosenfeld (1987) che individuò il "narcisista a pelle spessa" (che oggi chiameremmo "overt") e il "narcisista a pelle sottile" (covert), un individuo timido, vulnerabile, con un senso di inferiorità, di vergogna, che ricerca costantemente l'approvazione e l'attenzione e iper-sensibile alle critiche, che spesso si identifica in quello che fa o nelle esperienze difficili vissute per ostentare il suo vittimismo.

L'essere in apparenza così vulnerabili e bisognosi di attenzioni, risveglia spesso in un partner empatico l'istinto di protezione e di cura che diventa quindi terreno fertile per questi predatori incalliti, perciò il risultato che si ottiene è che abbassandosi la guardia diventa più facile cadere preda di quello che è un vero e proprio inganno. La preda scelta infatti ha solitamente caratteristiche ben definite: empatica, abituata a mettere al centro i bisogni dell'altro, disponibile, con tratti di bassa autostima e con una propensione al sacrificio.

Dal momento che il predatore ha ricercato e finalmente agganciato la sua preda, inizia a mettere in atto un rituale relazionale, o meglio un copione, che seguirà principalmente 3 fasi:

- LOVE BOMBING
- SVALUTAZIONE
- SCARTO

C'è da evidenziare che le tre fasi possono avvenire più volte nella stessa relazione e con tempi più o meno lunghi o intervallati.

Quella del "Love Bombing" è un vero e proprio bombardamento di amore e attenzioni, in cui l'abusante braccia in un "abbraccio" la sua preda. È anche detta fase della "luna di miele" che è tipica della tossicodipendenza, in cui il soggetto narcisista sfoggerà le sue qualità migliori per risultare (dopo attento e scrupoloso studio dei gusti e delle abitudini dell'oggetto del suo desiderio) quella che definiremmo "l'anima gemella", utilizzando la tecnica del "mirroring" e rispecchiando il suo partner in tutte le sue caratteristiche positive e nel suo bisogno di sentirsi

di valere e che il loro legame è solido, profondo e speciale. Questa esagerazione di sentimenti che può sfociare spesso in gesti plateali, proposte precoci ed entusiasmo estremo, sottopone il narcisista ad uno sforzo sovraumano, che può allentarsi e rilassarsi solo durante la seconda fase. Nella fase della svalutazione infatti, l'abusante, ormai rilassato per aver ottenuto la stabilità e il potere sull'altro, inizia a mostrarsi per quello che realmente è: incoerente, incostante, verbalmente violento, passivo-aggressivo, svalutante, giudicante, bugiardo, non empatico, scorretto e controllante. Non c'è assunzione di responsabilità e quando il suo partner cerca di ritrovare l'essere meraviglioso che aveva conosciuto, si ritrova sotto una valanga di insulti, false promesse e accuse. A questo punto il tentativo di rendere insicuro il partner ha iniziato il suo percorso, poiché l'intermittenza con cui avanza questa fase, tra promesse e incoerenza, tra dichiarazioni d'amore e svalutazioni, destabilizza non poco, sovente ciò che viene riferito da chi è caduto vittima di queste relazioni è la sensazione di "camminare sulle uova" ovvero di sbagliare nel parlare o nel fare qualcosa che per il proprio partner potrebbe risultare inadeguato, anche se ciò comporta ascoltare musica, mangiare i cibi preferiti, uscire con i migliori amici, vestirsi o parlare in un certo modo, qualsiasi cosa sia caratteristica della personalità del partner o un suo gusto personale, viene sottoposto a durissima critica, e questo vuoto interiore inizia a farsi spazio anche nell'ambiente esterno, portando la vittima ad allontanarsi anche da amici e familiari, provocando così un isolamento anche fisico.

Di lì a breve arriverà la terza fase (ma non ultima poiché spesso queste relazioni sono anche caratterizzate dal fenomeno del "tira e molla") detta dello "scarto" in cui senza preavviso e senza delicatezza, il narcisista abbandonerà il suo partner nel più completo stordimento. C'è da aggiungere che durante tutte queste fasi vi sono delle strategie manipolatorie sempre in atto, tra cui quella della "triangolazione" che è ben presente fin dalla fase del love bombing, in quanto per rendersi più appetibile, il narcisista coinvolge un

terzo elemento, che molto probabilmente è nella fase della svalutazione della sua preesistente relazione, e si fa più acuto nelle altre due fasi.

Trattandosi di soggetti dipendenti, la dinamica tossica non attiva mai uno stato di riposo o di disintossicazione, il soggetto così come il tossicodipendente è sempre alla ricerca di una dose e di sperimentare sempre più droghe per ricevere più stimolazione, il partner in questo senso viene appunto visto solamente come un "erogatore di felicità" che, dopo aver assolto alla sua funzione diviene ben presto assuefacente e quindi inutile. Per questo, ciò che sperimenta il partner di un narcisista è anche l'essere sostituito come un oggetto, e con modalità anche fortemente crudeli, poiché per rincarare la dose oltre alla sostituzione, viene esposto anche all'ostentazione del nuovo partner a cui sicuramente il narcisista donerà ciò che aveva promesso precedentemente al vecchio partner. Non è neanche un caso che molto spesso vi sia una comorbilità con la tossicodipendenza o altre forme di dipendenza quali alcolismo, gioco d'azzardo o disturbi dell'alimentazione, che devono servire come campanello d'allarme per il partner, per allontanarsi o richiedere un aiuto di personale esperto.

Tutto ciò è un massacro psicologico, che prende il nome di violenza psicologica. Come afferma Sandra Filippini (2005) la violenza psicologica si manifesta principalmente nella coppia attraverso controllo e dominio, assieme all'intrusione di terzi elementi come familiari e amici e nell'intrusione con giudizi e pretese nelle attività del partner, oltre che con l'appropriazione economica e sessuale. Provocare l'isolamento, la paura attraverso minacce e intimidazioni, colpevolizzare, ricattare e svalutare sono tutti fenomeni riconducibili alla violenza, poiché vi è uno sconfinamento nella sfera fisica ed emotiva dell'altro, che seppur non è evidente con lividi e sangue, provocano ferite interiori molto profonde e difficili da sanare. Tra le strategie manipolatorie ormai sempre più riconosciute, si sono conati anche dei termini tecnici, oltre a quello della triangolazione, come ad esempio quello del gaslighting, caratterizza-

to da sarcasmo e silenzio punitivo, usato sia per schernire e deridere il partner sia per fargli arrivare il messaggio di non valore, delle sue opinioni e della sua persona, farlo dubitare sulle sue percezioni sensoriali e sulla sua memoria.

CONSEGUENZE SULLA VITTIMA: SEGNI E SINTOMI DEL TRAUMA DEL NARCISISMO E DELLA VIOLENZA PSICOLOGICA NELLA RELAZIONE TOSSICA

Ci si chiede quali siano le caratteristiche della vittima, come se la vittima sia un individuo designato dalla nascita ad avere relazioni tossiche, in realtà non tutte le vittime sono designate a questo triste destino e non tutte queste persone sono destinate al ruolo di vittima.

A chiunque può capitare di avere la sfortuna di imbattersi in una relazione tossica e in soggetti dai forti tratti narcisistici, ecco perché si fa una distinzione tra tre tipologie di vittima:

Vi è ad esempio, l'individuo a sua volta narcisista che rappresenta una proiezione idealizzata dell'essere al "proprio livello" e col quale spesso l'epilogo può essere un vero e proprio massacro a due, come rappresentato nel film "la guerra dei Roses".

L'individuo co-dipendente, con il quale il narcisista crea un incastro patologico perfetto poiché le mancanze di uno vengono compensate dall'altro, perciò avremo un individuo dai tratti narcisistici e l'altro individuo al contrario con tratti di compiacenza, empatia, masochismo, sacrificio, bassa autostima e una componente competitiva nei confronti degli eventuali terzi elementi inseriti nella relazione dal soggetto narcisista, che porta al mantenimento ostinato della relazione stessa. Ciò che caratterizza questa coppia equivale più ad una dinamica figlio-genitore, in cui il narcisista è alla ricerca del genitore empatico che non ha mai avuto, dando così luogo ad una nevrosi che viene alimentata reciprocamente per mantenere la dipendenza e non avviare mai una crescita o un'evoluzione.



Infine ci sono persone che malauguratamente inciampano in questi individui, perché stanno attraversando una fase difficile di vita come lutti e perdite (i narcisisti sono bravissimi ad intercettare la vulnerabilità) o che coltivando speranza e apertura alla vita e all'amore, non riescono a captare la perfezione nella recitazione dei loro compagni, presi dalla fase di innamoramento che come gli psicologi ben sanno, può rendere chiunque meno attento e diffidente.

All'interno di queste mancanze e/o distrazioni personali, si va insinuando la relazione narcisistica che si trasformerà ben presto in abuso emotivo e in vera e propria violenza psicologica, quella violenza silenziosa, subdola e invisibile che in Italia non viene ancora riconosciuta come reato punibile, ma che in Irlanda dal 1 Gennaio 2019 è entrata in vigore con il Domestic Violence act 2018, punibile con 5 anni di reclusione, poiché come spiega il ministro della giustizia Charlie Flanagan, "viene riconosciuto l'effetto del controllo emotivo in una relazione intima come nocivo per le vittime proprio quanto il sopruso fisico. Questa nuova norma manda un messaggio preciso: la società non tollera più la violazione della fiducia commessa da un partner contro l'altro in un contesto intimo e le vittime potranno avvalersi di servizi di supporto specialistici". Con tali premesse è impossibile una divisione del 50% di responsabilità per partner, ma è evidente che vi sia uno sbilanciamento che rimanda all'80% di responsabilità al partner abusante e solo un 20% al partner abusato.

Brunelli (2011) avendo basato i suoi studi principalmente sulle "vittime" delle personalità affette da narcisismo, ha individuato un disturbo chiamato "trauma da narcisismo", in quanto il manipolatore relazionale, non è altro che un essere predatore che come un "vampiro" va a caccia di sangue sano e lo ottiene approfittandosi delle tenebre, ovvero della ferita narcisistica e della cecità delle prede, dovuta anche ad uno stato di innamoramento indotto in modo seduttivo e manipolatorio. Il predatore si serve della menzogna, rendendo fortemente insicure le sue vittime, insinua sospetti (sospesi) per provocare paranoia, simula autosva-

lutazioni, disinteresse affettivo, falsa tenerezza, per far cadere la preda in uno stato di intorpidimento della coscienza per conquistarne la fiducia e l'amore al fine di nutrirsi per scopi egoici. Lungo la relazione diventano sempre più rabbiosi senza un chiaro motivo, ed effettuano continui attacchi invidiosi al partner umiliandolo sadicamente con diverse modalità allo scopo di distruggerlo moralmente, stando ben attenti a non farsi vedere da familiari e amici per non mostrare il loro altro lato della luna, potendo così continuare col gaslighting a far credere alla loro vittima di essere mentalmente instabile. Non piangono mai o quasi mai e così come narra il mito di Narciso che istigava i suoi ex-amanti al suicidio, non è raro che arrivi anche a questo. Un narcisista si differenzia da un serial killer, perché non uccide, non esercita violenza diretta, ma attua comportamenti volti alla violenza psicologica. Per Brunelli non è detto che chi venga contagiato, sia assolutamente una personalità a sua volta disturbata o ingenua, in quanto ritiene che l'abilità di questi individui è così acuta, da ingannare molto spesso anche psichiatri e psicoterapeuti esperti.

Trattandosi di un vero e proprio "Disturbo post traumatico da stress", si evince che la violenza psicologica non solo si protrae nel tempo, impedendo alla vittima di riprendersi dal trauma e intaccando anche la sua routine, la quale si ritrova ad avere difficoltà a svolgere persino le normali azioni quotidiane, ma anche ad essere soggetta ai più invalidanti sintomi psichici e fisici.

La psicoterapeuta americana Kim Saeed ha definito diversi sintomi e segni riscontrabili nella NAS (Sindrome da Abuso Narcisistico), tra cui, giusto per citarne alcuni, troviamo: depressione, attacchi di panico, ansia, autolesionismo, orrore di aver amato un mostro, pensieri omicidi/suicidi, sensi di colpa, disturbi del sonno, disturbi alimentari, calo dell'autostima, difficoltà di concentrazione, rimuginazione, somatizzazioni, incapacità a ricordare talenti, risorse e ciò che rendeva piacevole la propria vita prima di incontrare l'abusante, paura a fidarsi ancora e paura di trovare un altro soggetto abusante (poiché si riscontra che spesso queste



vittime fanno esperienze con entrambe le tipologie di narcisista, overt e covert, in un breve lasso di tempo, passando cioè "dalla padella alla brace" in mancanza di elaborazione del trauma) e molti altri. La gravità del fenomeno non può lasciare indifferenti.

IL TRATTAMENTO

Essere vittime di violenza è un evento traumatico che può portare a una significativa riduzione del benessere psicologico e fisico, perciò è fonamen-

tale intervenire su tutti quegli aspetti profondi che si riferiscono all'elaborazione cognitiva ed emotiva che hanno spinto il soggetto a farsi vittima e a continuare a mantenere il legame tossico, alle modalità di gestione dei sintomi scaturiti dalla relazione abusante, ai comportamenti adattivi e alla ristrutturazione o strutturazione dell'autostima, e tutto ciò è possibile attraverso una psicoterapia. La psicoterapia individuale è la più consigliata in quanto si va ad agire sui processi interni e motivazionali, ma è anche consigliabile affiancare una psicoterapia di gruppo o mutuo-aiuto per lavorare sulla dipendenza affettiva e sull'erronea convinzione di essere stati stolti nel "cadere" in tale rete disfunzionale. Là dove il trauma fosse enormemente invalidante è anche consigliato un percorso di EMDR, poiché l'efficacia del trattamento nei disturbi post-traumatici da stress, ha evidenziato miglioramenti visibili anche a livello cerebrale, con una ridotta sintomatologia e una riduzione dell'iper-reattività a stimoli di carattere emotivo, confermandone l'impatto funzionale su strutture cerebrali coinvolte in patologie ansiogene (Simonetta, 2010)

Durante il percorso terapeutico, si andranno ad affrontare temi e strategie che fino a quel momento sono risultate essere disfunzionali, per ciò che riguarda principalmente la difficoltà a mettere confini sani e la difficoltà a distinguere l'aggressività dalla violenza. Perls (1942) spiega bene questa differenza nel suo libro "L'io, la fame e l'aggressività", riconducendo all'aggressività quella forza ed energia che permette di "andare verso" come concetto indispensabile nella vita per conquistare e per difendere i propri bisogni e il proprio spazio vitale. In questa accezione, l'aggressività è prerogativa fondamentale dell'evoluzione, e si differenzia dal concetto di violenza, che invece ha una connotazione distruttiva che danneggia la relazione e si appropria di spazi altrui. Nelle coppie è importante aiutare le persone ad esprimere la loro reciproca aggressività, sostenuta da uno sfondo di accettazione e di voglia di creare qualcosa di nuovo insieme, di esprimere i propri desideri e amore pur mantenendo l'attenzione e il coraggio di confron-



tarsi con l'altro su aspetti che riteniamo essere dannosi per noi o per il rapporto, per compiere una trasformazione (Pizzimenti, 2015). Ed è la trasformazione ciò a cui si punta nella terapia con queste persone cadute vittime di relazioni abusanti, una trasformazione che ha il gusto della guarigione, una trasformazione che ricorda quella del bruco che dopo svariate mute durante la sua vita larvale, riesce a rompere il bozzolo per diventare farfalla.

Barbara Berckhan, nel suo simpatico e utilissimo manuale di autodifesa verbale, fornisce tanti spunti creativi su come affrontare le svalutazioni, gli attacchi invidiosi, le offese, le provocazioni per acquisire maggiore sicurezza in se stessi e per accettare il proprio interlocutore, anche e soprattutto se questi va a toccare il nostro tallone di Achille, riconoscendo in tutto ciò un'opportunità di uscire dalla propria immagine di "vittima" e acquisire quella di persona in grado di autodefinirsi e di compiere scelte per il proprio benessere, anche se queste implicano l'apprendere a dire di "no" e a chiudere una conversazione o una relazione.

La terapia di coppia non è consigliabile, poiché trattandosi di individui affetti da un disturbo della personalità cronica, la cui caratteristica principale è la mancanza di empatia e di provare amore profondo, è molto probabile che utilizzino la manipolazione per concentrarsi anche sul terapeuta stesso oltre che nei confronti del partner, poiché ciò che spinge il soggetto narcisista ad intraprendere un percorso terapeutico, il più delle volte non è un sano interesse a migliorare la sua vita ma piuttosto è volto a mantenere in equilibrio i suoi meccanismi di difesa e le sue strategie compensative, è la vittima che deve lavorare per sé in modo tale da scavare in fondo ai suoi traumi relazionali, modelli disfunzionali, riconoscere la manipolazione, riconoscere il proprio valore, imparare a non cadere più in queste situazioni, imparare a mettere confini sani, e fare un lavoro di accettazione dell'impossibilità di "cambiare" una personalità così strutturata, perciò è vivamente consigliabile la chiusura della relazione laddove possibile ed effettuare il "no contact".

CONCLUSIONI

Questa breve sintesi mette in luce quanto sia grave la presenza e il mantenimento di relazioni altamente abusanti e di quanto la nostra legge non sia ancora in grado di tutelare e prendere seri provvedimenti su questo fenomeno largamente presente anche nel nostro Paese. Vuol anche essere un modo per stimolare un crescente interesse verso questo problema e l'implementazione di leggi nuove a tutela dei cittadini. Vuole inoltre aiutare tutte le donne e gli uomini vittime di queste relazioni ed incoraggiarli a prendere in primis consapevolezza di ciò che accade loro, per passare poi al chiedere aiuto per uscire dalla condizione di vittima, quindi di oggetto, e divenire soggetto capace di desiderare, volere, prendere e rifiutare.

BIBLIOGRAFIA

- Berckhan B. (2008). Piccolo manuale di autodifesa verbale, per affrontare con sicurezza offese e provocazioni, Feltrinelli, 2014
- Brunelli P.,(2011). Trauma da Narcisismo nelle relazioni di coppia, Albedo ass. culturale.
- Filippini S. (2005). Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia, Franco Angeli, Milano.
- Kohut H. (1971). Narcisismo e analisi del sè, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Perls F. (1942). L'io, la fame e l'aggressività, Franco Angeli, Milano, 2011.
- Pizzimenti M. (2015). Aggressività e sessualità, il rapporto figura-sfondo tra dolore e piacere, Franco Angeli, Milano.
- Rosenfeld H. (1987). Comunicazione e interpretazione, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Simonetta E. (2010). Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. EMDR come terapia, Franco Angeli, Milano.

SITI CONSULTATI

- www.psicoterapia-cognitiva.it
- www.angolopsicologia.com
- www.sosvittima.org
- www.violenzadonne.com
- www.psicologoinrete.com
- www.tpi.it
- www.psiconline.it



L'INCOGNITA DELIROIDE.

IL MODELLO KRETSCHMERIANO DELLA PARANOIA.

RIASSUNTO

La paranoia è da sempre la componente scomoda di tutte le nosologie e le classificazioni psichiatriche. I pazienti, nel loro teatro di mondo, mettono spesso in scena allo stesso tempo un misto di forza, coraggio e profonda fragilità.

Ernst Kretschmer, autore fondamentale tra gli psicopatologi europei, fornisce la propria lettura degli sviluppi psicopatologici della paranoia a partire da una inedita analisi del carattere, della storia di vita e degli eventi chiave cui il soggetto va incontro.

Ne risulta una tra le più note e utili analisi della storia della psicopatologia continentale, che gli psicologi e gli psichiatri non possono non contemplare nella propria formazione teorica.

PAROLE CHIAVE

Ernst Kretschmer, paranoia, sviluppo delirante, deliroide, delirio sensitivo di riferimento

Il sensitivo ha invece ancora da dimostrare quello che vale, ci prova, dice di non riuscirci, sollecita una smentita alla sua incapacità

Luciano Del Pistoia

Dottore, posso dirvi una cosa?

Ora sto passando un periodo un po' così, però ricordatevi, sono sempre stato debole ma glorioso. Debole ma glorioso!

Marco

INTRODUZIONE

La costituzione paranoica trova una sua particolare definizione nel modello della *Beziehungswahn* di Kretschmer (1888-1964). Nei casi mirabilmente trattati e descritti dal maestro di Tubinga abbiamo infatti a che fare con quelle forme di carattere paranoico classico, descritto come "costituzione paranoica" e poi ripreso da De Clerambault (1872-1934), che potremmo definire *lievi*. Il *delirio* dei sensitivi è meno aggressivo, di marca quindi ipostenica, perché ha alla base un carat-

Paolo Colavero

Psicologo, psicoterapeuta e psicopatologo
UOC Oncoematologia Pediatrica ASL Lecce

Professore a Contratto Università
D'Annunzio, Chieti-Pescara

Scuola di Psicoterapia

Fenomenologico-Dinamica

Società Italiana per la
Psicopatologia Fenomenologica

Associazione Italiana di
Psicologia Fenomenologica



tere meno rigido ed esplosivo, solo lievemente recriminatorio, difficilmente indirizzato verso l'esterno sociale ed interpersonale e invece più rivolto verso l'interno, meno incline all'accusa e più all'autocritica. Il *tipus* che andremo nelle prossime pagine ad analizzare sarà orientato quindi più alla *vergogna* e alla conseguente cospirazione silenziosa di sguardi, e meno all'accusa contro sconosciuti e alla colpa da cancellare con la denuncia o la vendetta, più o meno cruenta. Il sensitivo, come dire, basta a sé stesso.

La definizione più chiara del *delirio di rapporto sensitivo* kretschmeriano la troviamo nel volume di Ballerini e Rossi Monti del 1990 (e riedito nel 2011) dedicato appunto all'analisi del pensiero di Kretschmer. I due psicopatologi toscani così mirabilmente si spiegano e ci spiegano (1990, 22):

"Il delirio di rapporto sensitivo si configura come prototipo della comprensibilità psicologica di alcuni casi di psicosi paranoidee. Si tratta spesso di deliri ben sistematizzati, non bizzarri, senza allucinazioni, che in parte corrispondono alla paranoia classica di Kraepelin. Il delirio sensitivo è tipicamente un delirio di rapporto e in particolare un delirio di rapporto concentrico, nel quale il soggetto si sente al centro di un'esperienza minacciosa che lo avvolge e in cui le idee e le esperienze deliranti restano come appese ad un avvenimento che costituisce il fulcro del delirio. È questo il concetto di 'evento chiave' che apre l'accesso al carattere".

Da ciò che i nostri così chiaramente affermano possiamo ricavare senza fatica alcuni concetti chiave del pensiero e della teorizzazione kretschmeriana:

1. Il delirio di rapporto sensitivo è un'esperienza che, nel novero delle psicosi paranoidee, si situa al limite del comprensibile. A sintomi francamente deliranti fa, infatti, da contraltare la concreta possibilità di seguire e rintracciare la derivazione *genetica* del delirio stesso, dato questo che lo definisce infine

come *deliroide*, derivabile dallo stato umorale, comprensibile tout-court in base a dati ricavabili dall'anamnesi familiare, di personalità e di malattia. I deliri sensitivi poi, per altro, sono non *schizofrenicamente bizzarri*, non presentano quindi, in genere, tematiche metafisiche o aliene, appaiono anzi ben sistematizzati, proprio come ci si aspetterebbe dai membri della *famiglia* paranoide. Vi è quindi assenza di dispercezioni uditive, senza la fondamentale partecipazione (per tradizione più prettamente schizofrenica; cfr Schneider 1960) delle voci dialoganti, commentanti o imperative.

2. Il delirio è detto quindi *di rapporto* perché non manca mai di coinvolgere nella sua forma e nel suo contenuto i soci e consoci al mondo dell'interessato, quelli vicini, stretti, ma anche quelli lontani, diremmo noi. Il soggetto quindi è investito da un'esperienza che con Grivois (2002, 2014) potremmo intuire e chiamare di *centralità*, nella quale esso appare essere al centro, per l'appunto, di trame e meccanismi guidati da persone più o meno conosciute, il centro del mondo in una modalità tolemaica (il classico vissuto del *tua res agitur*).

3. Una delle particolarità, che permette la svolta *deliroide* al delirio del sensitivo, è che i gesti, i pensieri e le situazioni di cui il soggetto fa esperienza angosciante appaiono da subito legati da un filo visibile ed evidente - dicono gli autori - ad un *evento particolare*. Si tratta quindi di esperienze descrivibili *a partire da*, riportabili facilmente all'evento principe (che quindi principia il movimento rotatorio del delirio) per le parole dello stesso soggetto interessato. In questo senso, seguendo quello che lo stesso Kretschmer chiama *evento chiave*, si può pervenire ad una comprensione profonda del delirio stesso che apre, secondo le speranze e le migliori intenzioni, ad una psicoterapia precoce e indirizzata a rintracciare ed analizzare il sentimento di *vergogna*, il vissuto di superficie che pare rappresentare

come l'indispensabile olio ad ungere la serratura nella quale l'evento (chiave) stesso va ad innestarsi e a scatenare così il delirio.

Si tratta spesso di soggetti timidi e ansiosi, molto sensibili e pieni di scrupoli. Soggetti insoddisfatti di sé stessi; persone che esitano di fronte alla vita ed alle sue esperienze dalle quali si lasciano dominare e investire come senza scampo; sacrificati agli altri, come il loro carattere particolare e la loro costituzione debole meritasse, infine, una giusta punizione.

Caratterizzati, per una reale difficoltà a dimenticare le impressioni dolorose e tristi, da un blocco e da una difficoltà nel lasciar scorrere le cose della vita per come naturalmente accadono e quindi passano, questi soggetti sono dei grandi e capacitissimi accumulatori di vissuti e di impressioni negative che, allo stesso tempo, si trovano purtroppo in grande difficoltà a *rilasciare* e quindi dimenticare, a far scorrere nella categoria dell'ovvio e del già stato.

Persone incapaci di espellere dalla propria mente i ricordi sgradevoli, si fanno prigionieri dei dolorosi vissuti di vergogna e di indegnità, che restano attivi e sempre associati a nuove situazioni spiacevoli, ostacolo alla coltivazione e crescita della propria identità, per la quale rappresentano invece una pesante zavorra.

I vissuti non elaborati ma conservati a lungo al proprio interno, possono portare il soggetto vulnerabile pericolosamente vicino al proprio limite di sopportabilità, del quale per natura è stato dotato, e causare in alcuni casi lo svilupparsi, su base paranoide e di riferimento, di esperienze e sintomi assimilabili a quelli psicotici.

La cura e l'attenzione infinita che Kretschmer impiega nel descrivere i suoi pazienti e, soprattutto, il rapporto che con questi stabiliva e portava avanti per lunghi periodi alla ricerca di inaspettate angolazioni e continuità di senso, ha messo da subito in crisi la nosografia sul luogo del Delirio di Rapporto Sensitivo.

Ernst Kretschmer pare consapevole della portata e del significato enorme delle sue parole rispetto al pregiudizio dell'incomprensibilità e quindi alla psicogenetica in generale della paranoia (1966, 2000, 34). Kretschmer discute quindi della paranoia, del classico concetto di paranoia, per poi pian piano spiegare, esplicitare ed argomentare la propria visione del disturbo stesso, sezionabile clinicamente a partire da differenti angolazioni. Kretschmer si distacca così dai classici casi di paranoia e fa suo un campo sino ad allora inesplorato, a fondo del quale può essere rintracciato il carattere *reattivo* del disturbo paranoico stesso, una inedita porta sulla completa comprensibilità del delirio. Kretschmer, così facendo, investe con la sua ricerca la domanda di senso che riguarda e comprende tutti i disturbi mentali, ed esplora quindi le basi non solo organiche ma ambientali e di personalità, nonché di vissuto, delle esperienze psicotiche stesse.

Quanto fosse minato il campo che andava a trattare lo si capisce anche dalla impressionante mole di precisazioni ed inquadramenti che chiunque intraprenda un discorso su Kretschmer si sente di fare prima di parlare del maestro, come a fornire una cornice il più precisa possibile alle sue *imbarazzanti* affermazioni riguardo la questione dello *sviluppo* psicotico, del *deliroido* (da sempre figlio minore e incompreso della psichiatria europea), e della derivazione e comprensibilità del delirio stesso a partire dal carattere *premorbo*, questione che ha da sempre fatto storcere il naso ai puristi (per lo più organicisti) della nosografia.

LE FONTI DELLA RICERCA

Le fonti cui Kretschmer attinge sono discusse dallo stesso autore sin dalle prime pagine del suo testo (2013, 15) in cui viene citato, quale uno dei primi esempi diretti di ricerca sulla paranoia, il manuale di Wernicke (1894). Una prima *messaggio*, dice letteralmente il nostro, di ciò che andava a discutere; articolo, quello citato, nel quale si discute di una forma paranoica delirante denominata *autopsicosi circonscritta sulla base di un'idea prevalente*, particolare forma che alla propria



base presenta un'idea sopravvalutata, o eccessivamente investita.

È il noto caso di una professoressa di quaranta anni di una scuola femminile, segretamente innamorata di un collega. Le parole di Kretschmer (1966, 2000, 47):

"Ella credeva di notare che lui corrispondeva alla sua passione; lo pensava, convinta, tutti i momenti e le sembrava addirittura di poter ogni volta confermare la sua percezione a partire dai minimi dettagli quotidiani. Attese quindi che lui un giorno le dichiarasse il suo amore; arrivò però un giorno in cui egli partì senza sospettare assolutamente nulla dei sentimenti che la collega provava per lui. In relazione a questo vissuto

amoroso interiore, si sviluppò in lei un delirio di riferimento sistematizzato: le scolare, i colleghi e gli altri professori conoscevano la situazione, si comportavano in modo differente, facevano osservazioni allusive, e perfino il preside, con tutta probabilità, s'era messo in mezzo alla faccenda. In pratica, la professoressa era fermamente convinta che gli intrighi degli altri professori avessero distrutto le sue speranze di conquistare il giovane professore"¹.

L'*Autopsicosi Circonscritta* è una *descrizione*, ci avverte Kretschmer, e non un quadro patologico, clinico. Wernicke però, ci rivela il nostro, critico nei riguardi del metodo e delle conclusioni del collega, crede che il delirio nasca solo per via della eccessiva carica, per la forte intensità dell'idea sopravvalutata sulla quale però nega qualsiasi possibilità di indagine o di scavo ulteriore. Wernicke non prevede e non ammette per l'*Autopsicosi Circonscritta* l'esistenza e la necessità alla base del delirio di un particolare e preesistente substrato personologico, ma basa la sua teorizzazione su di un mero calcolo quantitativo. Kretschmer, nello spiegarsi a questo riguardo è, a dir poco, davvero illuminante (1966, 48):

"Per così dire, Wernicke l'ha estratta dalla terra ma senza tirarne fuori le radici".

Dopo aver discusso a distanza con le idee ed il metodo di Wernicke, il nostro passa ad analizzare il testo "*Studies in Paranoia: periodic paranoia and the origins of paranoid delusions and contributions to the study of paranoia*", opera di Nikolaus Gierlich e Max Friedmann del 1908. Nell'opera di Gierlich e Friedmann, Kretschmer vede un superamento del concetto di idea sopravvalutata di Wernicke, e quindi della modalità puramente sintomatologica ed astratta con cui era stata portata avanti.

¹ Descrizione questa che ci richiama alla mente in maniera decisa il caso Renner, ben nota situazione clinica di Kretschmer della quale ci occuperemo più avanti.

Friedmann e Gierlich quindi, che non condividono l'opinione secondo cui l'*idea sopravvalutata* rappresenterebbe la fonte di ogni psicopatia, senza distinzione differenziale ed inquadramento, includono quella da loro denominata *paranoia lieve (Mild Paranoia)* nel quadro più generale della paranoia kraepeliniana. La Mild Paranoia, caratterizzata però da un decorso *leggero* e da una prognosi positiva, viene quindi ad essere considerata quale un sottogruppo della paranoia kraepeliniana caratterizzato da una relativa curabilità (Gierlich e Friedmann 1908, 28).

I due studiosi descrivono una formazione paranoide delirante non troppo frequente, *una forma di delirio di influenzamento*, lo definisce Kretschmer, che si osserva in persone dal carattere sensibile, orgogliose ed esaltate (sino a quel momento definite come mentalmente sane), di normale intelligenza e tra le quali non si riconosce una eziologia specifica comune. A causa di un conflitto esterno grave, una disillusione o una qualche importante ferita (danno spirituale o concreto), si produce nel corso di alcuni mesi, o anche più lentamente, un sistema delirante retto logicamente, con un forte vissuto di centralità ma senza allucinazioni, centrato sulle conseguenze o le cause di tale ferita, limitato comunque a detto campo di pensieri e ideazioni.

L'umore dei soggetti coinvolti, i quali mantengono buone capacità professionali e di riflessione, si mostra non depresso né esaltato, ma caldo, *appassionato* (Kretschmer 1966, 2000, 49). Dopo una media di circa due anni e mezzo di malattia, a sentire i nostri, i soggetti riacquistano l'umore di partenza, smettono quindi di parlare e discutere del loro problema, dell'argomento che li ha tenuti occupati per così lungo tempo, difendendo ancora, in qualche caso, la realtà delle loro passate osservazioni deliranti (Gierlich e Friedmann 1908, 29-30, traduzione mia):

“La diagnosi potrebbe risultare molto difficoltosa in tutti quei casi che esulino in qualsiasi modo dal classico e chiaramente definibile corso. Si comprende bene che se durano a lungo sono

difficilmente differenziabili dalla nostra paranoia lieve (Mild type), visto che il criterio di curabilità, il criterio clinico decisivo, viene a cadere. (...) Quindi sono arrivato alla conclusione che se una fondamentale separazione è possibile, questa la si può avere ed ottenere solo enfatizzando il criterio della patogenesi, se possiamo quindi caratterizzare una forma quale esogena, e l'altra quale endogena. Da che possiamo dire che nelle forme endogene possiamo interpretare la formazione delirante quale espressione diretta di una fondamentale anomalia del carattere, e della costituzione intellettuale del paziente, mentre nel disturbo psicotico maniaco-depressivo il delirio si formerebbe senza la necessità di una continuità essenziale con il tipo di personalità che troviamo nei momenti di salute”.



IL DELIRIO SENSITIVO DI RIFERIMENTO

Prima di addentrarsi nella sua teoria della personalità e delle reazioni sensitive, il maestro di Turinga ci avverte in qualche modo della sua linea di studio, il punto di osservazione dal quale ha ricavato il materiale stesso per le sue riflessioni (1966, 2000, 58):



“Noi ricaviamo le nostre conoscenze cliniche su di un determinato carattere, soprattutto dalla diretta osservazione della struttura psichica precedente alla malattia, vale a dire, attraverso l'osservazione della totalità delle singole reazioni che l'individuo opera in risposta agli stimoli, piccoli o grandi, della vita quotidiana”.

L'autore, alla ricerca di una maniera per quanto possibile ordinata e *scientificamente* difendibile di analizzare i propri dati, prende in considerazione, nella sua disanima della personalità e delle sue basi, gli stimoli esterni in grado di provocare un effetto sensibile nella persona, un gruppo di sensazioni e di rappresentazioni, dice, suscettibili di produrre un affetto o un'emozione (1966, 2000, 58).

Analizzando il percorso degli stimoli e delle rappresentazioni, dall'esperienza umana alle reazioni ad esse conseguenti, Kretschmer riesce ad isolare alcuni *concetti base*, li chiama, che gli saranno molto utili nel prosieguo del suo lavoro. Di ogni diverso tipo di personalità, infatti, elencherà qualità e difetti sulla base appunto della *capacità di impressione*, della *capacità di ritenzione*, dell'*attività intrapsichica* e della *capacità di conduzione*, elementi che non staremo qui a spiegare per esteso perché facilmente intuibile appare la funzione singolarmente descritta.

L'autore divide poi le *reazioni psicopatiche*, appunto reattive, in due gruppi principali.

Il primo gruppo comprende le reazioni *primitive* e quelle *esplosivo-espansive*.

Il secondo insieme invece prevede al suo interno quelle *steniche*, posizionate sul versante attivo-espansivo del continuum reattivo, quindi le reazioni *asteniche pure* e quelle *sensitivo-asteniche* che si posizionano invece sul versante passivo-sensitivo dello stesso continuum.

Il primo gruppo annovera quindi al suo interno le

reazioni che potremmo descrivere come stimolo-risposta, reazioni che non abbisognano di elaborazione alcuna (1966, 2000, 66):

“Il vissuto penetra nell'anima, ed immediatamente ne esce sotto forma di una reazione”.

Il secondo invece è il contenitore delle reazioni più complesse, quelle che portano traccia e firma del soggetto, della singola personalità e delle sue esperienze passate. Vi sono rappresentate le reazioni e gli sviluppi di personalità:

“All'opposto, noi chiamiamo reazioni di personalità precisamente quelle all'elaborazione delle quali ha lavorato intensamente e coscientemente l'intera personalità, di modo che la reazione rappresenti veramente l'espressione più pura e più marcata dell'individualità tutta intera”².

Caratteri differenti, dice sempre Kretschmer, elaboreranno la stessa esperienza in maniera del tutto differente, finendo anche per definire vere e proprie reazioni personali.

Ogni individuo, ogni particolare personalità conterà alcune esperienze in grado di colpirlo nel profondo più di altre.

Ad ognuna di queste esperienze, cui Kretschmer da il nome di *esperienze-chiave*, corrisponde una serratura di personalità precisa ed unica, in grado di accogliere l'esperienza esterna e farne fatto significativo per il singolo, interiore, assolutamente non trascurabile. Così, un'esperienza chiave di genere etico-sessuale troverà la propria toppa in una personalità astenico-sensitiva, mentre, ad esempio, l'esperienza di una causa giudiziaria persa o in qualche maniera vissuta in maniera umiliante colpirà nel segno una personalità stenico-espansiva (lasciando invece quasi del tutto indifferente il sensitivo).

Questi vissuti e conseguenti reazioni (diversi da

² Kretschmer E., Les reactions de la personnalité, in Confrontation psychiatrique, XII, Société parisienne d'expansion chimique, Paris, 1974.

quelli che scatenano invece meccanismi psichici inferiori delle reazioni primitive) sono marcati fortemente nel loro sviluppo dalla stessa personalità del soggetto, personalità che arriva infine ad essere una sola cosa con la reazione, sensitiva o espansiva che sia (1966, 2000, 70):

“Sono persone brillanti, che imprimono il loro timbro nella reazione psicopatica che il vissuto provoca in esse, in una maniera tale che il carattere e la reazione diventano una sola cosa, e la reazione arriva ad essere lo sviluppo patologico del carattere. Senza dubbio, queste forme reattive, nel migliore dei casi, possono essere anche solo episodi brevi e circoscritti, che si superano³. Però sono sempre specifici nella loro completa espressione, nel doppio senso che, in generale, determinati caratteri le producono per la loro struttura interna, e che tali caratteri le originano quando sono toccati precisamente da vissuti adeguati”.

Fatto salvo un buono spazio di manovra dovuto all'incertezza ed all'imprecisione che fortunatamente annoveriamo e prevediamo in quanto esseri umani, l'autore insiste suggerendo che, sia come sia, quando il carattere mostra una tonalità precisa e distinta, la reazione si caratterizzerà per tale tonalità. La reattività trova così sorgente e sviluppo nella caratterologia, per poi distaccar-

sene ed arricchirsi nello studio della storia personale ed ambientale, di vita del soggetto.

Nel tentativo di valorizzare il peso clinico delle forme reattive psicopatiche viste attraverso la loro struttura di personalità⁴ partendo dalle diverse capacità di affrontare i conflitti, gestire ed usare le emozioni, dalla tara genetica del temperamento, dall'ambiente e l'educazione, a seconda poi delle risposte agli stessi stimoli esterni, Kretschmer divide e descrive le *personalità* e le *reazioni* rispettivamente in steniche ed asteniche (1974, 155):

“La nostra relazione psichica con il mondo esteriore è costituita da un gioco di forze, nel quale abbiamo, alternativamente, tanto il sentimento di superiorità, della forza gioiosa, della dominanza e dell'azione, quanto il sentimento d'inferiorità, della passività scoraggiante, dell'abbattimento e della vergogna”⁵.

Le personalità e quindi le reazioni pure, steniche o asteniche, esistono ma l'autore si concentra a discutere gli *orientamenti psichici fortemente contrastanti dei caratteri*, come li definisce, vale a dire le disposizioni caratteriali a predominanza stenica nelle quali si trova un polo eccitante di qualità astenica, e viceversa le disposizioni principalmente asteniche eccitate da una spina stenica. I caratteri *stenici*, specificamente predisposti per

3 Teniamo a mente questo dato, la breve durata delle reazioni, che troveremo e discuteremo in seguito.

4 “Chiameremo affezione psicopatica reattiva una affezione la cui causa essenziale originaria è un vissuto condizionato dalla realtà, e carattere psicopatico reattivo quello che, come reazione al vissuto, provoca disturbi psicopatologici con maggiore facilità rispetto al carattere medio dell'essere umano” (Kretschmer 1966, 2000, 65).

5 Viene qui automatico pensare al concetto di proporzione psico-estesica, tra le tendenze inconciliabili di anestesia e iperestesia, di Kretschmer quale ponte lanciato sul gorgo della querelle teorica fondamentale tra predominanza o meno di un carattere e di un disturbo sull'altro, in una precisa differenziazione categoriale delle malattie, e la relazione invece con la clinica, con i pazienti, nella quale a predominare sono le forme miste, ibride, variegata e confuse. Forme per interagire con le quali non si può fare altro che sospendere volontariamente e con fatica le conoscenze note ed i pregiudizi scientifici per ripartire ogni volta da capo e riconoscere il singolo caso e la singola persona quale caso a sé e sempre paradigmatico.



le forme reattivo-espansive, hanno una notevole capacità di *ritenzione* (il che permette loro di non scaricare subito la tensione e il dolore psichico accumulati) ed una predominanza delle componenti egotistiche. Sono altresì molto impressionabili, decisamente sensibili a forti vissuti riferiti a loro stessi dai quali sono costantemente attivati.

Sono individui dotati di buon umore che vivono la loro vita in maniera decisa e diretta, con una buona espressione delle emozioni, poco preoccupati dalle cose intorno, senza troppi pensieri per la testa. Queste personalità combattono anche violentemente le difficoltà e gli ostacoli che si presentano loro davanti; esperienze difficili, queste, che però sono in grado di abbandonare e lasciar passare con un buon senso di realtà quando si rendono conto di non poterle superare nel miglior modo possibile (1966, 2000, 72).

Il carattere stenico, predisposto quindi agli sviluppi espansivi, si caratterizza anche perché all'interno della sua disposizione aggressiva e rabbiosa possiede e nasconde quella che Kret-

schmer chiama *spina astenica* (1966, 2000, 72). In certi, determinati momenti, infatti, il sentimento di sicurezza interna crolla clamorosamente e senza possibilità di recupero lasciando così apparire una ipersensibilità nervosa molto labile e quindi fonte di vulnerabilità.

A questa parziale componente astenica, a *questo tallone d'Achille*, lo chiama, si legano saldamente i vissuti che eccitano in maniera sproporzionata la personalità stenica, la reazione di critica e d'autocontrollo per la quale il carattere stenico oltrepasserà spesso la misura, sfociando in gesti ed atti poco controllati dalla ragione e dalla stessa critica, gesti carichi di ira e rivendicazione.

È come la parte stenico-esplosiva si mettesse in questi casi al servizio di quella astenica e si vendicasse della realtà al suo posto, bloccata questa, rigonfia di vissuti di vergogna, di esperienze non digerite ed elaborabili⁶.

Gli sviluppi espansivi, propri delle personalità steniche, sono di marca prettamente paranoide, di quella paranoia che possiamo riconoscere come più vicina al senso comune, al pre-giudizio popolare. La paranoia, ovvero, recriminatoria, amorosa, di gelosia e quella di persecuzione.

A prima vista questi soggetti sono facilmente riconoscibili quali tipi espansivi, nel senso di persone che affrontano la vita a testa alta, con uno slancio adeguato e una buona dose di aggressività verso le cose e gli altri, una grande tenacità predisposta alla lotta per i propri diritti ed anche per la prevaricazione positiva sull'altro. Un orgoglio deciso, a volte despota, ed un amor proprio spinto sino all'eccesso (quello che potrebbe essere forse descritto da qualcun'altro anche come narcisismo borderline, al limite, diciamo, con la tipologia maligna).

Kretschmer, da maestro e cultore della complessità e del senso delle cose, invita a scendere in

⁶ Kretschmer spiega perfettamente cosa intende: "Mais une agressivité démesurée et excessive à l'égard de l'entourage devra toujours nous faire soupçonner une surcompensation, une épine asthénique enfoncée dans la sensibilité sthénique" (Kretschmer 1974, 158).

profondità, a penetrare a fondo nella vita psichica dei soggetti espansivi, a fondo della storia e del loro racconto che, come un "lenzuolo paranoico", non mancherà d'esser spiegato di fronte allo studioso ed al clinico con tutta la sua precisione e durezza, con la sua caratteristica forza.

È molto facile, *banale* dice l'autore, scoprire sotto la scorza rude e arida dell'espansivo una *polpa differente*, sofferente, condizionata da un punto sensibile: la spina astenica. Una iper-suscettibilità nervosa che ha sua origine e principio in un doloroso sentimento di inferiorità.

Mentre i soggetti stenici puri fanno bella mostra di sicurezza e mano ferma anche di fronte alla più ardua lotta, di fronte alle prove le più dure che la vita mette loro di fronte, gli espansivi danno prova invece della loro interna fragilità unita alla durezza e sproporzione della reazione, sia anche delirante. Kretschmer dice (1974, 158):

"È precisamente lì dove noi incontriamo un amor proprio particolarmente sopraffatto ed un'aggressività particolarmente violenta ed amara, di fronte all'altro, che noi dobbiamo indagare le profondità psichiche con più cura per scoprirci i complessi astenici: un'offesa della quale il soggetto non può superare la ferita e che gli ha lasciato un sentimento opprimente d'impotenza e di vergogna, un risentimento, una menomazione interna, una sconfitta nei rapporti nella lotta con i concorrenti o il timore di subire una tale disfatta"⁷.

La possibilità di rintracciare un'esistenza dolente e in piena disfatta all'interno di una persona che appare in superficie invece forte e decisa,

in pieno risentimento attivo e violento contro il mondo intero, offre al clinico la sola possibilità di prendersene veramente cura. Offre l'occasione di vedere la persona oltre l'armatura scintillante, di sospendere le difese esterne e raggiungere il nucleo sofferente della stessa, la radice profonda ed il vulnus da cui scaturisce l'ora comprensibile e osservabile reazione. La spina-astenica presenta allo psicopatologo la possibilità di comprendere e non temere la reazione esplosiva dell'altro, osservarla come dotata di senso e nuovamente umana.

Così Kretschmer, nell'articolo del 1974, racconta di un episodio nel quale ritiene di rintracciare un chiaro esempio di reazione espansiva ed esplosiva⁸.

Hans Kohlhase era un mercante di cavalli tedesco che visse in Cölln in Brandenburg, l'attuale Berlino, tra il 1500 ed il 1540 circa. La storia (mirabilmente raccontata in una novella da Heinrich von Kleist) narra di come Kohlhase, nell'ottobre del 1532, sulla strada per la fiera di Leipzig, nel vicino Elettorado della Sassonia, fu fermato e privato di due suoi cavalli dai servi ai comandi del nobile sassone Junker von Zeschwitz, i quali reclamavano una tassa a loro dire non pagata dal mercante. Gli affari di Kohlhase alla fiera non andarono però bene come il mercante aveva sperato prima del sequestro e lo stesso, sulla via del ritorno, si rifiutò di riscattare i cavalli sequestratigli. Quando qualche tempo dopo, Kohlhase venne a sapere che il sequestro degli animali era stato un atto arbitrario, non previsto dalla legge e quindi un maltolto, pretese di riavere immediatamente le sue bestie.

7 È qui che si trova il *trait-d'union* tra la fenomenologia e la psicoterapia, tra lo studio delle modalità d'apparire, dei vissuti e del senso, ed il modo poi di stare con il paziente, accompagnarlo, consapevoli della sua e della nostra storia, attraverso un percorso che sia cura a due, che sia paziente ritrovamento nella sincronia di quanto andatosi posando lungo il percorso di vita del paziente, e quindi dello psicopatologo. Di quanto perduto.

8 Racconto sempre illuminante che spesso Arnaldo Ballerini, a modo suo, amava fare alla platea di Figline Valdarno.



Kohlhase s'era dato completamente alla causa, aveva sperato di avere giustizia e aveva invece perso tutto. Sopraffatto dallo spregiudicato potentato locale, aveva perso l'onore e la ricchezza. Oltraggiato, vistosi nella impossibilità di ricevere un qualsiasi aiuto legale da parte della giustizia, finì per ripagare i suoi cavalli ai von Zeschwitz, promettendo allo stesso tempo però aspra vendetta. Iniziò quindi, insieme a sette fedelissimi, la sua personale battaglia contro l'Elettorato di Sassonia.

A partire dal 1535 e per quattro anni Kahlhase mise a ferro e fuoco la Sassonia, percorse l'intera regione distruggendo qualunque cosa capitasse a tiro, seminando il terrore per le strade e le campagne della Sassonia. Distrusse castelli e città, si rese protagonista di atti di estrema violenza non solo contro la famiglia che lo aveva oltraggiato ma contro l'intera regione ed i suoi inermi ed innocenti abitanti. Nonostante una lettera d'ammonimento dello stesso Lutero, che riuscì solo a stabilire una traballante tregua, Kohlhase e la sua banda continuarono, spinti della sua personale rabbia e sulla scia del suo orgoglio ferito, a commettere atti di terrore per l'intera regione. L'oltraggiato mercante, non difeso ed anzi deriso dalla legge e dai suoi compatrioti, fu infine arrestato e condannato a morte nonostante l'intervento dell'Elettore di Brandeburgo.

Si concluse così, con la ghigliottina, la vicenda del mercante Kohlhase, un pacifico e capace commerciante trasformatosi, per un oltraggio alla sua persona ed al suo commercio, in pericoloso criminale a capo di un esercito personale dedito alla distruzione ed al terrore dei suoi *rivali alla vergogna ed all'umiliazione*.

"Il vissuto che porta queste persone verso la reazione abnorme è sempre lo stesso, si tratti di funzionari che si oppongono ai propri superiori o soldati ai loro ordini, che siano agricoltori que-

rulanti che si rovinano sino all'ultima moneta, o come Kohlhase, che muore in una lotta all'ultimo sangue contro tutto lo Stato. Questo vissuto è il conflitto esterno dell'uomo solo ed impotente di fronte all'ordinamento rigido e onnipotente della società, di fronte alle leggi, alla disciplina militare e, in non poche occasioni, di fronte all'opinione pubblica. Si esprime così in un modo soggettivo il vissuto della violazione della volontà individuale per la volontà collettiva"⁹.

Per ritornare e rendere bene in immagine il caso di Kohlhase, Kretschmer usa l'esempio a tutti noi noto della pietra lanciata nell'acqua e delle onde concentriche che, allontanandosi dal punto di impatto, si fanno sempre più grandi, investendo sempre maggiore superficie. Così il commerciante era passato dai cinque *grotschen* chiesti per il riscatto dei cavalli alla guerra totale, alla distruzione ed al terrore sparso per l'intera nazione e rivolto a chiunque fosse stato d'intralcio.

In questo stesso modo, ci spiega chiaramente l'autore (1974, 160), una volta scatenatasi la reazione espansiva, il soggetto paranoico-espansivo non riuscirà più a trovare pace. Qualunque cosa succeda, sarà obbligato ad andare sempre avanti nelle sue recriminazioni anche violente e dure, che investiranno prima quelli che gli sono accanto per poi allargarsi a tutti gli sfortunati che incontrerà per la sua strada.

Nella sua forma più lieve, il disturbo rientrerà nel novero delle nevrosi rivendicative, caratterizzate da nervosismo, tensione emotiva grave e durezza ed attenzione concentrata unicamente sulla causa unica del conflitto (quasi a livello di una *idea prevalente*).

Quando il contenuto dell'idea si fa invece più marcato e l'oggetto dell'intenzionalità rivendicativa si espande quindi senza limiti, la rivendicatività ha la possibilità di accedere a temi e a modi

⁹ Kretschmer E., Op. Cit., 1966, 2000, pag. 73.



fantastici di essere-al-mondo tali per cui potremmo parlare di *psicosi rivendicativa*.

Kretschmer sottolinea quindi come non sia importante la durata del disturbo, se, come nella maggior parte dei casi, lo stesso svanirà dopo poco tempo con il cessare dello stimolo esterno, o se invece andrà a sistematizzarsi in un delirio cronico querulomane o di grandezza. Ciò che davvero conta è la *radice psicopatica* del disturbo unita alla precisa *disposizione caratterologica* che darà al disturbo stesso un suono particolare, un'espressione distinguibile ed originale. Una partenza ed un arrivo propri e riconoscibili.

Il carattere astenico è invece simmetricamente opposto a quello stenico. Kretschmer distingue le personalità *sensitive*, asteniche ma con una sensibile componente stenica, da quelle *asteniche pure*.

I soggetti che rientrano nella *costituzione astenica pura*, disposizione non molto frequente, caratterizzata da un grado di energia psichica inferiore alla stessa costituzione sensitiva, sono persone eccezionalmente blande, senza volontà ed apatiche, la cui vita è uno *sforzo*, una sofferenza che non riescono a combattere e gestire in maniera normale. Sono persone che non possono né odiare né irritarsi. Soggetti che reagiscono intristendosi profondamente all'arrivo di emozioni e di vissuti importanti, ritirandosi stanchi per lunghi periodi, perdendo financo la capacità di pensare e di difendersi. Tale esperienza, rintracciabile all'estremo del continuum astenico-sensitivo, caratterizzata da uno sviluppo semplice e rettilineo e da un'arrendevolezza al vissuto doloroso, prende il nome di *reazione astenica pura*, clinicamente assimilabile per la sua inconsistente spinta ad una depressione reattiva, appare allo stesso tempo facilmente dissolubile e condizionabile (1966, 2000, 85). Ciò che caratterizza questi individui, ciò che degli stessi possiamo definire il *timbro*, è inoltre la mancanza assoluta di energia di fronte alla lotta per la vita ed alle prove dell'esistenza, dispute di fronte alle quali preferiscono ritirarsi non considerandosi adatti e sufficientemente provvisti di risorse, qualità e personalità.

Non sorprende come questi soggetti siano provvisti di base un temperamento melanconico, ipotimico, base timica questa che non manca di far pensare al fondamentale peso costituzionale nella formazione del carattere ed ai suoi legami invece con le disposizioni psicologiche e di storia di vita.

I tipi *sensitivo-reattivi* possono essere invece descritti come l'immagine opposta ed inversa dei caratteri espansivo-reattivi. L'orientamento vitale fondamentale di queste personalità è quello astenico, per come brevemente lo abbiamo descritto sopra, orientamento principe che viene però sconvolto da un nucleo stenico antagonista molto forte e radicato, che interviene mischiando inaspettatamente le carte e descrivendo così re-



azioni inaspettate anche drastiche (a differenza delle forme astenico-pure).

La descrizione che, nell'articolo del 1974, lo stesso Kretschmer fa di queste personalità, che traduciamo qui di seguito, è prova della profondità alla quale il maestro di Tubinga era giunto nell'analisi dei suoi pazienti ed allo stesso tempo del rigore metodologico e della coerenza teorica con i quali lo stesso aveva dato fondo alle sue intuizioni (1974, 160/161):

"I soggetti che presentano una tendenza a simili reazioni fanno prova, da un lato, d'una straordinaria indolenza del temperamento, di una estrema vulnerabilità e debolezza e, dall'altro, di una sensibile nota di amor proprio, di ambizione e di tenacità. Rivelano una vita psichica fortemente interiorizzata nella quale rinchiudono, come nel più profondo di sé stessi, le tensioni affettive durature; presentano inoltre una auto-osservazione ed un'auto-critica molto fine, una moralità scrupolosa e la possibilità di dar prova di sentimenti realmente altruistici. Queste sono persone serie, dal comportamento timido e modesto".

I sensitivi, soggetti dai sentimenti etici molto profondi e dal grande valore interiore, soffrirebbero, secondo Kretschmer, di una eccessiva ritenzione delle emozioni e delle scariche affettive che andrebbero elaborandosi e depositandosi solo ed unicamente all'interno del soggetto, senza alcuna possibilità di scarica immediata.



Un'esperienza penosa resterà quindi nella loro memoria molto a lungo, come un ordigno non esploso, posatosi sul terreno e sempre attivo, dimenticato e non segnalato dopo un esteso bombardamento aereo. Senza possibilità d'essere spostata e rimossa, l'esperienza penosa acquisirà così i caratteri di una vera e propria esperienza *torturante*.

Questo blocco, a metà tra sentire e reagire, è dovuto alla simultanea presenza in questi soggetti dell'antagonismo stenico-astenico (1974, 161):

"La loro nota sensitivo-stenica, la loro fierezza, non permette certo a questi soggetti di lasciarsi cadere in una rassegnazione depressiva; malgrado i loro sentimenti d'insufficienza, sino spinti tutti i giorni a lottare nuovamente contro la loro esperienza torturante".

Lì dove l'*esplosivo-stenico* si sente di attaccare regolarmente e fieramente, riferendo al mondo circostante le proprie esperienze interne, accusando senza sosta gli altri del proprio fallimento e quindi del profondo senso di vergogna, in definitiva del proprio nocciolo interiore d'insufficienza, il *sensitivo-astenico* si condanna invece da sé, si disprezza e maltratta con le proprie mani, permette ai propri scrupoli morali di torturarlo riportando, in pratica, tutto a sé, al proprio sguardo auto-riferito ed accusatorio. La disposizione sensitiva corrisponde quindi a quelle nature delicate che non solo appaiono molto ricettive e sensibili ai propri vissuti, ma che continuano ad elaborarli interiormente, in silenzio, senza che traspaia nulla all'esterno (1966, 2000, 84).

La differenza tra il *sensitivo* e l'*astenico puro* qui si fa fondamentale bivio, e quindi giova al nostro prosieguo citarla per intero (1966, 2000, 84):

"Quando la delicata vita sentimentale del sensitivo soffre l'azione di certi conflitti interni, non può consegnarsi passiva e rassegnatamente all'azione del vissuto, come fa l'astenico puro ma, a causa del suo sensibile senso di colpa e delle



aspirazioni etiche proprie del carattere sensitivo, si vede consegnata alle lotte interiori, che però non è in grado di controllare a causa delle sue limitate forze”.

Il sensitivo è così in balia di sé stesso. Il destino dei sensitivi, quando patologico, pare dividersi in due strade principali, due differenti percorsi che, a seconda della personalità, dell'ambiente e della base biologica, portano da una parte verso una *sintomatologia ossessiva* (una raccolta di scrupoli che classicamente è vista come il gradino che precede la discesa verso gli inferi della psicosi, cfr. Stanghellini e Ballerini, 1992) e dall'altra verso quello che è stato definito dallo stesso Kretschmer come *Delirio di Rapporto Sensitivo* (*Der sensitive Beziehungswahn*) nelle due principali configurazioni psicopatologiche, ovvero quella del Delirio di riferimento delle zitelle (il caso Helene Renner) e del Delirio di riferimento dei masturbatori (il caso Wilhelm Bruhn).

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A., Rossi Monti M., *La vergogna e il delirio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990, 2011.
- Ballerini A., Stanghellini G., *Osessione e rivelazione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Gierlich N., Friedmann M. (1908), *Studies in paranoia: periodic paranoia and the origin of paranoid delusions and contributions to the study of paranoia*, Kessinger Publishing, NY.
- Grivois H. (2000), *Nascere al delirio*, MaGi, Roma, 2002.
- Kraepelin E. (1883), *Lehrbuch der Psychiatrie*, Leipzig, Barth, 1913.
- Kretschmer E. (1918), *Il delirio di riferimento sensitivo*, L'asino d'oro, Roma, 2016.
- Kretschmer E., *Les reactions de la personnalité*, *Confrontation psychiatrique*, XII, Société parisienne d'expansion chimique, Paris, 1974
- Wernicke C., *Gundriss der Psychiatrie in Klinischen Voresungen*, Leipzig, Thieme, 1894.



IL DISTURBO DENTRO DI SÉ O FUORI DI SÉ

Rosa Claudia Altieri

Dott.ssa in Scienze e Tecniche
Psicologiche, Tutor DSA/BES.

Laureanda in Psicologia Clinica,
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

RIASSUNTO

Il presente lavoro si prefigge di destrutturare l'insieme di stereotipi e pregiudizi che ruotano intorno ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), a partire dalla concezione di "disturbo" comunemente intesa, associata all'idea di un limite, una mancanza, cioè qualcosa che è *meno* o *peggio* rispetto alla norma, e da quella di "apprendimento" che rimanda invece immediatamente al contesto scolastico, inteso come mero insieme di nozioni, istruzioni e valutazioni.

L'autrice affronta, dunque, il tema della neurodiversità come condizione esistenziale non di per sé patologica, ma che può condurre a considerevoli disagi a partire dall'interazione con le richieste dell'ambiente esterno le quali, se inadeguate, rischiano di porre le basi per quel senso di fallimento e inadeguatezza che non di rado può bloccare il soggetto all'interno del circolo vizioso dell'Impotenza Appresa.

Scopo precipuo è pertanto quello di evidenziare come i DSA siano caratterizzati da un funzionamento non *deficitario*, ma *differente*, dove "differente" implica un termine di paragone costituito dalla maggior parte delle altre persone, la norma appunto, accompagnandosi quasi automaticamente ad una connotazione negativa.

In una società sempre più individualista e competitiva, in cui anche la scuola alimenta una cultura della *performance* stabilendo a priori chi sarà destinato ad essere *diverso* e *rispetto a chi*, vi è il rischio di consolidare atteggiamenti e prassi operative del tutto inadeguate che, come l'autrice si propone di illustrare, possono essere considerate le vere cause del disagio e delle difficoltà esperite dalle persone con DSA.

PAROLE CHIAVE

DSA, neurodiversità, educazione, apprendimento, impotenza appresa, didattica.

INTRODUZIONE

Quando si parla di D.S.A., acronimo che significa estesamente "Disturbo Specifico dell'Apprendimento", sono due le parole che richiamano immediatamente la nostra attenzione e due i concetti a cui la nostra mente ci rimanda in modo quasi automatico. Quello di disturbo, che comunemente riconduciamo all'idea di un deficit, una mancanza, qualcosa che è *meno* o *peggio* rispetto alla norma, e quello di apprendimento che rimanda immediatamente al contesto scolastico, al sistema di nozioni, istruzioni e valutazioni.

A sua volta, andrebbe ulteriormente approfondi-



to cosa si intenda, però, per “norma” e cosa per “scuola”. E se, come diffusamente è per il senso comune, pensiamo al concetto di norma come a ciò che è giusto, sano, normale o auspicabile, piuttosto che semplicemente come a ciò che è comune nella maggioranza, e pensiamo alla scuola come mera istituzione destinata all’*istruzione*, piuttosto che in riferimento al concetto più ampio di *educazione*, di cui l’istruzione è solo una delle componenti, ci accorgiamo allora che le riflessioni e le azioni possibili nell’ambito dei DSA sono tutt’altro che semplici ed intuitive, ma rischiano di essere estremamente eterogenee, frammentarie e non sempre compatibili ed unidirezionali.

Da questa prima sequela di associazioni libere, infatti, risulta già evidente il rischio di pregiudizi e di credenze erronee che possono essere elicitati nell’immaginario collettivo quando si parla di DSA e che, non di rado, conducono ad atteggiamenti e

prassi operative del tutto inadeguate che, come cercherò di illustrare più avanti, possono essere considerate le vere cause del disagio e delle difficoltà esperite dai bambini, adolescenti e adulti con DSA.

I DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO

Uno dei tre termini che compongono l’acronimo DSA, insieme a quello di “disturbo” e di “apprendimento”, che si interpone tra i due caratterizzando più propriamente i Disturbi Specifici dell’Apprendimento, fa riferimento alla loro *specificità*. Ciò vuol dire che l’alterazione cognitiva, su base neurobiologica, interessa esclusivamente uno specifico dominio di abilità, che è quello dell’apprendimento, appunto, a causa di un assetto neurobiologico che non è strutturato in maniera tale da permettere al bambino di acquisire e di automatizzare nel corso del tempo le specifiche abilità di lettura, scrittura e calcolo o, perlomeno, non con le stesse modalità o con le stesse tem-



pistiche della maggior parte degli altri bambini. Il concetto di specificità implica che, ai fini della diagnosi, il livello di funzionamento intellettivo generale risulti nella norma e si evidenzia dunque una discrepanza tra l'abilità nel dominio specifico interessato, che risulta deficitaria rispetto a quanto atteso in relazione all'età e/o classe frequentata, e l'intelligenza generale che risulta invece perfettamente adeguata all'età o, talvolta, anche superiore.

Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento viene infatti ritenuto una *neurodiversità*, ovvero una condizione esistenziale non di per sé patologica, ma che può condurre a considerevoli disagi e difficoltà di adattamento nell'interazione con le richieste dell'ambiente esterno.

Non un funzionamento *deficitario*, dunque, ma un funzionamento *differente*, dove "differente" implica un termine di paragone costituito dalla maggior parte delle altre persone. La norma, appunto.

Quest'ultimo aspetto sembra aprire importanti spazi di riflessione se consideriamo, ad esempio, il recente vertiginoso aumento delle diagnosi di DSA che, se da una parte è spiegabile con la crescente consapevolezza ed attenzione per questa tematica, dall'altra è legittimo supporre possa derivare da una tendenza alla sovradiagnosi che rischia di spingere il sistema scolastico, e gli adulti che a vario titolo entrano in contatto con le difficoltà scolastiche dei bambini, a trovare riparo dal proprio senso di inadeguatezza dietro l'etichetta rassicurante rappresentata dalla diagnosi nosografico-descrittiva. Ciò rischia di condurre ad una pericolosa confusione e sovrapposizione tra il reale "disturbo" e ciò che può essere descritto come mera "difficoltà", categoria in cui ricade la maggior parte della popolazione scolastica e definibile come l'insieme di tutte quelle problematicità o lacune scolastiche, tutti gli ostacoli in cui è possibile inciampare durante il percorso di apprendimento, i ritardi o la fatica manifestati dal bambino nell'acquisizione o auto-

matizzazione delle abilità richieste che, nel loro insieme, non sono riconducibili ad alterazioni né strutturali né funzionali del sistema cognitivo, ma a variabili "altre" quali caratteristiche individuali, socioculturali, familiari, didattiche, emotive e/o motivazionali che sono tuttavia suscettibili di miglioramenti, fino alla possibilità di giungere ad un loro completo recupero (Tressoldi, 2008).

È lo stesso DSM-5, infatti, a mettere in guardia dal pericolo di un'eccessiva medicalizzazione precisando come, affinché possano essere considerate significative a fini diagnostici, le difficoltà debbano persistere «*per almeno 6 mesi nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tali difficoltà*» (American Psychiatric Association, 2013). La diagnosi di DSA, infatti, può essere effettuata solo alla fine del secondo anno della scuola primaria per dislessia, disortografia e disgrafia, e al termine della terza primaria per discalculia, ciò per consentire all'insegnante di valutare gli esiti di un adeguato programma di rinforzo che possa sostenere il bambino per il tempo necessario a raggiungere il livello atteso e ridurre così il numero di falsi positivi (SOS Dislessia, n.d.).

Non è raro, tuttavia, che si giunga ad una diagnosi di DSA in pazienti giunti già all'età adolescenziale o addirittura alla prima età adulta, senza che siano stati fatti precedenti tentativi di adeguare metodi, contenuti e tempi di insegnamento alle specifiche esigenze manifestate dal bambino, condizioni che possono da un lato creare una sorta di DSA "acquisito" riconducibile non ad un'alterazione neurobiologica di base, ma ad uno stratificarsi di lacune mai colmate e di processi non adeguatamente sostenuti che possono poi sfociare, nel prosieguo della carriera scolastica e/o universitaria, in deficit appresi divenuti difficilmente recuperabili; e dall'altra possono portare bambini con veri e propri DSA innati a collezionare anni e anni di insuccessi scolastici e colpevolizzazioni inappropriate sopportate dal bambino con estremo disagio e con enormi conseguenze sull'autostima e sul concetto di sé,

nel quale si viene ad instillare la convinzione di “non essere abbastanza” e di non “essere all’altezza” rispetto alle richieste imposte dal mondo esterno, indipendentemente da quanto impegno e fatica investì per il raggiungimento di quegli obiettivi.

Sia una medicalizzazione precoce, quindi, che una diagnosi tardiva rischiano di porre le basi per un irrimediabile senso di fallimento, pensato dal bambino come costituzionalmente fondato, e che non è altro, invece, che l’interiorizzazione dei fallimenti derivanti da una non adeguata sintonia tra i bisogni di insegnamento imposti dal sistema e i bisogni di apprendimento del singolo. Fallimenti che, tuttavia, vengono relegati nello spazio personale del singolo alunno e ricondotti al suo disinteresse o alla sua svogliatezza, piuttosto che collocarli all’interno di quel processo duale fondato sulla reciprocità che è l’interazione tra docente e discente e che fonda la vera azione educativa.

LA NEURODIVERSITÀ: DIVERSO DA CHI?

Cosa si debba intendere per “norma” o per “normale” è un tema non nuovo alla psicologia e a tutte le discipline che in qualche modo studiano l’essere umano, la società e le rispettive peculiarità. Consultando i dizionari, la normalità viene definita come «*carattere, condizione di ciò che è o si ritiene normale, cioè regolare e consueto, non eccezionale o casuale o patologico*» (Treccani, n.d.) o come lo «*stato di chi, nel modo di comportarsi o di pensare, si adegua alle consuetudini e alle regole della società in cui vive: la normalità di un comportamento, vivere nella normalità*» (Internazionale, n.d.).

Appare evidente, dunque, come non sia possibile definire cosa sia normale senza avere a disposizione una norma di riferimento con cui compararla, che a sua volta implica che ci sono tanti tipi di normalità tante quante sono le norme che i diversi contesti socio-culturali assumono come riferimento.

È interessante notare, tuttavia, come non ci si limiti meramente a definire, denominare, designare come anormale ciò che si discosta dalla regolarità come puro artificio linguistico che ci consenta di distinguerlo dialetticamente dalla norma, cioè per intendere semplicemente che esso sia *diverso* rispetto alla consuetudine, ma come tale diversità si accompagni quasi universalmente ad una connotazione negativa. Cioè l’atto di denominare si accompagna all’intento di qualificare, giudicare, assegnare un valore a ciò che viene designato. “Diverso” viene dunque a significare difettoso, imperfetto, mancante, sbagliato. Indica ciò che avrebbe dovuto essere in altro modo, ma non lo è.

La natura relativista del concetto di normalità, per definizione inestricabilmente legato al contesto socio-culturale di riferimento, dovrebbe rappresentare la stella polare per chiunque operi a contatto con bambini e ragazzi con DSA, ma non solo.

Il funzionamento cognitivo qualitativamente diverso delle persone con un DSA, infatti, comincia ad essere fonte di disagio solo dopo l’inizio dell’istruzione formale, quando cioè, con l’ingresso nel contesto scolastico, il bambino si scontra con le aspettative e le richieste di un mondo che lo mette alla prova esattamente in quel dominio specifico i cui processi cognitivi funzionano in modo atipico, attraverso compiti e metodologie pensate e costruite per essere applicate alla maggioranza, cioè alla norma.

In un siffatto contesto, il confronto tra ciò che è tipico e ciò che è atipico si impone sempre più prepotentemente, stabilendo a priori chi sarà destinato ad essere *diverso e rispetto a chi*. Stabilisce cioè un parametro di riferimento con il quale ogni bambino verrà automaticamente confrontato, per entrare poi implicitamente a far parte di diverse categorie all’interno del micro-contesto classe (si pensi al primo della classe, lo svogliato o il DSA), a sua volta inserito all’interno del macro-contesto scolastico (la classe problematica



o la migliore dell'istituto). L'esito di tale categorizzazione è, dunque, l'automatica individuazione del diverso come elemento di discontinuità, di problematicità e di ostacolo per l'intero gruppo classe poiché la diversità, cioè tutto ciò che devia dall'ordine preconstituito, mette in crisi lo *status quo*, richiede una revisione delle prassi consolidate, un ripensamento dell'insegnamento a partire dai suoi obiettivi e dalle metodologie impiegate per raggiungerli, obbliga ad uno sforzo conoscitivo e creativo che mette in discussione il sistema scolastico così come lo conosciamo e così come siamo abituati a viverlo.

Di fronte a tale sfida, apporre un'etichetta diviene la soluzione più semplice e più rassicurante, un processo omeostatico attivato dal sistema stesso nel tentativo di mantenere una stabilità interna e di garantire un equilibrio che ruota intorno ad un valore pre-fissato costituito dalla norma: l'obiettivo diviene dunque perpetuare la

regolarità, la consuetudine, piuttosto che creare nuove prassi e nuovi approcci inclusivi che siano in grado di abbracciare l'intera variabilità della condizione umana, adattando flessibilmente metodi ed attività alle peculiarità di ogni singolo bambino.

La possibilità di adottare un approccio didattico flessibile permetterebbe, invece, un cambio di paradigma che consiste nel passare dalla prospettiva della mera *integrazione* del diverso, cioè del diverso visto come colui a cui viene richiesto di compiere uno sforzo attivo e adattivo per inserirsi nel contesto di riferimento e a cui assegnare compiti differenziati, alla prospettiva della vera e propria *inclusione* di ogni singolo bambino con le sue peculiarità e specifiche esigenze all'interno di un contesto in cui è il sistema scolastico a svolgere un ruolo attivo di adattamento e in cui l'eterogeneità e la commistione delle reciproche differenze possano divenire la nuova norma.



LA SCUOLA E LA CULTURA DELLA PERFORMANCE

Gli altri due termini che compongono l'acronimo DSA e che per primi attirano la nostra attenzione, con tutte le rappresentazioni mentali che portano con sé, sono quello di "disturbo" e quello di "apprendimento".

Nonostante la grande risonanza che i DSA hanno avuto negli ultimi anni, infatti, la loro conoscenza non è avanzata di pari passo con la loro "popolarità", finendo spesso, tra i non addetti ai lavori, per essere relegati ad un acronimo dal significato vago e confuso. Ciò che infatti quasi automaticamente il termine *disturbo* ci richiama alla mente è l'idea di un limite, di una mancanza, un deficit, mentre quello di *apprendimento* ci rimanda immediatamente al contesto scolastico, inteso come mero insieme di nozioni, istruzioni e valutazioni. Ci costruiamo, quindi intuitivamente, l'idea che i bambini con DSA siano bambini problematici di cui la scuola deve farsi "carico".

Tuttavia, spesso dimentichiamo di collegare questi due termini tra loro attraverso il concetto di specificità, rischiando di pensare ad un bambino con DSA come ad un bambino intrinsecamente imperfetto, irrimediabilmente difettivo, senza considerare che ogni bambino è inserito in un ambiente di vita decisamente più ampio di cui quello scolastico è solo uno, seppur fondamentale, dei contesti con cui entra in contatto e con cui gli viene chiesto di confrontarsi. Dimentichiamo, quindi, di vedere il bambino nel suo complesso, come una persona nel suo insieme, con le sue risorse e le sue potenzialità, per identificarlo invece col suo disturbo. Il bambino smette allora di essere un bambino e diviene il suo problema; "è un DSA", appunto.

Ma il valore di un bambino non può e non dovrebbe mai essere costruito intorno alle sue sole capacità scolastiche: non è la sua minore o maggiore difficoltà ad apprendere, non è il suo rendimento scolastico o il voto che gli viene assegnato. Sono molteplici le qualità e i talenti di ognuno che possono esplicitarsi in modo del tutto

peculiare negli innumerevoli contesti in cui siamo inseriti nel corso della vita.

Non solo. Va ricordato, inoltre, come l'apprendimento non sia solo quello esplicito, formale, tipico del contesto scolastico tradizionale. I bambini crescono e imparano fin dalla nascita in maniera del tutto naturale, incidentale e spesso implicita, senza bisogno di istruzioni e compiti di verifica, ma attraverso l'osservazione, l'imitazione, la sperimentazione concreta, ciascuno con i propri tempi e secondo le modalità più consone al proprio temperamento, le proprie attitudini e necessità. Ciascuno di noi, infatti, impara per tentativi ed errori ed è naturalmente propenso a ricercare nuovamente esperienze ed attività piacevoli e ad evitare quelle spiacevoli, dannose o dolorose. La motivazione e le emozioni, quindi, rappresentano aspetti fondamentali in ogni processo di apprendimento ed è pertanto proprio il contesto in cui gli apprendimenti si verificano, unitamente ai feedback che riceviamo a partire dall'esito delle nostre acquisizioni, ad avere un ruolo cruciale nel determinare le emozioni che sperimenteremo e la maggiore o minore motivazione ad esporci a nuovi apprendimenti. Saranno la motivazione e le emozioni esperite, quindi, e non solo le capacità mnemoniche e cognitive, a determinare i risultati ottenibili da ogni processo di apprendimento.

È evidente, tuttavia, che quella fase iniziale dello sviluppo in cui il bambino ha la possibilità di esplorare il mondo in piena libertà, piegando la conoscenza della realtà esterna alle proprie esigenze, alle proprie capacità e al proprio desiderio di conoscenza possa perdurare senza vincoli solo fino all'ingresso nel sistema scolastico. È innegabile, infatti, che gran parte del processo di apprendimento si realizzi inevitabilmente all'interno della scuola, nella quale le specifiche difficoltà legate ai DSA cominciano a divenire sempre più evidenti, scontrandosi con metodologie di insegnamento formali distanti dal naturale funzionamento cognitivo del bambino con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento. Il principale stru-



mento utilizzato storicamente dal sistema scolastico per adempiere al proprio compito educativo è, infatti, la valutazione, all'interno di quello che in più occasioni rischia di configurarsi come un contesto volto alla performatività.

In una società iper-individualista, infatti, anche la scuola tende a delinearci come un contesto fortemente competitivo in cui il sapere si fa nozionistico e la motivazione sempre più estrinseca ed orientata al risultato, quest'ultimo spogliato del suo valore conoscitivo e formativo, cioè come l'acquisizione di un *di più* di conoscenza, per acquisire un valore meramente performativo, cioè una dimostrazione di efficienza. Ancora una volta dimentichiamo di vedere l'alunno secondo un approccio olistico, come una persona nel suo insieme con le sue qualità e potenzialità, per identificarlo con la sua prestazione. L'alunno smette allora di essere un bambino indicibilmente complesso e diviene il suo voto sul registro. È questo il momento in cui i bambini smettono di chiedere quei *"perché?"* tanto frequenti in età prescolare e che sono da sempre la manifestazione della loro curiosità e desiderio di sapere, per cominciare a chiedersi *"questo dove può farmi arrivare?"*. Dovremmo invece insegnare ai bambini il valore della conoscenza come un'occasione, come la possibilità di acquisire degli strumenti che permettano di decodificare la realtà, di comprendere il mondo e di scoprire un nuovo modo di *essere-nel-mondo*, per usare le parole di Heidegger (1976). Dovremmo permettere ai bambini di vivere qualsiasi luogo circondato di libri come luogo sicuro, sereno, piuttosto che carico di ansia, paura e frustrazione, un luogo in cui poter esplorare o ritrovare sé stessi e in cui sperimentare l'entusiasmo della scoperta. Forse è proprio questo l'errore che comunemente facciamo diventando adulti, sotto la spinta dell'individualismo e della competitività, e che rischiamo di trasmettere ai più piccoli: cominciamo a considerare i libri un mezzo per *arrivare*, piuttosto che un luogo in cui voler *restare*. Tuttavia, l'abitudine di limitarsi alla valutazione dei risultati o, peggio, alla valutazione (ovve-

ro *giudizio*) della persona sulla base dei risultati raggiunti, non origina e non è circoscritta meramente al contesto scolastico. Essa rappresenta piuttosto il riflesso di un atteggiamento estremamente diffuso nel più ampio contesto sociale in cui ciascuno di noi nasce ed è inevitabilmente inserito e che viene purtroppo a consolidarsi anche all'interno delle mura scolastiche. Ciò che invece dovrebbe orientare lo sguardo del docente, è un'attenta valutazione preliminare delle discrepanze nelle possibilità e nelle condizioni di partenza di ognuno. O, meglio, la valutazione dei risultati *nonostante* le condizioni di base, e la valutazione (intesa questa volta come *valorizzazione*) della persona sulla base degli ostacoli superati.

La possibilità di rendere la scuola un contesto realmente formativo, piuttosto che meramente performativo, è un aspetto fondamentale per consentire ai bambini con DSA di comprendere che esistono molteplici modi di essere diversi e che avere lo stesso valore e le stesse opportunità non significa dover essere, o fingere di essere, tutti uguali, ma dare ad ognuno ciò di cui necessita, nella misura in cui ne necessita, affermando con forza le reciproche diversità. Ciò consentirà loro di accogliere la propria diagnosi non come un'etichetta stigmatizzante, ma come la possibilità di dare finalmente un significato alle difficoltà sperimentate fino ad allora e di accettare ed usufruire con serenità delle misure compensative e dispensative disposte dal sistema scolastico, percepite non come un'ingiusta ed umiliante disparità di trattamento volta a rimarcare un *"deficit"*, ma al contrario come una legittima ed ordinaria modalità di personalizzazione della didattica, funzionale a sostenere adeguatamente le potenzialità di ognuno.

Tali misure rappresentano, quindi, la possibilità di costruire ponti in divenire della misura adatta a colmare il divario tra il possibile e l'altrimenti irraggiungibile, tali da consentire ad ogni bambino, in condizioni di equità, di proseguire serenamente il proprio cammino.

IL RUOLO DELLE EMOZIONI NEL PROCESSO DI APPRENDIMENTO: L'IMPOTENZA APPRESA

La rigida reiterazione acritica della didattica tradizionale all'interno del sistema scolastico, pensata e costruita *ad hoc* per la maggioranza, esporrà inevitabilmente quella parte di studenti che non rientra in quella percentuale maggioritaria a sperimentare esperienze di fallimento e vissuti di inadeguatezza, poiché costretti ad investire il massimo delle proprie risorse cognitivo-emotive e del proprio impegno per raggiungere, nei migliori dei casi, gli stessi risultati che i propri compagni ottengono con facilità o, nel peggiore di essi, il minimo dei risultati possibili. Infatti, dal momento che ogni studente possiede i propri specifici punti di forza e di debolezza, una metodologia didattica che utilizzi un solo canale di insegnamento e volta a valorizzare in maniera inflessibile unicamente alcune dimensioni del processo di apprendimento, avrà aprioristicamente escluso buona parte dei propri alunni, cioè quelli non aderenti cognitivamente e/o emotivamente alle strategie didattiche pre-scelte, dalla possibilità di esprimere tutto il proprio potenziale poiché naturalmente caratterizzati da qualità e inclinazioni differenti.

Inoltre, di fronte a ripetute esperienze scolastiche fallimentari che persistono nonostante l'impegno e i tentativi di miglioramento messi in atto, tali bambini possono esperire un vissuto di impotenza derivante dalla percezione di una totale disconnessione ed irrimediabile indipendenza tra il proprio comportamento ed i risultati ottenuti, che sembrano, quindi, essere al di fuori del proprio controllo. Il senso di inefficacia personale che ne deriva può condurre a profondi vissuti di inadeguatezza, sfiducia e demotivazione che a loro volta impattano negativamente sulla prestazione scolastica dando vita ad un circolo vizioso, che prende il nome di impotenza appresa, in cui una sempre maggiore demoralizzazione riduce le aspettative di riuscita, le quali troveranno poi conferma nei successivi fallimenti sperimentati dal soggetto, riducendo sempre di più il suo

senso di autostima e di autoefficacia. Sebbene il fenomeno dell'impotenza appresa, descritto dallo psicologo Martin Seligman (2003), possa verificarsi frequentemente nella popolazione scolastica e non solo, questo è rinvenibile in particolare modo negli studenti con DSA. Alla luce, infatti, della natura persistente del disturbo stesso, il quale resiste ai tentativi di potenziamento e di automatizzazione, lo studente viene inevitabilmente esposto ad una effettiva impossibilità di agire attivamente sui propri risultati scolastici in assenza di cambiamenti metodologici introdotti dall'ambiente esterno.

Si delinea, quindi, l'estrema importanza di un tempestivo riconoscimento da parte degli insegnanti delle specifiche difficoltà manifestate dal bambino, adeguando ad esse le proprie richieste e consegne didattiche, al fine di interrompere il pericoloso circolo vizioso che, dalla frustrazione e demoralizzazione per i fallimenti ottenuti, può facilmente condurre il bambino a vissuti di ansia e depressione, le quali risultano particolarmente frequenti negli studenti con DSA. La loro vita scolastica è, infatti, costellata da giudizi frettolosi e superficiali ricevuti dagli adulti di riferimento, i quali tendono a spiegare lo scarso rendimento scolastico riconducendolo ad una mancanza di impegno, concentrazione od interesse, soprattutto di fronte all'evidente intelligenza e alle indubbe potenzialità manifestate su altri versanti da questi bambini. Essi diventano quindi l'emblema dello studente *"intelligente che non si applica"* e che *"potrebbe fare di più"*, frasi che nel caso specifico di un DSA cominciano a pesare come un macigno che diviene sempre più gravoso man mano che gli estenuanti tentativi di incrementare il proprio impegno e di raddoppiare le risorse investite continuano a non condurre ai risultati sperati. Quei giudizi, quindi, lungi dal divenire un incentivo o uno sprone, possono venire interiorizzati dal soggetto come parte della rappresentazione di sé, in cui viene ad iscriversi l'immagine di un sé difettoso ed irreparabile che non potrà mai soddisfare le aspettative proprie ed altrui, indipendentemente da quanto lo desideri



e da quanto ci provi. Il soggetto, cioè, *apprende* dalle esperienze avverse a cui è stato ripetutamente esposto che nulla di ciò che è in suo potere potrà mai consentirgli di cambiare la situazione in cui si trova. Un senso di rassegnazione e di impotenza che può essere molto difficile da estirpare una volta innescato, dal momento che qualunque successivo tentativo di invertire la rotta e di venire incontro alle esigenze del soggetto può essere da quest'ultimo interpretato alla luce dell'immagine di un sé "incapace", "stupido" e "senza speranza" che si è andato a strutturare nel tempo e che conduce ad un tipico stile attributivo caratterizzato dalla tendenza a ricondurre i fallimenti alla propria connaturata inettitudine ed i successi, invece, alle agevolazioni esterne o al puro caso.

L'interpretazione soggettiva circa le cause degli eventi che l'individuo sperimenta, avrà inoltre un notevole impatto sul concetto di sé e sul suo senso di agentività. Se il bambino infatti sviluppa una peculiare modalità di *locus of control* caratterizzata dalla tendenza ad attribuire le cause di tutto ciò che accade a fattori che si collocano totalmente al di fuori del proprio controllo, si andrà sempre più a consolidare una rappresentazione di sé negativa in quanto "mancante" e "insufficiente", che a sua volta andrà a rafforzare la sensazione di non poter agire attivamente al fine di operare un cambiamento ed essere così artefici degli effetti ottenuti.

Tuttavia, proprio la natura appresa di tale stile attributivo, che non è dunque innato, ma viene acquisito a partire dalle esperienze vissute nei primari contesti formativi e di socializzazione, implica che esso possa essere modificato alla luce di nuove esperienze in grado di far sperimentare al soggetto il valore delle proprie capacità e la possibilità di metterle al servizio del raggiungimento degli obiettivi desiderati, incrementando così il senso di autoefficacia personale.

Ne deriva che, con esso, anche il conseguente senso di impotenza possa essere "disappreso"

portando il soggetto a recuperare una rappresentazione di sé stesso come agente attivo in grado di intervenire nella e sulla realtà e di esercitare un certo grado di controllo sugli eventi e sui risultati ottenibili, poiché strettamente dipendenti dai propri comportamenti e dall'impegno profuso per ottenerli. Scopo precipuo della scuola, quindi, dev'essere quello di porre ogni bambino di fronte ad obiettivi che siano concretamente e realisticamente raggiungibili sulla base di un'attenta valutazione delle peculiarità e potenzialità di ogni bambino, e commisurando le stesse con le metodologie didattiche adottate, così da preservare la sua autostima e mantenere viva la sua naturale motivazione ad apprendere, conoscere e sperimentare.

CONCLUSIONI: LIMITI ED OPPORTUNITÀ DELLA DIDATTICA A DISTANZA

Il periodo storico che stiamo vivendo è destinato ad aprire profonde fratture e riflessioni sul mondo della scuola e della didattica.

La pandemia globale che ci ha colpiti all'inizio del 2020, infatti, ha condotto alla chiusura delle scuole e ad un massiccio ricorso alla Didattica A Distanza (DAD), causando inevitabili conseguenze a breve e a lungo termine sugli studenti di ogni ordine e grado. Molte sono le ricerche che sono state condotte e che mostrano, infatti, un aumento nell'ultimo anno della dispersione scolastica, una regressione degli apprendimenti e delle competenze precedentemente acquisite (Ofsted, 2020), oltre che il prevedibile impatto sulla salute psicologica, con l'insorgenza ed il peggioramento di sintomi ansiosi e depressivi, causato dalla più generica condizione di paura/stress e di isolamento sociale (Dire, 2020).

Tale condizione, tuttavia, ci ha costretti a ripensare il sistema scolastico così come lo abbiamo sempre vissuto e a cui eravamo abituati, impegnando la società intera in una riflessione necessaria sulle metodologie didattiche utilizzate e su come poterle adattare alle nuove esigenze, in considerazione anche delle difficoltà emotive,

psicologiche nonché logistiche che molti studenti, e le loro famiglie, si sono trovati ad affrontare. Accanto, quindi, agli effetti negativi provocati dall'interruzione di quella relazione educativa fondamentale in ogni contesto formativo, così come della condivisione dell'esperienza di apprendimento con il gruppo dei pari che sottolineano l'importanza della dimensione psico-emotivo-relazionale in ogni processo di apprendimento, è necessario porre l'attenzione anche sulle opportunità illuminate da questa situazione di emergenza.

