

ISSN 1825-0491

Anno XIV n. 3 - 2013



GIORNALE dell'ORDINE degli **PSICOLOGI**
diretto da Raffaele Felaco

Sped. Abb postale tabella D filiale di Napoli



Notiziario degli Psicologi Campani



	pag.
Lo psicologo del territorio tra vecchie e nuove identità	5
Non si possono domare i sognatori	8
Incontro con Vincenzo Costa	12
La percezione delle emozioni in gravidanza - L'ascolto attivo-emotivo dalla madre al feto	20
La formulazione del caso nella terapia cognitivo-comportamentale	29
"Rivivere il corpo dopo il dolore: danzare un'emozione" un'esperienza di arte terapia in oncologia	50
Un percorso di cura integrata per il malato oncologico	61
Valutazione di un tipo di riabilitazione psicologica in pazienti con pregresso infarto del miocardio: il progetto "Psicocardio"	71
Avere a cuore il mondo. Prendersi cura di sé, degli altri, del bene comune	76
Disturbi del comportamento alimentare: "la cura attraverso la rete" esperienza del Dsm Asl Na 3 Sud Distr. 54	91

Notiziario degli Psicologi Campani



GIORNALE dell'ORDINE degli **PSICOLOGI**
diretto da Raffaele Felaco

Progetto: “2° Festival dell’arte per la sicurezza stradale: occhio alla strada”	100
Una ricerca esplorativa sulla percezione socio-affettiva del dialetto in una Scuola Elementare di Napoli	106
Lo psicodramma classico per formare ad un’adozione consapevole	113
Dall’ottica della complessità alla speranza: <i>Le origini dell’approccio sistemico</i>	124
L’attività di psicoterapia in ambito ospedaliero	130
Dalla conoscenza del territorio al lavoro di rete: l’esperienza dell’ambulatorio “Vulesse”	139
Un progetto per contrastare il fenomeno del Drop-Out ed il disagio psicosociale di minori a rischio	161
Anoressia e Alessitimia: relazione e fattori patogenetici comuni	169
Il farmaco dell’immortalità degli antichi	184
Giovani oggi	188

Notiziario degli Psicologi Campani



GIORNALE dell'ORDINE degli **PSICOLOGI**

diretto da Raffaele Felaco

Il benessere psicologico: modificare le emozioni negative attraverso la scrittura espressiva positiva	191
L'espressione psicosomatica in psicoterapia	197
Anziani protagonisti di...benessere!	201
Donne insieme per il rinnovamento del paese nella democrazia e nella responsabilità	210
Sabina Spielrein: Una donna consegnata alla storia	219
Lo psicologo nei gruppi classe del primo anno: tra agiti, parole e sviluppo del pensiero	222
Per una relazione autentica: uno sguardo alla determinazione ontologica dell'uomo	230
Scheda volume oltre il pantalone rosa	234
Psicologia Giuridica: 13 variazioni sul tema	236

Notiziario degli Psicologi Campani

Giornale dell'Ordine degli Psicologi
Direttore responsabile: Raffaele Felaco

Redazione:
Antonella Bozzaotra
Vittorio Ciampa
Ilaria Di Giusto
Rosa Iannelli
Silvana Lucariello
Roberto Malinconico
Lucia Sarno

Stampa:
Diaconia Grafica & Stampa
Tel. 0823 805548 - info@diaconia2000.it

Chiuso in tipografia nel mese di dicembre 2013

“Lo psicologo del territorio tra vecchie e nuove identità”

di

R. Felaco e F. Nasti**

Sono passati quasi 25 anni dall'entrata in vigore della legge n.56/89 di ordinamento della professione di psicologo, e ce ne sono voluti altrettanti per arrivare alla sua approvazione in Parlamento.

Una legge fortemente voluta da Adriano Ossicini, che nel suo lavoro “La rivoluzione della psicologia” arriva a toccare tutte le buone ragioni e le passioni che hanno guidato e consentito di raggiungere quest'obiettivo.

Ci piace riportare due prese di posizione, citate nel testo di Ossicini, che rendono chiara l'idea di questa battaglia ideologica, politica e culturale che questa professione ha attraversato.

La prima è di Musatti, uomo di grande intelligenza e conoscitore della cultura psicoanalitica, che alla fine della lunga strada legislativa per l'approvazione della legge: *“Caro Adriano, la tua lunga battaglia è finita. Ho avuto delle perplessità, non te lo nego, anche perché la mia formazione è tale per cui tanti problemi, che oggi voi avete di fronte, non li ho affrontati e al limite neanche mi interessano. Io rimango uno sperimentista sul piano della didattica e uno psicoanalista sul piano della psicoterapia. Forse questa era l'unica soluzione possibile, pur con tutti i difetti perché era una soluzione che doveva essere in qualche modo attuata, nel quadro della legislazione italiana. Però molte perplessità mi rimangono, ma è giusto andare avanti ormai, in fondo, qualcosa poi si perfezionerà con il tempo”*.