L'utilizzo e la sperimentazione, infatti, di software e dispositivi informatici necessari per l'implementazione della didattica a distanza, ha per molti versi azzerato le disparità didattiche tra bambini neurotipici e bambini con DSA, costringendo gli insegnanti ad adoperare una nuova metodologia d'insegnamento in cui la fruizione di contenuti audio-visivi ha assunto un ruolo di primo piano, surclassando il tradizionale canale comunicativo fondato sulla letto-scrittura. Con

i DSA, infatti, più canali comunicativi vengono utilizzati (di tipo visivo, uditivo, cinestetico, visivo-non verbale, per citarne alcuni) più il contenuto diviene facilmente accessibile, rendendo quindi il digitale uno strumento particolarmente funzionale poiché naturalmente predisposto a sfruttare simultaneamente una molteplicità di canali comunicativi in grado di giungere in maniera adeguata alle diverse caratteristiche dei singoli studenti.

Pertanto, quei sussidi tecnici ed informatici che precedentemente risultavano strumenti di "compensazione" specifici ed esclusivi per gli studenti DSA, quali immagini, video o altre risorse digitali in grado di andare ad integrare il materiale cartaceo, sono divenuti strumenti compensativi universali funzionali a ridurre la distanza delimitata dallo schermo del pc o del tablet.

Che la DAD abbia prodotto degli effetti a breve e lungo termine sul sistema scolastico è, dunque, un dato di fatto e i risultati di diversi studi lo dimostrano. È il momento di chiedersi, tuttavia,





cosa farne ora di questi risultati. Quali componenti debbano essere indubbiamente ripristinate, ma anche quali innovazioni sia il caso di mantenere e quali strumenti debbano essere ancora introdotti per far fronte alle nuove necessità.

È forse il momento ottimale per parlare seriamente di individualizzazione e personalizzazione della didattica, nella cornice di quello che si è venuto a configurare come un ampliamento del livello di inclusività della categoria dei Bisogni Educativi Speciali (BES), con un'intera generazione che ha vissuto l'esperienza dell'apprendimento in un contesto di svantaggio e di difficoltà di tipo psicologico, emotivo, familiare e/o socio-culturale. Pertanto, tali difficoltà andranno necessariamente prese in considerazione nei prossimi anni, senza pensare di poter ritornare meramente "alla normalità", "al mondo com'era prima". Dobbiamo farci trovare pronti di fronte alle necessità di ogni studente, senza più bisogno di rimanere ancorati ad acronimi e categorizzazioni, ma semplicemente con uno sguardo attento ad illuminare le esigenze e, soprattutto, le potenzialità di ogni singola persona in cerca del proprio modo di *essere-nel-mondo* (Heidegger, 1976).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AID. (Ed.). (2009). *Disturbi evolutivi specifici di apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia*. Trento: Erickson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Edizione italiana a cura di Massimo Biondi, Raffaello Cortina Editore.
- Bandura, A. (2002). *Il senso di autoefficacia*. Trento: Erickson.
- Cornoldi, C. (2007). *Difficoltà e disturbi di apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- De Beni, R. & Moè, A. (2000). *Motivazione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Dire. Coronavirus, è allarme per le violenze sui bambini: "Traumi cranici decuplicati", Retrieved Ottobre, 20, 2020 from https://www.dire.it/20-10-2020/152448-coronavirus-e-allarme-per-le-violenze-sui-bambini-traumi-cranici-decuplicati/?fbclid=IwAR3yR8FtEB-BiCE4CjcSeY33qxkDYDCuAYzE828_MHG_LGHxCOZm5BnrQ2X4.
- Dweck C.S. (2000). *Teorie del sé: Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*. Trento: Erickson.
- Guerra, L. (Ed.). (2010). *Tecnologie dell'educazione e innovazione didattica*. Azzano S. Paolo: Edizioni Junior.
- Gov.uk. Ofsted: Children hardest hit by COVID-19 pandemic are regressing in basic skills and learning. Retrieved November, 10, 2020, from https://www.gov.uk/government/news/ofsted-children-hardest-hit-by-covid-19-pandemic-are-regressing-in-basic-skills-and-learning?fbclid=IwAR0fPm8UCIkFHs9zXLMetqpa-oGn5teDhhJ1_zNkhsaHM-w8ME5LrhOvHOuw.
- Heidegger M. (1976). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Ianes, D. (2005). *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*. Trento: Erickson.
- Internazionale, Dizionario Italiano "Il nuovo De Mauro", <https://dizionario.internazionale.it/parola/normalita>.
- Ligorio, M.B. & Pontecorvo, C. (Ed.). (2010). *La scuola come contesto. Prospettive psicologico-culturali*. Roma: Carocci.
- Plummer, D. (2002). *La mia autostima. Attività di sviluppo personale per una buona immagine di sé*. Trento: Erickson.
- *Raccomandazioni per la pratica clinica per i DSA*. (2007). http://www.airipa.it/disturbi_apprendimento/disturbi_apprendimento.html.
- Seligman, M. (2003). *La costruzione della felicità*. Sperling & Kupfer editori.
- SOS Dislessia, (n.d.). *Quando si può fare diagnosi di DSA?*, <https://www.sosdislessia.com/dsa/faq/diagnosi/>.
- Tressoldi, P.E. & Vio, C. (2008). *È proprio così difficile distinguere difficoltà da disturbo di apprendimento?*, in *Dislessia*, (vol. 5, n. 2). Trento: Erickson.
- *Vocabolario Treccani*, <https://treccani.it/vocabolario/normalita/>.



FARE ED ESSERE IN PSICOTERAPIA

Rebecca Silvia Rossi
Psicologa, Psicoterapeuta
Società Italiana Psicoanalisi
della Relazione (SIPRe)

RIASSUNTO

I termini “relazione” ed “interazione” sono ampiamente utilizzati nel panorama psicoanalitico attuale, senza avere, però, una sistematizzazione teorica, tecnica e metodologica chiara ed adatta ad inquadrarli in un contesto clinico condiviso e condivisibile. L'autrice, attraverso la presentazione di un caso clinico, si domanda e domanda al lettore che cosa sia davvero terapeutico negli interventi che si effettuano in psicoterapia.

Nella pratica clinica, infatti, può alle volte apparire più necessario “esserci” piuttosto che “fare” in una forma di incontro autentico e sentito, spesso difficile da riscontrare nel quotidiano; l'umanità del terapeuta sembra prevalere sulle sue teorie e la sua formazione. Tuttavia, cosa significa “esserci”? È un atteggiamento modulabile e modificabile? O è qualcosa di intrinseco? Ha a che fare con la dimensione teorica della clinica? E il “fare”? È davvero divisibile dall’“essere”?

L'articolo si propone come spunto di riflessione in questo senso, trovando parte delle risposte nel cambiamento di paradigma che la psicoanalisi sta, da molti anni, attraversando.

PAROLE CHIAVE

Psicoanalisi - Psicoterapia relazionale - Relazione - Interazione - Metodo - Tecnica

INTRODUZIONE

Questo scritto nasce come sunto di un webinar tenuto il 10 febbraio 2021, intitolato “*Relazione ed interazione in psicoanalisi*” parte di un più ampio ciclo di incontri promossi dalla Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione di cui faccio parte e volti a ragionare sul sistema teorico clinico psicoanalitico della relazione. Lo scambio tra colleghi mi ha visto dialogare assieme alla Dott.ssa Maria Luisa Tricoli e al Dott. Gianpaolo Scano sul significato di relazione ed interazione nel panorama psicoanalitico attuale.

Il mio intervento, che qui ripropongo, si è basato principalmente sul significato di relazione ed interazione nel contesto pratico – clinico, affrontato attraverso il caso “anomalo” di Remo, un settantenne col quale ho avuto la fortuna di lavorare durante il lockdown di marzo 2020, che ha riaperto il pensiero in me mai sopito rispetto alla dimensione terapeutica della relazione. Ossia, quanto alle volte sia più necessario “esserci” piuttosto che “fare” in una forma di incontro autentico e sentito, spesso difficile da riscontrare nel quotidiano. Quanto alle volte sia la nostra umanità a prevalere sulle nostre teorie e la nostra formazione. Tuttavia, questo ragionamento apre la strada ad un altro: cosa



significa “esserci”? È un qualcosa che si può scegliere? È un atteggiamento modulabile e modificabile? O è qualcosa di intrinseco? Ha a che fare con la dimensione teorica della clinica? In che modo?

Ciò che rende il caso “anomalo” e che rende difficile rispondere a queste domande, potrebbe essere espressione di un metodo fondato su due soggetti che comunicano, mancante però di una solida base teorica. I termini “relazione” e “interazione”, infatti, sono propri del linguaggio quotidiano ma poco formalizzati in quello teorico clinico; anziché aiutarci a rispondere a queste domande potrebbero confonderci.

QUALI TEORIE?

La mia formazione specialistica, la Psicoanalisi della Relazione, ha puntato tantissimo sullo “screditare” le teorie di qualsivoglia natura in quanto fuorvianti e, spesso, fautrici di incomprensioni rispetto a chi è davvero la persona che si presenta nel nostro studio. Secondo questa visione, ciò che conta davvero è la propria teoria rispetto all’essere umano, la propria *Weltanschauung*, impossibile da non avere ed imprescindibile da conoscere.

Ma come si fa a lavorare senza una teoria di riferimento? Nel webinar, Gianpaolo Scano ha sottolineato che siamo tutti d’accordo che la psicoanalisi classica non ha più senso di trovarsi nei nostri studi ma, ad oggi, esiste un’alternativa che la abbia davvero sostituita? Esiste qualcosa, nell’attuale panorama psicologico, che riesca a descrivere chiaramente processi, fattori e procedure come lo ha fatto la psicoanalisi classica con la sua suddivisione tra teoria formale, teoria clinica e teoria della tecnica?

La teoria formale, che descrive cosa si intende per apparato psichico e per il suo funzionamento, come ritroviamo nel capitolo VII de *L’interpretazione dei sogni* (Freud, 1899) è ormai estinta ma ricompare ogni volta che si ricorre alla terminologia che le appartiene, quale “pro-

iezione”, “transfert”, “inconscio” ... Ma perché questi termini sono ancora ampiamente utilizzati? Probabilmente perché non sono ancora stati sostituiti da altri altrettanto “adeguati”. Tuttavia, questa consuetudine, che spesso passa in sordina, crea solo confusione, dato che è cambiato il modo clinico di procedere e di capire l’uomo, rispetto a quello psicoanalitico della teoria formale.

La teoria clinica, ossia ciò che consente l’uso della metapsicologica nella pratica, grazie a generalizzazioni legate all’osservazione e all’esperienza clinica, è propria di ogni psicoterapeuta, che la modella in base alla propria *Weltanschauung*, alla propria formazione e alla propria esperienza. Non è né chiara né univoca, non essendo basata su dati, e non può, allora, essere considerata una teoria vera e propria, affidabile e condivisibile. In altre parole, il cosiddetto *verdetto di Dodo* (Rosenzweig, 1936) è ancora attuale: tutte le terapie sono efficaci ma per motivi diversi da quelli indicati dalle teorie, ossia per l’azione di alcuni fattori che si presume siano presenti in tutte le terapie. Questi fattori possono verosimilmente essere la presenza empatica di un ascoltatore attento e non giudicante, il corretto match tra terapeuta e paziente, l’alleanza terapeutica, il setting... Generalizzando, possiamo dire che il successo di una terapia si basa principalmente su fattori soggettivi e difficilmente misurabili, primo tra tutti l’incontro della personalità di un preciso paziente con quel preciso terapeuta.

La teoria della tecnica, il cosiddetto metodo, è necessaria per poter usufruire delle altre in un intervento tecnico controllato: ma se delle prime due non siamo certi, come esserlo per la terza? Rimaniamo in un certo claudicanti, ma riusciamo lo stesso a portare avanti il nostro lavoro, ossia, in modo molto colloquiale ma altrettanto efficace: riusciamo, quasi sempre, a fare stare meglio i nostri pazienti. Com’è possibile?

Probabilmente, è possibile in quanto stiamo vivendo un nuovo paradigma, in costruzione, con-

sci che non esiste una verità unica e data, bensì una verità non definita e non definibile, imprevedibile, che ci costringe costantemente nell'ignoto. Come esseri umani siamo sistemi aperti, fluidi e complessi, che creano nuovi significati vivendo, modellando sé stessi ed il mondo. All'interno di questo paradigma, ogni terapeuta si è creato, a volte inconsapevolmente, una teoria di riferimento rispetto all'essere umano, un metodo che lo guida nell'incontrare i propri pazienti, che rende perciò priva di senso la sopramenzionata distinzione tra "fare" ed "essere" perché *"facciamo ciò che siamo"* (Dott.ssa Tricoli, webinar 10/02/2021).

L'ESSERE UMANO E LA PSICOTERAPIA

Prima di esporre il caso di Remo, è doveroso esporre la mia visione dell'essere umano e, pertanto, della psicoterapia. Ritengo l'interazione imprescindibile in ogni comportamento umano che di per sé *"è sempre comportamento relazionale, è linguaggio attraverso cui il soggetto si dice e dice di sé"* (Minolli, 1996). Nella stanza di analisi abbiamo l'interazione tra paziente e analista, che comprende qualsiasi cosa avviene tra i due, divenendo quindi intrinseca alla nostra procedura, al di là della nostra formazione o percezione. Così, come il primo assioma della comunicazione umana ci ricorda che *"è impossibile non comunicare"* (Watzlawick, 1971), il primo assioma della psicoanalisi della relazione potrebbe essere che *"è impossibile non interagire"*. Ne consegue che è utile e sensato tenere in considerazione qualsiasi interazione tra paziente e terapeuta: ciò che differenzia questa particolare relazione dalle altre è quello che poi si fa con dette interazioni. Il nostro compito, come terapeuti, che ci distingue da altri soggetti coi quali il paziente è entrato, entra, entrerà in contatto nel corso della sua vita, è comprendere ogni avvenimento alla luce del livello analitico e del funzionamento del paziente, grazie agli accorgimenti del setting e alla nostra *forma mentis*. In altri termini, ciò che offriamo, o dovremmo offrire, al paziente è una comprensione di sé e delle sue relazioni – non

necessariamente tramite la parola, ma anche tramite i nostri gesti e la nostra presenza – ponendoci dentro e fuori la relazione, essendone imbevuti ma distaccati, partecipandovi attivamente ma leggendola con uno sguardo attivo e attento, uno sguardo partecipe ma mai passivo, o giudicante, o banale.

Fine ultimo di questo nostro lavoro è sradicare i pattern disfunzionali del mondo interno relazionale del paziente, quelle risposte ormai radicate, date per scontate e attese, costruite dalle relazioni passate in un'eterna coazione a ripetere. È qui che interveniamo noi, trasformando l'azione in interazione e relazione, donando un nuovo significato e diversa comprensione. È qui che non sono intervenuta io con Remo. Questo ha reso il nostro incontro meno terapeutico? Credo di no. Se intendiamo l'interazione come elemento chiave che smuove e rende efficace una psicoterapia (qualora la si riesca a cogliere ed usare nella relazione col paziente) avere cura del paziente, dei suoi tempi e delle sue volontà significa portare avanti una terapia efficace, co-costruendo il significato della relazione, afferendo anche – e soprattutto – dal qui ed ora.

Con questa modalità di interazione analitica sottolineo un modo di stare con il paziente, presente, attivo e rispettoso, che ha chiaro che il paziente è detentore del proprio destino ed è in grado di assumere la sua vita ed indirizzarla a partire da sé. Per questo, noi terapeuti dovremmo riuscire a stare nella dualità della relazione analitica mantenendo la nostra individualità, con un occhio critico rispetto a ciò che si sta creando, a quanto avviene per dinamiche nostre e quanto per dinamiche del paziente. L'interazione è lo strumento in grado di promuovere cambiamento nel paziente, nell'analista e nella coppia terapeutica (Florita, 2012). L'interazione non è modulabile da noi terapeuti, non è controllabile: quello che possiamo controllare è l'attività che ne consegue una volta valutata.



Credo che Giancarlo Dimaggio (2020) descriva perfettamente il nostro lavoro in questi termini: *“In ogni momento del dialogo siamo allo stesso tempo almeno tre personaggi. Il primo ascolta i problemi del paziente e ragiona tecnicamente. Vuole capire di che soffre, cosa fare e come coinvolgerlo nel processo di cambiamento. Il secondo si immerge nel dialogo essendo sé stesso, vero, in tutte le sfumature tipicamente umane. Gioca, si preoccupa, tranquillizza, incoraggia, ricorda e riflette. Il terzo tiene il secondo a braccetto. Vive lo scambio umano allo stesso tempo in modo sincero e come se fosse una sorta di spia che mette su famiglia nel paese straniero, ma è altro. Si muove come un narcotrafficante e invece è un agente della DEA infiltrato. È nel gioco e fuori dal gioco. Seduta dopo seduta, agenti della curiosità sotto copertura, ci immergiamo in relazioni che scrutiamo, analizziamo, decodifichiamo. Siamo empatia e calcolo racchiusi nella stessa molecola.”*(p.79-80). Siamo, in sostanza, attivi su tre fronti: ascoltiamo il pz e ragioniamo in merito a ciò che dice, cercando di capirlo e coinvolgerlo nel processo di cambiamento; nel frattempo siamo anche noi stessi, con le nostre caratteristiche personali e umane: viviamo davvero queste interazioni, siamo nella relazione in modo sincero ma la analizziamo anche.

La psicoanalisi della Relazione mette al centro la relazione come interazione, intendendo la relazione come inter-azione tra soggetti. Il sintomo, invece, è visto come espressione del sé del paziente, traduzione della sofferenza del paziente: è per questo che ritengo più utili le diagnosi funzionali rispetto alle dimensionali e categoriali. Il nostro interesse riguarda la funzionalità dei principi organizzativi del soggetto, sul versante della sua personalità e della sua sintomatologia. La terapia sarà quindi rivolta ai significati della comparsa di una determinata sintomatologia in un determinato momento della vita del paziente, all'interno delle specifiche caratteristiche di personalità nell'equilibrio soggettivo del paziente. Non sempre, come con Remo, questo signifi-

ca destrutturare la personalità ed intervenire in modo profondo per aiutare il paziente, anzi. Significa settarsi sulle sue esigenze profonde, che potrebbero colludere con quello che automaticamente pensiamo noi come terapia.

Ciò che distingue la formazione psicoanalitica relazionale da altre, nei fatti, ritengo sia la modalità con la quale ci si avvicina al paziente, il modo con il quale ci si colloca all'interno della relazione, in cui si ascolta, si è presenti e ci si riconosce. La stessa frase, le stesse parole, assumono un significato diverso se pronunciate all'interno di una cornice così impostata, piuttosto che in un'altra. Ed è proprio all'interno di questa cornice che è avvenuto il mio incontro con Remo.

REMO

A metà aprile 2020, nel pieno del lockdown, vengo contattata da Vittorio, quarantenne a metà tra il preoccupato e l'exasperato che mi chiede se posso aiutare suo padre Remo, settantenne, cardiopatico, ansioso da sempre, che ha sviluppato maggiore ansia durante il lockdown. Mi contatta lui perché Remo si è affidato avendo meno dimestichezza con internet, ma mi assicura che è stata una sua richiesta e che sarà in grado di usare la piattaforma Zoom per effettuare il nostro incontro.

In attesa del primo colloquio con Remo sono abbastanza ansiosa: non ho mai visto un paziente anziano nella mia pratica privata e non ho mai effettuato un consulto senza aver parlato direttamente con l'interessato. Parte dell'ansia penso mi sia trasmessa anche da Vittorio che mi scrive qualche minuto prima dell'incontro in quanto non avevo ancora inviato il link di accesso. È così che incontro Remo, un pochino sulle spine. Sul monitor appare con Vittorio, che mette a posto audio e schermo del pc: quando esce dalla stanza, lasciando me e Remo da soli (assieme ma rispettivamente soli nelle nostre stanze, divisi dai computer) esordisco: *“suo figlio le vuole proprio bene”*, provocando un'intensa commozione in Remo, uomo così



sensibile ai miei occhi e così algido agli occhi di altri. Si commuoverà altre due volte all'interno del nostro primo incontro, raccontandomi del padre deceduto da ormai molti anni e del suo "macigno" ossia di un fratello malato di mente (ormai deceduto anche lui) del quale ha dovuto prendersi cura per gran parte della vita adulta (scoprirò più avanti essere stato schizofrenico e preso in carico da una struttura residenziale). È un macigno perché, oltre alla moglie e ai familiari, nessuno nella sua vita ha mai saputo di questo fratello. Ulteriore macigno perché nemmeno moglie e familiari hanno mai avuto accesso al vissuto di impotenza di Remo, alla paura di essere come il fratello e alla colpa per il non esserlo.

E cosa ho fatto io, sconosciuta psicoterapeuta, per "meritarmi" questa confessione? Che meccanismo si è innescato nel nostro incontro per far sì che Remo si sentisse abbastanza sicuro

da aprirsi in questo modo? È stata sicurezza o altro che lo ha portato ad aprirsi? Ecco le domande che ho in testa mentre ascolto Remo, mentre registro l'enorme quantità di informazioni che mi trasmette, assieme al turbinio di emozioni che circola tra noi.

L'ansia che lamenta è ampiamente "giustificata" dall'emergenza sanitaria: oltre all'età che lo inquadra nei soggetti a rischio, Remo ha problemi di salute alquanto gravi (leucemia linfatica cronica, bypass...) anche se paiono non dargli preoccupazione: esce per fare la spesa, vede i nipoti, alcuni amici, il tutto nel pieno del lockdown. Inoltre, è proprietario di un'azienda nella quale lavorano lui e la moglie (anche se pensionati), entrambi i figli, ed una ventina di persone. Sente il senso di responsabilità per queste persone, assieme al dovere di non condividere questa preoccupazione con moglie e figli "per non farli preoccupare eccessivamente". Il piano



di concretezza ed efficienza, quindi, prende il sopravvento sul senso di vulnerabilità e sulla paura della morte. Non mi sorprende manifesti sintomi ansiosi.

Tuttavia, emergono anche le tematiche più profonde che affliggono Remo: la paura della morte, il senso di impotenza, di responsabilità e colpa. La sensazione è di volersi raccontare ma di non sapere in che modo: è come se Remo non fosse mai stato riconosciuto in quanto persona con bisogni, come se fosse legittimato a raccontarsi solo rispondendo a domande, non decidendo in prima persona da dove partire. Lo sento molto motivato ad essere in relazione con me, ma quasi incapace di trovare un modo naturale per farlo: sembra che la relazione terapeutica gli sia da ostacolo, abbia bisogno solo della dimensione umana; anche se precedentemente ho sottoli-

neato che, per noi, potrebbero essere la stessa cosa, in quanto "facciamo ciò che siamo". Non so in che altro modo definire la sensazione che mi suscita.

Da parte mia, sono vagamente ansiosa tutta la seduta, per le motivazioni già menzionate con le quali mi accingo all'incontro, per quanto mi trasmette Remo e, soprattutto, per la confusione circa il senso di un intervento psicoterapeutico per un paziente di questa età in una situazione di pandemia globale. Spunti ci sono, eccome, ma è quello che mi sta chiedendo? Una parte di me è convinta di no.

La prima interazione tra Remo e me si è concentrata sul qui ed ora, sul supporto emotivo e sulla gestione dell'ansia: mi chiede delle tecniche di rilassamento e io gli insegno quella yoga (per la prima volta nella mia pratica clinica) respiriamo



insieme in una sorta di modalità interattiva che ci sintonizza assieme nel presente. Remo ha parlato tanto e io ho ascoltato tanto, senza indagare eccessivamente nel suo passato, ma rimanendo bene ancorata nel presente del nostro incontro. Seppur come primo colloquio è stato inusuale, per me, è stato allo stesso tempo positivo: Remo mi ha fatto un'ottima impressione, ho sentito un flusso tra noi.

Nel secondo colloquio, ancora online, esordisce con *"il giorno del nostro incontro sono stato molto meglio, più leggero. I due giorni dopo nervoso, teso... Penso che abbiamo smosso una bacinella d'acqua ed è uscito il torbido che stava sul fondo e non si vedeva... Io glie l'ho detto il mio problema ora mi deve dire lei cosa fare, la deve dare lei una rilettura, io non so che dirle, deve farmi domande!"*. E io mi rifugio nelle parole di Muller (2008) per il quale il racconto di vissuti traumatici o sofferenti non è di per sé terapeutico. Mi nascondo perché mi sento in difetto al cospetto di Remo: mi sento piccola (e lo sono), mi sento impotente (e lo sono, in parte) ma, soprattutto, sento un'energia fortissima che mi porta a mettermi in campo per aiutarlo: mi fa sentire viva e piena di risorse, nonostante tutto.

Il terzo incontro ci vediamo in studio, con gli accorgimenti precauzionali per il Covid-19. Remo è talmente a disagio ed in ansia che appare quasi deteriorato cognitivamente: dice che la sanificazione del luogo non gli permette di respirare bene e chiede di uscire. Lo accompagno, e mi propone di fare due passi: è così che iniziano le nostre sedute itineranti. Ha un foglio dove ha scritto degli appunti, vuole affrontare alcune questioni: *"Voglio ritrovare la forza che avevo un tempo, io non mi sono mai tirato indietro in niente, ho sempre preso tutto di petto [...] Vorrei parlare della paura di invecchiare e della morte, della paura di impazzire come mio fratello"* Ma non ci torniamo più, detto-detto. Parliamo invece di come la psicoanalisi sia una *talking cure* che è esattamente quello che stiamo facendo *"eh anche con mia moglie lo dicevo in que-*

sti giorni che parlando delle cose poi si sta meglio, dopo un po' che sto con lei dott.ssa mi sento già più rilassato [...] lei mi deve prendere come se fossi suo padre" e io ne approfitto per sottolineare la relazione che si stava creando *"con il vantaggio che non sono sua figlia"* *"esattamente, certe cose le ho dette solo a lei, troppo spinose, troppo dolore... sono contento che lei sia così professionale"*.

Professionale – mi chiedo – in che senso? Non riesco a capire a quale professionalità alluda in un momento nel quale mi sento tutto fuorché professionale, facendo una seduta passeggiando. Forse, essere professionali significa sapersi sintonizzare. Forse, essere professionali significa saper stare in relazione. Forse, essere professionali significa avere chiara l'interazione nel momento stesso in cui avviene. È così che decido di fissare il successivo appuntamento al parco.

LA NOSTRA RELAZIONE

Remo ed io ci siamo sempre concentrati sul presente, toccando il passato solo nella modalità in cui lo presentava lui; ho evitato di molestarlo con riletture che sarebbero rimaste meri esercizi di stile. Ho problematizzato quando lui problematizzava, esponendo un punto di vista diverso solo se di aiuto nell'affrontare il qui ed ora ed il futuro: se il passato per lui era positivo, che giovamento avrebbe tratto nel vederlo in maniera differente? Pensiero in contrasto con la "normale" psicoterapia. Ci siamo inoltrati nel pezzo di passato nel quale voleva andare a fondo, quello che non gli permetteva di navigare serenamente verso il futuro inevitabilmente mortifero. Me lo ha fatto intendere bene, senza parlarne esplicitamente, quasi come se i sottotitoli dei nostri incontri fossero *"nel mio futuro c'è la morte, voglio parlarne perché mi spaventa: non voglio negarla né esserne spaventato"*.

Penso che nel nostro primo incontro sia scoccato qualcosa di profondo partendo dalla semplicità dell'essere diversi: forse è meglio affrontare le paure della morte con una psicologa (giovane) che spiega senza interpretare né giudicare, che aiuta a riordinare ciò che nella sua mente è di-



sordinato, a capire che il sintomo ansioso è l'alter ego del timore prodotto dal coronavirus e dalle malattie pregresse, che normalizza il tutto dentro una cornice chiara e sicura. Il divario di età ha giocato a nostro favore in questo senso: l'impossibilità di fargli da maestra di vita ci ha preservato dall'incorrere in dinamiche passate fatte di dogmi culturali e restrizioni familiari, che lo hanno rinchiuso in credenze e falsi miti. Forse, anche il figlio Vittorio – inconsciamente – aveva intuito il tutto, chiamando me piuttosto che un altro terapeuta.

I nostri incontri, le nostre interazioni, hanno sempre avuto ben poco di analitico: dialoghi nei quali ogni qual volta veniva a galla la tematica della morte cercavo di infondere coraggio ad entrambi e trattarla, mostrando a Remo quanto sforzarsi di negarla come aveva fatto per gran parte della sua vita non fosse di aiuto. L'ansia di Remo trovava riscontro nell'oggettiva situazione esterna, ma anche nei suoi vissuti interni, sovraccarichi di responsabilità e doveri, proiettati nel futuro, un futuro spaventoso perché mortifero, un futuro che non gli permetteva di vivere nel presente, presente colmo di gioie (nipoti, moglie, amici...). Questa semplice riflessione ha cambiato tanto in Remo, il rendersi cioè conto che essere *"più vulnerabile, più sensibile"* permette anche di essere maggiormente in contatto con sé e gli altri, *"Sa, dottoressa, credo che adesso certe cose le sento di più perché sono più vulnerabile, sono più sensibile, ma sono contento di esserlo. Prima cercavo di tenere tutto sulle mie spalle, tirando avanti, ma questo mi faceva perdere tante gioie del presente ed agitare per il futuro"*.

Mi racconta di quando si è *"visto passare tutta la vita davanti"* prima dell'operazione al cuore *"ero molto spaventato ma come facevo a dirlo a qualcuno? Si sarebbero spaventati anche loro e io non voglio fare preoccupare nessuno"*. Ricordandomi molto la paura di non aver vissuto davvero piuttosto che quella di morire, suggerisco a Remo la lettura di un romanzo che leggerà e che ci aiuterà ad

aprire un canale comunicativo in questo senso. La flessibilità del setting è stata estremamente necessaria in questo caso: penso che in sua assenza non ci sarebbe stata relazione, come nel lavoro con gli adolescenti (Charmet, 2015). Da un certo punto di vista, potremmo intendere il paziente anziano come un adolescente con meno energia, rabbia e confusione, una sorta di Benjamin Button, protagonista del racconto di Fitzgerald (1922). Seguendo questa logica, anche la *self-disclosure* è stata un ottimo alleato, in quanto portatrice di dati per aiutare Remo a sentirsi capito, lasciandogli intendere da dove venisse la mia comprensione. Ad esempio, trattando del passaggio generazionale, tema per lui caldo, che io ho vissuto sulla mia pelle due anni fa. Sulla pelle di figlia, ovvio, ma di figlia che vedeva con occhio "terapeutico" quello che succedeva ai genitori, senza la possibilità di intervenire in alcun modo. Possibilità che, invece, ho avuto con Remo. In questa singolare relazione che è stata la nostra relazione terapeutica, la *self-disclosure* è stato uno dei modi in cui Remo ha colto la mia soggettività, attraverso la mia esplicitazione di un'esperienza personale che in parte ci accomuna. Il breve processo analitico che abbiamo condiviso è stato pregno di indagine e scoperta: con Remo mi sono sempre sentita libera dalla presunta neutralità avendo cercato di rendere cardine ed esplicito l'aspetto costruttivo (o meglio, co-costruttivo) del nostro lavoro.

E allora, che differenza c'è tra *esserci e fare*? Forse ha ragione Maria Luisa Tricoli: non vi è differenza alcuna in quanto *"facciamo ciò che siamo"*.

UNA CHIUSURA, TANTE APERTURE

Fine luglio. Remo è in gran forma: ha smesso le gocce di Bach, dorme e mangia senza problemi, il nodo alla gola è sparito, va tutti i giorni in chiesa, dove trova conforto, vede gli amici, esce con la moglie, va al mare. I nostri ultimi incontri si sono spostati in studio, naturalmente, senza pressione da nessuna delle due parti. Sorpresi da un acquazzone, ci siamo rifugiati lì e, dalla volta successiva, Remo non ha avuto problemi a venire

“ora c'è più fiducia, mi sono abituato”. Cosa intende? Come abbiamo costruito questa fiducia? Allora è vero che raccontarsi non è tutto. Nemmeno qui, sono riuscita ad indagare ulteriormente, Remo dà per scontata la fiducia che ha riposto in me, così come il rapporto che si è creato. Io no, io vorrei sapere di più. Ma non mi è concesso.

L'ultimo incontro prima della pausa estiva mi chiede consigli per il periodo nel quale non ci vedremo, qualora stesse male: rispondo che saprà sicuramente cavarsela senza di me, ma che se avrà bisogno potrà contattarmi. Sulla porta, si sanifica la mano e me la porge, nonostante il coronavirus, “la sanifichiamo prima e dopo!”. Acconsento, penso che sia importante questo scambio. Lo avrei fatto con qualsiasi paziente? No.

A settembre, gli scrivo come da accordi per valutare come sta e se sia il caso di vederlo: “Durante questo periodo ho pensato che per il momento preferisco sospendere le nostre sedute, grazie al suo aiuto mi sento meglio. Se dovessi nuovamente sentire l'esigenza di altre sedute la contatterò. La ringrazio per il suo lavoro svolto con me sino ad ora”.

Me lo aspettavo, anche se da parte mia si sarebbe potuto continuare. Ho insistito per vederlo e capire insieme il motivo dell'interruzione? No. Lo avrei fatto con un altro paziente? Sì. Ma ho pensato che maggiori approfondimenti sarebbero stati funzionali alla mia curiosità, alla mia volontà di capire maggiormente, di sapere. Ma, forse, non c'era niente da capire se non che: Remo aveva bisogno di raccontare e io l'ho ascoltato. Remo aveva bisogno di essere rassicurato e io ho cercato di rassicurarlo. Remo aveva bisogno di dare un senso a ciò che gli stava accadendo e io mi sono offerta di rintracciare questo senso con lui. Remo mi chiedeva coordinate e concretezza, e io ho evitato di ricambiarlo con interpretazioni ed astrazione.

Remo ed io ci siamo incontrati, dalla nostra interruzione si è creata una relazione, questa relazione lo ha aiutato in un momento difficile. Come mai

cercare significati altri? Riuscire ad accontentarsi di questa semplicità all'interno della complessità relazionale la rende ancora più significativa e misteriosa.

Questa chiusura, quindi, lascia spazio ad innumerevoli aperture, che confido verranno colmate con il raggiungimento stabile di un nuovo paradigma che, assieme come terapeuti, riusciremo ad implementare.

BIBLIOGRAFIA

- Charmet, G.P., Bignamini, S., Comazzi, D. (2015), *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*, Franco Angeli, Milano.
- Dimaggio, G., (2020). *Un attimo prima di cadere. La rivoluzione della psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fitzgerald, F.S., (1922). *Tales of the Jazz Age*, Scribners Editions, New York. Tr.It. *Racconti dell'Età del Jazz* (2012), Mondadori, Milano.
- Florita, M.O. (2012), *L'intreccio*, Franco Angeli, Milano.
- Freud, S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*, in “Opere”, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 1966.
- Minolli, M. (1996), La psicoanalisi della Relazione, *Ricerca Psicoanalitica*, Anno VII, n.1-2, pp.117-133.
- Minolli, M. (2009), *Psicoanalisi della relazione*, Franco Angeli, Milano.
- Muller, R. T. (2018), *Trauma and the struggle to open up. From Avoidance to Recovery and Growth*, W.W. Norton & Company, Inc., New York. Tr. It. (2020). *Il trauma e la lotta per aprirsi: dall'evitamento alla guarigione e alla crescita*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.



IL GIUDICE È DAVVERO TERZO E IMPARZIALE? RIFLESSIONI PSICO-FORENSI

Patrizia Borrelli
Dottoressa in Psicologia

Susanna Sasso
Dottoressa in Psicologia

Antonietta Curci
Professoressa ordinaria
di Psicologia generale

RIASSUNTO

All'interno del mondo giudiziario si intrecciano differenti discipline: il diritto, con norme e leggi, la scienza, con strumenti e ricerche *evidence-based*, e le neuroscienze, con le nuove tecniche che stanno sempre più prendendo piede all'interno del processo come prove. Questo implica che risulta difficile conciliare punti di vista non solo differenti, ma talvolta contrapposti, per cui nel corso degli anni è stato possibile assistere ad una vera e propria rivoluzione sull'importanza del sapere esperto, sul legame tra scienza e diritto, sull'importanza di introdurre nuovi strumenti e nuove prove all'interno del contesto giuridico. In uno scenario così variegato e complesso, ci sia-

mo chieste come la psicologia forense e il *decision making* potessero supportare le scelte in campo giuridico, indagando le differenti fallacie nel processo decisionale, con l'obiettivo di rendere gli esperti del settore maggiormente consapevoli.

PAROLE CHIAVE

Decision making - psicologia forense - *confirmation bias* - *expertise* - scelta del giudice

Scégliere (ant. e poet. *scérre*) v. tr. [lat. **exelġġere*, comp. di *ex-* e *elġġere* «scegliere» (v. *eleggere*)] – 1. a. Distinguere e determinare, tra più cose o persone, quella che sia o ci sembri più adatta allo scopo o più conveniente alle circostanze.¹

¹ <https://www.treccani.it/vocabolario/scegliere/#:~:text=%E2%80%93201.,regalo%20da%20farti%3B%20devi%20sc.>

Partendo dalla definizione della parola "scegliere" estrapolata dal vocabolario Treccani, si comprende che si tratta di un processo, certamente non facile, che implica il definirsi di una preferenza tra più possibilità. L'esistenza di ogni individuo è condizionata dall'assunzione di decisioni, che possono avere maggiore o minore importanza a seconda del contesto su cui sono chiamate ad incidere. Non è di poco conto l'esame delle conseguenze generate dall'esercizio del processo decisionale, ovvero della scelta.

In particolare, in ambito giuridico, il giudice, *peritus peritorum*, è l'autorità a cui compete esercitare la funzione giurisdizionale. È il soggetto che nel processo deve prendere una decisione, rispondendo a una domanda proposta da una delle parti. Nella scansione processuale sovrintende alla formazione della prova, al fine di garantire legalità e ritualità del procedimento, e tutela i diritti individuali fatti oggetto di espressa previsione costituzionale.

Per meglio comprendere il percorso che andremo a compiere, chiarificheremo ora come il reato si inquadra all'interno dell'ordinamento italiano. Il Codice penale e le altre norme speciali extracodificistiche (le c.d. leggi speciali: art. 16 c.p.) prevedono e puniscono non *già il reato*, bensì molteplici reati. Si può quindi sostenere che l'individuazione di un numero chiuso di specifiche figure di reato rappresenta l'espressione di uno stadio evoluto del diritto penale. Il profilarsi di un ventaglio sempre più articolato di ipotesi criminose delinea il superamento di stadi primitivi del diritto penale, sotto il segno di una sempre più marcata certezza del delitto e di una maggiore aderenza alle norme penali e alla varietà dei fenomeni dannosi. È così che hanno preso vita concetti, quali il rapporto di causalità, il dolo, la colpa, l'imputabilità,

che compaiono nel libro primo del Codice penale italiano del 1930 sotto il titolo "Dei reati in generale". Si tratta di concetti astratti perché dipendono dai singoli reati, ai quali devono essere associati di volta in volta per acquistare rilevanza giuridica, quindi non esiste un dolo 'in sé', ma il dolo di omicidio, furto, ecc.

LA SCOMPOSIZIONE ANALITICA DEL REATO

La totalità della dottrina, oggigiorno, ritiene necessaria l'analisi separata degli elementi strutturali di ogni reato, così come la collocazione degli stessi secondo un ordine logico-sistematico. Il giudice e l'interprete non devono mai dimenticare che "ciascun elemento del reato è presupposto indispensabile per l'applicabilità della pena nel caso concreto"². Questo significa che, formalmente, tutti gli elementi del reato si collocano sullo stesso piano. Cambia, però, la funzione assoluta dagli elementi nella struttura del reato: una serie di essi ha la funzione di descrivere un fatto, cioè una *specifica offesa al bene giuridico*; altri decidono se e quando il fatto è antigiuridico, cioè *disapprovato dall'ordinamento*; altri ancora esprimono le condizioni in presenza delle quali il fatto antigiuridico è colpevole e quindi *personalmente rimproverabile a chi lo ha realizzato*; infine altri elementi riflettono le valutazioni del legislatore in merito alla punibilità del fatto antigiuridico e colpevole, quindi *all'opportunità di applicare la pena nel caso concreto*. Il reato, quindi, risulta essere un *fatto umano, antigiuridico, colpevole, punibile*. Non si può rinunciare ad analizzare e scomporre il reato nella sua pluralità di elementi poiché non è possibile rinunciare ad una comprensione delle funzioni che ognuno di essi esplica. *Bene iudicat qui bene distinguit*.

Il reato viene definito come "ogni fatto al quale l'ordinamento giuridico ricongiunge come conse-

² MARINUCCI G., DOLCINI E., GATTA G.L., Manuale di Diritto Penale - Parte Generale, Giuffrè, Settima Edizione, 2018, p. 202



guenza una pena criminale” ed è costituito da un elemento oggettivo e un elemento soggettivo. L’elemento oggettivo è costituito da tre componenti: la condotta, definita come un’azione o un’omissione tipizzata dalla norma che regola il reato; l’evento, inteso come l’effetto naturale della condotta umana; il rapporto di causalità, che sussiste solo se la condotta ha determinato l’evento. L’elemento soggettivo, invece, si sostanzia nella volontà giuridica di delinquere e può assumere tre forme: il dolo, la colpa e la preterintenzione. Il dolo è la forma fondamentale, generale ed originaria di colpevolezza. Per il Codice penale italiano il dolo è la rappresentazione e la volontà del fatto materiale tipico, cioè di tutti gli elementi oggettivi della fattispecie del reato. Secondo l’art. 43 c.p. “Il delitto è doloso o secondo l’intenzione quando l’evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell’azione o dell’omissione e da cui la legge fa dipendere l’esistenza del delitto, è dall’agente preveduto e voluto come conseguenza della sua

azione od omissione”. Dunque, le due componenti psicologiche del dolo sono la rappresentazione e la volontà: la rappresentazione è intesa come la visione anticipata di tutti gli elementi significativi e costitutivi del dolo. Se l’agente ignora o erra su alcuni di essi, si avrà errore che esclude il dolo. La rappresentazione, però, sussiste anche davanti al dubbio, che non equivale né ad ignoranza né ad erronea conoscenza degli elementi costitutivi, perché il soggetto si rappresenta contemporaneamente il duplice possibile modo di essere della cosa. La volontà, invece, è intesa come volontà di realizzare il fatto tipico. Non è infatti sufficiente la previsione dell’evento, in quanto occorre anche la volontà del soggetto diretta a realizzarlo. Se manca tale volontà di commettere il reato, di produrre l’evento, il dolo non sarà integrato.

Per quanto riguarda la colpa, l’art. 43/1 sancisce che il delitto “è colposo, o contro l’intenzione, quando l’evento, anche se previsto, non è volu-

to dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline". In questo caso, gli elementi costitutivi della colpa sono due: la prima, negativa, consiste nella non volontà del fatto, nel senso che, la colpa, rispetto ad uno stesso fatto, è alternativa al dolo e presuppone l'assenza di quest'ultimo. La seconda caratteristica, di segno positivo, consiste nella violazione di regole cautelari doverose, la cui osservanza avrebbe evitato la verifica dell'evento dannoso costituente il delitto colposo.

Infine, si parla di preterintenzione (oltre l'intenzione), quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente. Quanto alla struttura, nel delitto preterintenzionale vi è la volontà di un evento minore, che ne rappresenta la base dolosa, e la non volontà di un evento più grave, neppure a titolo di dolo eventuale, che è pur sempre conseguenza della condotta dell'agente.

IL GIUDICE E LE EURISTICHE

Concentriamo ora la nostra attenzione sul processo decisionale del giudice in tema di reati. L'etimologia della parola "giudice" è da ricercarsi nella lingua latina: *iudex, iudicis*, orig. "colui che pronuncia (da *dicere*) la formula religiosa di giustizia (*ius, iuris*)".

Partendo da qui, non si sbaglia se si dice che il giudice, dall'alto del suo seggio, è percepito come portatore sano di razionalità ed imparzialità, caratteristiche che istintivamente si possono attribuire a quella giustizia, che, come una formula, il giudice dovrebbe possedere ed essere in grado di restituire.

Riflettendo sulle sue caratteristiche, ci si rende conto di come, innanzitutto, egli sia una persona, che fa il suo ingresso nelle aule del Tribunale con tutti i condizionamenti e le variabili legate al suo livello di esperienza e di cultura, alla sua morale, alla sua personalità, all'educazione ricevuta.

La capacità del giudice, dunque, può essere intesa come idoneità all'esercizio della funzione giudiziaria sia da un lato astratto, in relazione all'attività considerata nel complesso, sia da un lato concreto, in relazione ai singoli affari sui quali il giudice è chiamato a giudicare. A questo punto pare necessario un *excursus* per comprendere come i fattori psicologici possano influenzare la capacità decisionale anche di un esperto in materia giuridica, quale il giudice.

La psicologia cognitiva degli anni '70 ha permesso di comprendere la necessità di abbandonare l'ideale di razionalità assoluta tipico degli anni '50, per lasciare spazio al concetto di razionalità limitata. Se si sposta questo concetto teorico nella pratica di tutti i giorni, nelle decisioni quotidiane che i soggetti prendono, si può facilmente dedurre come ci siano delle decisioni relativamente semplici e automatiche da prendere, in quanto molte situazioni simili tra di loro tendono a ripetersi nel corso del tempo, per cui risulta più facile e immediato decidere. Ci sono, però, altrettante occasioni in cui bisogna dare dei giudizi o prendere decisioni sulla base di informazioni limitate e, quindi, utilizzare le prove disponibili e cercare di trarre delle conclusioni sensate. A tal proposito, gli studi di Kahneman e Tversky (1974) hanno dimostrato che, quando le persone hanno poco tempo a disposizione per elaborare una vasta gamma di informazioni, il sistema cognitivo ha bisogno di scorciatoie mentali per diventare veloce nel prendere decisioni. Di conseguenza, attraverso le cosiddette euristiche, i soggetti sono in grado di formarsi impressioni, prendere decisioni e inventare spiegazioni, pur risparmiando energie cognitive e attentive che possono essere rivolte ad altre attività. Poiché tutto questo accade in poco tempo, in quanto non si può raccogliere ogni dettaglio di informazione per raggiungere la certezza matematica che ogni conclusione sia corretta, l'utilizzo delle euristiche comporta la possibilità di trovarsi di fronte a due scenari diversi: da un lato, il soggetto potrebbe comunque giungere ad una conclusione corretta,



dall'altro lato si potrebbe incorrere in errori di valutazione. Gli studi di Kahneman e Tversky (1974) hanno quindi dimostrato che le persone fanno uso di diversi tipi di euristiche.

L'euristica della rappresentatività permette di giudicare qualcosa, comparandola intuitivamente alla rappresentazione mentale che si considera di una categoria. La rappresentatività è una ragionevole guida alla realtà, ma non è sempre valida perché non considera importanti informazioni. L'informazione a cui viene attribuita maggiore importanza è la frequenza con cui alcuni eventi o pattern di caratteristiche si verificano in generale. Essa si basa sulla rilevanza degli attributi di una persona, considerata come criterio per poter inscrivere quella persona all'interno di una determinata categoria. Tale scorciatoia mentale è, quindi, la tendenza a giudicare l'appartenenza di una persona a una categoria sulla base della considerazione di quanto quella persona possa incarnare il prototipo della suddetta categoria (Gilovich e Savitsky, 2002).

L'euristica della disponibilità è la tendenza a giudicare la frequenza o la probabilità di un evento o situazione in relazione a quanto è facile pensare ad esempi di quell'evento o situazione. Nell'uso di questa euristica, pertanto, il fattore più importante per le persone non è il contenuto del loro ricordo, ma la facilità con cui il suddetto contenuto viene ricordato (Schwarz e Vaughn, 2002) o immaginato. A tal proposito, Kahneman e Tversky hanno osservato che, quando si fa una scelta, ci si orienta verso eventi più facili da ricordare, in quanto più "disponibili" nella memoria, che, quindi, vengono considerati più probabili rispetto a quelli più difficili da ricordare (Kahneman e Tversky, 1972).

L'euristica della simulazione viene definita come una variante dell'euristica della disponibilità e viene utilizzata per costruire scenari ipotetici quando si immagina come avrebbero potuto svi-

lupparsi alcuni eventi o come avrebbero potuto svilupparsi in alternativa a come si sono verificati. Infatti, il pensiero controfattuale influisce sulla sensazione di fortuna ed è anche legato alle sensazioni di colpa, rimpianto, frustrazione e sollievo. Immaginare le alternative peggiori aiuta a sentirsi meglio, mentre immaginare alternative migliori e ponderare quello che si potrebbe fare diversamente la volta successiva, aiuta i soggetti a prepararsi meglio per le evenienze future (Boningner et al., 1994; Roese, 1994; 1997).

L'euristica dell'ancoraggio e dell'accomodamento si esplica nel momento in cui ci si trova a dover emettere giudizi in situazioni di incertezza e solitamente riduce l'ambiguità ancorandosi a un punto di riferimento stabile, da cui si operano progressivi aggiustamenti e, infine, si prende la decisione finale (Tversky e Kahneman, 1974; Epley e Gilovich, 2001).

Anche le emozioni hanno uno spazio nei processi decisionali. Shafir e colleghi (1993) hanno sottolineato che, a volte, le scelte delle persone potrebbero derivare da giudizi affettivi che non permettono loro di fare un'accurata valutazione delle diverse opzioni. Secondo Zajonc (1980) tutte le percezioni contengono una qualche forma di emozione. Le sensazioni che ne derivano, dunque, possono intervenire anche nel momento in cui si sta per prendere una decisione e possono giocare un ruolo chiave nella scelta che il soggetto compie. Le persone, infatti, utilizzerebbero un'euristica dell'affetto o affettiva quando giudicano o decidono sulla base dell'etichetta affettiva associata al presentarsi dello stimolo. Finucane e colleghi (2000) furono i primi a definire queste scorciatoie *heuristic affect*. Con l'espressione "affetto" essi volevano riferirsi a quello che una persona prova dentro di sé.

La conclusione a cui giungono gli autori attraverso questi studi è dunque che, qualsiasi categoria di persone, compresi i giudici, non è "immune" da errori, dispercezioni, illusioni

cognitive, che si sviluppano proprio in seguito all'utilizzo di risorse cognitive e attentive limitate, come può accadere in alcune situazioni di vita quotidiana o in alcune aule di Tribunale in mancanza di prove sufficienti per procedere con un'incriminazione.

LE EURISTICHE NELLE SCELTE GIUDIZIARIE

Gli studi che sono stati presentati nei paragrafi precedenti e tutta la letteratura presente in materia di *decision making* concordano nell'affermare che gli esseri umani prendono delle decisioni grazie ai mezzi, relativamente limitati, che hanno a disposizione. A tal proposito, Guthrie, Rachlinski e Wistrich (2002) sono partiti dall'idea che le evidenze empiriche delle decadi passate hanno indicato che le illusioni cognitive possono influenzare anche il modo in cui le giurie, i giudici possono prendere delle decisioni sui casi che vengono loro presentati. Questo presupposto tiene, però, in considerazione due aspetti: da un lato, i giudici sono persone intelligenti, acculturate, con una certa esperienza, ben preparati nel loro campo, quindi questo dovrebbe presumere che debbano essere "immuni" da qualsiasi forma di illusione (sia cognitiva che emotiva); dall'altro lato, invece, le ricerche condotte sui processi decisionali hanno dimostrato che anche i giudici, in realtà, possono essere "afflitti" dalle suddette illusioni. L'intento dei tre autori è quello di cercare di risolvere questa diatriba: sottoponendo un questionario a 167 giudici magistrati federali, hanno scoperto l'esistenza di cinque forme di illusioni cognitive:

- **ancoraggio**: quando le persone devono fare delle stime, di solito fanno riferimento ad un valore di partenza, che rappresenta una sorta di ancora per le future stime;
- **framing**: quando le persone devono prendere delle decisioni rischiose o in condizioni di incertezza, tendono a categorizzare le suddette decisioni come potenziali guadagni o perdite rispetto allo *status quo*. In particolare, le persone tendono a fare scelte certe quando si tratta

di guadagni, mentre optano per l'incertezza di fronte a potenziali perdite. In sede giudiziaria, i querelanti tendono ad optare per guadagni sicuri, accettando pagamenti da parte degli accusati o scommettendo che contenziosi più lunghi possano portare a somme più cospicue. Al contrario, gli imputati decidono di fare una proposta al querelante oppure sperano che un contenzioso più lungo possa produrre una riduzione della somma da versare;

- **bias del senno di poi**: le persone tendono a sovrastimare la propria capacità di prevedere un risultato futuro impossibile da presumere prima che tale evento si verifichi. Tale distorsione può indurre i soggetti a credere che un evento sia più prevedibile di quanto non lo sia in realtà. Questa illusione può essere spiegata facendo riferimento al funzionamento della memoria, per cui gli esseri umani non hanno dei ricordi statici, ma utilizzano un processo di ricostruzione (Bartlett, 1932), per cui i vari pezzi vengono assemblati e richiamati alla mente quando servono e possono essere modificati nel corso del tempo da informazioni sopravvenute in un secondo momento. L'*hindsight bias* si pone dunque a posteriori, quando l'evento si è ormai realizzato e quindi, risulta più facile spiegarlo. In ambito processuale, questa illusione cognitiva potrebbe avere conseguenze negative: a tal proposito, Findley e Scott (2006) sostengono che ciò potrebbe compromettere la dimostrazione dell'innocenza di un imputato in due modi. In primo luogo, gli inquirenti potrebbero essere portati a pensare che solo l'imputato può aver commesso il reato; in secondo luogo, i magistrati potrebbero giudicare eventi, comportamenti e persone prima di essere a conoscenza di dati certi;
- **fallacia inversa**: questo *bias* si riferisce ad una fallacia logica dell'affermazione del conseguente, per cui questa inferenza non è deduttivamente valida. In sintesi, se p allora q , non implica che q quindi p ;



- *bias* egocentrico: l'ultimo tipo di illusione cognitiva proposta dai tre autori fa riferimento alla tendenza dei soggetti a costruire dei giudizi solo in relazione a se stessi e talvolta anche a sovrastimare le proprie abilità.

Tali risultati hanno permesso di giungere a due conclusioni: la prima riguarda un ulteriore supporto alla limitatezza umana, per cui anche figure professionali come quelle dei giudici, che hanno alle spalle anni di studio, esperienze, formazione continua, non possono sottrarsi ad un utilizzo limitato e restrittivo della propria razionalità, come dimostrato da Simon (1977). Allo stesso modo, il giudice, in quanto essere umano, si comporta talvolta come "psicologo ingenuo" e può incorrere in errori sistematici, errori di valutazione, illusioni cognitive, nello stesso modo in cui vi incorrono persone normali senza alcun tipo di conoscenza in materia di diritto e giurisprudenza. Alla luce di queste conclusioni, si possono condividere le considerazioni di Rachlinski e Wistrich (2017, p. 218), secondo i quali "la ricerca condotta sui giudici conferma la validità dell'asserzione di Jerome Frank [...], circa 70 anni fa: «Quando tutto è stato detto e fatto, dobbiamo vedercela con il fatto che i giudici sono umani». Frank non era affatto pessimista su questo, e non lo siamo neanche noi. Comprendere le debolezze dei giudici non è un modo per sminuirli, né dovrebbe minare la fede nel sistema di giustizia. Piuttosto, è un modo per identificare le condizioni in cui i giudici sono vulnerabili e favorire l'eterna lotta senza fine verso un sistema equo e imparziale".

IL CONFIRMATION BIAS

Sulla base dei risultati mostrati nei paragrafi precedenti, ci accingiamo ora a spostare l'attenzione su un altro aspetto. Vogliamo sapere se la valutazione dell'imputabilità possa essere influenza-

ta da altri fattori. In particolare, approfondiremo il ruolo del *confirmation bias* e dell'*expertise*.

Raymond Nickerson (1988) definisce il *confirmation bias* come "la ricerca o l'interpretazione di prove in modo che siano favorevoli a esistenti credenze, aspettative o ipotesi del soggetto interpretante"³ (p.175). In altri termini, la mente umana costruisce la propria realtà in base alle proprie credenze e scopi. Il *confirmation bias* è uno dei pregiudizi più studiati dalla psicologia cognitiva poiché non risparmia nessuno: sebbene vi siano differenze individuali, sembra che nessuno ne sia esente indipendentemente da fattori quali intelligenza o apertura mentale. Gli individui tendono a cercare prove ed evidenze a sostegno delle proprie convinzioni e a rigettare quelle contrarie ad esse. Si tratta di una forma di autoinganno per la quale sono state proposte diverse cause, tra cui la difesa dell'identità personale: si difendono idee, principi e modi di vedere che sono alla base dell'identità. Le credenze sono caratteristiche del gruppo sociale in cui gli individui si formano e, se rigettate, potrebbero danneggiare il senso di appartenenza. Una nuova ipotesi, di natura evolutivistica, è stata presentata da Mercier e Sperber (2009), i quali sostengono che il ragionamento è generalmente visto come un mezzo per migliorare la conoscenza e prendere decisioni migliori. Tuttavia, molte prove mostrano che il ragionamento spesso porta a distorsioni epistemiche e a decisioni sbagliate. Questo suggerisce che la funzione del ragionamento dovrebbe essere ripensata. La loro ipotesi è che la funzione del ragionamento sia argomentativa. Il ragionamento così concepito è adattivo, data l'eccezionale dipendenza degli esseri umani dalla comunicazione e la loro vulnerabilità alla disinformazione. Una vasta gamma di prove nella psicologia del ragionamento e del processo decisio-

3 NICKERSON R.S (1998), Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises.
<http://psy2.ucsd.edu/~mckenzie/nickersonConfirmationBias.pdf>, p.175



nale può essere reinterpretata e meglio spiegata alla luce di questa ipotesi. Le scarse prestazioni in compiti standard di ragionamento potrebbero essere spiegate con la mancanza di un contesto argomentativo. Quando gli stessi problemi sono collocati in un contesto argomentativo adeguato, le persone risultano essere abili argomentatori. Questo però non significa che stiano cercando la verità, sono piuttosto alla ricerca di argomenti a sostegno delle loro opinioni. Tale fenomeno spiegherebbe il *bias* di conferma.

In particolare, gli individui cercano informazioni coerenti con la loro ipotesi ma non diagnostiche rispetto ad essa. Un'informazione/osservazione viene definita diagnostica (rispetto a una particolare ipotesi) quando è coerente con quell'ipotesi ma non lo è con le ipotesi concorrenti. Ciò vuol dire che, se una persona limita la propria attenzione alla verifica della coerenza di un'in-

formazione solo con la propria ipotesi, non ha la possibilità di comprendere se essa è diagnostica. Stanovich e colleghi (2013) hanno evidenziato che "(Il *confirmation bias*) è una notevole difficoltà cognitiva, dato che un tema ricorrente nella letteratura del pensiero critico è che i pensatori critici dovrebbero essere in grado di separare le loro credenze ed opinioni pregresse dalla valutazione di prove ed argomenti"⁴. Stanovich (2011) ha sottolineato la differenza tra razionalità e intelligenza che si esprime in molti comportamenti irrazionali anche nelle persone intelligenti. Anche queste ultime non posseggono quell'insieme di competenze (regole cognitive, strategie, sistemi di credenza) che l'essere umano impiega per prendere decisioni senza commettere errori. Le persone, di fronte a un'ipotesi da verificare, invece di cercare di falsificarla (cioè cercare prove a favore della sua falsità) tendono a confermarla. Anche lo psicologo Daniel Kahneman parla del

⁴ STANOVICH K.E., WEST R.F., TOPLAK M.E. (2013), *Myside Bias, Rational Thinking, and Intelligence*, http://keithstanovich.com/Site/Research_on_Reasoning_files/Stanovich_CDPS_2013.pdf



Confirmation Bias nel suo libro "Pensieri lenti e veloci" (2011) nel capitolo "Un meccanismo per saltare alle conclusioni" (pp.106-119). Nel distinguere le proprietà dei due sistemi che organizzano la mente umana, vale a dire il sistema intuitivo (Sistema 1) e quello razionale (Sistema 2), l'azione del pregiudizio di conferma si colloca nel Sistema 1. Egli scrive: "Contrariamente alle regole di filosofi della scienza, i quali consigliano di verificare un'ipotesi provando a confutarla, le persone (e molto spesso anche gli scienziati) cercano dati che siano compatibili con le loro credenze del momento. L'inclinazione alla conferma del sistema 1 [quello intuitivo] induce la gente ad accettare acriticamente ipotesi e a esagerare le probabilità che si verifichino eventi estremi e improbabili".⁵

Chiarisce (Kahneman, 2011. Ristampa, 2018), inoltre, che saltare alle conclusioni sulla base di prove limitate è importante per comprendere il pensiero intuitivo ed utilizza la sigla WYSIATI⁶ per indicare "*what you see is all there is*" (quello che si vede è l'unica cosa che c'è). Il Sistema 1 è radicalmente insensibile sia alla qualità che alla quantità di informazioni che generano impressioni e intuizioni.

Un'altra ipotesi sul motivo per cui cerchiamo di confermare le nostre credenze è stata sviluppata dagli psicologi Hugo Mercier e Dan Sperber (2009), i quali hanno sostenuto che la tendenza alla conferma risiede nel Sistema 2, cioè proprio nel cuore del ragionamento umano. Essa è dovuta alla necessità di argomentare per comunicare con altri, e dunque nella volontà di affermare sé stessi in un confronto dialettico. Mercier (2011), infatti, sostiene che: «Quando stai cercando di convincere qualcuno, non vuoi trovare argomen-

ti per l'altra parte, vuoi trovare argomenti per la tua parte. Ed è quello che ti aiuta a fare il *bias* di conferma. L'idea qui è che il *bias* di conferma non è un difetto del ragionamento, è in realtà una caratteristica. È qualcosa che è integrato nel ragionamento; non perché il ragionamento sia difettoso o perché le persone sono stupide, ma perché in realtà le persone sono molto brave nel ragionare - ma sono molto brave nel ragionare per discutere»⁷.

L'EXPERTISE NEL CONTESTO GIUDIZIARIO

Gli studi presentati precedentemente hanno ampiamente dimostrato che anche i giudici possono cadere nelle trappole delle illusioni cognitive. Nonostante ciò, è anche vero che i soggetti sono diversi tra loro: alcuni sono più esposti di altri all'influenza dei *biases* e questo potrebbe derivare anche dal diverso grado di *expertise*, a sua volta determinato non solo dall'esperienza ma anche dalla professionalità, intesa come acquisizione di modalità di approccio ai problemi, come "messa a punto", di strategie anche sofisticate per la loro soluzione (Forza et al., 2017). Come il giocatore di scacchi professionista, rispetto al dilettante, è in grado di organizzare le informazioni in maniera strategicamente più efficiente (De Groot, 1965; Chase e Simon, 1973), così il giudice, rispetto alle persone non esperte, è in grado di esprimere attraverso la professionalità acquisita una capacità di analisi più affidabile. Ma tutto ciò non è sufficiente per superare i condizionamenti ai quali è comunque sottoposta la mente umana. Anche l'intuizione, a volte, risulta irresistibile per i giudici (Altavilla, 1948): essa è sicuramente un'attitudine naturale della quale tutti gli esseri umani sono dotati e che fornisce loro una grammatica dell'azione corrispondente ad un senso istintivo, anche di ciò che è giusto e di ciò che è sbagliato.

⁵ KAHNEMAN D. (2018), *Pensieri lenti e veloci*. Mondadori (originariamente pubblicato nel 2011), p. 109

⁶ KAHNEMAN D. (2018), *Pensieri lenti e veloci*. Mondadori (originariamente pubblicato nel 2011), p. 116

⁷ https://www.edge.org/conversation/hugo_mercier-the-argumentative-theory

Nonostante gli errori in cui i giudici possono incorrere se la utilizzano, per poter essere definita come affidabile, è necessario che sia presentata con regolarità, in modo da risultare anche prevedibile, ma allo stesso tempo sarà anche necessario che l'esperto abbia avuto modo di studiare tale regolarità attraverso una pratica prolungata. La fiducia nelle proprie valutazioni intuitive può essere ben riposta soltanto se è sostenuta da una solida e riconosciuta *expertise*, cioè un'ampia settoriale conoscenza in ambito giudiziario (Forza et al., 2017). Sulla base di quanto è stato precedentemente detto, si potrebbe quindi concludere che l'*expertise* rappresenterebbe la discriminante tra un processo decisionale corretto ed uno sbagliato, tra una scelta adeguata ed una errata. In realtà, la deduzione non è così immediata. È pur vero che gli esperti in genere elaborano le informazioni nel proprio dominio di competenza in modo più efficiente rispetto ai non esperti (Reyna e Lloyd, 2006; Reyna, Lloyd e Brainerd,

2003; Ste – Marie, 1999), ma è anche vero che il loro *mood* potrebbe influire sul suddetto processo di elaborazione. A tal proposito, English e Soder (2006) hanno condotto due studi sul rapporto tra umore ed *expertise*: nel primo, in presenza dell'effetto ancoraggio, lo studio dell'*expertise* ha permesso di notare delle differenze tra esperti e non esperti. I non esperti erano maggiormente suscettibili a tale effetto soprattutto quando erano nel *mood* triste, mentre negli esperti non si notavano differenze tra la condizione felice e quella triste, per cui il secondo gruppo adeguava le proprie decisioni all'ancora indipendentemente dal *mood*.

Nel secondo studio, invece, per poter generalizzare i risultati, gli autori hanno aggiunto alla variabile emotiva il grado di *expertise*. Il *task* sottoposto ai partecipanti prevedeva sempre lo studio dell'effetto ancoraggio, perciò ai soggetti veniva posta una domanda comparativa e una più gene-





rale. Nel primo caso, per esempio, veniva chiesto di indicare se la porta di Brandeburgo fosse più alta, più bassa o alta 10 metri; nel secondo caso, invece, veniva chiesto di specificare quanto fosse alta (senza nessun dato di riferimento). Successivamente i partecipanti venivano divisi nelle due condizioni di alta *expertise* e bassa *expertise*: al primo gruppo venivano proposte delle domande legate alla vita di tutti i giorni degli studenti, mentre al secondo gruppo venivano poste domande simili a quella sulla porta di Brandeburgo (una domanda comparativa e una generale). Dopo aver indotto anche in questo secondo studio il *mood* felice o triste, gli autori sono giunti alla conclusione che, come dimostrato nel primo studio, l'umore influenza la consistenza dell'effetto ancoraggio, ma in particolare questo è possibile vederlo nei soggetti che si trovano nella condizione di bassa *expertise*. Infatti, i partecipanti nei quali era stato indotto un *mood* triste processavano i valori dell'ancoraggio in maniera più consistente rispetto ai partecipanti nel *mood* felice. Per quello che riguarda, invece, i soggetti con alta *expertise*, non è stata rinvenuta nessuna differenza in relazione all'umore.

Questi studi permettono di concludere che, nonostante l'esperienza, la professionalità e le conoscenze avanzate in materia, anche i giudici, come altre persone e altre figure professionali, possono incorrere in errori di valutazione.

Per comprendere ancora meglio la complessità del processo decisionale nel contesto giudiziario e trovare ulteriori dati a sostegno delle conclusioni presentate nel capoverso precedente, si può fare riferimento allo studio di Ericsson, Charness, Hoffman e Feltovich (2006), i quali hanno sottolineato che un giudice o un magistrato che hanno alle spalle un certo numero di casi e di anni di esperienza hanno minori probabilità di "sbagliare" rispetto agli studenti di giurisprudenza che si sono appena laureati. Tuttavia, questa eccessiva fiducia nelle proprie capacità e conoscenze non si accorda bene con l'utilizzo delle cosiddette

"massime di esperienza" nel processo penale. Se effettivamente uno dei criteri dello standard Daubert è la falsificabilità, per cui l'esperto deve trovare tutte le prove che possano falsificare la propria ipotesi, non adeguandosi ad una logica verificazionista, anche le massime di esperienza dovrebbero essere sottoposte a questo processo, proprio per mantenere un margine di scientificità. Anzi, proprio perché le suddette massime non sono né sperimentabili né generali, in quanto le regole del comportamento umano ammettono eccezioni, quindi ogni caso è a sé stante, a maggior ragione dovrebbero essere usate con una certa attenzione. "È inaccettabile che, in materia di regole di esperienza, l'accertamento giudiziale continui a basarsi soltanto su quello che sembra avvenire "nella maggior parte dei casi" e non accolga il metodo scientifico anche nell'individuare la singola regola di esperienza applicabile al caso concreto. E ciò, in un momento in cui tutte le altre discipline si stanno orientando nell'accogliere un metodo di conoscenza strutturato su quello scientifico; da ultimo, la storiografia" (Cass. pen. Sez. IV, 2010, n. 43786). Le conclusioni a cui giunge la Cassazione sottolineano ancora una volta quanto un'abitudine del contesto giudiziario, qual è l'uso delle massime di esperienza legate appunto all'esperienza pregressa dei giudici, non si associa adeguatamente alle conoscenze attuali in materia di processo decisionale giudiziario. Quanto stabilito dalla Cassazione, talvolta, si scontra con l'opinione di alcuni studiosi, i quali ritengono che le regole di esperienza siano proprie di una "persona di cultura media", mentre altri fanno riferimento alle conoscenze dell'uomo "comune". Un'impostazione del genere è suscettibile di gravi effetti, soprattutto se si tiene in considerazione che proprio il processo penale è la sede elettiva per l'applicazione delle massime di esperienza. Sottovalutare il metodo da seguire nell'applicazione delle massime di esperienza rischia di sviare l'accertamento e, in alcuni casi, anche di sgretolare il principio di tipicità della fattispecie. In particolare, nel processo penale dal 2006 si deve effettuare un accertamento della

responsabilità al di là di ogni ragionevole dubbio; e quindi, occorre impiegare i migliori strumenti di conoscenza disponibili. In un noto scritto a proposito del rapporto di causalità, Mantovani (2004) richiede la miglior scienza ed aggiunge la migliore esperienza. L'uomo "comune" non può essere assunto come parametro. Dalla regola dell'al di là di ogni ragionevole dubbio consegue che anche per le massime di esperienza occorre adottare il metodo scientifico; e cioè, è necessario far seguire, all'induzione ed alla conferma, il tentativo di smentita. Da un lato, il metodo induttivo deve ricavare da fatti simili alla circostanza indiziante la "migliore" regola di esperienza. Occorre però, anche valutare se la regola è applicabile al caso concreto, alla luce di tutte le particolarità che lo caratterizzano. Come per la legge scientifica, occorre inoltre, operare il tentativo di falsificazione, andando a ricercare in concreto se vi sono tutte quelle conseguenze che dovrebbero riscontrarsi se la massima di esperienza ipotizzata avesse davvero operato nel caso di specie. All'evidenza, occorre procedere nel medesimo modo in cui si applica una legge scientifica. Se non si trova quella conseguenza che dovrebbe esserci, allora si può mettere in dubbio che la regola di esperienza sia applicabile al caso concreto. Questo dimostra, quindi, che anche le massime di esperienza sono suscettibili di errori, per cui non rappresentano una panacea per eventuali errori giudiziari.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha cercato di aprire un dibattito su un argomento ancora oggi poco approfondito. Abbiamo pensato di rivedere la figura del giudice, partendo dall'idea di un uomo, *peritus peritorum*, terzo e imparziale, visto come una specie di figura mitologica al di sopra di tutto e in grado di mantenere quella totale oggettività, terzietà e imparzialità richiesta dal suo contesto lavorativo, quale l'aula di Tribunale. Il giudice è chiamato, talvolta, ad esprimersi sul concetto di imputabilità, sul dolo, sulla colpa e sulla preterintenzione, ma questo processo decisionale non tiene assolutamente in conto tutti i condizionamenti, gli

errori sistematici, le emozioni che caratterizzano il giudice, in quanto essere umano. L'obiettivo del nostro lavoro è stato, dunque, quello di offrire un altro punto di vista sulla complessità del processo decisionale al quale è chiamato il giudice al momento della valutazione di un reato. Gli studi che sono stati presentati nelle sezioni precedenti sono partiti da una prima conclusione: grazie alla psicologia cognitiva degli anni '70 è stato possibile dimostrare che l'idea di razionalità assoluta, intesa come la capacità dell'*homo oeconomicus* di fare delle scelte orientate ad un'esigenza di massima razionalità ed efficienza nel calcolo del rapporto costi – benefici non trovasse supporto nelle evidenze empiriche (Neumann e Morgenstern, 1944; Blume e Easley, 2008). In un secondo momento, Simon (1977) ha infatti dimostrato che, in realtà, gli individui giudicano, ragionano, stimano la probabilità di occorrenza di un evento commettendo degli errori, talvolta sistematici, in virtù della necessità di risparmiare risorse ed energie cognitive, attentive e mnemoniche (Shafir e LeBoeuf, 2002). Sulla base di questi risultati, Simon ha introdotto l'idea di razionalità limitata, secondo la quale gli individui non possono avere a disposizione tutte le possibili soluzioni (presenti e future) per raggiungere un obiettivo o un fine, ma grazie all'esperienza, alle convinzioni, ai valori e alle norme, utilizzano un ventaglio più ristretto di comportamenti che comunque permette loro di giungere ad una conclusione e risolvere il problema.

Partendo dall'idea di Mercier e Sperber (2011) che sostengono che, se poniamo un problema in un contesto argomentativo adeguato, gli individui risultano essere abili argomentatori, ma non stanno cercando la verità; tendono piuttosto a cercare argomenti a sostegno della loro tesi, potremmo sostenere che, se confrontassimo soggetti "naif" ed esperti in campo giuridico potremmo aspettarci che entrambi utilizzino il *confirmation bias*, ma in maniera differente. I non esperti in campo giuridico adeguerebbero la propria opinione in base ad un'idea loro fornita e



cercherebbero di confermare la stessa fornendo argomenti a favore della tesi ormai consolidata. Questo potrebbe essere spiegato con lo studio svolto da Brenner, Koehler e Tversky (1996), secondo cui è la coerenza, non la completezza delle informazioni che conta per una buona storia. Significa che sapere poco rende più facile integrare le informazioni in un modello coerente. Al contrario, gli esperti in campo giuridico, poiché hanno una certa esperienza nella valutazione dei fatti giuridici, dovrebbero comportarsi in maniera diversa rispetto ai non esperti. In realtà, anche in questo caso, i giudici potrebbero confermare le proprie opinioni, perché potremmo aspettarci che essi mantengano stabile la loro opinione preesistente ritenendo altre tesi fornite inadeguate. Stanovich e colleghi (2013) sostengono che il *confirmation bias* potrebbe essere ritenuta una notevole difficoltà cognitiva. I pensatori critici, infatti, dovrebbero essere in grado di separare le proprie credenze e opinioni dalla valutazione di nuove prove e argomenti, ma non pare sia così.

In base agli studi presentati in precedenza, si potrebbe, dunque, pensare all'*expertise* dei giudici come una panacea contro la possibilità di incorrere in errori sistematici, quali le euristiche o lo stesso *confirmation bias*. Si potrebbe quindi pensare che sia solo l'esperienza dei giudici a fare la differenza tra una decisione giusta e una sbagliata. Tale deduzione in realtà non è così immediata come sembra: la letteratura ha infatti dimostrato che anche gli esperti in campo giuridico possono commettere degli errori. Sulla base dell'obiettivo di questo lavoro, le ricerche future potrebbero dunque concentrarsi sulla relazione che intercorre tra *expertise* e stime di giudizio. In questo modo si potrebbe capire se effettivamente le persone esperte forniscono stime più puntuali su un determinato argomento come dimostra una parte della letteratura o se, invece, anche i giudici terzi ed imparziali sono "schiavi" dei condizionamenti come dimostra la restante parte degli studi.

BIBLIOGRAFIA

- Altavilla, E. (1948). *Psicologia giudiziaria*. III ed., Torino: Utet.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blume, L. E., & Easley, D. (2008). Rationality. In Durlauf, S. N., Blume, L. E. (a cura di), *The New Palgrave Dictionary of Economics*, II ed., Vol. 6. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Boninger, D. S., Gleicher, F., & Strathman, A. (1994). Counterfactual thinking: From what might have been to what may be. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, pp. 297 – 307.
- Brenner, L. A., Koehler, D.J., & Tversky, A. (1996). *On the evaluation of One-Sided Evidence*, in «Journal of Behavioral Decision Making», 9, pp. 59-70.
- Chase, W. G., & Simon, H. (1973). Perception in chess. *Cognitive psychology*, 4, pp. 55 – 81.
- De Groot, A. D. (1965). *Thought and Choice in Chess*. The Hague, Mouton.
- English, B., & Soder, K. (2006). Moody experts — How mood and expertise influence judgmental anchoring. *Judgment and Decision Making*, Vol. 4, No. 1, pp. 41–50.
- Epley, N., & Gilovich, T. (2001). Putting adjustment back in the anchoring and adjustment heuristic: differential procession of self – generated and experimenter – providers anchors. *Psychological Science*, 12, pp. 391 – 396.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Hoffman, R. R., & Feltovich, P. J. (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. New York: Cambridge University Press.
- Findley, K. A., & Scott, M. S. (2006). The multiple dimensions of tunnel vision in criminal cases. *Wisconsin Law Review*, pp. 291–397.
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S. M. (2000). The affect heuristic in judgment of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13, pp. 1 – 17.
- Forza, A., Menegon, G., & Rumiati, R. (2017). *Il giudice emotivo. La decisione tra ragione ed emozione*. Bologna: Il Mulino.

- Gilovich, T., & Savitsky, K. (2002). Like goes with like: the role of representativeness in erroneous and pseudo – scientific belief. In T. Gilovich, D. Griffin e D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and biases: the psychology of intuitive judgment*. New York: Cambridge University Press, pp. 617 – 624.
- Guthrie, C., Rachlinski, J. J., & Wistrich, A. J. (2002). Judging by Heuristic: Cognitive Illusions in Judicial Decision Making. *Judicature*, 86(1).
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and slow*, New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1972). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 4, pp. 207 – 232.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, pp. 1124-1131.
- Mantovani, F. (2004). Causalità, obbligo di garanzia e dolo nei reati omissivi. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, spec 990 e 992 - 993.
- Marinucci, G., Dolcini, E., & Gatta, G. L. (2018). *Manuale di Diritto Penale- Parte Generale*, Milano: Giuffrè, Settima Edizione, p. 202.
- Mercier, H., & Sperber, D. (2009). *Why do humans reason? Arguments for an argumentative theory*
- Mercier, H. (2011). *The Argumentative Theory*. https://www.edge.org/conversation/hugo_mercier-the-argumentative-theory
- Nickerson, R. S. (1998). *Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises*. <http://psy2.ucsd.edu/~mckenzie/nickersonConfirmationBias.pdf>, p.175
- Rachlinski, J. J., & Wistrich A. J. (2017). Judging the judiciary by the numbers: empirical research on judges. *Annual Review Law Social Science*, 13, pp. 203–229.
- Reyna, V. F., & Lloyd, F. J. (2006). Physician decision making and cardiac risk: Effects of knowledge, risk perception, risk tolerance, and fuzzy processing. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 12, pp. 179– 195.
- Reyna, V. F., Lloyd, F. J., & Brainerd, C. J. (2003). Memory, development, and rationality: An integrative theory of judgment and decision making. In S. Schneider & J. Shanteau (Eds.), *Emerging perspectives on judgment and decision research* (pp. 201–245). New York: Cambridge University Press.
- Roese, N. J. (1994). The functional basis of counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, pp. 805 – 818.
- Roese, N. J., & Hur, T. (1997). Affective determinants of counterfactual thinking. *Social Cognition*, 15, pp. 274 – 290.
- Schwarz, N., & Vaughn, L. A. (2002). The availability heuristic revisited. Ease of recall and content of recall as distinct sources of information. In T. Gilovich, D. Griffin & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and biases: the psychology of intuitive judgment*. New York: Cambridge University Press, pp. 617 – 624.
- Shafir, E. B., Simonson, I., & Tversky, A. (1993). Reason-based choice. *Cognition*, 49, pp. 11-36.
- Shafir, E., & LeBoeuf, R. A. (2002). Rationality. *Annual Review of Psychology*, 53, pp. 491-517.
- Simon, H. A. (1977). *The logic of heuristic decision – making*. In R. S. Cohen e M. W. Wartofsky (a cura di), *Models of Discovery*. Boston: D. Reidel.
- Stanovich, K. E. (2011). *On the Distinction Between Rationality and Intelligence: Implications for Understanding Individual Differences in Reasoning*, p. 356.
- Stanovich, K. E., West, R. F., & Toplak, M. E. (2013). *Myside Bias, Rational Thinking, and Intelligence*, http://keithstanovich.com/Site/Research_on_Reasoning_files/Stanovich_CDPS_2013.pdf
- Ste-Marie, D. M. (1999). Expert-novice differences in gymnastic judging: An information-processing perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 13, 269–281.
- Von Neumann, J., Morgenstern, O. *The Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton: Princeton University Press, 2007, I ed.: 1944; II ed.: 1947.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking, preferences need no inferences. *American Psychologists*, 35, pp. 151 – 175.



LA MORTE DI UN GENITORE IN ETÀ INFANTILE E LE POSSIBILI CONSEGUENZE

Federica Pia Barretta
Psicologa - Psicoterapeuta

RIASSUNTO

La morte di un genitore nell'infanzia è un evento capace di generare una profonda sofferenza, provocando sentimenti di impotenza e di disperazione nei bambini, tali da minare il loro senso di sicurezza. Essa è quasi sempre traumatica in sé, perché i bambini non sono dotati di quegli strumenti necessari per affrontarla in modo adeguato. Di conseguenza, la perdita di un genitore in età infantile rappresenta una minaccia per lo sviluppo sociale ed emotivo del bambino. A ciò si aggiungono stress secondari come i vissuti e le reazioni degli adulti di riferimento a tale evento, le modalità e le cause della morte, la presenza o meno di altre figure di attaccamento e altri fattori di rischio o di protezione che possono essere determinanti nell'elaborazione di un lutto.

L'obiettivo di tale lavoro è quello di mettere in luce i vissuti e le conseguenze a breve e a lungo termine della morte di un genitore in età infan-

tile, sulla salute psichica dell'individuo e i fattori che permettono un certo grado di adattamento ad un'esperienza così stressante.

PAROLE CHIAVE

Elaborazione del lutto, lutto nell'infanzia, la morte in età infantile, la morte di un genitore, trauma nell'infanzia, trauma della perdita.

LA MORTE DI UN GENITORE NELL'INFANZIA

La morte per ogni essere umano è uno degli aspetti della vita più difficili da affrontare. Perdere una persona amata rappresenta l'esperienza emotiva più dolorosa per un essere umano, è un evento capace di modificare gli orizzonti psicologici dell'individuo. Dopo tale avvenimento il mondo personale cambia in maniera immutabile, non potrà mai più essere lo stesso senza quella persona amata in modo unico e specifico.

Il lutto può essere definito una gamma molto ampia di processi psicofisici, consci e inconsci,

scatenanti dalla perdita di una persona amata. È un sentimento di tristezza e cicatrizzazione graduale, legata al processo di distacco e fino al momento del suo superamento, la sofferenza prende il sopravvento (Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P., Gosh Ippen C. 2007)

Una tale perdita acquista dimensioni catastrofiche nel caso in cui sia un bambino a perdere un genitore, poiché i bambini focalizzano una gran parte della loro energia emotiva sui genitori, la loro principale fonte di amore e sicurezza. Ma diventa ancora più destabilizzante quanto più il bambino è piccolo, tanto da non poter dare significato a quella perdita e tanto più quel genitore morto era solito provvedere alle abituali cure quotidiane. Cure che forniscono al bambino sia il senso di continuità sia quello di prevedibilità, che sono le fondamenta per lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro e il conseguente benessere.

In tali circostanze il bambino vede infrangersi l'aspettativa appropriata per lo sviluppo, secondo cui il genitore sarà sempre disponibile per proteggerlo e prendersi cura di lui. La violazione di questa aspettativa causa una ferita all'integrità e alla continuità del senso di sé del bambino (Bowlby 1980; Pynoos, Steinberg e Piacentini 1999).

Quando muore un genitore, il bambino perde il senso di sicurezza generato dalle interazioni con tale figura che è il risultato degli interventi protettivi e di cura del genitore, che gli serviranno come regolatori nascosti per il suo funzionamento neurologico e psicologico.

Per il bambino le figure di attaccamento non sono interscambiabili. Ognuna rappresenta un insieme particolare di esperienze critiche emotivamente, che non possono essere trasferite e in modo indolore ad un'altra persona che lo accudisce. Per tale motivo, la morte di un genitore può portare dolore e sconvolgimento, anche quando l'altro genitore continua ad essere disponibile. Due legami d'amore non sono mai uguali, una persona amata non può sostituirla un'altra anche se fornisce conforto per la perdita.

In certi casi, i bambini possono consentire ad un altro adulto di provvedere alle funzioni di accudimento che una volta erano prerogativa del genitore deceduto e arriveranno ad amare una figura sostitutiva che si prenderà cura di loro, ma solo dopo che il processo del lutto si esplicherà in percorsi di sviluppo appropriati.

Se il genitore in fin di vita è a conoscenza della morte imminente potrà intraprendere un valido lavoro preparatorio, parlandone con il bambino, prendendo lei provvedimenti per indentificare una nuova figura di accudimento e sostenendo il legame emotivo emergente tra il bambino e questa persona.

Tali tappe saranno di enorme aiuto per sostenere la capacità di recupero del bambino nei confronti dell'impatto emotivo della morte, ma allo stesso tempo, l'importanza del genitore morto non può essere sottovalutata. Indipendentemente da quanto accuratamente il bambino sia stato preparato alla presenza di una nuova figura genitoriale, il modo unico in cui si sente legato al genitore morto non potrà consistere nel dimenticarlo o nel sostituirlo.

FATTORI CHE INFLUENZANO L'ELABORAZIONE DEL LUTTO INFANTILE

Studi effettuati hanno confermato che l'età e il sesso dell'individuo e del genitore morto può influenzare l'esito del processo di elaborazione del lutto, così come i fattori sociali e neurobiologici (ambienti caotici, disturbi psichiatrici nella storia familiare ecc...) (Childhood Parental Loss Adult Psychopathology: Effects of Loss Characteristics and Contextual Factors, 2013).

Prima dei cinque anni il bambino è ancora profondamente dipendente dal punto di vista emotivo, dalle figure di attaccamento genitoriali, non avendo stabilito un senso del sé autonomo relativamente indipendente dalla protezione del genitore. Nei casi in cui la morte sopraggiunge prima dei quattro-cinque anni, prima che si sia sviluppata la capacità elaborativa e si ha ancora bisogno della costante continua regolazione



delle emozioni da parte dei genitori, può essere ancora più complesso il processo di elaborazione per il piccolo, portando a ciò che Bowlby (1980) ha definito *"il trauma della perdita"*.

Il dolore prematuro è traumatico in se, poiché il bambino non possiede né i meccanismi emotivi, né quelli di coping per mantenere la regolazione neuropsicologica e per sostenere un senso di sé organizzato e coerente nell'affrontare il dolore (Hofer 1996).

Nei bambini piccoli e in quelli di età prescolare, la morte di un genitore ha un effetto così devastante sul senso di sicurezza personale che spesso è impossibile stabilire il confine tra il sentimento di dolore e l'inizio del trauma. Entrambi i processi sono connessi tra loro, fanno parte di un continuum. La prevalenza dell'uno o dell'altro dipende da una combinazione di circostanze esterne

o interne. Le circostanze esterne includono il modo in cui avviene la morte, la conoscenza che il bambino ha di questa, se il bambino vi assiste e il modo in cui ne viene messo al corrente. Le circostanze interne includono lo stato di sviluppo del bambino le sue capacità cognitive e le sue risorse emotive.

All'estremo meno grave di questo continuum traumatico, la morte rappresenta l'esito di una lunga malattia che permette una preparazione emotiva e consente perciò un distacco graduale dal genitore in fin di vita. Il bambino non assiste alla morte e possiede capacità di prendersi cura di sé autonomamente così come una qualche conoscenza sulla natura della morte.

In tali circostanze, l'esperienza traumatica consiste in un crollo interno del senso di coesione e del senso di continuità del sé in seguito alla perdita di

protezione e di sicurezza che una volta venivano garantite dal genitore ormai deceduto.

All'estremo opposto del continuum traumatico, la morte avviene in modo violento e inaspettato, il bambino vi assiste e si trova in una fase di sviluppo in cui è totalmente dipendente e non ha una precedente conoscenza della natura della morte. In una simile situazione, il bambino viene pervaso da una ansia incontenibile causata da un eccesso di stimoli che accompagnano la morte, così come dalla incapacità di comprendere la ragione per la quale il genitore non sia più disponibile per aiutarlo ad alleviare tali sentimenti insopportabili. I ricordi intrusivi e le reminescenze traumatiche pervasive possono, quindi, mantenere viva l'esperienza della morte che è continuamente presente nel bambino, interferendo con la sua abilità di elaborare il lutto e di affrontare l'esperienza della perdita.

A 5/6 anni, periodo di consolidamento della propria identità di genere e periodo in cui emergono problematiche connesse alla coppia genitoriale, perdere un genitore comporta uno squilibrio nel bambino rispetto ai processi di identificazione di genere e di ruolo e per il genitore sopravvissuto può essere problematico gestire in modo equilibrato tali processi di identificazione

Con la morte di un genitore, i bambini non sentono più il loro mondo come un luogo stabile e sicuro. Le loro abitudini quotidiane che sostengono il loro senso di sicurezza, vengono sconvolte. Cambia la struttura familiare che li circonda, così come i ruoli dei membri della famiglia. La casa che era prima un luogo tranquillo, stabile può diventare un luogo caotico dove si susseguono le visite di parenti e amici, dove i bambini captano frammenti di conversazioni che non sempre comprendono e dai quali cercano di trarre le conclusioni, alla ricerca di un senso, di una spiegazione di ciò che sta accadendo intorno a loro. Tali cambiamenti drastici nella vita familiare possono introdurre ulteriori fattori stressanti nella vita del bambino, esponendo il suo sviluppo a un rischio ancora maggiore (Pynoos, Steinberg e Piacentini, 1999).

Gli adulti più profondamente colpiti dalla morte del genitore del bambino sono anche le persone di cui il bambino stesso ha più bisogno per far fronte alla morte.

Essendo piccoli, i bambini sono spesso con i propri genitori e si trovano esposti alla loro sofferenza, a vivere una sensazione di estrema impotenza e a sperimentare la perdita di quella persona che normalmente favoriva loro l'aiuto necessario per riuscire a controllare le proprie emozioni di paura. Essi vedono il genitore sopravvissuto piangere e disperarsi, e i lamenti del genitori dovuti alla sofferenza, evocano una attivazione empatica nel bambino, suscitando in questo il desiderio di fornire aiuto, che tuttavia non può essere realizzato concretamente. Ciò genera autocritica e impotenza.

La sicurezza dell'attaccamento del bambino al genitore sopravvissuto è spesso connotata negativamente, essendo esposta al peso delle pressioni esterne e al carico emotivo generato dalla morte. Ad esempio, il bambino può rimproverare il genitore in vita di non essere riuscito a prevenire la morte dell'altro genitore, oppure il genitore può diventare emotivamente inaccessibile a causa della presenza dei fattori stressanti di stress tipici del percorso di lutto.

I figli sentono il genitore sopravvissuto meno disponibile, almeno per qualche tempo.

Quindi, un aspetto essenziale nel favorire il processo di elaborazione è quello di creare un ambiente sicuro e accogliente, ciò contribuisce a mantenere il senso di sicurezza del bambino nella vita di tutti i giorni. È necessario aiutare la famiglia a identificare figure di attaccamento sostitutive affidabili, a sviluppare abitudini di cura coerenti e a stimolare ricordi rassicuranti del genitore deceduto.

Se il genitore in vita ha una relazione emotivamente significativa con il figlio, ciò rende meno complesso il processo potendo far affidamento sul mantenimento di alcune routine familiari. È di fondamentale importanza che si instauri una nuova relazione tra il figlio e il genitore deceduto, che sia più significativa e comprensiva verso la sua sofferenza.



Un aiuto significativo è quello di conservare qualche oggetto (vestiti, libri, mobili, fotografie) associati al genitore deceduto, in quanto i bambini piccoli hanno bisogno di potersi affidare a ricordi concreti, perchè non in grado di mantenere chiare le rappresentazioni interne del genitore perduto. Il modo in cui avviene la morte del genitore influenza l'effetto che questa ha sul bambino. Il fatto che essa avvenga improvvisamente per cause accidentali (incidente, suicidio, disgrazia improvvisa) o che sia l'esito infausto di una lunga malattia, la misura in cui il bambino sia stato esposto ai diversi aspetti del processo di morte e la qualità del sostegno emotivo ricevuto nel corso delle diverse fasi, interagiscono con le caratteristiche costituzionali ed evolutive del bambino nella regolazione della sua risposta all'evento.

Dal punto di vista psicologico, il genitore defunto continuerà ad avere una presenza sostanziale nella psiche del bambino ciò dipende anche dal modo in cui il genitore sopravvissuto gli parlerà del genitore morto. Anche se il genitore muore a causa di eventi che si presentano a prescindere dalla sua volontà e, a livello cosciente non gli viene attribuita nessuna intenzionalità, a livello inconscio possono essere presenti rabbia e colpevolizzazione, e per formazione reattiva, idealizzazione che hanno la funzione di preservare la positività della relazione, sia pure in finzione riflessiva (Crocetti- Agosta).

Infine, se la morte di un genitore avviene in età più adulta, è possibile una maggiore accettazione di tale evento da parte del soggetto, probabilmente perché a tale età si è meglio preparati mentalmente ad affrontare il processo di lutto e l'importanza dei genitori come figure di attaccamento si riduce con l'età, oltre al fatto che altre diadi sociali diventano più importanti.

Dati analitici mostrano che il processo di elaborazione del lutto è facilitato se il genitore in vita è, non solo disponibile fisicamente, ma anche emotivamente consapevole dell'esperienza vissuta dal bambino e lo supporti nei suoi sforzi di elaborazione (Furman, 1986).

Il bambino soffre in maniera consistente per il distacco dai genitori, in particolar modo dalla mamma e per poter elaborare tale perdita dovrebbe avere a disposizione un singolo e permanente sostituto che possa gradualmente attaccarsi a lui, in questo modo il piccolo potrà accettare il lutto e riorganizzare la propria vita.

Nel processo di elaborazione del lutto è, di grande aiuto per i bambini che gli adulti permettono loro di esprimere sentimenti. Il permesso di esprimere i sentimenti è uno dei fondamenti della salute emotiva, dal momento che l'approvazione del genitore è di primaria importanza per i bambini piccoli. Genitori e adulti dovranno prestare molta attenzione alle loro emozioni e alle loro domande, mettendo da parte le paure e l'idea che i bambini non capirebbero o debbano essere protetti dal dolore e per questo evitare di raccontare o di parlare con loro dell'accaduto. Supponendo di proteggere il bambino, non gli si permetterebbero di sperimentare il processo doloroso, ma terapeutico, della sofferenza, trascurando così il bisogno del bambino di piangere la perdita che lo ha sconvolto. Il bambino in quei momenti ha bisogno di piangere, di scoprire cosa è la morte, come la sentono le persone e come lui stesso si sente a riguardo.

Il dialogo sulla morte non si sviluppa in una volta sola, non si tratta di dare una risposta definitiva, ma può avere durata e tempi diversi. Può essere ripreso dopo qualche mese, anni perché lo sviluppo del bambino e le sue esperienze di vita lo predispongono con il tempo alle riflessioni più ricche e complesse (Erikson 2005).

LE POSSIBILI CONSEGUENZE DEL LUTTO INFANTILE

I bambini che hanno subito un lutto in età infantile risultano essere più vulnerabili, maggiormente a rischio di sviluppare psicopatologie e compromissioni sociali, non solo durante il periodo di lutto immediato ma il rischio si estende anche in età adulta (Baker et al. 1992; Berlinsky and Biller, 1982; Brown et al. 1986; Finkelstein, 1988; Van Eaederwegh et al., 1982; Weller et al., 1991).

Solitamente la morte di un genitore in età infantile dà luogo a problemi di tipo emotivo e comportamentale, all'ansia da separazione o al disturbo post traumatico da stress e nei casi estremi può essere la causa di disturbi psichiatrici.

Da studi biologici è emerso che la morte di un genitore ha conseguenze ormonali a breve termine, e a lungo termine alterazioni neurobiologiche che predispongono l'individuo ad un aumento di livelli di stress futuro e fattori di rischio cardiovascolare. Tali conseguenze aumentano il rischio di malattie cardiovascolari e di mortalità.

È anche evidente una correlazione tra la morte prematura dei genitori e disturbi dell'umore, in particolare con la depressione e l'ansia.

La depressione maggiore e alcuni disturbi d'ansia sono caratterizzati da anomalie delle funzioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, tale alterazione è responsabile di comportamenti di disagio che persistono in età adulta (Childhood Parental Loss Adult Psychopathology: Effects of Loss Characteristics and Contextual Factors, 2013).

Bowlby e Melanie Klein sostenevano che i processi di lutto, quando si verificano nella prima infanzia, tendono ad avere maggiormente degli esiti patologici, predisponendo il soggetto a reagire, da allora in poi, ad ulteriori perdite in modo analogo.

CONCLUSIONI

La morte di una persona cara produce nel bambino un dolore intenso e duraturo e può rappresentare un fattore di rischio per il successivo sviluppo emotivo e sociale. In particolare, è stato dimostrato che la morte di un genitore nell'infanzia è correlata all'aumento del rischio di mortalità infantile, soprattutto se accade in tenera età, poiché essa è inattesa e poiché l'attaccamento genitoriale, durante tale periodo di vita è molto forte e la sua mancanza mina la sopravvivenza di un individuo. Studi biologici hanno rilevato che la morte di una figura di attaccamento ha conseguenze ormonali e causa alterazioni neurobiologiche che predispongono l'individuo ad un aumento dei livelli di stress futuro, che aumentano il rischio di svilup-

pare malattie cardiovascolari e di mortalità.

Vivere un lutto durante l'età infantile è un fattore di rischio anche per lo sviluppo di disturbi depressivi e disturbi d'ansia in età adulta.

È chiaro, che i fattori che influenzano l'adattamento psicosociale al lutto, comprendono l'età, fattori socioeconomici, neurobiologici, la causa della morte, la presenza di fratelli, la relazione con il genitore superstite insieme ai modelli di comunicazione con tale genitore.

La relazione che il bambino ha con il genitore superstite è di vitale importanza, così come lo è la capacità dell'adulto di elaborare i propri vissuti in relazione alla morte. Se tali elementi vengono a mancare, possono presentarsi angosce da separazione e insicurezza del legame portando ad una maggiore vulnerabilità in soggetti che hanno vissuto dei lutti in tenera età.

L'adulto può aiutare il bambino ad elaborare il lutto, permettendo lo svolgimento di un dialogo sull'evento accaduto, in tal modo daranno l'opportunità al bambino di dare parola alle proprie emozioni e non lasciare che il silenzio avvolga e imprigioni le sue emozioni. Il bambino può riconoscere, tollerare e contenere una emozione solo se gli viene riconosciuta, tollerata e contenuta nella relazione in cui è impegnato. Per tale motivo, se il bambino si trova in un ambiente umano sistematicamente e ripetitivamente sordo e cieco rispetto a determinate emozioni, non potrà fare altro che divenire a propria volta sordo e cieco rispetto a tali emozioni. I bambini hanno bisogno di essere educati alle emozioni, anche al dolore. Solo se l'adulto avrà fiducia in sé e nelle capacità del bambino di comprendere, potrà aiutarlo a trasformare un evento così negativo e sofferto in una tappa importante per il suo sviluppo, trasformando un'esperienza dolorosa in una occasione di crescita e di riflessione. Solo se il processo di lutto è vissuto in questo modo, può riservare delle opportunità, come quella di vivere dei momenti di intensa unione familiare, di sostegno e di fiducia, e la possibilità di imparare qualcosa su se stessi e sui propri cari.



BIBLIOGRAFIA

- Agosta R., Crocetti G., Quando un genitore è solo, Materiale didattico ad uso del C.i.p.s.p.s.i.a
- Audrey R. Tyrka, MD, PhD, Lauren Wier, BS, Laerence H. Price, MD, Nicole S. Ross, BA, and Linda L.Carpenter, MD. Childhood Parental Loss Adult Psychopathology: Effects of Loss Characteristics and Contextual Factors. Int Journal Psychiatry Med. Author manuscript; available in PMC Feb 24, 2013.
- Baker, J., Sedney, M., and Gross, E. 1992. Psychological tasks for bereaved children. Am. J. Orthopsychiatry 62:105-116.
- Berlinsky, E.B., and Biller H.B., 1982; Prenatal Death and Psychological Development. D.C. Heath, Lexington, MA.
- Bowlby, J. 1980. Loss: Sandess and Depression, New York, basic books
- Brown et al. 1986. Long-tem effects of early loss of parent. In Rutter, M., Izard, C.E., and Read, P.B., Depression in young people. Guilford Press. New York, pp. 215-296.
- Erikson, E.H. 2005 Dialoghi con i bambini sulla morte. Le fantasie, i vissuti, le parole sul lutto e sui distacchi. Oppenheim D. Milano, Cortina.
- Finkelstein, H. 1988. The long term effects of early parent death. J. Clin. Psychol 44:3-9.
- Furman, E. On trauma- When is the Death of a Parent Traumatic? The Psychoanalytic Study of the Child. 41;191-208. New Haven, CT: Yale University Press. 1986
- Hofer, M.A. On the nature and consequences of early loss. 1996.
- Lieberman A.F., Compton N.C., Van Horn P., Gosh Ippen C. 2007 Il Lutto infantile, Il Mulino.
- Pynoos R.S., Steinberg, A.M. e Piacentini, J.C. 1999. A devlopmental psychopatology model of Childhood traumatic stress and interaction with anxiety disorder, in Biological Psychiatry, 46, 1542-1554.
- Van Eaederwegh et al., 1982; The bereaved child. Br.J.Psychiatry 140: 23-29.
- Weller et al., 1991 Depression in recently bereaved prepubertal children. Am. J. Psychiatry 148:1536-1540.

LA PSICOTERAPIA COME VIAGGIO METAFORICO

Angie Ignazzi
Psicologa clinica

RIASSUNTO

La psicoterapia si delinea come una professione d'aiuto tesa a fornire prestazioni che implicano dinamiche comunicative particolarmente rilevanti. Obiettivo generale è la cura della psiche mediante l'interazione di due apparati psichici che dialogano. Uno strumento prezioso nei contesti psicoterapeutici è la metafora, capace di operare un trasferimento di significato e creare nuove strutture e connessioni. Le metafore possono essere utilizzate come più interventi in terapia, oppure può accadere che una metafora diventi guida del percorso. Il terapeuta, qualora ricorra a questo veicolo, avvia precedentemente una calibrata sintonizzazione, proponendo metafore equivalenti alla situazione del destinatario.

Questo metodo offre innumerevoli vantaggi: consente di lavorare su un problema in termini non oggettivi (specialmente quando la comunicazione è difficoltosa), permette di affrontare concetti astratti e complessi come le emozioni, perfeziona l'autoconsapevolezza del soggetto e, soprattutto, aiuta a ridefinire la percezione di una situazione. Attraverso la metafora si realizza un viaggio condiviso, intrapreso dallo psicoterapeuta e dal paziente, che ha il fine di rendere possibile una rilettura della realtà, contribuendo a favorire il cambiamento terapeutico.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, dialogo, dinamiche comunicative, metafora, viaggio

LA CURA DELLA PAROLA IN PSICOTERAPIA

La psicoterapia è una disciplina vasta, presenta confini difficilmente definiti ed è un termine più generico rispetto a quello di analisi. Difatti l'analisi indica ogni procedimento psicoterapeutico che abbia una qualche parentela con la psicoanalisi originaria cioè conserva il significato coniato da Freud come procedimento di scomposizione di un tutto organico nelle sue parti costitutive. In questo senso, ogni psicoterapia contiene sempre una valenza analitica. Più in particolare, la psicoterapia indica una cura mediante strumenti psichici: la psicoterapia è la cura della psiche mediante l'interazione di due apparati psichici che dialogano. Il **dialogo** è "l'aspetto fenomenico della relazione, il modo in cui la relazione diventa sensibile" (Trevi, 2008). Il dialogo psicoterapeutico non si riduce ad essere una scienza, né una tecnica. Piuttosto la psicoterapia è l'arte del dialogo (*talking cure*) pertanto essa va assunta in modo aperto e coraggioso, al punto che il dubbio e il senso critico ne fanno parte in qualità di esercizi importanti. La psicoterapia si occupa del cambiamento difatti Watzlawick (2013) afferma che colui che cerca aiuto ha bisogno di superare una sofferta contraddizione tra come sono le



cose e come, secondo la sua visione del mondo, dovrebbero essere. *Il colloquio è terapeutico proprio perché consente di entrare in un livello comunicativo intimo entro cui l'interesse dei due dialoganti è diverso*; il paziente espone un frammento di vita per il quale vuole risposta, mentre il terapeuta si concentra anche sulla sua psicodinamica e sulla sua umanità. Perciò se il paziente è attento solo alla sua rappresentazione attuale conscia, il terapeuta deve riflettergli anche le altre due rappresentazioni.

DINAMICHE COMUNICATIVE

La parola dialogo, centrale in psicoterapia, significa conversare eppure non si tratta di una conversazione qualsiasi perché la conversazione terapeutica è quella modalità attraverso la quale "la psiche sofferente è chiamata ai fini di una possibile liberazione dalla sofferenza" (Trevi, 1993). La qualità della parola più importante risiede nel fatto che il terapeuta debba adattare

il proprio vocabolario a quello del paziente e che ogni vocabolo di ordine tecnico vada spiegato con semplici parole, oppure sostituito da perifrasi efficaci. *L'uso di un linguaggio partecipe consente al terapeuta di servirsi delle parole che il paziente stesso adopera nel corso della conversazione, specie di quelle dotate di una valenza emotiva*. La necessità di apprendere il linguaggio del paziente rende possibile quel procedimento chiamato da Viehweg (1956) "**la ricerca di premesse**": le premesse evidenziate sono poi messe al servizio del cambiamento terapeutico. Jung (1929, p.80) sostiene che da ogni trattamento efficace

"ci si deve aspettare che il terapeuta eserciti la sua influenza sul paziente, ma quest'influenza può verificarsi solo se il paziente lo influenza a sua volta".

Ciò indica che nel lavoro psicoterapeutico non è solo il paziente a individuarsi ma anche il te-

rapista il quale, pur all'interno di un rapporto non del tutto simmetrico, coglie il confronto con l'altro per diventare se stesso. I nuclei comunicativi trovano sviluppo entro quattro aspetti di base: l'argomento in esame, il paziente, lo stesso terapeuta e il rapporto, in altre parole, *il terapeuta è sia presente, sia distante così che avvenga la comunicazione da un inconscio all'altro*. Le dinamiche comunicative nell'ambito terapeutico sono tra le più sottili e decisive. In primo luogo, il terapeuta rivolge molta della sua attenzione alla scelta dei vocaboli utilizzati dal paziente perché *la struttura del discorso rispecchia sia l'identità del parlante, sia le aree conflittuali della sua esistenza, sia le modalità cognitive con le quali percepisce il mondo*. Dal canto suo, la parola usata dal terapeuta tende ad essere quanto più appropriata al momento in almeno tre modi: *quantitativamente, qualitativamente e per il tono*. Ad esempio Greenson (1967) suggerisce che se il paziente sembra provare un affetto infantile, il terapeuta preferisce dire "mi sembra che abbia paura" perché questa è l'espressione usata dai bambini e non "lei mi sembra in apprensione" che sarebbe una espressione da adulti, in aggiunta, "aver paura" è un'espressione evocativa, richiama maggiormente immagini e associazioni.

Le parole del terapeuta devono sempre avere un influsso, con la caratteristica di poter essere recepite dal cliente in base alla prontezza del suo momento, dunque il materiale verbale, specie se disturbante, viene presentato gradualmente per favorire l'esperienza di padronanza nel soggetto. Alexander e French (1946) sottoscrivono la strategia di evitare sia la critica che la lode in ciò che viene detto al paziente; risulta importante che ogni messaggio manifesto del terapeuta e ogni messaggio focale comportino un ulteriore messaggio, un **metamessaggio**.

Questo trasmette un atteggiamento riguardo a ciò che viene comunicato perché "il contenuto manifesto ripudia un impulso che il pazien-

te preferirebbe disconoscere" (Poland, 1986). Secondo Wile (1985) *gli effetti antiterapeutici di certi commenti possono produrre una terapia caratterizzata da inibizione, silenzi, non-impegno, monologhi, domande senza risposte, domande omesse e diffidenza*, sicché appaiono utili le interpretazioni disculpanti che consentono al paziente di accettare più facilmente le proprie responsabilità senza che ne risenta l'autostima. I commenti attribuzionali, invece, consistono nell'attribuire al paziente un sentimento che lui non ha detto di avere e possono condurlo ad identificarsi con un punto di vista diverso così da inserire una nuova idea nel dialogo interno. Nei tentativi di riformulazione è impiegato l'elemento paradossale: sono modi che aggirano temporaneamente le resistenze per lasciare che il paziente esplori un argomento che ha dichiarato di non poter esplorare. A riguardo Havens (1986) illustra un esempio in cui, nel dire ad un paziente "nessuno capisce come lei si sente", si accetta il suo scoraggiamento nel non essere capito ma paradossalmente gli si comunica che è capito.

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE SUL METAFORICO

Una caratteristica fondante della metafora risiede nel suo impiego quotidiano, al punto che *tendiamo ad assumere le metafore come dati di realtà*. Questa letteralizzazione mostra che la comunicazione umana, scritta e orale, è legata alla metafora da una stretta affinità. Il termine metafora deriva dal greco "meta" (sopra, oltre) e "phorien" (portare, trasportare qualcosa da un posto all'altro).

La metafora crea una forma nuova, implica un **trasferimento di significato** attraverso immagini di forte carica espressiva. La metafora è un tropo, una figura retorica che però differisce dalla similitudine per l'assenza di paragone o locuzioni avverbiali. La metafora può essere costituita da una singola parola, da una parte del discorso, da un breve racconto ed è esprimibile con nomi, verbi o aggettivi. L'interesse per la metafora risale



ad Aristotele (1457, p.21) che ne ha sottolineato la **funzione categoriale**:

“la metafora consiste nel dare a una cosa il nome che appartiene a un'altra cosa: trasferimento che può effettuarsi dal genere alla specie o dalla specie al genere, o da specie a specie o sulla base di un'analogia”.

Secondo il filosofo greco, l'uso della metafora richiama un atteggiamento di prudenza e congruenza, giacché esso non può essere insegnato e, al contrario, sarebbe un segno del fervore creativo. Il pensiero di Aristotele appare portatore della concezione filosofica e linguistica classica, la quale intravedeva una coincidenza tra ogni parola e il rispettivo oggetto nominato. In seguito, *i contributi di altri Autori hanno articolato il campo del discorso*, arricchendo i domini della retorica, della filosofia, della linguistica, della psicologia, della sociologia, dell'antropologia e persino dell'intelligenza artificiale. Ad esempio Thomas Kuhn (1979) ha ribadito che le metafore, intese come finzioni della ragione, occupano pieno spazio all'interno delle scienze. Questo pensiero si discosta da quello del filosofo Max Black (1955) che ha circoscritto l'utilità della metafora nella fase iniziale della scienza, ma non nelle successive. Black tuttavia ha riconosciuto la capacità di organizzazione semantica e concettuale della metafora, suggerendo come il prodotto della metafora non sia una somiglianza già esistente, quanto piuttosto una somiglianza del tutto nuova. Blumenberg (1969) si è occupato di individuare delle vere e proprie “metafore assolute” ossia dei modelli paradigmatici con cui spieghiamo il mondo e che, pertanto, costituiscono una parte importante della storia del pensiero umano. Nel panorama italiano, Umberto Eco (1984) si è interessato al tema e, attingendo dalla metaforologia aristotelica, ha definito la metafora come “strumento conoscitivo, chiarezza ed enigma”. Paul Ricoeur (1998) ha esposto una teoria della metafora “viva”, scorrendo in essa un dispositivo

di innovazione semantica; *la metafora, in quanto tensione, produce uno slittamento di senso ma, nel momento in cui rivela il nuovo campo* (funzione scoprente), *lo tiene velato perché il senso è trattenuto dal campo di partenza* (funzione legante). La metafora, creata “attraverso accostamenti inediti” è per il filosofo francese un mezzo capace di svelare “valori di realtà inaccessibili al linguaggio ordinario, diretto e letterale”. Si sottolinea che, negli anni Settanta, l'interessamento degli psicolinguisti e degli psicologi ha definitivamente suggellato *la metafora come un aspetto comune del linguaggio*, di conseguenza “la stessa modalità originaria del pensiero è metaforica” (Fagioli, 2010). Il contributo di Bateson (1979) ha messo in luce il paradosso della metafora: due cose possono essere diverse e, allo stesso tempo, uguali; sulla medesima scia, la formulazione della “semantica generativa” (Lakoff e Johnson, 1980) ha rintracciato la natura metaforica del nostro sistema concettuale, sottraendo la metafora al ruolo di mero abbellimento linguistico. Casonato (2010) ha aggiunto che le metafore non si limitano ad essere rappresentazioni di concetti: esse derivano dal dinamismo tra il corpo umano e l'ambiente condiviso con altri pensanti (*Umwelt*). Così ampiamente intesa, la forza della metafora consiste nel favorire la comprensione di un aspetto secondo l'ottica di un altro, influenzando sulla costruzione di significato.

I VANTAGGI DELLA METAFORA

Le metafore si prestano ad essere *pensate come condizioni di rappresentabilità dei processi psichici*. Maffei (2001) ha proposto che, in primo luogo, alcune metafore fondano lo stesso campo analitico; l'esistenza dell'inconscio è considerata dall'autore una metafora di base. Non solo, la conoscenza del mondo psichico rinviene la possibilità di progredire proprio nella comparsa di nuove metafore, funzionali alle finalità del conoscere. In secondo luogo, *l'uso del linguaggio metaforico è fortemente utilizzato nei contesti designati come psicoterapeutici* in cui l'obiettivo principale è il superamento di momenti di crisi individuali o

familiari. Ekstein (1966) fa notare che l'uso della metafora non deve essere considerato come una tecnica di trattamento in sé ma come un avvicinamento preliminare dell'atto terapeutico finale che consiste in una classica interpretazione a livello di processo secondario. È possibile pensare alla metafora come ad un'immagine in sintonia con il progredire del processo terapeutico, che si arricchisce dei significati che lo sviluppo della relazione terapeuta/paziente fa emergere gradualmente. La metafora è uno strumento utilizzato da diversi approcci terapeutici perché è utile nell'obiettivo terapeutico di creare nuove strutture e connessioni, peraltro *recenti ipotesi diagnostiche propongono che tutte le teorie, comprese quelle psicoterapeutiche, siano strutture metaforiche della realtà* (Bonetti, Dalla Costa e Muia, 2002).

Nei diversi orientamenti psicoterapeutici esistono metafore differenti che informano di sé gli assunti teorici sottostanti; mentre nell'utilizzo con i clienti possono variare le finalità, il grado di direttività e il modo in cui vengono usate operativamente. Tra le tante, Demetrio (2008) distingue quattro tipi di metafora:

- a) metafore di stabilità per esempio "vivevo come ancorata al mio passato";
- b) metafore autoconoscitive per esempio "se mi guardo allo specchio vedo un volto fatto di nebbia";
- c) metafore trasformazionali per esempio "finalmente mi accorsi che quel brutto anatrocolo che pensavo di essere stava cambiando";
- d) metafore concettuali per esempio "la vita ha mille pozze diverse e io ho incontrato solo quelle fangose".

Come ricordano Wirtzum, van derHart e Friedman (1988) sono presenti due approcci all'uso delle metafore ossia le **applicazioni strategiche** e le **applicazioni tattiche**. Nel primo caso si utilizza una

sola metafora per tutta la durata del trattamento perciò la metafora in questione diventa metafora-guida del processo terapeutico; nel secondo caso, le metafore sono utilizzate man mano per finalità e durata ristrette all'interno del trattamento per cui si qualificano come interventi metaforici che possono avere la finalità di chiarificazione o interpretazione. Il lavoro metaforico offre grandi prospettive, per questo Kopp (1998) dichiara che le metafore consentono di "esprimere l'inesprimibile"; di pari passo, per Arendt (1986) la metafora "rende visibile l'invisibile". Grazie all'impiego della metafora è possibile comunicare realtà complesse o concetti che necessitano di essere colti in modi più accessibili, *in primis* le emozioni e le sensazioni, anche richiamando aspetti fisici, corporei o in relazione al mondo. *Il ricorso a metafore visive, sensoriali, propriocettive, tattili e uditive aggiunge una consistenza che è vicina all'esperienza vissuta, più che a quella nominata.*

La vita, la morte e il tempo sono, secondo Lakoff e Johnson (1989), tra i concetti che proliferano di metafore poiché sono tra i più rilevanti per l'uomo. Trattandosi di un metodo di comunicazione indiretta, *la metafora assume valore nelle situazioni in cui la comunicazione diretta si dimostra inefficace e viene rifiutata dal cliente*, in altri termini, è utile quando il dialogo terapeutico è frammentato e la comprensione non è agevole. La cornice metaforica offerta dal *setting* terapeutico permette di vivere in profondità le emozioni, ma al contempo, vi è la possibilità di giocare, di integrarle nella vita quotidiana in modo positivo e non minaccioso, così *viene posta al riparo la relazione terapeutica perché le metafore rimandano al piano del "come se"*. Il contenuto metaforico viene utilizzato dal soggetto a proprio modo: a livello conscio egli coglie gli aspetti che più trova adeguati, a livello inconscio il significato simbolico può operare ristrutturazioni interne. Grazie all'impiego della metafora, la persona raggiunge una migliore comprensione di se stessa, modifica la propria percezione e ridefinisce un problema esistenziale in quanto viene favorita l'emersione delle dinamiche psicologiche interne o intrapersonali



(del sé) e di quelle esterne o interpersonali. Anche un'analisi qualitativa (Angus e Rennie, 1989) che ha coinvolto clienti e terapisti conferma che *la metafora è tipicamente incorporata entro reti di esperienze che coinvolgono le memorie, le immagini e i sentimenti*, costituendo un contesto di significato associato. La metafora rappresenta un senso nascosto della propria identità, l'interazione tra diverse identità o tra una nascosta e altre, oppure può rappresentare una combinazione di tutti questi aspetti. Ancora, la metafora sembra essere un simbolo degli schemi ricorrenti (*patterns*) che sono utilizzati all'interno delle principali relazioni. Attraverso la metafora diventano più chiari gli *unfinished business* ossia metaforicamente i bisogni non soddisfatti, le situazioni non completate, i sentimenti inespressi, come il risentimento, la rabbia, la colpa, l'odio, il dolore, l'abbandono, di cui la coscienza non è pienamente consapevole, che impediscono un contatto efficace con se stessi e con gli altri (Giusti, Montanari e Montanarella, 1997).

La metafora, però, ha anche una **funzione pre-dittiva**, nel senso che permette di prevedere anticipatamente determinate conseguenze, quindi di fare inferenze e deduzioni *creando una traccia linguistica tra il mondo concreto e il mondo astratto*. In terapia, le fasi dell'esplorazione e della trasformazione delle metafore del cliente sono parte attiva di un processo il cui fine è produrre nuovi significati: *col mutare delle metafore del problema, muta la struttura mentale del cliente*. A riprova di questo, Lakoff e Johnson (1998) suggeriscono che le metafore giocano un ruolo significativo "nel determinare ciò che è reale per noi". Mommensen (2010) evidenzia l'utilità delle metafore rispetto alle finalità di:

- a) analizzare il funzionamento di una situazione simile ma più complessa che il paziente potrà affrontare;
- b) contrastare l'isolamento affettivo e cognitivo;
- c) aiutare a creare e mantenere valori e principi etici che fungono da motivatori del comportamento.

Anche Cigoli e Zatti (1992) individuano quattro funzioni comunicative della metafora:

- a) **dislocamento della responsabilità comunicativa**, collegato al fatto che nella comunicazione quotidiana non è possibile riportare tutta l'informazione in una sola rappresentazione linguistica, per cui l'ascoltatore dovrà derivare quell'eccedenza di informazioni applicando al messaggio della comunicazione delle regole inferenziali;
- b) **definizione delle connotazioni**, ovvero due espressioni possono riferirsi alla stessa realtà con valori connotativi diversi;
- c) **forza disvelativa**, fa riferimento alla capacità della metafora di illuminare un campo poco noto per mezzo di uno noto con cui viene posto in relazione, che deriva dalla relazione analogica su cui si basa;
- d) **funzione icastica**, riguarda il valore espressivo della metafora. Collegando due territori semantici, la metafora li concentra in un'espressione sola, da cui derivano parole che hanno un impatto espressivo particolarmente incisivo.

L'importanza della metafora è confermata da una ricerca condotta da Casonato e i suoi collaboratori (2003) in cui è emersa una correlazione tra le espressioni metaforiche usate dal cliente e l'efficacia della terapia: in breve, un maggior numero di espressioni metaforiche equivale a una maggiore efficacia della terapia. Si può a buon ragione accostare il percorso terapeutico ad un **viaggio condiviso** dal paziente e dal terapeuta al fine di perseguire obiettivi comuni; *la metafora, possedendo una funzione di passaggio, rappresenta un sogno che cliente e terapeuta fanno in seduta*. La capacità di sognare insieme la rende utilizzabile, evitando che la metamorfosi terapeutica resti sospesa fra stabilità e cambiamento (Varano, 1998).



LE METAFORE GENERATE DAL PAZIENTE

La metafora può essere presentata dal paziente sia spontaneamente che durante un'esperienza immaginativa o narrativa proposta dal terapeuta; in alternativa, può essere proposta dal terapeuta, scelta tra metafore esistenti oppure appositamente creata per quel particolare cliente in quello specifico momento del percorso terapeutico (Casula, 2002). *Gli interventi terapeutici di stampo psicoanalitico fanno leva sulle metafore generate dal cliente*; tali metafore allargano la comprensione del sistema di pensiero del cliente, sistema che egli rispecchia proprio nel suo uso delle metafore. Per raggiungere questo risultato non viene utilizzata nessuna interpretazione né quadri di riferimento (*frames*) esterni (modelli teorici o quadri mentali del terapeuta) durante il processo di esplorazione/trasformazione; *il terapeuta si limita a facilitare nel cliente la ricerca interiore delle proprie immagini metaforiche*, evitando di introdurre qualsiasi altro contenuto aggiuntivo. Se il terapeuta propone una sua idea, lo fa solo per aiutare il cliente a prendere in conside-

razione ulteriori possibili significati o immagini da lui già presentati. Le metafore generate dal cliente portano in luce la personale esperienza e il personale sistema di significati, dato che *la metafora incorpora influenze culturali soggettive*. Tali metafore sono prossimali all'interazione tra cliente e terapeuta, e dovrebbero quindi poter essere correlate a un risultato terapeutico positivo (Sue e Zane, 1987).

Le metafore espresse dal cliente possono costituire una comunicazione indiretta degli obiettivi che il cliente vorrebbe raggiungere o delle sue difficoltà ma può anche esprimere il modo in cui vive le tecniche proposte dal terapeuta, difatti, *tutte le sue metafore contengono sempre qualche riferimento al processo e alla relazione terapeutica*. Tale tipologia di interventi terapeutici aiutano sia il terapeuta che il cliente ad estendere la comprensione del sistema di pensiero di quest'ultimo, in particolare attraverso le metafore dei suoi ricordi infantili. Si sottolinea che, dato che il **processo di esplorazione e di trasformazione** delle metafore generate dal cliente



si verifica all'interno della sua visione del mondo, è possibile considerare gli interventi metaforici come particolarmente adatti alla psicoterapia con popolazioni culturalmente differenti. Kopp (1998) propone un metodo di utilizzo delle metafore che si concentra sulle metafore generate dal paziente. La tecnica prevede una prima fase costituita dall'esplorazione della metafora e una seconda basata sulla trasformazione del linguaggio metaforico che il paziente usa e anche della modalità di pensiero metaforica implicita. Esplorare una metafora comporta un movimento di immersione nel campo delle immagini presentate dal cliente, con l'intento di indurre uno spostamento dell'attenzione dal significato logico del contenuto della comunicazione a quello analogico associato all'immagine metaforica per favorire nel cliente livelli più profondi di esperienza. Dal punto di vista di Kopp, *la metafora generata spontaneamente dal paziente appare spesso correlata a un'area problematica* e le sue metafore tendono ad aggregarsi attorno a tre elementi individuali fondamentali (**metaforme fondamentali** ossia metaforme di sé, degli altri e della vita) e tre tipi di relazioni che tali elementi instaurano tra loro, detti elementi relazionali (**metaforme relazionali** ossia metaforme di sé in relazione a se stessi, di sé in relazione agli altri e di sé in relazione alla vita). Harland (2012) sostiene che si debba lavorare esclusivamente con le metafore del cliente perciò suggerisce di prestare attenzione, nel riformulare le espressioni metaforiche dei clienti, a non distorcere le loro caratteristiche e a non modificarle rispetto ai domini di riferimento.

A livello del tutto operativo, il terapeuta guida un paziente verso l'esplorazione interna dell'immagine metaforica utilizzando alcuni passi suggeriti da Kopp (2011). Inizialmente, invita il cliente ad esplorare la metafora dicendo: "quando vede la [metafora], quale immagine/disegno le viene in mente?" o "a cosa assomiglia la [metafora]?". Se il cliente non capisce la domanda o risponde continuando a descrivere o a riferirsi alla situazione di vita invece di descrivere l'immagine metaforica, il terapeuta può dire: "se la stessi vedendo [l'immagine metaforica] nel modo in

cui la vede [con la sua mente], cosa vedrei?". Inoltre il terapeuta invita il cliente ad esplorare la metafora come immagine sensoriale nelle seguenti dimensioni: ambientazione (per esempio "cos'altro vede?"), azione o interazione (per esempio "cosa sta succedendo..?" o "cosa stanno dicendo..?"), altre modalità sensoriali (per esempio "cos'altro sta toccando..?"), tempo (per esempio "cosa succede dopo..?"). Una volta che l'esplorazione delle immagini è completata, il terapeuta invita il cliente a descrivere le sue sensazioni ed esperienze associate all'immagine metaforica. Il terapeuta può quindi domandare: "cosa sembra essere [l'immagine metaforica]?". *Senza intromettersi nelle immagini metaforiche del cliente, il terapeuta permette a quest'ultimo di essere libero di creare ed esplorare le sue stesse immagini.* Quando l'esplorazione dell'immagine metaforica sembra completa, il terapeuta invita il cliente a trasformare la metafora dicendo: "se potesse cambiare l'immagine in qualche modo, come la cambierebbe?". Si procede col collegare i casi metaforici con i problemi della vita perciò il terapeuta domanda: "che paralleli vede tra la sua immagine di [l'immagine metaforica] e [la situazione originaria]?".

Una volta che sono state discusse le similitudini, il terapeuta chiede: "come può essere applicato il modo in cui ha cambiato l'immagine alla sua situazione attuale?". Boscolo (1992) offre un esempio dei passaggi appena illustrati in cui una donna in terapia per depressione, dopo molte sedute in cui si dimostrava costantemente arrabbiata con il suo ex marito invadente, dichiara: "mio marito entra in casa come un treno". Il terapeuta al momento opportuno chiese: "se lui è un treno, come descriverebbe se stessa?" e la donna rispose "credo di essere una galleria". Dopo aver discusso tale immagine, il terapeuta domandò: "e se lei potesse cambiare questa immagine, quale nuova immagine sceglierebbe?". La donna rispose: "sarei un grosso sasso sui binari". In una seduta successiva la donna più serena entrò dicendo: "bene, sono riuscita a farlo deragliare!". È evidente quindi che l'effetto terapeutico di aver trasformato la metafora dalla galleria al sasso abbia aiutato la cliente a realizzare cambiamenti ai quali, senza la metafora, aveva resistito.

LE METAFORE GENERATE DAL TERAPEUTA

Il significato degli interventi metaforici generati dal terapeuta è ben documentato in letteratura dalle scuole di tipo psicodinamico e familiare-sistemico, difatti esistono procedimenti particolari come l'interpretazione metaforica, l'uso delle rappresentazioni metaforiche (*metaphoric enactment*), l'uso di storie e aneddoti metaforici. *Le metafore del terapeuta possono essere usate con efficacia in diversi momenti* ossia nelle fasi di formulazione del problema portato dal cliente, nella valutazione ed elaborazione del piano di trattamento, così come nella restituzione al cliente da parte del terapeuta di quanto ha rilevato e, in ultimo, nell'illustrazione di ciò che occorre fare per superarlo. Mills e Crowley (1988) suggeriscono ai terapeuti di avviare, nelle fasi precedenti la costruzione della metafora, una particolare sintonizzazione col cliente, di comunicare con lui utilizzando il suo stesso tipo di linguaggio (veloce, teso, con lunghe pause ecc.) e di rispecchiarne il linguaggio non verbale, comunicando all'inconscio del paziente che sta facendo esperienza del suo stato. Quando non è il cliente, bensì il terapeuta a ricorrere alle metafore, è *indispensabile che la struttura e il contenuto della metafora siano equivalenti alla situazione problematica ma che contengano una rilettura cioè la proposta di una situazione che conduca alla soluzione del problema.*

È importante che le metafore siano "create o selezionate in modo mirato per la persona alla quale sono destinate" (Casula, 2002). Del resto, come ricorda Bove (2009), tutte le tecniche linguistiche sono di poca utilità, qualora il professionista non le reinventi, di volta in volta, nel rapporto che stabilisce con i pazienti. Per essere funzionali, le interpretazioni metaforiche generate dal terapeuta devono creare una metafora che catturi l'esperienza e le dinamiche del cliente in modo che siano coinvolti i processi metaforici cognitivi e neuropsicologici di quest'ultimo. Il terapeuta utilizza le metafore servendosi di frasi tra le quali "questo mi ricorda..", "è un po' come.." e, in alternativa, utilizza i proverbi, che sono enunciazioni

metaforiche, per sottolineare dei concetti, passando da un livello di conoscenza esplicito a uno più emozionale.

Per di più, nei momenti in cui il terapeuta desidera introdurre una metafora, specialmente con clienti che la usano raramente, potrebbe dire: "quando stava parlando di [...] proprio adesso, ho avuto un'immagine [l'immagine metaforica]. Questo è conforme alla sua esperienza della situazione di cui parlava?". *Una simile scelta di parole mostra che il terapeuta non presume di conoscere i contenuti del mondo interno delle immagini metaforiche del cliente e piuttosto lo incoraggia ad usare la sua immaginazione metaforica.* In tal modo il cliente è libero di scegliere l'immagine metaforica o di rifiutarla per sostituirla con una personale. Per la produzione di metafore occorre che il terapeuta sviluppi alcune **abilità fondamentali**, tra cui quella di saper cogliere le somiglianze tra due oggetti o eventi ed essere in grado di considerare uno come se fosse un altro; deve inoltre potenziare le sue capacità di pensiero critico e immaginativo. Il procedimento che il terapeuta segue per creare delle metafore terapeutiche va acquisito gradualmente. Il passo iniziale sta nel promuovere e utilizzare le esperienze positive dei clienti, spostando l'attenzione dalla patologia alle potenzialità, motivo per cui è necessario ottenere tutte le informazioni utili da parte del cliente. *Questa messa a fuoco delle esperienze positive consente al terapeuta di familiarizzare con il suo mondo interiore e di poter ricorrere a scene, attività, interessi e avvenimenti per lui familiari al fine di sviluppare la metafora* (Brink, Mills e Crowley, 1988). Nella narrazione della metafora, il terapeuta focalizza l'attenzione su quattro aspetti:

- a) la crisi esistenziale contenuta nella storia;
- b) le modalità di presentazione del disagio;
- c) gli ostacoli, le difficoltà, le risorse e le strategie per attivarle;
- d) la produzione di senso e le possibili soluzioni.

Secondo Adler (1956) la metafora affina la capacità del terapeuta di “vedere con gli occhi di un altro”, *lo allontana da eventuali atteggiamenti di onnipotenza e lo informa rispetto al proprio controtransfert*. Per Stern (1985) trovare la “metafora terapeutica chiave” è l’obiettivo della psicoterapia per comprendere e cambiare la vita di un individuo. D’altro canto, secondo l’approccio di ipnositerapia di Erikson, è lo stesso terapeuta che costruisce aneddoti contenenti metafore simili alla situazione reale con l’obiettivo di un trattamento specifico. Erikson adoperava le metafore per ottenere un maggior successo nel processo di comunicazione con l’inconscio del cliente. Egli non cercava di adattare tutti i pazienti allo stesso modello terapeutico: con alcune persone usava termini piuttosto pesanti, con altri diceva le cose in modo che il paziente si rendeva conto solo più tardi del loro significato, ad esempio poteva parlare dei piaceri della tavola per riferirsi, sotto forma di metafora, ad argomenti sessuali (Erikson, 1985).

Un altro modello terapeutico, quello di Virel, Lambert e Dorkel (1997) si fonda sulla liberazione della funzione biologica dell’immaginario attraverso uno stato d’attenzione denominato “deconcentrazione”. Si tratta di *mettere il soggetto in uno stato di attesa suggerendo di lasciar venire quello che emerge dal corpo e non dalla testa*. Tale induzione ha lo scopo di permettere al soggetto di abbandonare il filtro imposto alle percezioni. La consegna del terapeuta è fondata sul linguaggio figurativo del corpo: “immagina di essere una piccola bolla..”. Le testimonianze dei pazienti indicano delle vere metafore incarnate: “le mie braccia si piegano nel dorso come delle ali di un uccello”. Rothenberg (1988) rammenta che *il funzionamento creativo del terapeuta stimola potentemente il coinvolgimento del paziente nel lavoro creativo*; dunque, il lavoro immaginativo del terapeuta è orientato ai seguenti obiettivi:

- a) **motivare** (la metafora può motivare un cliente particolarmente scoraggiato);



- b) **aggirare le resistenze** (la metafora è utile per affrontare le resistenze nel cliente verso particolari argomenti o per favorire la disponibilità a collaborare);
- c) **coinvolgere** (la metafora può essere impiegata nelle situazioni in cui il cliente appare disinteressato, deconcentrato o irrequieto);
- d) esercitare un **potere evocativo**;
- e) **adeguarsi al linguaggio** indiretto del cliente.

Le metafore generate dal terapeuta risultano efficaci quando favoriscono la comprensione, l'empatia e un miglioramento nella gestione delle problematiche del paziente. Lo strumento metaforico, approdando alla co-creazione di significati, realizza il suggerimento di Von Foester (1973), quello di *agire in modo da "accrescere il numero totale delle possibilità di scelta" proprie e altrui*. Dunque la "ristrutturazione metaforica" (Barker, 1987) arricchisce la capacità di osservare, aumenta la flessibilità e, soprattutto, resta spalancata ad accogliere nuovi sensi.

BIBLIOGRAFIA

- Angus, L. E., & Rennie D. L. (1989). *Envisioning the representational world: the client's experience of metaphoric expression in psychotherapy*. *Psychotherapy*, 26, (3), pp. 372-378.
- Arendt, H. (1986). *La vita della mente*, Bologna: Il Mulino.
- Ausilio, R. (2013). *La metafora terapeutica. Pratiche verbali nei rituali di guarigione*, Tricase: Youcanprint.
- Blumenberg, H. (1969). *Paradigmi per una metaforologia*. Bologna: Il Mulino.
- Bonetti, S., & Dalla Costa, S., Muia, A. (2002). *Metafore e cambiamento terapeutico*. Lavoro presentato all'incontro allievi ed ex allievi della Scuola Milanese di Terapia della Famiglia, Rapallo.
- Boscolo, L. et Al. (1991). *Linguaggio e cambiamento: l'uso di parole chiave in terapia*. *Terapia Familiare*, 37, pp. 41-52.
- Bove, E. A. (2009). *Strumenti per la diagnosi e la terapia: il linguaggio e la parola*. In *Psicologia del patologico: una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Cortina, pp. 117-162.
- Casonato, M. (2003). *Immaginazione e metafora. Psicodinamica, psicopatologia, psicoterapia*. Bari: Laterza.
- Cremaschi, S. (1988). *Metafore, modelli, linguaggio scientifico: il dibattito postempirista*. In *Simbolo e conoscenza, Vita e Pensiero*. Milano: Edizioni V. Melchiorre, pp. 31-102.
- Evola, V. (2008). *La metafora come carrefour cognitivo del pensiero e del linguaggio*. In *Vie della metafora: linguistica, filosofia, psicologia*. Chieti: Editore Prime Vie, pp. 55-80.
- Faccio, E. & Salvini, A. (2007). *Le "metaforizzazioni" nelle pratiche discorsive della psicologia clinica*. In *Psicologia clinica: dialoghi e confronti*. Milano: Springer, pp. 123-138.
- Formigari, L. (2009). *Modelli del pensare metaforico*. *Paradigmi. Rivista di critica filosofica*, XXVII, (1), pp. 15-25.
- Giusti, E., & Ciotta, A. (2013). *Metafore nelle relazioni d'aiuto e nei settori formativi*. Roma: So-vera.
- Jung, C. G. (1981). *Problemi della psicoterapia moderna*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kopp, R. R. (1998). *Le metafore nel colloquio clinico. L'uso delle immagini mentali del cliente*. Trento: Erickson.
- Maffei, G. (2001). *Le metafore fanno avanzare la conoscenza?* Milano: La Biblioteca di Vivarium.
- Trevi, M. (2008). *Dialogo sull'arte del dialogo. Psicoanalisi e psicoterapia*. Milano: Feltrinelli.
- Valgimigli, M. (1973). *Aristotele – Opere*. Bari: Laterza.
- Von Foester, H. (1973). *On constructing a reality*. In *The invented reality*. New York: W. W. Norton and Co., p. 233.
- Wachtel, P. (2000). *La comunicazione terapeutica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Watzlawick, P. (2013). *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*. Milano: Feltrinelli.

UNA PRATICA SCIENTIFICA PER **GESTIRE L'ANSIA** (E NON SOLO)

MINDFULNESS TRA TEORIA E PRATICA

Maria Alessia Monteleone
Psicologa Clinica
Facilitatrice Mindfulness certificata

La Mindfulness è una pratica scientifica ideata dal medico Jon Kabat-Zinn. I progressi nelle neuroscienze hanno fornito un considerevole contributo nel documentarne i benefici di tale pratica nella gestione di ansia, stress, insonnia e dolore cronico. Alcuni degli effetti che una pratica regolare può determinare sono: rallentamento del ritmo respiratorio, del battito cardiaco e della pressione sanguigna, una riduzione di cortisolo e un aumento della serotonina e dopamina. L'obiettivo della Mindfulness è quello di imparare ad accettare la realtà nel momento presente, osservando in maniera distaccata i pensieri negativi e vedendoli per ciò che sono, ossia frutti della propria mente che, con la pratica di consapevolezza, possono essere compresi e gestiti. Rimanere nel "qui e ora" equivale a non divagare tra passato e futuro e questo permette di risparmiare energie cognitive riducendo così stress e ansia. Non giudizio, mente del principiante, non attaccamento, fiducia, accettazione,

non ricerca dei risultati, lasciar andare e pazienza sono i pilastri fondanti la pratica Mindfulness.

PAROLE CHIAVE

Mindfulness, ansia, stress, consapevolezza.

INTRODUZIONE

Dall' inizio della pandemia da COVID-19 si è registrato un aumento significativo dei casi di ansia e depressione. Per questo, di recente è stato coniato il termine "Psicopandemia" per via delle conseguenze emotive che sta seminando. In particolare, l'ansia è da sempre uno dei disturbi più diffusi, si stima che circa sei milioni di italiani ne soffrano (<https://www.mindline.it/>).

Ma cosa è l'ansia?

Si tratta di un'emozione che comporta uno stato di attivazione dell'organismo, ma non va neces-



sariamente considerata come un limite. L'ansia è infatti una condizione fisiologica efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni. Tuttavia, quando l'attivazione del sistema di ansia è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle situazioni si è di fronte a un disturbo d'ansia, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni. L'importante in questi casi è imparare a gestirla rivolgendosi ad uno specialista (Boschi e Sprugnoli, 2019).

Cosa è lo stress?

Lo stress è la risposta psicofisica a compiti emotivi e cognitivi percepiti dalla persona come eccessivi. Lo stress si può classificare in:

- Stress acuto: si verifica una sola volta e in un lasso di tempo limitato; è transitorio e intenso.

- Stress cronico: è invece prolungato nel tempo.

Quest'ultimo rappresenta un fattore di rischio poiché deprime le difese immunitarie, oltre ad essere un pericolo per la salute psichica. Provare stress prolungato lacera le risorse emotive, col rischio di non essere in grado di reagire a sfide comuni della vita; nei casi peggiori si possono sviluppare vere psicopatologie (Harris, 2010). Una modalità efficace per imparare a gestire ansia e stress è la pratica della Mindfulness (Williams e Penman, 2016).

I RICONTRI SCIENTIFICI

La Mindfulness è una pratica scientifica nata in ambito medico, ma oggi adoperata anche nelle aziende, nelle scuole, nelle psicoterapie, oltre che nella pratica personale, dopo aver svolto un adeguato training.



I progressi nelle neuroscienze hanno fornito un considerevole contributo nel documentare i benefici per chi pratica la Mindfulness. Le ricerche più recenti indicano che la pratica determini dei cambiamenti significativi e duraturi in specifiche strutture del cervello. In particolare, uno dei benefici più importanti della Mindfulness è la capacità di aumentare l'attività del Sistema Nervoso Parasimpatico (il cosiddetto "sistema della calma") e a diminuire l'attività del Sistema Nervoso Simpatico ("sistema dello stress"). Infatti, gli effetti che si possono evidenziare sono il rallentamento del ritmo respiratorio, del battito cardiaco e della pressione sanguigna, una riduzione di cortisolo (ormone dello stress) e un aumento della serotonina (cosiddetto ormone della felicità) e dopamina (ormone dell'euforia, coinvolto nelle attività di piacere). In funzione di quanto appena detto, ulteriori studi scientifici hanno dimostrato inoltre che le persone con insonnia cronica possono trarre beneficio da tale pratica; è stato riscontrato infatti un miglioramento della qualità del sonno, una riduzione dei tempi di addormentamento, una più rapida ripresa del sonno dopo un risveglio notturno e un sonno più ristoratore. Questo perché spesso l'insonnia è scatenata da fattori legati all'ansia o allo stress (<https://www.stateofmind.it/2015/09/cambiamenti-neurologici-mindfulness/>). Inoltre, uno studio ha evidenziato come soggetti che praticano Mindfulness da diversi anni presentino una maggiore attività nelle regioni del cervello che regolano l'attenzione. Questo indicherebbe il fatto che i praticanti Mindfulness presentino un maggior sviluppo attentivo; ma in generale ricerche successive hanno confermato come la pratica favorisca un miglioramento cognitivo in generale, come ad esempio nell'incrementare la velocità di elaborazione, la memoria e il *decision making* (Bertetti e Pellai, 2018).

Gli studi attuali dimostrano che tali benefici sono evidenzabili anche dopo un breve periodo di pratica: dopo soli quattro giorni di formazio-

ne attraverso una pratica di 20 minuti al giorno. Infine, un ultimo studio effettuato col neuroimaging ha mostrato come su soggetti praticanti si riscontrasse un aumento della materia grigia. L'aumento di materia grigia si è osservato in varie regioni cerebrali favorendo effetti diversi. Vediamoli nello specifico:

- sviluppo dell'Insula, che ha come effetto una maggiore meta-cognizione.
- riduzione delle dimensioni dell'Amigdala, effetto: minore reattività incontrollata.
- aumento delle dimensioni della Corteccia Cingolata Anteriore, effetto: maggiore auto-regolazione attentiva e focalizzazione.
- aumento delle dimensioni Giunzione Temporo-Parietale, effetti: maggiore capacità di percezione somatica.
- Ippocampo, effetto: migliore agilità mentale, flessibilità di pensiero, memoria.
- aumento delle dimensioni della Corteccia Pre-Frontale, effetto: maggiore capacità di pensiero riflessivo (Siegel, 2008).

MINDFULNESS E MULTITASKING

La Mindfulness nasce alla fine degli anni 70' grazie a Jon Kabat-Zinn, docente di medicina. Quest'ultimo sostiene che la Mindfulness ruota attorno a due concetti fondamentali: quello di consapevolezza e quello di concentrazione. Per "concentrazione" si intende la capacità di dirigere l'attenzione nel presente, senza l'interferenza dei pensieri passati e futuri. Per "consapevolezza" invece si intende: dirigere uno sguardo puntuale ma non giudicante a ogni cosa si faccia, si dica, si pensi. Secondo Jon Kabat-Zinn se si è nel passato o nel futuro si rischia di non accorgersi delle opportunità presenti. Infatti, l'obiettivo della pratica è quello di imparare ad accettare la realtà nel momento presente, osservando in maniera distaccata i pensieri negativi

e vedendoli per ciò che sono, ossia come frutti della propria mente che, con la giusta pratica, possono essere compresi e gestiti. Rimanere nel “qui e ora” equivale a non divagare tra passato e futuro e questo permette di risparmiare energie cognitive riducendo così stress e ansia (Kabat-Zinn, 2019).

Un elemento di rischio per la salute mentale è proprio il Multitasking che per molto tempo ha rappresentato la frontiera dell’efficienza e la risposta alle sfide della vita moderna. In particolare, il multitasking è la capacità di occuparsi di diverse attività in contemporanea.

Uno dei primi a dimostrarne invece l’inefficienza è stato Earl Miller, che parla piuttosto di *task-switching*, ossia il saltare velocemente da un’attività all’altra che richiede elevati costi cognitivi; il sovraccarico cognitivo genera una mancanza di concentrazione, memoria, attenzione, riduzione di pensiero critico e maggiore suscettibilità all’errore (Harris, 2010). Come sostiene Levitin (2015), il multitasking comporta un più rapido esaurimento di glucosio ossigenato, la sostanza che ci consente di rimanere concentrati. Lavorare in questa modalità, quindi, causa spossatezza e stanchezza anche solo dopo poche ore. Con il multitasking peggiora il livello di efficienza, perché si diventa più lenti nel passare da un’azione all’altra e incapaci di distinguere, nel bombardamento di stimoli che si ricevono, le informazioni importanti da quelle irrilevanti. Secondo una ricerca della University of London dedicarsi a più attività nello stesso momento riduce il quoziente intellettivo del nostro cervello, come se si stesse fumando marijuana. Tra gli adulti esaminati i ricercatori hanno osservato che il QI si abbassava al livello di quello di un bambino di otto anni. Un’altra ricerca dell’University of Sussex ha dimostrato come i danni al cervello per chi pratica multitasking siano permanenti. Gli studiosi, infatti, hanno condotto esami sul cervello delle persone che passavano il tempo usando diversi strumenti digitali, ad esempio inviando messaggi con il cel-

lulare mentre guardavano la tv e i risultati sono stati sorprendenti. Le immagini ottenute con la risonanza magnetica (MRI scan), hanno provato che chi pratica il multitasking ha una densità inferiore agli altri nella corteccia anteriore cingolata, ossia la regione responsabile dell’empatia e del controllo cognitivo ed emotivo. Levitin (2015), neuroscienziato e psicologo statunitense sostiene che quando lavoriamo in modalità multitasking, il rapido passaggio da un’azione a un’altra (*context switch*) comporta un notevole impegno cognitivo e provoca un incremento della produzione di cortisolo (l’ormone che regola lo stress e che può portare ad atteggiamenti aggressivi) e di adrenalina (l’ormone che ci mantiene in allerta). L’illusione di poter fare più cose contemporaneamente aumenta inoltre la produzione di dopamina, che ci fa sentire momentaneamente soddisfatti e ci induce a produrre un’ulteriore “dose” grazie ad una nuova serie di compiti svolti in rapida successione e alternanza. Già nel 2013 grazie a uno studio coordinato dalla Michigan State University era emersa una correlazione tra il multitasking umano e la tendenza all’ansia e alla depressione.

Bisogna tuttavia evidenziare un altro aspetto: è sicuramente utile che alcune funzioni siano automatiche, soprattutto quelle collegate a funzioni fisiologiche come respirare e mangiare, oltre che quelle attività ripetitive come il lavarsi i denti e il vestirsi. A volte è molto pratico “andare di default”.

Il problema è che quando si attiva il “pilota automatico” si sviluppa quella scissione mente-corpo che è alla base di molti dei disagi psicologici. Lowen (1979) parla di dissociazione mente-corpo: la mente vaga mentre il corpo lo esegue. Si rischia così di perdere “la pienezza del momento presente” perché l’attenzione viene assorbita dalla molteplicità dei pensieri.

Un esempio è il rimuginio, ovvero uno stile di pensiero negativo, analitico, ripetitivo che negli ultimi decenni ha mostrato di avere un impatto fondamentale nel sostenere molti disturbi psi-



cologici. In particolare, è una forma di pensiero strettamente legato all'ansia che, nel tempo, la mantiene e la aggrava. Chi rimugina teme sempre possa avverarsi il peggio, non riesce a valutare possibili alternative per gestire la situazione temuta e utilizza il rimuginio come strategia di controllo di una realtà che appare eccessivamente angosciante. Si pensa erroneamente che il rimuginare possa portare alla soluzione del problema. Alla lunga, chi rimugina si percepisce debole, insicuro e sottomesso dalla pericolosità del futuro, di conseguenza il rimuginio si cronicizza e diventa disfunzionale e maladattivo. Diversa è la ruminazione, cioè un processo cognitivo ricorsivo che si focalizza principalmente sugli stati emotivi negativi interni e sulle loro conseguenze negative. La ruminazione è dunque una forma circolare di pensiero persistente e passivo rivolto a eventi passati ed è legato alla perdita di qualcosa di importante. I pensieri ruminativi possono diventare la causa della comparsa della depressione, del suo mantenimento e aggravamento. (<https://www.stateofmind.it/tag/rimuginio-ruminazione/>)

Una ricerca illuminante sull'argomento è quella di Sapolsky (2012). Secondo Sapolsky sia le zebre che le gazzelle hanno lo stesso "problema": il leone. Le zebre però, non manifestano gli stessi segnali fisici legati allo stress che sono presenti invece nelle gazzelle. La domanda da cui Sapolsky è partito per la sua ricerca è stata: "Perché l'autopsia condotta sulle gazzelle rivelava una forma di ulcera gastrica e quella condotta sulle zebre no?". La differenza fondamentale tra zebre e gazzelle risiede nella corteccia cerebrale. Detta in termini semplicistici le zebre non hanno memoria e quindi quando sparisce il leone dalla loro vista sparisce anche il pericolo; non provano paura fino a che il leone non ritorna nel campo visivo. Le gazzelle invece hanno un cervello più evoluto, più simile a quello degli esseri umani e quindi, anche se il leone non è all'orizzonte, continuano ad avere paura

e ansia costante; è come se il pensiero legato al pericolo del leone ruminasse nella loro mente. Secondo Sapolsky è questa la ragione per cui le gazzelle soffrono maggiormente di ulcera (quest'ultima rappresenterebbe appunto una forma psicosomatica di risposta alla ruminazione). L'obiettivo sarebbe provare a sviluppare una mente più "zebra". Perché per la zebra: passato il pericolo, passato il problema; non le rimane traccia mnestica della minaccia. Invece la nostra mente è simile a quella di una mente gazzella. Anche l'essere umano tende spesso ad avere paura e a ruminare anche dopo che il pericolo è passato e quella paura lo rende vulnerabile anche quando è al sicuro. La scienza afferma che tanto più si è emotivamente in tensione e pieni di ruminazione mentale, tanto più si è stressati e si produce cortisolo, l'ormone dello stress, responsabile di molte malattie psico-fisiche (Cinotti, 2019).

I PILASTRI DELLA MINDFULNESS

Una soluzione per contrastare il disagio psicologico consiste nell'utilizzo di uno strumento clinico quale la Mindfulness, che può essere opportunamente integrato a percorsi di supporto psicologico o di psicoterapia. È importante che il clinico che utilizza tale pratica sia adeguatamente formato. La Mindfulness non intende sostituirsi ad un percorso psicologico ma intende piuttosto integrarsi a quest'ultimo (Kabat-Zinn, 2019). La Mindfulness propone una prospettiva diversa: rimanere dove si è, senza cercare di cambiare nulla. L'obiettivo sarebbe trasmettere ai pazienti il messaggio di: "servirebbe davvero a qualcosa riempirsi la mente di scenari catastrofici che potrebbero non accadere mai?"

La Mindfulness non è un modo per entrare in qualche forma di trance, né una tendenza alla passività: non vi è infatti il tentativo di spingere le persone ad accettare tutto, ad accogliere acriticamente quello che accade. Ma è sicuramente un lavoro mentale per certi aspetti controcorrente. Si parte dal presupposto che i do-

lori e le sofferenze non vadano evitate. Quella dell'evitamento è una vera e propria strategia, in quanto il soggetto si impegna attivamente ad evitare tutto ciò che può suscitare malessere; può evitare luoghi, situazioni o pensieri negativi. Si tratta di una strategia di fuga che nel lungo termine può favorire un peggioramento del malessere (Branden, 2018). La prospettiva mindful della consapevolezza offre una possibilità a prima vista contro intuitiva per il paziente: entrare in relazione più diretta con il disagio, imparare a rivolgere piena attenzione, a fare spazio anche a quello che fa soffrire. Questo concetto è la colonna portante alla base della Mindfulness. Ci sono però anche altri pilastri che ora vediamo nello specifico:

- Non giudizio. È necessario assumere l'atteggiamento di testimoni imparziali nei confronti delle proprie esperienze. Coltivare la consape-

volezza significa evitare di giudicare ciò che sta accadendo. Bisogna solo sperimentarlo e osservarlo. La mente è impegnata costantemente in un'attività giudicante che oscilla tra giudizi negativi e positivi, rendendo difficile trovare uno stato di pace interiore. Nella pratica clinica è importante riconoscere questa attività giudicante ogni volta che si presenta e distaccarsi da essa, osservandola semplicemente, assumendo l'atteggiamento di un testimone imparziale. Quando ci si accorge che un giudizio si presenta non va represso giudicandolo sbagliato. La pratica comporta una sospensione dei giudizi e la semplice osservazione di tutto ciò che si presenta, compresi i pensieri giudicanti. (Williams e Penman, 2016).

- Pazienza. Coltivare la pazienza nei confronti della propria mente e del proprio corpo. È





importante trasmettere al paziente che non è necessario adirarsi se ci si accorge che la propria mente è costantemente impegnata a giudicare o a perdersi nei pensieri; in quanto il vagare tra i pensieri è la normale tendenza della mente umana. Cosa fare allora? Osservare la propria esperienza nel momento in cui si verifica. E come tale, deve essere accolta per quello che è, senza cercare di evitarla. La pazienza permette di essere aperti e di accettare qualsiasi momento così com'è, sapendo che le cose matureranno quando sarà il loro tempo. (Kabat-Zinn, 2019).

- **Mente del principiante.** Implica l'invito a fare le cose della vita quotidiana con occhi nuovi e puerili come se tutto fosse fatto per la prima volta. Invece di reagire agli eventi, questi vanno compresi ed accolti, accantonando le vecchie convinzioni e gli automatismi. Restituire al paziente l'idea che spesso si tende a dare per scontato il quotidiano e questo non permette di coglierne la straordinarietà. Nella pratica clinica assumere la mente del principiante significa aprirsi, abbandonare l'atteggiamento del pensare di sapere già, lasciando cadere ogni aspettativa che si basa su esperienze passate. Osservare ogni cosa, ogni persona come se fosse la prima volta, senza utilizzare il filtro delle proprie opinioni (Cinotti, 2019).
- **Fidarsi di se stessi.** Sviluppare una fiducia di fondo nei confronti delle proprie sensazioni fa parte dell'addestramento alla meditazione. Se si sente che qualcosa per se stessi è sbagliato, è giusto rispettare la propria sensazione. Rispettare i propri bisogni ed intuizioni, senza farsi influenzare dall'esterno. Col paziente si sottolinea il fatto che è fondamentale trovare in se stessi una guida. L'unica cosa a cui si deve aspirare è di arrivare ad essere pienamente se stessi. Coltivare la fiducia in se stessi aiuterà ad aver fiducia anche negli altri e a riconoscere in loro gli aspetti positivi.
- **Non cercare risultati.** Godersi il percorso a prescindere dall'obiettivo che si intende raggiungere. La maggior parte delle cose che si fanno, sono fatte per ottenere un determinato risultato. Nella pratica della meditazione questo rappresenta un ostacolo. Infatti, iniziare la meditazione pensando di rilassarsi, di raggiungere il benessere, di non sentire dolore, di diventare una persona migliore, significa stabilire già un risultato da raggiungere, sottintendendo di conseguenza che, così come si è, non va bene. La meditazione consiste sostanzialmente nel "non fare". Ha il solo scopo di permettersi di essere se stessi. Essere anziché cercare di raggiungere qualcosa (Siegel, 2012).
- **Lasciar andare.** Ci sono pensieri che la mente cerca di trattenere perché piacevoli e altri che cerca di respingere perché dolorosi. È una forma di autoprotezione, ma che nel lungo termine può avere delle conseguenze psicopatologiche. Dunque, la Mindfulness insegna ad accogliere il dolore e a mantenere una mente aperta al cambiamento. Lasciar andare è quindi inteso come non attaccamento, è una forma di accettazione delle cose così come sono. Spiegare al paziente che è importante notare che la mente tende ad "attaccarsi" a determinati pensieri e a respingerne altri. Bisogna limitarsi ad osservare questi pensieri, senza alimentarli ulterior-

mente. Provare ad accettarli, come esperienza del momento e lasciarli andare (<https://mindfulnesspertutti.com/>).

PRATICHE FORMALI E INFORMALI

La Mindfulness non intende favorire un rilassamento quanto piuttosto la consapevolezza. È una pratica che aiuta la persona a “stare con quello che l’esperienza del momento presenta”. Che si provi rabbia, ansia, tristezza o paura, praticando con impegno, la persona impara ad entrare in relazione con le proprie emozioni più difficili in uno modo diverso, aumentando notevolmente il livello di tolleranza rispetto ad esse. Il modo migliore per sviluppare autoconsapevolezza è partire dalla percezione del proprio corpo, dei propri sensi e del proprio respiro. Il respiro infatti va considerato come un “ancora di aggancio” per imparare a notare i propri pensieri ed emozioni e a non rimanervi impantanati, ritenendoli la verità assoluta e non un prodotto della propria mente. Per questo motivo, è essenziale imparare a respirare in modo lento ed essere consapevoli del proprio respirare, respirare cioè in modo mindful. La respirazione stessa è già di per sé una piccola forma di meditazione (Siegel, 2012).

Vi propongo un esercizio base di respirazione che risulterà propedeutico per iniziare le pratiche formali di Mindfulness. Questo esercizio si basa sulla respirazione diaframmatica che è la respirazione naturale e ideale che permette di gestire il proprio stato psico-fisico. Una persona che si trova in una situazione di ansia tende ad avere una respirazione di petto, poco profonda. Infatti, spesso le persone che soffrono di ansia hanno il “diaframma bloccato”, il che impedisce loro di aver un respiro profondo, tipico invece delle persone rilassate. Passiamo alla pratica:

- Bisogna sdraiarsi con la pancia rivolta verso l’alto, su una superficie comoda, con le gambe piegate e i piedi leggermente distanti tra loro e concentrare l’attenzione sulla pancia.
- Iniziare a respirare: mentre si inspira col naso provare a far gonfiare la pancia come se fosse un palloncino. Poi espirare con la bocca e svuotare la pancia più che si può. Ricominciare col ciclo respiratorio.
- Se si nota che il petto si alza significa che non si sta sfruttando il diaframma. Non bisogna preoccuparsi se all’inizio si ha qualche difficoltà, ci vuole un po’ di pratica ma risulterà più spontaneo man mano che si procede con l’allenamento (<https://www.stateofmind.it/2011/11/respirazione-mindfulness/>).

La consapevolezza può essere coltivata in diverse modalità, che si possono distinguere in pratiche formali e pratiche informali. Le pratiche formali sono scandite da un inizio ed una fine, si eseguono in un periodo di tempo stabilito seguendo delle istruzioni specifiche che caratterizzano ogni pratica. Ed è fondamentale ritagliare uno spazio ed un tempo quotidiano per dedicarsi sia alla pratica formale che a quella informale (Goldstein e Stahl, 2016). Infatti, ci si può allenare alla consapevolezza in ogni momento della giornata anche attraverso le pratiche informali. Le normali attività quotidiane, come guidare la macchina, preparare il caffè o lavarsi i denti possono diventare preziosi momenti di consapevolezza, nel momento in cui portiamo una piena presenza in quello che si fa. Si può praticare la Mindfulness informale subito dal risveglio, tenendo presente di cercare di evitare di fare più cose contemporaneamente. Ogni aspetto della propria routine mattutina può diventare una forma di meditazione informale. Ecco un esempio di come poter fare: ci si sveglia e ci si prende qualche momento per osservare il proprio respiro, le sensazioni del corpo sdraiato a contatto con le lenzuola, con il materasso, la temperatura che si percepisce sotto le coperte, la temperatura dell’aria a contatto con le parti scoperte. Osservare la stanza, la luce, e i suoni che giungono. Un altro esempio di pratica informale è la “Meditazione informa-



le della doccia". Ecco come praticarla: quando si fa la doccia, provare a rivolgere l'attenzione alle sensazioni che si provano nel sentire l'acqua a contatto con il corpo. Ci si concentra sui movimenti che si fanno per insaponare, sull'esperienza del sapone scivoloso a contatto con la pelle. Ascoltare il rumore dell'acqua che cambia, a seconda dei movimenti. Asciugarsi sentendo le sensazioni che trasmette il contatto con l'asciugamano (Harris, 2011). Un'ultima pratica informale degna di nota è quella basata sulla *Mindful eating* che utilizza il cibo come oggetto focale. Quest'ultima risulta essere un'attività basata su un approccio innovativo al cibo: non prescrive cosa mangiare e cosa non mangiare, ma insegna come mangiare. Attraverso gradualmente esercizi di alimentazione consapevole e meditazioni, il paziente sviluppa una relazio-

ne salutare con il cibo, basata sull'ascolto dei segnali interni del corpo, sull'uso dei cinque sensi, sulle emozioni, sui pensieri, imparando a disattivare il "pilota automatico" e coltivando accettazione, auto-compassione e perdono. L'attività del mangiare rappresenta uno dei momenti in cui si è maggiormente assorti nei pensieri, spesso si mangia senza degustare e questo potrebbe generare sensazione di insoddisfazione e di non sazietà. Quello che si può provare concretamente a fare durante il momento del pasto è: rallentare la velocità con cui si mangia, osservare i colori del cibo, tastarne la consistenza, odorarne il profumo, degustarlo lentamente a piccoli bocconi, lasciare andare i pensieri che distolgono l'attenzione e tornare a focalizzarsi sul cibo (<https://www.stateofmind.it/2020/12/mindful-eating-alimentazione/>).

Nella Mindfulness non esiste un momento migliore per praticare, tuttavia diversi esperti consigliano il mattino come preferenziale per iniziare la giornata nel miglior dei modi, provando ad allontanare ansie e tensioni mattutine.

È fondamentale scegliere un posto tranquillo e concedersi del tempo (l'ideale sarebbero 20 minuti quotidiani). Inoltre, non esiste una posizione "standard", in quanto uno dei principi è proprio il rispetto del proprio corpo. (Goldstein e Stahl, 2016). Ci sono tuttavia dei punti da rispettare. Nella posizione seduta (che è generalmente quella più utilizzata): mantenere la schiena dritta, collo e nuca allineati, occhi aperti, chiusi o socchiusi, braccia lungo i fianchi, mani in posizione comoda, di solito che poggiano sulle cosce. È importante avere una sedia che permetta di poggiare i piedi per terra. Sarebbe meglio mantenere la schiena lontana dallo schienale per favorire l'attenzione consapevole. Oppure ci si può sedere con i glutei sui talloni, le ginocchia sono unite tra di loro o leggermente distanti; per rendere più comoda questa posizione si può utilizzare un cuscino tra i glutei (https://www.mywayblog.it/come_meditare/). Nella posizione sdraiata: ci si stende su di un tappetino portando le braccia distese lungo il corpo con i palmi rivolti verso l'alto.

Si può utilizzare un cuscino sotto la testa e/o sollevare le ginocchia se si hanno problematiche a livello di colonna vertebrale. Ricorda: mantenere una postura stabile è importante per favorire la consapevolezza, tuttavia è anche importante essere gentili con il proprio corpo. Se si avverte dolore, è giusto permettersi di sentirlo pienamente anche solo per poco, dopodiché si può cambiare posizione, scegliendone una più comoda. Assumere una posizione che permette di sentirsi presente e ben a contatto con le superfici, una postura che dia un senso di calma, di tranquillità, una sensazione di essere presente a se stessi e che trasmetta un senso di dignità. Una postura stabile, ferma, imperturbabile (Williams e Penman, 2016).

I principali programmi basati sulla Mindfulness sono l'MBSR e l'MBCT. Il programma MBSR-*Mindfulness Based Stress Reduction program* (ovvero, in italiano, Programma per la riduzione dello stress/sofferenza basato sulla consapevolezza) è stato il primo programma basato sulla Mindfulness a essere sviluppato. L'MBSR è un intervento evidenced-based che intende proporre un'introduzione efficace alle pratiche di Mindfulness al fine di affrontare molte delle problematiche legate allo stress, inteso come tutto lo spettro che va dal disagio alla sofferenza severa, sia fisica sia psicologica. Il programma MBSR dura due mesi, prevede otto incontri di gruppo settimanali della durata di 2,5 ore, una giornata intensiva e una pratica quotidiana di lavoro a casa. Il programma MBCT-*Mindfulness Based Cognitive Therapy for depressive relapse* (in italiano, Programma di terapia cognitiva basata sulla Mindfulness per le ricadute depressive) è un programma fondato sull'MBSR, a cui si integrano alcuni elementi che provengono dalla Cognitive Therapy. L'MBCT si rivolge specificamente a coloro che soffrono di Depressione Maggiore, in particolare a coloro che hanno alle spalle una storia di ripetute ricadute. L'MBCT è proposto quando la persona è in una fase di remissione e la finalità clinica è quella di evitare o minimizzare le ricadute. Durante il percorso il partecipante apprende le pratiche di Mindfulness sia per comprendere più a fondo in un modo esperienziale sé stesso e i meccanismi e i condizionamenti che lo fanno soffrire. Anche il programma MBCT dura due mesi, prevede otto incontri di gruppo settimanali della durata di 2,5 ore, una giornata intensiva e una pratica quotidiana di lavoro a casa (<https://mindfulnessitalia.it/>).

Per concludere vi propongo un esercizio formale di Mindfulness chiamato esercizio di consapevolezza del respiro, che può essere utilizzato e integrato nella pratica clinica.

«Osserva, allora, per un po' le sensazioni di contatto presenti in tutte quelle parti del corpo che aderiscono con ciò che ti so-



stiene, senti come la forza di gravità ti tiene ancorato al suolo, momento per momento. Durante questo esercizio, come in qualsiasi esperienza di Mindfulness e meditazione, non c'è alcuno stato che vogliamo raggiungere, alcun obiettivo da perseguire, ma semplicemente concederci di accogliere qualsiasi esperienza si presenti alla nostra consapevolezza, momento per momento, con un senso di accettazione, di compassione e di gentile curiosità, e dopo che abbiamo preso consapevolezza della nostra postura e ci siamo ben sistemati, decidiamo di portare la nostra attenzione verso il respiro, in modo che il respiro diventi ora il nostro centro, il nostro riferimento principale, la nostra ancora, non dobbiamo respirare in modo particolare, lasciamo semplicemente che il respiro respiri da sé, come d'altra parte fa sempre, da sempre, dal nostro primo giorno di vita, semplicemente limitiamoci ad ascoltare il nostro respiro, non importa se lento o se veloce, comunque il respiro continua a respirare. In qualsiasi momento potranno comparire dei pensieri che tenderanno ad allontanarci dalla nostra consapevolezza del respiro e del nostro corpo, in questo momento. Quando questo accade semplicemente notiamo che sta accadendo, notiamo che stanno passando dei pensieri, osserviamoli passare, accogliamoli, ma ogni volta cerchiamo di riportare, il prima possibile la nostra attenzione al nostro corpo e al nostro respiro.

Non importa quante volte la nostra mente vagherà altrove, ogni volta ritorniamo nel qui ed ora con il nostro respiro e può essere utile, per portare maggiore consapevolezza al nostro respiro, notare attentamente le sensazioni che il respiro crea a livello dell'addome, notando come cambiano continuamente, a seconda che inspiriamo o espiriamo. Durante l'inspirazione il nostro addome si espande delicatamente e durante l'espirazione si sgonfia e si distende delicatamente. Possiamo anche notare le brevi pause presenti tra un'inspirazione e la successiva espirazione e tra ogni espirazione e la suc-

cessiva inspirazione. Ascoltiamo profondamente questo flusso di vita continuo, interminabile, inarrestabile. Il respiro può veramente diventare la nostra ancora, perché il respiro è ciò che di più reale e concreto e presente abbiamo, momento per momento ed è sempre presente, sempre disponibile, non dobbiamo cercarlo, non dobbiamo chiederlo a nessuno, semplicemente accorgerci di lui e starci insieme, in modo accogliente, gentile, diventando testimoni del nostro respiro.

Puoi anche immaginare di vedere o di percepire realmente l'aria che è carica di ossigeno che entra attraverso le narici e scende in basso fino alla parte bassa dell'addome; per poi fare tutto il percorso inverso dall'addome verso le narici durante l'espirazione. L'aria entra e l'aria esce continuamente, accogliendo qualsiasi esperienza si presenti durante questa nostra osservazione. Potresti anche scegliere, se ti è più agevole, di osservare il respiro a livello del torace, notando come il torace si espande delicatamente mentre inspiriamo e poi si racchiude delicatamente mentre espiriamo, oppure puoi scegliere le narici come centro di osservazione del tuo respiro, notando attentamente le sensazioni che crea l'aria carica di ossigeno mentre entra attraverso le narici ed esce dalle stesse aperture. Ed ora prova a espandere la tua consapevolezza in modo da includere un senso del tuo corpo in modo globale, dalla pianta dei piedi fino alla sommità del capo, prendi consapevolezza di questa sensazione di unità totale, notando come il tuo respiro, ora, si espande ovunque nel tuo corpo, sentendo come ogni parte del tuo corpo, ad ogni inspirazione, si carica di energia e di vita, sentendo, ora come tutto il tuo corpo sta respirando» (<http://www.istitutomindfulness.com/>).

BIBLIOGRAFIA

- Bassanini, A. (2011). Respira lento e in modo "mindful". Retrieved November, 9, 2015, from <https://www.stateofmind.it/2011/11/respirazione-mindfulness/>



- Bertetti, B., & Pellai, A. (2018). *Adolescenti consapevoli. La mindfulness per superare con resilienza le sfide della crescita*. Milano: Franco Angeli.
- Boschi, P., & Sprugnoli, L. (2019). *Superare l'ansia*. Firenze: Demetra Edizioni.
- Branden, N. (2018). *I sei pilastri dell'autostima*. Milano: Tea Editori.
- Cinotti, N. (2019). *Scrivere la mente*. Milano: Morellini.
- Goldstein, E., & Stahl, B. (2016). *Il metodo no stress. Supera ansia, panico e depressione con il programma mindfulness*. Cesena: Macro Edizioni.
- Harris, R. (2010). *La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Trento: Erickson.
- Harris, R. (2011). *Fare ACT. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli.
- Kabat-Zinn, J. (2019). *La scienza della meditazione. Perché la mindfulness è così importante*. Milano: Garzanti.
- Levitin, J. (2015). *The organized Mind: thinking straight in the in the Age of Information Overload*. New York City: Dutton Books.
- Lowen, A., & Lowen, L. (1979). *Espansione e integrazione del corpo in bioenergetica. Manuale di esercizi pratici*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Pizzo, D. (2020). *Mindful eating per condire la vita. La mindfulness applicata all'alimentazione: temi trattati, efficacia dimostrata e sviluppi terapeutici futuri*. Retrieved December, 10, 2020 from <https://www.stateofmind.it/2020/12/mindful-eating-alimentazione/>
- Rimuginio (Worry) e Ruminazione (Rumination). (n.d.). From <https://www.stateofmind.it/tag/rimuginio-ruminazione/>
- Sapolsky, R. (2012). *L'uomo bestiale. La guerra tra uomo e donna e altri incidenti di percorso*. Roma: Orme Editori.
- Scala, A. (2015). *Cambiamenti neurologici nel praticante mindfulness*. Retrieved September, 18, 2015, from <https://www.stateofmind.it/2015/09/cambiamenti-neurologici-mindfulness/>
- Siegel, D. (2012). *Qui e ora. Strategie quotidiane di mindfulness*. Trento: Erickson.
- Siegel, J. (2008). *Mindfulness e cervello*. Milano: Cortina Raffaello.
- Williams, M., & Penman, D. (2016) *Metodo mindfulness. 56 giorni alla felicità*. Mondadori: Milano.

LA RICOSTRUZIONE DEL VERO SE'

IL PERCORSO MULTIDISCIPLINARE NELLA TRANSIZIONE DI GENERE

Teresa Caldara

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio Strategico breve in formazione, esperta in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche e Sessuologia clinica

Valentina Monticelli

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio Strategico breve in formazione, esperta in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche e in Dipendenze patologiche

RIASSUNTO

Il percorso di transizione di genere, comunemente detto "cambio di sesso" e tecnicamente definito "percorso di riassegnazione chirurgica del genere", è un iter psicologico, medico, legale e burocratico che porterà una persona con disforia di genere, ovvero che percepisce una dissonanza tra il suo sesso anatomico e il suo genere percepito, ad annullarla questa distanza intervenendo sul proprio corpo per femminilizzarlo o virilizzarlo, affinché sia conforme a come ha sempre sentito di essere. Si tratta di un percorso di cambiamento esistenziale articolato in più fasi, doloroso sotto molti aspetti, che può durare anche degli anni e richiede, pertanto, una risposta assistenziale adeguata alla soddisfazione del bisogno di stare veramente bene con se stessi. Per realizzare questo percorso di cambiamento, mirato a raggiungere l'autentico benessere psicofisico, nel caso della disforia di genere, è indispensabile il lavoro di un'équipe multidisciplinare e interdisciplinare, dotata di competenze di alto livello. Tutte le figure professionali coinvolte, a prescindere dalla specifica competenza, devono cono-

scere tutte le fasi trattamentali in quanto ogni incontro con lo specialista può diventare un momento in cui soddisfare il bisogno di informazione del soggetto che si appresta ad affrontare un cambiamento importante nel proprio vissuto esistenziale.

PAROLE CHIAVE

cambio di sesso, disforia di genere, iter multidisciplinare, transessualismo, transizione.

DISFORIA DI GENERE E ITER TRATTAMENTALE

La disforia di genere è il termine usato per descrivere la condizione di quelle persone che non hanno una corrispondenza tra il sesso biologico (caratteristiche fisiologiche e anatomiche, come il pene o la vagina) e l'identità di genere (percezione e consapevolezza di essere maschio o femmina) e che, sperimentando tale conflitto, desiderano modificare il loro corpo.

Possono essere o maschi che chiedono una femminilizzazione del loro corpo (Male to Female, MtF) o femmine che ne chiedono una mascolinizzazione.

zazione (Female to Male, FtM). Questi soggetti iniziano a manifestare un forte disagio per la loro condizione soprattutto durante il periodo adolescenziale, in cui sperimentano una forte esigenza a comportarsi e a vivere come una persona appartenente al sesso opposto, ma che si espongono nello stesso tempo ai riscontri negativi del giudizio sociale.

La disforia di genere, essendo una condizione che interessa la fase dell'imprinting sessuale prenatale, non può essere curata né da terapie mediche né da terapie psicologiche poiché **è impossibile riconvertire il sesso psicologico e adeguarlo al sesso biologico**.

Diagnosticare la disforia di genere è piuttosto complesso poiché non esistono dei test psicologici ad hoc e spesso i pazienti non arrivano comunicando dei sintomi specifici ma portando con sé una diagnosi autoriferita. La componente principale della diagnosi rimane comunque la **marcata incongruenza tra il genere assegnato alla nascita e il genere a cui si sente e si vuole appartenere**; ciò deve essere associato a una sofferenza clinicamente significativa o a una compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

Il soggetto che si presenta all'attenzione medica per una presunta disforia di genere deve iniziare un percorso, che la World Health Professional Association for Transgender Health (WPATH) ha cercato di impostare, attraverso gli "Standards of Care", ovvero linee guida contenenti i criteri minimi del trattamento e incentrate sulla multidisciplinarietà e integrazione delle risposte di cura all'interno di un percorso di transizione, ovvero nel cammino attraverso il quale la persona si riappropria del genere al quale sente di appartenere realmente.

L'equipe multidisciplinare è composta dalle seguenti figure professionali:

- psichiatra con il compito di effettuare la diagnosi di disforia di genere;

- psicoterapeuta per sostenere il paziente durante le fasi che precedono, accompagnano e seguono la terapia ormonale e chirurgica;
- endocrinologo per la terapia ormonale;
- chirurgo (urologo o plastico ricostruttivo) per la riconfigurazione dei caratteri sessuali.

Il proposito fondamentale degli standard di cura è di articolare in modo organizzato il consenso tra le suddette professioniste riguardo al management psicologico, medico e chirurgico della disforia di genere.

Il trattamento della disforia di genere offre diverse soluzioni terapeutiche, che comprendono:

- *cambio di espressione e del ruolo di genere (o esperienza di vita reale)*, ovvero, il vivere sempre o quasi sempre in un ruolo di genere diverso, coerente con la propria identità di genere;
- *terapia ormonale* per femminilizzare o mascolinizzare il corpo;
- *chirurgia* per cambiare le caratteristiche sessuali primarie o secondarie;
- *psicoterapia (individuale, di coppia, familiare o di gruppo)* con lo scopo di esplorare le varie identità/ruoli/espressioni di genere, modificare l'impatto negativo dello stigma sociale e del pregiudizio, migliorare il supporto sociale, affinare l'immagine del corpo e promuovere la capacità di recupero e integrazione del nuovo sé;
- *follow-up* per garantire il benessere della persona dopo l'intervento, con tre incontri generalizzati e obbligatori a 6 mesi, 1 anno e 2 anni dall'intervento chirurgico.

La maggior parte di questi trattamenti, ad esclusione della psicoterapia, sono accessibili previa certificazione attestante la diagnosi di disforia di genere.

È interessante notare che, mentre molti individui necessitano sia di cure ormonali che chirurgiche



per alleviare la propria disforia di genere, altri necessitano solo di uno di questi trattamenti e spesso alcuni, con l'aiuto della psicoterapia, riescono a ridurre il disagio e a trovare modalità alternative per compensare l'incongruenza esperita senza ricorrere a trattamenti medici.

LA FASE DIAGNOSTICA

La prima fase del percorso di transizione è di tipo diagnostico, osservazionale e informativo. Prima che sia preso in considerazione qualsiasi tipo d'intervento fisico, è necessaria infatti un'accurata analisi della domanda, un'esplorazione estensiva delle risorse personali, socio-familiari del soggetto, una valutazione puntuale del funzionamento psichico al fine di rilevare eventuali psicopatologie e la raccolta di tutti gli elementi utili per una corretta diagnosi di disforia di genere.

Nell'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5) i criteri diagnostici per la disforia di genere, distinti in

"criteri riferiti a bambini" e "criteri riferiti ad adolescenti e adulti", sono i seguenti:

- a) una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:
 1. una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e secondarie;
 2. un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie;
 3. un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie/secondarie del genere opposto;
 4. un forte desiderio di appartenere al genere opposto o a un genere alterativo;

5. un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto o a un genere alterativo;
6. una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto o di un genere alterativo.

b) la condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

Dovrà essere effettuato un'accurata diagnosi differenziale con i disturbi della differenziazione sessuale (valutazione di cariotipo, dosaggi ormonali ed esame obiettivo) e con le condizioni psichiche potenzialmente confondibili con la disforia di genere. Tra queste, una semplice non conformità allo stereotipo di genere, omosessualità egodistonica, crisi adolescenziale con disagio riguardo al genere, feticismo da travestimento, schizofrenia, gravi disturbi di personalità e dismorfismo corporeo.

Si dovranno, inoltre, annotare "le specificazioni sull'orientamento sessuale", ovvero il genere biologico verso il quale una persona dirige il proprio desiderio sessuale e verso cui si sente sessualmente attratta. Nel corso di tale valutazione, viene stabilito se si tratta di disforia di genere con o senza disturbi della differenziazione sessuale (DSD), che rappresentano un gruppo eterogeneo di rare e complesse condizioni con un quadro clinico estremamente variabile, estendendosi da un fenotipo femminile normale a quello di un maschio infertile o con lieve ipovirilizzazione.

Oltre ai colloqui, a supporto della diagnosi, è prevista anche la somministrazione di una batteria di test psicodiagnostici finalizzati a effettuare l'esame della struttura di personalità (struttura dell'Io, meccanismi di difesa e senso di realtà), delle problematiche relative all'identità di gene-

re (storia sessuale, desiderio di cambiamento di sesso, vissuto corporeo), delle motivazioni profonde per la richiesta di riconfigurazione chirurgica del sesso (RCS) e indagine delle aspettative circa l'intervento chirurgico.

I test che vengono più comunemente utilizzati sono: W.A.I.S. (Wechsler Adult Intelligence Scale), T.A.T. (Thematic Apperception Test), Test di Rorschach, Z-Test (Zulliger Test), D.F.U. (Disegno della Figura Umana), M.M.P.I.-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e il Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults (GIDYQ-AA).

Una volta confermata la diagnosi, il soggetto deve poi essere informato su tutte le procedure e i trattamenti previsti, nonché sui rischi connessi e sull'irreversibilità di alcuni di essi. Bisogna, inoltre, discutere con lo stesso riguardo alle aspettative più o meno realistiche relative ai benefici del trattamento e aiutarlo a valutare le varie possibilità terapeutiche.

Sulla base dell'equilibrio psichico del paziente, delle sue difficoltà, risorse e aspettative relative al percorso, si valuterà l'eleggibilità o meno al trattamento.

Qualora coesistano elementi di rilievo psichiatrico o altre problematiche psicologiche o comportamentali, quali ad esempio le tossicodipendenze e altre problematiche mediche (es. preesistente condizione di trombofilia, neoplasia estrogeno sensibile, stadio terminale di malattia epatica cronica), la risoluzione terapeutica di esse viene ritenuta primaria rispetto alla richiesta di riattribuzione del sesso.

I Percorsi Psicologici Nella Disforia di Genere

È opportuno specificare che negli Standards of Care della World Professional Association for Transgender Health (WPATH), la consulenza psicologica e la psicoterapia non sono considerate un requisito necessario e obbligato sia per ottenere l'intervento chirurgico sia per avviare l'iter per la rettifica anagrafica del sesso.



In Italia le linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG), che si basano su quanto disciplinato dalla WPATH, invece, introducono criteri più stringenti, ovvero, l'aver intrapreso una psicoterapia o altro percorso psicologico, da almeno 6 mesi come requisito inevitabile per accedere alla terapia ormonale. Questo sembra in contrasto con le linee guida WPATH e, insieme ad altri aspetti, è stato oggetto di ricorso da parte di associazioni di attivisti transgender per la non corrispondenza tra le linee guida internazionali e quelle italiane. Mentre le prime ribadiscono l'importanza di un trattamento il più possibile individualizzato per tutelare l'eterogeneità della varianza di genere, quelle italiane sembrano mirare ad un' uniformità degli interventi, che vengono oltretutto allungati, senza comprendere se ciò risponde a un bisogno di maggiore tutela verso il soggetto o verso il professionista.

Tuttavia, pur non essendo obbligatorio, secondo le linee guida internazionali, un percorso psicoterapeutico per persone transessuali è fortemente raccomandato ed è predittivo di un positivo esito post-chirurgico. Ad oggi in letteratura non ci sono informazioni riguardo alla percentuale di soggetti che non necessitano di psicoterapia. L'unico studio a occuparsi del tema è un lavoro di Seikowski (2007) che, basandosi sulle risposte a dei test psicometrici, ha osservato che su 430 soggetti con disturbo dell'identità di genere frequentanti una struttura sanitaria in Germania tra il 1988 e il 2000, solo i 2/3 non necessitavano di una psicoterapia strutturata.

Bisogna evidenziare comunque che nella maggior parte dei casi, il ricorso alla figura dello psicologo/psicoterapeuta rappresenta ormai una prassi consolidata. I percorsi psicologici non si dovrebbero limitare a proporre un mero percorso per la diagnosi differenziale e un sostegno psicologico nel processo di adeguamento endocrinologico e chirurgico. All'interno dell'iter diagnostico e dei vari adeguamenti somatici, l'intervento psicologico dovrebbero mirare a inserirsi in un percorso

di evoluzione personale e di autoconsapevolezza, che consenta alla persona un benessere reale, globale e protratto nel tempo, ove l'intervento di riattribuzione chirurgica del sesso può diventare solo una delle possibili alternative e soluzioni.

Gli interventi psicologici, siano essi configurabili come counseling di sostegno o come percorsi psicoterapeutici più stabili e durevoli, mirano a chiarire e sostenere il processo di consapevolezza dell'identità personale, lasciando inizialmente sullo sfondo la problematica di genere. Tendono a consolidare la forza dell'io attraverso esperienze espressive e integrative mirate sia a stimolare le potenzialità creative in direzione di una vita sempre più soddisfacente sia per quanto riguarda il raggiungimento di un migliore equilibrio interiore ed esteriore sia per ciò che concerne la diminuzione del carico di sofferenza soggettiva.

Tali percorsi psicologici, che si possono svolgere in incontri individuali e di gruppo, sono ritenuti indispensabili, altresì, per elaborare tematiche inerenti all'identità e alla struttura di personalità, per sostenere e integrare le modificazioni ormonali, somatiche e le esperienze relazionali e sociali della persona, oltre che per favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e la sua integrazione sociale.

Le decisioni sui cambiamenti nel ruolo di genere e sugli interventi medici per la disforia di genere hanno implicazioni non solo per il soggetto stesso, ma anche per le loro famiglie. Lo psicologo può anche assistere i soggetti nel prendere decisioni ponderate su come comunicare ai familiari e alla propria rete sociale la propria identità di genere e le proprie decisioni terapeutiche. La terapia familiare può includere il lavoro con coniugi o partner, così come con bambini e con gli altri membri della famiglia allargata.

Non sempre però il lavoro psicologico nel campo della disforia di genere si rivela praticabile. La psichiatra francese Colette Chiland (2000), at-

tingendo dal suo lavoro con soggetti transessuali in un centro specializzato, ha evidenziato che tra i fattori che rendono difficile la psicoterapia vi è il dato che i soggetti sono totalmente concentrati sul corpo e sulla riconfigurazione dei tratti sessuali del sesso desiderato, che escludono il coinvolgimento di qualsiasi elemento psichico.

Le difficoltà sembrano potersi ascrivere anche al fatto che, raramente, il paziente transessuale porta allo psicologo/psicoterapeuta spontaneamente una domanda di esplorazione di sé, ma si rivolge ad esso su richiesta di un terzo, ossia dell'istituzione incarnata nel giudice. In questa situazione si crea, tra il soggetto e il terapeuta, una difficoltà relazionale di fondo in cui il lavoro psicologico viene inteso solo come una tappa burocratica. L'obiettivo invece deve essere, in primis, quello di spostare il focus da quello di "corpo sociale/giudice-psicologo" a quello di "utente-psicologo" e la persona transessuale dovrebbe essere aiutata a percepire il terapeuta come qualcuno con cui, stabilendo una buona alleanza terapeutica, prendere contatto con parti di sé confuse e sofferenti.

A prescindere dall'orientamento teorico, gli obiettivi generali della psicoterapia con un soggetto con disforia di genere orientato al percorso di transizione, devono essere i seguenti:

- riuscire a massimizzare il benessere psicologico complessivo della persona, la sua qualità di vita e la realizzazione di sé;
- aiutare il paziente a conoscersi meglio, a facilitare la sua ricerca di autenticità senza preconcetti, ad avere un'estesa consapevolezza della sua personalità, della sua sessualità e delle sue relazioni. E' utile in questo processo una prospettiva storica che aiuta il paziente a capire lo sviluppo della sua identità di genere e di altri aspetti della sua personalità;
- renderlo consapevole delle varie opzioni per risolvere la sua disforia di genere: il paziente

deve valutare i benefici e i costi, i vantaggi e gli svantaggi di ogni opzione;

- trattare le altre problematiche psicopatologiche che potrebbero coesistere, ad esempio disturbi del tono dell'umore o abuso di sostanze;
- aiutare il paziente riguardo alla determinazione dei propri progetti di vita e al modo di attuarli, per garantirgli uno stile di vita stabile e un maggiore equilibrio interiore ed esteriore a lungo termine con probabilità realistiche di successo nelle relazioni interpersonali nei vari contesti di vita e nell'espressione dell'identità di genere.

Il ruolo del terapeuta deve essere flessibile e teso a raggiungere l'obiettivo che di volta in volta è prioritario per il paziente, a seconda dello stadio di consapevolezza e transizione in cui il paziente si trova e sempre all'interno di una relazione d'autentica in cui possa sentirsi compreso e non giudicato.

Lev Arlene Istar (assistente sociale clinica nordamericana, terapeuta familiare ed educatrice) individua, in questo processo, sei stadi:

1. *consapevolezza*: il paziente sta prendendo consapevolezza della propria identità di genere. L'obiettivo terapeutico in questo stadio è di fornire una base sicura in cui il paziente possa esplorare i propri pensieri senza spaventarsi, senza prendere decisioni o direzioni;
2. *ricerca di informazioni*: il paziente ricerca informazioni e spesso è impaziente di iniziare un percorso di adeguamento. Il terapeuta deve assistere il paziente nella ricerca di informazioni sicure e gestire la sua impazienza, senza prendere decisioni affrettate;
3. *apertura verso persone significative*: è un momento molto difficile e doloroso, in cui il terapeuta deve mantenere un atteggiamento equidistante tra il paziente e i familiari e ren-



dersi disponibile a bilanciare la necessità di espressione del paziente e la difficile accettazione da parte delle sue figure significative;

4. *esplorazione e identità*: il paziente prende sempre più consapevolezza della sua identità e inizia a esplorare un ruolo di genere desiderato. Il ruolo del terapeuta è quello di assistere il paziente nella sua esplorazione, aiutandolo a prendere in considerazione le varie scelte possibili e le loro conseguenze;
5. *esplorazione, modifiche corporee e transizione*: è questa la fase della terapia ormonale e dell'esperienza di vita reale. Compito del terapeuta è assistere il paziente in questo processo di transizione, monitorarne i progressi e offrire sostegno, senza interferire nelle sue scelte, ma assicurandosi che ne capisca a pieno la portata e le conseguenze.

L'ESPERIENZA DI VITA REALE O "REAL LIFE TEST"

La fase successiva alla diagnosi e alla valutazione positiva riguardo all'eleggibilità al trattamento, consiste nella cosiddetta "esperienza di vita reale o Real Life Test (RLT)", ovvero un periodo di almeno un anno in cui il soggetto effettua un tentativo pratico di vivere a tempo pieno come membro del sesso desiderato.

Tale esperienza, vista l'irreversibilità del percorso che il soggetto si accinge a intraprendere, rappresenta un pre-condizione per l'intervento medico.

Durante tale periodo il soggetto vive stabilmente negli abiti e nel ruolo del sesso desiderato, in modo da gestire la propria identità di genere nella quotidianità, così da confermare o meno a se stesso il desiderio di ricorrere all'intervento chirurgico.

Inoltre, costituisce una vera e propria fase di integrazione sociale, dove il soggetto si mostrerà

agli altri così come si sente veramente e si confronterà con le risposte dell'ambiente rispetto al suo progressivo cambiamento.

Questa esperienza serve a valutare il funzionamento nel genere preferito e l'adeguatezza del supporto sociale, economico e psicologico. Permette al soggetto e ai professionisti che lo seguono, di monitorare l'esperienza di vita nel ruolo desiderato e di osservare le interazioni con gli altri. Senza tale esperienza il soggetto conoscerebbe solo le sue convinzioni e fantasie private riguardo alla sua appartenenza al sesso opposto. Queste potrebbero essere irrealistiche e portare ad attese magiche riguardo ai risultati dell'intervento.

L'esperienza di vita reale andrebbe intrapresa per gradi, ovvero, prima in un ambiente di fiducia e dopo in pubblico.

La versione più recente (settima versione) degli Standards of Care (SOC) della World Professional Association for Transgender Health (WPATH), pubblicata nel 2011, rispetto a quella precedente del 2001 ove erano contenuti sette criteri specifici, è più ambigua e non elenca alcun parametro. Afferma semplicemente che l'individuo dovrebbe vivere a tempo pieno nel suo ruolo di genere preferito continuamente per tutta la durata dell'esperienza e che la documentazione di un cambio di nome e/o indicatore di genere può essere presentata come un modo per fornire la prova che il Real Life Test (RLE) è stato completato.

LA TERAPIA ORMONALE

Dopo che è stata posta la diagnosi, la persona viene affidata all'endocrinologo per i trattamenti finalizzati a ridurre le caratteristiche fenotipiche del proprio sesso biologico e acquisire le sembianze di quello desiderato. La terapia ormonale è un momento molto importante poiché l'assunzione di farmaci permette di realizzare i primi cambiamenti visibili sul proprio corpo e caratteristici del sesso desiderato.

L'endocrinologo, oltre a raccogliere l'anamnesi fisiologica e patologica, procede all'esame obiettivo, richiede esami generali, ormonali e genetici, illustra le modalità di gestione del trattamento ormonale e informa come alcuni effetti della terapia possono avere risultati irreversibili.

La terapia endocrinologica prevede due fasi fondamentali:

1. annullamento delle caratteristiche sessuali del sesso d'origine (demascolinizzazione o defemminilizzazione), attraverso il blocco della sintesi degli ormoni e contrasto degli effetti ancora attivi;
2. induzione delle caratteristiche sessuali del sesso opposto (femminilizzazione o virilizzazione), attraverso l'incremento progressivo della presenza degli ormoni del sesso desiderato.

Le due fasi avvengono sempre lentamente e dipendono dalla sensibilità recettoriale della singo-

la persona: da 8 a 24 mesi per la transizione MtF e fino a 36-48 mesi per quella FtM.

Nell'adeguamento Maschio-Femmina (MtF) le modifiche dei tratti somatici possono essere ottenute unendo agli estrogeni femminilizzanti un farmaco antiandrogeno associato ad un derivato progestinico. Tale associazione, per 10 giorni al mese, riduce al minimo la dose di estrogeni necessaria per sopprimere il testosterone, diminuendo così anche i rischi associati.

Gli effetti che si determinano sono:

- *corpo*: il trattamento produce una redistribuzione del grasso e soprattutto un incremento su cosce, natiche e mammelle; il tessuto muscolare tende a ridursi di volume e di tono.
- *voce*: il trattamento non determina modificazioni significative;
- *peli*: si determina un rallentamento della crescita dei peli e della barba. Tuttavia né gli uni né l'altra sono completamente eliminati, pertanto





è necessario ricorrere alle più recenti tecniche di rimozione dei peli mediante l'utilizzo del laser;

- **mammelle:** il trattamento conduce a uno sviluppo altamente individualizzato delle mammelle. È consigliabile effettuare annualmente ecografie mammarie di controllo, soprattutto in individui che abbiano effettuato interventi di mammoplastica additiva con protesi.
- **genitali:** il trattamento determina sia una diminuzione della frequenza dell'erezione spontanea e della sua durata sia la scomparsa graduale dell'eiaculazione. Può anche verificarsi una riduzione di volume e di consistenza dello scroto e del pene.

L'utilizzo degli estrogeni e degli antiandrogeni influenzano anche le funzioni cognitive ed emotive della persona: in particolare durante il trattamento può verificarsi una riduzione della libido sessuale e un aumento dell'aggressività. Inoltre gli ulteriori effetti collaterali legati alla somministrazione di queste sostanze possono comportare:

- una sindrome depressiva;
- un aumento della prolattina con la rarissima possibilità di insorgenza di un eventuale adenoma ipofisario prolattino-secernente;
- ipertensione arteriosa;
- incremento della transaminasi con possibile danno epatico;
- perdita della capacità riproduttiva per danno irreversibile sui tubuli seminiferi testicolari, sede dove avviene la maturazione degli spermatozoi.

Nell'adeguamento Femmina-Maschio (FtM) le modifiche dei tratti somatici possono essere ottenute con l'uso del solo ormone mascolinizante

(testosterone) in dosi sufficienti a bloccare il ciclo mestruale e a indurre una progressiva androgenizzazione, così da determinare i seguenti effetti:

- **corpo:** il testosterone determina una diminuzione e redistribuzione del grasso di tipo maschile, comportando un incremento di volume e muscolatura con conseguente aumento di peso;
- **pelle:** la pelle diventa seborroica e acneica per l'azione degli androgeni che stimolano le ghiandole sebacee;
- **peli:** il testosterone fa aumentare i peli sulla superficie corporea e determina la comparsa della peluria e della barba. Il tempo e i risultati del trattamento variano in funzione delle caratteristiche dei bulbi peliferi, già geneticamente presenti sull'organismo;
- **voce:** il testosterone comporta un ispessimento delle corde vocali e quindi una tonalità della voce più bassa e rauca dai connotati maschili;
- **mammelle:** in alcuni casi si verifica una riduzione del volume complessivo della mammella in quanto il testosterone riduce la massa adiposa;
- **genitali:** il testosterone comporta la scomparsa del ciclo mestruale e l'aumento del clitoride.

L'uso del testosterone può comportare:

- **aumento di peso:** è pertanto fondamentale seguire una dieta e praticare attività fisica;
- **perdita dei capelli:** può essere utile utilizzare prodotti specifici anticaduta per prevenire l'eventuale diradamento e caduta di capelli;
- **emozioni e attività sessuale:** si può verificare un aumento del desiderio sessuale e dell'aggressività che possono essere elaborati all'interno del percorso psicoterapeutico, per consentire alla persona una miglior conoscenza di sé e la possibilità di sperimentare diverse e più ampie modalità di gestione del proprio vissuto emotivo.

L'INTERVENTO PER LA RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEL SESSO (RCS)

Le persone con disforia di genere spesso richiedono di adeguare il proprio corpo alla propria psiche ricorrendo alla medicina e alla chirurgia per modificare gli organi sessuali primari e secondari al fine di riconoscersi in un corpo coerente alla propria identità di genere.

L'intervento chirurgico per l'adeguamento dei caratteri sessuali in Italia è stato legittimato con la legge n. 164 del 14/04/1982 "Norme in materia di rettificazione di sesso" e deve essere autorizzato con una sentenza del tribunale territorialmente competente che, se lo ritiene necessario, nomina un consulente tecnico d'ufficio (ad es. se non si è presentata una perizia autonomamente o nel caso sia prassi consolidata in quella sede).

Con la sentenza positiva del tribunale ci si può rivolgere alle strutture ospedaliere per richiedere gli interventi chirurgici.

Gli interventi di riassegnazione o riconversione chirurgica del sesso (RCS) devono essere eseguiti da un'équipe chirurgica collaudata e in strutture sanitarie adeguate in cui siano presenti tutte le branche della medicina e della chirurgia al fine di sopperire ad ogni possibile complicanza o necessità.

I criteri per la riassegnazione chirurgica del sesso (RCS) sono i seguenti:

- a) disforia di genere persistente, ben documentata;
- b) capacità di prendere una decisione pienamente consapevole e di dare il consenso al trattamento;
- c) maggiore età in un dato paese;
- d) se sono presenti significative problematiche mentali o mediche, devono essere ben controllate;
- e) 12 mesi consecutivi di terapia ormonale a seconda degli obiettivi di genere del paziente (a

meno che il paziente abbia delle controindicazioni mediche o non sia in grado o non voglia assumere ormoni);

- f) 12 mesi consecutivi di vita nel ruolo di genere congruente con la propria identità di genere.

Per la chirurgia da femmina a maschio, sono previsti i seguenti interventi:

- rimozione dei seni (mastectomia bilaterale);
- asportazione di utero e ovaie (istero-annessotomia);
- falloplastica o metaoidoplastica per modellare il pene. La differenza tra le due tipologie di intervento consiste nel tipo di struttura usata per la creazione del fallo: la prima opzione usa tessuti prelevati da altre parti del corpo, mentre la seconda utilizza il clitoride esistente, ingrandito mediante la terapia ormonale;
- scrotoplastica per la realizzazione dello scroto, ovvero la sacca che racchiude i testicoli.
- Per la chirurgia da maschio a femmina, invece:
- rimozione dei testicoli (orchietomia) e asportazione del pene (penectomia);
- realizzazione della vagina (vaginoplastica) e della vulva (vulvoplastica) con la creazione dei genitali esterni (clitoride, grandi e piccole labbra);
- protesi mammarie, per la realizzazione del seno (mammoplastica);
- chirurgia di femminilizzazione della faccia, chirurgia vocale, riduzione della cartilagine tiroidea e altre procedure estetiche.

LA CHIRURGIA DEL SESSO MALE TO FEMALE: LA VAGINOPLASTICA

L'intervento di vaginoplastica rappresenta l'intervento di riconversione androginoide, ovvero di

riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali MtoF e si basa sul completo disassemblamento penieno e sull'utilizzo di tutti i componenti anatomici disassemblati (eccetto i corpi cavernosi) per la creazione della vagina. Sono, infatti, previste due fasi:

- **una prima fase "demolitiva" (emasculatio):** in cui si asportano i testicoli, i corpi cavernosi del pene, la porzione distale dell'uretra e si riduce il glande, mantenendo integro il suo fascio vascolo-nervoso.
- **una seconda fase "ricostruttiva":** si confezionano sia la neovagina e i genitali esterni il più possibile simili a quelli del sesso femminile, utilizzando i lembi di cute peniena e perineo scrotale sia il clitoride con la restante porzione di glande, innervato e vascolarizzato dal fascio vascolo-nervoso dorsale del pene. Il chirurgo dovrà porsi due importanti obiettivi: funzionale (in relazione alla profondità e ampiezza della cavità creata) ed estetico (di grande importanza psicologica per il paziente).

Per la ricostruzione delle neovagina, in base alla scelta del tipo di innesto da utilizzare, si distinguono diverse metodiche chirurgiche: *tecnica del Flap peno-scrotale* (cute del pene e dello scroto), *tecnica dell'inversione di cute peniena* (tessuto del pene), *tecnica di Perovic* (segmento di uretra) e *colon-vaginoplastica* (utilizzo del colon).

L'intervento consta di vari tempi che, dal punto di vista anatomico e fisiologico, possono essere distinti in due fasi principali:

1. **Castrazione:** si esegue un'ampia incisione perineale a racchetta lungo il rafe mediano dallo scroto sino al perineo scrotale, il lembo di cute così ottenuto viene rovesciato verso il basso mantenendo sottocute e grasso e preservando la vascolarizzazione proveniente dal basso. Si esegue l'orchietomia, ovvero l'asportazione dei testicoli e dei funicoli spermatici. Il grasso peritesticolare viene risparmiato con lo scopo di secondario

riempimento e modellamento delle grandi labbra. Viene quindi dissezionato il pene: si separa il glande dall'asta e si disseziona il fascio neurovascolare dorsale del pene dai corpi cavernosi sottostanti. I corpi spugnosi vengono resecati con incisione alla base del pene per prevenire che la stimolazione erogena, che ne provoca il rigonfiamento causi la costrizione della neo-vagina durante un rapporto sessuale.

2. **Creazione della neovagina:** senz'altro il tempo più complesso, che si articola in varie fasi. I corpi cavernosi vengono invece resecati lasciandone una piccola parte che costituirà la base del neo-clitoride, costituito dalla regione dorsale del glande precedentemente disseccata. Si crea quindi una tasca interna nella regione interposta tra il retto e l'asta del pene, si inverte la pelle del pene che viene cucita per creare un fondo cieco e la si inserisce in questo spazio creato. La fase successiva consiste nell'ampliamento della cavità neovaginale, realizzando uno scollamento tra uretra, complesso prostatico-vescicolare e vescica anteriormente e retto posteriormente, fino a livello della riflessione peritoneale del Douglas. In questa sede, facendo trazione sul catetere, si apprezza con il dito nella profondità del cavo creato, il palloncino del catetere in vescica. Si misura con tutore centimetrato la profondità ottenuta, che deve essere almeno di 12 cm. Questo è il passaggio più rischioso per le lesioni del retto e dell'uretra membranosa. Si accorcia quindi l'uretra e si crea un nuovo meato uretrale. Si posiziona quindi il neoclitoride, si procede con l'esteriorizzazione dello stesso e del meato uretrale, con la creazione del prepuzio clitorideo e delle piccole labbra vaginali. Limitate dalle costrizioni anatomiche, le dimensioni medie della neovagina così creata sono di 12 cm di lunghezza su 3 cm di diametro. La pelle dello scroto viene impiega-



ta per la creazione delle grandi labbra vaginali e si inserisce uno stent nella neo-vagina per mantenerla dilatata. Una volta terminate le suture, si inserisce un intruso vaginale costituito da garze imbevute di betadine e gentalin in modo da far aderire il cilindro cutaneo ai tessuti circostanti. Tale intruso, insieme al catetere vescicale, rimarrà in sede per 4 giorni insieme ad una fasciatura compressiva e, dopo la sua rimozione, inizieranno le manovre di dilatazione con dilatatori progressivi, a calibro e lunghezza crescente, per un totale di 2-3 dilatazioni giornaliere. L'attività sessuale di tipo penetrativo è consentita a partire dal secondo mese dopo l'intervento chirurgico e, in assenza di un'attività sessuale regolare, si continua con le dilatazioni vaginali.

LA CHIRURGIA DEL SESSO FEMALE TO MALE: LA FALLOPASTICA

L'intervento chirurgico di falloplastica rappresenta un percorso molto impegnativo e complesso nell'ambito della chirurgia ricostruttiva genitale. Il pene e l'uretra maschile, molto più lunga di quella femminile, consentono all'uomo funzioni uniche ed estremamente difficili da ripristinare come erezione, eiaculazione e mitto (deflusso) urinario in stazione eretta.

Per quanto riguarda la ricostruzione del neofallo negli anni sono state proposte molte metodologie chirurgiche che utilizzano diversi innesti liberi di tessuto, tuttavia nessuna consente una ricostruzione peniena soddisfacente. Le tecniche proposte sono numerose e essenzialmente si dividono in:

- a) tecniche che utilizzano tessuti locali per costruire il neo-fallo (lembo sovrapubico) "Falloplastica con lembo sovrapubico": si basa sul confezionamento e ribaltamento di lembi cutanei di vicinanza, sovra pubici tubulizzati e derotati; consente di ricavare penoidi di discreto volume, con possibilità di costruire un'uretra di buon calibro e di inserire successivamente una protesi peniena. Nei casi di addome piccolo, ipoderma scarso o cute tesa, l'uso preventivo di espansori posti in sede sovra e sotto ombelicale, permette di ottenere un'area maggiore per la costruzione del neofallo e per la successiva addominoplastica. In regione ipogastrica viene scolpito, sul piano fasciale, il lembo rettangolare sovrapubico con base inferiore, largo 12-14 cm e alto 13-15 cm. Nella regione inguinale (destra o sinistra) viene scolpito un lembo inguinale (groin flap) lungo 14 cm e largo 4-5 cm, centrato sulla proiezione del legamento inguinale. Questo lembo, tubulizzato intorno

a un catetere, costituisce il canale uretrale, intorno al quale verrà avvolto il lembo sovrappubico per costruire il neo-fallo (tecnica del "tubo dentro un tubo"). L'aboccamento della neo-uretra al meato originario può essere effettuato subito o dilazionato a un tempo successivo, dopo controllo del buon funzionamento dell'uretra. L'ombelico viene riposizionato nella sede corretta. Residua una cicatrice trasversale sovrappubica, tipo addominoplastica, in genere ben accetta dagli interessati.

b) tecniche che utilizzano lembi liberi prelevati da altre regioni e trasferiti nella sede appropriata con tecniche microchirurgiche:

- Falloplastica con lembo libero antibrachiale (lembo cinese): uno dei metodi più comuni e diffusi che utilizza un tessuto prelevato dall'avambraccio. Tale intervento lascia però una sgradevole cicatrice, vi sono complicazioni uretrali (fistole e stenosi uretrali), e spesso si ricostruisce un pene di piccole dimensioni che non consente il posizionamento di protesi peniene. Il lembo viene scolpito sull'avambraccio non dominante, dopo aver effettuato il test di Allen per verificare l'adeguatezza della circolazione. Le dimensioni delle isole cutanee variano in base alla costituzione del soggetto, in genere 10-13 cm di larghezza e 12-15 cm di lunghezza. Sul lembo viene compresa, sul lato ulnare perché più povero di peli, una striscia larga 3 cm che servirà per la costruzione della neo-uretra. Dopo aver isolato il lembo con i vasi e nervi tributari (vene basilica e cefalica, arteria radiale e vene comitanti, nervi antibrachiali), il neo-fallo viene confezionato sull'avambraccio. La striscia di cute del lato ulnare viene ripiegata intorno a un catetere e tubulizzata per formare la neo-uretra. La restante porzione del lembo viene avvolta e suturata intorno alla neo-uretra secon-

do la tecnica del "tubo dentro un tubo". Il fallo neo-confezionato viene distaccato e trapiantato in sede pubica, confezionando le anastomosi tra arteria radiale ed epigastrica inferiore profonda, tra le relative vene comitanti, tra la cefalica e la safena, tra nervo mediale antibrachiale e ileo-inguinale o ileo-ipogastrico. L'aboccamento della neo-uretra al meato originario può essere effettuato subito o dilazionato a un tempo successivo, dopo controllo del buon funzionamento dell'uretra.

- Falloplastica con lembo antero-laterale di coscia: consiste nel prelievo di un lembo di notevoli dimensioni (largo 13-14 cm e lungo 15-17 cm), di discreto spessore, prelevato dalla coscia e trasferito, con tecnica micro-chirurgica, nella sede pre-pubica. Questa tecnica permette di realizzare un penoide di buone dimensioni, ma lascia una cicatrice estesa, infossata sulla coscia, in genere male accettata dall'interessato, anche se passibile di miglioramento estetico con modellamenti successivi che la rendono meno evidente

Seguono poi i seguenti altri interventi:

1. La ricostruzione dell'uretra o uretroplastica: è necessaria per poter consentire al paziente di urinare in posizione eretta. Tale procedura è gravata da altissima percentuale di complicanze: la fistola uretrale, la stenosi e i diverticoli, soprattutto quando si effettuano nello stesso tempo sia l'intervento di falloplastica che quello di uretroplastica. Proprio per tale motivi, in molti centri non viene eseguita frequentemente e quasi mai contemporaneamente alla ricostruzione neofallo.
2. La ricostruzione chirurgica del neoglande con rimodellamento del glande viene eseguita contemporaneamente alla falloplastica oppure con un'ulteriore procedura attraverso la tecnica di Norfolk modificata.

3. *L'impianto di protesi peniena*: è necessario ai fini della funzione sessuale in quanto permette la penetrazione e un rapporto sessuale soddisfacente. L'impianto avviene almeno 6-8 settimane dall'intervento di falloplastica e il rapporto sessuale può essere ripreso dopo 12 settimane dal posizionamento delle protesi peniene. Queste sono dello stesso tipo di quelle usate per la disfunzione erettile maschile e ne esistono di diversi tipi:

- *semirigida o flessibile*: è inserita con un intervento abbastanza semplice. È completamente nascosta nel corpo e si piega facilmente. Tuttavia, rimarrà rigida a lungo per tutta la durata del rapporto sessuale, il che potrebbe farti sentire a disagio dando l'impressione di essere in costante erezione. Inizialmente, è stata ideata per gli uomini più anziani che non possono più avere un'erezione naturale.
- *flessibili erettile per transmen*: appositamente progettate per transessuali, possono essere attivate con un semplice movimento.
- *idraulica*: una piccola pompetta viene posta nello scroto, che una volta premuto più volte consente di ottenere un'erezione. Imita molto bene l'erezione naturale, ma dura dai 5 ai 10 anni.
- *gonfiabile erettile*: a differenza della precedente, contiene un serbatoio posto nell'addome inferiore che un fluido che genera l'erezione.

4. *Protesi testicolari*: per dare un aspetto più naturale allo scroto creato chirurgicamente si potrà inserire una protesi testicolare, che ne aumenta il volume. Queste protesi sono composte da gel di silicone e ne esistono in diverse dimensioni. Tuttavia è bene ricordare che si potrà optare per questo intervento solo dopo un minimo di 6 mesi dalla scrotoplastica.

L' ADEGUAMENTO MAMMARIO

Per completare la trasformazione nel sesso desiderato, è previsto, a integrazione degli effetti della terapia ormonale, anche l'intervento di adeguamento del seno.

Nella transizione MtoF, rientra l'intervento di *mammoplastica additiva*, che può essere effettuato per integrare l'azione della terapia ormonale che, pur influenzandone il volume, non permette di ottenere un aumento della dimensione della mammella che sia soddisfacente per la persona. L'intervento prevede l'introduzione di una protesi di silicone, adeguata per forma e volume alla persona, attraverso un'incisione che consenta di alloggiarla in sede retro mammaria. La pianificazione dell'intervento tiene conto delle valutazioni morfo-antropometriche e dei desideri della persona per il raggiungimento di un risultato estetico armonico.

L'intervento di mastoplastica additiva non è doloroso e non richiede particolari attenzioni, tranne quella di portare il reggiseno per un periodo di almeno 4 settimane. Il risultato estetico di tale intervento è in genere ottimo e l'unica evidenza consiste in una piccola cicatrice nella sede dell'incisione necessaria per introdurre la protesi.

Le complicanze sono quelle tipiche della mastoplastica additiva: ematoma, infezione, dislocazione o rottura della protesi, formazione di una capsula fibrosaintorno alla protesi.

Invece, *nella transizione MtoF*, per ottenere la mascolinizzazione del torace, modificandone il profilo femminile, si rende necessario una *mastectomia* al fine sia di ridurre il tessuto ghiandolare e il tessuto cutaneo eccedente sia di riposizionare il complesso areola-capezzolo. La scelta della tecnica dipende soprattutto dalle dimensioni del seno e delle sue componenti (parenchima e cute) ed è finalizzata a ridurre al massimo gli esiti cicatriziali, che rappresentano l'inconveniente maggiore di questo intervento.

LA SESSUALITÀ DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO

Dopo l'intervento di riconfigurazione chirurgica del sesso, sia gli uomini che le donne transessuali sono in grado di mantenere la loro sensibilità genitale. Tuttavia, questo aspetto è strettamente correlato alla correttezza delle procedure e ai trucchi chirurgici utilizzati per preservare la sensibilità.

Tra gli obiettivi della fase chirurgica del percorso di transizione, vi è anche quello di aiutare le persone transessuali a evitare danni o lesioni inutili ai genitali, garantire agli uomini trans di ottenere un'erezione inserendo un impianto penieno dopo fallo plastica e intensificare la capacità di sperimentare la sensibilità erogena e tattile nei loro genitali ricostruiti.

La sensibilità erogena è misurata dalla capacità di raggiungere l'orgasmo nelle attività sessuali genitali, come la masturbazione e il rapporto pe-

netrativo. Molti studi hanno esaminato che sia gli uomini trans che le donne trans hanno riportato un aumento degli orgasmi in entrambe le attività sessuali, il che implica la possibilità di mantenere o addirittura migliorare la sensibilità genitale dopo la riconfigurazione chirurgica del sesso.

La maggior parte delle persone transessuali ha riferito di aver goduto di una vita sessuale migliore e di una maggiore soddisfazione sessuale dopo l'intervento chirurgico. Il miglioramento della soddisfazione sessuale è stato positivamente correlato alla soddisfazione di nuove caratteristiche sessuali primarie. Bisogna anche considerare che prima di sottoporsi all'intervento, i soggetti transessuali possedevano organi sessuali indesiderati che erano ansiosi di rimuovere, quindi sperimentavano un'attività sessuali fredda, distaccata e senza entusiasmo. Di conseguenza, coloro che hanno subito la riconfigurazione chirurgica del sesso sono più soddisfatti del proprio corpo e sperimentano o meno stress durante la partecipazio-



ne ad attività sessuale. La capacità di ottenere orgasmi è positivamente associata alla soddisfazione sessuale; inoltre, la frequenza e l'intensità di essi sono sostanzialmente diverse tra gli uomini transessuali e le donne transessuali.

Quasi tutti gli individui da donna a maschio hanno rivelato un aumento dell'eccitazione sessuale e sono in grado di raggiungere orgasmi attraverso l'attività sessuale con un partner o tramite la masturbazione, mentre solo l'85% degli individui da maschio a femmina è in grado di raggiungere orgasmi dopo l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso. Uno studio ha scoperto che sia gli uomini trans che le donne trans hanno riportato cambiamenti qualitativi nella loro esperienza dell'orgasmo. Gli individui transgender da donna a maschio hanno riferito di aver sperimentato eccitazioni intensificate e più forti mentre individui da maschio a femmina hanno provato sensazioni sessuali più lunghe e più gentili. I tassi di masturbazione sono cambiati anche dopo l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso sia per le donne trans che per gli uomini trans. Studi riportano un aumento complessivo delle frequenze di masturbazione esibite nella maggior parte degli individui transessuali e il 78% di loro è stato in grado di raggiungere l'orgasmo con la masturbazione dopo l'intervento chirurgico. Uno studio ha mostrato che c'erano differenze nelle frequenze di masturbazione tra uomini trans e donne trans: gli individui da donna a maschio si masturbavano più spesso che di quelli che fanno la transizione da maschio a femmina. Le possibili ragioni per le differenze nella frequenza di masturbazione potrebbero essere associate all'aumento della libido, che è stato causato dalle terapie con testosterone o dal ritiro della disforia di genere.

L'ITER CHIRURGICO

Quello del riconoscimento della propria identità di genere è un diritto fondamentale, riconosciuto e tutelato a partire dalle principali convenzioni internazionali in materia dei diritti umani. La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), in par-

ticolare, ha espressamente affermato il diritto degli individui transgender a veder riconosciuta, da parte dello Stato, la propria identità di genere, diversa dal sesso biologico, facendolo rientrare nell'ambito del diritto alla vita privata e familiare. Conseguentemente, ogni Stato membro del Consiglio d'Europa è tenuto a predisporre, nel proprio ordinamento, un sistema che permetta di procedere alla rettificazione di attribuzione del sesso.

In Italia, questo è stato reso possibile con la Legge n. 164 del 14 aprile 1982 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso", che all'art. 1 testualmente recita "[...] la rettificazione si fa in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato, che attribuisca a una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali[...]".

Dopo l'intervento chirurgico sarà possibile, sempre mediante il Tribunale territorialmente competente, modificare lo status giuridico e il nome anagrafico. Tale situazione è spesso fonte di disagio per i pazienti con disforia di genere non ancora sottoposti all'intervento chirurgico di riconfigurazione del sesso, in quanto si trovano ad esibire documenti non conformi al loro aspetto fenotipico.

Il 21/10/2015 con la sentenza n. 221 la Corte Costituzionale è stata chiamata a pronunciarsi sulla legittimità costituzionale della suddetta norma in materia di rettificazione anagrafica del sesso, nella quale si prevede la reattribuzione dello status solo a seguito delle modificazioni dei suoi caratteri sessuali primari, sottolineando l'irragionevolezza di subordinare l'esercizio di un diritto fondamentale, quale il diritto all'identità sessuale, alla sottoposizione della persona a trattamenti sanitari, chirurgici o ormonali, anche pericolosi per la salute.

Inoltre, sempre la Corte Costituzionale ha evidenziato che la norma, così come formulata, riferendosi genericamente ad "intervenute modificazioni dei caratteri sessuali", lascia all'interprete il

compito di definire il confine delle modificazioni e delle modalità attraverso le quali realizzarle. La mancanza del riferimento testuale alle modalità (chirurgiche, ormonali o conseguenti ad una situazione congenita), attraverso cui può compiersi il cambiamento di sesso anagrafico, esclude la necessità del trattamento chirurgico.

Come precisato dalla suddetto organo con sentenza n. 180 del 2017, per ottenere la rettificazione del sesso nei registri dello stato civile, non è quindi più obbligatorio l'intervento chirurgico demolitorio e/o modificativo dei caratteri anatomici primari, né la sottoposizione a terapie ormonali, quando venga accertata la serietà, univocità e definitività del percorso di transizione scelto dall'individuo.

Viene di fatto rimessa al singolo la modalità attraverso cui realizzare, con l'assistenza medica e di altri specialisti, il proprio percorso di transizione, che deve comunque riguardare gli aspetti psicologici, comportamentali e fisici che concorrono a comporre l'identità di genere. In virtù di quanto sopra affermato, la riconfigurazione chirurgica del sesso (RCS) si configura come uno strumento aggiuntivo, oltre a un mezzo funzionale al conseguimento del pieno benessere psicofisico e non più un passo fondamentale a fini legislativi. Tale cambiamento legislativo ha segnato così la chiave di volta del concetto di individualizzazione del percorso di transizione in parallelismo con le più recenti linee guida medico-chirurgiche.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5° Edizione*. Washington: Raffaello Cortina Editore.
- Bockting, W. O., Knudson, G., Goldberg, J. M. (2006). *Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved One*. International Journal of Transgenderism, 35-82.
- Bockting, W. O., Coleman, E. (1992). *Gender dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Chiland, C. (2000). *The psychoanalyst and transsexual patient. The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 21-35.
- De Rosa, M., Colao, A., Lombardi, G. (2005). *Terapia ormonale nel transessualismo*. L'Endocrinologo Volume 6, 26-35.
- Dèttore, D. (2005). *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill.
- Felici, A. (2003). *Tecniche di riassegnazione chirurgica di sesso. Trattato di tecnica chirurgica. Volume XVII Chirurgia plastica ed estetica, tomo IV*. Padova: Piccin Nuova Libreria.
- Fenelli, A., Volpi, C. (1997). *Al di là dello specchio: la terapia con i transessuali*. Rivista di Sessuologia, 21, 126-131.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence*. New York-London-Oxford: The Haworth Clinical Practice Press.
- Lingiardi, V., Nardelli, N. (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche gay bisessuali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Meyer, W., Levine, S., Bockting W. (2001). The standards of care for genders identity disorders of Harry Benjamin International Gender Disphoria Association. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13 (1): 1-30.
- Petruccelli, F., Simonelli, C., Grassotti, R., Tripodi, F. (2016). *Identità di genere. Consulenza tecnica per la riattribuzione del sesso*. Milano: Franco Angeli.
- Seikowski, K. (2007). *Transsexualism and psychotherapy*. *Andrologia*, 39:248-252.
- Singh, D., Deogracias, J.J, Johnson, L. L., Bradley, S. J, Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, et al. (2010). *The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults*. The Journal of Sex Research, Vol. 47, No. 1.
- Vitelli, R., Bottone, M., Sisci, N., Valerio, P. (2006). *L'identità transessuale tra storia e clinica. Quale intervento per quale domanda*. In P. Rigliano & M. Graglia (a cura di) *Gay e lesbiche in psicoterapia* (pp. 281-322). Milano: Raffaello Cortina Editore.

SEX OFFENDERS E CARCERE

UNO SGUARDO OLTRE LA CONDANNA

Teresa Caldara

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio Strategico breve in formazione, esperta in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche e Sessuologia clinica

Valentina Monticelli

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio Strategico breve in formazione, esperta in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche e in Dipendenze patologiche

RIASSUNTO

L'ultima rilevazione Istat, pubblicata nel 2019, sui dati dei detenuti presenti nelle strutture penitenziarie per adulti rilevati dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Amministrativa Penitenziaria (DAP), attesta che i ristretti che hanno commesso violenza sessuale sono principalmente uomini, in un numero pari a 3589 unità.

Guardando l'aspetto detentivo del condannato per reati sessuali, vi è la necessità, da un lato di salvaguardare la vittima e, dall'altro di applicare non solo delle pene ma anche dei programmi di recupero nei confronti dei cosiddetti sex offenders o aggressori sessuali, in modo da ridurre al minimo il rischio di recidiva futura.

Bisogna però evidenziare, che a fronte di un crescente aumento di reati sessuali, attualmente sono ancora poche le iniziative volte sia alla pre-

venzione degli stessi sia al reale sostegno e recupero degli attori. Se molta attenzione, dunque, si dedica, giustamente, alle vittime, poca invece ne viene concessa, in termini trattamentali e di recupero, all'autore che, una volta condannato, sconta la propria pena presso le sezioni protette degli istituti penitenziari, con scarse possibilità di un adeguato trattamento psicoterapeutico funzionale al suo successivo reinserimento nella società.

Tale evidenza oggettiva rischia così di promuovere e sostenere la cultura della stigmatizzazione e dell'esclusione che, invece di investire nella realizzazione di adeguati interventi trattamentali all'interno degli istituti di pena, ne favorisce e alimenta la riproposizione del reato, allorquando l'autore sarà rimesso in libertà al termine dell'esecuzione della sua pena.



PAROLE CHIAVE

Carcere, Ordinamento Penitenziario, rieducazione, sezioni protette, sex offenders.

INTRODUZIONE AL PROFILO PSICO-CRIMINOLOGICO DEL SEX OFFENDER

Il termine sex offender, di origine anglosassone, descrive una categoria di individui che hanno commesso un illecito penale di tipo sessuale nei confronti di adulti o bambini, mediante l'uso della forza o violenza psicologica.

Negli anni si sono susseguiti diversi filoni di ricerca sulle cause del comportamento abusante ma sostanzialmente non vi è un modello teorico unificato. La criminologia studia l'autore della violenza sessuale, interrogandosi sulla natura normale o patologica di quest'ultimo, ovvero se esso sia affetto da problemi psichici di natura patologica o meno. Nella letteratura psicologica, le principali teorie alla base dei vari modelli interpretativi sono le seguenti:

- la teoria femminista: l'abuso sessuale non è motivato da un impulso non controllabile ma dal desiderio di umiliare, controllare e dominare la vittima, a seguito di una concezione culturale che vede il sesso come strumento di potere e di dominio sugli individui più deboli. In questi casi, difficilmente l'abusatore prova un vero e proprio piacere sessuale compiendo l'atto di violenza sessuale ma, attraverso di esso, riesce a liberare la rabbia repressa.
- la teoria dell'apprendimento sociale: il comportamento sessuale deviante può essere appreso culturalmente per imitazione e incentivato con l'esposizione a stimoli devianti come per esempio la pornografia e quanto altro in grado di promuovere atteggiamenti maschilisti, nei quali l'aggressività e la sessualità si fondano. L'atto viene quindi compiuto a seguito dell'influenza di una sorta di "mito dello stupro", che

ha sviluppato nell'abusante una "desensibilizzazione" nei confronti della vittima.

- **La teoria fisiologica:** alcuni abusatori sessuali sarebbero deficitari nell'abilità nel reprimere consapevolmente l'eccitazione sessuale. La perdita di tale capacità sarebbe determinata da uno stato emozionale o cognitivo che può incrementare i livelli di eccitazione sessuale.
- **la teoria evoluzionistica:** considera l'aggressione sessuale come il prodotto di una predisposizione genetica e della selezione naturale, in cui l'abusante ricorre alla forza fisica per assicurarsi l'accoppiamento funzionale a garantire la sua riproduzione, nel caso di una non corrispondenza ai criteri di scelta della donna.
- **la teoria delle variabili di rischio:** secondo la quale spesso nelle persone con comportamento sessuale deviante, sono presenti fattori di rischio, di natura sia motivazionale sia compulsionale, la cui interazione con elementi situazionali può determinare la messa in atto dell'abuso sessuale.

Da ciò si deduce che non è corretto collegare i reati sessuali esclusivamente alla sfera patologica: infatti, nella maggior parte dei casi, questi soggetti sono persone normali, senza particolari problemi psicologici o comunque con problemi non superiori a quelli della maggior parte delle persone.

TIPOLOGIE DI SEX OFFENDER

I sex offenders costituiscono una categoria eterogenea, con tratti comuni per la commissione dei reati, ma con fattori psicopatologici e caratteristiche individuali (quali la frequenza degli atti di abuso, il sesso, l'età delle loro vittime, il grado di pianificazione dell'atto di abuso, l'impulsività e le forze implicate) differenti.

Creare, quindi, un'unica categoria che li descriva risulta difficoltoso e, pertanto, esistono diverse

classificazioni, ove di certo quelli più conosciuti e temuti a livello sociale sono gli stupratori e i child molester o pedofili.

Per quando concerne quest'ultima categoria, occorre specificare che non tutti i pedofili, di fatto, devono essere considerati child molester, in quanto spesso i pedofili si limitano ad attività autoerotiche, oppure scelgono di vivere le proprie fantasie con adulti che presentano tratti somatici infantili, con corporatura minuta, caratteri sessuali secondari poco definiti e appariscenti. Il child molester, invece, è un soggetto che agisce sempre assumendo comportamenti sessuali in danno ai minori, ma egli può non essere un pedofilo: ad esempio, chi decide di sperimentare un rapporto con un minore per sola curiosità o casuale disponibilità, preferendo per il resto soggetti adulti. Rispetto a questa tipologia di comportamento pedofilo, si distinguono i "child molester situazionali" e i "child molester preferenziali": i primi approfittano non solo di minori, ma spesso anche di soggetti appartenenti ad altre fasce deboli, come i disabili, i soggetti con infermità mentali, gli anziani; nei secondi, i loro desideri sono solitamente indirizzati per fasce d'età e sesso e le loro vittime sono soprattutto maschi.

Il neurologo americano Robert T. Knight e lo psicologo finlandese Robert Prentky hanno raccolto per anni, presso il Massachusetts Treatment Center, dati clinici e sperimentali, che hanno consentito di sviluppare, in base sia alla natura e alla motivazione del comportamento aggressivo, sia al ruolo dell'eccitazione e della motivazione sessuale, la seguente classificazione di sei tipi di sex offenders:

1. **"criminale opportunista":** caratterizzato da limitato controllo degli impulsi, storia di comportamenti criminali, scarsa empatia, uso strumentale e impulsivo della violenza;
2. **"non criminale sessuale non sadico":** caratterizzato da cognizioni distorte sulle donne e sulla sessualità, sentimenti di inadeguatezza

sulla propria intimità e in merito all'immagine di sé come maschio, fantasie sessuali non aggressive, scarse esperienze di aggressioni non sessuali, eccitazione sessuale durante l'abuso sessuale. Tale tipologia compensa la propria inadeguatezza sessuale con la sottomissione della vittima, a cui non concede alcuna possibilità di ribellarsi;

3. **"criminale con rabbia pervasiva"**: caratterizzato da disinibizione permanente nell'attuare l'abuso sessuale, dato che la sua rabbia e ostilità non gli permettono di sperimentare sentimenti socio-affettivi. In questi soggetti emerge un livello di eccitazione sessuale della stessa entità durante la visione sia di scene di violenza sessuale sia di quelle contenenti attività sessuali consenzienti. Il soggetto si caratterizza, altresì, per un senso di rabbia non diretta esclusivamente verso le donne, per l'assenza di fantasie sessuali durante l'abuso e per l'uso della violenza anche se non necessaria ai fini della congiunzione sessuale. Tale tipo di sex offender difficilmente prova un vero e proprio piacere sessuale nel compiere l'abuso, ma riesce a liberare la rabbia repressa attraverso l'azione violenta;
4. **"non criminale vendicativo"**: caratterizzato da rabbia non erotizzata esclusivamente verso le donne, dall'uso di minacce verbali, dalla volontà di umiliare e denigrare la vittima. Questo tipo di abusatore sessuale scarica la propria rabbia repressa procurando un senso di umiliazione nonché lesioni fisiche alla vittima;
5. **"criminale palesemente sadico"**: caratterizzato da premeditazione dell'abuso sessuale guidato da fantasie sessuali violente, aspetto belligerante, rabbioso e propenso a infliggere gravi lesioni fisiche alla vittima. Tale abusatore si eccita brutalizzando la propria vittima e questa tipologia può rappresentare in modo abbastanza significativo la personalità del serial killer a sfondo sessuale;

6. **"non criminale sadico latente"**: caratterizzato dagli stessi aspetti del tipo precedente, con assenza dell'esigenza di brutalizzare la propria vittima.

Il primo e il secondo tipo di abusatore sessuale preferiscono le modalità di eccitamento erotico offerto dal rapporto sessuale consenziente, mentre la terza e quarta tipologia si eccitano sia per rapporti sessuali consenzienti che per quelli coercitivi. Infine, il quinto e il sesto preferiscono esclusivamente il modello di eccitamento erotico ricavato dal rapporto sessuale procurato con l'aggressività.

LE PSICOPATOLOGIE

È riconosciuto in letteratura che, da un punto di vista clinico, i sex offenders abbiano delle caratteristiche tipiche dei criteri diagnostici dei disturbi di personalità classificati nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), tra cui si annoverano principalmente:

- **il disturbo antisociale**: caratterizzato da aspetti di ostilità e aggressività; si tratta di personalità inclini ad agire in maniera aggressiva e imprevedibile. Comprende molti dei deficit che gli aggressori sessuali presentano come, ad esempio, la carenza di empatia e di considerazione dei sentimenti altrui, irresponsabilità, impulsività, relazioni interpersonali povere, abilità sociali e affettive scarse o insufficienti;
- **il disturbo narcisistico**: evidenzia un quadro pervasivo di grandiosità nelle fantasie e nel comportamento, necessità di ammirazione, mancanza di empatia e manipolazione allo scopo di raggiungere la gratificazione immediata dei propri bisogni, tra questi anche quello sessuale, poiché considerati come speciali e maggiormente importanti rispetto a quelli altrui. È caratterizzato, inoltre, da comportamenti arroganti e presuntuosi, dalla negazione del danno causato agli altri, sovrastima delle proprie capacità presumendo che gli altri attribuiscono valore alle sue potenzialità disprezzando inve-

ce l'impegno altrui. Tutti questi comportamenti vengono sostanzialmente messi in atto per compensare la forte insicurezza e bassa autostima;

- **il disturbo borderline:** caratterizzato sia da una modalità pervasiva d'instabilità delle relazioni interpersonali e dell'immagini di sé sia dall'incapacità di dominare gli impulsi che lo porta a commettere il proprio atto di getto, senza riflettere, sull'onda di un raptus o in momenti di intensa sollecitazione emotiva. Il soggetto non vuole impegnarsi in una relazione con qualcuno che poi lo abbandonerà e lo farà soffrire, è diffidente nei confronti degli altri e del mondo in generale, per cui ritiene più facile pensare che l'unica relazione di vicinanza e appartenenza possibile sia quella di appropriarsi del corpo della vittima, violandone i confini.

Inoltre, nelle biografie degli artefici di reati sessuali, si ritrovano le cosiddette "Adverse Childhood Experiences (ACE) o condizioni avverse nell'infanzia", come traumi ed episodi di maltrattamenti subiti in età infantile, che possono portare sviluppo di strategie di coping sessualizzate tali da determinare una serie di esiti psicosociali e comportamenti negativi, compreso il reato sessuale.

LE DISTORSIONI COGNITIVE E LE FANTASIE SESSUALI

Per distorsioni cognitive si intendono i pensieri disfunzionali che i sex offenders hanno sui bambini, sulle donne, sul mondo e su sé stessi, che permettono di convincersi sulla normalità dei comportamenti abusanti. Le distorsioni cognitive costituiscono un fattore rilevante, sia per l'esordio, che per il mantenimento della condotta violentante.

Le distorsioni permettono all'aggressore sessuale sia di continuare ad abusare senza sentirsi in colpa sia di percepire il comportamento della loro vittima in maniera errata. Ad esempio, vedono nelle azioni di quest'ultima, delle provocazioni

sessuali o manifestazione di interesse e, persino durante l'atto sessuale violento, la vedono come se gradisse l'attività.

Il processo dominante che si verifica è "l'ipersemplificazione cognitiva" con conseguente "disimpegno morale", che opera a un livello inferiore di consapevolezza e si incentra esclusivamente sulle proprie esigenze.

Anche le fantasie sessuali alimentano visioni distorte e contribuiscono a sostenere l'autostima, immaginando la vittima entusiasta dell'aggressione e motivata sessualmente.

In una ricerca del 2004, Eileen L. Zurbriggen e Megan R Yost hanno focalizzato l'attenzione sulle fantasie sessuali di potere, dominio e sottomissione, rilevando come le connessioni cognitive tra potere e sesso sono estremamente pericolose e giochino un ruolo nell'eziologia dell'aggressione criminale sessuale, se associate ad altri fattori come il tono dell'umore del soggetto.

Le fantasie di dominio risultano particolarmente problematiche nell'uomo tanto da far concretizzare l'idea che le donne provochino lo stupro con il loro abbigliamento o con il loro comportamento, mentendo riguardo all'aggressione sessuale e celando dietro la stessa il desiderio di essere stuprate.

Le osservazioni cliniche hanno evidenziato che molti abusatori sessuali presentano atteggiamenti che giustificano l'offesa: l'aver interiorizzato valori permissivi di tolleranza verso l'abuso sessuale, oltre che l'attribuzione della completa responsabilità dell'atto alla vittima, concorrono a far ritenere all'abusatore che il proprio comportamento sia legittimo.

È opportuno sottolineare che le sole distorsioni cognitive non sono in grado di provocare l'abuso sessuale, ma interagendo con fattori costituzionali (per esempio, la disinibizione) e fattori situazionali (per esempio, le circostanze favorevoli alla messa in atto dell'abuso sessuale) possono alimentare un comportamento sessuale deviante.



Tra i fattori disinibitori si evidenzia anche il ruolo svolto dall'alcool e dalle droghe: un fattore comune nell'anamnesi degli abusatori sessuali è rappresentato dall'uso e abuso di sostanze psicotrope che agiscono come fattori di incremento della violenza e, contestualmente, di diminuzione dell'autocontrollo. Bisogna specificare che, come per le altre peculiarità personologiche evidenziate dagli studi, le suddette sostanze da sole non possono giustificare il compimento di tali atti, ma devono esser prese in considerazione necessariamente in concomitanza con altri fattori.

LA LIMITATA CAPACITÀ EMPATICA

Diversi studi si sono incentrati sulle risposte emozionali dell'individuo alla descrizione di un abuso sessuale, riscontrando come alcuni sex offenders non riescono sia a percepire accuratamente lo stato emotivo delle vittime sia a rispondere loro emotivamente.

Infatti, viene evidenzia come il soggetto affetto da comportamento sessuale deviante abbia molto probabilmente una compromissione nell'empatia, ovvero in quella capacità che consente di percepire e comprendere lo stato emotivo del proprio interlocutore.

L'empatia, quale processo multistadiale (costituito dal riconoscimento delle emozioni, presa di prospettiva, replicazione delle emozioni e decisione di risposta) avrebbe proprio il compito di inibire il comportamento aggressivo, permettendo il riconoscimento della sofferenza altrui, che a sua volta provocherebbe sofferenza nello stesso sex offender.

La scarsa empatia permette al sex offender di controllare i sentimenti di ansia, colpa e perdita di autostima che la consapevolezza, invece, farebbe emergere.

Gli aggressori sessuali riescono a compiere i loro atti sessuali violenti senza riconoscere i segnali di angoscia delle loro vittime poiché incapaci di essere empatici. Non riescono ad avvertire il sen-

so di collera, timore e disgusto della loro vittima perché incapaci di individuare queste emozioni, anzi possono provare godimento dalla percezione della sofferenza della vittima e aumentare la violenza.

Alcuni studi hanno riscontrato che i sex offenders hanno grosse difficoltà nel riconoscere il livello di interessamento delle donne: trovano, cioè, difficoltà a identificare l'ostilità delle stesse, a seguito dell'autovalutazione che essi danno al comportamento sessuale coercitivo.

In una ricerca del 1995, Stephen M. Hudson e Tony Ward ipotizzarono che la solitudine, frutto delle precoci difficoltà relazionali e della peculiarità del loro stile di attaccamento, inducesse a sviluppare atteggiamenti di ostilità verso le donne e i bambini o, nelle situazioni peggiori, comportamenti di violenza e aggressività verso questi. Nel corso dello sviluppo i bisogni di affettività, sicurezza e vicinanza emotiva possono essere sessualizzati, portando il soggetto a concepire il comportamento sessualmente abusante quale unico mezzo per stabilire l'intimità.

I sex offenders, poi, tendono a minimizzare l'evento soprattutto quando la vittima non mostra palesi segni di lotta o angoscia. Altri, invece, non hanno un'adeguata percezione del dolore che stanno causando alla vittima. Per altri, invece, i deficit della presa di prospettiva sono irrilevanti, in quanto possono percepire accuratamente la sofferenza altrui, ma possono ugualmente rimanere indifferenti o essere attratti dalla paura della vittima.

SEX OFFENDER E CARCERE

Negli ultimi anni, le carceri del nostro Paese hanno registrato un massiccio aumento di detenuti in misura cautelare e condannati per reati sessuali.

L'ultima rilevazione Istat, pubblicata nel 2019, sui dati dei detenuti presenti nelle strutture penitenziarie per adulti rilevati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) del Ministero della Giustizia, attesta che i ristretti che



hanno commesso violenza sessuale sono principalmente uomini, in un numero pari a 3589 unità.

Il carcere, luogo di reclusione dei soggetti condannati a pagare il loro debito con la società e la giustizia attraverso una pena, assolve non solo a una funzione di contenimento e di deprivazione della libertà, ma anche a quella della rieducazione dei detenuti attraverso interventi trattamentali e rieducativi finalizzati al reinserimento sociale e al contenimento del pericolo della recidiva. Nello specifico, l'articolo 1 del nostro Ordinamento Penitenziario prescrive: "Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona. Esso è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a sesso, identità di genere, orientamento sessuale, razza, nazionalità, condizioni economiche e sociali, opinioni politiche e credenze religiose, e si conforma a modelli che favoriscono l'autonomia, la responsabilità, la socializzazione e l'integrazione."

Con detenuti autori di reati a sfondo sessuale, occorre però considerare che:

- a) si tratta di reati ad alto tasso di recidiva, proprio perché il comportamento illecito è espressione radicata della personalità dell'autore e di carenze nel quadro psicologico dello stesso; se non si interviene su questi aspetti, non vi può essere alcun risultato nella riduzione di tali reati;
- b) la categoria dei sex offenders è caratterizzata da un forte diniego dell'atto e ciò rappresenta un'importante difficoltà per gli interventi riabilitativi.

A fronte di un numero sempre più consistente di reati sessuali, la questione del trattamento penitenziario rieducativo per i condannati che commettono questo genere di crimini diventa di importanza rilevante.

IL QUADRO LEGISLATIVO

La violenza sessuale è un reato contro la persona disciplinato dagli art. 609 bis del Codice Penale italiano, che testualmente recita: "[...] Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluno a compiere o



subire atti sessuali è punito con la reclusione da sei a dodici anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto, 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi [...]". È stato precisato dalla Cassazione che per atti sessuali si intendono "atti espressione di un appetito o di un desiderio sessuale, che quindi riguardano zone erogone differenti, idonei al contempo ad invadere la sfera sessuale del soggetto passivo mediante costringimento". È, quindi, ricompreso anche il semplice "palpeggiamento", che sarà quantomeno ricondotto all'ipotesi attenuata del reato.

Il reato è perseguibile nella maggior parte dei casi solo a seguito di querela di parte irrevocabile da parte della persona offesa, fino ad un anno dal fatto. Oltre questo margine temporale, il reato non è sanzionabile penalmente e lo stesso articolo prevede però una serie di casi in cui il reato è perseguibile d'ufficio. Tuttavia, si procede d'ufficio in talune ipotesi aggravate, quali, tra le altre, la commissione del reato a danno del convivente o se il fatto è connesso con un altro delitto.

Dal punto di vista strutturale, il suddetto articolo individua: al primo comma la violenza sessuale per costrizione, prevedendo quali modalità esecutive la costrizione, la minaccia e l'abuso di autorità; mentre al secondo comma, la violenza sessuale per induzione, determinando le modalità esecutive nell'abuso di condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa e l'inganno con sostituzione di persona.

L'originaria previsione del Codice Penale, noto come Codice Rocco, distingueva due distinte fattispecie delittuose, ovvero la violenza carnale (art. 519) e gli atti di libidine violenti (art. 521). Entrambi i delitti sessuali trovavano collocazione

nel Libro II, Titolo IX, Capo I del codice, sotto la rubrica "Delitti contro la libertà sessuale", nell'ambito della categoria dei "Delitti contro la moralità e il buon costume".

La legge n. 66 del 15/02/1996 "Norme contro la violenza sessuale" ha abrogato il predetto Capo I e la materia è stata più correttamente inquadrata all'interno della categoria dei delitti contro la persona, precisamente quelli contro la libertà personale, in maniera tale da attribuirgli un ambito di applicazione più vasto rispetto a quello tradizionale. Così facendo, il Legislatore ha posto sullo stesso piano tutte le condotte lesive del bene giuridico protetto, ovvero la libertà sessuale della persona, eliminando la distinzione fondata sul criterio della congiunzione carnale e sanzionandole in maniera assai più severa.

Appare subito evidente che la norma attuale ha una portata molto più ampia: non è violenza sessuale solamente la condotta di chi subisce atti sessuali, ma, altresì, quella in cui viene a mancare il contatto corporeo tra carnefice e vittima e quest'ultima deve realizzare atti sessuali su se stessa, ovvero il contatto c'è e la vittima deve compiere atti sessuali a favore dell'agente.

La giurisprudenza ha ritenuto che l'induzione sufficiente alla sussistenza del reato non si identifica solamente nell'attività di persuasione, esercitata sulla persona offesa per convincerla a prestare il proprio consenso all'atto sessuale. È compresa, anche, ogni forma di sopraffazione posta in essere senza ricorrere ad atti costrittivi e intimidatori nei confronti della vittima, la quale, non risultando in grado di opporsi a causa della sua condizione di inferiorità, si sottopone al volere dell'autore della condotta, divenendo strumento di soddisfazione delle voglie sessuali di quest'ultimo. L'evoluzione rispetto alla disciplina previgente risiede anche nel concetto di "inferiorità fisica e psichica", ora riferita non solo alla condizione di minoranza o deficienza dovuta patologie organiche o funzionali, ma an-

che alle situazioni di carenza affettiva o familiare tali da determinare l'incapacità a opporsi alla richieste.

Con la legge n. 296/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", si introduce anche "l'extraterritorialità", cioè la possibilità di punire gli autori di reati contro minori commessi all'estero (il cosiddetto 'turismo sessuale') e lo sfruttamento di minori a scopo di produzione di pornografia minorile. Per questo stesso motivo, con la Legge n. 38/2006 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet", viene creato il Centro Nazionale per il Contrasto alla Pedopornografia Online (CNCPO), un reparto della Polizia Postale con il compito di individuare, anche utilizzando agenti sotto copertura, sia i produttori e fruitori di pedopornografia sia i bambini vittimizzati.

La stessa legge vieta ai condannati per reati sessuali contro minori ogni occupazione che li ponga a contatto con bambini.

Si evince, quindi, che l'attuale formulazione legislativa è il frutto di molteplici modifiche che si sono succedute nel corso degli anni e che hanno reso la disciplina della violenza sessuale sempre più rigida.

L'ultima riforma, in ordine di tempo, è quella apportata dalla Legge n. 69 del 1907/2019 "Tutela delle vittime di violenza domestica e di genere - cosiddetto "Codice Rosso", che ha contribuito alla modifica dell'articolo con l'ulteriore inasprimento della pena (da un minimo di 5 e un massimo di 10 a un minimo di 6 e un massimo di 12), specie in caso di minori di 14 anni, in cui viene aumentata di un terzo. In più ha introdotto molteplici strumenti per assicurare maggiori tutele alle donne e ai minori vittime di violenza domestica e di genere, con l'introduzione del reato di Revenge Porn, cioè di diffusione di immagini a contenuto sessuale senza il consenso dell'interessato.

L'ORDINAMENTO PENITENZIARIO E IL TRATTAMENTO DEI SEX OFFENDERS

L'art. 1 comma 6 della legge sull'Ordinamento Penitenziario (n. 354/75) del nostro Paese stabilisce che nei confronti del condannato "deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi". Questo concetto di reinserimento si rifà direttamente a quello di rieducazione che non è il mero pentimento, quanto la revisione morale del reo e il suo recupero sociale.

In primis, tale scopo è sancito dalla nostra Carta Costituzionale all'art. 27 che al secondo comma stabilisce che "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". La rieducazione si traduce, pertanto, in un'offerta di opportunità trattamentali individualizzate, affinché al soggetto sia data la possibilità di un progressivo reinserimento sociale, correggendo la propria antisocialità e adeguando il proprio comportamento alle regole giuridiche.

Un'altra normativa in questione è il D.P.R. n. 230 del 30/06/2000, recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà, che prescrive all'art. 1: "Il trattamento rieducativo dei condannati e degli internati è diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale".

La pena è polifunzionale in quanto, oltre ad avere una finalità rieducativa, è caratterizzata da una funzione retributiva e preventiva sull'intera società. La funzione retributiva spiega la pena allo scopo di contraccambiare l'autore del reato per il danno prodotto alla società e, specialmente, alla vittima. La funzione preventiva dovrebbe, piuttosto, creare un quadro intimidatorio e persuasivo per evitare la ricommissione del reato.

Ciononostante, per quanto riguarda i reati a sfondo sessuale, la funzione intimidatrice della pena è risultata al quanto debole perché ciò che spinge gli autori ad agire sono l'istinto e le pulsioni irrefrenabili e, perciò, difficilmente condizionabili dalla minaccia di subire la sanzione penale.

Da queste norme si deducono i principi che regolano il trattamento penitenziario in Italia per i sex offender e che deve essere:

- diretto al rispetto della dignità e della personalità del condannato. Per gli autori di delitti sessuali si deve ritenere assolutamente impraticabile la sottoposizione, coattiva o volontaria, a trattamenti farmacologici influenti sulle funzionalità sessuali, come per esempio la castrazione chimica, ovvero trattamenti vietati sia dalla Costituzione all'art. 32, sia dall'art. 5 del Codice Civile (Atti di disposizione del proprio corpo), che possano cagionare

danni o diminuzione dell'integrità fisica della persona del reo;

- formulato in base ai bisogni e alle caratteristiche del soggetto, così come da evidenze risultanti dall'osservazione scientifica della personalità.

Il principio costituzionale della pena rieducativa, che integra la risposta retributiva dello Stato, è spesso davvero difficile da realizzazione per gli autori di reati sessuali che risiedono in sezioni protette, ovvero in regimi detentivi resi più rigidi dalle esigenze di sicurezza ma che determinano una sorta di "reclusione nella reclusione".

LA SITUAZIONE DETENTIVA DEI SEX OFFENDERS: LE SEZIONI PROTETTE

Le problematiche che si incontrano nella custodia carceraria degli autori di reati sessuali differisco-



no notevolmente da quelle relative al resto della popolazione detenuta, sussistendo peculiarità ed esigenze ulteriori rispetto a quelle che normalmente vengono affrontate. L'efferatezza dei crimini commessi, li pone al di là di ogni comprensione da parte di tutta la popolazione detenuta, e ciò determina in primo luogo la delicata questione concernente l'allocazione logistica nel reparto detentivo e la convivenza con gli altri ristretti.

L'art. 14 della legge n. 354/1975 e l'art. 32 D.P.R. 230/2000 ha individuato sezioni apposite, cosiddette "protette" sia per assicurargli un trattamento personalizzato per il tipo di reato commesso, ma anche e soprattutto, per proteggerli dai comportamenti reattivi, persecutori e violenti degli altri detenuti. Risultano molto rari i casi di condivisione delle sezioni comuni, che si determinano per condizioni di sovraffollamento degli istituti piuttosto che per una precisa strategia di integrazione e recupero, a seguito di un'accurata valutazione sulla fattibilità della convivenza.

È del resto innegabile che l'autore di reati sessuali è oggetto di rifiuto e repulsione da parte degli altri detenuti, i quali tendono a porre in essere, verso coloro che si sono resi responsabili di atti incestuosi o di violenze sessuali soprattutto nei confronti di minorenni, atteggiamenti dispregiativi, vessatori, aggressivi e persecutori, palesando una forte riprovazione sociale anche all'interno della subcultura carceraria nei confronti di questo tipo di illeciti.

La subcultura carceraria esprime atteggiamenti che riflettono l'adozione di categorie morali e di intenti sanzionatori aggiuntivi rispetto a quelli attuati dagli organi giudiziari; tale caratteristica subculturale affonda le sue origini nella malavita associativa, che ha tra le sue regole principali quella di non nuocere a donne e bambini. I reati connessi alla sfera della sessualità sono quelli che incontrano la maggior riprovazione sia della cultura sociale, sia soprattutto, di quella propria del carcere, perché ognuno vede, nelle vittime, i propri cari, o comunque persone deboli o indifese. Tutta-

via, le conseguenze di un tale approccio risultano paradossali in quanto succede ad esempio che un detenuto responsabile dell'uccisione dell'ex fidanzata sia accettato dai compagni, mentre se l'avesse violentata sarebbe considerato un infame, da relegare nelle sezioni protette.

L'autore di reati sessuali è infatti considerato in tale contesto un individuo debole e spregevole, con una concezione distorta e depravata di sessualità, carente della virilità che caratterizza il detenuto comune, incapace di instaurare una relazione normale con una donna e di avere rapporti sessuali consenzienti con la stessa, ma solamente capace di sopraffare quelle persone (donne e bambini) non in grado di opporre un'adeguata resistenza fisica.

Egli, pertanto, non è ritenuto un soggetto che può misurarsi con gli altri uomini e viene poi percepito dagli altri detenuti come potenziale pericolo per i propri familiari, capace di colpire e turbare quel contesto affettivo-relazionale così importante soprattutto nella fase di esclusione sociale dovuta alla carcerazione.

I comportamenti stigmatizzanti nei confronti degli autori di reati sessuali non si limitano a condotte di esclusione sociale, isolamento e altre forme di violenza psichica come denigrazione o offese, ma sovente si concretizzano in vere e proprie forme di violenza fisica quali percosse e lesioni personali, protratte in alcuni casi fino alla violenza sessuale come forma primitiva di vendetta o punizione ritenuta giusta per l'efferatezza del crimine commesso.

Proprio per questo in alcuni istituti si è costretti, per esigenze di sicurezza e tutela dell'incolumità di tali soggetti, a dimezzare per i protetti anche le ore di permanenza all'aria aperta.

La gestione del sex offender, sotto il profilo di pertinenza della polizia penitenziaria, risulta alquanto complessa ed articolata, per la peculiarità dello stesso e per l'impatto che questa particolare categoria detentiva ha nel mondo penitenziario. Prevalgono, infatti, maggiormente necessità



di particolari cautele e attenzioni custodiali, dal momento che i detenuti in esame pongono prevalentemente problemi di sicurezza passiva, in relazione al ragionevole timore di risultare oggetto di atti di intimidazione, minaccia e violenza. In genere la scelta del regime di isolamento, quasi sempre si autodetermina da parte del detenuto autore di reati sessuali proprio per il timore di essere oggetto di aggressione da parte della restante popolazione detentiva. Tale condizione però acuisce uno stato di deprivazione interpersonale e ambientale e definisce, inoltre, una condizione di sofferenza per l'esclusione, che paradossalmente è ragionata, condivisa e voluta dallo stesso interessato ma contraddetta, nella sfera dell'affettività e dei bisogni, da esigenze di sopravvivenza e di identità. L'autore di reato sessuale, inoltre, consapevole di aver perpetrato un reato considerato infamante, che lo porta a essere ripudiato dalla collettività e dagli altri detenuti e lo espone a violenza, tende a rifiutare ogni addebito di responsabilità, negando la propria colpevolezza e, talvolta, attribuendo il reato ad altri.

L'esistenza delle "sezioni protette", va a colmare il rischio di atti violenti all'interno delle strutture carcerarie mentre, laddove poi non esistono o non vi è la possibilità di istituirle perché si tratta di piccoli istituti, vengono improvvisate detenzioni di condannati per violenza sessuale in condizioni di isolamento quasi totale.

Tale situazione si profila, spesso, per quei condannati che per motivi di vicinanza alla propria residenza e ai propri cari, preferiscono non chiedere trasferimenti in strutture più capienti e adeguate. Succede poi che nelle carceri più grandi per aver accesso o attraversare parti comuni questi devono sempre esser scortati, per evitare spiacevoli incontri con gli altri detenuti.

L'ART. 41 BIS DELL'ORDINAMENTO PENITENZIARIO: I BENEFICI PER I SEX OFFENDERS

L'articolo 41-bis, "Divieto di concessione dei benefici e accertamento della pericolosità sociale

dei condannati per taluni delitti", è una disposizione dell'ordinamento penitenziario italiano introdotta dalla legge n. 663 del 10/10/1986, che prevede un particolare regime carcerario per i cosiddetti "reati ostativi", tra i quali rientrano anche quelli a sfondo sessuale.

Questa tipologia di reati rappresenta una determinata categoria di delitti, ritenuti estremamente gravi dall'ordinamento e per i quali non è prevista la sospensione dell'esecuzione della pena, né i benefici carcerari, ad eccezione della liberazione anticipata.

I benefici penitenziari a cui ci si riferisce sono: l'assegnazione al lavoro all'esterno (art. 21 O.P.), i permessi premio (art. 30ter O.P.) e le misure alternative alla detenzione (art. 47 O.P. e ss.). La scelta di limitare in qualche modo l'accesso ai suddetti percorsi alternativi alla detenzione intramuraria è stata compiuta dal Legislatore per rispondere sia alle istanze di difesa sociale legate a episodi criminali di forte presa emotiva sulla collettività, sia per contrastare l'esplosione del fenomeno della delinquenza organizzata.

Dalla disamina della suddetta normativa, si evince come il Legislatore, inserendo i reati sessuali nel novero dei delitti ostativi, abbia sostanzialmente voluto equiparare gli stessi a quelli commessi da organizzazioni criminali di stampo mafioso o terroristico ed evitare così che i sex offenders potessero avere un facile accesso ai benefici previsti dalla legge.

Nei confronti degli autori di reati sessuali, i benefici possono essere concessi solo sulla base dei risultati dell'osservazione scientifica della personalità (art. 27 del D.P.R. n. 230 del 30/06/2000) condotta collegialmente per un periodo più lungo, pari almeno a un anno anziché sei mesi, all'interno dell'istituto di pena con l'aiuto di professionisti esperti ex art. 80 (professionisti specializzati in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica).

In ambito penitenziario, per osservazione scientifica della personalità si intende quel processo diretto sia alla rilevazione delle carenze psichiche, affettive, educative e sociali e altre cause del disadattamento del soggetto sia alla valutazione dello stato del processo di revisione critica rispetto al reato ascritto. Sulla base di tale periodo di osservazione, tutte le valutazioni vengono riportate nella relazione di sintesi, contenete sia il profilo del reo derivanti dai vari ambiti dell'osservazione sia la proposta del programma di recupero individualizzato, che dovrà poi essere approvato dal Magistrato di Sorveglianza territorialmente competente. Inoltre, se i reati sono stati commessi a danno di una persona minorenni, il suddetto organo giudiziario valuta la positiva partecipazione al programma di riabilitazione specifica di cui all'articolo 13 bis ("Trattamento psicologico per i condannati per reati sessuali, per maltrattamenti contro familiari o conviventi e per atti persecutori della presente legge") della legge n. 354/75.

L'esperienza dimostra che il sex offender tende alla negazione di ogni responsabilità, a volte anche sostenendo di esser stato lui stesso vittima di inganno; tale atteggiamento restio ad una effettiva visione critica del fatto commesso, costituisce l'argomentazione adottata con sempre maggiore frequenza dal Tribunale di Sorveglianza per rigettare l'istanza volta a ottenere i benefici penitenziari, permessi premio o misure alternative alla detenzione.

RIFLESSIONI SUGLI INTERVENTI TRATTAMENTALI PER I SEX OFFENDERS NEGLI ISTITUTI PENALI

Per quanto concerne gli interventi trattamentali a favore dei sex offenders negli istituti di pena, occorre specificare che l'attuale contesto detentivo non offre risorse e condizioni che forniscano al condannato per i reati sessuali efficaci strumenti per intraprendere percorsi diversi dalla mera reclusione. Inoltre l'attuazione di programmi di recupero specifici è compromessa per la

manca di fondi destinati allo scopo e per la carenza di personale adeguatamente formato per il lavoro con questa tipologia di detenuti.

Le peculiarità detentive a carico di questa tipologia di reclusi determinano situazioni di disparità di trattamento rispetto agli altri ristretti, impedendo loro, di fatto, l'accesso alle attività intramurarie, sia ricreative e sia lavorative. Ciò deriva anche, dal fatto che gli istituti penitenziari italiani difficilmente sono dotati di locali che permettano la fruizione, nel medesimo momento, di una stessa attività per più gruppi di soggetti che non possono essere messi in condivisione.

Le problematiche derivano sia per la complessità caratterizzante il comportamento sessualmente deviante dal punto di vista fenomenologico ed eziologico, sia a seguito della scarsa, se non inesistente, motivazione da parte dello stesso a farsi aiutare. Ciò si realizza principalmente a fronte di un forte "diniego", ovvero, della negazione rispetto alla commissione del reato, che, di conseguenza, non favorisce l'adesione a qualsiasi forma di aiuto. Tale negazione è generalmente interpretata come una volontà a evitare una rivisitazione critica della commissione del reato, senza considerare che per questi soggetti il fatto di negare ha connotazioni specifiche e forme differenti, non liquidabili col rigido assunto dell'assenza di elaborazione.

Un altro elemento su cui sarebbero utile lavorare per favorire l'intervento trattamentale, è il contrasto all'isolamento e auto-isolamento dettato dalle esigenze di sicurezza; infatti, la stragrande maggioranza di questi soggetti, spesso primari e quindi esenti dalla consolidata strutturazione personologica di un recluso strutturato da altre pregresse carcerazioni, ha una scarsa conoscenza della subcultura carceraria e mal si adatta all'ambiente penitenziario.

A prescindere dalla presenza o meno della compliance trattamentale del reo, occorre ribadire che l'attuale contesto detentivo non garantisce una



reale presa in carico di questi detenuti dal punto di vista puramente trattamentale, limitandosi così ad assolvere soltanto alla sola funzione custodiale piuttosto che anche quella rieducativa.

Il trattamento nel suo complesso deve fondarsi sul principio di responsabilità personale, ciò deve portare i sex offenders alla revisione critica della propria condotta criminale, cercando di comprendere l'origine del problema e affrontando i danni cagionati alle vittime sia primarie che secondarie, oltre ad essere necessario che attivino strategie di autocontrollo psicologiche ed emotive. Deve, inoltre, fornire un aiuto a questi soggetti per controllare e prevenire l'esplosione di impulsi sessuali devianti, attraverso l'individuazione delle strategie più opportune per ridurre la recidiva una volta scontata la propria misura detentiva.

Nelle strutture penitenziarie ove sono stati realizzati progetti specifici, l'intervento di psicoterapia di gruppo e l'attività di sostegno rappresentano l'unico possibile aggancio di questi soggetti a un iniziale percorso di elaborazione della gravità delle proprie condotte devianti.

La discussione in gruppo fa sì che gli altri aggressori sessuali assumano un importante ruolo di contrasto, di identificazione, di riconoscimento e di analisi (tanto in funzione introspettiva tanto quanto in relazione al fatto cagionato) del reato. Inoltre si aggiunge che il lavoro in collettività, unitamente alla valutazione sui singoli, permette una migliore lettura dell'esperienza vissuta a partire dalle risorse possedute e rielaborate dagli stessi detenuti. È certo che il gruppo rappresenti un luogo nel quale, più che ricercare le cause delle condotte devianti, sia possibile cogliere il significato condiviso degli eventi della vita di ciascun membro, in un'ottica di cambiamento dinamico e processuale.

Allo stato, non esiste una metodologia trattamentale più avallata di altre, ma un ventaglio di possibilità trattamentali, ciascuna dotata di punti di forza e zone d'ombra. Alla base del trat-

tamento dovrebbero esserci, comunque, le seguenti attività:

- presa di coscienza del reato commesso;
- acquisizione o rinforzo delle capacità empatiche;
- presa di coscienza delle proprie difficoltà e dei propri limiti;
- modificazione delle distorsioni cognitive;
- identificazione delle fantasie sessuali devianti e dei fattori che hanno concorso alla messa in atto dell'abuso sessuale;
- sviluppo di strategie di coping e gestione dello stress più funzionali.

Il carcere non può e non deve avere una finalità esclusivamente punitiva, ma deve diventare anche una opportunità per accedere ad una riflessione su di sé e sui propri meccanismi.

È opportuno specificare che, a prescindere dallo stato di effettiva realizzazione, alla base dei programmi di trattamento per i sex offenders vi è la maturata consapevolezza da parte dell'Amministrazione Penitenziaria che la mancanza di articolati interventi trattamentali determinerebbero una condizione di "ibernazione penitenziaria" degli autori sessuali. Questi, invece, proprio in relazione alle loro caratteristiche di personalità, richiedono interventi specifici tesi a ridurre i rischi di recidivare quei comportamenti antisociali, oggi considerati fonte di allarme e insicurezza sociale.

È chiaro che restituire alla società al termine della pena, un sex offender "come scongelato da questa prolungata ibernazione", ancora con le proprie caratteristiche psicopatologiche intatte e con in più una frequente dose di rancore, significa mettere in circolazione un soggetto ancor più aggressivo e pericoloso.

CONCLUSIONI

I detenuti sex offenders vivono da sempre isolati, reietti e stigmatizzati dalla società, anche carceraria, che li definisce "infami". Forse anche le istituzioni hanno inconsiamente colluso con questa

“cultura del mostro”, contribuendo a costruire un individuo da tenere lontano il più possibile dalla società “sana” perché autore di azioni spregevoli. Tali atteggiamenti discriminatori hanno generato nei confronti degli autori di reati sessuali deprivazione socio- ambientale e una difficoltà ad accedere a eventuali benefici di legge che, pur prescindendo dall’ostatività dell’art. 4/bis prevista per i reati sessuali, rimangono inascoltati o malamente accolti.

I progetti trattamentali, ponendo al centro dei propri obiettivi percorsi di rieducazione e reinserimento sociale, dovrebbero favorire l’attribuzione di una maggiore dignità al sex offender, che in primis resta un individuo, sia all’interno che all’esterno del carcere.

Partendo dalla condizione detentiva, da un lato si devono garantire trattamenti specialistici e dall’altro si devono già gettare le basi per poter creare un sistema, una rete, stabile nel tempo e che duri oltre la fine della detenzione stessa.

All’uopo per il buon funzionamento del trattamento, riveste notevole importanza la collaborazione tra tutti gli attori appartenenti all’apparato giudiziario e penitenziario (direzione e personale di polizia penitenziaria, area pedagogica-educativa, Ufficio di Esecuzione Penale Esterna - UEPE, Magistratura di Sorveglianza, avvocati, organi di controllo sul territorio, ecc) che ruotano intorno alla figura del sex offender collocato all’interno di un istituto penale.

Certamente le emergenze penitenziarie e gli investimenti economici oggi sono rappresentate principalmente da altre situazioni, quantitativamente preponderanti, che influiscono in maniera molto più pressante sugli equilibri interni del sistema penitenziario (ristrutturazione e adeguamento degli istituti, personale ridotto, sovrappollamento, stranieri, tossicodipendenti ecc.) e che assorbono la maggior parte delle già esigue risorse a disposizione dell’Amministrazione Penitenziaria.



Verso i sex offenders, il focus attento deve puntare all'espressione di un codice morale e all'effettiva attuazione dei principi alla base del trattamento penitenziario, senza il pregiudizio per la tipologia di reato. È anche vero che, assumere un atteggiamento non pregiudizievole rispetto al sex offenders, controllare e contenere le risonanze emotive che tali reati evocano non è semplice, dato che si tratta di un reato che ci turba e di fronte al quale le nostre coscienze si ribellano. Proprio per questo, è necessario continuare a investire in maniera sistematica nella formazione e nell'abbattimento in primis anche dello stigma sociale verso tali detenuti, affinché si conosca nel profondo il profiling psicologico-comportamentale di un sex offender alla base della commissione del reato e si valorizzi il vero intento trattamentale.

A fronte di ciò, è sicuramente pregiudizievole per la sicurezza della società e anticostituzionale rispetto ai diritti dell'uomo, una condizione detentiva di inattività dei percorsi trattamentali specifici per i sex offenders. Tale empassa degli istituti penali italiani in tema di sex offenders porta inevitabilmente al momento a restituire, dopo la pena, una persona "ibernata" che non ha avuto chances e che quindi sarà, nella migliore delle ipotesi, tale e quale a quando è entrato.

La consapevolezza di queste evidenze deve incentivare a proseguire nel migliorare la risposta trattamentale che il carcere può dare a questa tipologia di detenuti. A sostegno di questo pensiero, si riprende una famosa espressione dell'antropologo e criminologo italiano Cesare Lombroso che testualmente recita:

"... cosa credono questi signori di ottenere da noi lasciandoci impoltronire per mesi ed anni in una cella nella stessa colpa per la quale ci arrestano?"

BIBLIOGRAFIA

- Carabellese, F., Rocca, G., Candelli, C., La Tegola, D., Birkhoff, J.M. (2012). La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. Prospettive trattamentali. *Rassegna Italiana di Criminologia* 2,130-142.
- Dettore, D., Fuligni, C. (2006). *Psicologia e Psicopatologia del comportamento sessuale*. In Ciappi, S. (Ed.), *Aggressori sessuali. Dal carcere alla società: ipotesi e strategie di trattamento* (p. 324). Milano: Franco Angeli.
- Di Rosa, G., Varraso, G. (2020). *Codice di diritto penitenziario. La normativa e la prassi*. Piacenza: La Tribuna Edizioni.
- Fadda, M. L. (2011). *Il trattamento rieducativo dei detenuti sex offenders*. *Rivista di Sessuologia*. Vol. 35 n. 2, pp. 126, C.I.S. Edizioni.
- Giulini, P., Vassalli, A., Di Mauro, S. (2003). *Un detenuto ibernato: l'autore di reato sessuale tra tutela dei diritti e prospettive di difesa sociale*. In Gatti, U., Gualco, B. (Ed.), *Carcere e territorio* (pp. 429-460). Milano: Giuffrè.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R., Fernandez, Y.M. (1995). *Empathy in Sex Offenders*. *Clinical Psychology Review*.
- Petruccelli, I., Pedata L. T. (2008). *L'autore di reati sessuali. Valutazione, trattamento e prevenzione della recidiva*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Ruggiero, G., Basilisco, S., Scardaccione G., Fontanella, L. (2019). *La condizione detentiva, il trattamento e la relazione professionale con il detenuto autore di reati sessuali. Una visione esperienziale*. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza* XIII 1, 70-91.
- Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L., Siegert, R. (1995). *Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: A theoretical framework*. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* volume 7, pp. 317-335.
- Zara, G., Farrington, D. P., Ferrua, P. (2018). *Il diniego nei sex offender. Dalla valutazione al trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Zurbriggen, E. L., Yost, M., R. (2004). *Power, desire, and pleasure in sexual fantasies*. *The Journal of Sex Research* 41(3):288-300.

LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ GENITORIALI PERIZIE E ITER PSICOLOGICO

Valentina Monticelli

Psicologa e Psicoterapeuta ad approccio strategico breve in formazione, esperta in Dipendenze patologiche e in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche

Teresa Caldara

Psicologa e Psicoterapeuta ad approccio strategico breve in formazione, esperta in Sessuologia clinica e in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche

Francesca Lacerenza

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio sistemico-relazionale, terapeuta EMDR

RIASSUNTO

La Psicologia Giuridica si occupa di diversi ambiti: giudiziario, legale, criminale, legislativo, forense, diritto psicologico e rieducativo. Negli ultimi decenni in Italia sono avvenute significative trasformazioni sociali che hanno influenzato e modificato l'idea di famiglia e la divisione dei ruoli sociali. Al giorno d'oggi si registra un calo o una posticipazione dei matrimoni, un calo della natalità per una carenza delle politiche rivolte alla famiglia, un aumento delle convivenze e dei figli

nati al di fuori del matrimonio e un forte aumento dell'instabilità coniugale con un tasso elevato e in crescita di separazioni e divorzi.

Pertanto un CTU (consulente tecnico d'ufficio) si ritrova a rispondere al frequente quesito richiesto dal giudice (Tribunale) sulla valutazione delle capacità genitoriali.

PAROLE CHIAVE

Capacità genitoriali - Famiglia - Perizie - Iter - Psicologia - Giurisprudenza



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ GENITORIALI

Il ruolo dello psicologo è fondamentale durante una perizia o iter psicosociale per la valutazione delle capacità genitoriali. La neutralità del ruolo è importante ai fini degli obiettivi prefissati. Empatia, consapevolezza dei propri meccanismi di difesa e pregiudizi, uso di una metodologia idonea sono tutti elementi cardini e centrali nella neutralità del ruolo assunto dallo psicologo nel lavoro assegnato.

Lo psicologo giuridico non è un qualsiasi psicologo che risponde ai quesiti del diritto, ma uno psicologo che conosce non solo le leggi, ma il contesto culturale e professionale in cui gli operatori del diritto si muovono, sa contestualizzare i propri strumenti diagnostici e di intervento, ha bene presente la specificità del lavoro clinico, sociale ed educativo in ambito forense e soprattutto possiede formazione e specializzazione mi-

rata, oltre ad avere un formazione nell'ambito del sistema familiare e strategico.

I professionisti (psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili) che operano come CTU nei Tribunali vengono spesso chiamati a valutare le competenze genitoriali delle parti in causa per l'affidamento della prole minore, soprattutto nelle cause di separazione e divorzio.

Come è noto, la legge n. 54/2006 ha stabilito come regola il principio della cosiddetta bigenitorialità, ma quando i coniugi non riescono a trovare un accordo circa i figli, non di rado finiscono per screditarsi a vicenda richiedendo l'affidamento esclusivo dei figli.

Il Giudice deve allora stabilire se e quanto ciascun coniuge sia capace di essere un "buon" genitore, ovvero se vi è – e di quale entità, eventualmente – incapacità in uno dei genitori (o in entrambi),

per disporre l'affidamento dei figli in modo diverso da quello previsto dalla legge, ovvero quello "condiviso".

La cosiddetta "valutazione della genitorialità" è una complessa attività di diagnosi, che deve tener conto di diversi parametri, maturata in un'area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi della psicologia clinica e dello sviluppo, della neuropsichiatria infantile, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica e della psichiatria forense.

Intesa in senso ampio riguarda due versanti, genitori e bambino, ed ovviamente la loro relazione. La valutazione psicologica delle competenze genitoriali riguarda l'esame di personalità dei genitori e dei figli minori che vivono in condizioni di alto rischio e necessitano di aiuto al fine di individuare i punti deboli, i punti di forza della situazione familiare e le possibili soluzioni. Ciò può essere fatto facendo riferimento a obiettivi diversi quali: cognitivo, comportamentale/ di personalità, relazioni e clinica. Lo psicologo in quanto professionista deve in ogni ambito tener conto del Codice Deontologico degli Psicologi, ovvero lo strumento scritto e reso pubblico che stabilisce e definisce le concrete regole di condotta ed etica che devono essere rispettate nell'esercizio di un'attività professionale.

IL DISAGIO PSICO-EMOTIVO DEL MINORE DURANTE LE SEPARAZIONI

Vi sono diversi studi su questo tema, soprattutto statunitensi, dove il fenomeno è presente da più anni. Buona parte delle ricerche si è concentrata sugli *effetti negativi*, ritenuti inevitabili, nel divorzio. Da queste emerge che i bambini che hanno vissuto la separazione dei genitori manifestano più frequentemente problemi di condotta, disadattamento psicologico, difficoltà sociali e una minore considerazione di sé, rispetto ai bambini che hanno vissuto in famiglie unite. Inoltre i giovani che sono cresciuti con genitori separati registrano problemi psicologici, sociali ed emozionali non solo nell'adolescenza ma anche nell'età adul-

ta (Amato 2005). Le conseguenze sul benessere dei figli però non dipendono esclusivamente dal divorzio, ma anche dal conflitto coniugale che lo precede. Una prolungata esposizione ai conflitti genitoriali può causare una predisposizione verso difficoltà psicologiche e coniugali nel futuro. Tutti gli studiosi sono concordi nel considerare la separazione un evento traumatico per genitori e figli, ma per quanto riguarda l'intensità del danno vi sono visioni differenti. Le conseguenze possono variare anche a seconda della rete di sostegno e delle risorse economiche a disposizione. L'adattamento dei figli alle situazioni di instabilità dipende da svariati fattori come la quantità e la qualità dei contatti con i genitori, l'adattamento psicologico e le capacità genitoriali dei membri della famiglia che hanno in carico i bambini, il livello conflittuale tra gli ex coniugi, il livello di ristrettezza economica e gli eventi stressanti che colpiscono i figli in seguito al divorzio.

I figli dei genitori separati inizialmente possono manifestare difficoltà sia psicologiche che scolastiche, ma la maggior parte di loro riprende il "normale" sviluppo in tempi brevi. Nei casi dove vi è un'alta conflittualità tra i genitori o vi è il distacco da uno di essi, i figli possono presentare difficoltà di sviluppo per tempi maggiori. Proprio dai risultati di queste ricerche si è diffuso in tutti i paesi occidentali il principio della bigenitorialità, che stabilisce l'importanza del mantenimento di un rapporto continuativo con entrambe le figure genitoriali.

L'unico interesse dei figli, soprattutto se minori, è avere al suo fianco il padre e la madre. La separazione è un momento triste e doloroso in quanto spesso comporta il distacco da uno dei genitori, prevalentemente il padre. Anche dopo l'introduzione del principio della bigenitorialità, con la legge 54/2006, la residenza del bambino il più delle volte rimane una sola e il distacco da un genitore inevitabilmente avviene. Nei primi mesi si verifica una ri-negoziazione e ri-organizzazione della famiglia e dei tempi che il figlio trascorrerà



con i genitori. Gli effetti della separazione sui figli dipende dal modo in cui questo cambiamento viene percepito dai medesimi, come pure dai genitori, dalla cerchia familiare e dalle variazioni che provoca nello stile di vita e nei rapporti sociali con le persone di riferimento. Alle volte i genitori riescono a trovare degli accordi e a risolvere civilmente la separazione e i tempi di gestione dei figli, mettendo questi ultimi in primo piano rispetto alle loro priorità.

In questo modo si cerca di limitare il danno e facilitare la relazione del bambino che ha il diritto di vivere un rapporto con entrambi. La separazione diventa molto più traumatica per i figli che si trovano a vivere il clima di tensione tra i genitori, anche una volta separati, e spesso vengono messi in mezzo a tali conflitti. In queste situazioni i genitori non riescono a mettere in cima alle loro priorità il benessere del proprio figlio ma sono concentrati a tenere vivo il conflitto, risultando inadeguati nell'ascolto dei bisogni dei figli e perdendo di vista le cose realmente importanti. In una separazione altamente conflittuale il mal-

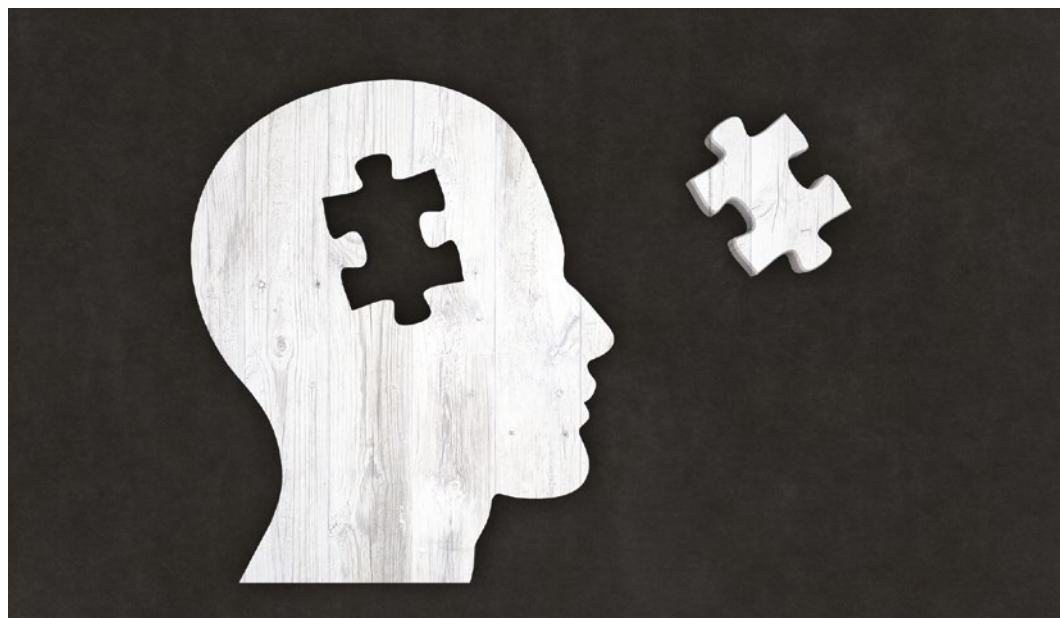
trattamento psicologico del bambino avviene quando i genitori mirano a strumentalizzare il figlio nel conflitto per controllare la contesa coniugale.

L'età del bambino ha un ruolo fondamentale nella gestione dello stress che deriva dalla separazione e nella rinegoziazione dei rapporti familiari.

PERIZIA E ITER PSICOLOGICO PER LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ GENITORIALI

Il giudice tra i vari quesiti peritali spesso richiede la valutazione delle capacità genitoriali per affidamento familiare e così il perito (consulente tecnico) nominato dal giudice stesso è tenuto ad indagare per fornire la consulenza richiesta (v. artt. 221 c.p.p. e 191 c.p.c.) svolgendo il lavoro in collaborazione con il consulente di parte.

È complesso trovare una definizione chiara ed univoca di genitore idoneo ma solitamente si considera tale una persona in grado di accudire, sostenere, proteggere e accompagnare il proprio figlio lungo il suo sviluppo psico-fisico, mantenendo un legame stabile e duraturo nel tempo.



Effettuare una valutazione non è mai un atto neutro in quanto vi è una relazione reciproca tra i soggetti coinvolti che partecipano al progetto, con i propri valori culturali e storie di vita. Naturalmente è necessario che l'operatore sociale mantenga un'elevata attenzione anche agli aspetti relazionali, fondamentali da osservare per costruire un rapporto basato sulla fiducia con i genitori che si stanno separando in modo da lavorare congiuntamente sul progetto d'aiuto.

Per la stesura di una perizia che risponde in modo preciso al o ai quesiti posti dal giudice è possibile seguire il Protocollo di Milano, un documento scritto da un gruppo di psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, avvocati e magistrati (Camerini, Gulotta, Lopez et al.2012), avente l'obiettivo di fornire una serie di linee guida per la consulenza tecnica in materia di affidamento dei figli a seguito della separazione dei genitori.

Nel momento in cui un consulente tecnico d'ufficio (ctu: psicologo, neuropsichiatra infantile o psichiatra) viene convocato dal giudice per indagare una situazione familiare egli dovrà effettuare una valutazione psicologica e relazionale degli individui della famiglia, della coppia e del sistema nel suo complesso. Ciascuna parte in causa, ovvero ciascun genitore potrà avvalersi di un proprio consulente tecnico di parte (CTP).

Il consulente tecnico di ufficio nel rapportarsi con il magistrato che l'ha convocato e con gli avvocati delle parti deve mantenere la propria autonomia professionale e scientifica, soprattutto nello scegliere le tecniche, i metodi e gli strumenti che ritiene utili per la valutazione.

Allo stesso tempo anche i rispettivi consulenti di parte dovranno mantenere una propria autonomia cercando di salvaguardare in primis l'interesse del minore, rispetto a quello del genitore loro cliente. Ci si trova spesso di fronte a situazioni

genitoriali fortemente conflittuali e quindi lo scopo dei consulenti di parte, non è quello di allearsi con il proprio cliente ma è proprio quello di lavorare con i rispettivi genitori per aiutarli ad uscire dal conflitto, favorendo la presa di coscienza dei propri errori e delle proprie responsabilità e cercando di fare capire il punto di vista dell'altro genitore, in modo tale da favorire collaborazione e comunicazione tra le parti in causa.

Buona prassi è quella di effettuare colloqui sia congiunti, dove sono presenti entrambi i coniugi, sia individuali; durante i colloqui congiunti si chiederà a ciascun coniuge di riportare la propria versione dei fatti e il motivo per il quale si è giunti ad una consulenza d'ufficio. Con consenso da parte dei soggetti interessati è possibile e consigliabile video-registrare gli incontri.

Si procede poi con colloqui individuali che il consulente d'ufficio effettuerà con ciascun genitore, in modo tale da raccogliere l'anamnesi personale, familiare e la storia di sviluppo del bambino descritta dal punto di vista di entrambi i genitori. Se si ritiene necessario, l'analisi può essere approfondita attraverso una specifica valutazione testistica, volta ad esplorare eventuali patologie e le caratteristiche psicologiche di ognuno. Si procede attraverso incontri individuali con il minore, secondo modalità operative che variano in base alla sua età. Lo scopo è quello di valutare il funzionamento cognitivo, affettivo e sociale del bambino e la sua rappresentazione di ciascun genitore e della coppia genitoriale, con una specifica attenzione alle capacità riflessive. Utili strumenti possono essere il Trilogue Play Test Clinico e il disegno congiunto.

L'utilizzo di test psicologici è fondamentale poiché ci permettono di ottenere risultati, logiche e verità oggettive e non interpretative. Per l'affidamento di minori e valutazione delle capacità genitoriali alcuni test suggeriti sono: Family Relation Test; Test Proiettivi; Test di Rorschach; MMPI Test; Test Grafici e altri.



CONCLUSIONE

Tema centrale quindi è il conflitto che si ricollega immediatamente con la frustrazione, dal momento che i desideri, i bisogni e le esigenze spesso continuano ad esistere anche se sono tra loro apparentemente inconciliabili.

BIBLIOGRAFIA

- Agresta., F., 2007, *Problemi di Psicomatica Clinica*, Edizioni Quaderni del CSPP, Pescara, 2007;
- Battista Camerini, G., Lopez, G., Volpini, L., *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali APS -I: Assessment of Parental Skills-Interview*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2019;
- Bing Hall, J., *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998;
- Bowlby, J., 1969, *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento della madre*. Tr.it Boringhieri, Torino, 1972;
- Bowlby, J., 1973, *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione della madre*. Tr.it Boringhieri, Torino, 1975;
- Bowlby, J., 1988, *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria di attaccamento*, Raffaele Cortina Editore, Milano 1989;
- Cassiba, R., Elia, L., 2007, *L'Affidamento familiare: dalla valutazione all'intervento*, Carocci Faber Editore, Roma, 2007;
- Gulotta., G., et coll., 2012, *Il codice deontologico degli psicologi, appendice di aggiornamento 2012*, Giuffrè Editore, Milano, 2012;
- Miller, D., 1994, *Donne che si fanno male*, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2011;
- Nardone., G., Watzlawick., P., *L'Arte del cambiamento*, Tea Edizioni, Milano, 2015;
- Petruccelli., F., Verrastro., V., 2012, *La relazione d'aiuto nella psicoterapia strategica*, Franco Angeli Editore, Milano, 2018;
- Verrastro, V., *Strategie e interventi in psicologia clinica dello sviluppo*, Franco Angeli Editore, Milano, 2006;
- Yalom, I.D., 2002, *Il dono della terapia*, Beat Editore, Milano, 2016.

LA FAMIGLIA ANORESSICA

UN CORPO E PIÙ MENTI IN UN DIGIUNO D'AMORE

Valentina Monticelli

Psicologa e Psicoterapeuta ad approccio strategico breve in formazione, esperta in Dipendenze patologiche e in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche

Teresa Caldara

Psicologa e Psicoterapeuta ad approccio strategico breve in formazione, esperta in Sessuologia clinica e in Psicologia Giuridica - Scienze Criminologiche

Francesca Lacerenza

Psicologa, Psicoterapeuta ad approccio sistemico-relazionale, terapeuta EMDR

RIASSUNTO

I disturbi alimentari usano il corpo come ultimo anello di una catena di comportamenti patologici che si influenzano a vicenda e che hanno come risultato la distanza.

Nello specifico, l'*anoressia*, è caratterizzata dalla riduzione volontaria dell'assunzione di cibo.

La malattia in questione è il risultato della storia individuale e questa è tanto diversa da quanto sono differenti le condizioni di crescita e di radici. Le persone che soffrono di disturbi alimentari non hanno, molte volte, ricevuto soltanto troppo poco in termini di cibo, protezione, cure, ascolto, amore e accettazione, ma solo quando il genitore riteneva fosse giusto concederli. È fondamentale nel trattamento delle persone affette da anoressia e dei disturbi alimentari altri il contatto con la famiglia che è coinvolta interamente nella situazione patologica.

PAROLE CHIAVE:

Anoressia, Cura, Emozioni, Famiglia, Patologia, Psicoterapia.

INTRODUZIONE

In questa nostra epoca ossessionata dalla magrezza e da stereotipi di bellezza universali, molti individui, soprattutto donne, hanno problemi con il proprio corpo. Nello specifico, l'*anoressia*, è caratterizzata dalla riduzione volontaria dell'assunzione di cibo che spesso conduce ad uno stato di dimagrimento letale e con un'elevata (apparente) capacità di controllo fino ai limiti dell'autolesionismo. La malattia in questione è il risultato della storia individuale e questa è tanto diversa da quanto sono differenti le condizioni di crescita e di radici. Le persone che soffrono di disturbi alimentari non hanno, molte volte, ricevuto soltanto troppo poco in termini di cibo, protezione, cure, ascolto, amore e accettazione, ma solo quando



il genitore riteneva fosse giusto concederli. Chi è affetto da questi disturbi, infatti, ha paura che i propri bisogni possano essere soddisfatti da qualcuno e che possa quindi crearsi un legame di dipendenza. Con la negazione del cibo nel caso dell'anoressia vengono messe a tacere le emozioni e questo per gli anoressici è considerato più sicuro e meno attaccabile rispetto al lasciarsi andare ed abbandonarsi alla sfera emotiva e passionale. Nella società contemporanea l'anoressia mentale rappresenta uno dei disagi più diffusi tra le ragazze adolescenti, anche se comincia ad emergere in percentuale nettamente minore anche tra i ragazzi. Nonostante l'ampio spazio dato al fenomeno e alla naturalezza acquisita nel parlare, è ancora molto difficile riuscire a sconfiggere questo disagio, per via delle numerose variabili che tendono ad alimentarlo. Il controllo del peso corporeo può avvenire o tramite restrizioni per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici, o tramite l'uso eccessivo dello sforzo fisico, al fine di bruciare le calorie considerate in eccesso.

Il DSM-5 indica inoltre altre manifestazioni che sono: disagio nel mangiare in pubblico, senti-

menti di inadeguatezza, bisogno di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità nei rapporti interpersonali, iniziativa ed espressività emotiva eccessivamente represses. In queste persone l'autostima è fortemente influenzata dalla forma fisica e dal peso. La perdita di peso viene considerata come una importante conquista ed un segno di autodisciplina, mentre l'aumento di peso viene vissuto come perdita del controllo, o una sconfitta con conseguente riduzione dell'autostima. Raramente la persona anoressica è preoccupata per il suo dimagrimento, spesso non ha una consapevolezza di malattia e questo può essere un forte ostacolo per l'acquisizione di una volontà di cambiamento e di guarigione. È fondamentale nel trattamento delle persone affette da anoressia il contatto con la famiglia per poter avere importanti informazioni sull'origine del disagio, sul modo attraverso cui si esprime e sulle possibilità di intervento. L'intera famiglia dell'anoressica è coinvolta nella situazione patologica, l'andamento della casa è incentrato sull'ammalata in un'atmosfera di tensione e di esasperazione, anche se all'esterno questo non appare, al contrario si mostra come una famiglia ideale, con genitori total-

mente dediti al lavoro e alla casa, ligi al dovere e alle norme sociali e convenzionali, estremamente preoccupati delle apparenze.

LA FAMIGLIA ANORESSICA COME SISTEMA INVISCHIATO

L'anoressia mentale nel contesto familiare

Secondo diversi studi, in particolare quelli fatti da Minuchin S., le caratteristiche principali delle famiglie anoressiche possono essere raggruppate in quattro aspetti fondamentali (in quanto considerate famiglie psicosomatiche): invischiamento; iperprotettività; evitamento del conflitto; rigidità.

L'**invischiamento** consiste nella tendenza a manifestare intrusioni nel pensiero, nei sentimenti, nell'affettività, nelle comunicazioni con gli altri, e negli spazi, senza tenere distinti i ruoli e i compiti. I rapporti sembrano infatti privi di confine, e questo può creare una continua intrusione nella vita privata del singolo individuo, riducendone così ogni spazio personale e autonomo. La persona anoressica cerca attraverso il rifiuto del cibo, di costruirsi uno spazio nel quale nessuno possa entrare, che non possa essere invaso da elementi esterni.

L'**iperprotettività** si manifesta attraverso un'alta preoccupazione, sollecitudine, e interesse reciproco nella famiglia. I comportamenti protettivi sono particolarmente presenti quando la paziente mette in atto il comportamento sintomatico. Così tutti si mobilitano ed evitano altri conflitti familiari a monte, magari conflitti familiari che durano da tempo e che "grazie" alla nascita della patologia anoressica vengono accantonati, mascherando i precedenti conflitti più profondi.

L'**evitamento del conflitto** è un'altra caratteristica fondamentale della famiglia dell'anoressica, esso avviene mettendo in atto una serie di meccanismi tesi a nascondere il disaccordo in modo che rimanga latente e non esploda mai diret-

tamente. Questo deve essere inteso come una difficoltà nel comprendere che il conflitto possa portare ad una maturazione e ad un confronto tra persone che crescono insieme. La mancanza di conflitto, e dunque di comunicazione, può spiegare il motivo per cui la persona anoressica non tende a protestare, ma preferisce rimanere muta, o imprigionata nel non-detto. Sente ma non si esprime perché si è adattata a parlare attraverso il linguaggio familiare, che tende a censurare ogni conflittualità.

La **rigidità** si manifesta nella famiglia anoressica nel manifestare con consuetudine le stesse modalità comportamentali.

Queste famiglie hanno la tendenza a presentarsi particolarmente unite ed armoniose dove appunto, non esistono altri problemi che la malattia della paziente. Se qualche contrasto si manifesta questo riguarda la gestione delle difficoltà alimentari dell'interessata. Dall'analisi, secondo quest'ottica, emerge che il disagio alimentare non è che una protesta attuata con la manipolazione del cibo nel disperato tentativo di ritagliarsi una sfera d'autonomia, di differenziazione da questo sistema familiare che non sembra permetterne. Il problema del cibo diviene l'unico canale attraverso cui emergono i sentimenti e l'affettività. Spesso queste famiglie hanno un'alimentazione complicata e faticosa: vari componenti seguono una dieta diversa, hanno pretese e fissazioni alimentari. Allora il guarire, il crescere non comporta solamente una crescita psicofisica del soggetto affetto da anoressia mentale, ma anche una crescita dell'intero gruppo familiare: famiglia e paziente devono poter crescere insieme. La valutazione di questi modelli si dimostra di valore inestimabile per la comprensione dell'anoressia mentale che somatizza in un solo corpo (anoressica) le difficoltà psicologiche e relazionali di molti (sistema). È necessario pertanto un lavoro sinergico, sia sulla famiglia che sul paziente poiché entrambi hanno bisogno di un processo evolutivo e di crescita. Senza un adeguato

percorso terapeutico potrebbe accadere che una famiglia non sia preparata ad affrontare conflitti coperti dal sintomo anoressico, e che quando la persona affetta da anoressia migliori durante una psicoterapia, al rientro nella famiglia si ritrovi nuovamente invischiata nei vecchi meccanismi inconsci che la portano a regredire. Tali aspetti sono accompagnati anche dalla triangolarità e disfunzioni comunicative. È molto difficile iniziare un percorso terapeutico, per via dei numerosi ostacoli al cambiamento, che sono stati elencati, ma non impossibile; la terapia familiare integrata a quella individuale, possono offrire dal punto di vista psicologico l'apporto più completo per una ristrutturazione del sistema familiare e favorire l'uscita da un processo patologico in cui la famiglia anoressica era rimasta incastrata.

Il disturbo alimentare è un evento che colpisce l'individuo e il suo nucleo familiare, come un trauma, una violenza inaspettata, che coglie impreparati e provoca dolore, impotenza, ansia, rabbia. I problemi sono così evidenti e drammatici da rendere impossibile la negazione. Il dimagrimento, i disturbi psico-fisici, il rischio di morte devono essere affrontati ad ogni costo e, possibilmente, accettati. L'accettazione implica però una presa di responsabilità, soprattutto da parte dei genitori, che costituiscono, involontariamente, la principale causa eziologica della malattia anoressica. Quando è evidente che i tentativi di far mangiare la figlia non sono sufficienti, quando si scopre che non esistono farmaci per "far tornare l'appetito" (la prima facile spiegazione che si dà una famiglia), allora diviene necessario capire cosa porta un individuo al desiderio di scomparire, cosa nasconde la magrezza. Ed è in questo momento che la famiglia si scopre falsamente perfetta. È stato anche osservato che i pazienti con anoressia tendono a negare i loro problemi e a idealizzare la propria famiglia, un atteggiamento che può mascherare le reali questioni familiari di fondo. Le anoressiche mostrano una minore indipendenza, un eccessivo senso di colpa, sfiducia e risentimento in situazioni conflittuali per

entrambi i genitori. Una famiglia in cui i confini sono particolarmente fragili, ovvero "invischiata", per usare un termine sistemico, rappresenta un importante fattore di genesi e sviluppo del disturbo alimentare (Minuchin, 1978). Una famiglia invischiata presenta una carenza di differenziazione e di individuazione. Oltre all'anoressia, problemi di mancata differenziazione sono stati associati ad altri disturbi psicologici tra cui la depressione, i disturbi d'ansia e di identità di genere (Fish et al., 1991; Fullinwider -Bush, Jacobvitz). L'invischiamento rimanda ad una forma estrema di intensità nelle transazioni familiari. In una famiglia invischiata e psicosomatica come quella anoressica, i cambiamenti in un membro del sistema ribaltano intere dinamiche relazionali, psico-emotive e comportamentali. Due particolari caratteristiche della struttura familiare sono fondamentali da analizzare per il suo funzionamento: i confini che definiscono i sottosistemi e la capacità del sistema di rispondere in modo differente in base alle condizioni. Cruciale è la chiarezza dei confini che risultano poco o del tutto assenti in sottosistemi invischiati o disimpegnati, che variano a seconda del livello di sviluppo. La famiglia invischiata risponde ad ogni cambiamento con eccessiva velocità ed intensità; mentre la famiglia disimpegnata evita di rispondere anche quando la risposta è necessaria. Uno dei compiti importantissimi di ogni sistema familiare è il mantenimento della continuità che protegge il senso di appartenenza dei membri che lo compongono ed è la matrice dell'identità. La caratteristica più importante dell'essere genitori è fornire una base sicura da cui un bambino o un adolescente possa partire per affacciarsi nel mondo esterno ed impari a relazionarsi con sé stesso, con gli altri e con il mondo nel modo più funzionale e armonioso possibile, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se impaurito. Nessun genitore può fornire una base sicura al figlio che sta crescendo a meno che non abbia comprensione e rispetto per il comportamento d'attaccamento del proprio figlio/a e tratti questo comportamento come una

parte della natura umana intrinsecamente degna di valore. Tuttavia, la letteratura esistente in merito alle cure genitoriali nei confronti dei bambini con anoressia ci dice che i genitori, nel gestire l'interazione con il figlio/a, sviluppano processi di negoziazione in cui cercano di mediare tra i propri sentimenti di colpa e di frustrazione, sforzandosi di comprendere la malattia per adattarsi alla cura del bambino (Treasure et al. 2001).

Il vuoto anoressico appartiene alla paziente ma anche al suo gruppo familiare, che manca dell'ossigeno psichico che mantiene vivo il sé. Questo impoverimento emotivo risale alle generazioni precedenti, è intessuto da regole segrete che legano i familiari con legami asfissianti e patologici (Dillon Weston, 2005).

L'identità proviene dalla nostra famiglia. Ed è in questo nucleo di base che il bambino inizia ad esperire le prime realtà. La bambina anoressica cresce in una famiglia che agisce su modelli altamente invischiati e una bambina che cresce in tale sistema familiare impara a subordinare il proprio sé agli altri, dove l'approvazione si sostituisce alla ricompensa. Secondo gli studi fatti da Minuchin e altri, una bambina che si è relazionata con modelli invischiati può diventare anoressica, specie se nella famiglia sono presenti anche altri processi.

La protezione è una delle caratteristiche tipiche delle famiglie anoressiche. Non a caso la bambina anoressica cresce protetta dai genitori, che si focalizzano solo sul suo benessere. I genitori iper-vigilanti e attenti ai bisogni psicofisiologici della bambina, mostrano così tutte le loro preoccupazioni che investono la piccola. Nel momento che la bambina sperimenta, che quello che fa è dominio di chi le sta attorno, sviluppa un perfezionismo ossessivo e un'attenzione particolare su sé e sui segnali delle altre persone. Così la sua preoccupazione diventa l'approvazione dei genitori. La bambina è socializzata ad agire come si aspetta la famiglia ed è particolarmente attenta

a non mettere in imbarazzo i genitori. L'autonomia è limitata all'intrusività e all'iperprotettività della famiglia, in quanto ampie aree del funzionamento corporeo restano sotto controllo altrui. E la bambina non riesce a sviluppare le abilità necessarie per potersi relazionare con persone della sua stessa età, di conseguenza diviene abile nelle relazioni con gli adulti. Il suo coinvolgimento nella famiglia non le permette di aprirsi all'ambito extrafamiliare. Inoltre, la bambina anoressica che si affaccia all'adolescenza entra in conflitto e il suo desiderio di entrare in contatto con il gruppo dei pari è ostacolato dall'orientamento verso la famiglia. Così, invece di riuscire a svincolarsi dalla sua famiglia, come fanno i coetanei, gli rivolge maggiore attenzione pensando di poterli aiutare a cambiare. I genitori, a loro volta, rafforzano i confini e fanno in modo che la bambina sia iper-coinvolta nella famiglia. Nelle famiglie anoressiche i confini sono forti e ben definiti, questo permette ai membri di rafforzare il loro legame e invischiarsi sempre più. Un'altra caratteristica delle famiglie anoressiche è la focalizzazione sulle funzioni corporee. Vari membri della famiglia lamentano disturbi fisici e queste lamentele possono riferirsi a malattie reali o semplicemente rappresentare una sensibilità generale ai normali processi fisiologici. Spesso, in queste famiglie emergono preoccupazioni particolari su questioni come il mangiare. Nel caso in cui queste famiglie subiscono uno squilibrio, tutti membri si compattano per proteggere il sistema, è fanno ciò per reprimere quei membri il cui bisogno cambiamento minaccia lo status quo.

LA RELAZIONE DELL'ANORESSICA CON LE FIGURE GENITORIALI

Il rapporto con la madre e con il padre

La famiglia delle anoressiche è stata descritta come rigida, con alto livello di invischiamento, conflitti e di protezione eccessiva. Ma è uno scenario che rischia di essere semplicistico. Un quadro più ricco è quello che emerge dall'osservazione della diade madre-figlia. Le donne con anoressia hanno



a che fare con madri più iperprotettive e controllanti rispetto alla restante parte della popolazione. Inoltre, i padri sono più invadenti, si rapportano alle figlie solo per fornire loro un sostegno emotivo tramite il cibo e spesso interagiscono con le figlie riproponendo la stessa relazione mal adattiva sviluppata con la moglie caratterizzata principalmente da emozioni negative.

Sembra dunque che una relazione invischiante col padre determini una maggiore possibilità di sviluppare anoressia, mentre i problemi di confine con le madri hanno un impatto diverso sullo stato di salute delle figlie. I problemi di confine sembrano produrre relazioni più patologiche con le madri, stante quando riferiscono le adulte anoressiche. Forse perché le anoressiche adulte soffrono di una forma più cronica di disturbo alimentare, che è accompagnato da relazioni più problematiche con la madre.

È importante prendere in considerazione il rapporto padre-figlia per capire come la violazione dei confini sia legata ai sintomi anoressici.

La relazione madre-figlia spiega molte dinamiche conseguenti ad alcune problematiche psico-emotive che emergono sul corpo e sulla mente dell'anoressica. Weston D. parla di madre-drago, la quale non prende in considerazione la possibilità che la figlia abbia un'esistenza diversa da sé, ma ne fa un suo prolungamento fisico e psichico. La figlia diviene una realizzazione idealizzante di sé, destinata a salvarla dalla frustrazione e dalla solitudine; è costretta a vivere esperienze destinate ad un adulto, ad una madre che non è stata capace di contenerle, elaborarle, delimitarle (Marinelli, 2004) e la madre fa i conti con il suo essere un Drago per la figlia.

Si scopre ancora, paradossalmente, che la "non fame" alimentare dell'anoressica nasconde un'immensa fame d'amore: verso il padre, poco o nulla presente o, al contrario, portatore di un abuso materiale, mentale o fantasticato, o verso la madre che nutre meccanicamente e senza

amore con un cibo materiale, freddo, elargito per dovere che sostituisce con gli alimenti la presenza fisica e psichica che non è capace di dare (Recalcati, 1997). Tutti i desideri di nutrimento tipici dell'individuo (alimentari, sessuali, affettivi) sono, per l'anoressica, esperienze di perdita, rinuncia, confusione e orrore.

Il suo bisogno di essere riempita, amata, fecondata, dall'amore materno e dal piacere del padre, dall'esperienza della propria efficacia e coesione, è andato distrutto o è stato sostituito dalla difesa compiacente, dalla rinuncia di sé per fare spazio alla madre e alla vita di quest'ultima.

L'anoressica arriva a negare i suoi bisogni per non sentire la dipendenza, vivendo la tragica esperienza di una lotta continua tra bisogno della madre e necessità di separazione dalla madre, per una fisiologica separazione/individuazione, resa più difficile da una madre che non accoglie ma respinge, non abbraccia ma divorora. La dipendenza dal materno diviene un incollamento alla madre, l'identificazione non è simbolica, non c'è separazione (quindi non ci sarà identificazione), ma è un voler diventare come la madre (Marinelli, 2004). L'anoressia è quindi una manovra di separazione dalla madre, che invade ed impedisce la costruzione di se stessa. La malattia della figlia apre un vuoto, anzi è un vuoto che delimita la distanza tra i desideri e le aspettative materne e le rinnovate aspettative della figlia.

Scompare, ridursi, paradossalmente, è necessario per comparire, per farsi vedere come Altro dalla madre. Il sintomo anoressico è il primo annuncio di un sistema familiare patologico, finalmente alla luce, che si mantiene in equilibrio su una falsa normalità che l'eromperre del sintomo manda in frantumi (Dillon W Winnicott parla di "vuoto controllato" con il quale si cerca di affrontare il "terrore del vuoto". Questo vuoto controllato può essere anche una difesa da una madre divoratrice, vuota a sua volta, che vuole alimentarsi con le risorse della figlia, con la sua giovini-



nezza, con la sua fame di esperienze e di vita. Una madre che chiede alla figlia di colmare il suo stesso vuoto, proietta in lei i suoi bisogni, la sua impossibilità a reagire, diviene a sua volta una bambina che cerca nella figlia la madre contenitore che non ha avuto (Winnicott, 1985).

Invece, la figlia di una madre sufficientemente buona, utilizzando l'holding materno e la rêverie percepirà la situazione di calma necessaria per lo sviluppo del proprio Sé, per il riempimento del proprio vuoto, diverso da quello materno, entrambi vivi, due contenitori con contenuti diversi, come diverse sono le due individualità.

PSICOTERAPIA E PROSPETTIVA INTEGRATA

L'approccio strategico, sistemico-familiare, terapia EMDR

Intraprendere un percorso di psicoterapia vuol dire provare a sfidare il cambiamento e mettersi

in discussione. Quando una famiglia anoressica entra in terapia, i familiari della paziente si presentano come accompagnatori. Secondo loro c'è qualcosa che non va nel "paziente designato", qualcosa che sfugge al loro controllo e che mette in crisi l'intera famiglia. Il terapeuta sa che quell'individuo sintomatico è parte di un sistema psicosomatico. Infatti, lo stesso sistema inserisce il sintomo nella sua rete comunicazionale utilizzandolo per il proprio funzionamento e per la propria comunicazione.

Il sintomo può essere insorto in un individuo sia a causa delle sue particolari condizioni di vita sia come tentativo di risolvere la disfunzione esistente nella famiglia, e la malattia può sparire solo a prezzo di un cambiamento intervenuto nel "gioco familiare" che possa portare la famiglia stessa a funzionare indipendentemente dal disturbo. Le fasi iniziali di una terapia con una anoressica devono focalizzarsi sulla sindrome



che presenta una minaccia di morte e muoversi verso lo scopo primario che è quello di abbandonare il sintomo in chiave strategica. Successivamente il terapeuta deve andare oltre il sintomo, decentrando l'attenzione dal paziente designato alla famiglia. In questo modo la paziente anoressica è libera di sperimentarsi solo come parte di un sistema disfunzionale. Ogni terapeuta, cerca poi di sfidare le cinque modalità transazionali che sono direttamente collegate alla comparsa ed al mantenimento di un quadro sintomatico: invischiamento, iperprotettività, rigidità, evitamento del conflitto e deviazione del conflitto. Nessuna di queste caratteristiche sembra sufficiente a sostenere i sintomi psicosomatici da sola, ma l'insieme di esse è ritenuto tipico di un assetto familiare che incoraggia la somatizzazione. Le strategie terapeutiche saranno quindi indirizzate contro queste modalità di transazione. Il terapeuta ha il compito di riformulare il sistema familiare, ed è attivamente coinvolto come agente del rinnovamento mediante l'uso di tecniche atte a provocare crisi e tali da scuotere il sistema e costringerlo a cercare un nuovo equilibrio strutturale ammorbidendo i confini. La sfida all'invischiamento consiste nel sostenere lo spazio vitale individuale, sostenere la definizione del sottosistema, e sostenere l'organizzazione gerarchica familiare. In genere l'invischiamento viene proclamata come orgoglio delle famiglie anoressiche, in quanto esse si vedono leali, protettive, sensibili e responsabili, cosa che in effetti non sono. Tutte le operazioni che costituiscono una sfida all'invischiamento cercano di aumentare l'autonomia. Il terapeuta sottolinea la necessità di ciascun membro della famiglia di avere uno spazio psicologico. Spesso il terapeuta incoraggia ciascun membro di parlare e ad esprimere una sua idea, rafforzando così la differenziazione. Blocca poi chi decide di parlare come portavoce della famiglia o chi decide di sostenere uno dei membri della famiglia che esprime un'emozione. Offre, comunque la possibilità di poter manifestare il suo stato d'animo. Inoltre, è importante che il terapeuta differenzi i sottosistemi fratelli

ed eviti che altri membri della famiglia si intrametano nel sottosistema dei fratelli. Ma non solo, il compito del terapeuta con queste famiglie è anche di chiarire l'organizzazione gerarchica, definendole aree di responsabilità dei genitori e quelle di ove genitori e figli possono confrontarsi. Comunque, si può dire che generalmente tutte le operazioni terapeutiche che sfidano

l'invischiamento sono operazioni che sostengono l'individuazione. Gran parte delle operazioni utili per sfidare l'invischiamento sono valide anche sfidare nelle iperprotettività. Le famiglie iperprotettive si distinguono per l'intrusività dei membri. Come per l'invischiamento ci sono operazioni che vanno ripetute per rendere cosciente la famiglia. È importante, quindi che il terapeuta dia autonomia e autoconsapevolezza a ciascun membro della famiglia, favorendo l'individualità di ciascuno. Talvolta, il terapeuta può notare che la ragazza anoressica fa le veci della madre, ad esempio occupandosi della casa o della preparazione del pranzo, in questo caso la famiglia può essere sfidata ridefinendo i ruoli e i confini di questa famiglia. Anche in questo caso è molto importante decentrare l'attenzione dalla ragazza anoressica ai genitori, in questo modo si evita che la ragazza si consideri la parte "malata" dalla famiglia e si esperisca in modo autonomo. Spesso le famiglie anoressiche tendono ad evitare il conflitto e apparentemente questo viene confuso con l'armonia della famiglia. In realtà il fatto che a famiglia non appaia in conflitto, agli occhi del terapeuta, è fuorviante per il terapeuta stesso, che può essere tratto in inganno. In genere, il terapeuta si oppone all'evitamento del conflitto creando dei confini, anche attraverso la manipolazione dello spazio, che aiutino i membri a discutere e a risolversi sul tema di scontro. Ad esempio, se due membri mostrano un'opinione diversa, gli si chiede di sedersi vicino e di discutere sulla diversa opinione. Il terapeuta in questi casi può essere facilmente triangolato, specie se uno dei membri vuole evitare il conflitto e cercare un'alleanza con il terapeuta stesso. Nel caso in

cui qualche altro componente della famiglia entra nella discussione viene immediatamente bloccato. Oltre a sostenere il conflitto fra sottosistemi, il terapeuta facilita lo sviluppo della risoluzione del conflitto fra genitori e paziente anoressica. E lo fa ancora una volta definendo i ruoli in famiglia nel rispetto dell'autonomia e dell'età dei membri e della ragazza anoressica. Sfidare la rigidità della famiglia anoressica non è cosa facile per il terapeuta, che si trova di fronte una "rigidità" "flessibile". Seppure i due termini sembrano non poter coesistere nello stesso contesto è l'unico modo per poter spiegare la rigidità di una famiglia, che sembra prendere forma secondo l'impostazione del terapeuta ma, che dopo poco si ricostruisce nello stesso identico modo di prima. Pertanto il terapeuta deve rendersi conto, che con queste famiglie i messaggi vengono ben attutiti e diviene molto efficace la messa in atto dei problemi e la creazione delle prescrizioni concrete, chiaramente differenziate. La sfida alla deviazione del conflitto è la strategia terapeutica più difficile da discutere, poiché richiede specifiche capacità del terapeuta. Nel proteggere il membro triangolato della famiglia, il terapeuta rischia di associarsi ad esso troppo strettamente. A chi ha la tendenza alla "triangolazione", ci si può opporre, ma devono essere anche sostenuti. Allora, il terapeuta deve saper lavorare su entrambi le parti ed associarsi simultaneamente con i membri della famiglia in modo tale che si sentino rispettati e riconosciuti nei propri ruoli. In questi casi è importante che il terapeuta si presenta con autorevolezza e competenza, capacità di ascolto, empatia, direttività e creatività. Inoltre, l'utilizzo dell'approccio strategico individuale permette di esplorare attraverso il dialogo strategico, le prescrizioni dirette o indirette, la ristrutturazione, l'uso di metafore e paradossi, il sistema percettivo-reattivo del paziente, soffermandoci sul come e non sul perché, comprendendo il funzionamento del soggetto nella relazione con se stessi, con gli altri e il mondo, con cambiamenti, consapevolezza e spostamento dell'attenzione dall'intrapsichico al relazionale-sistemico.

Le strategie da mettere in atto devono favorire l'espressione dell'Io; correggere le distorsioni sul cibo e sul corpo; contrastare le sensazioni di svalutazione; valorizzazione delle capacità e risorse del paziente e rinforzo della comunicazione. Tra le varie prescrizioni ritenute funzionali al recupero di tali elementi sono: *l'epistolario notturno, la fantasia del miracolo, la congiura del silenzio* (per i genitori), *la pagella estetica allo specchio* (cercando di fare esperienze emozionali correttive con il proprio corpo), *il come se e il piccolo disordine che mantiene l'ordine*.

Molti studiosi e recenti ricerche dichiarano, inoltre, che spesso alla base di tali disturbi c'è un trauma (T) che potrebbe essere trattato in forma individuale attraverso la terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Tale terapia consiste è un approccio terapeutico utilizzato per il trattamento del trauma e di problematiche legate allo stress, soprattutto allo stress traumatico. L'EMDR si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica ed è una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per trattare disturbi legati direttamente a esperienze traumatiche o particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo.

Dopo una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all'evento traumatico hanno una desensibilizzazione, perdono la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall'evento. L'immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, diventando più adattivi dal punto di vista terapeutico e le emozioni e sensazioni fisiche si riducono di intensità. I terapeuti utilizzano dei protocolli adeguati alla patologia ed eseguono procedure personalizzate in base al vissuto del paziente. Lo scopo finale delle 8 fasi del modello EMDR è quello di aiutare il paziente a liberarsi del passato per vivere il presente in maniera sana e produttiva.

CONCLUSIONE

La terapia è un dono e come tale va vissuto. La felicità non ha peso.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J., 1969, Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento della madre.
- Tr.it Boringhieri, Torino, 1972;
- Bowlby, J., 1973, Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione della madre. Tr.it Boringhieri, Torino, 1975;
- Bowlby, J., 1988, Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria di attaccamento, Raffaele Cortina Editore, Milano 1989;
- Gockel, R., 1991, Donne che mangiano troppo: quando il cibo serve a compensare i disagi affettivi, Universale Economica Feltrinelli, Milano 2017;
- Gulotta., G., et coll., 2012, Il codice deontologico degli psicologi, appendice di aggiornamento 2012, Giuffrè Editore, Milano, 2012;
- Miller, D., 1994, Donne che si fanno male, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2011;
- Minuchin, S., Rosman, L., Baker. L., 1978, Famiglie Psicomatiche: l'anoressia mentale nel contesto familiare, Casa Editrice Astrolabio, Ubal dini Editore, Roma, 1980;
- Nardone., G., Verbitz, T., Milanese., R., Le prigioni del cibo, Ponte alle Grazie, Tea Edizioni, Milano, 2005;
- Nardone., G., Watzlawick., P., L'Arte del cambiamento, Tea Edizioni, Milano, 2015;
- Petruccelli., F., Verrastro., V., 2012, La relazione d'aiuto nella psicoterapia strategica, Franco Angeli Editore, Milano, 2018;
- Shapiro. F., 2018, EMDR Il manuale: principi fondamentali, protocolli e procedure, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2019;
- Yalom, I.D., 2002, Il dono della terapia, Beat Editore, Milano, 2016.



PROFILO DI PERSONALITÀ E DISABILITÀ INTELLETTIVA SECONDO ICF-CY

PROPOSTA DI UN DISPOSITIVO DESCRITTIVO PER IL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Ferdinando De Muro
Dottore in tecniche psicologiche
specializzato nel sostegno

RIASSUNTO

Il successo scolastico di uno studente con disabilità e l'effettiva inclusione nella propria classe e nella propria comunità è l'esito di una complessa interazione di molteplici variabili alcune di tipo ecosistemico (lo stile educativo dei genitori, la cultura inclusiva della classe, ecc.) e altre intrinsecamente legate allo stesso alunno. Questo contributo vuole esplorare il ruolo di una variabile di quest'ultimo tipo: la personalità dello studente con disabilità intellettiva.

Troppo spesso l'alunno viene identificato con la disabilità sottovalutando quanto la personalità possa influire sul suo successo scolastico. Il presente contributo vuole portare in evidenza il tema della personalità del soggetto con disabili-

tà ed, in particolare con quella intellettiva e, allo stesso tempo proporre un dispositivo che non abbia scopo clinico ma sia in grado di rilevare ulteriori informazioni utili alla predisposizione di un Piano Educativo Individualizzato secondo i criteri ICF-CY.

La prima parte del presente contributo è dedicata alla definizione del nucleo semantico del costrutto di personalità; la parte centrale è dedicata al rapporto tra personalità e disabilità intellettiva; la parte finale descrive il processo che ha portato alla versione *beta* di un dispositivo in grado di rilevare i tratti di personalità secondo i criteri ICF-CY. In coda, una prima applicazione del dispositivo con una riprova delle informazioni che può fornire per la definizione di proposte educative.



PAROLE CHIAVE

Personalità, temperamento, disabilità intellettiva, ICF-CY, Piano Educativo Individualizzato, inclusione

PERSONALITÀ E TEMPERAMENTO

Nel lessico comune i termini personalità e temperamento sono utilizzati in modo intercambiabile.

In psicologia i due termini sono da tempo oggetto di studio e riflessione e, attualmente, si oscilla tra chi li ritiene due costrutti distinti e chi li ritiene come sinonimi.

Nell'antica Grecia, il termine temperamento ($\kappa\rho\acute{\alpha}\sigma\iota\varsigma$), indicava la mescolanza in proporzioni diverse dei quattro umori fondamentali dell'organismo: bile gialla, bile nera, sangue e flemma. Gli antichi greci pensavano infatti che la prevalenza di uno dei 4 umori corporei determinasse il temperamento di una persona, che poteva essere malinconico, irascibile, sanguigno o flemmatico.

In questo modo si intendeva sottolineare la componente dell'affettività (considerata biologica e quindi ereditaria), come parte delle caratteristiche individuali, dalla quale dipendono l'emozionalità e la qualità e la stabilità del tono affettivo.

Bates (citato in Axia, 2002, p.9) propone la seguente definizione generale di temperamento: "[...] il temperamento è dato dalle differenze individuali nelle tendenze comportamentali che affondano le loro radici nella biologia, che sono presenti all'inizio della vita e che sono relativamente stabili sia in situazioni che in tempi diversi". Diverso è il costrutto di personalità.

Secondo il vocabolario on line Treccani, la personalità in psicologia è:

[...] l'insieme di quelle disposizioni e funzioni affettive, volitive e cognitive che si sono progressivamente combinate nel tempo ad opera di fattori genetici, di dinamiche formative e di influenze sociali, fino a costituire una

struttura relativamente stabile e integrata riconosciuta dall'individuo come propria, ed espressa di volta in volta nel proprio particolare modo di interagire con l'ambiente, di determinare i propri scopi, di regolare il proprio comportamento.

Queste prime definizioni evidenziano la relazione tra i due costrutti: il temperamento sarebbe la componente innata della personalità che, a sua volta, sarebbe l'esito dell'integrazione dei fattori innati con gli apprendimenti e le influenze sociali successive.

Altre proposte teoriche (Galimberti, 2006) sostengono una sostanziale coincidenza tra il costrutto di personalità e quello di temperamento poiché il primo costrutto avrebbe sostituito il secondo caduto in disuso.

Sulla sostanziale coincidenza dei costrutti, si pone anche l'American Psychiatric Association (APA, 2014) con l'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali (DSM-5). Il Manuale, che si pone in una prospettiva ateoretica (Canali, 2016), non fa cenno alla distinzione tra personalità e temperamento e si astiene dal dare una definizione di personalità probabilmente nel tentativo di porsi in maniera equidistante tra professionisti con formazioni differenti.

A completamento di questo rapido excursus su temperamento e personalità occorre fare riferimento al contributo dell'ICF-CY (OMS, 2007) che dedica ai due costrutti il par. b126 denominandolo Funzioni del temperamento e della personalità. Il paragrafo si riferisce alle "Funzioni mentali generali del temperamento proprio dell'individuo che lo portano a reagire in un particolare modo alle situazioni, inclusa la serie di caratteristiche mentali che rende un individuo distinto dagli altri" (OMS, p.76).

Quindi si direbbe che anche l'ICF-CY preferisca condividere la sostanziale coincidenza dei termini, pur citandoli entrambi.

Tra tutte le definizioni disponibili in letteratura è possibile trarre gli elementi comuni che definiscono il nucleo condiviso del costrutto di personalità:

- è una funzione mentale;
- caratterizza ciascuna persona differenziandola dalle altre persone;
- è il modo *tipico* di agire e reagire in *differenti* situazioni;
- integra elementi psichici, emotivi, relazionali e comportamentali innati e acquisiti con l'esperienza.

LE TEORIE DI PERSONALITÀ TRA PROSPETTIVA CATEGORIALE E PROSPETTIVA DIMENSIONALE

Nel XX sec. il tema della personalità esce dalla speculazione filosofica e diventa oggetto di studio della psicologia e dei differenti quadri concettuali che la animano. Per una più dettagliata descrizione delle differenti teorie, si rinvia ai lavori di Galimberti (2006) e di Canestrari (2002).

In questa sede riteniamo più utile presentare i due punti di vista dai quali viene studiata la personalità: la prospettiva categoriale e la prospettiva dimensionale.

A fondamento della prima vi è il processo di categorizzazione.

La categorizzazione è una attività concettuale che porta a raggruppare differenti *oggetti* sulla base di caratteristiche comuni. L'elemento che più caratterizza la categorizzazione è la mutua esclusività ovvero l'impossibilità di un oggetto di essere presente in due differenti categorie.

Alcune teorie sulla personalità sono ascrivibili alla tipologia categoriale. Ad esempio le teorie costituzionalistiche di personalità le quali sostengono che le persone tendono a manifestare un temperamento corrispondente al proprio tipo somatico. Tra gli autori più noti citiamo E. Kretschmer e W. H. Sheldon.

L'approccio categoriale, tuttavia, è stato ed è tutt'ora sottoposto a molte critiche. Per alcuni autori (Migone, 2009) esso presenta problemi di validità perché non tutti i fenomeni sono categorizzabili ma spesso si distribuiscono su un continuum. Sulla stessa scia critica si colloca Canestrari (pag.488) quando sostiene che le teorie categoriali non superano le prove sperimentali che darebbe loro fondatezza scientifica.

Anche il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (APA, 2014), che nell'ultima edizione sostanzialmente continua a sostenere un approccio categoriale, nella parte relativa ai disturbi di personalità (pgg. 747 e ss.), offre il fianco a numerose critiche. La dimostrazione della infondatezza delle tassonomie categoriali è nell'alto numero di comorbidità che caratterizza le diagnosi sui disturbi di personalità (Migone, 2009; Canali, 2016).

Prende, così, spazio la prospettiva dimensionale che ipotizza “[...] che ogni individuo sia classificabile mediante una certa posizione rispetto ad alcune dimensioni continue della personalità (Canestrari, pag.489).

LE TEORIE DEI TRATTI

L'approccio dimensionale classifica le persone secondo il grado in cui possono essere caratterizzate in termini di *tratti*.

In ogni comportamento ed in ogni attività umana esiste, accanto ad una parte variabile, una parte costante, tendenziale, il tratto, appunto. Un *tratto* è definito dalle risposte che ricorrono in una grande varietà di circostanze e che non sono governate dal contesto dello stimolo.

In questo senso, i tratti permettono di definire gli elementi costanti della personalità (emotività, aggressività, ecc.), assumono sfumature diverse negli individui e sono collegati alle manifestazioni comportamentali.

Tra i tanti autori che hanno contribuito allo sviluppo degli studi sui tratti citiamo H.J. Eysenck (2004) e R.B. Cattell (2001).

Il modello di Eysenck prevede tre dimensioni: estroversione, nevroticismo, e psicoticismo, mentre quello di Cattell prevede 16 fattori primari rappresentati da coppie di tratti opposti. Ulteriori approfondimenti, portarono Cattell a raggruppare i fattori primari in 5 fattori secondari o globali: Estroversione, Ansietà, Durezza, Indipendenza, Autocontrollo.

Ciascun fattore presenta un punteggio che si esplica attraverso un *continuum* che vede frangersi una polarità alta ad una polarità bassa. Le teorie dei tratti, quindi, permettono di valutare ciascuna persona innanzitutto ad un livello analitico sulla base della graduazione su ciascun tratto, e successivamente ad un livello sintetico che permette di definire una *gestalt* che ne sottolinea l'unicità.

PERSONALITÀ E DISABILITÀ INTELLETTIVA

Per trattare della disabilità intellettiva, occorre fare una ricognizione sul costrutto della intelligenza. Intelligenza e personalità condividono una lunga tradizione nella storia della psicologia. Anche sulla intelligenza esistono molteplici teorie che spesso si contendono la sua stessa definizione. Ancora rinviamo ai contributi di Galimberti (2006) e di Canestrari (2002) per una trattazione schematica ma nello stesso tempo, completa.

L'intelligenza è definita dal Manuale AAMR 2002 [oggi AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities *n.d.r.*] (Luckasson citata da Cocchi 2012/2013, pg.46) come la: “[...] capacità mentale generale che include ragionamento, pianificazione, problem-solving, pensiero astratto, la comprensione di idee complesse, l'apprendere rapidamente e l'apprendere dall'esperienza”.

Pur mantenendo la definizione di *capacità mentale generale*, l'intelligenza perde il suo carattere monolitico che Galton e Spearman vollero attribuirle.

Oggi è ampiamente condiviso il modello CHC (Theory of cognitive abilities di Cattell-Horn-Car-

roll) che fonde due differenti modelli che condividono l'idea della multicomponenzialità della intelligenza.

Il modello Cattell-Horn prevede due differenti dimensioni della intelligenza: l'intelligenza fluida (gf) e l'intelligenza cristallizzata (gc); la prima corrisponde alla capacità di ragionamento astratto e non dipende da precedenti apprendimenti, la seconda costituita dalle abilità apprese e consolidate nel corso dell'esperienza, che si accresce durante tutto il corso della vita ed è determinata dalle influenze ambientali, sociali e culturali.

Dal canto suo, Carroll contempla l'organizzazione gerarchica dell'intelligenza come un modello piramidale diviso in tre strati, in ordine decrescente di specificità. Al vertice della piramide si troverebbe il fattore *g*, ereditario e alla base di tutte le attività intellettuali del soggetto; a livello intermedio, otto abilità influenzate dal fattore *g* e definite fattori di gruppo come l'intelligenza cristallizzata (gc), l'intelligenza fluida (gf), l'apprendimento, la memoria, la percezione visiva, la fluidità verbale, la capacità mnemonica ampia, la conoscenza e la velocità percettiva. Al terzo strato ci sono fattori specifici come la conoscenza lessicale. La teoria di Carroll ha il merito di orchestrare i contenuti dei modelli presenti in letteratura, includendo i concetti di intelligenza fluida e intelligenza cristallizzata (Cattell e Horn), di fattore *g* (Spearman) e di abilità mentali primarie (Thurstone) (Loscalzo et al., 2017).

Fin dal suo momento genetico, lo studio dell'intelligenza è stato legato alla individuazione di soggetti intelligenti per distinguerli da quelli che non lo erano. Fu il Governo francese, alla fine del XIX sec. a richiedere a Binet e Simon di trovare un mezzo per individuare gli studenti che avevano bisogno di un supporto specifico per affrontare il curriculum scolastico. I due studiosi elaborarono, così, uno strumento in grado di misurare l'età mentale di un bambino: la Scala Binet-Simon. Per lungo tempo lo scarto tra età biologica ed età mentale del minore fu definita "ritardo mentale"

e così codificata nelle differenti edizioni del Manuale APA. Ma con lo spostamento da un modello bio-medico (centrato sul complesso sintomatico e la sindrome clinica del soggetto) a quello biopsicosociale (centrato sulla funzione adattiva del soggetto) si è cominciato a mettere in discussione tale definizione per giungere a quella attualmente condivisa di "disabilità intellettiva" (Schallock, Luckasson, Shogren, 2008).

La disabilità intellettiva è una disabilità caratterizzata da limitazioni significative sia nel funzionamento intellettivo che nel comportamento adattivo che si manifestano nelle abilità adattive concettuali, sociali e pratiche. Tale disabilità insorge prima dei 18 anni (Schallock et al. cit. pg.11).

Questa definizione si adatta meglio alle attuali pratiche professionali che si focalizzano sui comportamenti funzionali e sui fattori contestuali e fornisce una base coerente per l'individuazione dei supporti individualizzati grazie alle sue fondamenta in una struttura socio-ecologica (cit. p.14).

Anche l'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM-5 (APA, 2014, pgg. 37 e ss.) adotta la nuova terminologia e stabilisce tre criteri per porre diagnosi di disabilità intellettiva: A) Deficit delle funzioni intellettive, B) Deficit del funzionamento adattivo, C) Esordio di entrambi i deficit durante il periodo di sviluppo.

Un filone di ricerca, più orientato a comprendere come l'intelligenza opera piuttosto che sulla sua *quantità*, si è focalizzato sul rapporto funzioni intellettive/funzionamento adattivo.

Per Sternberg l'intelligenza non è solo adattamento all'ambiente ma anche autogoverno della mente ovvero capacità di selezionare e modellare attivamente l'ambiente combinata con l'abilità di regolare e coordinare i differenti processi in modo da aumentare la probabilità di risolvere i problemi (Sternberg, 1987).



Il modello triarchico dell'intelligenza che egli propone, si presta bene ad applicazioni nel campo del ritardo mentale (Cocchi, cit. pg.49). Sternberg sostiene che il pensiero umano si fonda su tre tipi di intelligenze fondamentali: quella analitica, quella pratica e quella creativa.

Il pensiero analitico si distingue per la capacità di scomporre, confrontare, esaminare, scendere nei dettagli, giudicare, valutare, chiedersi e spiegarsi il perché, spiegare le cause. L'intelligenza pratica si esplicita nell'abilità di usare strumenti, di saper organizzare, attuare progetti concreti, dimostrare come si fa. La dimensione creativa dell'intelligenza umana è caratterizzata dall'intuizione, dalla immaginazione, dalla scoperta, dall'abilità a produrre il nuovo, dal saper ipotizzare, saper immaginare, saper inventare.

Tali componenti rappresentano, secondo Sternberg, le tre forme dell'intelligenza che permettono di trovare un adattamento tra sé stessi e l'ambiente circostante, attraverso una modifica dell'ambiente o una trasformazione degli obiettivi che la persona persegue.

Allo scopo di spiegare il funzionamento intellettuale e le sue implicazioni nella disabilità intellettiva, Sternberg, con il contributo di Spear (Sternberg e Spear, 1985) identifica tre subteorie:

- la subteoria componenziale (costituita da processi esecutivi di livello elevato - definiti meta-componenti - da componenti di prestazione e da componenti di acquisizione della conoscenza) che rappresenta i fattori implicati nell'atto cognitivo;
- la subteoria esperienziale che valuta il rapporto tra tali componenti e l'esperienza;
- la subteoria contestuale che considera la natura del comportamento intelligente nell'ambiente quotidiano.

La disabilità intellettiva è causata da un deficit degli elementi della subteoria componenziale del

funzionamento intellettuale ed in particolare:

- le metacomponenti relative ai processi esecutivi di ordine superiore con funzione di esecuzione di un compito che vengono impiegate nella progettazione, nel controllo e nella presa decisionale;
- le componenti di prestazione relative ai processi impiegati nell'esecuzione di un compito, che comprendono le componenti di codificazione, le componenti di combinazione e confronto e le componenti di risposta;
- le componenti di acquisizione della conoscenza che concorrono alla formazione dell'insight, vengono utilizzate nell'apprendimento di nuove informazioni e sono suddivise in: componenti generali (che consentono di eseguire i compiti), componenti di classe (che aiutano ad interfacciarsi con una subcategoria di prove), componenti specifiche (utili nell'esecuzione di compiti singoli).

La disabilità intellettiva riguarda la riduzione della capacità di far ricorso a una certa strategia in una situazione nuova (deficit delle metacomponenti), la riduzione della capacità di individuare quale componente usare (deficit delle componenti di prestazione) e la riduzione della capacità di come apprendere nuovi compiti (deficit delle componenti di acquisizione di conoscenze).

La presenza di comportamenti rigidi, stereotipati e poco controllabili viene spiegata con la difficoltà a raggiungere un buon grado di automatizzazione dei comportamenti appresi e con la difficoltà a mantenere nel tempo le strategie acquisite e ad estenderne l'uso in situazioni diverse da quelle di apprendimento (Cocchi, 2012/2013).

Il rapporto tra personalità e disabilità intellettiva apre una importante questione: vi sono differenze significative di personalità tra soggetti con sviluppo intellettuale tipico e soggetti con disabilità intellettiva? E in caso affermativo di che tipo? Zielig, citato da Vianello (2005) distingue tra due



grandi categorie di individui con ritardo mentale [sic]: quelli con ritardo causato da danni organici (sia pre che post natale) e quelli causati da fattori culturali-familiari che, per il DSM-5 (APA, 2014) sono meglio definiti con "deprivazione sociale grave". Gli individui con ritardo mentale di tipo culturale-familiare, secondo lo studioso americano, progrediscono più lentamente rispetto ai normodotati, ma seguendo le stesse fasi di sviluppo. Per questo le loro prestazioni cognitive e comportamentali assomigliano più a quelle di un bambino normodotato avente la stessa età mentale che non a quelle di un bambino normodotato della stessa età cronologica. Lo sviluppo della personalità e la sua configurazione, anche per gli aspetti motivazionali, segue lo stesso percorso dei minori con sviluppo tipico.

Di diverso avviso Vianello (2005) che propone una distinzione tra categorie di disabilità intellettive che vede, da un lato le disabilità associate

a sindromi genetiche e, dall'altro, le altre tipologie di disabilità intellettive. Le prime presentano più frequentemente, ma non esclusivamente, un fenotipo comportamentale: "La sindrome di X fragile è caratterizzata da una certa diffidenza. La sindrome di Williams è invece tendenzialmente più socievole. La sindrome di Smith-Magenis è caratterizzata da auto ed etero aggressività" (Vianello, cit.).

Ad ogni modo lo sviluppo della personalità di soggetti con disabilità intellettive è della stessa natura dello sviluppo della personalità degli individui normotipici. Se gli effetti sono diversi ciò è dovuto a diverse storie di vita (ad es. istituzionalizzazione). Non esiste, quindi, un modello di sviluppo della personalità degli individui con disabilità intellettiva, perché diverse esperienze di vita portano a diverse personalità. Lo sviluppo della personalità non è geneticamente determinato ma ecologicamente condizionato.



All'interno di questo quadro esplicativo, le ricerche di Ziegler e del suo gruppo (citato da Vianello, 2005) ha evidenziato significative differenze in termini di tratti di personalità tra soggetti a sviluppo tipico e soggetti con disabilità intellettiva. Ad esempio, il tratto definito *Aspettativa di successo* (*expectancy of success*) si riferisce all'aspettativa di successo o di insuccesso di fronte ad un compito nuovo. Si fonda sulla fiducia che gli individui hanno nelle proprie abilità, che deriva dalla propria esperienza di vita. Se nella vita il soggetto ha sperimentato frequenti fallimenti di fronte a compiti cognitivi o sociali avrà una bassa aspettativa di successo e viceversa. I risultati sperimentali di Ziegler dimostrano che i soggetti con disabilità hanno una aspettativa di successo più bassa rispetto a soggetti tipici.

Un altro tratto definito *Tendenza a farsi guidare dall'esterno* (*outerdirectedness*) si esprime concretamente nel guardare gli altri al fine di ricevere suggerimenti quando si devono affrontare problemi di una certa difficoltà. I dati della ricerca evidenziano che mentre i bambini con sviluppo tipico hanno la tendenza a lasciarsi guidare dall'esterno quando opportuno, quelli con disabilità intellettiva usano questa tendenza in modo più indiscriminato. Anche in questo caso tale tendenza è spiegabile con la storia pregressa di insuccessi che caratterizza un minore con disabilità che lo indurrebbe a ricercare l'adulto per evitare ulteriori errori. Ci possono essere, tuttavia, casi di tendenza a lasciarsi guidare dall'esterno più bassi e questo dato può essere spiegato con una storia di maltrattamenti o trascuratezza che indurrebbe il minore a non fidarsi dell'adulto.

La tendenza a lasciarsi guidare dall'esterno è correlata in modo significativo e positivamente con una minore fiducia in sé stessi, con una peggiore stima di sé, con basse aspettative di successo, con una bassa immagine ideale di sé, con un peggiore rendimento scolastico. Con il progredire dell'età nei bambini con sviluppo tipico la tendenza a farsi guidare dall'esterno

diminuisce, mentre nei bambini con disabilità intellettiva rimane stabile o aumenta.

Sebbene altre significative differenze di tratti di personalità tra minori con sviluppo tipico e minori con disabilità intellettiva siano state rilevate, queste riportate sembrano sufficienti a corroborare la tesi secondo cui esse sono fondate su fattori ambientali piuttosto che su fattori legati alla disabilità in sé. Per una lettura più approfondita rinviamo ai contributi di Ziegler (2002).

LA CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEL FUNZIONAMENTO, DELLA DISABILITÀ E DELLA SALUTE

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) fa parte della Famiglia delle Classificazioni Internazionali dell'OMS insieme all'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision (ICD-10), all'International Classification of Health Interventions (ICHI), e alle Classificazioni derivate.

L'ICF rappresenta il riconoscimento, sul piano politico e istituzionale, di un passaggio dallo studio della malattia e dei problemi correlati al concetto di salute, secondo una prospettiva che considera la salute non una condizione statica, bensì un "processo" determinato da diversi fattori dinamici. L'ICF sottende un nuovo paradigma della disabilità, secondo una visione olistica della persona.

È un paradigma che vuole superare il modello biomedico a favore di un sistema integrato biopsicosociale che adotta una causalità di tipo circolare in cui le tre dimensioni ("bio", "psico" e "sociale") sono considerate fondamentali elementi di influenza sulle condizioni di salute e malattia. Nel 2007, l'OMS ha pubblicato la versione ICF per bambini e adolescenti che, pur mantenendo la struttura base e il riferimento al manuale standard, inserisce codici che attengono in modo specifico all'età evolutiva. È importante sottolineare che "L'unità di classificazione nell'ICF-CY non è

una diagnosi per un bambino ma un profilo del suo funzionamento” (OMS, 2007, pag.23).

Lungi dall’essere un ulteriore sistema diagnostico ad uso esclusivo dei clinici, l’ICF-CY vuole essere uno strumento accessibile a tutti per descrivere le caratteristiche essenziali di una persona e del suo modo di relazionarsi al mondo.

TEMPERAMENTO E PERSONALITÀ NELLA CLASSIFICAZIONE ICF-CY

Il temperamento (e la personalità) viene trattato esplicitamente al paragrafo b126 denominato Funzioni del temperamento e della personalità (OMS, 2007, pg.76).

Il sistema di codifica utilizzato permette di avere un primo orientamento su come sono concepiti temperamento e personalità secondo la classificazione ICF-CY.

La lettera “b” indica l’inserimento del temperamento all’interno delle funzioni corporee, il successivo numero “1” indica che il temperamento è collocato all’interno delle funzioni mentali, infine, il temperamento viene inserito nell’intervallo dei codici “b110-b139” che si riferisce alle funzioni globali insieme alle Funzioni della coscienza, dell’orientamento, intellettive, psicosociali globali, ecc.

Secondo la classificazione ICF-CY il temperamento è, quindi, definito come una funzione mentale globale “[...] proprio dell’individuo che lo portano a reagire in un particolare modo alle situazioni, inclusa la serie di caratteristiche mentali che rende un individuo distinto dagli altri” (cit. pg. 76). Si ritrovano, in questa definizione, tutti gli elementi enucleati in questo contributo.

L’ICF-CY compie un’ulteriore operazione di suddivisione (quindi aggiungendo una quarta cifra al codice) individuando ulteriori 8 sotto-funzioni mentali del temperamento oltre alle categorie tipiche di chiusura (“altro specificato” e “non specificato”) e precisamente:

- Estroversione – b1260: Funzioni mentali che producono un temperamento personale socievole, estroverso ed espansivo, all’opposto di timido, riservato e inibito.
- Gioialità – b1261: Funzioni mentali che producono un temperamento personale cooperativo, amichevole e accomodante, all’opposto di poco amichevole, oppositivo e insolente.
- Coscienziosità – b1262: Funzioni mentali che producono un temperamento personale metodoso, scrupoloso e da gran lavoratore, all’opposto di funzioni mentali che producono un temperamento pigro, inaffidabile e irresponsabile.
- Stabilità psichica – b1263: Funzioni mentali che producono un temperamento equilibrato, calmo e tranquillo, all’opposto di irritabile, preoccupato, stravagante e lunatico.
- Apertura all’esperienza – b1264: Funzioni mentali che producono un temperamento personale curioso, fantasioso, desideroso di sapere e alla ricerca di esperienze, all’opposto di inattivo, distratto e emozionalmente inespressivo.
- Ottimismo – b1265: Funzioni mentali che producono un temperamento personale sereno, speranzoso e fiducioso, all’opposto di scoraggiato, malinconico e disperato.
- Fiducia – b1266: Funzioni mentali che producono un temperamento personale sicuro di sé, coraggioso e assertivo, all’opposto di timoroso, insicuro e schivo.
- Affidabilità – b1267: Funzioni mentali che producono un temperamento personale fidato e basato su principi, all’opposto di disonesto e antisociale.

La formulazione su riportata rivela che la classificazione ICF-CY, adotta l’approccio dimensionale

piuttosto che quello categoriale e le sotto-funzioni mentali vengono descritti come veri e propri tratti con un polo positivo (massimo funzionamento) ed un polo negativo (minimo funzionamento).

Per ogni tratto-funzione, inoltre, l'ICF-CY adotta una gradazione su 5 livelli che vanno dall'assenza di menomazione alla completa menomazione.

Al termine della descrizione, i redattori aggiungono una importante nota: "I codici per le funzioni del temperamento e della personalità possono essere collegati con i codici per l'espressione delle funzioni e attitudini intrapersonali (b125). Gli utenti possono scegliere se usarli entrambi o adoperare soltanto uno dei due"(p.76).

Le funzioni del temperamento e della personalità non si fermano, quindi, al solo paragrafo b126 ma si estendono al paragrafo b125 intitolato "Funzioni ed attitudini interpersonali".

Per il paragrafo b125 si può replicare quanto det-

to per il paragrafo b126: è una funzione mentale globale che riguarda la "Disposizione ad agire o a reagire in un modo particolare, che caratterizza lo stile comportamentale personale di un individuo distinto dagli altri. Questi stili comportamentali e di risposta sono di natura evolutiva e possono essere fondamentali per i successivi profili del temperamento e della personalità" (p.75). Anche in questo caso vengono riproposti gli stessi caratteri nucleari della personalità così come in precedenza definiti.

La descrizione delle sotto-funzioni è, però differente rispetto a quella adottata al par. b126:

- Adattabilità - b1250: Disposizione ad agire o a reagire a nuovi oggetti o esperienze in modo accettante anziché oppositivo;
- Responsività b1251: Disposizione a reagire in modo positivo anziché negativo a una richiesta effettiva o percepita;



- Livello di attività b1252: Disposizione ad agire o reagire con energia e azione anziché con inerzia e inazione;
- Prevedibilità b1253: Disposizione ad agire o reagire in modo prevedibile e stabile anziché in modo incostante o imprevedibile;
- Perseveranza b1254: Disposizione ad agire con impegno adeguatamente sostenuto anziché limitato;
- Propositività b1255: Disposizione ad agire in modo intraprendente avvicinandosi alle persone o alle cose anziché allontanandosi o ritirandosi.

Innanzitutto viene sottolineata la dimensione comportamentale (“disposizione ad agire e/o reagire”) e quindi maggiormente osservabile, inoltre la polarizzazione dei descrittori è meno marcata rispetto ai tratti-funzione del paragrafo b126,

Possiamo concludere che il sistema di classificazione ICF-CY contempla il temperamento e la personalità che, insieme alle funzioni ed attitudini interpersonali, possono essere considerate all’interno del costruito di personalità che esprimere una valutazione di funzionamento sulle modalità assolutamente uniche con cui una persona agisce nei differenti contesti.

L’approccio che abbraccia il sistema di classificazione è quello dimensionale che si caratterizza attraverso la definizione di tratti-funzione graduabili da un basso ad un alto funzionamento.

VERSO LA DEFINIZIONE DI UN DISPOSITIVO DESCRITTIVO DELLA PERSONALITÀ SECONDO ICF-CY

Attualmente non sembra essere disponibile alcun dispositivo di misurazione del profilo di funzionamento specifico del temperamento e della personalità secondo i criteri ICF-CY.

Ovviamente esistono vari dispositivi che misurano personalità e temperamento di minori. Alcuni

di questi sono molto vicini concettualmente alla prospettiva ICF (Axia, 2002 e Barbaranelli, 1998). Manca, a parere di chi scrive, un dispositivo utilizzabile in maniera semplice il cui scopo sia fornire indicazioni su come costruire progetti di miglioramento degli apprendimenti nei contesti scolastici o per meglio comprendere le connessioni tra la personalità e le altre funzioni mentali secondo i criteri ICF-CY.

Questa parte è quindi dedicata al tentativo di realizzare un dispositivo utilizzabile (sia nella fase di rilevazione che di valutazione) anche da docenti ed educatori che abbia lo scopo di:

- rilevare le funzioni del temperamento e personalità di uno studente secondo la prospettiva dell’ICF-CY;
- quantificare tali funzioni;
- individuare criticità e punti di forza
- formulare ipotesi per l’implementazione di azioni di recupero delle funzioni critiche ed incremento delle funzioni di forza;
- realizzare azioni e verificare la loro efficacia.

IL CAMPO DELLA MISURAZIONE

Il sistema di classificazione ICF-CY che vede la luce nel 2007, rappresenta la tappa formalizzata di un lungo percorso condiviso a livello internazionale durante il quale c’è stato un lavoro di selezione e sintetizzazione accurato per permettere l’applicazione nei differenti contesti lavorativi e crossculturali. Non è, pertanto, arbitrario far riferimento alla stessa terminologia utilizzata dall’ICF-CY ai paragrafi b125 e b126: l’oggetto della misurazione sono le “funzioni mentali del temperamento, personalità ed attitudini interpersonali”.

3.1.b. LA SCELTA DEL METODO DI RILEVAZIONE

I metodi per la rilevazione della personalità comunemente utilizzati possono essere classificati



in due tipologie: inventari o questionari di personalità e test proiettivi.

I primi consistono in una serie di item che il soggetto deve indicare come descrittivi/appartenenti o, al contrario come non descrittivi/non appartenenti a sé o all'oggetto dell'inventario (un figlio, il partner, uno studente). Spesso i termini "inventario" e "questionario" sono usati come sinonimi; per la forma che assumerà il dispositivo sarebbe più corretto utilizzare il termine inventario in quanto mancante delle domande che lo qualificerebbero come questionario (Mucciarelli et al., 2002). Tuttavia la precisione terminologia contrasta con la pratica quotidiana che associa il termine *inventario* a campi semantici distanti dalle scienze umane. Per questo si utilizzerà il termine *questionario* nella denominazione finale del dispositivo.

I test proiettivi, invece, sono strumenti di indagine psicologica che prevedono la presentazione di stimoli ambigui che il soggetto in esame deve interpretare rivelando aspetti della propria personalità (cit.).

I test di personalità solitamente hanno uno scopo clinico e per questo possono essere utilizzati da psicologi, psichiatri ed altro personale specificamente formato e autorizzato. Questo è vero soprattutto per i test proiettivi che per loro natura devono fare riferimento ad una teoria interpretativa di base.

Avendo alla base la prospettiva ICF-CY, la modalità più opportuna per la rilevazione è l'inventario organizzato per item.

GLI ITEM DELL'INVENTARIO

Come abbiamo detto, la classificazione ICF-CY definisce delle sotto-funzioni che denomina come Estroversione, Gioialità ecc.. Abbiamo anche detto che tali sotto-funzioni riprendono la terminologia utilizzata dalle teorie dei tratti. Per ciascuna funzione-tratto la classificazione utilizza dei descrittori con un polo positivo (per il massimo funzionamento) ed uno negativo (per il minimo funzionamento).

Il paragrafo b125 riporta 6 funzioni-tratto mentre il paragrafo b126 riporta 8 funzioni tratto.

In questa fase di prima messa a punto dello strumento di rilevazione (versione *beta*) faremo ricorso a 14 item uno per ciascuna funzione-tratto.

LA SCALA DI MISURAZIONE

La misurazione è un processo con il quale un fenomeno viene tradotto in termini numerici. Galimberti (2006, p.861), citando S.S. Stevens, precisa che in psicologia la traduzione in numero di un'attività psichica, ha un significato diverso rispetto alle c.d. scienze esatte. In psicologia un numero non indica tanto una quantità in senso matematico "[...] quanto un *indice* [sic] che può essere o di *posizione*, quando segnala la presenza in misura maggior o minore di una quantità, o di *riferimento* rispetto a un continuum che non può essere utilizzato aritmeticamente. [...] ciò che danno [i numeri] è uno *schema di riferimento* rispetto al quale trattare i dati empirici" (p.861).

La scala di misurazione utilizzata dalla Classificazione ICF si struttura su 5 livelli. Per i nostri scopi, si ritiene più utile fare riferimento ad una scala con 10 livelli dove 1 si riferisce al valore di funzionamento più basso e 10 al valore di funzionamento più alto. Il ricorso alla scala 1-10 è più coerente con il sistema di valutazione utilizzato a scuola e diventa di facile comprensione per chi compila il questionario.

LO SCORING

Va oltre l'obiettivo di questo lavoro definire un sistema normativo a cui fare riferimento per attribuire un significato ai punteggi rilevati.

È possibile, tuttavia, utilizzare scale di valutazione in modalità stand-alone quando il punteggio non rimanda a una distribuzione normativa per la definizione dei cut-off. In questo caso i cut-off sono definiti a priori.

Questa modalità di valutazione è adottata, ad esempio, da APA per una serie di scale di valutazione allegate al Manuale Diagnostico DSM-5.

Per queste scale di valutazione è data esplicita possibilità al clinico di utilizzarle in tale modalità.

Per la definizione dei punteggi cut-off si può fare riferimento ai criteri della scala Sten il cui termine deriva dalla forma abbreviata di "standard ten". Si tratta di punteggi standardizzati su una scala a 10 punti, con media 5,5 e DS 1,5.

In una scala a 10 punti, quindi, i valori rientranti nell'intervallo tra -1DS e +1DS variano da 4 a 7 e i valori compresi tra 1-3 e 8-10 rappresentano il superamento del cut-off.

LE MODALITÀ DI COMPILAZIONE

L'inventario è compilato da un informatore che ha contatti frequenti con lo studente, prevedibilmente, un insegnante curriculare o di sostegno a cui possono aggiungersi altre figure educative (ad. es. educatore domiciliare). Anche i genitori potrebbero compilare l'inventario e questo fornirebbe interessanti informazioni sul differente punto di vista che i due sistemi, quello familiare e quello scolastico, hanno sullo stesso minore.

Le istruzioni per la compilazioni contengono:

1. una prima parte che chiarisce la finalità della rilevazione ovvero la messa a punto di programmi per migliorare il successo scolastico e favorire l'inclusione nella classe e comunità di appartenenza;
2. una ulteriore parte in cui si sottolinea di tener conto del comportamento *tipico* del minore;
3. l'invito ad esprimere un punteggio su una scala da 1 a 10;

4. la possibilità di fornire ulteriori informazioni in uno spazio in calce alla pagina.

La prima parte è dedicata alle attitudini interpersonali (par. b125 ICF-CY) e la domanda a cui rispondere è la seguente: "Come si comporta l'alunno/a di fronte alle novità e all'impegno?".

La seconda parte è dedicata più propriamente al temperamento e personalità (par.126 ICF-CY) e la domanda a cui l'informatore deve rispondere è la seguente: "Come definirebbe l'alunno/a?".

L'organizzazione del questionario è riportata nella Fig.1

QTP-ICF-CY
Questionario del Temperamento, Personalità, e attitudini interpersonali secondo l'ICF-CY
versione beta.

Nome e Cognome della/o studentessa/te: _____
 Sesso: _____ Anni: _____ Classe frequentata: _____
 Data compilazione: _____ Compilato da _____

Istruzioni: Il questionario ha lo scopo di comprendere meglio la personalità dello studente per mettere a punto programmi ad hoc e favorire il suo successo scolastico e la sua inclusione nella classe e nella comunità. Gli item seguenti si riferiscono al modo di fare "tipico" dello studente quando interagisce con le persone e le cose o di fronte all'impegno ed alle novità. Per ciascun item deve esprimere un giudizio da 1 a 10. Può fornire ulteriori informazioni nel riquadro "Note".

Come si comporta di fronte alle novità e all'impegno?											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Reagisce a nuove esperienze in modo oppositivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce a nuove esperienze in modo accettante
2. Reagisce in modo negativo ad una richiesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce in modo positivo ad una richiesta
3. Agisce o reagisce con inerzia e inazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce con energia e azione
4. Agisce o reagisce in modo incostante o imprevedibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce in modo stabile e prevedibile
5. Agisce con impegno limitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce con impegno adeguatamente sostenuto
6. Agisce in modo indolente allontanandosi o ritirandosi dalle persone o dalle cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce in modo intraprendente avvicinandosi alle persone o alle cose
Come definirebbe lo/la studente/ssa?											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Timido, riservato inibito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Socievole, estroverso, espansivo
8. Poco amichevole, oppositivo, insolente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperativo, amichevole, accomodante
9. Pigro, inaffidabile, irresponsabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodico, scrupoloso, gran lavoratore
10. Irritabile, preoccupato, stravagante e lunatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equilibrato, calmo, tranquillo
11. Inattivo, distratto, emozionalmente inespressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curioso, fantasioso, desideroso di conoscere, ricercatore di esperienze
12. Scoraggiato, malinconico, triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sereno, fiducioso, speranzoso
13. Timoroso, insicuro, schivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicuro di sé, coraggioso, assertivo
14. Non rispettoso delle regole, antisociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fidato, basato su principi

Note:

Figura 1

QUESTIONARIO DELLE FUNZIONI MENTALI DEL TEMPERAMENTO, PERSONALITÀ ED ATTITUDINI INTERPERSONALI SECONDO ICF-CY: QTP-ICF-CY VERSIONE BETA

La versione *beta* (ovvero la versione che viene messa in prova per l'individuazione di bug, ridondanze, criticità, ecc.) del dispositivo è riportata in appendice.

Per la sua compilazione occorrono 10 – 15 min. Il foglio di scoring (v. Fig.2)

QTP-ICF-CY
Questionario del Temperamento, Personalità, e attitudini interpersonali secondo l'ICF-CY
FOGLIO DI SCORING – versione beta

Nome e Cognome: _____
 Sesso: _____ Anni: _____ Classe frequentata: _____
 Data compilazione: _____ Compilato da _____
 Diagnosi _____ Data e autore della diagnosi _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Adattabilità	b1250	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce a nuove esperienze in modo accettante
2. Responsività	b1251	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce in modo positivo ad una richiesta
3. Livello di attività	b1252	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce con energia e azione
4. Prevedibilità	b1253	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce in modo stabile e prevedibile
5. Perseveranza	b1254	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce con impegno adeguatamente sostenuto
6. Propositività	b1255	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce in modo intraprendente avvicinandosi alle persone o alle cose
7. Estroversione	b1260	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Socievole, estroverso, espansivo
8. Gioialità	b1261	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperativo, amichevole, accomodante
9. Coscienziosità	b1262	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodico, scrupoloso, gran lavoratore
10. Stabilità psichica	b1263	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equilibrato, calmo, tranquillo
11. Apertura all'esperienza	b1264	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curioso, fantasioso, desideroso di conoscere, ricercatore di esperienze
12. Ottimismo	b1265	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sereno, fiducioso, speranzoso
13. Fiducia	b1266	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Securo di sé, coraggioso, assertivo
14. Affidabilità	b1267	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fidato, basato su principi

Annotazioni riportate dall'informatore:

Figura 2

restituisce a chi lo effettua, il profilo del temperamento/personalità del minore nonché le sue attitudini interpersonali secondo i criteri definiti dall'ICF-CY.

Nella colonna a sinistra vengono riprese le funzioni-tratto con il loro codice ICF-CY, mentre nella colonna a destra sono riportati i descrittori di ciascuna funzione-tratto solo nella modalità funzionale (polo positivo).

Nella parte centrale è riportata una griglia con alla testata di colonna i valori da 1 a 10 percorsi da una spezzata colorata in rosso che riporta il punteggio conseguito per ciascun item. I valori dal 4 al 7 (compresi) rappresentano i valori di cut-off e questi sono su sfondo grigio per permettere una lettura *ictu oculi* del profilo.

QTP-ICF-CY VERSIONE BETA: UNA PRIMA APPLICAZIONE.

Il QTP ha avuto una prima applicazione sul campo: due docenti di sostegno si sono prestate alla compilazione del QTP nella versione *alpha* (che non è presente in appendice).

Questa prima applicazione ha permesso di limare alcuni item che potevano risultare forieri di dubbi. Inoltre ha permesso una migliore formulazione delle domande e delle istruzioni per la compilazione.

Grazie al loro contributo è stato possibile giungere alla versione *beta* per un suo miglioramento.

Ciascuna delle docenti ha tracciato il profilo di un allievo con disabilità presente nella classe cui è stata assegnata (v. Fig.3)

Il primo, Al (nome di fantasia), è uno studente di classe I scuola secondaria di secondo grado. Ha una diagnosi di Disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività. La seconda, Bianca (nome

QTP-ICF-CY											QTP-ICF-CY																
Questionario del Temperamento, Personalità, e attitudini interpersonali secondo ICF-CY											Questionario del Temperamento, Personalità, e attitudini interpersonali secondo ICF-CY																
FOGLIO DI SCORING – versione beta											FOGLIO DI SCORING – versione beta																
Nome e Cognome: AI											Nome e Cognome: Bianca																
Sesso: M Anni: 14 Classe frequentata: 1 classe di IISS											Sesso: F Anni: 16 Classe frequentata: 2 classe di IISS																
Data compilazione: _____ Compilato da Insegnante di sostegno											Data compilazione: _____ Compilato da Insegnante di sostegno																
Diagnosi: _____ Data e autore della diagnosi _____											Diagnosi: _____ Data e autore della diagnosi _____																
Disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività											Disturbo dello spettro autistico																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. Adattabilità	b1250	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce a nuove esperienze in modo accettato	1. Adattabilità	b1250	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce a nuove esperienze in modo accettato
2. Responsività	b1251	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce in modo positivo ad una richiesta	2. Responsività	b1251	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reagisce in modo positivo ad una richiesta
3. Livello di attività	b1252	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce con energia e azione	3. Livello di attività	b1252	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce con energia e azione
4. Prevedibilità	b1253	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce in modo stabile e prevedibile	4. Prevedibilità	b1253	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce o reagisce in modo stabile e prevedibile
5. Perseveranza	b1254	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce con impegno adeguatamente sostenuto	5. Perseveranza	b1254	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce con impegno adeguatamente sostenuto
6. Propositività	b1255	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce in modo intraprendente avvicinandosi alle persone o alle cose	6. Propositività	b1255	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agisce in modo intraprendente avvicinandosi alle persone o alle cose	
7. Estroversione	b1260	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Socievole, estroverso, espansivo	7. Estroversione	b1260	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Socievole, estroverso, espansivo	
8. Gioialità	b1261	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperativo, amichevole, accomodante	8. Gioialità	b1261	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperativo, amichevole, accomodante	
9. Coscienziosità	b1262	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodico, scrupoloso, gran lavoratore	9. Coscienziosità	b1262	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodico, scrupoloso, gran lavoratore	
10. Stabilità psichica	b1263	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equilibrato, calmo, tranquillo	10. Stabilità psichica	b1263	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equilibrato, calmo, tranquillo	
11. Apertura all'esperienza	b1264	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curioso, fantasioso, desideroso di conoscere, ricercatore di esperienze	11. Apertura all'esperienza	b1264	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curioso, fantasioso, desideroso di conoscere, ricercatore di esperienze	
12. Ottimismo	b1265	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sereno, fiducioso, speranzoso	12. Ottimismo	b1265	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sereno, fiducioso, speranzoso	
13. Fiducia	b1266	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicuro di sé, coraggioso, assertivo	13. Fiducia	b1266	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicuro di sé, coraggioso, assertivo	
14. Affidabilità	b1267	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fidato, basato su principi	14. Affidabilità	b1267	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fidato, basato su principi	

Figura 3

di fantasia) è una studentessa di classe II scuola secondaria di secondo grado con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico.

I profili di ciascuno sono messi a confronto e questo permette di cogliere importanti differenze temperamentali che incrementano il sistema di informazioni per la definizione dei relativi PEI.

Il profilo di AI riporta frequenti variazioni dai punteggi di cut-off.

Si possono notare variazioni verso il polo positivo ed in particolare per quanto riguarda la sua disposizione verso la novità (item 1 e 3), la curiosità (item 11) e la tendenza a socializzare (item 7 e 8). Si possono, altresì, notare variazioni sul polo negativo circa la sua imprevedibilità (item 4) ed emotività instabile (item 10) e tendenza al pessimismo (item 12) ed alla sfiducia (item 13).

Diversa è la situazione di Bianca i cui punteggi sono tutti all'interno dell'area cut-off ma con una tendenza ai valori più bassi (valori 4 e 5). Il punteggio massimo che ottiene è il 6 nel livello di attività (item 3), estroversione (item 7) e coscienziosità (item 9). Questi dati sono sufficienti per sostenere che il

PEI di ciascuno di loro dovrebbe assumere connotazioni molto diverse circa le strategie motivazionali che si possono attuare per migliorare il loro successo scolastico e l'inclusione.

Per AI si tratta di valorizzare la tendenza alla curiosità e, nello stesso tempo, migliorare la sua emotività che potrebbero spingerlo verso forme di ritiro e di autoesclusione, per Bianca si tratta di avere un approccio più globale e di utilizzare le sue competenze disciplinari (l'insegnante di sostegno riferisce che Bianca "è molto brava in matematica") per favorire la socializzazione e la cooperazione.

CONCLUSIONI

La personalità dello studente con disabilità concorre al suo successo scolastico così come concorre alla efficacia dei processi inclusivi che la scuola mette in atto.

La conoscenza di come i tratti di personalità di ciascuno si declinano nel contesto scolastico deve essere valorizzata quanto la conoscenza delle abilità cognitive e delle abilità di studio perché spesso la personalità rappresenta la spinta motivazionale allo studio, all'apprendimento ed alla socializzazione.

Occorre avere strumenti di lettura della personalità dello studente che siano compatibili con il quadro concettuale che si sta affermando nella scuola italiana ovvero la classificazione ICF-CY.

I dispositivi oggi disponibili hanno funzione prevalentemente clinica e vengono redatti da personale specializzato.

Implementare un dispositivo di rilevazione e di descrizione della personalità secondo i criteri ICF-CY utilizzabile dai docenti di sostegno può rappresentare il viatico per introdurre nella scuola italiana l'attenzione verso la personalità dello studente con disabilità.

Il dispositivo realizzato e presentato in questo lavoro costituisce una prima tappa di questa nuova sfida.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: Quinta edizione: DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Axia, G. (2002). *QUIT. Questionari italiani del temperamento*. Trento: Erickson.
- Bailey, K. D. (1991). *Metodi della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Barbaranelli, C., Caprara G.V., & Rabasca, A., (1998). *BFQ-C. Big Five Questionnaire Children*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Alfred Binet. (27 aprile 2021). *Wikipedia, L'enciclopedia libera*. Retrieved 27 aprile 2021, 15:00 from https://it.wikipedia.org/wiki/Alfred_Binet
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Canali, S. (2016). *Diagnosi senza teorie e teorie in cerca di diagnosi. L'ateoreticità del DSM e le teorie implicite dei singoli clinici*. Retrieved 6 maggio 2021, 8:30 from <http://www.psicoadattivo.com/diagnosi-senza-teorie-e-teorie-in-cerca-di-diagnosi/>
- Canestrari, R. (2002). *Psicologia generale e dello sviluppo*. Bologna: CLUEB.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Vecchione, M. (2007). *BFQ-2. Big Five Questionnaire – 2*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Cattell, R.B. (1982). *Personalità e motivazione: un'analisi scientifica*. Bologna: Il Mulino.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K., & Cattell, H.P. (2001). *16PF-5: Manuale* (2nd ed.). Firenze: Giunti Psychometrics.
- Chiu, C., Hong, Y., & Dweck, C. S. (2000). Verso un modello integrato di intelligenza. In Sternberg, R. J., & Ruzgis, P. (Eds.) (1994). *Personality and intelligence*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press (trad. It. Personalità ed intelligenza, Erickson, Trento, pp. 143-181).
- Cocchi, M. G. (2012/2013). *Personalità e stile decisionale nella disabilità intellettiva. Uno studio comparativo su adolescenti e genitori*. [Tesi di dottorato, Università di Milano]. AIR Archivio Istituzionale della Ricerca. <http://hdl.handle.net/2434/233080>
- Damasio, A. R. (2008). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano* (10th ed.). Milano: Adelphi.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (2004). *Scale di personalità Eysenck per adulti*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Ford, D.H., & Lerner, R.M. (1995). *Teoria dei sistemi evolutivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Phineas Gage. (15 aprile 2021). *Wikipedia, L'enciclopedia libera*. Retrieved 15 aprile 2021, 15:30 from https://it.wikipedia.org/wiki/Phineas_Gage
- Galimberti, U. (2006). Intelligenza. *Le garzantine: Psicologia* (pp.536-540). Milano: Garzanti.
- Galimberti, U. (2006). Personalità. *Le garzantine: Psicologia* (pp.763-768). Milano: Garzanti.
- Galimberti, U. (2006). Psicometria. *Le garzantine: Psicologia* (p.861). Milano: Garzanti.
- Ianes, D., Cramerotti, S., & Scapin, C. (2019). *Profilo di funzionamento su base ICF-CY e piano educativo individualizzato*. Trento: Erickson.
- Ernst Kretschmer. (3 maggio 2021). *Wikipedia, L'enciclopedia libera*. Retrieved 3 maggio 2021, 17:30 from https://it.wikipedia.org/wiki/Ernst_Kretschmer.
- Loscalzo, Y., Giannini, M., Piovi, G., Cellai, C., Cecere, V., & Scordo, M. R. (2017). WISC-IV: Indice di Abilità Generale (IAG) o Quoziente Intellettivo Totale (QIT) per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)?, *Counseling, 10(2)*. Retrieved: April 26, 2021, from https://rivistedigitali.erickson.it/counseling/archivio/vol-10-n-2/pokret_im_article-12584/

- Mc Williams, N. (1999). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Migone, P. (2009). Un panorama sui principali modelli dimensionali della personalità. *Il Ruolo Terapeutico*, 111, 43-59. Retrieved May 2, 2021, from <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt111-09.htm>
- Mucciarelli, G., Chattat, R., Celani, G. (Eds.) (2002). *Teoria e pratica dei test*. Padova: Piccin Nuova.
- Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS]. (2007). *ICF-CY Classificazione internazionale del funzionamento e della disabilità: Versione per bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.
- Pavone, M., (2020). *L'inclusione educativa: Indicazioni pedagogiche per la disabilità* (4th ed.). Milano: Mondadori.
- Personalità. In *Treccani vocabolario on line*. Retrieved: April 20, 2021, from: <https://www.treccani.it/vocabolario/personalita/>
- Schalock, R. L., Luckasson, R.A., & Shogren, K.A. (2008). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. In *AJMR American Journal Mental Retardation*, (trad. It. Nuova dicitura per il ritardo mentale: comprendere il passaggio verso il termine disabilità intellettiva, *AJMR American Journal Mental Retardation* edizione italiana, 6(1), 7-20).
- Sternberg, R.J. (1987). *Teorie dell'intelligenza*. Milano: Bompiani.
- Sternberg, R.J., & Spear, L.C. (1985). A Triarchic theory of Mental Retardation. in Ellis, N.R., Bray N.W. (Eds.). *International Review of Research in Mental Retardation*, 13, 301-326. New York: Academic Press.
- Sternberg, R. J. (1997). *Thinking styles*. Cambridge, U.K.: Canbridge University Press (trad. It. Stili di pensiero, Erickson, Trento, 1998).
- Vianello, R. (2005, March). *Disabilità cognitive e sviluppo della personalità*. Paper presented at Seminario Disabilità intellettive, sviluppo della personalità e autonomie, Modena. Retrieved April 24, 2021, from http://www.disabilitaintellettive.it/index.php?option=content&task=view&id=73#_ftn1
- Vianello, R. (Ed.). (2005, March). *Aspetti motivazionali e sviluppo della personalità secondo i contributi sperimentali di Edward Ziegler*. Paper presented at Seminario Disabilità intellettive, sviluppo della personalità e autonomie, Modena. Retrieved April 24, 2021, from http://www.disabilitaintellettive.it/index.php?option=content&task=view&id=72#_ftn1
- William Herbert Sheldon. (3 maggio 2021). *Wikipedia, L'enciclopedia libera*. Retrieved 3 maggio 2021, 18:30 from https://it.wikipedia.org/wiki/William_Herbert_Sheldon
- Ziegler, E., & Bennet, G.D. (2002). *Sviluppo della personalità in individui con ritardo mentale*. Bergamo: Junior.





LA COMUNICAZIONE E LA RELAZIONE NEL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL SENSO DI AUTOEFFICACIA PERCEPITO

Devid Sabatini
Specialista in psicoterapia
Psicologo a indirizzo
clinico e di comunità
Psicologo dello sport
e della performance

RIASSUNTO

Il costrutto di autoefficacia è un concetto ancora poco conosciuto all'interno dei contesti formativi di diverso genere, che viene sovente ignorato o addirittura sovrapposto a quello di autostima, ma dal quale si differenzia nettamente pur essendo in stretta correlazione con esso.

Per chi si occupa di formazione, clinica, selezione del personale, valorizzazione delle risorse umane e tutto ciò che può essere correlato a tali contesti, non dimenticandoci del mondo della formazione scolastica a diversi livelli, diviene una pietra miliare e un deciso punto di riferimento intorno al quale costruire i propri interventi finalizzati alla crescita e al miglioramento delle competenze specifiche da trasmettere e valorizzare attraverso adeguati *feedback* comunicativi.

PAROLE CHIAVE

Autoefficacia, motivazione, obiettivi, autostima, *performance*, successo, salute.

L'AZIONE DEL SENSO DI AUTOEFFICACIA PERCEPITO, SUI MECCANISMI BIO-CHIMICI.

Decidere di affrontare e parlare del costrutto di autoefficacia, porta con sé molto di più che una mera esposizione delle teorie, degli studi e dei risultati che hanno contrassegnato la ricchissima e vastissima letteratura sull'argomento. Albert Bandura ha rappresentato e rappresenta, un importante punto di riferimento per quanti vogliono conoscere meglio l'autoefficacia, ma non solo, considerando il fatto che rappresenta l'autore contemporaneo più citato all'interno delle varie ricerche condotte in campo psicologico (Bandura A.,1997). È a lui, infatti, che si attribuisce la pa-

ternità di questo costrutto, che risulta essere strettamente correlato all'insieme di concettualizzazioni facenti parte del paradigma socio-cognitivo. Leggendo e studiando la relativa letteratura è impossibile saltare quelle che a mio avviso sono informazioni essenziali e che possono far comprendere la grandezza del personaggio, inteso tanto come studioso, tanto come uomo.

Albert Bandura è nato il 4 dicembre del 1925 a Mundare, (Canada) e ha fatto della sua vita un capolavoro e quello che, a mio modestissimo avviso, può essere considerato un risvolto applicativo del suo concetto di autoefficacia o *agency*, o agenzialità nella lingua italiana. Con questo concetto si fa riferimento alla capacità dell'essere umano di agire sull'ambiente, far accadere gli eventi ed essere in grado di gestirli ed indirizzarli in una direzione il più costruttiva possibile per un sano ed equilibrato sviluppo del Sé. Ha avuto un merito fondamentale per gli sviluppi relativi agli studi della personalità e cioè quello di svincolarla e

renderla autonoma da determinismi biologici che potevano rappresentare una base epistemologica dannosa sulla quale costruire modelli di ricerca in campo psicologico. È stato un esempio applicativo delle sue teorie sull'autoefficacia, perché diversamente non si spiegherebbe come mai un bambino nato in una delle più remote e sperdute province del Canada (Alberta), abbia potuto, a quel tempo, accedere all' *Institut of Medicine of the National Academy of Sciences* e aver avuto così modo di costruire una singolare carriera corroborata dal conferimento di ben 13 lauree honoris causa. Con lui prende sempre più piede il concetto, già citato, di *human agency*, che rappresenta la chiave di svolta per affermare come l'uomo, inteso nelle sue vesti di essere umano, sia il principale artefice del suo futuro, svincolato da ogni forma di destino predeterminato da una serie di sequenze genetiche infauste, che purtroppo madre natura avrebbe scelto di attribuire ad un particolare individuo a discapito di un altro che, al contrario, avrebbe ricevuto in dono un corredo





cromosomico di maggiore spessore e potenzialità evolutiva. Si sgretola e cade inesorabilmente il concetto di determinismo biologico, a favore di una componente psicologica che acquisirebbe sempre più autonomia e potere nel modellare la personalità dell'individuo. Anzi, Bandura attraverso i suoi studi, ha potuto dimostrare come in realtà esista una sorta di determinismo, ma che è da intendere diversamente da come i sostenitori del biologico e dell'organico sostenevano e in parte anche oggi, purtroppo, continuano a fare. Sarebbero i processi psichici a influenzare o meglio determinare la regolazione dei meccanismi sinaptici, tanto elettrici, tanto chimici, con inevitabili ripercussioni a livello fisico. Per tanto, si può vedere come si sia radicalmente modificata quella logica determinista a senso unico, che vedeva i meccanismi bio-chimici influenzare i meccanismi psicologici destinati passivamente a subirne gli effetti. Attualmente, è ormai abbondantemente consolidato che tale determinismo viaggi nella direzione opposta, ossia dai meccanismi psicologici verso i meccanismi bio-chimici, con la conseguenza dell'instaurarsi di un circolo virtuoso o vizioso a livello psico-neuro-endocrino-immunologico. Una dimensione psicologica che si colloca, almeno, a pari livello rispetto a quella biologica anche agli occhi degli organicisti più radicali e ortodossi.

Con Albert Bandura si comincia sempre più a consolidare l'idea che la dimensione interpersonale dell'esistenza umana assuma una importanza fondamentale, arricchendo così di maggiore e stimolante complessità tutto il mondo Psiche, che attraverso le precedenti teorie veniva osservata attraverso una serie di dimensioni che rimandavano esclusivamente, senza tanti fronzoli, ai concetti di intrapsichico e determinismo unidirezionale bio-psico-sociale. Gli specialisti del settore sanno benissimo e hanno modo di verificarlo quotidianamente nella loro pratica clinica, quanto sia importante consegnare o riconsegnare alla persona, la responsabilità di quanto accaduto nella sua vita e questo rispetto sia alle

cose costruttive che è stato capace di mettere in pratica sia, soprattutto, rispetto a ciò che è stato causa della sofferenza vissuta. Giungere a consegnare questa capacità di lettura alle persone che intraprendono un percorso di terapia, significa aver svolto con loro il 50% del lavoro e questo per il fatto che l'altro 50% consisterebbe nel consegnare loro anche gli strumenti per evitare di commettere gli stessi errori, rendendoli, di conseguenza, autonomi e capaci di gestire al meglio quanto incontreranno lungo il loro percorso esistenziale. Alla luce di questo, possiamo affermare che uno dei tanti meriti di Albert Bandura e del suo costrutto di autoefficacia, sia stato quello di fornire alcuni degli obiettivi da raggiungere attraverso un percorso di terapia, ma non solo! Questo rappresenta uno dei tanti campi applicativi dell'autoefficacia, perché oggi, più che mai, si parla sempre più di obiettivi da raggiungere, *performance* da migliorare, ostacoli da superare e limiti da spostare sempre più in là oltre l'orizzonte della percezione individuale delle difficoltà esperite, anche in settori differenti dalla psicoterapia. Concetti, questi, che possono essere riscontrati all'interno di una moltitudine di settori sociali all'interno dei quali l'essere umano si trova quotidianamente ad interagire. Non è un caso, infatti, che le concettualizzazioni legate al costrutto di autoefficacia possiamo rintracciarle in ambiti che poco e niente sembrerebbero avere in comune con quello della psicologia, ma che, al contrario, devono molto.

Affermare che il senso di autoefficacia, esperito da un individuo, influenzi i suoi sistemi biologici che a loro volta svolgono le diverse funzioni nel mantenere la salute o la malattia, sarebbe stato impossibile un tempo, così come, sarebbe stato impensabile, sostenere che attraverso adeguati modelli di apprendimento (scolastico e formativo in generale), si potesse consegnare alla persona la possibilità di meglio indirizzare e correggere tutti quei comportamenti che influiscono sui fattori stessi legati al mantenimento della salute. L'individuo diviene agente pro-attivo, svinco-

landosi, così, da un ruolo che lo vedeva semplice spettatore passivo di un destino già scritto. La letteratura esistente sull'argomento ha ben messo in evidenza che il senso e la forza dell'autoefficacia percepita, agisce in maniera decisiva nei diversi settori all'interno dei quali l'individuo si trova a espletare le sue diverse funzioni e ad esercitare la sua influenza, settori che, per meglio orientarsi, possono essere ricondotti ai seguenti ambiti:

- Cognizione e apprendimento;
- *performance* sportive ed artistiche;
- mondo del lavoro e del management;
- politiche di interesse sociale;
- tutela e promozione della salute;
- mondo della psicoterapia.

Come diviene facilmente intuibile, sarebbe impossibile in questa sede parlare del costrutto dell'autoefficacia rispetto a tutte queste dimensioni, per tanto si è scelto di affrontare soltanto gli ultimi 2 punti; quello relativo alla tutela e promozione della salute e quello che fa riferimento al mondo della psicoterapia, perché ritengo che siano più attinenti al filo logico tracciato fin dall'inizio di questo scritto, riconducibile all'importanza e alla centralità del senso di autoefficacia percepito individualmente, sui meccanismi bio-chimici e neurotrasmettitoriali, strettamente correlati al mantenimento della salute psico-fisica.

I processi biologici, che modulano la salute e la malattia, vengono costantemente attivati e sollecitati dal senso di autoefficacia esperito, quando siamo chiamati a svolgere un compito che richiede delle competenze specifiche per essere ben eseguito. Le competenze e le risorse percepite rispetto al compito specifico (autoefficacia), determinano l'intensità di quelle che sono le minacce e le richieste insite nello stesso e che stabiliscono il livello di stress al quale l'organismo è sottoposto (Krantz, Grunberg e Baum, 1985). Il concetto di *agency* fa riferimento alla percezione dell'individuo di poter controllare le richieste a lui avanzate dall'impegno. Lo stress diventa,

per tanto, inversamente proporzionale al livello di controllo possibile percepito dalla persona rispetto alle richieste del compito e direttamente proporzionale all'attivazione dei sistemi neuro-endocrini, catecolaminergici e degli oppiacei endogeni che influenzano, a loro volta, il funzionamento del sistema immunitario.

La psico-neuro-endocrino-immunologia ha da tempo messo in relazione come esista una correlazione diretta tra senso di autoefficacia esperito e la frequenza di contrarre infezioni batteriche e virali, oltre che lo sviluppo di disturbi fisici che contribuiscono ad accelerare la progressione di malattie (Peterson e Stunkard, 1989; Shneiderman, McCabe e Baum, 1992; Steptoe e Appels, 1989). È bene precisare che l'attivazione e l'autoregolazione autonoma entrano in gioco non soltanto quando il soggetto è chiamato a svolgere attivamente il compito richiestogli. Il senso di controllo possibile esercitabile non è detto che debba essere necessariamente seguito da una qualche performance, al contrario è sufficiente che il soggetto si percepisca cognitivamente capace di poter esercitare il controllo, anche se poi non dovesse seguire un esercizio attivo di tale capacità. Quest'ultimo è influenzato da esperienze passate nelle quali la persona è stata chiamata a svolgere funzioni simili e verso le quali ha dimostrato la sua adeguata capacità di intervento. Per tanto, sarebbero le convinzioni di efficacia a modulare le reazioni fisiologiche legate allo stress, piuttosto che la gravosità oggettiva delle richieste e relative minacce legate al compito da eseguire. L'elaborazione cognitiva, che segue alla definizione del problema che ci si presenta, farebbe la differenza nello stabilire il livello di difficoltà percepita e il relativo stress sperimentato.

Trovarci continuamente di fronte a compiti vissuti come stressanti e di conseguenza avversivi, diminuisce anche i livelli di anticorpi che, invece, aumentano durante periodi all'interno dei quali la persona è esposta a situazioni piacevoli, perché percepite come più controllabili e gestibili (Sto-



ne et al., 1994). Paradigmi di ricerca, che mettono in relazione percezioni fobiche e attivazione autonoma, sono stati condotti in situazioni di laboratorio controllate, all'interno delle quali i soggetti, con fobia dei serpenti, venivano esposti a compiti, insieme a un trattamento di padroneggiamento guidato (Bandura et al. 1982). In questo studio i risultati si sono focalizzati maggiormente sulla relazione tra autoefficacia percepita e attivazione psico-fisiologica anticipatoria, piuttosto che sulla correlazione tra attivazione autonoma e *performance*. Questo, per il fatto che i soggetti presentanti un'attivazione fisiologica eccessiva, si sono rifiutati di eseguire il compito loro richiesto, spiegando la scelta di astenersi dalla prova, con la loro scarsa o nulla capacità di controllo percepita, al fine di poter adeguatamente far fronte alle relative richieste sperimentali. Queste

persone hanno deciso di ritirarsi definitivamente dal compito e si sono comportate come tantissimi individui che di fronte a una prova percepita come troppo difficile, preferiscono rinunciarvi, cominciando, però in tal modo, a porre le basi per quella che è stata definita impotenza appresa.

La strategia di evitamento, reiterata nel tempo, conduce a sentirsi sempre più impotenti nel superare le prove che si presentano. Le variabili autonome, prese in considerazione, erano la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna. I soggetti che rinunciavano al compito, registravano un'immediata diminuzione della frequenza, mentre la pressione sanguigna rimaneva sostanzialmente su livelli registrati durante la fase preparatoria del compito e cioè durante l'avvenuta presa di coscienza della prova da eseguire.

Tale dato si spiegherebbe con il fatto che la frequenza cardiaca è più sensibile all'azione della noradrenalina, in quanto l'attività catecolaminica presenta una stretta correlazione temporale con l'immediata presa di decisione legata alla rinuncia, mentre, in questi termini, la pressione sistolica e diastolica lo sarebbe meno. Tuttavia, il dato interessante era il ripristino quasi immediato di una normale attività catecolaminica in risposta alla rinuncia dell'esecuzione del compito e una conseguente attenuazione dello stato di attivazione che portava un senso di sollievo immediato, anche se, come vedremo, disfunzionale nel medio e lungo termine. I soggetti, che al contrario, accettavano e conseguentemente erano sottoposti a tecniche di padroneggiamento progressivo rispetto al compito da eseguire, riuscivano a mettere in atto buone *performance*, non facendo registrare attivazioni autonome eccessive, né per quanto riguardava la frequenza cardiaca, né per ciò che riguardava la pressione sanguigna. I risultati erano che alla fine le persone presentanti un senso di autoefficacia, erano in grado di superare le prove, facendo registrare parametri di attivazione psico-fisiologica che non provocavano reazioni eccessivamente stressogene, mentre le persone con una scarsa percezione della propria autoefficacia, oltre che registrare e mantenere reazioni fisiologiche correlate alla presenza di stress, finivano per sviluppare atteggiamenti riconducibili all'instaurarsi di meccanismi collegati a un'impotenza appresa. Il senso di autoefficacia percepito, svolgeva un ruolo importante anche nel ritenersi capaci di apprendere le tecniche di padroneggiamento che venivano consegnate nel corso della prova sperimentale, al fine di consentire a ognuno dei partecipanti di superare le prove di esposizione agli stimoli fobici, percepiti come estremamente stressogeni. Con il concetto di impotenza appresa si fa riferimento ad una percezione di incapacità sperimentata dall'individuo di poter agire attivamente all'interno dei differenti contesti nei quali è inserito.

Se l'individuo si trova costantemente a dover fronteggiare delle esperienze nei confronti delle quali è destinato a poterne subire solo gli effetti negativi, svilupperà tale impotenza con conseguenti risvolti depressivi. Avere la possibilità di percepire e poter eseguire un controllo sulle azioni quotidiane che siamo chiamati a svolgere, consente di mantenere un buon equilibrio psicologico ed evitare l'instaurarsi di *loop* depressivi. Il senso di autoefficacia individuale risulta essere di fondamentale importanza per consentire alla persona di potersi percepire come all'altezza di un compito e prima ancora, di poter apprendere le relative specifiche competenze, proprio come accadeva alle persone dell'esperimento su riportato di sentirsi capaci di acquisire le relative tecniche di padroneggiamento dello stress correlato agli stimoli fobici loro somministrati. Come dimostrato nell'esperimento su riportato, se una persona si sentirà incapace di fronteggiare il compito richiestole, tenderà a fuggire dall'esecuzione dello stesso, sperimentando comunque un'attivazione autonoma che, nel medio e lungo periodo, influenzerà anche la capacità del sistema immunitario di proteggere da agenti batterici e virali (Stone et al., 1994).

Per tanto, le persone che sperimenteranno una mancanza di capacità specifica, saranno tendenzialmente portate a mettere in atto strategie di evitamento. Se ne deduce che, affinché una persona sia portata a cimentarsi rispetto a un compito, le devono essere consegnate strategie cognitive che le consentano di aumentare le sue percezioni e convinzioni rispetto alla possibilità di poter controllare, influenzare e gestire gli effetti degli stimoli stressogeni che si troverà ad affrontare durante l'esecuzione di un compito. Tuttavia, come vedremo più avanti, tale abilità di sentirsi capaci ad apprendere, si trasmette e viene insegnata attraverso specifiche comunicazioni e modalità relazionali. L'*agency*, per tanto, diviene una competenza che può e deve essere insegnata, perchè non è rintracciabile



all'interno del corredo cromosomico e di conseguenza non si esprime da sé come potrebbe fare il colore degli occhi o quello della pelle. Tuttavia, la sua assenza fa sentire gli effetti negativi a livello dei meccanismi bio-chimici. In particolare è stato detto come esista una strettissima relazione tra il senso di autoefficacia, in particolare la forza del senso di efficacia nel fronteggiare le situazioni e i livelli di secrezione di catecolamine nel plasma. Le catecolamine sono dei neurotrasmettitori che entrano in gioco nella relazione tra cervello e corpo e nell'azione degli ormoni dello stress che vengono mobilitati per preparare l'organismo ad affrontare lo stress di attivazione. Soggetti impegnati nel fronteggiare situazioni richiedenti un basso, medio e alto coinvolgimento dei meccanismi psicologici coinvolti nel senso di autoefficacia percepito, sono stati monitorati costantemente durante le prove attraverso dei continui prelievi di campioni di sangue, al fine di cogliere i dati corrispondenti alle correlazioni tra il senso di autoefficacia percepito al momento e il rilascio delle catecolamine presenti nel plasma.

I risultati rispecchiano un rapporto inversamente proporzionale tra forza delle convinzioni di efficacia per il fronteggiamento dell'impegno e adrenalina, noradrenalina e DOPAC, un metabolita della dopamina. In particolare i livelli di adrenalina e noradrenalina calano appena il soggetto rinuncia al compito, mentre i livelli di DOPAC continuano a rimanere elevati. Tale dato è stato messo in relazione al fatto che il DOPAC sembrerebbe rispondere alla consapevolezza che l'ambiente potrebbe richiedere determinate prestazioni nei confronti delle quali, però, la persona si dimostrerebbe incapace di rispondere adeguatamente e che il DOPAC plasmatico potrebbe riflettere l'attività dei neuroni cerebrali dopaminergici, come quelli presenti nell'area tegmentale ventrale del mesencefalo e nella *pars compacta* della *substantia nigra*, senza dimenticare che la secrezione di dopamina è attribuibile, anche se in maniera minore, alla

porzione midollare delle ghiandole surrenali e quindi a un inevitabile coinvolgimento dei meccanismi endocrini. Infatti, occorre sempre tener presente che sono tutti i sistemi biologici ad essere coinvolti dai meccanismi psicologici; neurologico, endocrino e immunitario, al fine di evitare di rimandare l'idea che l'essere umano funzioni attraverso meccanismi da intendersi come dei compartimenti stagni separati gli uni dagli altri. Per tanto sembrerebbe che i risvolti psicologici, conseguenti alla rinuncia del compito, continuino a sortire effetti anche dopo l'effettiva cessazione della richiesta della *performance* da eseguire, andando a creare un *loop* disfunzionale tra possibilità che si ripresenti la richiesta e capacità del soggetto di farvi fronte (Bandura et. Al, 1985).

La reattività catecolaminica dipenderebbe dalla possibilità di esercitare un controllo. In effetti, nel momento in cui vengono create situazioni sperimentali all'interno delle quali si possono inserire variabili per far venir meno la percezione individuale del controllo esercitabile, i livelli di secrezione catecolaminica aumentano notevolmente e l'individuo ricomincia a sperimentare livelli elevati di stress. Questi risultati sono importanti per i risvolti in campo psicoterapeutico, perché ci aiutano a comprendere, anche, come il miglioramento di una componente fobica sia determinata più dal consegnare alla persona degli strumenti finalizzati ad avere più padronanza rispetto a ciò che teme, piuttosto che da un processo di adattabilità alla situazione temuta. Per tanto, il miglioramento della salute passa attraverso l'acquisizione di tecniche di fronteggiamento consegnate alla persona attraverso un percorso di psicoterapia e non attraverso una semplice esposizione passiva finalizzata a un progressivo adattamento e abitudine; occorra che la persona si senta parte attiva del processo di influenzamento sull'ambiente. L'attivazione degli oppiacei endogeni segue tale logica. Si tratta di sostanze che entrano in gioco in risposta a impulsi dolorosi al fine

di mediare e attenuare la percezione di dolore sperimentata dalla persona. Il corpo produce in tal maniera le endorfine che appartengono alla famiglia degli oppiacei endogeni e svolgono un'azione analgesica. Tanto le situazioni sperimentali, condotte sugli animali, tanto quelle adattate all'uomo, hanno messo in evidenza una correlazione inversa tra capacità di gestire e controllare il dolore e produzione di oppiacei, svolgendo di conseguenza un'importante azione sugli stressor percepiti come incontrollabili, che a loro volta agiscono sui meccanismi correlati all'immunocompetenza (Kelley, 1986; Shavit e Martin, 1987).

L'attivazione legata alla produzione di endorfine non sembra collegata alla somministrazione della stimolazione fisicamente dolorosa in sé, ma alla relativa percezione di farvi fronte o meno, cognitivamente percepita e sperimentata dall'individuo al momento della presentazione del compito. Per avere maggiori prove a riguardo, la situazione sperimentale costruita sull'uomo prevedeva la somministrazione di *naloxone*, una sostanza che blocca l'azione analgesica degli oppiacei, aderendo ai loro recettori. Ai partecipanti veniva somministrato sia il *naloxone*, che una sostanza salina priva di effetti farmacologici specifici e poi chiesto loro di immergere la mano in acqua ghiacciata. La tolleranza alla modificazione del dolore è rimasta la stessa in individui che avevano un elevato senso di autoefficacia anche quando è stato loro somministrato il *naloxone*, mentre gli individui che avevano mostrato un basso livello di autoefficacia, oltre ad evidenziare una correlazione elevata tra bassa efficacia e attivazione autonoma, hanno anche evidenziato una correlazione diretta tra somministrazione di *naloxone* e aumentata difficoltà a sopportare il dolore. Le strategie cognitive acquisite, svolgono un'importante ruolo mediatore tra la somministrazione dello stressor doloroso e la relativa percezione del dolore, che di conseguenza non può essere ascritta semplicemente alla stimolazione dei nocicettori. Il dolore è un fenomeno psi-

cobiologico che può essere condizionato da meccanismi attentivi in atto, valutazione cognitiva dell'esperienza e mediato dal confronto e dall'esempio derivante dal comportamento di risposta di altre persone che ricevono stressor simili (Cioffi, 1991a; Craig, 1986; Turk; Meichenbaum e Genest, 1983).

L'esposizione all'esperienza diretta di altri modelli, influisce, per tanto, anche nel costruire strategie cognitive in grado di condizionare l'attivazione catecolaminica e quella degli oppiacei endogeni e questo non soltanto nelle prime epoche di vita. L'esperienza vicaria (Bandura, 1977), che rappresenta una delle 4 fonti dell'autoefficacia, agirebbe e sarebbe attiva anche negli anni della maturità, giocando un ruolo importante, nel caso su riportato relativamente alla gestione cognitiva delle stimolazioni dolorose. La risoluzione delle componenti fobiche attraverso la psicoterapia, così come la consegna di strategie tendenti a meglio gestire il rapporto con il dolore, evidenzia quanto un percorso guidato e strutturato possa fornire gli strumenti per consentire all'individuo di acquisire sempre più maggiore senso di efficacia. In particolar modo gli effetti positivi, derivanti da un percorso di psicoterapia in seguito a manifestazioni depressive, influiscono positivamente sul sistema immunitario e la vulnerabilità generale alla malattia (Herbert e Cohen, 1993b; Kiecolt-Glaser, 1988; O'Leary, 1990). La depressione non adeguatamente trattata conduce ad aumentare la probabilità di sviluppare malattie infettive, lo sviluppo di neoplasmi maligni e del ritmo di crescita delle cellule tumorali. Sapendo come le reazioni depressive, in particolar modo nel mondo di oggi sempre più focalizzato nel chiedere prestazioni elevate di tipo individuale, professionale, relazionale, sociale, siano la conseguenza dell'incapacità di raggiungere livelli di competenza richiesta, la capacità di percepirsi all'altezza dei compiti e di poter imparare le strategie per farvi fronte diventano la strada maestra per uscire fuori dal tunnel depressivo. Le depressioni hanno sempre



più perso quella etichetta e matrice endogena, come erano chiamate un tempo dalla psichiatria classica, per diventare depressioni reattive, frutto della percezione dell'individuo derivante dall'incapacità di reggere le pressioni ambientali e sociali vissute come schiaccianti. Alla pressione derivante dalla competizione interna tra l'individuo e il suo Ideale, si è aggiunta anche la competizione, sempre più crescente, derivante dal mondo esterno.

Non è un caso che l'assenteismo sul posto di lavoro e lo sviluppo di malattie sia direttamente proporzionale alla sofferenza psicologica sperimentata. I diversi sistemi biologici e cioè quello neurologico, endocrino e immunitario, sono costantemente interconnessi e l'influenza del senso di auto efficacia percepito, agisce di conseguenza in 3 modi anche sull'immunocompetenza. Il primo è quello già affrontato, nelle precedenti righe, relativo all'instaurarsi di depressioni reattive, il secondo attraverso la mediazione dello stress, il terzo tramite la mediazione centrale. Le cellule immunitarie posseggono dei recettori per gli oppiacei endogeni, i peptidi oppiacei possono influire sui processi immunitari (Plotnikoff et al., 1986).

L'incapacità di controllare gli stressor sortirebbe delle conseguenze come la riduzione di citotossicità delle cellule natural Killer, importanti per il riconoscimento e la distruzione di cellule tumorali o infette. Non sarebbero gli stressor in sé a determinare meccanismi di immunosoppressione, ma l'incapacità di affrontarli e il loro presentarsi in maniera intermittente. L'esecuzione di una prova porta con sé un'attivazione autonoma e tutto quello che è stato illustrato prima, ma la percezione e consapevolezza di poter fronteggiare il compito, condurrebbe a un miglioramento progressivo dell'immunocompetenza che sarebbe condizionata, così, anche dall'apprendimento di aspettativa rispetto alla possibilità di esercitare un controllo sulla sequenza di stressor. Qui entra in gioco la media-

zione centrale, precedentemente citata come terzo fattore che influenza l'immunocompetenza. Ader e Cohen (1993), hanno evidenziato come l'apprendimento di aspettative giochi un ruolo cruciale sulla funzione immunitaria. I loro studi, svolti su animali, vertevano sulla somministrazione di stimoli ambientali neutri, accompagnati ad agenti farmacologici che ritardavano la comparsa di una malattia autoimmune. La successiva presenza dello stimolo neutro, senza la somministrazione dell'agente farmacologico, era sufficiente a ritardare comunque la comparsa della malattia. Anche sull'uomo si sono ottenuti risultati analoghi in soggetti impegnati in un trattamento chemioterapico. L'associazione ripetuta tra ambiente ospedaliero ed effetti immunosoppressivi dei trattamenti, ha portato all'osservazione di una soppressione immunitaria anticipatoria, seguite da visite ospedaliere e senza che nei giorni precedenti, passati a casa, si registrasse una correlazione analoga (Bovbjerg et al., 1990).

Tale apprendimento di aspettative può anche migliorare l'immunocompetenza (Buske-Kirschbaum et al., 1992). In seguito a una situazione sperimentale, condotta sull'uomo che ha ripreso la logica utilizzata da Ader e Cohen (1993), cioè quella del condizionamento classico di Pavlov, uno stimolo neutro è stato associato a una sostanza che aumenta la funzionalità delle cellule Killer. Successivamente la presentazione dello stimolo ha prodotto un aumento delle cellule Killer senza che fosse precedentemente somministrata alcuna sostanza. È indubbio come la mediazione centrale giocata dai processi psicologici, svolga un'azione considerevole sull'intero asse neuro-endocrino-immunologico. Ma come si costruisce il senso di autoefficacia?

RIVOLTI OPERATIVI E PRAGMATICI NELLA COSTRUZIONE DEL SENSO DI AUTOEFFICACIA.

Chi decide di occuparsi di formazione a diversi livelli, dovrebbe avere chiaro in mente la distin-

zione tra autoefficacia e autostima. Quest'ultima 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 propria vita privata come potrebbe essere la sua dimensione affettiva con il o la partner, che richiamano dinamiche psicologiche formatesi nel corso dei primi anni di vita attraverso il rapporto con i genitori, i *caregiver* e le altre figure significative della sua vita. Il concetto di autoefficacia, al contrario, fa riferimento alla capacità di una persona di sentirsi all'altezza di eseguire dei compiti specifici richiesti in una determinata situazione, in un preciso momento e ascrivibili solitamente a una precisa competenza.

È chiaro che sussistano delle strette correlazioni, ma è altrettanto evidente che si tratta di due costrutti differenti. L'autoefficacia, per usare una metafora, può essere considerata un pilastro importante dell'autostima percepita dall'individuo, un pilastro che si costruisce nel corso dei primi anni di vita, a partire dal momento in cui si cominciano a evidenziare le prime capacità cognitive del bambino di elaborare consapevolmente le proprie interazioni con l'ambiente. Da qui, si evince che costruire il senso di autoefficacia passa attraverso un'azione attiva dell'individuo, a differenza della costruzione dell'autostima che non richiede necessariamente una elaborazione cognitiva, ma che specialmente nei primi anni di vita si costruisce su dinamiche affettive ed emotive, che





danno origine a modelli operativi interni (MOI) e relazionali, che viaggiano al di fuori della consapevolezza. Questo rappresenta un'ulteriore tassello che rende evidente la distinzione tra autoefficacia ed autostima. Possiamo cominciare a costruire il senso di autoefficacia solo a partire dal momento in cui c'è un'abilità metacognitiva relativa alla capacità individuale di riflettere su ciò che è stato eseguito e i vari passaggi effettuati per raggiungere l'obiettivo. Richiamando velocemente le 4 fonti dell'autoefficacia (l'azione diretta, l'esperienza vicaria, la persuasione verbale, l'adeguata elaborazione cognitiva dei propri stati di attivazione somatica), l'individuo è da subito parte attiva nel continuo processo di mediazione tra le competenze necessarie a eseguire il compito e l'esecuzione corretta dello stesso.

Appare, per tanto evidente, che la preparazione dei formatori assume un ruolo di cruciale importanza, perché dovrebbe essere finalizzata a comprendere il livello di sviluppo del proprio allievo e gli stressor ai quali può e deve essere sottoposto. Abbiamo visto, nel paragrafo precedente, gli effetti registrati a livello bio-chimico nel momento in cui si è posti dinanzi a una qualsiasi richiesta performativa. Essi si registrano ad ogni epoca di vita dell'individuo. La comunicazione e la relazione adottate, rappresentano dei canali formativi di cruciale importanza, tenendo in considerazione che dovrebbero essere tarate rispetto alle caratteristiche del singolo che si vuole formare. Qui viene meno il modello che, simpaticamente, si potrebbe definire a "ricetta", vale a dire di quegli stili formativi che fanno riferimento a un modello rigido di formazione da applicare a tutti, senza tener conto delle differenze individuali. Continuando, in questa simpatica metafora, si dovrebbe tenere in considerazione che anche le ricette precisamente riportate, danno poi vita a risvolti operativi che sono enormemente differenti a seconda dello "chef" che le ha eseguite. Da qui se ne deduce che per poter formare, occorre necessariamente

te essere formati. Se Albert Bandura è stato un gigante rispetto a quello che oggi sappiamo del concetto di autoefficacia, i maestri della Scuola di Palo Alto (USA) lo sono stati per ciò che riguarda gli studi sulla comunicazione e l'opera che rappresenta la sistematizzazione dei loro preziosi studi: "Pragmatica della comunicazione umana" (P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D Jackson, 1967). La costruzione del senso di autoefficacia può avere una chiave di lettura ricavata dall'attenta e scrupolosa applicazione dei 5 assiomi sulla comunicazione (1967) e in particolar modo dei primi due che, nei loro risvolti pragmatici, finiscono per richiamare indirettamente anche gli altri:

- Non si può non comunicare;
- Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione.

Sulla base di questi assiomi, si possono costruire comunicazioni finalizzate all'apprendimento delle competenze specifiche che si vogliono trasmettere agli allievi. Sono particolarmente preziosi nel momento in cui vogliamo fare in modo che la terza fonte dell'autoefficacia e cioè quella che parla proprio della persuasione verbale, sortisca i migliori effetti possibili. Ma non solo! La comunicazione ben eseguita consente, specialmente quando ci relazioniamo con i più giovani, di fare in modo che loro possano scegliere i modelli più graditi con i quali identificarsi e permettere loro di imitarli. L'esperienza vicaria è alla base non soltanto dell'identificazione con un determinato modello, ma anche delle cose che i ragazzi scelgono di apprendere, delle quali vorrebbero saperne di più e delle quali vorrebbero cercare di carpirne i segreti; diviene cioè fondamentale, anche, per quanto riguarda le passioni che nascono in loro e nei confronti delle quali finiscono per sviluppare quella che è conosciuta come motivazione intrinseca. I modelli educativi dovrebbero, per tanto, cercare di trasmettere il piacere che hanno nell'approcciarsi a quello specifico compito, che può essere rappresentato da un lavoro manuale, dall'apprendimento di una

materia scolastica, di uno sport o di una qualsiasi altra attività. La costruzione del senso di autoefficacia comincia dal cercare di trasmettere il piacere che nasce nel relazionarsi a quella specifica competenza e al relativo apprendimento. Se al contrario si trasmette paura, pesantezza e altre emozioni avverse, il rischio elevato è quello di creare un rifiuto verso l'apprendimento specifico.

Questo crea degli equilibri emotivi favorevoli ai processi di apprendimento, che necessitano di un clima disteso, scevro di qualsiasi tensione e forzatura, perché ciò rimanda implicitamente al fatto che si possa e si debba sbagliare nel corso del proprio processo di apprendimento. Al contrario, contesti formativi caratterizzati da un clima di tensione e di rigidità, impediscono all'individuo di esprimere al meglio il proprio potenziale e aumentano esponenzialmente la probabilità di abbandono formativo. A volte è sufficiente creare contesti nei quali le persone e i bambini in particolare, abbiano il piacere di ritrovarsi, perché tutto il resto sia una mera conseguenza. A questo va aggiunta un'adeguata strutturazione linguistica in termini sia di contenuto, sia di relazione dei *feedback* che si dispensano durante la presentazione e l'esecuzione dei compiti. Le strutture linguistiche costruite possono essere infinite in termini di contenuto e dipendono dal livello di crescita di un allievo o allieva, ma a livello di logica possono essere suddivise in due grandi famiglie: quelle che si orientano sulle abilità specifiche e quelle che coinvolgono la personalità del bambino. Le comunicazioni che veicoliamo dovrebbero essere costruite secondo precise strutture linguistiche ed essere indirizzate esclusivamente alle abilità sulle quali si vuole lavorare e bandire completamente le altre. I toni di voce, se pur fermi e con un'inclinazione autorevole, devono comunque trasmettere una serenità di fondo che agisca sulle strutture cerebrali, contribuendo ad un'adeguata elaborazione soggettiva degli stati fisiologici che inevitabilmente entrano in gioco. Altrettanto importante

diviene un'altra dimensione dell'aspetto di relazione e cioè quella relativa al non verbale adottato dal formatore. Con il concetto di non verbale si intende tutto quello che è relativo alla postura del corpo nello spazio e soprattutto alle espressioni del volto associate ai *feedback* verbali forniti durante l'esecuzione delle prove. È un aspetto della comunicazione difficile da trasferire in un elaborato scritto come questo, ma che comunque va tenuto in seria considerazione, perché è parte fondamentale di qualsiasi processo formativo. Espressioni del volto o posture del corpo che squalificano l'esecuzione di una prova, pur poco corretta, devono essere evitate. Spesso l'errore che si commette è veicolare una comunicazione avente una struttura linguistica corretta accompagnata, però, da un para-verbale e da un non-verbale sbagliati. Questi due aspetti della comunicazione, che stabiliscono il livello della relazione, devono avere una coerenza con il contenuto linguistico. Diversamente si veicolerebbero comunicazioni paradossali e deleterie ai fini formativi.

Come dicevamo, per la strutturazione del verbale, le comunicazioni possono indirizzarsi alle abilità o ad aspetti più generali dell'identità del bambino e coinvolgere la sua autostima. Per motivi di spazio riportiamo degli esempi base, facenti riferimento, nello specifico, al contesto formativo di un *academy* calcistica, ma che cambiando i contenuti possono essere adottati a qualsiasi contesto formativo. Partiamo dalle costruzioni linguistiche, indirizzate alle abilità, che possono essere definite come correttive:

“hai calciato la palla con il piede di appoggio distante e hai tenuto il corpo indietro.. è per questo motivo che il pallone è andato così alto sulla traversa..”

La strutturazione linguistica è correttiva ed interamente focalizzata sulla prova, in questo modo si apporta una correzione e si mantiene intatta l'autostima. Al contrario se avessimo adottato una strutturazione linguistica del tipo:



"questo è un tiro da giocatore di rugby, forse...! ma così scoordinato un pallone ovale come quello usato nel rugby neanche lo avresti colpito...!!"

nulla avremmo detto rispetto all'abilità che vogliamo insegnare, oltre che adottare una comunicazione che ha deriso l'operato del bambino. Peggio se:

"...hai fatto un tiro che è un disastro.. mi sa proprio che sei negato per questo sport.. prova con qualcos'altro.. potrebbe essere meglio..."

In questo caso c'è una comunicazione ancora più forte che rimanda un *feedback* ancora più squalificante rispetto alle sue capacità e alle possibilità che possa imparare. Non c'è nessun *feedback* focalizzato alla correzione, anzi la struttura linguistica

si sta sempre più indirizzando verso la sfera dell'autostima. Peggio ancora se si verificasse la seguente comunicazione:

"...negato completamente.. appena potrò lo dirò ai tuoi genitori.. dovrebbero pensare a farti fare qualcos'altro... sperando che ci sia qualcosa per te..."

In questo caso il bambino non è stato squalificato soltanto rispetto all'abilità specifica, ma anche rispetto a una dimensione più generale **"sperando che ci sia qualcosa per te"**, che quindi coinvolge la sua intera identità e mina fortemente le basi per la costruzione della sua autostima. Ancora peggio, se a questa strutturazione linguistica, si accompagna un aspetto di relazione avente un non-verbale e un para-ver-



bale altrettanto squalificanti fatti di derisioni e sorrisini sarcastici o di urla accompagnate ad offese. Quello che è importante tenere in considerazione è che quanto più ci allontaniamo dalla correzione rispetto al compito specifico, tanto più stiamo sbagliando il *feedback* e andando ad influire su aspetti legati all'identità generale del bambino. Ricordiamoci che il compito fondamentale da perseguire ai fini della costruzione del senso di autoefficacia è quello di trasmettere al bambino la sensazione e percezione rispetto alla possibilità che lui sia in grado di apprendere. Il tiro in porta o qualsiasi altra prestazione, potrà anche essere stata poco consona all'aspettativa, ma quello sul quale un formatore deve focalizzarsi è la valorizzazione anche delle poche cose buone che un allievo sarà in grado di evidenziare. Il senso di autoefficacia si costruisce a partire dalle piccole cose, per poi passare a quelle di livello superiore e così via fino a raggiungere livelli sempre più elevati di difficoltà. L'obiettivo ultimo dovrà essere quello di riuscire a insegnare anche poche cose, ma che l'allievo avrà imparato, perché così avrà sperimentato la possibilità di essere capace di apprendere.

L'esperienza vissuta, relativa all'essere stato all'altezza di apprendere, verrà interiorizzata dal bambino e riutilizzata nel momento in cui sarà impegnato in altre attività, magari che riguardano altri tipi di apprendimento. In altre parole, occorre far apprendere al bambino, la capacità di poter apprendere ed esercitare, di conseguenza, un qualche controllo rispetto agli stressor che gli vengono somministrati in seguito alla presentazione del compito da eseguire. Nel corso della costruzione del senso di autoefficacia, occorre evitare qualsiasi forzatura nell'apprendimento, perché ogni bambino e bambina possiede i suoi tempi. I *feedback* correttivi possono assumere altre caratteristiche nel momento in cui ci rendiamo conto che l'abilità sta crescendo e inserire strutture linguistiche che abbiano queste caratteristiche:

"..ottima la velocità con la quale sei arrivato a ridosso del pallone! Nel momento in cui ti coordini avvicina di più il piede di appoggio al pallone..! ottimo anche lo slancio che hai dato alla gamba dopo il tiro!! Bravo!!!"

Questa struttura linguistica possiede un'osservazione positiva di un'abilità ben eseguita, successivamente una correzione e di seguito un'altra osservazione positiva rispetto ad un'altra abilità ben eseguita. Si noti come l'intera strutturazione linguistica possieda comunicazioni veicolate solo rispetto all'esecuzione del compito e nessun riferimento ad aspetti legati all'identità. Si noti, anche, come le strutturazioni linguistiche sono formulate tutte in forma positiva, senza la presenza di negazioni. Una frase come:

"..non devi colpire il pallone con il piede di appoggio distante, non devi arrivare così scoordinato sul pallone e non devi calciare il pallone con il corpo indietro.."

pur se interamente focalizzata sull'abilità, oltre a non dire nulla a livello di correzioni, tende a rafforzare a livello neuro-motorio l'esecuzione sbagliata del compito. Le correzioni, per tanto, devono essere sempre strutturate in forma positiva e indicare, oltre che a livello comportamentale, anche a livello linguistico l'esecuzione corretta. L'obiettivo è quello di eliminare tracce mnestiche legate all'esecuzione sbagliata del compito. Infine, ricordiamoci una cosa importante e che spesso viene dimenticata dai formatori. L'acquisizione di abilità deve essere anche conservata. L'apprendimento delle capacità è un qualcosa che è in costante cambiamento e che di conseguenza deve essere sempre adeguatamente sollecitato. Spesso l'errore commesso è quello di non dare più *feedback* a chi esegue notevoli prestazioni, perché si ritiene che ormai abbia raggiunto un livello tale oltre il quale è inutile comunicare qualcosa o a volte perché si teme di rovinare le acquisizioni interiorizzate. Al contrario, occorre sem-



pre strutturare forme linguistiche che alimentino la motivazione a continuare e a migliorarsi. Un allievo può rimanere senza *feedback* per 2 o massimo 3 esecuzioni, ma alla quarta occorre formulare una comunicazione che potrebbe essere:

"...ottima esecuzione tecnica del gesto.. ora mentre ritorni al tuo posto, ripensa ai passaggi che hai eseguito per giungere all'esecuzione di quello che hai fatto..."

I *feedback* devono essere sempre formulati, perché come ci insegna il primo assioma della comunicazione, non si può non comunicare e per tanto nella mente dei nostri allievi si formeranno comunque immagini, anche se decidiamo di tacere. L'acquisizione del senso di autoefficacia si consolida, anche e soprattutto, attraverso una rivisitazione cognitiva rispetto a come è stato eseguito il compito. Chiedere alla bambina di riflettere sui passaggi eseguiti rafforza in lei la capacità di divenire padrona del gesto. Per motivi di spazio sono state riportate solo alcune formulazioni linguistiche, ma se ne possono costruire infinite a dai contenuti differenti a seconda del contesto formativo nel quale ci troviamo ad operare.

È opportuno fare un'ultima considerazione. L'attenzione alla trasmissione dei contenuti, relativi ad un'abilità, dovrebbe essere inversamente proporzionale all'età degli allievi. Per tale motivo è opportuno che, nelle prime epoche di vita, i bambini vengano guidati ad acquisire quel senso di capacità ad apprendere, lasciando da parte una eventuale focalizzazione eccessiva sull'esecuzione del compito. Quanto più interagiamo con ragazzi di giovane età, tanto più l'attenzione dovrà essere posta sul trasferire loro sensazioni e percezioni piacevoli rispetto al compito che li vede coinvolti e far loro sperimentare la possibilità di essere capaci ad apprendere. Evitiamo, per tanto, ogni azione e reazione alimentata dalla logica del giudizio e della selezione. È in tal maniera che si costruisce quel senso di

autoefficacia correlato a tutte quelle reazioni fisiologiche che portano all'attivazione di quei meccanismi bio-chimici illustrati nel primo paragrafo.

BIBLIOGRAFIA

- Ader R. e Cohen N. (1993), "PSychoneuroimmunology: Conditioning and stress. In LW. Porter e M.R. Rosenzweig (a cura di), *Annual Review of Psychology*, n. 44, pp. 53-85.
- 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.
- Bandura A. (1982a), "Self-efficacy mechanism in human agency", *American Psychologist*, n.37, pp. 122-147.
- Bovbjerg D.H., Redd W. H., Maier L.A. et al. (1990), "Anticipatory immune suppression and nausea in woman receiving cyclic chemotherapy for ovarian cancer", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 58, pp. 153-157.
- Buske-Kirschbaum A., Kirschbaum C., Stierle H., Lehnert H. e Hellhammer K. (1992), "Conditioned increase of natural killer cell activity (NKCA) in humans", *Psychosomatic Medicine*, Springer.
- Catley, D., Duda, J.L. (1997a). "Psychological antecedents of the frequency and intensity of flow in golfers", *International Journal of Sport Psychology*, 28(4), 309-322.
- Cei, A. (1998). *Psicologia dello Sport*. Ed. il Mulino, Bologna.
- Chon E. e Rosmiller R. (1987), "Research on effective schools. Implications for less developed countries", *Comparative Education Review*, n. 31, pp. 377-399.
- Cioffi D. (1991a), "beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation", *Psychological Bulletin*, n. 109, pp. 25-41.
- Coumeya K.S. e McAuley E. (1993), "Efficacy,

- attributional, affectives responses of older adults following an acute bout of exercise", *Journal of Social Behavior and Personality*, n. 8, pp.729-742.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. Ed. New York, Harper & Row.
 - Decety J., Jeannerod M., Durozard D. e Bavelle G. (1993), "Central activation of autonomic effectors during mental simulation of motor action in man", *Journal of Psychology*, n. 461, pp. 549-563.
 - Duda (1988), "The relationship between goal perspectives, persistence and behavioral intensity among male and female recreational sport participants", *Leisure Sciences*, n.10, pp. 95-106.
 - Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*, New York, Batman. Chapter.
 - Herbert T.B. e Cohen S. (1993b), "Stress and immunity in humans: A meta-analytic review", *Psychosomatic Medicine*, n. 55, pp. 364-379.
 - Kelley D.D. (a cura di), (1986), "Stress-induced analgesia. Annals of the New York Academy of Sciences", vol. 467, New York, New York Academy of Sciences.
 - Krantz D.S., Grunberg N.E. e Baum A. (1985), "Health Psychology", *Annual Reviews in Psychology*, n. 36, pp.349-383.
 - Moss M.K. e Arend R.A. (1977), "Self-directed contact desensitization", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.45, pp. 730-738.
 - Nelson R.E. e Craighead W.E. (1977) "Selective recall of positive and negative feedback, self-control behavior, and depression", *Journal of Abnormal Psychology*, n.86, pp379-388.
 - Nevill D.D. e Schlecker D.I. (1988), "The relation of self-efficacy and assertiveness to willingness to engage in traditional/nontraditional career activities", *Psychology of Woman Quarterly*, n.12, pp. 366-379.
 - Nicholls J.G. (1984), "Achievement motivation: Conception of ability, subjective experience, task choice, and performance", *Psychological Review*, n. 91, pp. 328-346.
 - Oettingen G. (1995), "Cross cultural perspectives on self-efficacy. In A. Bandura (a cura di) "Self-efficacy in changing societies, New York, Cambridge University Press, pp. 149-176 trad. it. L'autoefficacia in una prospettiva transculturale, in A. Bandura (a cura di), *Il senso di autoefficacia*, Trento, Erickson, 1996, pp. 173-208.
 - Ostlund L.E. (1974), "Perceived innovation attributes as predictor of innovativeness", *Journal of Consumer Research*, n. 1, pp. 23-29.
 - Ozer E.M. e Bandura A. (1990), "Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis", *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 58, pp. 472-486.
 - Parsons J.E. e Ruble D.N. (1979), " The development of achievement related expectancies" *Child Development*, n.48, pp. 1075-1079.
 - Perry D.G. e Bussey K. (1984), " Social development, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
 - Perry D.G. e Perry L.C. e Rasmussen P. (1986), "Cognitive social learning mediators of aggression", *Child development*, n. 57, pp. 700-711.
 - Peterson C. e Stunkard A.J., (1989), "Personal control and health promotion", *Social Science Medicine*, n. 28, pp. 819-828.
 - Plotnikoff N.P., Faith R.E., Murgo A.J. e Good R.A. (a cura di), (1986), "Enkephalins and endorphins: Stress and the immune system", New York, Plenum.
 - Seligman, M.E. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential fulfillment*. Ed. New York, Free Press.
 - Stone A.A., Neale J.M., Cox D.S., Napoli A., Valdimarsdottrin H. e Kennedy-Moore E. (1994), "daily events are associated with a secretory immune response to an oral antigen in men", *Health Psychology*, n. 13, pp. 440-446.
 - Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson (1967), "Pragmatica della Comunicazione Umana", Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, Roma.
 - Umiltà, C., Legrenzi, P. (2009). *Neuro mania, il cervello non spiega chi siamo*. Ed. Bologna, il Mulino.



KINTSUGI: L'ARTE DI SALDARE CON L'ORO I FRAMMENTI

UN'ESPERIENZA MULTIDISCIPLINARE E DI
RETE PER **AIUTARE I PAZIENTI ONCOLOGICI**
AD UNIRE I TASSELLI DELLA PROPRIA VITA

RIASSUNTO

Il presente lavoro intende illustrare un'esperienza effettuata dall'Ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitazione del Distretto Socio Sanitario 3 di Bitonto-Palo del Colle con i pazienti oncologici afferenti, al fine di collegare, da una parte, le parti coinvolte nel processo di cura del paziente (Ospedale di riferimento, MMG, Hospice, Distretto SocioSanitario, ADO, etc), dall'altra sostenere il paziente nel riparare le ferite emotive causate dal trauma della malattia.

All'Ambulatorio di Riabilitazione accedono pazienti affetti da disabilità complesse di tipo fisico, psichico e sensoriale tra cui anche pazienti con malattia oncologica (richiesta aumentata nel corso degli ultimi anni).

Nonostante l'incremento della popolazione che viene colpita da diverse forme di cancro, la diagnosi precoce e il miglioramento delle cure oncologiche permettono un aumento della sopravvivenza.

Il trattamento riabilitativo diventa, pertanto, un momento importante per il paziente (e la sua fa-

Giusi D'Aniello

Dirigente Psicologa, Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta, Servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione, DSS3 Bitonto-Palo del Colle-ASL BA

Michela Caldarola

Psicologa, esperta in Neuropsicologia Clinica, specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Maria Anna De Santis

Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale



miglia), con il fine di migliorare la qualità di vita, permettendo un graduale riadattamento a standard esistenziali quanto più vicini a quelli precedenti la malattia, e, riducendo al minimo le disabilità correlate.

In questo articolo si vuole sottolineare come il percorso riabilitativo, il lavoro interdisciplinare e di rete, possono essere un valido supporto ai pazienti nell'affrontare la malattia oncologica.

Come nell'arte del Kintsugi i fili d'oro uniscono i frammenti di un oggetto rotto per donare nuova vita, così i pazienti, con la loro resilienza, possono essere aiutati nel rimettere insieme le parti della loro esperienza di malattia, spesso parcellizzata tra più operatori e servizi, e nell'accettare la nuova condizione di vita, in un'ottica di passato, presente ma anche di rinascita resiliente.

PAROLE CHIAVE

Riabilitazione oncologica, Sostegno psicologico, Resilienza, Medicina palliativa, Multidisciplinarietà, Lavoro di Rete tra servizi presenti sul Territorio.

PREMESSA

I notevoli progressi ottenuti negli ultimi decenni dalla medicina nel trattamento dei pazienti affetti da tumore, grazie alla diagnosi precoce e a terapie sempre più qualificate ed innovative, hanno determinato un aumento progressivo della percentuale di sopravvivenza e quindi una maggiore attenzione sulla qualità di vita. Circa due milioni sono, infatti, le persone guarite o con una sopravvivenza superiore ai cinque anni, i cosiddetti "lungo sopravvissuti" (<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/numeri-del-cancro>).



Alla luce di questi dati incoraggianti appare necessario implementare progetti di riabilitazione oncologica con il compito di garantire una migliore qualità di vita attraverso la ripresa, nel limite del possibile, dello stato fisico, psicologico e sociale pre-esistente all'insorgenza della malattia.

Rispetto ai decenni precedenti che hanno visto nascere i primi approcci riabilitativi in ambito oncologico, solo recentemente vi è uno sforzo di definirne il significato e i compiti, di allargarne le applicazioni nella pratica clinica corrente.

Gli elementi cardine su cui si fonda la riabilitazione sono: il mantenimento e la salvaguardia dell'integrità psicofisica del soggetto e, ove questo non sia possibile, come nel caso delle disabilità permanenti, il raggiungimento del massimo grado di autonomia fisica, funzionale, psicologica e sociale per quella determinata limitazione.

Pertanto, la riabilitazione non è più vista come una "appendice" ai trattamenti oncologici considerati maggiori come la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, ma un intervento da affiancare costantemente a tutti gli atti terapeutici necessari per la cura del tumore.

Parlare di qualità di vita ha di conseguenza permesso di mettere in risalto gli aspetti bio psico sociali del cancro, le ripercussioni nella vita quotidiana delle persone coinvolte (pazienti e loro familiari), e la necessità di trovare nella **Sanità Territoriale** una rispondenza immediata tra le richieste dei cittadini e l'offerta sanitaria estensiva sul territorio di riferimento.

L'ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitazione del DSS3 Bitonto- Palo del Colle - ASL BA, nasce come ambulatorio "ex art. 26", con la legge n. 833/78 nella quale vengono definiti i diritti all'assistenza sanitaria e i criteri con i quali deve essere assicurata ai cittadini la prestazione dei servizi di riabilitazione. L'accesso al servizio è del tutto gratuito e diretto, ovvero senza prenotazione al CUP.

Visto l'aumento della domanda di riabilitazione da parte di pazienti con diverse patologie oncologiche, gli operatori hanno valutato l'opportunità di proporre una risposta mirata e cucita "a misura" del paziente e della sua famiglia, attraverso anche una progettualità di raccordo tra i diversi operatori sanitari coinvolti nella cura.

Il lavoro di rete avviato con il dr Fusaro, medico palliativista, con l'Hospice Aurelio Marena di Bitonto, l'ADO, i MMG ha offerto lo spunto di una maggiore riflessione sull'esigenza di un sempre più attivo raccordo tra le diverse realtà del territorio al fine di rispondere ai bisogni di un'utenza particolarmente fragile in un'ottica interdisciplinare.

CHE COS'È LA RIABILITAZIONE ONCOLOGICA?

La riabilitazione oncologica nasce con lo scopo di ottimizzare la qualità della vita del malato e della sua famiglia in qualunque fase della malattia, per sostenere l'adattamento a standard di vita quanto più possibile vicini a quelli precedenti alla diagnosi ricevuta e per ridurre al minimo la disabilità fisica e i deficit funzionali, cognitivi e psicologici come esiti della malattia.

Il concetto di riabilitazione così inteso si inserisce in una forma mentis completamente diversa rispetto al passato, quando la malattia oncologica era associata a basse aspettative di vita. Sul piano esistenziale, dunque, la vita del paziente oncologico non si limita solo esclusivamente alle terapie mediche e al trattamento della malattia, ma anche e soprattutto a come riprendere in mano la propria vita e la propria immagine di sé.

La diagnosi arriva in modo inaspettato, mettendo in discussione i progetti, le abitudini e le attività ordinarie dell'individuo, che, quindi, si ritrova a perdere completamente il controllo sulla propria vita con innegabili ripercussioni sulla sfera emotiva. Dato il forte impatto della malattia oncologica sul piano fisico e psicologico, il cancro può essere accompagnato da una sensazione di tradimento del proprio corpo (Crotti, Brogna &

Giannetti, 2005) dal momento che ciò che prima era pienamente sotto il proprio controllo, ora è abitato dalla malattia, vissuta come "altro da sé", un qualcosa di esterno, estraneo e spesso imprevedibile nella sua evoluzione.

Ma proprio perché il corpo tradisce, la persona colpita dal cancro ha bisogno di ripensare a sé stessa ed investire in una progettualità che tenga conto della modificazione del proprio corpo, dei deficit derivanti dalle cure, delle aspettative di vita, delle ansie e delle paure.

In quest'ottica con il **Progetto Riabilitativo Individuale** si fissano obiettivi a breve-medio termine sugli effettivi bisogni del paziente, a favore di una maggiore personalizzazione dell'intervento e di concerto con tutte le figure professionali presenti nell'ambulatorio, quali il neurologo, lo psicologo, il logopedista, il fisioterapista, l'assistente sociale, il fisiatra, il medico palliativista, il medico di base e il chirurgo presenti nel processo di cura del paziente.

Il lavoro multidisciplinare e di rete assume pertanto un ruolo rilevante, valutando l'impatto della malattia e dei suoi trattamenti sulla persona, il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile anche attraverso la palliazione, e il significato che tutto ciò può avere nella storia personale, sociale e interpersonale del paziente.

OBIETTIVI

Gli obiettivi generali alla base del progetto-intervento di riabilitazione oncologica sono i seguenti:

- Valutazione sociale ed ambientale ed analisi della domanda per leggere i bisogni espressi e non espressi del paziente.
- Stesura PRI al fine del recupero psico-motorio e del sostegno psicologico volto all'individuazione di risorse e punti di forza attraverso cui riprendere in mano la propria esistenza, in un'ottica di resilienza e di adattamento funzionale.

- Individuare la famiglia e il caregiver come risorsa terapeutica nel supporto al paziente durante la fase di gestione delle cure.
- Individuare la rete di gruppi formali e/o informali e associazioni di volontariato sociale presenti sul territorio, volti a garantire al paziente l'adeguato sostegno e la continuità dell'assistenza.
- Lavorare secondo un'ottica interdisciplinare mediante il confronto di gruppo finalizzato alla formazione, all'approfondimento dei casi e alla supervisione tra professionisti.
- Promuovere una migliore qualità della vita con la terapia del dolore.

L'ESPERIENZA SUL CAMPO

In questo articolo si fa riferimento all'incontro della nostra équipe con i pazienti affetti da malattie oncologiche inviati dal dr. Fusaro, medico palliativista presso l'Hospice Aurelio Marena, o dal medico di base.

La richiesta dell'intervento riabilitativo viene motivata dalla diminuita autonomia funzionale nelle attività della vita quotidiana, dalle ripercussioni sulla mobilità dell'apparato locomotore o della funzione respiratoria, problematiche emerse come esiti di interventi chirurgici, di chemioterapia e post-radioterapia. I pazienti oncologici possono presentare un doppio percorso articolato in chemioterapia e cure palliative, in attesa di interventi chirurgici, o pazienti in fase di remissione. I soggetti possono essere seguiti ambulatorialmente o a domicilio a seconda del caso e dei bisogni specifici.

Il progetto si articola secondo le seguenti modalità di attuazione:

1. Invio da parte del medico palliativista e/o MMG (medico di medicina generale);
2. Colloquio con l'assistente sociale che nella fase di conoscenza avvia l'intervista informa-



tiva, effettuando una prima analisi della domanda. In base ai bisogni del paziente e della famiglia, concorderà le visite specialistiche con il neurologo e/o fisiatra e con lo psicologo. Attiva, inoltre, interventi in rete con altre Istituzioni ed Enti.

3. Visita neurologica e/o fisiatrica: il medico specialista effettua visite specialistiche per la valutazione, diagnosi e trattamento di patologie cerebrali, spinali, nervose o osteo-articolo-muscolari insorte in seguito alla malattia oncologica e redige un Piano Riabilitativo Individuale (PRI) a conclusione delle valutazioni dell'intera équipe multidisciplinare.
4. Valutazioni neuropsicologiche e psicopatologiche: lo psicologo effettua una valutazione delle competenze cognitive al fine di individuare eventuali compromissioni del SNC conseguenti ad interventi chirurgici o iatrogeni. La presenza di disturbi cognitivi nella patologia oncologica, infatti, è frequente e incide significativamente sulla qualità di vita e sull'autonomia del paziente (Zucchella et al, 2012);
5. Valutazione da parte del fisioterapista e del logopedista e stesura del relativo PRI a cura dell'équipe multidisciplinare.
6. Cicli di colloqui di sostegno psicologico al paziente e alla famiglia, cicli di FKT ambulatoriale o domiciliare e ciclo di linfodrenaggio.
7. Attivazione di un lavoro di rete per i pazienti con particolari complessità con MMG, Hospice, associazioni di volontariato e/o enti territoriali.
8. Riunioni di verifica tra le varie figure coinvolte nel PRI.



9. Unità di Valutazione Multidisciplinare al fine di individuare l'attivazione di risorse in un lavoro di rete tra ADO (Distretto SocioSanitario), Riabilitazione, MMG, medico oncologo palliativista.
10. Individuazione degli eventuali ausili di cui il paziente potrebbe necessitare (deambulatore, acqua gel, etc); con relativa prescrizione degli stessi ad opera del medico referente;

METODOLOGIA DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO

Nel presente articolo si intende presentare l'esperienza dello psicologo nell'ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitazione DSS n.3 Bitonto-Palo del Colle, con pazienti oncologici, impostando un percorso di valutazione neuropsicologica e psicopatologica e di sostegno psicologico, finalizzato a prevenire lo sviluppo e la cronicizzazione dei disturbi psicopatologici, supportando il paziente e la sua famiglia verso una riprogrammazione della propria mente e dei propri progetti di vita.

La fase di assessment neuropsicologico e psicodiagnostico è molto utile per l'équipe per definire gli obiettivi terapeutici da perseguire assieme al paziente nel percorso riabilitativo da intraprendere.

La valutazione neuropsicologica prevede la somministrazione dei seguenti test:

- *MMSE -Mini-Mental State Examination* (Folstein, 1975): test di screening carta e matita che consente una valutazione del funzionamento cognitivo globale attraverso una serie di subtests che valutano diversi domini cognitivi.
- *Frontal Assessment Battery (FAB)* (Apollonio, 2005): per ottenere misure cognitive e comportamentali utili ad una valutazione di screening del funzionamento dei lobi frontali.
- *Test delle 15 Parole di Rey* (Carlesimo, 1996): per la valutazione della memoria a breve e a lungo

termine di tipo verbale di materiale semanticamente non strutturato.

- *Digit Span forwards* (Spinnler & Tognoni, 1987): per la valutazione della memoria a breve termine di tipo verbale (numeri).
- *Digit Span Backwards* (Spinnler & Tognoni, 1987): per la valutazione della memoria di lavoro.
- *Test di Memoria di Prosa* (Carlesimo, 1996): per la valutazione della memoria a breve e a lungo termine di materiale semanticamente organizzato.
- *Test delle matrici attentive* (Spinnler & Tognoni, 1987): test carta e matita per la valutazione dell'attenzione selettiva visiva.
- *Trail Making Test (TMT)* (Giovagnoli, 1996): per la valutazione dell'attenzione divisa e l'abilità di alternare il setting concettuale.
- *Disegno dell'orologio* (Mondini et al, 2003): per valutare abilità costruttive e capacità di pianificazione spaziale.
- *Test di Fluenza verbale per accesso fonemico e semantico* (Spinnler & Tognoni, 1987): per esaminare le capacità di accesso lessicale per via fonologica e semantica.

Nell'ambito dell'assessment psicodiagnostico si prevede la somministrazione dei seguenti test:

- *SCL-90* (Derogatis, 2011): è un questionario autosomministrato composto da 90 item che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Si tratta di un valido strumento utilizzabile nello screening psicodiagnostico iniziale ma anche in sede di follow-up per rilevare il cambiamento del paziente, documentare e valutare gli esiti di trat-



tamento (psicoterapia e farmacoterapia) e le tendenze di risposta. Valuta 9 dimensioni sintomatologiche primarie.

- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberg 1983). Lo STAI-Y (di cui la forma "Y" è la più recente) si compone di due sottoscale (Ansia di stato e Ansia di tratto) ognuna con 20 item su scala Likert.
- *Beck Depression Inventory-II* (BDI II; Beck et al, 1996). È un questionario sviluppato come indicatore della presenza e dell'intensità dei sintomi depressivi. Si compone di 21 item su scala Likert che valutano su due fattori:
 1. somatico-affettivo
 2. cognitivo
- *Brief COPE* (Carver, 1997). Strumento composto di 14 scale per un totale di 28 item, è la forma ridotta della scala COPE (Carver et al, 1989), la quale era costituita da 60 item. Si tratta di un questionario self-report progettato per misurare modi efficaci e inefficaci per far fronte a un evento di vita stressante, quale è nel nostro caso la diagnosi di cancro. Il concetto di strategia di adattamento, o coping, è stato proposto dalla psicologia cognitiva anglosassone e indica l'insieme delle strategie che ciascuno sviluppa per gestire o diminuire l'impatto di un evento minaccioso per il proprio benessere fisico e/o psichico (Holland et al, 2002). La scala, dunque, può aiutare a determinare gli stili di coping primari quali il coping evitante e l'Approach Coping (coping attivo).
- *Psychological Distress Inventory-PDI* (Morasso et al, 1996): Il PDI è uno strumento composto che si propone di misurare l'impatto della malattia e delle terapie in termini di distress psicologico. La scala è costituita da 13 domande, le cui risposte utilizzano una scala tipo Likert di cinque punti per la valutazione dell'intensità del distress.
- Nella fase di assessment, vengono coinvolti anche i caregiver, i quali aiutano lo psicologo ad avere quante più informazioni possibili circa il quadro anamnestico del paziente e le eventuali difficoltà, fisiche ed emotive, che magari il paziente ha ommesso nel colloquio. Si procede, inoltre, con la somministrazione ai caregiver di alcuni strumenti quali:
 - *Activities of Daily Living* (ADL) di Katz et al (1969) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) di Lawton e Brody (1989) per valutare le autonomie personali e sociali.
 - *Caregiver Burden Inventory* (CBI) (Novak & Guest, 1989) è uno strumento di valutazione del carico assistenziale elaborato per i caregiver, in grado di analizzarne l'aspetto multidimensionale. Si tratta di un questionario a risposta multipla da somministrare al caregiver principale, ossia il familiare che maggiormente sostiene il carico dell'assistenza al malato, al quale è richiesto di rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale. Le domande considerano cinque diverse dimensioni del carico assistenziale quali il carico oggettivo, il carico evolutivo, il carico fisico e socio-emozionale.

Il supporto psicologico prevede un percorso di 10 incontri a cadenza settimanale, eventualmente rinnovabile.

Gli incontri sono incentrati su:

- sostegno psicologico per il contenimento di emozioni come l'ansia, la rabbia e la depressione;
- psicoeducazione emotiva e tecniche di gestione delle emozioni negative;
- tecniche per lo sviluppo di strategie di coping più funzionali per un migliore adattamento alla malattia;

- ristrutturazione di pensieri disfunzionali per una migliore accettazione della malattia nella propria vita.

In generale si aiutano i pazienti ad accettare la realtà e compiere azioni in linea con i propri valori, piuttosto che continuare ad impegnare la propria esistenza in strategie di evitamento della sofferenza (Mathew et al, 2020), ispirandosi agli assunti dell'ACT, Acceptance and Commitment Therapy.

Il messaggio di tale approccio è accettare ciò che è fuori dal controllo personale ed impegnarsi nel perseguire azioni che arricchiscono la propria vita. Lo scopo è quello di aiutare a creare una vita ricca, piena e significativa mentre si accetta il dolore che la vita inevitabilmente porta (Harris, 2016).

Attraverso il sostegno psicologico, l'apprendimento di strategie di coping e di adattamento più funzionali e il supporto familiare e sociale, è possibile accompagnare il paziente oncologico verso la fase di riorientamento e di maggiore accettazione della propria condizione.

La ristrutturazione dei suoi schemi cognitivi e di conseguenza delle sue emozioni, avrà valore se condurrà il paziente a concentrarsi non più su quello che ha perduto, ma su quello che ancora possiede e può fare per continuare a vivere la propria vita nel modo più sereno possibile.

I CASI: PENELOPE, ALICE, EMMA

Nel nostro ambulatorio abbiamo conosciuto diversi pazienti, ognuno con la propria storia di vita e di malattia che giornalmente affrontano da eroi la loro condizione. Tra questi abbiamo deciso di raccontare le storie di tre pazienti donne che ci hanno particolarmente colpite per la loro forza, il loro coraggio e la dedizione verso la loro preziosa vita. Quella vita colpita dal cancro che, come un oggetto di ceramica, si frantuma in cocci; il cancro, elemento di rottura, che lascia ferite profonde e destrutturanti nel fluire della propria esistenza. Perché così accade.

E l'esperienza della loro malattia oncologica è proprio LA ROTTURA del sé, del proprio corpo, del presente, del passato e del futuro, che comporta modificazioni sul piano organico, cognitivo e psichico.

PENELOPE

La signora P., di anni 52, è affetta da tumore cerebrale di tipo benigno, già sottoposta a due interventi chirurgici con deficit neurologici residui quali atassia della marcia, deficit dei nervi misti, deficit visivo in o.s. e strabismo con bendaggio occlusivo, difficoltà di masticazione e deglutizione, ipomobilità dell'emivolto da deficit del VII nervo cranico sx.

Dopo le valutazioni effettuate dall'équipe si è redatto il Piano Riabilitativo Individualizzato ambulatoriale che ha previsto cicli di fisioterapia con attività di rilassamento attraverso esercizi attivo-aiutati e attività di rieducazione facciale, ciclo di logopedia per riabilitazione dei nervi cranici, della voce e della deglutizione, e un percorso di sostegno psicologico.

La valutazione neuropsicologica ha evidenziato un adeguato funzionamento cognitivo con lentezza nei processi ideo-motori, non rilevando la necessità di riabilitazione di tipo neurocognitivo. Dai colloqui con la psicologa e dalla valutazione psicodiagnostica sono emersi un elevato disagio psicologico caratterizzato prevalentemente da aspetti depressivi, in particolare senso di inutilità, percezione di essere un peso per la propria famiglia, abulia e anedonia, inadeguatezza rispetto all'immagine del proprio corpo.

La paziente ha accolto la proposta di sostegno psicologico con obiettivi concordati:

- maggiore accettazione di sé e della propria condizione disabilitante;
- assunzione di un atteggiamento non giudicante dei propri vissuti emotivi;
- ristrutturazione di pensieri disfunzionali;



- individuazione di valori e scopi rilevanti per la paziente;
- miglioramento qualità di vita.

Si è lavorato prima in una analisi, e poi in una ristrutturazione cognitiva di credenze relative al concetto di fallimento e di debolezza come donna e madre sola poiché separata; poi sui meccanismi di evitamento di emozioni come la tristezza e la rabbia, spesso vissute come esperienze negative e quindi inaccettabili in quanto lontane dal proprio modo di essere e di vivere la vita. Il percorso ha supportato la paziente nell'individuazione e nell'accettazione non giudicante dei propri vissuti emotivi, riconoscendosi il diritto di provare determinate emozioni. Un altro obiettivo è stato quello di promuovere nella sig.ra P. maggiore consapevolezza rispetto agli stati d'animo dei suoi famigliari nell'affrontare con lei l'iter della malattia: le difficoltà psico-fisiche insorte in seguito al tumore, infatti, avevano portato P. a perdere di vista la sofferenza e il carico emotivo che i suoi familiari stanno sperimentando assieme a lei.

Rifacendosi ai principi dell'ACT Acceptance Commitment Therapy, è stata guidata nell'individuazione di scopi e valori rilevanti e realizzabili, valorizzando le sue risorse attuali, come:

- la possibilità di prendersi maggiormente cura di se stessa;
- sentirsi una persona utile e produttiva;
- continuare a percepirsi come una madre sempre presente nella cura dei propri figli.

Nonostante le disabilità che la malattia le comporta, Penelope ha raggiunto una maggiore proattività nella cura di sé e nella gestione di piccole attività di vita quotidiana (come preparare lei la colazione per i figli). Attraverso l'investimento di risorse cognitive nella cura della propria immagine, la paziente ha riportato conseguenze positive

anche in termini di compliance relativa alle cure mediche a cui si sottopone. Aver conquistato maggiore fiducia in sé stessa, inoltre, ha portato P. ad una forte motivazione nel rimettersi in gioco per un nuovo lavoro.

Si è deciso di sospendere il supporto psicologico poiché a breve sarà sottoposta a nuovo intervento, concordando di rivedersi tra qualche mese, anche per una rivalutazione del caso.

ALICE

La sig.ra Alice, di anni 52, è giunta alla ns. osservazione per una diagnosi di mastectomia radicale sx per carcinoma mammario, a cui ha fatto seguito chemioterapia e ormonoterapia. Dall'anamnesi si è rilevato che, nonostante le terapie, nei controlli successivi sono emersi secondarismi ossei e lesione del clivus per le quali è stata sottoposta ad altri cicli di chemioterapia, valutando l'opportunità di un ricovero presso l'Hospice. La paz, nel corso dei mesi, perdeva notevolmente peso a causa della disfagia e della nausea comportando un peggioramento del quadro clinico generale. È seguito, quindi, un trattamento di radioterapia stereotassica palliativa, con inaspettata remissione parziale delle neoformazioni, pur permanendo la necessità di terapia palliativa per il dolore "oncologico". Alla luce di tali inaspettati miglioramenti, Alice ha ripreso peso ed è tornata ad una vita quasi normale.

Giunge al nostro ambulatorio, su invio del medico oncologo: la paziente riporta strabismo convergente in os, diplopia, ipofonia, deficit stenico generalizzato AAll, linfedema e algie a mobilitazione coxo-femorale.

Dalla valutazione neuropsicologica si evince un funzionamento cognitivo adeguato con delle lievi criticità a livello della memoria a breve termine di tipo verbale; non si è ritenuto necessario un training neurocognitivo. Dalla valutazione psicodiagnostica non emergono dati clinicamente significativi.



Il Piano Riabilitativo Individuale ambulatoriale ha previsto cicli di fisioterapia per trattamento edema e attività di propriocezione e rieducazione neuromotoria a livello facciale e del collo e ciclo di logopedia per riabilitazione dei nervi cranici, della voce e della deglutizione.

Sono stati proposti alla paziente alcuni colloqui psicologici di approfondimento, con lo scopo di sottolineare le capacità di adattamento funzionale e le strategie di coping attivo adottate. Nonostante le cure ancora invasive a cui A. si è sottoposta e gli effetti debilitanti delle stesse, la sig.ra ha raccontato di riuscire a dedicarsi a piccole attività domestiche che l'hanno aiutata a sentirsi nuovamente **protagonista** attiva della sua vita. Anche sul piano relazionale, inoltre, Alice ha riportato maggiore interesse e piacere nello stare con gli altri, supportata dal suo compagno, figura affettiva di riferimento, presente in ogni momento del suo percorso di cura, dalla sua famiglia di origine e dai due figli che vivono con lei.

Tale atteggiamento resiliente e proattivo ha portato A. a sviluppare il forte desiderio di riprendere in mano il proprio corpo e la propria immagine in quanto ella percepiva sé stessa come "schiava" della malattia e di tutti i cambiamenti conseguenti. Nell'ultimo periodo, invece, si è fatta sempre più strada la voglia di ritornare a prendersi cura di sé e apprezzarsi maggiormente, anche attraverso una maggiore attenzione nell'alimentazione. Hanno prevalso, quindi, la voglia di investire su una progettualità futura e di migliorarsi ogni giorno di più, raggiungendo a piccoli passi sempre nuovi obiettivi.

Considerando, dunque, la rete sociale solida e supportiva della sig.ra A e i punti di forza nel funzionamento psichico, l'équipe non ha ritenuto necessario proporre un percorso di sostegno psicologico nell'immediato, seppur disponibili ad avviarlo in futuro, se necessario.

La presa in carico è stata condivisa in itinere con il medico palliativista con incontri di riflessione e verifica del programma individuato.



EMMA

Emma, di anni 32, è arrivata al nostro ambulatorio per sofferenza neurogena femorale destra, esito da intervento per tumore ovarico. La paziente è stata informata dell'asportazione totale dell'apparato riproduttore (utero ed ovaie) ad intervento concluso, in quanto dalle refertazioni precedenti non apparivano metastasi in altri distretti, poi verificate in luogo dell'intervento. È giunta al ns Servizio su invio del medico curante. Dopo pochi mesi dalla presa in carico ha iniziato cicli di chemio, ancora in corso e che dureranno per circa due anni.

Dopo le valutazioni effettuate dall'équipe si è redatto il Piano Riabilitativo Individualizzato che ha previsto cicli di riabilitazione fisioterapica basata su facilitazioni neurocinetiche progressive, esercizi propriocettivi, recupero dell'equilibrio e della deambulazione autonoma e un percorso di sostegno psicologico. Durante la chemioterapia, tutta l'équipe ha mostrato capacità di adattamento e flessibilità nello spostare gli appuntamenti o nel trasformare i trattamenti da ambulatoriali a domiciliari e viceversa, garantendo la continuità terapeutica.

Non si è ritenuta necessaria la valutazione neuropsicologica, mentre dai colloqui con la psicologa e dalla valutazione psicodiagnostica sono emersi un elevato distress psicologico caratterizzato prevalentemente da aspetti depressivi, legati al lutto della perdita della propria capacità procreativa, della incertezza della prognosi e della difficoltà seppur temporanea nella deambulazione.

La paziente ha accolto la proposta di sostegno psicologico con obiettivi concordati quali:

- superamento della fase di shock per la diagnosi ricevuta e per gli effetti permanenti dell'intervento sul proprio corpo;
- recupero della propria immagine corporea e della propria autonomia, attraverso anche la riabilitazione dell'arto lesa;

- setting vissuto come spazio di ascolto dei suoi disagi sugli effetti della chemioterapia;
- ristrutturazione di pensieri ed emozioni disfunzionali;
- possibilità di una progettualità di vita futura anche attraverso il riflettere sul significato di "maternità" in un'accezione più ampia.

Emma si è mostrata da subito disponibile a parlare dei suoi stati emotivi caratterizzati da ansia, paura di morire, e dal senso di smarrimento legato alla perdita di una parte del proprio corpo che rappresenta tre grandi temi della vita di una donna, quali la femminilità, la maternità e la sessualità.

Allo shock iniziale legato alla diagnosi e alle difficoltà deambulatorie pian piano migliorate, si è potuto dare spazio all'accoglienza della sua sofferenza, legata alla cancellazione di una parte del corpo che rappresenta la **femminilità** in tutte le sue accezioni (materna, erotica, simbolica) e alla percezione di sé come donna non più capace di procreare e quindi con meno valore.

Il percorso ha mirato ad una ridefinizione dell'accettazione del proprio corpo, oramai infecundo, che determina nella paziente la lettura delle proprie esperienze in valutazioni di sé negative. Attraverso la messa a fuoco dei propri pensieri e degli stati emotivi connessi, si è incentrato il lavoro sulla consapevolezza di quei pensieri disfunzionali per poi sviluppare modalità alternative e ricostruttive rispetto alla maternità riletta in un senso più ampio ovvero in altre forme o possibilità.

Sentirsi fertile attraverso la scrittura, il dipingere, e il rimandare la propria genitorialità nella possibilità di un'adozione futura, ha permesso ad Emma di entrare in contatto nuovamente con se stessa in maniera più compassionevole, permettendole di ripensare ai progetti interrotti, quali la convivenza e l'acquisto di una casa.

Anche la sessualità è stata riconsiderata possibile, riflettendo sull'importanza di condividere con il proprio partner le paure e le ansie relative ad essa.

Durante i colloqui la paz. riferiva, inoltre, episodi di ansia collegati ad immagini di morte e a pensieri disturbanti, aumentati dal ricordo dell'esperienza vissuta già con la madre, anch'ella paziente oncologica, e in concomitanza della perdita, per la stessa patologia, di una sua amica di infanzia. Attraverso il diario degli episodi ansiogeni si è lavorato alla individuazione dei triggers che portavano alla spirale dell'ansia e alla scoperta di percorsi alternativi per ridefinire i pensieri e controllare le emozioni.

Oggi Emma è ancora in lotta contro le sue paure, ma riesce a intravedere un futuro insieme al suo compagno, ulteriore supporto oltre alla sua famiglia di origine e alle diverse amicizie che arricchiscono la sua quotidianità. Vende on line i suoi dipinti, ha comprato casa, intende riprendere gli studi universitari interrotti dalla malattia della madre.

Il percorso di sostegno psicologico si è diradato visti i miglioramenti delle sue condizioni psico-fisiche, così come l'intervento riabilitativo, in quanto Emma è in grado di deambulare senza ausili e riesce ad effettuare percorsi più lunghi in autonomia.

CONCLUSIONI

"Esistono elementi permanenti nel tempo che fanno di ciascun essere umano un individuo unico e irripetibile ovvero il temperamento ed il carattere che si formano a strati sulla base di predisposizioni genetiche e sociali, sull'effetto che hanno avuto i primi contatti con il mondo, sulle relazioni ed esperienze coscienti. Queste caratteristiche seppur permanenti si scontrano col tempo e con gli eventi della vita e portano l'individuo a sviluppare scelte del tutto nuove e inaspettate (Arciero,2006)".

Così come ognuno di noi è unico e irripetibile, così l'esperienza della malattia è unica e a sé stante. Essa può portare allo sviluppo di una resilienza del tutto personale, che comporta il rinsaldarsi dopo essersi frantumati, come succede nel **KIN-**

TSUGI l'arte di saldare con l'oro i frammenti di un oggetto rotto, pratica che fa dell'imperfezione e delle ferite un diverso intreccio di linee dorate unico ed irripetibile per via della causalità della frantumazione, e che può far nascere una forma ancora maggiore di perfezione estetica e interiore. Come accade per Emma, Penelope e Alice.

La metafora del Kintsugi è appropriata se pensiamo al lavoro difficile e spesso poco praticabile di riassembleare una vita spezzata, un percorso di cura che si interfaccia con servizi e professionisti diversi e con linguaggi diversi.

Questa esperienza rappresenta una riflessione sul lavoro svolto e sul lavoro da svolgere nel territorio, sullo sforzo giornaliero nel mettersi in gioco di tutti noi operatori coinvolti, attraverso lo scambio e il contatto, non sempre facile, tra di noi e con i colleghi delle altre realtà di cura.

L'unica certezza che abbiamo è l'importanza di aiutare, sostenere e supportare i pazienti oncologici nel collegare i pezzi e di provare a farlo, nonostante tutto.

RINGRAZIAMENTI

Doveroso è ringraziare la Dr.ssa Rosella Squicciarini, Direttrice del DSS 3 Bitonto-Palo del Colle, la quale con l'acquisizione di personale e supporto logistico ci permette di continuare a investire sul nostro lavoro e a promuovere quell'umanizzazione delle cure da sempre ricercata.

La Dr.ssa Daniela Minerva, neurologa del ns ambulatorio, supporto inestimabile al nostro lavoro, il Dr. Fusaro medico palliativista che con le sue riflessioni ci "allarga gli orizzonti", tutta l'équipe del Servizio di Riabilitazione, in particolare si ringraziano le fisioterapiste dott.sse Beatrice Illuzzi e Stefania Festa e la logopedista dott.ssa Debora Auricchio che con professionalità e spirito di dedizione hanno accompagnato le pazienti nel percorso riabilitativo.

Un ringraziamento speciale è da rivolgere ai pazienti tutti, che ci permettono di conoscere la loro intimità tanto da condividere una parte della loro



preziosa vita e ci danno l'opportunità, soprattutto, di arricchirci dal punto di vista umano e professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Apollonio, I., Leone, M., Isella, V., Piamarta, F., Consoli, T., Villa, M.L., Forapani, E., Russo, A., & Nichelli, P. (2005). The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample. In *Neurological Sciences*, 26, 108-116.
- Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bellani, M., Morasso, G., Orrù, W., Amadori, D., Grassi, L., Casali, P., & Bruzzi, P. (2002). *Psiconcologia*. Milano: Elsevier-Masson.
- Bellani, M., Morasso, G., Orrù, W., Amadori, D., Grassi, L., Casali, P., & Bruzzi, P. (2002). *Psiconcologia*. Milano: Elsevier-Masson.
- Carlesimo, G.A., Caltagirone, C., Gainotti, G., Fodda, L., Gallasso, R., Lorusso, S., & Parnetti, G. (1996). The Mental deterioration battery: normative data, diagnostic reliability and qualitative analysis of cognitive impairment. The Group for the Standardization of The Mental Deterioration Battery. In *European Neurology*, 36, 378-384.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. P., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Mof-fat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. In *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Cullen, J., Fox, B., & Isom, R. (1977). *Cancer: the behavioral dimensions*. New York: Raven Press.
- De Fur P.L., Evans G.W., Ecohen Hubal E.A., Kyle A.D., Morello-Frosch R.A., Williams D.R. (2007). Vulnerability as a function of individual and group resource in cumulative risk assessment. In *Environmental Health Perspectives*, 115(51), 817-24.
- Derogatis, L. (2011). *Manuale di somministrazione e scoring. Adattamento italiano di SCL-90-R (I.*

- Sarno, E. Preti, A. Prunas, & F. Madeddu, a cura di). Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Psiconcologia (2008). *Libro Bianco sulla Riabilitazione Oncologica*.
 - Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. In *Social Science & Medicine*, 18, 889–898.
 - Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer-Base No.10. In *International Agency for Research On Cancer*. France: Lyon.
 - Folstein, M.F., Folstein, S. E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini Mental State" - A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. In *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
 - 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. In *Italian Journal of Neurological Science*, 4, 305-309.
 - Grassi, L., Biondi, M., & Costantini, A. (2004). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
 - Harris, R. (2016). *Fare ACT: Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli editore.
 - Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. In *Psychology Faculty Publications*, 101, 1-31.
 - Holland, J.C. (2002) History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. In *Psychosomatic Medicine*, 64:206-221.
 - Holland, J.C. (2003). Psychological Care of Patients. Psycho-Oncology's Contribution. In *Journal of Clinical Oncology*, 21, 253s-265s.
 - Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. Berlino: Springer.
 - Magni, E., Binetti, G., Bianchetti, A., Rozzini, R., & Trabucchi, M. (1996). Mini-Mental State Examination: a normative study in Italian elderly population. In *European Journal of Neurology*, 3 (3), 198-202.
 - Mathew A., Doorenbos A.Z., Jang M.K., & Herzhberger P.E. (2020). Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. In *Journal of Cancer Survivorship*.
 - Molina, J., Yi, J.C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K.W., Yi-Frazier, J.P., & Rosenberg, A.B. (2014). Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives. In *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (1), 93-101.
 - Mondini, S., Mapelli, D., & Arcara, G. (2009). *La valutazione neuropsicologica*. Roma: Carocci
 - Mondini, S., Mapelli, D., Vestri, A., Arcara, G., & Bisiacchi, P.S. (2015). *Esame Neuropsicologico Breve 2*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G., Borreani, C., & Capelli, M. (1996). Assessing Psychological Distress in Cancer Patients: Validation of a Self-Administered Questionnaire. In *Oncology*, 53, 295-302.
 - Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. In *The Gerontologist*, 29 (6), 798-803.
 - SIPO (2011). Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona prassi in psico-oncologia. In *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, Vol. 13, N.2, 61-108.
 - Spielberger, C.D. (1996). *Anxiety and behaviour*. New York: Academic Press.
 - Spinnler, H. & Tognoni, G. (1987). Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici. In *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 8,1-120.
 - Spoletini, I., Caltagirone, C., Ceci, M., Gianni, W., & Spalletta, G. (2010). Management of pain in cancer patients with depression and cognitive deterioration. In *Surgical Oncology*, 19, 160-166.
 - Wilson, B.A. (2000). Compensating for cognitive deficits following brain injury. In *Neuropsychology Review*, 10,233-43.
 - Zucchella, D., Pace, A., Pierelli, F., & Bartolo, M. (2012). Cognitive rehabilitation in neuro-oncological patients: three case reports In *Clinical Management Issues*, 6(2), 66-73.



DARE VOCE ALL'INDICIBILE L'USO DELLA VOCE NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

RIASSUNTO

La voce è un mezzo centrale per la comunicazione, usata sin da subito dal neonato come mezzo di richiamo per i suoi bisogni di attenzione e rassicurazione. In tutto l'arco della terapia è implicito il nostro compito come terapeuti di dare voce al non detto del paziente, alla sua sofferenza che talvolta non trova parole per essere espressa. Sintonizzarsi con il paziente e dar voce al suo malessere, usando un linguaggio meno tecnico e più evocativo di esperienze antiche che rispondano ai suoi bisogni primari. La voce del terapeuta diviene un'onda che prende e porta lungo un viaggio di recupero di esperienze basilari non pienamente vissute. Per il paziente deve essere anche quel cordone sonoro ritrovato a partire dal tono, dalla vibrazione della voce. Abbandonandosi ad una esperienza regressiva il terapeuta lo conduce in un cammino a ritroso, al di fuori del tempo, ritrovando i vissuti anteriori al malessere. La terapia diventa la possibilità di trovare un'oasi propizia dove quella voce di supporto, di

interesse, di contenimento di protezione, di incoraggiamento che non era arrivata producendo una sorta di perdita di un'intimità originaria viene lenita dalla comprensione empatica del terapeuta, e attraverso questa stessa empatia, gli viene offerto qualcosa che riproduce quell'originario nutrimento vitale.

PAROLE CHIAVE

Esperienze basilari del Sé. Dare voce al dolore. Terapia ricostruttiva. Memoria corporea. Cordone sonoro. Linguaggio evocativo

DARE VOCE AL SILENZIO E AL DOLORE

La voce è un mezzo centrale per la comunicazione, usata sin da subito dal neonato come mezzo di richiamo per i suoi bisogni di attenzione e rassicurazione. In tutto l'arco della terapia è implicito il nostro compito come terapeuti di *dare voce* al non detto del paziente, alla sua sofferenza che talvolta non trova parole per essere espressa. La terapia deve essere il recupero di una possi-

Rosa Iannone

Psicologa-Psicoterapeuta

Ente affiliazione Scuola Europea

Psicoterapia Funzionale SEF

Docente di Psicoterapia Scuola Europea

di Psicoterapia Funzionale SEF.

Responsabile allievi e laboratori

Scuola Europea di Psicoterapia

Funzionale SEF di Napoli

bilità di ristoro, di emotional refueling, come la definisce Margaret Mahler, e che si può ottenere solo andando oltre le "ceneri", e l'angoscia che ha portato il paziente fino a noi. Il ristoro è subito l'esperienza di depositare, di non fare, anche di non dire ma essere compreso. Spetta a noi, terapeuti, andare oltre il "muto" del paziente, nell'immenso impero delle sue ombre e fargli ripercorrere quelle tappe in cui come dice Gustav Mahler "spazio e tempo non hanno ancora distrutto le cose".

Dobbiamo prenderlo per mano e compiere un cammino a ritroso, al di fuori del tempo, ritrovando i vissuti anteriori alla comparsa del suo malessere. È un'esperienza di beatitudine ritornare ai momenti antecedenti dei punti in cui qualcosa si è incrinato, rotto, i momenti più propizi dell'infanzia di quella persona. Nella terapia Funzionale ci sono tecniche ricostruttive specifiche di ogni esperienza basilare non vissuta pienamente. Molto spesso il paziente arriva in terapia con sensazioni e vissuti di non essere stato visto e di non aver ricevuto attenzione, comprensione, guida o protezione (esperienze ferite nell'infanzia) e si presenta alla stanza di terapia con la percezione di sentirsi inconsistente nell'affrontare il suo disagio e talvolta con la sensazione di non avere voce.

La prima, taciuta o sommessa, richiesta del paziente è affidare la propria voce al terapeuta, una alleanza implicita che il terapeuta deve accettare. Questi conduce il paziente, in un viaggio di due pellegrini, un viaggio che arricchisce entrambi lungo un percorso di dolore narrato o omesso, lungo nuovi binari di attenzione e di amore. Egli diventa da un lato guida, genitore, mentore dall'altro egli stesso discepolo, allievo di una nuova storia a cui *dare voce* permettendo al paziente di recuperare esperienze fondamentali all'esistenza, quelle che il prof. L. Rispoli (fondatore del Neo Funzionalismo) ha osservato e definito Esperienze basilari del Sé, ebs, esperienze che permettono di soddisfare i bisogni primari e che danno al bambino la possibilità di sviluppare le

capacità primarie che già possiede alla nascita e che può mantenere integre (riferimento alla corrente psicologica del Neo Funzionalismo).

La narrazione del paziente è talvolta sussurrata, altre urlata, altre chiusa in gola, a tratti scossa da una sofferenza o da una ribellione al dolore, espressività che non sempre giace nei ricordi cognitivi ma riaffiora dal corpo del paziente, sede di memorie periferiche. Ad esempio, una modalità di respirazione che si estrinseca cronicamente a livello toracico oppure sempre sottile, ferma, silente ci parla di paura e mancanza di protezione esperita nei primi anni di vita, ci *dice* che quando nell'infanzia si è stati esposti a condizioni non tranquillizzanti sarà poi difficile da adulti ritrovare la calma o la capacità di vivere senza ansia. Ma quando tutto sembra perduto quell'adulto approda ad una psicoterapia può riattraversare quelle particolari esperienze non soddisfatte in età evolutive proprio a partire da una *nuova voce*, quella del terapeuta e della terapia, che ripulisce tracce antiche di dolore.

PRENDERSI CURA: ACCOGLIERE E CONTENERE

Non si tratta per il terapeuta di mettere in atto antenne sensitive né di avere protocolli di interpretazione preconfezionate ma di avere un modello teorico di riferimento che gli consenta di sintonizzarsi con il suo pellegrino paziente. Fondamentale per lo sviluppo dell'alleanza terapeutica con il paziente che egli sperimenti in tempi brevi quelle esperienze primarie collegate a bisogni fondamentali dell'essere umano di essere accolto, visto, ascoltato, deve sentire che il terapeuta accoglie il suo dolore, il suo fardello, quello meno esplicito di cui egli stesso, quasi sempre, non ha coscienza. Esperire senso pieno di fiducia e di affidamento gli permetteranno di entrare nel viaggio terapeutico. L'occhio del terapeuta non deve essere scrutatore o predatore della storia del suo paziente, dei suoi eventi indicibili; costui non deve essere messo sul banco degli imputati o interrogato, né deve essere scrutato con avida curiosità per l'ansia stessa



del terapeuta di rintracciare le basi su cui fondare il suo aiuto.

Un tale atteggiamento diventerebbe lesivo per quell'individuo che non ha usufruito di sufficiente accoglienza nella sua infanzia o che addirittura ha vissuto giudizi, critiche, severità e che ha dovuto faticare per guadagnarsi un tozzo di attenzione, e conserva ancora dentro voci di critica, accusa, rimprovero.

L'osservazione, la valutazione iniziali che seppur fondamentali per la comprensione piena di *quell'individuo* portatore di *quella storia*, fondamentale per poter formulare un progetto di terapia, deve diventare *sguardo e voce accogliente del*

terapeuta. Il dialogo con il paziente è denso di significati intrinseci di cui il terapeuta deve essere responsabile. L'idea della neutralità del terapeuta è assunta ormai come superata, egli è parte del campo e lo influenza. Affermare la neutralità del terapeuta aumenta il rischio che si possa giustificare qualsiasi atteggiamento e qualsiasi intervento, che al terapeuta possa essere consentito di agire con autorità o persuasione sfruttando il suo ruolo up nella relazione. Il paradosso della relazione terapeutica vede il terapeuta vivere e contemporaneamente osservare la relazione stessa.

La psicoterapia è un'esperienza relazionale in

cui si incontrano, in uno spazio, il setting, due persone, cioè due sistemi complessi. Da questo incontro e dai Sé dei due partecipanti, terapeuta e paziente, si sviluppa una co-costruzione di una realtà prima non esistente. Pertanto, non solo deve avere un progetto terapeutico chiaro da sviluppare ma deve avere la responsabilità del suo agire e della sua presenza nella relazione. Quindi deve porre attenzione alle sue emozioni. Nel modello Funzionale l'uso delle emozioni nella relazione con l'altra persona è importantissima e parte dalla conoscenza dei propri Funzionamenti così che le emozioni del terapeuta sono a servizio della relazione, vengono utilizzate e rese produttive perché non enunciate con superficialità. Le emozioni del terapeuta diventano uno strumento. Il modello teorico del Neo Funzionalismo, che chi scrive segue, permette al terapeuta di utilizzare il suo Sé come Sé ausiliario del paziente, in pratica l'utilizzo di tutti i piani di funzionamento del Sé del terapeuta permette a quest'ultimo la possibilità di captare e collegarsi al vissuto del paziente in maniera molto più efficace rispetto ad un modello orizzontale, si tratta infatti di un modello di tipo multidimensionale e circolare con inter influenza reciproca e cicli di feedback continui.

Ovviamente si tratta di un ingresso espresso delle emozioni all'interno del processo terapeutico in maniera differente rispetto alle diverse fasi della terapia. In una prima fase della terapia c'è la deresponsabilizzazione del paziente, quindi, il terapeuta deve essere in grado di poter *tenere* il paziente attraverso quello che lui sente, al sentire e percepire del terapeuta è affidato il paziente al di là di come lui si può presentare; deve poter assumere la voce del paziente, quella voce anche silente che il paziente ha affidato a noi. Questo implica come noi siamo i *genitori del processo terapeutico* all'inizio come di un bambino piccolo, quel bambino che avrà subito carenze nelle sue esperienze basilari e a cui noi in quel momento, in quella fase abbiamo la responsabilità di porre riparo fino ad arrivare alla fase finale della terapia

dove possiamo anche esprimere più direttamente una nostra emozione. Ma soprattutto durante le prime fasi è il terapeuta che deve essere voce dell'indicibile del paziente, quell'*indicibile* non nel senso di terribile, tremendo ma nel senso di in-traducibile per il paziente, di indescrivibile che diventa descrivibile perché compreso nelle sue radici profonde.

LA MODULARITÀ DELLA VOCE DEL TERAPEUTA COME ANTICO DIALOGO SONORO

Nell'importanza della comunicazione non verbale la voce del terapeuta deve diventare come un'ondata che "prende e porta", come il canto delle sirene di Ulisse...ammaliante ma protettivo.

Studi sul feto hanno individuato una particolare modalità di parlare al feto e al neonato a cui è stato attribuito un nome il motherese o mamese, una modalità cantilenante in cui in maniera non consapevole il ritmo è rallentato, le pause sono maggiori, le ripetizioni e le sottolineature maggiori (quelle che la psicoterapia Funzionale chiama ridondanze), il tono è morbido e dolce. Il contenuto è veicolato da una sorta di melodia, un linguaggio di tipo musicale. Si può ipotizzare anche che un certo tipo di musica rimandi al parlare materno. Tali ricerche sul feto non sono ancora esaustive, però si sa che per il feto suoni interni e suoni esterni creano un ricco sfondo sonoro in cui cresce e la voce materna si colloca a metà tra un suono interno ed uno esterno, esogeno ed endogeno in quanto la sua voce rimbomba sugli organi interni, si propaga attraverso di essi e in particolare del diaframma. Il liquido amniotico filtra i suoni e li trasforma in vibrazione. Attraverso le voci si stabilisce un primordiale rapporto con l'esterno.

Questo contatto musicale è fondamentale già per il feto tale che l'utilizzo del *cordone ombelicale sonoro* per i nati prematuri permette loro di prendere più rapidamente, fino all'abbozzo di sorrisi, fino alla distensione degli arti e ad un sonno più tranquillo peso, si potrebbe definire una forma di contenimento e contatto complementare o alter-



nativo. Per il neonato è voce anche il battito cardiaco, il respiro, i rumori peristaltici delle figure di accudimento. Il ritmo e la modulazione, il tono della voce sono i trasduttori di connotazioni affettive.

La voce è espressività di emozioni, sensazioni, vissuti che sono in un continuo interscambio tra l'esterno e l'interno; essa è anche collegata e mediata dal tono muscolare di base. Il *tono di voce*, infatti, dipende dal tono muscolare degli organi produttori di suono e dal diaframma, essi producono modulazioni che hanno significato emotivo, il tono produce sfumature ma, cosa che lascerà tracce negative, ambigue è che può essere dissonante o contraddittorio rispetto al contenuto del messaggio. Il tono di voce veicola il significato più del significato stesso. Tali affermazioni sull'importanza del tono trovano supporto in espressioni del tipo "abbassa il tono della voce".

Esiste un *dialogo tonico* distinto da quello sonoro, modalità dialogiche connesse e contemporaneamente distinguibili. Il dialogo tonico è stato descritto da Ajuriaguerra come la primissima forma di comunicazione con il neonato fatto di braccia che tengono e contengono, di protezione, di tenerezza di sguardi e dondoli, di coccole e consolazione, un intenso contatto corporeo fatto di movimenti, massaggi, manipolazioni, abbracci, di battito cardiaco e ritmo del respiro della madre o chi accudisce; il dialogo tonico si basa sulle modificazioni reciproche del tono muscolare dell'uno e dell'altro e che comunicano protezione, nutrimento, sicurezza. Uno scambio di informazioni e conoscenza reciproca: corpi che parlano. Da qui le prime esperienze per cui il bambino può sentire di potersi fidare ed affidare e di conseguenza può lasciare la sua muscolatura, può disattivare e andare in ipotonia.

Interverrà successivamente una forma di *dialogo sonoro*, le lallazioni del piccolo saranno

imitate dagli adulti, si sviluppa una primordiale musicalità in cui il tono permette sintonia. Le sfumature della voce, il suo tono, la sua altezza, il suo volume rimangono come tracce di diverse esperienze che il terapeuta deve ripulire da connotazioni negative perché la persona che porta in terapia, e senza piena consapevolezza la propria storia, una voce che è un'impronta, un'orma del passato.

LE ESPERIENZE DI VITA INFANTILE NELLA VITA E NELLA VOCE ADULTA

La voce del paziente con il suo tono, la sua modulazione è una funzione psicocorporea che come tale esprime l'intero Sé della persona e proprio per questo ha risonanza, eco sull'intero sistema Sé, in pratica non solo la voce può rimanere circuitata su una polarità (ad es troppo bassa o troppo alta) e per questo fare da feedback sulla persona stessa e sul suo contesto, appare chiaro che una *voce ingoiata* esprime e comunica scarsa consistenza e forza, una *voce roca* può segnalare paura.

Il punto cruciale che tale funzione può del tutto essere scollegata da emozioni congruenti proprio perché presente come traccia di ciò che è accaduto ripetutamente nell'infanzia ("stà zitto, sei piccolo, abbassa la voce, non interessa ciò che dici, è sbagliato..."). Talvolta si denota nel paziente una incongruenza tra vissuti percepiti, quali emozioni, sensazioni, stati d'animo e le sue Funzioni, quali il respiro, lo sguardo, la contrazione muscolare, le posture e nello specifico nel tono di voce. In terapia Funzionale l'attenzione è contemporaneamente sulla globalità della persona e sui suoi dettagli. Si può, quindi, assistere ad una *incongruenza* tra voce e altre funzioni, tra il tono di voce e quanto dice il paziente, cioè il suo contenuto. Ad esempio, Lucia, una mia paziente, raccontava di aver preoccupazione per lo stato di salute del suo compagno con un tono di voce privo di flessibilità, quasi asettico. Da altre valutazioni era già emerso come Lucia non aveva empatia, scarseggiava in tenerezza,

aveva una forza priva di tenerezza che si esprimeva con una certa durezza. Nella sua infanzia aveva ricevuto *regole e pane* ma mai nessuno si era lasciato andare a tenerezze, a premure, a commozione; era tabù esprimere emozioni di compassione.

Lucia teneva al suo compagno ma la sua capacità di esprimergli vicinanza era quella di occuparsi di prendergli appuntamenti con i medici e andare in farmacia a comprare farmaci per lui.

La voce: funzione che ritrova la gamma delle sfumature. Lucia era venuta in terapia per conflitti nelle relazioni, senso di aridità affettiva, spunti depressivi. Nella sua storia la freddezza emotiva era dovuta a norme anche culturali ed educative, lei non doveva piangere né arrabbiarsi né avere manifestazioni emotive intense, insomma doveva essere fredda e compassata di fronte a qualsiasi evento. Non riceveva adeguate informazioni su ciò che accadeva, ma lei si accorgeva di movimenti strani in casa e voci sussurrate ma doveva essere forte e non avere paura e non fare domande. Voce che si è chiusa ed ha assunto tonalità asettica e piuttosto roca, afona

LA VOCE E IL LINGUAGGIO DEL TERAPEUTA COME STRUMENTO DI AIUTO

Cosa possiamo cosa non possiamo dire al paziente? Il punto è di cosa ha veramente bisogno quel paziente. Il messaggio che il terapeuta deve rimandare all'altro, già dai primi colloqui, è di presenza, comprensione, calma e capacità di tenerlo. Il terapeuta è e deve diventare il nuovo genitore (genitore buono) pertanto deve aver come proprie capacità, cioè sani Funzionamenti, la calma ma anche la forza e l'assertività, la consistenza, la tenerezza, il saper guidare e portare. La comprensione e la forza vanno insieme, fermare il paziente è una cosa che non facciamo nella prima fase di terapia, nella quale, invece, apprezzeremo, comprenderemo, usando una voce suadente, morbida, dolce e tenera. Poi ci sarà la fase in cui essere fermati da un

buon terapeuta è come essere fermati da un buon genitore, contemporaneamente con forza, consistenza e calma, forza per tenere, per proteggere, contenere e fermare, se necessario e la calma per infondere tranquillità e sicurezza affinché il paziente possa lasciarsi andare alla nostra guida.

Il terapeuta andando alle radici di ciò che non può essere raccontato o meglio al di là del suo narrato, va oltre le difese del paziente perché va a recuperare i punti di rottura della sua trama evolutiva. Andare ai Funzionamenti significa comprendere ciò che è accaduto e non è descrivibile con le parole. Anzi le parole potrebbero diventare scollegate e portarci fuori traccia. Allora operando sull'intero organismo, sull'intero sistema psicocorporeo avremo *messaggi corporei*, che noi potremo tradurre e rendere comprensibili. Ad esempio, Mauro, al tocco sulla sommità della reagisce con rabbia, probabilmente un'antica traccia si rivela a noi: da piccolino sarà stato più volte fermato nella possibilità di esprimersi, gli sarà stato detto: non muoverti, non parlare". Egli durante una tecnica sulla Forza produce una voce piena di rabbia, forse quella voce gli era rimasta chiusa in gola; in un'altra tecnica sul Chiedere scoppia in un pianto disperato ad indicare come le sue richieste non erano state accolte. Inoltre, egli confonde effetti benefici di una respirazione diaframmatica (senso di leggerezza, vibrazioni, sprofondamento) con sintomi sgradevoli proprio per paure incapsulate non protette. Mauro, infatti, ha vissuto un'infanzia in cui non riceveva senso di protezione, non gli venivano spiegate le cose e così rimaneva in una profonda solitudine con domande inesprese.

I pazienti arrivano in terapia con una risonanza interna di voci antiche, le urla di rabbia del padre contro qualcuno, gli strilli di impazienza della madre, l'urlo di paura di genitori che sfogano le loro ansie verso il figlio che sperimenta autonomia, la *voce lamentosa* di chi piange miseria continua-



mente, il tono penoso, sofferente di adulti infelici, la *voce svogliata*, demotivata di un adulto che non risponde alle richieste, quella *languida e viscida* di chi mostra falso, illusorio interesse a quel bambino affamato di attenzione. Le *voci di dentro*, come diceva una commedia di E. De Filippo, che faceva riferimento al senso di colpa, conducono quel piccolino a sentirsi manchevole, non meritevole, colpevole.

Quando si parla dell'essere umano nella sua dimensione soggettiva, si usa spesso un linguaggio evocativo, che non descrive, ma evoca, rimandando ad esperienze vissute già note.

Il *linguaggio evocativo* è quello che usa il poeta, con il fine di comunicare esperienze interiori, mentre la riflessione su di esse è lasciata al lettore.

Il *linguaggio descrittivo*, invece, è quello dello studioso, che si propone di descrivere e rimandare, nel caso del terapeuta, ciò che verosimilmente è avvenuto nella vita infantile di quell'interlocutore/paziente. Tali rimandi sono quelli che il terapeuta può fare dopo una valutazione sui suoi funzionamenti di fondo attuali i cui esiti odierni sono in stretto collegamento con le sue esperienze di base attraversate nell'infanzia all'interno dei suoi contesti di riferimento e con le sue figure di riferimento. La *traduzione* del terapeuta dà voce a collegamenti tra i vissuti, sintomi, disagi, conflittualità attuali e vicende relazionali antiche; talvolta utilizza un linguaggio descrittivo, spesso quello evocativo del poeta.

Il *linguaggio del terapeuta* sarà un linguaggio semplice che scende nella profondità dei vissuti del paziente, che arriva al bambino che deve recuperare e lenire vecchie ferite, un linguaggio ridondante perché non utilizza la consapevolezza come mezzo di cambiamento ma la ripetitività dell'esperienza da sanare; ed è un linguaggio che usa il *noi*, un *pronome di unione* che abolisce la solitudine del paziente; in pratica non esiste separazione in quel campo affettivo, si pone una sottolineatura e una accentuazione della relazione, i

due componenti non sono l'uno di fronte all'altro in un io e tu, sono collegati, sono insieme. Questo implica anche che *ogni relazione terapeutica è unica* perché viene abolito perché non esiste più un referente costante (io terapeuta) ma il referente è il noi, ogni volta unico. Il noi non potrà mai essere la moltiplicazione di relazioni identiche.

Benveniste osserva che nei pronomi personali il passaggio dal singolare al plurale non implica una semplice pluralizzazione (1946). Ancora afferma Benveniste che il *noi* non è un io quantificato ma *diventa un io dilatato*; riflessione che ben si accorda all'idea che il paziente dilata l'io del terapeuta, nel senso di accoglienza, quasi di concepimento. Nel noi tra terapeuta e paziente germina l'idea di qualcosa di ampliato che prende vita che ben si addice al concetto di transfert ampliato così come enunciato da L. Rispoli. E ancora si può dire che i pronomi di prima e seconda persona, io e tu, sono autoreferenziale, cioè si riferirebbero ai rispettivi ruoli, io terapeuta, tu paziente.

In sintesi, *l'uso del pronome noi da parte del terapeuta struttura la relazione terapeutica*, una relazione in cui non si è più soli, in cui ci si può appoggiare, fare meno fatica, depositare una quota di sofferenza, che diventa condivisa, e restituire l'antica sensazione di protezione. Una importante funzione del noi in terapia è quella di alleggerire fatica e sofferenza al paziente e anche di costruire o ravvivare il campo emotivo-affettivo così fondamentale per una alleanza terapeutica. Possiamo immaginare come il carico emotivo della malattia può sgravarsi anche solo con una frase del tipo "vogliamo prendere la pasticca" detta da parte di un'infermiera. Il parlante crea un legame di solidarietà con il suo interlocutore ed annulla i ruoli di curante e curato, la pratica linguistica terapeutica del noi annulla la differenza di ruolo nella relazione e la relazione seppur asimmetrica, almeno nelle fasi iniziali, con l'uso del noi è uno strumento di aiuto, un campo transferale dove contenuti non verbalizzati a volte insopportabili per il paziente, quindi non detti vengono restituiti

iti al paziente con parole dolci, metaforicamente inteso. Il paziente si sente accolto ed agganciato al terapeuta

Altro modo di comunicare efficace in terapia è quello impersonale, in *terza persona* che anziché utilizzare un'espressione diretta, il tu, usa una più regressiva, parlando al paziente in terza persona, è percepito come non giudicante e come se lo osservassimo insieme e insieme ce ne prendessimo cura: "come sta Mario, come stanno le sue gambe, come si sentiva in quell'occasione..."

RIDARE VOCE AL PAZIENTE

Ridare voce al paziente è da intendersi in molte sfaccettature.

Il processo terapeutico rende significativo i sintomi, quindi traccia un filo rosso tra il presente e il passato e viceversa, in un'ottica di comprensione; questo processo attribuisce un significato, una *voce al sintomo, al disagio*.

Ridare voce al paziente significa ridargli il filo della sua vita partendo dal malessere con cui era arrivato si può fornire un'esperienza correttiva delle esperienze relazionali infantili non soddisfacenti.

Ridare voce vuol dire in senso stretto, lì dove necessario lavorare sulla sua voce, restituirlgli modularità, timbro giusto, modulazione congruente alla situazione, e anche parole nuove per comunicare in maniera più assertiva, em-





patica, dolce, tenera, per veicolare una richiesta chiara, per ridere, e per gioire. Nell'evocazione di un ricordo, di un vissuto non sarà necessaria la coerenza descrittiva ma la congruenza con altre funzioni, quelle che fanno dell'esperienza narrata, ricordata o vissuta in tempo reale una esperienza globale; unitaria, una congruenza che indica un funzionamento pieno, traducendo le sensazioni, le emozioni tonalità, di voce, timbro e parole che siano coerenti con lo sguardo, con le posture, con la muscolatura, con il sistema dei valori, con il respiro.

Una voce che può attingere ad una gamma di toni, di sonorità, di altezze. Una voce che non è più urlo (aperto o soffocato) di dolore ma è voce vibrante, voce aperta, voce squillante, voce esplorata in tutte le gamme e connessa all'interno di una configurazione specifica di funzionamento (voce forte in atti di consistenza e assertività, voce dolce in momenti di relax o tenerezza, voce soave durante scambi di effusioni, di confidenza). le parole del paziente si purificano e ritornano ad essere rivelatrici di verità, e non più cieche e accecanti possibili perché la ritrovata parola, quella che nell'infanzia si rivela affettuosa e veritiera, può consentire di dissolvere l'eventuale successiva angoscia di non averla ricevuta, da cui traggono voce tutte le successive angosce che si accumulano nel corso della vita, riflesso di una antica traccia negativa.

W. Bion sosteneva che "il benessere del paziente impone che gli sia costantemente offerta la sensazione di unicità esattamente come la sua sopravvivenza corporea impone che gli sia fornito il cibo".

La psicoterapia Funzionale si avvale di *strumenti restitutivi* di esperienze antiche non ben attraversate, le sue tecniche progettate in maniera specifica per il riattraversamento di quelle che abbiamo accennato sono le esperienze basilari.

-Congruenza tra Voce ed altre Funzioni

Il tipo di voce, la sua tonalità, la capacità di modularla o meno a seconda delle richieste del contesto, cioè la sua congruenza con i Funzionamenti (voce morbida in momenti di calma, voce dolce che accompagna situazioni di tenerezza, voce intensa, alta, decisa in situazioni di forza, di vitalità)

Normalmente in un soggetto con i suoi Funzionamenti armonici, pieni e sani esiste una congruenza tra le sue funzioni, ad esempio, il tono di voce e la postura, come canale non verbale, si collegano per dare significato alla comunicazione e alla relazione.

La postura rispetto all'altro è stata classificata come postura con o senza contatto, faccia a faccia, faccia a fianco, fianco a fianco, faccia a schiena, schiena a schiena.

Tomatis definisce postura d'ascolto un atteggiamento corporeo in cui muscoli flessorie muscoli estensori sono in un rapporto equilibrato a tutti i livelli corporei compreso quelli di laringe e orecchio. L'atto vocale è di per sé un insieme di movimenti muscolari che supportano o meno la funzione comunicativa. Una muscolatura cronicamente tesa come traccia di scarsa protezione, quindi, atteggiamento di allarme e controllo, possono produrre una tonalità di voce non congruente a ciò che si intende comunicare. Si ha così una visione d'insieme dissonante.

LINGUAGGIO TECNICO E LINGUAGGIO POETICO NELLA CURA

Il linguaggio tecnico può essere inteso come il riferimento ad una specifica cornice teorica, quindi intrinseco per lo psicoterapeuta. Nella terapia Funzionale il terapeuta rimane coerente ad un modello integrato che vede la persona come un'unità inscindibile mente-corpo, un approccio multidimensionale che osserva l'individuo su tutti i suoi piani di funzionamento, considerato come Sistema integrato in cui tutti i suoi sistemi sono inter correlati e inter-influenzati tra di essi.

Pertanto, fa riferimento a processi psicocorporei senza più una netta distinzione tra processi psichici e processi corporei in una visione circolare. L'intervento terapeutico è basato su un *linguaggio teorico intrinseco* e parte da una diagnosi, fatta sullo stato dei Funzionamenti del paziente, sulla successiva formulazione di un progetto per obiettivi da raggiungere e sulla messa in atto di azioni terapeutiche anche attraverso tecniche psicocorporee.

Ovviamente, i termini tecnici saranno riservati ai soli "addetti ai lavori", che li conoscono, ed andranno tradotti in parole universalmente comprensibili, quando ci si rivolge al "profano". A mio avviso sarebbe un errore utilizzare il linguaggio tecnico con il paziente senza portarlo in una fase regressiva, dove poter ritrovare quella possibilità di deresponsabilizzarsi da una "comprensione" che spetta all'adulto. Una comunicazione tecnica al paziente comprometterebbe la partecipazione affettiva.

Si potrà passare ad una espressione pensata in termini tecnici dopo aver *portato* il paziente, attraverso espressioni di tipo poetico/rievocativo. Il linguaggio nella relazione terapeutica diventa un linguaggio che rispecchia quello che era stato definito in matherese, cioè fatto, sì di parole, ma soprattutto suoni che riecheggiano note e vibrazioni antiche, parole ispirate da un'empatia profonda. Il linguaggio del terapeuta deve simulare la poesia staccandosi dal tecnicismo, condensando in sé molto di più del solo significato semantico; esso produce un "alone associativo", ossia un insieme di idee e di sensazioni collegati a bisogni antichi.

Il terapeuta comunica con lo scopo di far rivivere al paziente *la voce dell'adulto accogliente*. Permettendo al paziente l'esperienza regressiva del potersi abbandonare, la voce e il linguaggio del terapeuta/poeta può compiere un cammino a ritroso, al di fuori del tempo, ritrovando i vissuti anteriori al malessere. La terapia diventa la

possibilità di trovare un'oasi propizia dove quella voce di supporto, di interesse, di contenimento, di protezione, di incoraggiamento che non era arrivata sufficientemente in profondità, tale da indurre una sorta di perdita di un'intimità originaria con le sue figure di riferimento, che viene lenita dalla comprensione empatica del terapeuta, e attraverso questa stessa empatia, gli viene offerto qualcosa che riproduce quell'originario nutrimento vitale.

BIBLIOGRAFIA

- Benveniste E, *La nature des pronoms*, in Morris Halle 2010
- Berti E., F. Comunello, G Nicolodi *Il labirinto e le tracce* Milano 1988
- Biferale S., R. Toti, *Il corpo della voce, la voce dell'ascolto*
- De Palo, Marina, *Vaghezza, strutturalismo e fenomenologia del linguaggio*. Roma Aracne 2012
- Giuliani G., *La voce. L'ascolto. Per una psicologia della voce*. Bulzoni 1990
- Höller-Zangenfe M. *Il corpo della voce. Teoria e pratica del respiro e della voce secondo il metodo Atem-Tonus-Ton*. Astrolabio 2019
- Liuzzi C., *Sono la mia voce. L'identità vocale che crea il Sé* Progedit 2020
- Lowen A., *La voce del corpo. Il ruolo del corpo in psicoterapia*. Astrolabio 2009
- Rispoli L., *Il sorriso del corpo e i segreti dell'anima*, Feltrinelli 2003
- Rispoli L., *Esperienze di base e sviluppo del Sé* Franco Angeli 2004
- Rispoli L., *I bambini del futuro* La Feltrinelli 2021
- Mühlhäusler, Peter / Harré, *Pronomi e persone. La linguistica Costruzione dell'identità sociale e personale* Oxford 1990
- Romano F., *Iniziazione alla voce-terapia. La voce educa la mente e il corpo canta* Il giardino dei libri
- Volta A., *In principio era il suono* Quaderni acp 2010
- Zamberlan E., *Nel pancione il piccolo sente la tua voce* Rivista Io e il mio bambino 2007



STUDIO PROSPETTICO SUL RAFFREDDAMENTO DEL CUOIO CAPELLUTO NELLA PREVENZIONE DELL'ALOPECIA INDOTTA DALLA CHEMIOTERAPIA

INTRODUZIONE

La perdita dei capelli è ancora oggi uno dei più comuni effetti collaterali della chemioterapia che può inficiare significativamente la qualità di vita dei pazienti. La DigniCap permette di porre l'attenzione su un tema non secondario, consentendo a molte donne di poter affrontare al meglio le terapie, evitando la traumatica perdita dei capelli e preservando aspetti strettamente connessi alla propria identità che nella alterazione, anche solo temporanea, comporta uno stress notevole. Da anni presso il reparto di Oncologia dell'Ospedale "A. Perrino" di Brindisi la DigniCap viene proposta alle pazienti affette da carcinoma mammario (in terapia adiuvante o neoadiuvante) offrendo un servizio che ad oggi non è presente in tutti gli ospedali italiani.

Il **Dott. Dario Loparco** con la collaborazione dell'equipe del reparto, ha condotto uno studio su 127 donne, trattate da febbraio 2016

a novembre 2018 con il seguente schema di terapia: 55 (il 43,3%) di esse con epirubicina/ciclofosfamide (4 EC ogni 3 settimane) seguita da paclitaxel (per 12 settimane); 50 (il 39,4%) pazienti hanno ricevuti 4 somministrazioni di epirubicina/ciclofosfamide (EC ogni 3 settimane) e 20 pazienti (il 15,7%) hanno ricevuto una somministrazione di Paclitaxel/ trastuzumab e 2 docetaxel / ciclofosfamide per 12 settimane (4 TC ogni 3 settimane). La percentuale di successo è stata del 71,7% (G0 21,3%, G1 31,5%, G2 18,9%).

Gli effetti collaterali frequenti che si sono verificati a seguito del trattamento sono: freddo, mal di testa, dolore al cuoio capelluto e pesantezza della testa. Questo studio ha permesso di dimostrare che il raffreddamento del cuoio capelluto può prevenire l'alopecia offrendo un netto miglioramento della qualità di vita nelle pazienti oncologiche con cancro al seno in fase iniziale.

Mariangela Rendini

Psicologa, esperta in Psico-oncologia
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

KEYWORDS

Alopecia - cancro - seno - chemioterapia - prevenzione

La caduta dei capelli, benché parziale e temporanea, è uno degli effetti collaterali più temuti dei trattamenti antitumorali che presenta risvolti psicologici importanti. Tale evento interferisce con la propria individualità e personalità, inducendo un cambiamento dell'immagine corporea e del concetto che la persona ha di sé.

Dato l'importante ruolo che tale aspetto ha nella comunicazione sociale e sessuale, i cambiamenti indotti dai trattamenti antitumorali possono incidere significativamente anche sull'atteggiamento che l'altro ha verso il paziente.

Gli effetti psicologici negativi correlati alla caduta dei capelli interessano tutti i malati di cancro, a prescindere dal sesso e dall'età, ma è evidente che a risentirne in modo significativo sono soprattutto le donne e i soggetti giovani, essendo la calvizie maschile più accettabile socialmente.

Per le donne i capelli sono simbolo di femminilità e seduttività e la mancanza denota un'importante alterazione della propria identità. Rilevanti inoltre i fattori individuali, culturali e sociali.

Le pazienti che hanno subito l'asportazione della mammella hanno generalmente più difficoltà a rapportarsi con la caduta dei capelli che con l'intervento, data la notevole visibilità del cambiamento che porta ad un rimando costante alla malattia e ai trattamenti.

Sebbene reversibile, l'alopecia indotta dalla chemioterapia (CIA) incide significativamente sulla qualità di vita dei pazienti durante la chemioterapia. A causa del loro elevato impatto sull'immagine corporea, i trattamenti contro il cancro comportano sfide importanti, che spesso si traducono in bassa autostima e stress. Tra i numerosi effetti collaterali dei diversi trattamenti contro il cancro al seno, la CIA è uno dei più angoscianti dal punto di vista emotivo [1].

In tutti gli individui, i follicoli piliferi del cuoio capelluto mostrano uno schema di attività ciclica che può essere delineato in quattro fasi. Anagen è la prima fase nella quale vi è la crescita dei capelli. Nella seconda fase, il catagen, segue l'atrofia del follicolo pilifero. Durante la terza fase (telogen), i capelli rimangono attaccati al follicolo e smettono di crescere.

La fase chetogena può spiegare i fenomeni associati all'alopecia indotta dalla chemioterapia [2]. Dopo diversi cicli, la chemioterapia può anche causare la perdita di ciglia, sopracciglia, peli ascellari e pubici perché ha un impatto sulle cellule in rapida crescita, tra cui i follicoli piliferi.

La CIA inizia approssimativamente entro 21 giorni dalla prima somministrazione di chemioterapia [3]. A causa di questo effetto collaterale, alcuni pazienti rifiutano i trattamenti, mentre fino all'8% dei pazienti sceglie regimi chemioterapici meno efficaci che non provocano alopecia [1]. L'incidenza e la gravità della caduta dei capelli dipende sia dal tipo che dalla dose di somministrazione endovenosa [1,3,4].



Fig. 1 - Dignitherm: cappuccio esterno



Dal 1970 circa, sono state tentate varie misure preventive per ridurre la CIA come il laccio emostatico [5] e l'ausilio di farmaci [6]. Tuttavia diverse pubblicazioni hanno dimostrato l'inefficacia di questi metodi a causa del loro controllo limitato [7,8].

Attualmente, le misure preventive si concentrano principalmente sul raffreddamento del cuoio capelluto, un sistema che riduce la temperatura della pelle del cuoio capelluto, influenzando il metabolismo e l'esposizione di agenti citotossici nei follicoli piliferi [9-12]. I dati precedenti riportavano percentuali di successo diverse, comprese tra il 50 e il 100% a seconda del regime utilizzato [9].

Questo lavoro descrive la nostra esperienza esaminando l'efficacia e la sicurezza del sistema di raffreddamento del cuoio capelluto per prevenire la CIA.

MATERIALI E METODI

Nel dipartimento di oncologia dell'ospedale di Brindisi sono disponibili due dispositivi di raffreddamento del cuoio capelluto (DigniCap®). Nello studio sono state arruolate pazienti di sesso femminile con carcinoma mammario in fase iniziale candidate a ricevere un trattamento a base di antracicline e / o taxani. La partecipazione allo studio è stata proposta a tutte le pazienti in procinto di iniziare il trattamento per il cancro al seno, assistite durante tutto il trattamento da tre infermiere formate nell'utilizzo del dispositivo. I partecipanti sono stati valutati da uno psicologo specializzato.

I criteri di ammissibilità chiave erano la candidatura precoce del cancro al seno alla chemioterapia neo / adiuvante a base di antracicline e / o taxani, fotografie della testa scattate prima del primo ciclo di chemioterapia e 1 mese dopo l'ultima chemioterapia. I criteri di esclusione erano: precedente chemioterapia con antracicline e / o taxani entro 1 anno prima dell'assunzione; malattia autoimmune che colpisce i capelli e una storia di radioterapia all'encefalo.

L'ipotermia del cuoio capelluto è stata ottenuta utilizzando il sistema digitalizzato per il raffreddamento del cuoio capelluto controllato (DigniCap®). Il sistema è costituito da una centralina con interfaccia computerizzata, integrata in un gruppo frigorifero. Un casco in silicone è collegato tramite un tubo all'unità di raffreddamento mentre una pompa inietta un liquido di raffreddamento dal serbatoio. Il liquido refrigerato circola all'interno del casco attraverso piccoli canali. Tre sensori separati nel casco monitorano costantemente la temperatura del cuoio capelluto: due sensori controllano la temperatura ed il terzo è un sensore di sicurezza. Un cappuccio esterno in neoprene (chiamato DigniTherm®) aiuta a fissare e isolare le cuffie interne in silicone (Figura 1). Con lo stesso dispositivo sono state trattate contemporaneamente due pazienti. La temperatura di trattamento programmata è stata gradualmente ridotta per un periodo di 30 min.

La somministrazione della chemioterapia è iniziata quando la temperatura ha raggiunto il livello desiderato compreso tra 3 e 4 ° C.

La temperatura del macchinario è stata mantenuta al livello desiderato per tutta la durata della somministrazione del farmaco citotossico e tra i 30 e 150 minuti dopo l'interruzione dell'infusione. Il tempo di postrefrigerazione era determinato dai farmaci e dalla dose. Il limite è stato mantenuto 120 minuti dopo la fine dell'infusione dell'EC, 60 minuti dopo il paclitaxel e fino a 90 minuti dopo il regime chemioterapico con docetaxel e ciclofosfamide (TC) [13].

LA SCALA DELL'ALOPECIA DI DEAN

G0	Nessuna perdita di capelli
G1	Perdita di capelli inferiore al 25%
G2	Tra il 25 e il 50% di perdita di capelli
G3	Tra il 50 e il 75% di perdita di capelli
G4	Perdita di capelli superiore al 75%

Tabella 1

CARATTERISTICHE SELEZIONATE DALLA COORTE DI PAZIENTI NELLA VALUTAZIONE CLINICA.	
Numero di Pazienti	127
Età media, anni (intervallo)	49 (31-75)
Setting, n (%)	
Neoadiuvante	16 (12.6)
Adiuvante	111 (87.4)
Regime Chemioterapico, n (%)	
Taxane ± trast	22 (17.3)
$P_{80w} \pm T_{2w}$	20 (15.7)
$D_{75} C_{600}$	2 (1.6)
Antracicline, n (%)	
$E_{90} C_{600}$	50 (39.4)
Antr/Taxan sequenziale ± trast.. n (%)	
$E_{90} C_{600} \rightarrow P_{80w} \pm T_{2w}$	55 (43.3)
Fenotipo etnico, n	
Caucasico	124
Asiatico	1
Africano	2
Numero di cicli	1144
Stato menopausale, n (%)	
Pre menopausa	75 (59.1)
Post menopausa	52 (40.9)
Fumatrici	9 (7.1)
No – Fumatrici	118 (92.9)
Si – trattamenti per capelli	100 (78.79)
No – trattamenti per capelli	27 (21.3)

Tabella 2

Una serie di fotografie è stata scattata a ciascun paziente prima dell'inizio della terapia, prima di ogni ciclo successivo e 21 giorni dopo l'ultimo ciclo. La qualità della vita è stata valutata da ogni ciclo con EORTC QLQ-C30 e BR-23.

Il successo del sistema di raffreddamento del cuoio capelluto è stato definito in base alla scala di Dean (Tabella 1) [14]. Il raffreddamento del cuoio capelluto è stato considerato efficace quando la perdita di capelli era inferiore al 50% (grado di alopecia 0, 1 o 2), un tasso in cui normalmente non è richiesto l'utilizzo di parrucche o copricapo.

Prima di ogni ciclo di chemioterapia, alle pazienti è stato chiesto di valutare l'entità degli effetti collaterali e di dichiarare se avevano utilizzato o meno parrucche e copricapo.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico locale. Tutti i pazienti hanno firmato un consenso informato ed è stata ottenuta un'autorizzazione per l'utilizzo delle fotografie da parte di ogni paziente.



Fig. 2 - Fotografie di pazienti trattati con epirubicina/ciclofosfamide seguita da paclitaxel. Fotografie scattate prima del primo ciclo di chemioterapia (A); fotografie scattate dopo quattro cicli di epirubicina/ciclofosfamide ogni 3 settimane seguite da 12 cicli settimanali di paclitaxel (B).

RISULTATI

Da febbraio 2016 a novembre 2018, sono state



RISULTATI SECONDO LA SCALA DI DEAN					
Alopecia			Scala di Dean (G)		
	G0, n(%)	G1, n(%)	G2, n(%)	G3, n(%)	G4, n(%)
1	17 (13.4)	3 (2.4)	-(0)	-(0)	-(0)
			100%		
			0		
2			-(0)	-(0)	-(0)
			100%		
			0		
3	4 (3.2)	20 (15.8)	11 (8.7)	13 (10.2)	2 (1.6)
			35 (70%)		
			15 (30%)		
4	6 (4.7)	15 (11.8)	13 (10.2)	16 (12.6)	5 (3.9)
			34 (61.8%)		
			21 (38.2%)		
			91 (71.7%)		
			36 (28.3%)		

La percentuale di successo includeva la perdita di capelli G0 - G2. Il tasso di fallimento includeva la perdita di capelli G3 - G4.

Tabella 3

arruolate 127 pazienti di sesso femminile con carcinoma mammario in stadio iniziale che hanno ricevuto un trattamento a base di antracicline e / o taxani. L'età media delle pazienti trattate è di 49 anni (intervallo da 31 a 74 anni) (Tabella 2). Nella coorte di studio sono stati utilizzati quattro diversi regimi chemioterapici: 55 pazienti (43,3%) hanno ricevuto quattro cicli di epirubicina a 90 mg / m² e ciclofosfamide a 600 mg / m² (EC) per via endovenosa (iv).

Lo schema prevedeva un ciclo ogni 3 settimane e a seguire 12 settimane. 50 pazienti (39,4%) hanno ricevuto quattro cicli di EC, 20 pazienti (15,7%) hanno ricevuto per 12 dosi consecutive paclitaxel (80 mg / m² iv. una volta alla settimana) e trastuzumab concomitante (2 mg / kg iv; dose di carico 4 mg / kg).

Solo 2 pazienti hanno ricevuto quattro cicli di TC (docetaxel a 75 a 90 mg / m² e ciclofosfamide a 600 mg / m² iv. 1 ciclo ogni 3 settimane).

EFFICACIA

I risultati sulla prevenzione della caduta dei capelli nella coorte di studio sono riassunti nella Tabella 3. Il successo del raffreddamento del cuoio capelluto è stato definito in base alla scala di Dean (Tabella 1).

La percentuale di successo complessiva durante la chemioterapia neoadiuvante e adiuvante è stata del 71,7% (Tabella 3). La piena conservazione dei capelli (G0) è stata osservata in 27 pazienti (21,3%) (Figura 2), G1 in 40 pazienti (31,5%), G2 in 24 pazienti (18,9%), G3 in 29 (22,8) pazienti e G4 in soli 7 pazienti (5,5).



Fig. 3 - Ricrescita dei capelli. Fotografie scattate prima del primo ciclo di epirubicina / ciclofosfamide (A); fotografie scattate dopo quattro cicli di epirubicina / ciclofosfamide (B); fotografie scattate dopo 12 cicli settimanali di Paclitaxel 80 mg / m², che mostrano la ricrescita dei capelli.

Il successo totale della prevenzione della CIA si è verificato nei soggetti trattati con chemioterapia a base di taxani. Nei pazienti sottoposti a terapia combinata docetaxel-ciclofosfamide è stata ottenuta un'ottima prevenzione ma il gruppo analizzato non è molto numeroso.

Un alto livello di perdita di capelli (grado 3 o 4) è stato osservato in soggetti trattati con antracicline (n = 15, 11,8%) o antracicline seguite da 12 cicli di paclitaxel (n = 21, 16,5%; gruppi 3 e 4).

38 donne (29,9%) hanno utilizzato un copricapo (Tabella 4) come una parrucca, un berretto o una sciarpa. Tra questi, 12 pazienti (31,6%) hanno deciso di utilizzare un copricapo a fini estetici per assenza di piega e l'impossibilità di fare tinture per capelli durante il trattamento.

La ricrescita dei capelli è stata osservata in tutti i pazienti con perdita di capelli G3 o G4. In questo sottogruppo di pazienti, trattati con EC seguito da paclitaxel (21/55; 6,5%), la ricrescita dei capelli

si è verificata durante il paclitaxel settimanale (Figura 3).

SICUREZZA

Durante il periodo di follow-up mediano di 14 mesi, non si sono verificate metastasi del cuoio capelluto e SNC tra le 127 pazienti trattate.

TOLLERANZA

In generale, il raffreddamento del cuoio capelluto è stato ben tollerato e le pazienti hanno riportato alti livelli di comfort e accettabilità. Tra gli effetti collaterali più comuni del raffreddamento del cuoio capelluto, le pazienti hanno segnalato freddo (n = 74, 58,3%), dolore al collo (n = 35, 27,6%), mal di testa (n = 42, 33,1%), dolore al cuoio capelluto (n = 41, 32,3%) e pesantezza della testa (n = 59, 46,5%) (Tabella 5). 22 pazienti (17,3%) hanno interrotto il trattamento con Dignicap a causa di risultato insoddisfacente (n = 12, 9,4%), disagio da freddo (n = 8; 6,3%) e solo 2 pazienti (1,6%) cambio di schema di chemioterapia per progressione di malattia.

USO DEL COPRICAPO COME PROTESI CRANICA, BERRETTO O SCIARPA	
Uso del copricapo, n (%)	38 (29.9)
G0, n(%)	4 (10.5)
G1, n(%)	2 (5.3)
G2, n(%)	6 (15.8)
G3, n(%)	19 (50.0)
G4, n(%)	7 (18.4)

Tabella 4



DISCUSSIONE

Il nostro studio ha esplorato l'utilità del raffreddamento del cuoio capelluto per prevenire l'alopecia durante la chemioterapia nelle donne con carcinoma mammario in fase iniziale. Abbiamo raggiunto un tasso di successo complessivo durante la chemioterapia neoadiuvante e adiuvante del 71,7%. La piena conservazione dei capelli (G0) è stata osservata in 27 pazienti (21,3%), G1 in 40 pazienti (31,5%), G2 in 24 pazienti (18,9%). La nostra percentuale di successo è interessante e superiore ad altri studi sul tema.

Molti lavori hanno analizzato l'effetto del raffreddamento del cuoio capelluto nel ridurre l'incidenza della CIA, riportando risultati diversi. In uno studio di coorte retrospettivo su 60 pazienti con carcinoma mammario in fase iniziale, è stato riportato un 33% di perdita di capelli minima, principalmente nelle donne trattate con taxani [15]. Un recente studio randomizzato ha analizzato l'efficacia del raffreddamento del cuoio capelluto nel carcinoma mammario in fase iniziale e ha riportato la conservazione dei capelli nel 39,3% dei pazienti trattati contro lo 0% del gruppo di osservazione, con un tasso di abbandono di 31,7 e 34,2 [16].

Nello studio prospettico di coorte di Rugo, è stata riportata una percentuale di successo secondo la scala di Dean del 66,3% con raffreddamento del cuoio capelluto rispetto allo 0% in un gruppo di controllo non randomizzato. In questo caso le pazienti trattate non hanno ricevuto terapia a base di antracicline [17].

Nel nostro studio, la totalità delle pazienti che hanno ricevevano taxani senza antracicline non presentava CIA, al contrario l'associazione con epirubicina ha diminuito la percentuale di successo (54,4%).

Oltre al tipo di chemioterapia, diversi fattori contribuiscono ai risultati della procedura: la corretta regolazione della cuffia sulla testa del paziente, la temperatura più bassa raggiunta sul cuoio capelluto e le caratteristiche del paziente [20].

Una delle ipotetiche preoccupazioni sull'uso del raffreddamento del cuoio capelluto è l'insorgenza di metastasi cutanee. Nella recente meta-

analisi di Rugo, l'uso di questa tecnica non è stato trovato associato ad un aumento del rischio di metastasi del cuoio capelluto [10]. Con un follow-up mediano di 14 mesi, le metastasi cutanee non sono state rilevate nei nostri pazienti.

Come previsto, questo trattamento è stato generalmente ben tollerato. Gli effetti collaterali riportati più spesso sono stati lieve mal di testa, dolore al cuoio capelluto e dolore al collo nella maggior parte dei pazienti. Un terzo dei pazienti ha manifestato una moderata pesantezza della testa, tuttavia solo il 6,3% dei pazienti ha interrotto per mancata tolleranza al freddo.

12 pazienti hanno interrotto per risultati insoddisfacenti, malgrado la proposta a proseguire il trattamento che consentiva una ricrescita nettamente più rapida del capello [21].

Sebbene alcuni studi abbiano riportato una correlazione tra il successo del raffreddamento del cuoio capelluto e alcune variabili (tipo e dose di chemioterapia, età, stato della menopausa e farmaci concomitanti), il risultato della conservazione dei capelli è ancora imprevedibile nella maggior parte dei pazienti.

Le prospettive future riguarderanno la correlazione tra il successo del raffreddamento del cuoio capelluto e il tipo di capelli dei pazienti e / o trattamento o altre variabili (tra le altre, fumo, età, stato della menopausa e dieta) al fine di selezionare meglio i pazienti che trarrebbero maggiori benefici.

In conclusione, i nostri risultati hanno confermato l'efficacia del trattamento nella prevenzione della CIA nella maggior parte delle donne con carcinoma mammario in fase iniziale candidate alla chemioterapia alopecizzante attualmente, comunemente utilizzata, contribuendo così a una maggiore accettazione della terapia adiuvante o neoadiuvante e un conseguente miglioramento della QoL delle pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Hesketh PJ, Batchelor D, Golant M, Lyman GH, Rhodes N, Yardley D. Chemotherapy induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic ap-

- proaches. *Support. Care Cancer* 12(8), 543–549 (2004).
- Trueb RM. Chemotherapy-induced hair loss. *Skin Therapy Lett.* 15, 5–7 (2010).
 - Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. *Eur. J. Cancer Care (Eng.)* 10(3), 147–163 (2001).
 - Botchkarev VA, Komarova EA, Siebenhaar F et al. p53 is essential for chemotherapy-induced hair loss. *Cancer Res.* 60, 5002–5006 (2000).
 - Giaccone C, Di Giulio F, Morandini MP, Calciati A. Scalp hypothermia in the prevention of doxorubicin-induced hair loss. *Cancer Nurs.* 11, 170–173 (1988)
 - Middleton J, Franks D, Buchanan RB, Hall V, Smallwood J, Williams CJ. Failure of scalp hypothermia to prevent hair loss when cyclophosphamide is added to doxorubicin and vincristine. *Cancer Treat. Rep.* 69, 373–375 (1985).
 - Tollenaar RA, Liefers GJ, Van Driel OJ, van de Velde CJ. Scalp cooling has no place in the prevention of alopecia in adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Eur. J. Cancer* 30, 1448–1453 (1994).
 - Grevelman EG and Breed WPM. Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. *Ann. Oncol.* 16, 352–358 (2005).
 - Rugo HS, Voigt J. Scalp hypothermia for preventing alopecia during chemotherapy. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin. Breast Cancer* 18, 19–28 (2018).
 - Mustoe MM, Lee CM, Melisko ME, Esserman LJ, Rugo HS. The DigniCap Scalp Cooling System and its use in the treatment of chemotherapy-induced alopecia. *Future Oncol.* 14(24), 2461–2469 (2018).
 - Marks DH, Qureshi A, Friedman A. Evaluation of prevention interventions for taxane-induced dermatologic adverse events: a systematic review. *JAMA Dermatol.* 154(12), 1465–1472 (2018).
 - Ekwall EM, Nygren LM, Gustafsson AO, Sorbe BG. Determination of the most effective cooling temperature for the prevention of chemotherapy-induced alopecia. *Mol. Clin. Oncol.* 1(6), 1065–1071 (2013).
 - Dean JC, Salmon SE, Griffith KS. Prevention of doxorubicin-induced hair loss with scalp hypothermia. *N. Engl. J. Med.* 301(26), 1427–1429 (1979).
 - Chan A, Bauwens A, Pontre S et al. Efficacy of scalp cooling in reducing alopecia in early breast cancer patients receiving contemporary chemotherapy regimens. *Breast* 41, 127–132 (2018).
 - Smetanay K, Junio P, FeiBt M et al. COOLHAIR: a prospective randomized trial to investigate the efficacy and tolerability of scalp cooling in patients undergoing (neo)adjuvant chemotherapy for early breast cancer. *Breast Cancer Res. Treat.* 173, 135–143 (2019).
 - A recent randomized clinical trial.
 - Rugo HS, Klein P, Melin SA et al. Association between use of a scalp cooling device and alopecia after chemotherapy for breast cancer. *JAMA* 317, 606–614 (2017).
 - A multicenter prospective cohort study in non-anthracyclines treated patients.
 - Nangia J, Wang T, Osborne C et al. Effect of a scalp cooling device on alopecia in women undergoing chemotherapy for breast cancer the SCALP randomized clinical trial. *JAMA* 317(6), 596–605 (2017).
 - Martin M, de la Torre-Montero JC, Lopez-Tarruella S et al. Persistent major alopecia following adjuvant docetaxel for breast cancer: incidence, characteristics, and prevention with scalp cooling. *Breast Cancer Res. Treat.* 171, 627–634 (2018).
 - Komen MM, Smorenburg CH, van den Hurk CJ, Nortier JW. Factors influencing the effectiveness of scalp cooling in the prevention of chemotherapy-induced alopecia. *Oncologist* 18(7), 885–91 (2013).
 - Dörthe SN, Inge S, Anke JN, Ulrike von Hehn, Rudolf V. The influence of various parameters on the success of sensor-controlled scalp cooling in preventing chemotherapy-induced alopecia. *Oncol. Res. Treat.* 38, 489–495 (2015).



GRUPPOANALISI, METACOGNIZIONE E EMERGENZA PANDEMICA

**IMPARARE AD IMPARARE:
PER PERSONALIZZARE I METODI DI STUDIO
E DI APPRENDIMENTO SCOLASTICI IN UNA
LOGICA INCLUSIVA IN TEMPO DI PANDEMIA,
LA PROPOSTA DEL MODELLO SPERIMENTALE
'DIDATTICO-CLINICO-FORMATIVO'
DELLA SCUOLA PRIMARIA "DI DONNA"
DI ANDRIA, DAL NOME "LA PATENTE DI
GUIDA DEI COMPORTAMENTI E DEL TRENO
DELLE MATERIE SCOLASTICHE!"**

**PRESENTAZIONE DELLA DOTT.SSA
LILLA BRUNO, DIRIGENTE SCOLASTICA**

Vorrei cogliere, in avvio di presentazione, innanzitutto l'opportunità di esprimere a tutto il personale, docente e non, la mia profonda gratitudine per la dedizione straordinaria e l'impegno profusi a fronte di un anno scolastico senza eguali, rispetto alla mia esperienza ventennale di docente e dirigente.

Per questo, ho accolto e autorizzato l'attività ex-

trascolatica della progettazione della "ConMissione-Salute", pubblicata, in proposta, sull'articolo dedicato del Notiziario del Gennaio scorso. Così si origina, anche, quella attuata con il modello-oggetto della trattazione.

Ho percepito, da subito, le potenzialità della ricerca scientifica riferita e i confini naturali per la costituzione della citata *ConMissione*.

In essa ho riconosciuto, infatti, un contesto privilegiato per mettere in continuità la *mission* elet-

Annarita Altamura

Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista
in Psicologia Clinica e Gruppoanalista

tiva della scuola, con la necessità di strumenti operativi innovativi, pluridisciplinari e gruppal, e utili soprattutto alla gestione scolastica nell'emergenza pandemica.

La preziosità dell'orizzonte individuato, garantito dal profilo dell'identità dell'autrice, coacervo raro di esperienze personali e professionali, unite all'altrettanto sua rara formazione specialistica, di scuola inglese, ha sostenuto l'intenzione comune di un impegno che auspico permanente per le potenzialità della progettazione avviata e le sinergie delle prospettive educative.

RIASSUNTO

Durante i primi giorni, in ruolo di 'docente-Covid', dall'Ottobre 2020, con:

1. la prospettiva dell'intero anno scolastico da affrontare, e il *backstage*, personale e professionale;
2. i segni percepiti immediatamente della sofferenza generale creata dalla pandemia in atto, relativa al vissuto di precarietà della vita, anche scolastica;
3. l'intermittenza dei metodi di conduzione della didattica, 'in sede, online, mista, sincrona e asincrona', compreso tutto il resto.. a partire dal-
 - l'uso dei canali telematici o di rete informatica, per la messa a conoscenza, ad esempio (e oserei dire, addirittura) delle disposizioni ufficiali in continua e, a volte, repentina revisione rispetto al progresso;
 - la gestione complessiva, insomma, dell'anno scolastico in dette condizioni, peraltro, alla mia prima esperienza nella scuola come docente,

mi sono chiesta, da specialista in psicologia clinica e in gruppoanalisi, e già esperta nelle dinamiche di supervisione per il corpo-docente, come contribuire alla coesione necessaria alla *mentegruppo* istituzionale e attingere alle risorse proficue per sostenere un incarico di tale portata.

La scienza gruppoanalitica, d'appartenenza formativa, è risultata salvifica a partire dall'acquisizione della diversificazione fra le accezioni di *assetti mentali* e *simil-mentali*, individuali e collettivi, intra-inter/personali e gruppal, come anche la differenziazione fra gli *aggregati*, i *gruppi* e la *mentegruppo*.

Così, grazie alla *compresenza* (rif.), strumento impareggiabile per lo svolgimento delle lezioni e definita in *turnover* dall'orario di lavoro, ho potuto ipotizzare l'applicabilità del modello in oggetto, ai fini descritti.

Questo *status* plurimo di condizioni ha consentito il procedere verso quell'ambita 'costruzione del contesto', a partire dalla mia *mentegruppo* formata alla coesione della pluralità delle cosiddette istanze interne, e approdare ad un linguaggio e, poi, anche a quello "spirito" comune, che come direbbe Bion (rif.) è l'unica garanzia a fondamento della costituzione dei gruppi e, dunque, di ogni metodo didattico.

L'esperienza del modello sperimentale attuato ha beneficiato degli orientamenti teorici e metodologici della Gruppoanalisi, come della metacognizione per realizzare la *mission* primaria della didattica, nella logica dell'inclusività in tempo di pandemia.

PAROLE CHIAVE

Psicologia e Pedagogia Clinica. Pandemia-Covid'19. Gruppoanalisi. *Mentegruppo*. Con Missione/Salute "Dott.Vincenzo Bruno".

Didattica inclusiva. Compresenza. Metacognizione. Modello sperimentale *didattico-clinico-formativo*. Istituto Comprensivo/Scuola Primaria "Di Donna" - Andria (BAT).

INTRODUZIONE

Mentegruppo delle premesse per l'esperienza sperimentale del modello didattico-clinico-formativo, dal nome "La patente di guida dei comportamenti e del treno delle materie scolastiche!"

La trattazione, fedele agli orientamenti teorici e metodologici fondativi della scienza gruppoana-



litica, o della GASl londinese, è introdotta dall'analisi della *mentegruppo* (rif.) delle premesse per il concepimento della proposta nel titolo. Essa, infatti, è sostenuta da una pluralità di aspetti, così sintetizzati, e ha valore di:

1. resoconto del *work in progress* della ricerca scientifica "Mepsiche e Sanprao", marchio registrato su scala nazionale (rif.), comprensiva della costituzione sperimentale della "Commissione/Salute(rif.) "Dott.Vincenzo Bruno" dell'Istituto Comprensivo 'Di Donna' di Andria (BAT);
2. *focus* sul modello applicativo, indicato nel titolo, nonché sua stesura originale ed esclusiva per la scuola di riferimento;
3. parte integrante della tesi per il TFA-sostegno. A questo proposito, e proprio in questa sede scientifica, parteciperei il dubbio di un

possibile vuoto normativo circa il riconoscimento in equipollenza (o simil istituti ai fini) del titolo di TFA/sostegno agli specialisti in psicologia clinica abilitati all'insegnamento scolastico.

Inoltre, l'esperienza metodologica proposta -e creata *ad hoc* nell'anno scolastico in corso, 2020/21, soprattutto ai fini delle gravose criticità emerse per la situazione dell'emergenza pandemica ancora in atto-, attiene alla *mentegruppo*, anche *per l'esordio* del modello in oggetto, che per la prima volta:

1. è avviato, nella stessa scuola primaria, dal secondo mese di svolgimento delle attività di studio;
2. coincide con la prima assegnazione d'incarico di docente della scrivente, già specialista in psicologia clinica, gruppoanalista e dirigente



ospedaliera pluridecennale, nonché responsabile della ricerca citata (rif.);

- implica la sperimentazione dello strumento della 'costruzione del contesto', di matrice gruppoanalitica e clinico-formativa, in adozione a quello didattico, per cui ogni avvio d'attività d'insegnamento della scrivente ha comportato anche quest'ulteriore applicazione innovativa;
- riguarda l'assunzione della scrivente come 'docente/Covid', denominazione introdotta su scala nazionale e ruolo senza precedenti. Nel caso specifico, con il duplice incarico interno, di titolare e di docente per il potenziamento, dunque, afferente a tutte le classi e sezioni scolastiche del plesso di riferimento, in quell'impareggiabile *compresenza* (rif.) condizione esclusiva per i docenti di potenziamento e sostegno; e non in ultimo,
- rientra nella progettualità autorizzata per la costituzione della citata *ConMissione* e ricerca scientifica di matrice (rif.).

Ora, dall'analisi della *mentegruppo*, nelle premesse e assunti d'esordio del modello in oggetto, si perviene a quella decisiva delle ipotesi, così sintetizzate e individuate a sostegno della relativa proposta applicava e cioè che lo stesso:

- sia a garanzia, innanzitutto, della centralità del lavoro di docente che ha nel focus della relazione educativa il fine primario di ogni percorso scolastico. È la crescita della persona/studente il suo fine principale ed è sempre la relazione 'umana' il veicolo per viaggiare sui binari dei contenuti: il modello in oggetto attiene alla scuola primaria, rivolta a soggetti in età evolutiva dai 5/6 ai 9/10 anni;
- favorisca gli apprendimenti curricolari, e relativi metodi di studio, alla luce della variabile della suddetta minore età, ancor più per gli esiti destabilizzanti, anche per la vita scolastica, dell'e-

mergenza pandemica, fortemente condizionate dalle imposte misure di prevenzione e contenimento da Covid19;

- promuova la *mentegruppo* come *conditio-sine-qua-non* per la coesione necessaria affinché il cosiddetto corpo-docente assuma la veridicità di *gruppo di lavoro* come storicamente stabilito dalla scienza di riferimento. Vale la pena, brevemente, di aggiungere che a causa dell'attuale regolamentazione per il reclutamento dei docenti e assunzioni d'incarico, forse costituzionalmente, lo stesso corpo-docente è più riconoscibile come *dimensione aggregata* e non come *gruppo* (rif.);
- costruisca una base comune partendo dalla centralità:
 - della relazione educativa,
 - dei linguaggi che veicolano gli apprendimenti curricolari e tecnici, sempre più differenziati e diversificati tra loro,
 - della caratterizzazione relazionale degli strumenti operativi ai fini dell'interscambiabilità delle competenze,
 - altro. Il modello in oggetto, dunque, è fedele alla concezione della *coesione* come principio della *gruppalità*, condizione imprescindibile alla *mission* della scuola, come anche di ogni vita comunitaria.

RESOCONTO

Gruppoanalisi, metacognizione e didattica, insieme per una logica inclusiva in tempo di pandemia. Dalla teoria alla prassi operativa, l'esperienza, in una scuola primaria, del modello sperimentale didattico-clinico-formativo, dal nome "La patente di guida del treno dei comportamenti e delle materie scolastiche!"

Alla luce delle premesse e degli assunti, fin qui descritti, si può comprendere come, da subito, la mia *mentegruppo*, formata alla 'costruzione del contesto', sia pervenuta alla definizione di un modello sperimentale, prima gruppoanalitico, poi, metacognitivo, nella sua prima forma appli-



cata per la scuola primaria, secondo l'incarico di 'docente-Covid', *titolare* e di *potenziamento*.

Detta costruzione, che attiene alla *mentegruppo* di chi la conduce, si avvia, innanzitutto, attraverso quella costante chiamata 'protensiva/transizionale (rif.)', che a sua volta deve mantenersi continuamente stabile per divenire *contesto* e consentire alla *mission* di approdare, dallo stato di avvio, alla sua chiara attuazione.

Il contesto, allora, si concreta nella possibilità di rendere presenti, prima nella consapevolezza e poi sul piano operativo, tutti gli aspetti possibili che riguardano sia la *relazione* che i *contenuti* delle interazioni 'inter-intra/personali e gruppalì' entro cui realizzare la *mission*.

Dall'analisi delle variabili rilevate, in avvio d'incarico di docente 'titolare e di potenziamento', con lo scenario pandemico a *farla da padrone*, è risultato ineludibile, ai fini dello svolgimento di ruolo, -dall'avvio al prosieguo, dal formare al mantenere...-, il tentativo di una *mentegruppo-di-lavoro* incentrata nella "costante-di-propriocezione-spirituale" (rif.), ipotizzata nella ricerca scientifica citata. Allora, dal versante puramente clinico, la ricerca, registrata con marchio originale su scala nazionale in tale ambito, si è allargata anche a quello didattico-formativo. Ho potuto ottenere la coesione necessaria alla *mentegruppo* ambita, attraverso la congiunzione con l'orientamento della didattica metacognitiva, nella logica inclusiva, in uno scenario di emergenza pandemica. Infatti, sia la suddetta *costante-protensiva-di-propriocezione-spirituale*, di matrice gruppoanalitica, che l'*auto-senso-percezione* (rif.), di matrice metacognitiva(rif.), individuano nella direzione «dall'interno...», «dal-di-dentro» quel «movimento fermo delle emozioni» ipotizzato (rif.) a fondamento di ogni processo di vita e crescita, personale e professionale.

Non è **nell'**essere "al di dentro o al di fuori" di *Sé* o "nel suo interno o esterno" (rif.) che si origina la possibilità di "conoscersi e conoscere": è nella 'direzione' di quella che Freud chiamava «la spinta»

e che qui è assunta come una "protensione" del *Sé verso-e-con-l'altro-a-partire-da-Sé*.

Quando si smette di "propriocepire" *la-costante-di-protensione-spirituale-verso-l'altro*", il *Sé* va come in balia delle ipotizzate sequenze severe di "schemate" (rif.) o «...contrapponitive...che sono le determinanti, quindi, dello stato di destabilizzazione della *mentegruppo*». Questa condizione di deterioramento può comportare organicamente anche una o più sintomatologie bio-mediche se non, addirittura, spingere alle estreme conseguenze: il suicidio è sempre più frequente fra più giovani.

Qualche giorno fa, ascoltavo il papà di Antonella Diacono (rif.) leggere alcune note della tredicenne che ha agito l'uscita dalla vita terrena a fine 2017 e mi sono ritrovata -per la prima volta, dopo anni di letture e studi e analisi di 'casi clinico-specialistici'- nella descrizione perfetta di una persona capace di esprimere cosa si prova nell'innescarsi di un'*escalation* da "schemate-contrapponitive" (rif.).

Ai fini della dovuta riflessione, ne riporto la citazione testuale: «**Ormai dietro la maschera, non c'è più niente. Non c'è dolore. Non c'è gioia. C'è solo un enorme vuoto che mi sforzo di riempire giorno per giorno con esperienze e sorrisi, ma che come una (una...) secchiello bucato lascia scivolare via tutto rendendo inutile ogni mio sforzo**».

Sembrirebbe arduo, a questo punto, tentare un parallelo, dal piano clinico a quello confinatamente didattico-cognitivo, eppure più volte, nello scenario della pandemia, nelle parole pronunciate da colleghe e colleghi, alunne e alunni, dalle famiglie.., ho percepito quel sentirsi «una secchiello»...o meglio «una (persona) secchiello ...» rendendo vano ogni sforzo sostenuto.

Sul piano puramente didattico-formativo, invece, è proprio la metacognizione a poter garantire il contesto per permettere alla persona-studente di sentirsi al centro del suo processo di crescita



'scolastica', da realizzare <attra-'verso'> 'altri-e-con altri', dunque, protendendo *verso* di loro. La metacognizione va intesa, allora, come la capacità di rendersi coscienti dei propri stati mentali, emotivo-cognitivi, e dunque di averne un'adeguata *auto-senso-percezione*.

Questo 'sentirsi capaci', a partire da se stessi, consente a ciascuna persona-alunna di pervenire al massimo senso di Sé, con l'esito di poter realizzare un apprendimento adeguato sul piano : educativo, di metodo di studio e di contenuti curriculari.

La didattica metacognitiva, perciò, a prescindere dalla presenza di difficoltà di partenza e/o limitate capacità intellettive, decide degli obiettivi didattico-formativi.

È ciò che afferma Cesare Cornoldi: "il primo strumento compensativo è il metodo di studio" (rif.) e, quindi, la relazione educativa.

Questo dato di fatto ha funto da leva per la costruzione della relazione educativa.

Per provare a coinvolgere le scolaresche, nel chiedersi quale potesse essere il metodo migliore per non sentirsi travolti dai continui e repentini cambiamenti imposti, soprattutto, a causa della pandemia, la domanda rivolta è stata: è possibile che imparando a 'guidare' il proprio essere, educandolo alla relazione verso gli altri –e mai contro-, scoprendo e incrementando le proprie capacità di apprendimento, ciascuno possa acquisire il metodo migliore per studiare e raggiungere anche livelli proficui di conoscenze?

Alla domanda, poi, seguita dalla proposta di immaginare di diventare dei conducenti o guidatori dei propri comportamenti e apprendimenti, con la possibilità di conseguire una patente, da realizzare in autonomia, la proposta di ottenere la



“patente di guida dei comportamenti”, ha sortito una gioia diffusa con effetto immediato di accoglimento e l’esito di una progressiva attivazione di risorse per procedere con sempre maggiore costanza e agilità verso gli apprendimenti dei contenuti previsti.

La trovata in sé, forse apparentemente banale, si poggia in realtà su profondi livelli simbolici capaci di favorire, con impatto immediato, quel rimando alle forze interne, da cui attingere le risorse necessarie per ogni tipo di obiettivo e nel modo più naturale a quell’età: il gioco!

In particolare, il modello prevede che, a partire dal saluto, l’avvio di lezione e l’esplicitazione della consegna, ciascuno assuma la guida dei propri comportamenti, con cui, innanzitutto, comprendere la differenza tra l’imparare gli argomenti scolastici e il “come” impararli, cioè “il-come-si-studia” che è già “cosa-si-studia”.

Così, ho iniziato a creare questa situazione immaginaria in ogni classe di “mia” destinazione, invitando gli alunni a trasformare magicamente “il setting scolastico” in una stazione ferroviaria, il cui buon funzionamento fosse dipendente dalla responsabilità del/la “docente/capostazione” e dalla corresponsabilità di ciascuno nel diventare ‘conducenti’ dei vari e tanti treni, a seconda delle circostanze e materie studiate.

Infatti, è stata avviata l’esperienza in ogni classe incontrata, ponendo al centro di ogni attività inerente la didattica, l’apprendimento della capacità di guidare “i treni dei comportamenti e materie”, per conseguire la relativa patente, da rinnovare ogni anno scolastico, con l’evenienza della sospensione della stessa, anche per un breve tempo, nella necessità di dover recuperare il senso della *guida-di-sé*, dunque, smarrito.

Sostanzialmente l’esperienza consta di tre fasi che implicano l’attenersi a delle precise indicazioni:

1. comprendere quali sono e come esercitare i “5 muscoli immaginari” -e principali- per avere la forza nelle “braccia”, “gambe” e “schiena”,

immaginarie, per guidare i treni e vagoni, pieni dei contenuti previsti dalle materie studiate;

2. di prestare attenzione ai tempi di partenza e di arrivo, e quindi degli orari di lavoro, per portare a destinazione, da una meta all’altra, i vagoni pieni dei contenuti preziosi donati da-i/le maestre/i, avendo cura di muoversi: “con-gli-altri-treni, verso-gli-altri-treni”, senza creare disagi alla circolazione o incidenti di percorso;
3. essere “bravi” nel riempire, di tutte le cose studiate, i tanti vagoni dei treni guidati, facendo attenzione a non smarrirli nei tragitti o “lasciar-se-li” portare via.

Dunque, per brevità di esposizione, esclusivamente rispetto alla fase 1 -la più importante perché ne costituisce l’esordio-, si fa riferimento ai suddetti “muscoli” in ordine propedeutico, per guidare il proprio treno dei comportamenti e apprendimenti.

Essi rappresentano le relative acquisizioni di corrispondenti *sensi-proprioceettivi*:

1. l’attesa o posizione ferma di partenza
2. il silenzio-ascolto
3. la gentilezza del chiedere il permesso
4. la gratitudine e riconoscimento
5. lo scusarsi o all’utocorreggersi.

A titolo esemplificativo, a comprova della profondità dei livelli simbolici, si può affermare che l’esercizio ‘mentale’ del fermarsi, ancor prima di quello percettivo-corporeo, richiama l’idea associata dell’attesa, anche sinonimo di gravidanza, quindi, stato che precede la nascita.

Ora, procedendo a ritroso dell’esperienza, il percorso della sperimentazione si conclude con il conseguimento di una “patente”, quella appunto di *guida-dei-comportamenti-e-dei-vagoni-delle-materie-scolastiche*, conseguita sia a pieno titolo che con riserva, a seconda della capacità dimostrata di ‘conducente’, durante lo svolgimento delle attività didattiche previste.

Questo riconoscimento afferma che imparare a 'guidarsi' è il modo più naturale per rispondere alla domanda: <cosa bisogna imparare per imparare a ben imparare> ?

Vale la pena di aggiungere, poi, che nell'ottica proposta, la variabile della *compresenza* garantisce quella circolarità che sostiene l'*identificazione proiettiva benigna* (rif.), processo-base per la crescita in generale e soprattutto in età evolutiva.

Così, da ogni prima volta, per ciascuna delle classi incontrate, a ogni successiva in cui tornavo, quella metafora o simbologia usata, ri-avviava quella costruzione del contesto 'didattico-clinico-formativo', rendendo sempre più naturale e acquisito l'apprendimento dei metodi e contenuti previsti, con esiti sorprendenti circa l'incremento della gestione cosiddetta delle ansietà, irrequietezze e forme mascherate di inaccessibilità ai propri stati emotivi, senza distinzione fra gli alunni, con quelli aventi le cosiddette DSA, ADHD e BES.

Nel finale del resoconto di questa divertente e proficua esperienza personale e professionale, vorrei concludere dicendo che la metacognizione compie una rivoluzione copernicana rispetto all'ordinario e usuale modo di concepire e svolgere la didattica, parimenti alla Gruppoanalisi nel suo campo identificativo della Mentegruppo.

Infatti, la Gruppoanalisi è la scienza specialistica che si occupa della ricerca teorica e metodologica sul "campo gruppale"(rif.), a partire dalla concezione della mente fino alla definizione delle prassi operative negli ambiti clinici e formativi.

Mentre la metacognizione è un orientamento teorico-pratico finalizzato anche ai metodi di apprendimento/insegnamento, che attengono, dunque, alle didattiche *gruppal* inclusive.

CONCLUSIONI

Dall'avvio dell'incarico di titolare, a quello, poi, di potenziamento su tutte le classi –secondo l'incidenza del *turn-over* pari all'aumento delle assenze dei colleghi a causa, soprattutto, dei contagi da COVID'19- il modello in oggetto ha riguardato più classi, dalle prime alle altre, comprese quelle

in compresenza o in supplenza per il sostegno, come lo strumento per tentare una coesione dei metodi e degli apprendimenti a fondamento dell'ambito personalizzazione metacognitiva.

In quell'intermittenza d'incarico, *pluricausale*, che paradossalmente ha rappresentato la condizione stabile della vita scolastica in quest'anno, così provato dall'emergenza pandemica, è stato proprio il risuono dei benefici rilevati, anche per le cosiddette 'disabilità e\o bisogni educativi speciali', a rendere l'esperienza una fattibile ipotesi di definizione teorica e applicativa di uno strumento metacognitivo, come descritto nel titolo in oggetto.

Dunque:

1. sospinta dal desiderio di procedere all'individuazione di un metodo che favorisse il più possibile un naturale percorso scolastico -dagli alunni, alle famiglie, al personale docente e non-, in quella percezione diffusa e progressiva di una generale destabilizzazione, a partire dal continuo susseguirsi di provvedimenti correttivi per la gestione sociale della pandemia, e repentinamente rispetto ai cambiamenti imposti in divenire, con il conseguente costante stato di alterazione e *reset* del *modus vivendi* scolastico,
2. passando per la consapevolezza dell'aggravio penalizzante delle "impositive e imposte didattiche-online", sull'inevitabile quadro generale dei potenziali livelli di apprendimento e, ovviamente, anche di attivazione psicologico-clinici (rif.), e
3. mantenuta integra, nell'arco temporale dell'intero anno scolastico, la motivazione di adempiere ad una prima esperienza d'insegnamento il più naturalmente e ordinariamente possibile,

sono approdata, con le premesse esplicitate, all'individuazione del modello in oggetto e relative verifiche sperimentali. Esso è risultato parti-



colarmente proficuo come strumento operativo, semplice e immediato, partecipativo, continuativo ed efficace ai fini degli apprendimenti tecnici perché profondamente metacognitivo per gli alunni.

Esso, rendendosi favorevole alla *costruzione del contesto*, ha assunto la sua funzione metacognitiva secondo la seguente *mentegruppo* di peculiarità, nel consentire:

1. a ciascun persona in ruolo scolastico -a partire dai bambini/alunni in situazioni di vulnerabilità- di porsi, innanzitutto emotivamente, al centro della vita scolastica, assumendo 'la guida' del proprio comportamento, in un 'treno' -il sé- veicolo di crescita e dotato di 'vagoni' per contenere gli apprendimenti curriculari previsti,
2. nella identificazione favorevole di una guida esperta come quella dell'adulto/docente, a prescindere dal tipo di attività svolta, di ope-

rare sempre nel rispetto dei reciproci ruoli e, inoltre,

3. a tutti, in una logica di inclusività in tempo di emergenza pandemica, di beneficiare di una personalizzazione della didattica, attraverso la metacognizione e assumere la consapevolezza di essere protagonista del proprio processo di crescita personale e professionale.

RINGRAZIAMENTI

Vorrei anch'io associarmi ai ringraziamenti rivolti dalla Dirigente nella Sua Presentazione e porgere, in particolare, a Lei la gratitudine per il privilegio di aver potuto svolgere il mio primo servizio di docente, con la Sua Guida e beneficiare della Sua indiscutibile rarità di persona e professionista. E anche dedicare, in questa sede, a fine articolo, a tutte le piccole/grandi persone-studenti che mi hanno fatto dono dell'esperienza in oggetto, una lettera/preghiera scritta da Don Tonino Bello nel 1985, e che sento attuale in assonanza a questa,

forse, "era" pandemica, certamente penalizzante per i piccoli, ormai, anche dai banchi di scuola.

Considerando, forse, la "deprivazione" in ogni sua forma, non meno gravosa di quella cosiddetta da cibo, ho voluto riadattare per l'occasione quello scritto di Don Tonino Bello e provare anche a chiedere scusa per ogni disagio involontariamente arrecato, soprattutto a loro, a causa di una situazione generale inadeguata, ricordando che "chiedere scusa" è l'esercizio più difficile da compiersi per meritarsi "la patente di guida dei comportamenti!"

L'UNICEF ROVESCIATO di Don Tonino Bello (versione adattata nell'unica dicitura sottolineata)
Cari bambini, costretti alle restrizioni da Pandemia/Covid'19, che aspettate a costruire un organismo internazionale per assistere gli adulti occidentali? Perché, vedete, la televisione ci mostra ogni tanto i corpi denutriti dei bambini d'Etiopia, ma se ci fossero gli strumenti adatti per portare sullo schermo le piaghe dell'anima adulta, sono certo che sareste voi a muovervi a pietà.

Fate presto, bambini-

Fate una colletta dei vostri sogni impossibili. E inviateci subito il pacco dono della vostra misericordia. A noi adulti è più necessario di quanto non siano necessarie a voi le scatole confezionate delle nostre proteine! Perché voi, bambini... avete bisogno delle nostre calorie. Ma noi grandi, figli dell'opulenza e inquilini di uno squallido Terzo Mondo Morale, abbiamo bisogno del vostro calore. Fate presto, perché qui si muore..."

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 n.24 (da pag.218), Dicembre 2019

- **Altamura**, Annarita
Una Commissione Pluridisciplinare per la Salute... Premesse di un progetto sperimentale per le istituzioni scolastiche, in tempo di emergenza da Pandemia/COVID'19.
Notiziario PsicoPuglia n.26 (da pag.164), Gennaio 2021
- **Ancona**, Leonardo <Bion e Foulkes...>
Abstract, Rivista Telematica Scientifica dell'Università La Sapienza di Roma, "Funzione Gamma", registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)
- **Bello**, Antonio (Don Tonino 1985) <Fate presto bambini>
Meridiana Ed. 2010
- **Bion**, Wilfred Ruprecht (1961) <Esperienze nei gruppi>
Armando Ed. 2009
- **Cornoldi** Cesare, < Metacognizione e apprendimento >
Il Mulino Ed. 1995
- **Foulkes**, Siegmund Heinrich (1964)
Analisi terapeutica di gruppo
Boringhieri, Torino Ed.1967
- **Freud**, Sigmund Schlomo (1921).
Psicologie delle Masse e Analisi dell'Io.
Prima Edizione italiana. 1946
- **Ianes**, Dario e **Cramerotti**, Sofia (a cura di)
<Compresenza didattica inclusiva> fra le <Metodologie e percorsi per la didattica, l'educazione, la riabilitazione, il recupero e il sostegno>,
Collana diretta da Dario Ianes
Erikson (Le Guide) Ed. 2015
- **Patella**, Alberto <CASO R. Mentegruppo nello status analitico nascente del contesto clinico>
F. Angeli, Ed. 2004
- **Patella**, Alberto <Scollusione clinica. Training Gruppoanalitico in Educazione Continua in Medicina (ECM)>
F. Angeli, Ed. 2020
- **Von Platen**, Alice in <Antipgmalione. Gruppoanalisi e Rivoluzione formativa>
F. Angeli, Ed. 2003



ARTE E PSICHE

APPLICAZIONE NELLA RELAZIONE D'AIUTO

Lucia Brunone

Psicologa clinica
Psicoterapeuta Sistemico Relazionale
e Familiare in formazione

Paola Annese

Psicologa Psicoterapeuta
Cognitivo-Comportamentale
Analista del Comportamento BCBA

Annachiara Spada

Docente MIUR
Arteterapeuta in formazione

“Quando un bambino ti mostra un foglio pieno di scarabocchi, ti sta mostrando una parte del suo mondo, di se stesso”

Evi Crotti

RIASSUNTO

Le relazioni della psicologia con l'arte rivestono particolare rilevanza negli studi della Psicologia della Gestalt e della teoria della percezione, spesso mediati da prospettive cognitive, e quelli che fanno capo alle diverse scuole psicoanalitiche, che hanno dato importanti contributi anche nell'ambito della critica e della teoria della letteratura.

L'obiettivo della psicologia dell'arte è cercare di

individuare e comprendere quali processi mentali siano coinvolti nella produzione artistica, quali fattori determinino la poetica e le peculiarità di un artista, ma anche quali processi psicologici caratterizzino la fruizione, l'apprezzamento o il non apprezzamento estetico e i sentimenti di empatia.

Contributi essenziali alla psicologia dell'arte sono stati forniti dalla psicologia della Gestalt, che considera l'opera d'arte soprattutto da un punto di vista percettivo (Arnheim, 1987). Queste ricerche si intrecciano spesso a una prospettiva di tipo cognitivista (Argenton, 1996).



Inoltre, in letteratura, si è messo in evidenza il valore terapeutico della *creatività* attraverso le arti terapie. Il fine è quello di cercare di risolvere o attenuare il disagio dei pazienti, che può essere psichico, sociale, fisico. Questo modello terapeutico, che al linguaggio verbale spesso sostituisce o accompagna quello più semplice e diretto "non verbale", può fare ricorso all'utilizzo di materiali molto vari tra cui colori, disegni, foglie e sassi e altri oggetti naturali. Tale approccio oggi è presente in ambito sanitario, riabilitativo e formativo (Rossi, 2017).

PAROLE CHIAVE

Psicologia dell'arte, Arteterapia, Alfabetizzazione emotiva, Creatività, Comunicazione non verbale, Autismo.

INTRODUZIONE

"Io sono io. Tu sei tu. Io non sono al mondo per soddisfare le tue aspettative. Tu non sei al mondo per soddisfare le mie aspettative. Io faccio la mia cosa. Tu fai la tua cosa. Se ci incontreremo sarà bellissimo; altri-

menti non ci sarà stato niente da fare" (Preghiera della Gestalt - Friedrich Salomon Perls). Questa citazione ha influenzato la psicologia contemporanea e le terapie moderne inclusa l'arteterapia.

L'arteterapia viene usata per superare situazioni di blocco o di emarginazione, favorendo l'attività espressiva dei pazienti. Non vi sono intenti nozionistici o didattici: lo scopo non è la creazione di un prodotto artistico esteticamente apprezzabile, ma il processo creativo e il progredire del rapporto tra paziente e terapeuta.

In questa presentazione le autrici hanno voluto trattare l'arteterapia intesa come un processo terapeutico che utilizza come modalità principale il ricorso all'espressione artistica allo scopo di promuovere il benessere nella sua totalità per una migliore qualità di vita.

PSICOLOGIA E ARTE

Parlare di psicologia e del suo interesse alla sfera dell'arte significherebbe tentare di penetrare in



un'area complessa e poliedrica per la quale una trattazione esaustiva risulta pressoché impossibile, tuttavia proviamo a ricordare alcuni autori.

Nella maggior parte della storia dell'uomo, è molto forte la paura nei confronti della malattia mentale. Diversi ed importanti autori, del XIX e XX secolo hanno creato un contesto più umano ed accogliente per il malato psichiatrico. **Freud** (1911) si interessò all'arte e definisce l'artista come colui che trasforma le sue fantasie in una creazione artistica invece che in sintomi (Rezzonico, Iacchia, Monticelli, 2018). Per Freud il prodotto artistico è lo *specchio* del mondo interiore della persona, delle sue strutture e dei suoi processi psichici, e quindi il risultato creativo diventa materiale di interpretazione per l'analista. **Jung Carl** (1966), invece, parla di arte come un mezzo per contattare ed esprimere le immagini che appartengono all'inconscio. Freud si concentra sul prodotto artistico, Jung invece pone l'attenzione sul processo creativo il quale consiste nell'attivare le immagini archetipiche inconse, rielaborarle e svilupparle in un prodotto finito. L'artista quindi traduce le immagini archetipiche presenti nel profondo dell'inconscio e le rende comprensibili a tutti, attraverso il linguaggio del presente. A partire dalla sua teoria degli *archetipi* e dal concetto di inconscio collettivo, Jung attribuisce all'arte un valore sociale, in quanto mezzo fondamentale di comunicazione, dove le emozioni individuali diventano generali e collettive.

Quest'ultimo concetto è stato di interesse anche di **Vygotskij** (1972) il quale si è occupato del concetto di creatività e di immaginazione, due momenti integranti e indispensabili per conoscere la realtà. La creatività è uno stimolo per ricercare nuove soluzioni e cambiamenti, dunque l'arte non è più una fuga dalla realtà, bensì uno strumento di conoscenza indispensabile.

ARTETERAPIA E LE SUE ORIGINI

L'arteterapia è una pratica non del tutto moderna che trova la sua origine in tempi remoti, ovvero in quel mondo antico caratterizzato dall'intreccio tra

arte e guarigione. L'uomo, nell'arco di tutta la sua esistenza, ha sempre espresso le sue immagini mentali attraverso i graffiti sui muri, la terracotta, la musica, le invenzioni, i balli, i riti, la scrittura.

Il percorso delle arti creative, spesso si è intrecciato, fin dall'antichità, con quello della salute mentale. A tal proposito, è utile ricordare che gli Egizi incoraggiavano le persone affette da disturbi mentali a *perseguire interessi artistici e frequentare concerti e balletti*. Gli Antichi Greci attraverso il teatro e la musica favorivano la catarsi, liberare le emozioni represses e ritornare ad una vita equilibrata. I Romani ritenevano che studiare letteratura potesse alleviare le sofferenze umane e che la musica lenisse la melanconia; durante il Periodo Medievale l'arte intesa come cura dei disturbi emotivi subì un vero declino, venne infatti sostituita dalla magia e dalla superstizione. Dal Rinascimento in poi, in Europa, cambia la concezione dell'arte e dell'artista: l'opera d'arte viene vista come una sorta di strumento terapeutico che permette l'espressione di una realtà fantastica, che altrimenti l'avrebbe potuto portare alla follia (Molteni, 2007) mentre l'artista viene concepito come una figura dotata di particolare sensibilità. Durante la Rivoluzione industriale, in Inghilterra, fu presente un approccio noto come "terapia morale": i pazienti con disturbi mentali venivano accolti in rifugi in campagna e qui ricevevano cure, assistenza e svolgevano attività artistiche come la pittura, scultura e musica (in uno di questi rifugi **Vincent Van Gogh** trascorse buona parte della sua esistenza). Nel XX secolo vengono mossi i primi passi verso l'Arteterapia così come viene intesa oggi grazie ad alcuni noti autori. L'arteterapia entra in contatto con la medicina soprattutto nell'ambito del disagio mentale, trovando posto negli ospedali psichiatrici agli inizi del XIX secolo (Viola, 2015).

Warren (1995) affermava che nell'atto di creazione di ciascun individuo l'arte nutre l'anima, coinvolge le emozioni e libera lo spirito e questo può incoraggiare le persone a fare qualcosa semplicemente perché vogliono farlo. L'arte può mo-

tivare tantissimo, poiché ci si riappropria, materialmente e simbolicamente, del diritto naturale di produrre un'impronta che nessun altro potrebbe lasciare ed attraverso la quale esprimiamo la scintilla individuale della nostra umanità.

Coloro le quali sono considerate le vere fondatrici dell'arteterapia sono Margaret Naumburg e Edith Kramer. **Margaret Naumburg** (1966), psichiatra e psicanalista, è molto vicina alla visione di Freud e considera il prodotto artistico del paziente come uno strumento che permette di accedere ai suoi contenuti inconsci, da utilizzare durante la terapia e che va interpretato per favorire l'*insight* e la risoluzione dei conflitti interni. L'arte come strumento *a scopo* terapeutico e non arte *come* terapia. **Edith Kramer** (1977) pone l'attenzione sul processo creativo come strumento terapeutico. L'espressione artistica del paziente non è vista solo come mezzo per l'espressione dei conflitti inconsci, ma come strumento per la loro risoluzione e come risorsa per la crescita e la maturazione personale: arte *come* terapia. Dalla Kramer in poi si può parlare di arteterapia vera e propria, dove il soggetto è impegnato nell'attività sensoriale, immerso nei simboli e nelle metafore, luogo dove si identificano ed esprimono le proprie emozioni, strumento che aiuta a comprendere e risolvere delle difficoltà. Altri autori sono intervenuti successivamente nel documentare le esperienze e le evoluzioni dell'arteterapia; ai giorni nostri la disciplina viene colorata da vari approcci: psicodinamico, umanistico, dell'apprendimento e dello sviluppo, sistemico e della terapia familiare, psicoanalitico, cognitivista, gestaltico, dell'analisi transazionale e, in generale, da tutti quegli approcci terapeutici che hanno lo scopo di riconciliare i conflitti emotivi, promuovere l'autoconsapevolezza e l'accettazione di sé, sviluppare abilità relazionali e comunicative.

Arteterapeuta Vs Psicologo

Sia nella realtà inglese che in quella americana ci si pose subito la domanda se coloro che si occupavano dell'arte terapia dovessero essere artisti o psicologi.

Tra gli anni '60/'70 furono istituite le prime scuole di formazione in arte terapia. Si stabilì che i requisiti necessari per poter operare in questo campo dovessero appartenere a entrambe le professionalità: quindi a chi era in possesso di una laurea in arte veniva richiesto un volontariato nel campo della salute mentale, mentre a chi usciva da una laurea in filosofia, psicologia o medicina, veniva richiesta una formazione personale in campo artistico.

Durante la fine degli anni '80 vi furono ampi dibattiti all'interno dell'Associazione degli Arte Terapeuti su quanto l'arte terapia dovesse ancorarsi alle funzioni terapeutiche dell'arte o quanto dovesse fondarsi sui principi delle psicoterapie a indirizzo psicoanalitico. Alla domanda su quale fosse il fattore terapeutico principale degli interventi di arte terapia, si formarono inizialmente due fronti: uno rispondeva "la creatività"; un altro rispondeva "il rapporto paziente-terapeuta". Si formò infine un forte gruppo intermedio che propendé per l'unione delle due tendenze ed evitò scissioni interne all'Associazione. La frase chiave era ed è tutt'ora che: *"l'arte terapeuta deve lavorare con le immagini, all'interno del rapporto terapeutico"*. Nel 2003 l'Associazione Britannica degli Arte Terapeuti, che ne frattempo aveva raggiunto circa duemila iscritti, ridefiniva il ruolo dell'arte terapeuta: *"Facilitatore, attraverso l'uso di materiali artistici, in un ambiente protetto, l'auto espressione, la riflessione, il cambiamento e la crescita personale"*.

La funzione terapeutica è legata a obiettivi specifici:

- Prevenire o limitare la situazione di emarginazione psicologica o sociale
- Sollecitare l'espressione adeguata delle emozioni.
- Migliorare il benessere psicologico, sociale e la qualità di vita.
- Contenimento stati di rabbia, agitazione e stress.



Possiamo quindi dire che gli obiettivi generali comuni dell'arte terapia e della psicologia sono quelli di favorire l'equilibrio del mondo emotivo e più in generale la crescita personale dell'individuo.

L'Arteterapia in Italia

In Italia, con l'arrivo della legge Basaglia del maggio 1978, l'arte terapia entra nelle strutture psichiatriche per diffondersi poi in numerosi altri contesti.

Franco Basaglia ha permesso la *deistituzionalizzazione* e la nascita di una *psichiatria alternativa*. Il malato non è più visto come un oggetto da mettere a tacere, ma come una persona degna di esistere, di esprimersi e al quale va restituita la parola. L'arte per Basaglia è uno strumento sia riabilitativo che socializzante. Nel libro *"L'istituzione negata"* del 1968, dove si riportano estratti di vita all'interno del manicomio di Gorizia, si evince come il canto e la musica fossero usati come mezzi riabilitativi, gettando così le basi ad un approccio musicoterapico alla malattia mentale. Nel 1973 viene aperto il laboratorio artistico "Arcobaleno" dove i ricoverati sono liberi di andare per lasciare una traccia di sé

attraverso la scrittura, il disegno e la pittura, ma anche per trovare un ambiente aperto al dialogo, al confronto e alla partecipazione collettiva. È qui che nasce l'idea di dare vita a "Marco Cavallo", l'enorme cavallo di cartapesta che sarà costruito ed abbellito dai ricoverati e che diventerà l'emblema del riscatto e della liberazione quando abatterà il cancello del manicomio ed uscirà all'aperto, in piena città, seguito da una folla di ricoverati in festa (Pitrelli, 2004).

Si può dunque capire come Franco Basaglia avesse intuito tutta la rilevanza e l'energia che l'arte può scatenare per modificare e migliorare il mondo. Concetto che psicologi e arteterapeuti dovrebbero sempre ricordare nella pratica quotidiana, in relazione con il mondo del disagio e dell'esclusione.

Ad oggi, l'arteterapia è ampiamente applicata negli ambiti del sociale, della sanità e della scuola: si va dai servizi psichiatrici a quelli per la disabilità, dai centri di recupero per tossicodipendenti alle strutture per l'adolescenza, dalle scuole alle aziende socio-sanitarie. Non mancano all'appello



i reparti ospedalieri, i centri di riabilitazione, gli Istituti penitenziari, i centri diurni e di ricovero per anziani, gli studi di psicoterapia e medici. Attualmente la figura dell'arteterapeuta, o artista terapeuta, rientra nell'insieme eterogeneo delle *professioni non organizzate*, attualmente riconosciute e citate dalla Legge 14 gennaio 2013, n. 4. Il CNOP, all'interno delle sue attività di tutela della professione e della salute dei cittadini, ha richiesto ad UNI (Ente Italiano di Normazione) e al Ministero della Salute che nell'ambito delle arti-terapie, ogni forma di terapia debba essere necessariamente nella diretta responsabilità di un sanitario abilitato per legge ad attività di cura (psicologo o medico psicoterapeuta). Il CNOP inoltre è presente nella commissione tecnica di UNI per un monitoraggio costante delle iniziative, al fine di evitare la regolazione di attività che si sovrappongono a quelle psicologiche.

IL DECALOGO DELL'ARTE TERAPEUTA

Metodologia dell'espressione

- 1. Concentrazione.** Facilitare uno stato mentale di calma e benessere, attraverso il silenzio, l'uso dei materiali artistici e la concentrazione del sé.
- 2. Comunicazione concreta.** Rispettare l'immagine concreta non simbolica: può essere una immagine gestuale, sensoriale, decorativa, informativa, stereotipa, frammentata, imitativa ed altro.
- 3. Catarsi protetta.** Offrire la possibilità di esternalizzare il proprio vissuto, anche di negatività e di sofferenza, in una modalità non verbale e non riflessiva, liberatoria e protetta.
- 4. Creatività.** Stimolare, attraverso l'uso dei materiali e dell'immaginazione, l'esperienza creativa, caratterizzata da spontaneità, energia, materiale inconscio, nuovi significati.
- 5. Comunicazione simbolica.** Aiutare l'emergere di immagini che siano simboliche del mondo interno del **paziente**; facilitare il passaggio dalle immagini concrete a quelle simboliche.

Metodologia dell'elaborazione

- 1. Contenimento.** Mantenere l'empatia con il paziente attraverso i tre livelli del contenimento: l'immagine, il setting e mente del terapeuta; usare i diversi livelli nei momenti opportuni, per ricevere i messaggi del paziente, armonizzare gli opposti, integrare i frammenti.
- 2. Contatto dinamico.** Stabilire un contatto dinamico con il paziente, aiutandolo sia ad entrare nelle sue immagini che a distanziarsene, per rafforzare l'io osservante.
- 3. Connessioni.** Incoraggiare il paziente a mettersi in un rapporto consapevole con le sue immagini: condividere il processo creativo; dialogare con l'immagine ed esplorare fantasia e favole; lasciar emergere ricordi ed entrare nella narrazione del sé.
- 4. Cambiamenti.** Lavorare a livello simbolico per esplorare possibili cambiamenti: modifiche all'immagine stessa; immagini alternative; traduzione in altri linguaggi.
- 5. Consapevolezza.** Seguire la spirale del processo terapeutico, per promuovere la consapevolezza del paziente in un contesto allargato nello spazio e nel tempo (rapporti intrapsichici e interpersonali; presente e passato; fantasia e realtà) (Luzzatto, 2018).

LA COMUNICAZIONE

Watzlawick (1967), studioso delle comunicazioni, scrive che gran parte delle sofferenze nei rapporti interpersonali derivano da difficoltà o incapacità di comunicare, o dal desiderio di non comunicare, o dalla volontà di comunicare in modo ambiguo, o dalle comunicazioni patologiche. Nella psicoterapia è essenziale imparare a *metacomunicare*, mentre in arte terapia si può fare un'immagine ed insieme si può parlare di come l'immagine è emersa, e come fa sentire chi la guarda, che significato può avere, quali altre immagini possono seguire.



Gli psicoterapeuti e psicoanalisti usano nel loro lavoro le *immagini mentali* dei pazienti: dai ricordi alle fantasie, dalle paure alle speranze. Freud (1980) dava una grande importanza alle immagini dei sogni; Jung (1959) aveva elaborato il metodo dell'immaginazione attiva. I terapeuti che lavorano con le metafore hanno teorizzato che nella comunicazione indiretta metaforica il cliente riesce a condividere anche quello che nella comunicazione verbale diretta tiene per sé (Gilligan, 1987). Nell'arte terapia la comunicazione non è solo indiretta, ma anche esterna (Horowitz, 1983), e nel setting dell'arte terapia l'immagine, essendo esterna, diventa un *terzo oggetto* che funziona come *partner silenzioso* dell'arte terapeuta (Landgarten & Lubbers, 1991).

In questo triangolo la comunicazione si svolge su tre livelli:

- a) Dimensione espressivo-creativa (facilita la comunicazione non verbale e intra-psichica tra il paziente e l'immagine).
- b) Dimensione simbolico-cognitiva (comunicazione tra paziente e arte terapeuta attraverso l'immagine, in presenza di entrambi. Favorisce l'elaborazione delle emozioni).
- c) Dimensione interattivo-analitica (comunicazione diretta e prevalentemente verbale tra paziente e arte terapeuta) (Luzzatto, 2018).

LA CREATIVITÀ

Stimolare, attraverso l'uso dei materiali e dell'immaginazione, l'esperienza creativa, caratterizzata da spontaneità, energia, materiale inconscio, nuovi significati (Luzzatto, 2018).

Da sempre, scrittori e filosofi si domandano che cosa sia la creatività e non si è mai trovata una unica risposta esauriente.

Alcuni psicoanalisti interessati alla creatività identificano nell'esperienza creativa un potenziale di integrazione tra attività inconscia ed elaborazione consapevole (Arieti, 1974; Milner, 1968, 1994). Sostiene Claudio **Naranjo** (2015), psichiatra, psicoterapeuta e maggior esponente della teoria

della Gestalt nel mondo, che: "*La musica, meravigliosa espressione artistica, è un alimento psico-spirituale che ci guarisce e ci rende persone migliori*".

La creatività è collegata con l'emisfero cerebrale destro che è deputato al linguaggio non verbale, all'immaginazione, all'intuizione (Muret, 1983). Da ciò si evince che l'attività artistica permette di canalizzare forti emozioni, come la rabbia, l'aggressività, la malinconia, l'ansia e la depressione e di rendere conto del carattere liberatorio dell'arte in genere, contribuendo così all'alfabetizzazione emotiva.

Gli Arti terapeuti vedono spesso nel processo creativo uno strumento terapeutico di per sé, che può condurre all'uso della creatività anche nella vita personale e nell'accrescimento della fiducia in sé stessi come agenti attivi di cambiamenti nella propria vita. Le tecniche che possono facilitare l'emergere di immagini simboliche si possono raggruppare in tre categorie fondamentali: la prima crea contatto con il materiale artistico; la seconda predilige la visione delle forme, ne valuta l'equilibrio, il ritmo, il movimento; la terza ne introduce il significato, anche attraverso la sua negazione, e ne definisce la natura attraverso la sua descrizione. Il dialogo delle tre conferma la flessibilità adattiva e creatrice dell'essere umano (Della Cagnoletta, 2010).

L'arte terapeuta può usare vari modi per facilitare una esperienza creativa nei suoi pazienti, valorizzando la spontaneità (scarabocchio di Winnicott) o guidando nel sperimentare i vari materiali. È fondamentale rispettare i *silenzi* che il paziente attiva da solo, ma anche suggerire tecniche facilitanti, proposte espressive, adatte al paziente e al momento. Ogni oggetto artistico prodotto in arteterapia, veicola la comunicazione tra paziente e terapeuta e porta due valenze: la valenza reale e la valenza simbolica. Esso è l'oggetto nuovo offerto alla relazione terapeutica che ha in sé diverse funzioni: trasformativa, riparatrice, transizionale, sintetica, contenitrice. L'oggetto creato è il luogo dove il paziente si riconosce, esprime l'immagine di Sé e può elaborarla per costruire autostima e accettazione (Della Cagnoletta, 2010).

APPLICAZIONI NELL'AUTISMO

Le arti-terapie attraverso stimoli musicali, pittorici, motori e in generale non-verbali, agiscono in virtù del fatto che ri-attivano sinestesicamente quella percezione sensoriale che caratterizza le prime esperienze di ogni essere umano che accanto ad una stimolazione neuro-cognitiva, consente il "ri-attraversamento" e quindi la ri-apertura di file che hanno perso il loro codice di accesso naturale ma che possono essere ri-sperimentati a livello sensoriale (Stern, 1987).

L'autismo è un Disturbo del Neurosviluppo, che compare nei primi anni di vita del bambino, e si manifesta con difficoltà nel linguaggio, nella comunicazione e nell'interazione sociale, e con la presenza di comportamenti, interessi e attività ristretti e ripetitivi; spesso nei soggetti autistici è presente una percezione sensoriale modificata. L'autismo presenta sintomi e livelli di gravità notevolmente differenti tra loro, perciò oggi si parla di "disturbi dello spettro dell'autismo" (DSM-5). Il bambino autistico presenta notevoli difficoltà nel comunicare appieno con il mondo esterno, data la forte compromissione nell'area relazionale ed in quella espressiva. Per interagire con lui e stimolarlo occorre quindi trovare una modalità *alternativa* e numerosi sono gli studi che rintracciano proprio nell'Arteterapia una valida possibilità (Daklandes, 2015; Luzzatto, 2018).

L'Arteterapia è utile nel trattamento dell'autismo?

L'arte terapia è lo strumento con cui si utilizza il materiale artistico per favorire processi di comunicazione in pazienti che spesso hanno difficoltà a usare il linguaggio verbale.

Le innumerevoli tecniche servono a dare al bambino esperienze sensoriali, corporee, emozionali, intellettive e verbali e aprono all'immaginazione dell'adulto (sia esso psicoterapeuta, insegnante, educatore o genitore) un'infinita gamma di possibilità creative per comprendere i bambini e aiutarli a superare le loro difficoltà (Daklandes, 2015).

La recente letteratura dimostra l'efficacia di tale approccio ed in particolare la capacità di gestione dei problemi sensoriali, l'incremento dell'immaginazione, sia riguardo ad una migliore capacità di espressione facciale e l'incremento del riconoscimento emotivo (Rossi, 2017).

Il bambino autistico mostrerebbe una inclinazione verso la musica e verso l'arte. Il suono e ritmo possono facilitare e favorire la relazione, l'espressione, la comunicazione, l'apprendimento, la motricità (Caruso, 1997).

L'arte terapia consente al bambino autistico di comunicare con il mondo esterno attraverso un linguaggio più semplice, che gli permette di sentirsi maggiormente a proprio agio nelle sue espressioni corporee e linguistiche, entrare in contatto ed esprimere le sue emozioni e i suoi stati d'animo attraverso un *linguaggio universale*: il linguaggio dell'arte.

Inoltre, incoraggiare all'utilizzo dei colori consente al bambino la libertà di utilizzare e manipolare colori pastosi, facendogli apprezzare le varie caratteristiche, e lasciando via libera alla creatività.



Figura 1



ESPERIENZA INEDITA

Le autrici hanno ritenuto utile mettere in campo tale approccio integrato nella relazione d'aiuto, in particolare con un ragazzo di anni 14 frequentante la scuola secondaria di primo grado affetto da "Disturbo dello spettro dell'autismo" (DSM-5). Il bisogno nasceva da un'attenta osservazione in cui era emersa la difficoltà di apertura comunicativa delle proprie emozioni in associazione a delle "stereotipie" grafiche con l'uso di forme geometriche (Fig.1). In particolare nella realizzazione della figura umana mostrava schematicità essenziale, nonostante spiccate capacità, e automatismo senza celare alcuna emozione apparente. Mostrava forte timore di sporcarsi e la scelta del materiale era casuale. Inoltre cercava costantemente la figura di un adulto riducendo al minimo la sua autonomia di scelta.



Figura 2

Attraverso l'approccio arteterapeutico della Gestalt (in sinergia tra psicologo e arteterapeuta) avvenuto in modo graduale, prima con la guida

verbale e fisica del terapeuta (Fig.2), poi in autonomia, il ragazzo ha sperimentato inizialmente vari materiali a lui familiari, successivamente quelli non familiari ed inediti, per costruire sia un setting favorevole all'apertura interiore che all'alleanza col terapeuta. Si è mirato a creare un contesto tranquillizzante e contenitivo, un clima emotivo in grado di favorire la capacità di concentrazione e/o il rilassamento.

In un'occasione specifica, in cui gli era stato affidato il compito di colorare una tela bianca di piccole dimensioni, si è osservato il suo bisogno di sconfinare lo spazio prescelto e di espandere la sua creatività e pensiero interiore su superfici sempre più grandi.



Figura 3

Un altro aspetto esperito è stato quello relativo alla stimolazione dei cinque sensi avvenuto attraverso la manipolazione diretta del colore materico e della body art (fig.3) in modo strutturato a scopo terapeutico.

Il corpo è diventato una tela su cui ha dipinto e trasferito le proprie emozioni e i propri vissuti. Tale strategia ha amplificato l'emozione percepita sulla tela/pelle attraverso sensazioni e percezioni che il corpo ha emato.

Nella terza fase, con l'utilizzo della tecnica della fotografia si è voluta raggiungere una identificazione di sé come una sorta di specchio riflesso della propria immagine ma anche di emozioni e pensieri estemporanei (Fig.4).



Figura 4

Tali passaggi graduali e diversificati hanno permesso la scelta autonoma e motivata di materiali e superfici diverse in base al suo stato d'animo del momento. Degno di nota è il cambiamento di stato creativo avvenuto durante la chiusura della scuola a causa delle restrizioni per Pandemia da Covid-19.

Infatti, la famiglia ha osservato maggior frequenza nella richiesta di dipingere, osservando il suo bisogno di comunicare un disagio attraverso l'utilizzo di colori scuri (Fig. 5).



Figura 5

Il rientro a scuola ha reso necessario il bisogno di trasferire le emozioni represses durante il periodo di restrizione su tela ,osservando gestualità energiche ricche di *patos*, pennellate dal movimento rapido e sicuro, occhi pieni di gioia e felicità che diventavano i suoi lavori (Fig.6).

L'arteterapia è uno strumento eccezionale, un medium comunicativo che utilizza il suo linguaggio senza limiti e pregiudizi. Le arti toccano la mente e il cuore e hanno tirato fuori l'anima, la sua "anima blu".



Figura 6

CONCLUSIONI

Esperienze personali di attività mirate proprio sulla conoscenza di sé, del ritratto e quindi riconoscere la figura "IO" hanno permesso di lavorare sulla personalità, sulle emozioni, sulle relazioni e sicuramente facendo venire fuori molte caratteristiche della quale non ci si aspettava.

La persona ha avuto l'opportunità di passare "dall'essere curato" al "prendersi cura di sé". Tale esperienza sul campo testimonia l'efficacia dell'approccio dell'arteterapeuta in lavoro sinergico con lo psicologo e vuol essere rappresentativo per sviluppare future esperienze nel campo delle relazioni d'aiuto.

L'auspicio è quello di poter accrescere e condividere tale comunicazione emotiva con il gruppo dei pari.

Concludiamo con la testimonianza diretta dei genitori che hanno fatto proprie le parole di Vincent Van Gogh "Non c'è bisogno che un'artista sia un prete o un fabbricatore, ma certo egli deve avere un cuore affettuoso per gli altri uomini" ed aggiungono "Un sentito grazie a coloro che stanno scoprendo questo piccolo artista incompreso".

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2014), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Arnheim, R., (1987) *Arte e percezione visiva*, traduzione italiana Feltrinelli, Milano.
- Argenton, A., (1996) *Arte e cognizione. Introduzione alla psicologia dell'arte*, Cortina Raffaello.
- Basaglia, F., (1968). *L'istituzione negata*. Einaudi 3^a ed.
- Caboara, L.P., (2017) *Arte Terapia*, Assisi, ed. Cittadella.
- Caruso, E., (1997) *Musica e terapia*, Riza Scienze, ed. Riza Srl.
- Daklandes, V., (2015). *Il gioco che guarisce. La psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*. Edizioni Pina Catania, Rende (CS).
- Del Corno, F., Lang M., (2013). *Trattamenti in setting di gruppo. Psicoterapia di gruppo, terapie familiari, artiterapie, terapie sociali*. Vol. Psicologia clinica. Edizione Franco Angeli, Milano.
- Della Cagnoletta, M., Mondino, D., Bolech, I., (2018). *Arte terapia nei gruppi. Strutture, strumenti e conduzione*. Carocci editore.
- Della Cagnoletta, M., (2010). *Arte terapia. La prospettiva psicodinamica*. Carocci editore



- Luzzatto, P. C. (2018). *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*. Cittadella Editrice, Assisi.
 - Muret, M., (1983). *Arte-terapia*, tr. It. Red, Como, 1991
 - Naranjo, C., (2015) *La musica interiore*, ed. La Llave.
 - Naumburg, M. (1966) *Dynamically oriented art therapy: its principles and practices*, Grune & Stratton, N.Y.
 - Kramer, E., (1977). *Arte come terapia nell'infanzia*. Ed. La Nuova Italia
 - Pears, F.S., (1977) *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Ed. Astrolabio
 - Pitrelli, (2004) *L'uomo che restituì la parola ai matti. Franco basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomi*, Editori Riuniti, Roma.
 - Rezzonico, G., Iacchia, E., Monticelli, M., (2018). *Mutismo selettivo. Sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*. FrancoAngeli
 - Rossi, O. (2017) (a cura di). *Arti Terapie: Applicazioni nella relazione d'aiuto*. Ed. Nuove Arti Terapie, Roma
 - Stern, D.N., (1987). *Il Mondo interpersonale del bambino*. Ed. Bollati Boringhieri.
 - Viola, D., (2015). *Disabilità collettiva. Aspetti clinici, riabilitativi e sociali*. Ed. Ferrari Sinibaldi.
 - Vigotskij, L. S., (1972). *Immaginazione e creatività nell'età infantile*. Editori Riuniti, Roma.
 - Warren, B., (1995). *Arteterapia in educazione e riabilitazione. Arti Visive, Danza, Musica, Attività teatrale, racconti, maschere e burattini*. Ed. Centro Studi Erikson
 - Winnicott, D., (1971). *Colloqui terapeutici con i bambini. Interpretazione di 300 «scarabocchi»*, Armando editore, 2000
 - Zonta, R., (1998). *Psicologia Generale, dello Sviluppo e applicata*, Edipsicologiche, Cremona
- SITOGRAFIA**
- www.benessere.com
 - www.nuoveartiterapie.net
 - www.psicoterapia.it
 - www.repubblica.it



MABASTA

UN PROTOCOLLO DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTRASTO DEI FENOMENI DI BULLISMO E CYBERBULLISMO

Mirko Filippo Silipo
Psicologo Clinico

Responsabile Sportello di
Ascolto e membro del Team
Anti-Bullismo c/o I.I.S.S.
"Galilei-Costa Scarambone" di Lecce

RIASSUNTO

In qualità di Psicologo di Istituto, responsabile di Sportello di Ascolto e membro del Team anti-bullismo, presso l'I.I.S.S. "Galilei-Costa-Scarambone" di Lecce, in diverse circostanze ho avuto la possibilità di confrontarmi con Mirko, giovane studente e Team leader del movimento M.a.b.a.st.a. Fin da subito è emerso l'impegno, la volontà e la forte motivazione nel voler dare un contributo per migliorare le cose. A suo dire, i sempre più frequenti fenomeni di **bullismo** e **cyberbullismo** non solo continuano ad esistere ma, negli anni, sono andati drammaticamente peggiorando e se fino ad oggi sono stati esclusivamente affrontati dagli "adulti", ossia: esperti e professionisti della materia (psicologi, pedagogisti, dirigenti, insegnanti, associazioni, ministeri, polizia, etc.), senza riuscire a debellarne totalmente la pericolosità personale e sociale, forse è il caso che, oltre agli esperti,

inizino ad occuparsene anche gli stessi giovani, coloro i quali sono direttamente toccati e coinvolti da tali dinamiche. Il movimento giovanile "**Mabasta**" ha proprio questo come principale scopo: per la prima volta la lotta ed il contrasto al bullismo e al cyberbullismo avviene "dal basso", per la prima volta sono i giovani stessi ad individuare e applicare possibili soluzioni, ragazze e ragazzi dai 9 ai 16 anni che diventano protagonisti attivi del loro stesso benessere. Gli adolescenti, animatori del movimento, nel tempo hanno ideato e implementato un originale "Modello", un vero e proprio protocollo che comprende alcune innovative azioni svolte dai giovani stessi e utili sia alla prevenzione, sia al contrasto dei fenomeni del bullismo e del cyberbullismo. Giovani, quindi, al centro, sia nel concepire soluzioni innovative e coinvolgenti che nella loro messa in opera. In poche parole, con il "Modello Mabasta" i giova-



ni diventano proattivi del loro vivere sociale e del welfare psicologico e fisico negli anni più importanti della loro crescita e stabilità emotiva. La figura degli adulti c'è ed è importante, soprattutto nelle fasi successive alla scoperta dei fenomeni, quando è necessaria, se non indispensabile, l'esperienza e la professionalità di persone qualificate ed esperte. La *mission* del progetto risiede nel trasformare gli studenti da spettatori passivi a protagonisti attivi del loro welfare e del loro "bene stare" a scuola. Il termine "spettatori" non è stato utilizzato a caso in quanto vengono definiti così tutti quegli studenti (la stragrande maggioranza) che non sono né "vittime" né "bulli" e su cui il Modello Mabasta fonda il concetto di "contro-branco", in contrasto al conosciuto "branco" di bulli e bulle.

PAROLE CHIAVE

Bullismo, Cyberbullismo, Prevenzione, Contrasto, Studenti, Scuola, Vittime, Team anti-bullismo.

COSTITUZIONE DEL TEAM ANTI-BULLISMO

La versione aggiornata delle Linee di Orientamento per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo (Decreto n. 18 del 13/01/2021), in continuità con le Linee di Orientamento del 2017 e nel richiamo degli interventi prefigurati dalla Legge n. 71 del 2017, rappresenta un agevole strumento di lavoro per tutti gli operatori del mondo della scuola e della sanità e per quanti, a vario titolo, si trovano a dover affrontare le problematiche afferenti al disagio giovanile che molto spesso si manifesta attraverso episodi di bullismo e cyberbullismo. Anche alla luce di ciò, l'I.I.S.S. "Galilei-Costa-Scarambone" di Lecce, attraverso la passione ed il costante impegno civico e professionale della Dirigente Scolastica – Prof.ssa Addolorata Mazzotta – e in collaborazione con partner istituzionali e altre professionalità presenti all'interno della scuola, ha concretamente realizzato interventi di "prevenzione primaria



o universale”, promuovendo un clima positivo improntato al rispetto reciproco e all’utilizzo critico e consapevole dei social network e dei media. Pertanto, coerentemente con le azioni già messe in campo dall’Istituto (aggiornamento del Patto Educativo di Responsabilità e del Regolamento di Istituto, individuazione della figura del referente di Istituto in ottemperanza alla L. 71 del 2017 e creazione della Startup M.a.B.a.st.a. – “Movimento anti Bullismo animato da studenti adolescenti”), la scuola ha puntato il focus su nuove azioni prioritarie, sostanziate nella e-policy di Istituto e nel PTOF, di seguito indicate:

- Valutazione degli studenti a rischio, osservazione del disagio, rilevazione dei comportamenti dannosi per la salute di ragazzi/e.
- Formazione mirata del personale scolastico, prevedendo la partecipazione ai moduli formativi previsti dalla piattaforma ELISA.
- Costituzione di Gruppi di Lavoro (Team An-

ti-bullismo e, di prossima costituzione, Team per l’Emergenza) sia a livello scolastico che territoriale, integrati all’occorrenza da figure specialistiche di riferimento.

- Attività di formazione/informazione rivolte a docenti, studenti, famiglie e personale ATA, sui temi dei regolamenti e delle procedure adottate dal referente per il bullismo e il cyberbullismo e dal Team anti-bullismo.
- Promozione, da parte del personale docente, di un ruolo attivo degli studenti, con attività di *peer education*, per la prevenzione e il contrasto al bullismo e al cyberbullismo.
- Diffusione della e-policy d’istituto fra i membri della comunità educante e perseguimento del suo piano d’azione e una proficua alleanza educativa.
- L’implementazione di attività di monitoraggio del

fenomeno e valutazione delle azioni realizzate.

A tal proposito, analizzando le caratteristiche dei singoli contesti, puntando al raggiungimento delle competenze civiche e favorendo processi di responsabilizzazione, al fine di ottenere una dettagliata conoscenza dei rischi ed il miglioramento delle relazioni interpersonali, presso l'I.I.S.S. "Galilei-Costa-Scarambone" di Lecce viene costituito un Team anti-bullismo a tutela dei minori e per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di bullismo e cyberbullismo.

Il Team anti-bullismo risulta così costituito:

- Dirigente scolastico - Prof.ssa Addolorata Mazzotta;
- Referenti scolastici per il contrasto del bullismo e cyberbullismo - Prof. Daniele Manni e Prof.ssa Clementina Verardi;
- Animatore digitale - Prof. Francesco Manno;
- Psicologo di Istituto - Dott. Mirko Filippo Silipo.

Nello specifico, i Referenti scolastici seguiranno il percorso di aggiornamento e formazione ministeriale attraverso la piattaforma ELISA (E-learning degli Insegnanti sulle Strategie Anti-bullismo – www.piattaformaelisa.it) e coadiuveranno la Dirigente Scolastica, lo Psicologo di Istituto e l'intero Team nella realizzazione e attuazione della e-Policy di Istituto. Inoltre, in considerazione dei percorsi di formazione effettuati e coadiuvati dallo Psicologo, i due docenti referenti, disponendo di uno specifico *know how*, rappresenteranno un punto di riferimento per tutti i docenti dell'Istituto nella gestione di eventuali casi di bullismo e/o cyberbullismo. Ulteriormente, il Team anti-bullismo opererà in raccordo con i coordinatori di educazione civica, in considerazione del fatto che la Legge 20 agosto n. 92, di introduzione dell'insegnamento scolastico dell'educazione civica, prevede nell'ambito del nuovo insegnamento uno specifico approfondimento sull'educazione alla cittadinanza digitale.

Il Team avrà i compiti di:

- Promuovere la conoscenza e la consapevolezza del bullismo e del cyberbullismo attraverso

progetti d'istituto che coinvolgano genitori, studenti e tutto il personale.

- Coordinare le attività di prevenzione e informazione sulle sanzioni previste e sulle responsabilità di natura civile e penale, anche con eventuale affiancamento di genitori e studenti.
- Intervenire come gruppo ristretto nelle situazioni acute di bullismo.

E curerà:

- La sezione web che rimanda al sito del M.I. www.generazioniconnesse.it per informazioni di carattere generale.
- Il monitoraggio sul rispetto del Regolamento sulla comunicazione e sulla pubblicazione di foto e video da parte della scuola.
- La creazione di una cassetta riservata in cui gli alunni potranno lasciare segnalazioni su eventuali episodi di bullismo ricevuti o visti.
- La pianificazione di una serie di iniziative da destinare alle azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno, rivolte a tutti gli studenti dell'istituto e alle loro famiglie.
- La promozione nella "Giornata nazionale contro il bullismo a scuola" di una riflessione in tutte le classi.
- La partecipazione ad eventi/concorsi locali e nazionali.
- Il coinvolgimento di Enti Esterni, Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Polizia Postale, Guardia di Finanza) in attività formative rivolte agli alunni e all'intera comunità.
- L'utilizzo e divulgazione tra gli insegnanti di iGloss@1.1 per l'ABC dei comportamenti devianti e dei risvolti socio-giuridici.



- Le azioni di monitoraggio dei processi e di rilevazione finale degli esiti.
- La creazione sul sito istituzionale di un'apposita sezione.

UN PO' DI STORIA

MABASTA ha la *mission* espressa nel suo stesso acronimo, ossia: "Movimento Anti Bullismo Animato da Studenti Adolescenti". È nato il 7 febbraio 2016 ad opera di una classe di 14 studenti di primo anno delle superiori (14enni), frequentanti l'Istituto "Galilei-Costa-Scarambone" di Lecce, scuola nota e conosciuta, anche all'estero, per la sua ultradecennale esperienza nel rendere gli studenti "imprenditori" di se stessi, ideando e realizzando piccole startup reali, sia di tipo business che sociali (come il caso di "Mabasta"). Ad incentivarne la nascita è stato un caso di cronaca riportato da tutti i maggiori media nazionali e riguardante il tentato suicidio di una 12enne di Pordenone a causa di azioni di bullismo da parte dei compagni di classe. Essendo studenti di una scuola, appunto, che da anni incentiva e sprona gli studenti a "fare", hanno deciso di ideare qualcosa di concreto in tal senso. Pochi giorni dopo l'annuncio del progetto, il 16 febbraio, il Corriere della Sera ha pubblicato un bellissimo e ricco articolo in prima pagina.

Esplode il "caso" mediatico. Se ne parla nei Tg nazionali, alla radio e a Striscia La Notizia. Nove mesi dopo, nell'autunno del 2016, il Presidente Mattarella concede al Movimento la Medaglia di Alfiere della Repubblica mentre, esattamente ad un anno dalla nascita, il 7 febbraio 2017, i ragazzi di Mabasta sono stati sul palco di Sanremo, invitati da Carlo Conti e Maria De Filippi. Da allora i ragazzi hanno conosciuto e interagito con Papa Francesco, l'attore Tom Holland (Spider-Man), Panini Comics, Piero Pelù, Sergio Sylvestre e tanti altri. In questi anni "Mabasta" ha ricevuto innumerevoli premi e riconoscimenti, anche internazionali, tra cui la vittoria del contest mondiale per imprese sociali "Open F@b" di Bnp Paribas Cardif, il titolo di "Best Student Startup" agli "South Europe Star-



tup Awards", il "Terra del Sole Award", il "Premio Virtù e Conoscenza", il "Premio Fabula" e il "Premio Civetta". A giugno 2020 gli ideatori e animatori hanno terminato l'ultimo anno delle superiori ed il progetto è in fase di passaggio da movimento studentesco a Impresa Sociale.

IL MODELLO MABASTA

Il fulcro di tutto il progetto è il cosiddetto "Modello Mabasta", che vede introdotti in classe al-



cuni originali concetti e figure come, ad esempio, la BulliBox, il MabaProf, il MabaTest, il MabaDAD, i Bulliziotti e le Bulliziotte e le classi debullizzate. Negli ultimi cinque anni, grazie agli inviti ricevuti da scuole in tutta Italia, i giovani animatori del movimento hanno potuto interagire con migliaia di studenti, dalla 4° elementare alla 2° superiore e, attraverso interviste e dialoghi, hanno potuto, appunto, ideare ed elaborare questo innovativo Modello, un protocollo di sei azioni svolte quasi esclusivamente dagli studenti stessi e in grado sia di far emergere eventuali fenomeni in atto, sia di sensibilizzare e formare i ragazzi.

Le azioni sono utili a prevenire, contrastare e, potenzialmente, debellare ogni forma di bullismo e cyberbullismo in età scolare. Il "Modello Mabasta"

è quindi il servizio/prodotto di punta del Movimento e le azioni che lo compongono sono nella quasi totalità svolte dal basso, dagli studenti stessi.

LE SEI AZIONI DEL MODELLO MABASTA

Il Modello è illustrato nei dettagli sul sito ufficiale di "Mabasta" (www.mabasta.org/modello.html) e, in sintesi, comprende:

- La **prima azione** consiste nello scegliere in ogni classe, da parte degli studenti, un "**MabaProf**" ossia un docente referente per il bullismo. Può essere il/la coordinatore oppure il/la professore/ssa con il/la quale gli alunni hanno più empatia o con cui riescono ad aprirsi meglio.
- La **seconda azione** è la compilazione da parte di tutti gli alunni della classe del "**MabaTest**", un questionario anonimo utile sia per sondare la situazione presente in classe, e capire se sono presenti eventuali forme di bullismo e/o cyberbullismo, sia per fornire indirettamente ai compilatori informazioni e conoscenze spesso ignorate.
- La **terza azione** consiste nel far eleggere da parte degli studenti della classe chi tra loro avrà il titolo di **Bulliziotto** e **Bulliziotta di classe**, normali alunni che avranno il compito di tenere occhi e orecchie ben aperte per scoprire eventuali focolai. Questo è un ruolo molto importante che va affidato a ragazzi in quanto essi sono i primi a venire a conoscenza di eventuali episodi critici e, pertanto, in grado di intervenire tempestivamente.
- La **quarta azione** prevede l'installazione nella classe (o nella scuola) di una "**BulliBox**", un'urna nella quale chiunque, anche in modo anonimo, può imbuicare segnalazioni su eventuali situazioni di pericolo. Sarà poi cura del MabaProf o del referente d'istituto per il bullismo verificare la veridicità della denuncia e, eventualmente, prendere provvedimenti.
- La **quinta azione** è il "**MabaDAD – Digital Anti-bullying Desk**", una sorta di Bullibox online accessibile all'indirizzo www.mabasta.org/dad.html che permette a chiunque di effettuare segnalazioni (anche in forma anonima) attraverso



so smartphone, tablet e pc. Il centro d'ascolto digitale è sempre attivo e ogni segnalazione va inoltrata al personale responsabile della scuola o agli Esperti del caso (Dirigenti scolastici, polizia postale, psicologi ecc....).

- La **sesta azione**, più che un'azione è lo scopo di tutto il Modello, è raggiungere lo stato di "**Classe Debullizzata**", traguardo in cui gli studenti dichiarano di essere privi di ogni forma di sopruso.

INNOVATIVITÀ

La grande e profonda innovatività introdotta da Mabasta è celata nel suo acronimo, infatti è il primo Movimento Anti Bullismo Animato da Studenti Adolescenti. Gli animatori del movimento, i creatori delle azioni risolutive (Modello Mabasta) ed i destinatari e beneficiari del progetto sono giovani. Infatti, le sei azioni del Modello sono svolte quasi esclusivamente da parte degli studenti della classe, quindi sono loro stessi a mettersi in gioco e tentare di risolvere un loro problema.

Un secondo aspetto innovativo è il coinvolgimento del mondo dello Sport italiano. Infatti, da Agosto 2020 i ragazzi di Mabasta sono entrati nel mondo dello sport con il progetto "1000 a 0 – Sport Vince Bullismo Perde" e in solo nove mesi sono riusciti ad ottenere il patrocinio di Sport e Salute (CONI), Comitato Italiano Paralimpico, 35 Federazioni Nazionali (FIGC, FIPAV, FIR), 4 Leghe Nazionali, 10 fondazioni (Con il Sud, Golinelli, ActionAid, ecc.) e centinaia di squadre e team.

Per la prima volta si uniscono i sani valori e principi del gioco di squadra e del fair play, con i valori che Mabasta porta nelle classi, ovvero i 2 comandamenti di Mabasta:

- Non fare a gli altri ciò che non vorresti che gli altri facessero a te.
- Fai a gli altri ciò che vorresti che gli altri facessero a te.

VALORE AGGIUNTO

Nel corso dei cinque anni di attività di Mabasta sono stati creati due macro-progetti: "Mabasta Bullismo nelle Scuole" e "1000 a 0 – Sport Vince

Bullismo Perde". Quest'ultimo ha apportato un valore aggiunto al progetto, infatti la forte interazione con il mondo dello Sport ha contribuito al rafforzamento dei principi e dei valori propri degli atteggiamenti lontani dal bullismo come il rispetto dell'avversario e il gioco di squadra.

Il 22 febbraio 2021, insieme a tutti i partner nazionali, Mabasta ha ideato e celebrato la "1° Giornata Nazionale Sport vs Bullismo", che ha visto la partecipazione attiva dei due CT delle Nazionali italiane di calcio, Roberto Mancini e Milena Bertolini, oltre ad innumerevoli campioni, top player e medagliati di ogni genere di sport.

GLI IDEATORI

Tutto ciò è stato possibile grazie all'impegno e alla voglia di risolvere questa problematica da parte di alcuni studenti di 14-19 anni, gli animatori del movimento Mabasta. A giugno 2020 i fondatori della Startup sociale si sono diplomati e il testimone è passato in mano a 25 ragazzi di una 2° classe sempre dell'Istituto "Galilei-Costa-Scarambone" di Lecce. Sono capitanati dal Team leader, nonché co-fondatore, Mirko Cazzato e tutto il movimento è supervisionato dal pluri-premiato docente Daniele Manni. Questo il pensiero del giovane Team leader: *"Se una sola classe, composta da semplici "ragazzini", è riuscita a realizzare tutto ciò, cosa possono fare 10, 100, 1000 classi tutte insieme contro i pessimi fenomeni del bullismo e del cyberbullismo? Il nostro obiettivo è arrivare in ogni singola classe d'Italia e, per fare questo, abbiamo bisogno anche degli strumenti e dei mezzi gestiti dagli adulti.*

COLLEGAMENTI UTILI

Siti web	www.mabasta.org www.1000a0.org
Facebook	www.facebook.com/mabasta.bullismo
Instagram	www.instagram.com/mabasta_antibullismo_
Twitter	www.twitter.com/MaBasta_bulli
YouTube	www.youtube.com/channel/UC-5dWMchfFeO11xAkmUwOc6g
Linkedin	https://www.linkedin.com/company/mabasta/
E-mail	info@mabasta.org



BARCELLONA 2017

EMOZIONI, RICORDI E TESTIMONIANZA

UN CASO STUDIO SUI RICORDI FOTOGRAFICI DI UN ATTENTATO

RIASSUNTO

Quando si vive un'esperienza davvero sgradevole, due sono le cose che si possono fare. Una è quella di guardare in faccia il ricordo di quell'esperienza, come se ogni volta si desse a quel ricordo un piccolo morso, lo si masticasse per bene e lo si digerisse. L'altra è scacciare il ricordo troppo doloroso, mettere un muro tra noi e lui. Il dolore è ancor più dolore se tace. Ho dato un nome al mio dolore, sono riuscita ad elaborare un ricordo traumatico e doloroso come quello dell'attentato di Barcellona del 17 agosto 2017 in cui ero presente.

Dopo l'attentato sono entrata in un vortice di timori, di drammatiche novità, di drastici cam-

biamenti, di dolori mai provati. Stati d'animo che ciascuno può sperimentare in modo diverso in relazione all'età, al fatto di essere vittima o familiare, alla gravità ed alla dinamica dell'evento terroristico.

Le "Flushbulb Memories" (ricordi fotografici) ricordi vividi, dettagliati e persistenti delle circostanze di apprendimento di un evento significativo e a forte carica emotiva non si presentano in forma narrativa, ma in forma di immagini.

Da sempre gli esseri umani provano a dare un senso al mondo attraverso la costruzione di pattern narrativi, unendo puntini spesso casuali per

Adriana Colucci

Dottoranda in Psicologia clinica

Antonietta Curci

Psicologa, psicoterapeuta,
professoressa ordinaria di Psicologia
Generale e Psicologia forense della
testimonianza nel Dipartimento di
Scienze della Formazione, Psicologia,
Comunicazione dell'Università degli
Studi di Bari "Aldo Moro"



creare significati rassicuranti e razionali. Così è stato anche per me e per quel 17 agosto; il ricordo ha dato un senso a quel male apparentemente inspiegabile, a fornire un contesto a quello che altrimenti sarebbero stato solo un camioncino Fiat Talento bianco che zigzagava tra la folla.

PAROLE CHIAVE

Attentato terroristico, ricordi, emozioni, memoria, Flashbulb Memories, Barcellona 2017

MEMORIA ED EMOZIONE

“Ciò che siamo è determinato da ciò che ricordiamo e da ciò che dimentichiamo” (Behrend, Beike, Lampinen, 2004).

Che importanza ha il ricordo nella nostra esperienza? Come potremmo rispondere alla domanda “chi sono io?” La perdita della memoria – in seguito a traumi o patologie – equivarrebbe alla perdita della nostra identità. Se non fossimo in grado di ricordare ciò che ci è accaduto e che ci riguarda, di rievocare parti significative del nostro passato, la nostra identità personale ne risulterebbe compromessa e con essa la nostra vita quotidiana: non sapremmo più chi siamo e che cosa vogliamo diventare, come vogliamo vivere. Per disporre di una identità personale occorre ricordare il proprio passato, avere una memoria autobiografica, non solo cioè incarnare un passato, portarne impresse le tracce, ma “averlo” presso di sé e potervi attivamente e continuamente tornare. I nostri ricordi assomigliano a un complesso mosaico di conoscenze e ricostruzioni di brani della nostra esperienza passata, tanto nella forma di estesi periodi di vita, quanto in quella di eventi generali o di eventi specifici. Quando “ricordiamo” il tale episodio della nostra adolescenza, o anche l’evento accaduto solo pochi mesi fa, si intrecciano immagini o scene che riteniamo di aver conservato intatte, e di rivivere ora “come se fosse allora”, e racconti nostri e altrui, rivisitazioni e ricomprensioni, inferenze realizzate a partire da ciò che sappiamo (Di Martino, 2016).

Lo psicologo americano Endel Tulving ha sostenuto che ricordare significa viaggiare nel tempo, un tempo mentale ovviamente, che segna il trascorrere della nostra vita e determina la continuità della nostra identità personale. L’idea del ricordo come «viaggio mentale nel tempo» mette in luce un aspetto fondamentale del funzionamento della memoria umana: ciò che chiamiamo «ricordo» è fatto di elementi diversi (immagini, suoni, odori, emozioni) che derivano dal funzionamento di sistemi mnestici differenti ma in interazione tra di loro. Il collante siamo noi stessi, è la nostra soggettività. Per essere vissuta come «ricordo» l’informazione deve essere recuperata in un preciso tempo e luogo e con un riferimento a sé stessi in quanto partecipanti all’episodio. Le stupefacenti capacità della nostra memoria, così come i suoi fallimenti, dipendono dal funzionamento dei sistemi di memoria e dai processi che da essi derivano (Brandimonte, 2002).

I RICORDI SPECIALI

In psicologia si chiama “ricordo flash” (“flashbulb memory”) il fenomeno mnestico per cui le circostanze di cui si ha notizia di un evento significativo e a forte carica emotiva, soprattutto se di rilevanza pubblica, vengono registrate nella memoria in modo stabile e vivido. I ricordi flash ci danno un’idea di quanto la nostra memoria comprenda aspetti cognitivi ed emotivi in interrelazione. La forza dei ricordi dipende dalla forza dell’emozione, quindi eventi o esperienze vissute con una partecipazione emotiva intensa vengono catalogati nella nostra mente come importanti e hanno più chance di essere recuperati, poiché coinvolgono strutture cerebrali che fanno parte del sistema limbico, quali amigdala e ippocampo (Longhena, Mazzardi 2018).

I primi a studiare questi ricordi furono Brown e Kulik già nel 1977 e li chiamarono “flash” proprio per dare l’idea che si trattasse di ricordi simili a fotografie. Le flashbulb memories (FBM) sono state definite come ricordi fotografici vividi, dettagliati e persistenti del contesto di

apprendimento di un evento pubblico, inaspettato e di grande impatto emotivo (Brown, Kulik 1977).

Mecacci nel 2001, ha approfondito tali studi determinando che le persone conservano non solo il ricordo dell'evento in sé, ma anche la circostanza in cui hanno appreso la notizia, il luogo in cui si trovavano, il momento della giornata, l'attività in cui erano impegnati, la fonte della notizia, la propria e l'altrui reazione emotiva e cosa sia successo immediatamente dopo.

La memoria flashbulb è spesso coinvolta in casi di esperienza testimoniale di eventi sconvolgenti dal punto di vista emotivo (Cohen, 1996; Loftus e Kaufman, 1992) come ad esempio assistere ad un attentato.

LE FERITE INVISIBILI NEI RICORDI DI UN ATTENTATO TERRORISTICO

Quando un'esperienza profondamente negativa (come quella di un attentato terroristico) resta nella memoria di chi l'ha vissuta, si trasforma nel tempo in una ferita che, non avendo le connotazioni proprie esplicite delle ferite fisiche, diventa "invisibile". Ma la ferita è presente nel soggetto ed opera in modo da condizionare la sua esistenza, le sue relazioni e spesso anche il suo futuro.

Il portatore della ferita è spesso inconsapevole della ferita stessa, perché il dolore causato dal trauma è stato troppo forte per essere contenuto dalla sua coscienza, ma il dolore si trasforma, si scompone, si annida nel corpo frammentandosi in piccoli nuclei di esperienza, apparentemente separati l'uno dall'altro, ma collegati da una sorta di filo d'Arianna che deve essere dipanato. Noi siamo in genere attenti a guardare ciò che si vede,

sfioriamo le cose e ci fermiamo soltanto su ciò che appare. Ma vedere è un atto complesso che implica il coinvolgimento di tutto il nostro essere poiché le ferite spesso non lasciano tracce esterne, come ad esempio accade per il corpo con le cicatrici sulla pelle, bensì diventano invisibili dato che si nascondono in "luoghi" precisi del corpo e della psiche: diventano sintomi. Ogni evento che accade viene "fissato", "registrato", "catalogato" nel sistema della memoria accompagnato da una sorta di etichetta secondo la quale è stato processato e classificato. Accanto a questa etichetta vi è spesso un'emozione: "piacevole" o "spiacevole" (Borgna, 2009). Ma vi è anche l'intensità emotiva che ne ha carat-



Rambla...silenzio...fiori, biglietti, giornalisti da ogni parte del mondo, oggetti sparsi, qualche scarpa e...sangue.



terizzato la presenza: quando la traccia supera la capacità soggettiva di essere contenuta interviene un processo psicologico che la sposta in una sorta di "cimitero della memoria". È vero che la traccia cade nell'oblio, ma l'effetto che essa aveva prodotto continua a manifestarsi. Inoltre, può accadere che, all'improvviso, sia in una fase di forte stress che a seguito della semplice visione di una scena correlata (una scena, cioè, il cui contenuto rimanda simbolicamente a quell'evento sepolto nella memoria), il ricordo improvvisamente riaffiora, ritorna cioè sulla scena della consapevolezza e il soggetto ri-vede e ri-prova gli stessi effetti della ferita originaria.

Quindi le ferite sono effetto di un trauma, di una "interruzione della continuità", sono causate dall'intervento violento di "qualcosa all'esterno di me" che, all'improvviso e contro la mia volontà, modificano lo "status quo" della mia vita. E la ferita comincia a manifestarsi nel tempo principalmente attraverso il "male di vivere". Il soggetto si trova in un costante disagio in tutte le situazioni della sua vita (Mollica, 2007).

PAURA, TERRORE, ORRORE. I VISSUTI PSICOLOGICI DI UN ATTENTATO.

I viaggi alleggeriscono, i viaggi ci cambiano, i viaggi ci insegnano e un po' ci segnano. Incredulità, smarrimento, angoscia, paura, ma so-

prattutto incredulità. Ripensando a quel pomeriggio e ai giorni successivi è ciò che mi viene in mente. Una sensazione di smarrimento davanti a eventi incomprensibili: non solo davanti agli attentati, che ormai sembrano ripetersi ad un ritmo regolare, ma anche davanti a quello che non riusciamo a controllare o semplicemente capire. Ora vediamo come in uno specchio, in maniera confusa. Dopo il 17 agosto conviviamo con questa confusione e con la sensazione che quello che ci circonda è fragile: il nostro stesso equilibrio, le relazioni fra le persone, minate ormai dal sospetto.

Ci sono eventi e date destinate a cambiare la vita. Indubbiamente, quella del 17 agosto 2017 è una di queste. Molti di coloro che quel giorno erano presenti all'attentato ebbero la sensazione di irrealtà, almeno per alcuni secondi. Un evento sconvolgente, dunque, che ha generato un dibattito sulle cause e sulle motivazioni ed ha provocato molti interrogativi da sciogliere e punti esclamativi da combattere; che ha suscitato rabbia, smarrimento, dolore, paura e, nel contempo, ha stimolato una riflessione. Il ripristino della normalità, la regolarizzazione degli eventi passano attraverso la spiegazione, l'identificazione dei colpevoli. Ad un livello psicologico, individuale, non si può nascondere l'insinuarsi di un senso di terrore. Si fa strada, tra la gente comune, un sentimento di fragilità: si prende consapevolezza di una minaccia possibile, che non ha scrupoli, che è pronta all'estremo sacrificio, con la propria stessa vita, per raggiungere l'obiettivo (Varvin, 2003).

In seguito ad eventi di natura traumatica gli individui avvertono il bisogno di reiterare la propria esperienza al fine di elaborare gli eventi attribuendo loro un significato logico e coerente. Un grosso contributo sul tema proviene dalla letteratura sui ricordi traumatici, la quale concorda nel ritenere che il periodo immediatamente successivo al trauma sia un momento cruciale per la costruzione di una narrazione significativa e coerente del trauma stesso, accompagnata da un processo di elaborazione cognitiva ed emotiva. Gli studi sulle caratteristiche narrative dei ricordi traumatici hanno

fornito risultati contrastanti: da un lato evidenze empiriche sottolineano la debolezza del ricordo traumatico in termini di frammentazione, distorsioni ed errori (traumatic memory argument), mentre altre ricerche supportano la superiorità del ricordo traumatico rispetto ad altri ricordi emotivi (trauma superiority argument). Obiettivo dello studio è stato indagare le caratteristiche qualitative, fenomenologiche e strutturali di ricordi traumatici dell'attentato terroristico anche a distanza di tempo, utilizzando uno strumento per misurare la natura flashbulb del ricordo di eventi privati (Flashbulb Memories Checklist; FBMC). Ai partecipanti è stata somministrata una batteria contenente la FBMC e l'Autobiographical Memory Characteristics Questionnaire.

CONCLUSIONI

"Conclusione" è una parola vuota, almeno per i sopravvissuti. Sono stata testimone di questa particolare tragedia, e sono d'accordo. Forse il termine migliore, e forse un obiettivo più ragionevole e realizzabile, è "prospettiva". Il fatto che questo orribile attentato sia avvenuto non potrà mai essere cancellato, è successo. Amici, partner, figli, madri, padri morti non torneranno mai indietro. Questa è la realtà. Comunque la vita va avanti, ciascuno di questi individui lo comprende con chiarezza, e combatte quotidianamente per raggiungere una sorta di normalità. È stata una battaglia, e continuerà ad esserlo. Dai colloqui effettuati con i testimoni, è emerso che hanno imparato, almeno parzialmente, a convivere, anche se ad oggi il ricordo risulta ancora vivido e doloroso proprio come era all'inizio. Le gravi ferite emotive di origine traumatica lasciano cicatrici, allo stesso modo delle ferite fisiche.

Tutti gli eventi critici provocati dall'azione dell'uomo volontariamente e con determinazione sono i più difficili da raccontare e da elaborare. Le ricerche sui ricordi traumatici sono difficili da condurre in laboratorio visto che, per ovvi motivi, non è possibile esporre dei soggetti a traumi per verificarne gli effetti sulla capacità di ricordarli a distanza di tempo. A differenza di altre tematiche



di ricerca sulla memoria del testimone ci sono molti problemi quindi per raccogliere dati empirici su questo argomento.

Nonostante ciò, questo studio ha dimostrato come non sia sempre vera l'assunzione che l'evento traumatico possa rendere il ricordo meno accurato oppure più soggetto alle forme di interferenza che agiscono normalmente. In particolare, le reminiscenze così come il numero di dettagli della rievocazione sono presenti in percentuali simili in tutti i partecipanti alla ricerca. Ciò sottolinea come i soggetti non ricordino semplicemente l'evento in sé ma anche i dettagli periferici come data, luogo, ora e abbigliamento. La ri-esperienza del ricordo traumatico sicuramente amplifica l'intensità del ricordo stesso ma notevole è la coerenza e l'accuratezza del numero dei dettagli riportati.

In questo studio la FBMC applicata a ricordi traumatici riesce a mettere in luce la qualità di questi ricordi. La ricchezza di dettagli periferici, idiosincratici e fenomenologici sarebbe utile ai fini di una valutazione generale dell'accuratezza del ricordo.

Il tema dei ricordi per un testimone vittima di un attentato dimostra come questi ricordi possano essere definiti "cicatrici della memoria".

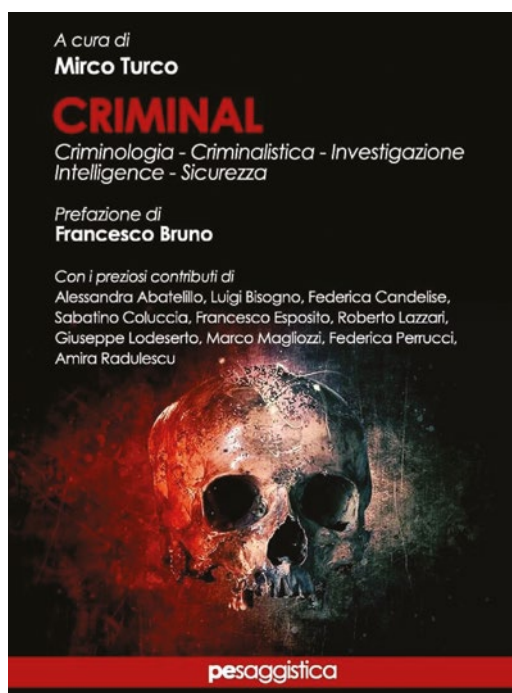
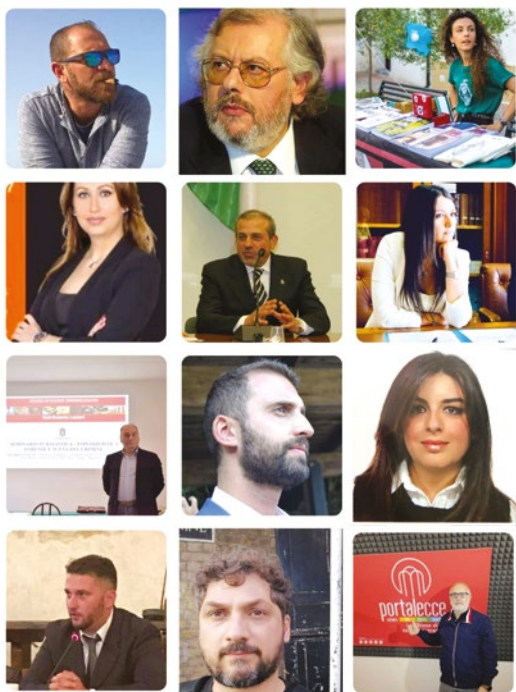
In ogni caso, gli eventi traumatici rappresentano dei punti di svolta nella vita di chi li ha vissuti, forse diventando parte di loro stessi, talvolta mutando d'aspetto le loro vite, chiudendo loro delle porte, costringendoli a cambiare direzioni. Sono eventi significativi come lo sono molti altri eventi dal carattere positivo di cui tutti noi, o quasi, abbiamo avuto esperienza e, in virtù della loro importanza, li ricordiamo e li ricorderemo, sempre.

BIBLIOGRAFIA

- Baddeley, A. (1992). What is autobiographical memory?. In: Conway, MA.; Rubin, DC.; Spinnler, H.; Wagenaar, WA., editors. *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory*. Boston.
- Barclay, C.R., Wellman, H.M. (1986). Accuracies and inaccuracies in autobiographical memories. *Journal of Memory and Language*, 25, 93–103.
- Bellelli G., Curci A., Leone G., *Ricordi indimenticabili e memoria collettiva, Ricordi indimenticabili Determinanti della memorabilità collettiva di eventi pubblici* (pp.1-5)
- Borgna E., *Le emozioni ferite*, Feltrinelli, Milano, 2009.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). *Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic and involuntary memories*. *Psychology and aging*, 17(4), 636.
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). *Flashbulb memories*. *Cognition* (pp 73-99).
- Curci A., Lanciano T. (2010) *Il ricordo fotografico di eventi politici: la vittoria elettorale di Nikita Vendola*
- De Angelis, S. (2014). *Il terrorismo nell'era post-moderna*. Chieti: Tabula Fati
- De Masi, F. (2008). *Trauma, deumanizzazione e distruttività. Il caso del terrorismo suicida*. Milano: FrancoAngeli
- Gulotta, G. e Curci, A. (2010). *Mente, società e diritto*. Milano: Giuffrè.
- Milgram, S., & Gudehus, C. (1978). *Obedience to authority*.
- Mollica R. F., (2007) *Le ferite invisibili*, Il Saggiatore, Milano
- Peirone, L. (Ed.) (2017a). *La vita ai tempi del terrorismo. Psicologia e fiducia per gestire la paura e fronteggiare il Male*. Torino: Edizioni Ordine degli Psicologi del Piemonte.
- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T. & Lyon, D. (1989). *Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4) 681-690
- Klain, E. (2008). *La psicologia del terrorismo*.
- Zimbardo, Ph. G. (2002). *Faceless terrorism as creative Evil or opposing terrorism by understanding the human capacity for Evil*.



CRIMINAL



Un nuovo imponente lavoro edito da Primiceri, a cura di **Mirco Turco**, Psicologo e Criminologo salentino, che ancora una volta si spinge oltre, coinvolgendo diversi specialisti del settore della Criminologia, della Criminalistica, dell'Investigazione e della Sicurezza.

Criminal è un manuale impregiosito dalla prefazione del **prof. Francesco Bruno**, che parla di *un'opera finalmente chiara, esaustiva e adeguata ai tempi moderni, senza inutili elucubrazioni che solita-*

mente caratterizzano la manualistica.

Criminal è uno strumento pragmatico e al contempo ricco di spunti di riflessione sul Bene e il Male, così come prego di riferimenti e ricerche moderne e anche avveniristiche. Adatto per studenti, studiosi e specialisti del settore, è suddiviso in 5 sezioni che, in 34 capitoli e oltre 600 pagine, esprimono con chiarezza e autenticità il fascino eterno del comportamento umano e di quello criminale.



L'ULTIMO LIBRO DELLO PSICOLOGO GIANNI FERRUCCI

LESSICO SENTIMENTALE

MODERNO

I SENTIMENTI AL TEMPO DEL COVID

È stato pubblicato per le Edizioni Dialoghi "**LESSICO SENTIMENTALE MODERNO: I Sentimenti al tempo del Covid**" il nuovissimo libro del dott. **Gianni Ferrucci**, psicologo clinico e dirigente sanitario della Asl Bt.

Questo saggio, già disponibile in tutte le librerie, si propone di dimostrare come la recente attualità e la pandemia abbia contribuito a modificare definitivamente il modo di vivere e di rielaborare i sentimenti e le relazioni con gli altri e che esiste una 'epidemia parallela' a quella che crediamo esclusivamente sanitaria.

Il pericolo è che gli effetti più gravi rischieranno di essere, a medio e lungo termine, quelli psicologici e sociali.

Soprattutto le generazioni più giovani e più fragili rischiano di perdere per sempre il contatto con le emozioni ed i sentimenti ormai mediati solo da piattaforme virtuali.

Il libro di Gianni Ferrucci spiega dettagliatamente cause e pericoli di una sempre più diffusa 'anoressia sentimentale' e la urgente necessità di un nuovo modello di vita in cui solo l'attenzione ai nostri bisogni reali può dimostrare che esiste un lessico dei sentimenti molto meno complesso di quello che si pensi.



Una lettura quindi utilissima per capire meglio le nuove problematiche psicologiche ed affettive soprattutto della famiglia e delle attuali giovani generazioni.



INFEDELTÀ

SCIENZA DELLE RELAZIONI E PSICOTERAPIA

AUTORE Lawrence Josephs

EDITORE Raffaello Cortina Editore - 2021

Collana di Psicologia clinica

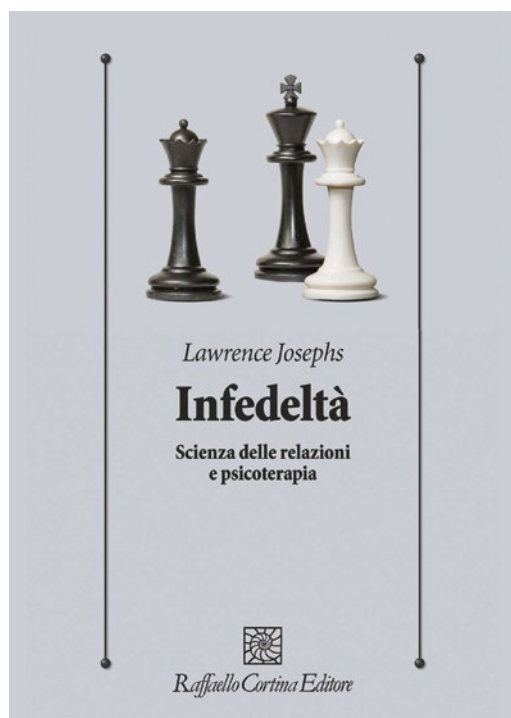
e Psicoterapia diretta da Franco Del Corno

Perché l'infedeltà è un fenomeno così diffuso? È possibile prevedere il comportamento di un fedifrago in relazione alle caratteristiche della personalità? Quali sono le motivazioni alla base dell'infedeltà? Ci sono degli stili di comunicazione coniugale che predicono il tradimento?

A questa e ad altre domande, Lawrence Josephs, insegnante di Psicologia al Gordon F. Derner Institute of Advanced Psychological Studies della Adelphi University e psicoterapeuta familiare e di coppia a New York, risponde nel suo interessantissimo libro di recente uscita "Infedeltà. Scienza delle relazioni e psicoterapia" edito da Raffaello Cortina Editore.

Questo è un libro che si rivolge agli psicoterapeuti e che nasce dall'esperienza clinica dell'autore.

L'autore descrive inoltre, i contributi delle ricerche di psicologia sociale, di psicologia evolutiva e di psicologia della personalità relativamente al tema dell'infedeltà. Nello specifico, la psicologia della personalità parla di un'organizzazione della personalità con una



maggiore predisposizione all'infedeltà, caratterizzata dalla presenza di una Triade Oscura che comprende narcisismo, intelligenza machiavellica e psicopatia. Egli propone poi, un approccio integrato che si fonda sulla teoria psicodinamica ed impiega tecniche che derivano dalla terapia basata sulla mentalizzazione, dalla terapia focalizzata sul transfert, dalla terapia focalizzata sulle emozioni, dallo *skills training* sulla comunicazione coniugale e dagli approcci della *mindfulness*/accettazione.



TEMI DI FORMAZIONE CON LA POLIZIA PENITENZIARIA SCUOLA DI EDUCAZIONE ALLA PERSONA

AUTORE Lizia Dagostino

COLLANA Scuola di educazione Alla persona | 02

ANNO 2020

In questa seconda pubblicazione è conservata la formula del taccuino su cui appuntare pensieri e conversazioni anche appena accennate. La riflessione sulle dinamiche relazionali in carcere ha una potenza curativa e rappresenta l'origine, la base per incontrare altre realtà organizzative. Rinchiusa nelle celle c'è la parte più oscura che neghiamo. Bisogna incominciare da questi grandi e miserabili spazi chiusi, a parlare di riformare la società, evitando la militarizzazione mentale e

psicologica, senza accelerare i processi storici. Dentro la prigione è il luogo dove troviamo ciò che serve per capire l'evoluzione umana.

La ricerca parte dalle donne e dagli uomini della Polizia Penitenziaria, in prima linea, al confine, a contatto con i sotterranei della società. A causa di questa vicinanza allo scarto, rappresentano il biglietto da visita di civiltà di una nuova cultura antropologica che misuri l'esistenza non solo

Scuola di Educazione alla Persona



*Temi di formazione
con la Polizia
Penitenziaria*



l'imperativo di sentirsi bene ad ogni costo e il forzato patto collettivo di felicità di massa come realizzazione esclusiva di sé. La cultura psicologica dell'auto-realizzazione crea colpe senza senso nella persona che si sente irrequieta, insoddisfatta, incompleta, inadeguata. Il profitto illimitato controllore di tutto e di tutti, tende a considerare difettati gli esseri umani, anche solo perché non omologati. In molte aziende, le relazioni di dominio non sono fenomeni incidentali ma strutturali, legati al sistema colaudato di svalutazione delle lavoratrici e dei lavoratori. Il potere è una malattia culturale sistematica che richiede strategie sistematiche di contrasto.

La scuola di educazione Alla persona, anche attraverso la formazione, si occupa di segnalare e di avviare pratiche sane di relazione. Lasciare testimonianza non è solo ricordare le ore trascorse a studiare o nelle aule di formazione: è lasciare il testimone alle generazioni di giovani che intraprendono la professione di consulenti aziendali nel Governo Umano delle Risorse. Testimoniare è sapere di se stesse/i e donare ciò che si è capito.

dall'efficienza e dalla capacità di produrre. Il buio delle coscienze non può evadere e ci invade. La *scuola di educazione Alla persona* assume la funzione di resistenza al potere e di obbedienza all'umanità.

Non si propone solo come una scuola di pensiero: è una scelta di vita dalla parte degli esseri umani orientati alla ricerca partendo da sé e, dunque, orientati alla libertà. La lettura di questo volume è accolta da imprenditori/tori in fase di analisi aziendale e di ripensamento su di sé. I temi trattati riguardano l'ombra sociale e le ombre che ogni persona proietta. La riflessione comune ostacola

LIZIA DAGOSTINO

Si laurea in Psicologia nel 1984 presso l'Università "La Sapienza" e studia Analisi Transazionale presso SIMPAT, Società Italiana di Metodologie Psicoterapeutiche e Analisi Transazionale. Dal 1986 svolge attività di Governo Umano delle Risorse, come direttrice del personale in affitto, promuovendo la selezione del personale, i percorsi di educazione Alla persona, il Reparenting nei ricambi generazionali, l'analisi e la diagnosi organizzativa, il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni professionali.

Il sito della Comunità di Ricerca:
www.ndcomunitadiricerca.it



LA FORZA DELLO SPIRITO ITINERARI ANALITICI

AUTORI M. Rosalia Novembre, Elena Aragona, Carmen Prestifilippo

EDITORE QANAT (Editoria & Arti visive), Palermo, 2020

RECENSIONE DI Rosario Puglisi *Psicologo analista CIPA e membro IAAP, Segretario Scientifico CIPA Istituto per l'Italia Meridionale e Sicilia*

Ho il piacere di presentare un interessante saggio curato dalla dott.ssa Maria Rosalia Novembre, assieme alle colleghe dott.ssa Elena Aragona e dott.ssa Carmen Prestifilippo, psicologhe analiste, Soci CIPA Istituto Meridionale e Sicilia, e membri della IAAP, tutte abilitate alla docenza e alle supervisioni presso l'Istituto.

Proprio dall'esperienza didattica attraverso la costituzione di un gruppo di ricerca teorico-clinica, che opera ormai da diversi anni proprio sul tema della Spiritualità, che ha preso corpo lo sti-

molante e notevole saggio dal titolo *La Forza dello Spirito. Itinerari analitici*.

Il gruppo di studio, all'interno dell'Istituto Meridionale del Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA), ha reso concreti i contributi di vari autori, raccolti in questo testo, che dimostrano quanto l'odierno "*pensiero del calcolo*", di heideggeriana memoria, possa oggi coniugarsi con la vivida essenzialità e la potenza di un "*pensiero meditante*", a condizione che, quest'ultimo, venga sperimentato.

tato nella sua libertà da certe razionalizzazioni o dal pensiero della tecnica.

Chi legge il testo avrà così la possibilità di confrontarsi con temi che in termini di idee, immagini, esperienze interiori e vissuti collettivi, compongono la vasta articolazione della Spiritualità, prevalentemente osservata dal punto di vista della Psicologia Analitica.

Ormai non vi sono dubbi sul fatto che il confronto con l'Inconscio, rivisitato anche dalle neuroscienze, deve necessariamente risolversi attraverso la realtà psichica dell'Anima, così come aveva intuito, in tempi non sospetti, C. G. Jung, rendendo la Psicologia Analitica, sul piano epistemologico e della teoresi, agente efficace della riconciliazione tra scienza e campi dello Spirito.

La partecipazione attraverso riflessioni e contributi, non solo delle curatrici del volume, ma di altre personalità del mondo analitico nazionale quali: Francesco La Rosa, Pasqualino Ancona, Patrizia Baldieri, Rosalinda Rizzo, Giancarlo Magno, Francesca Picone, Maurizio Nicolosi, Manuela Raunisi, Chiara Campagna, Angelo Barbagallo, Anna Maria Costantino, Marta Cavallaro hanno, a mio avviso, realizzato, nelle sue infinite forme e rappresentazioni, quel mondo spirituale che, nella religione e nella psicologia, crea quella relazione *ontonomica d'interdipendenza*, molto cara al filosofo e teologo Raimon Panikkar, che affermava l'assetto *duale* delle due dimensioni dove appare, sempre più urgente, la necessità di un superamento dei rispettivi concetti.

Del resto lo stesso Jung quando parla, nei vari passaggi delle sue opere, di individualismo etico, fa riferimento ad una morale che non va ricercata dall'esterno sotto forma di legge, ma deriva dallo sviluppo delle entità *animico-spirituale* dell'uomo in cui si costella *l'elemento divino*.



Diventa fondamentale ed indispensabile, quindi, *l'incontro con l'Altro*, il recupero con *l'Assoluto*, con *l'Inconscio*.

La relazione con *l'Assoluto* e, in termini junghiani, con *l'Inconscio* è un incontro/scontro imprevedibile, vitale, che permette al soggetto l'irto percorso dell'individuazione.

Ecco perché suggerisco la lettura di questo libro che ho trovato molto stimolante, se pur nella sua necessaria sintesi, augurando agli autori dei variegati contributi (per citare Francesco La Rosa in prefazione), che questa dimensione estatica possa sempre accompagnare tutti gli autori di questo testo per altri eventuali contributi che verranno espressi anche attraverso le loro personali *ierofanie*, cercando di annunciare alla coscienza umana l'inesprimibilità, l'inaccessibilità o l'irraggiungibilità del Sacro.

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia
.....
giugno 2021
Vol. 27

ISSN 1125-4003

KURT ZADEK LEWIN
Psicologo tedesco, pioniere della
psicologia sociale e ideatore della
metodologia formativa T-group.

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 27 - GIUGNO 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