La seconda è di Manganelli, scrittore e critico letterario, che in un articolo intitolato *Albo tragico*, su l'Espresso del 2 Giugno 1986, nella

* Presidente e Segretario Ordine Psicologi della Campania

fase più acuta di polemica contro l'allora Disegno di Legge scrisse: *“Freud era uno scienziato del tutto tradizionale, che con angoscia venne costretto dalla sua onestà intellettuale ad inventare una mitologia per spiegare dei fenomeni psichici ed è bene aver chiaro che un eventuale Albo professionale dovrebbe decidere su una questione mitologica compito cui non mi sembra adatto un qualsiasi Stato europeo. Ho detto che Freud si occupava di fenomeni psichici e che ciò lo portò ad inventare una mitologia, cioè un linguaggio specifico; ma mentre è abbastanza chiaro che mai siano i fenomeni psichici, non è per nulla chiaro se esiste una psiche, e che mai sia”*.

Abbiamo scelto di riportare questi due passi de “La rivoluzione della psicologia”, perché crediamo nella circolarità della storia. La legge che ha istituito lo psicologo e la psicoterapia in Italia è stata una vera rivoluzione, così come pensiamo che sia stata un'altra vera rivoluzione quella di coinvolgere quasi 250 Comuni e più di 22.000 cittadini per la raccolta firme, mettendo al centro la regione Campania con dei Servizi innovativi di Psicologia Territoriale.

In tempi di crisi, in una regione del sud nasce una legge che garantisce a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sociali attinenti alle discipline psicologiche. Un'assistenza competente, con professionisti formati e specializzati nella cura della persona e della collettività.

Così come recita l'art. 1 al comma 3 il Servizio di Psicologia del Territorio prevede la presenza di almeno un operatore ogni 10.000 abitanti.

Andando avanti si legge che il Servizio di Psicologia del Territorio:

a) contribuisce al benessere nel sistema di convivenza, fronteggia e previene i fenomeni di disagio relazionale nella famiglia, nella scuola e nella comunità;

b) promuove il pieno ed armonico sviluppo psicologico dell'individuo in relazione ai contesti di vita familiari, lavorativi, amicali, del tempo libero, associativi e comunitari.

I consiglieri regionali hanno capito la filosofia della legge e hanno garantito che venisse applicata in tempi rapidi e all'unanimità.

Sappiamo bene che questo non basta, né crediamo che questa legge non abbia bisogno di altra fatica e di altre battaglie, ma questo

strumento che abbiamo nelle mani deve permettere ad ognuno di noi di farci promotori e divulgatori di una disciplina che ci ha spinto verso sacrifici e passioni.

La Settimana del Benessere Psicologico in Campania entra perfettamente in questo puzzle, perché permette agli psicologi di chiarire cosa fanno e come lo fanno attraverso seminari, incontri e dibattiti, attraverso un vis à vis coi cittadini.

Non vogliamo raccontare favole o essere troppo ottimisti, ma se la comunità professionale in momenti di fondamentale svolta e innovazione non resta unita e favorisce una comunicazione costruttiva e produttiva perdiamo di credibilità.

Cosa potrebbe compromettere l'applicabilità della legge?

Due parole: la confusione e la cattiva comunicazione.

Qualche collega non ha voluto leggerla, nè firmarla, qualcun altro ha scelto la strada dell'indifferenza, tantissimi sono stati quelli in prima linea.

In tempi di crisi la disperazione e la poca speranza possono bloccare il pensiero e ci si sofferma sui limiti, non permettendo a questi ultimi di divenire possibilità. Un esempio lampante è rispetto alla critica che ci è stata mossa sul non finanziamento esterno della legge. L'articolo 4 prescrive: "I servizi previsti nella presente legge sono finanziati nell'ambito delle risorse disponibili per la realizzazione dei Piani Sociali di Zona, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale".

Questo passo se da una parte ha consentito alla regione in tempi di spending-review di dare fattibilità al Servizio, dall'altra ha permesso di delineare quali sono i Servizi di cui il Piano Sociale deve avvalersi, dando valore alla nostra professione.

D'altra parte è proprio dello psicologo ricordare che il comportamento è comunicazione e che informarsi e condividere dubbi con le istituzioni che ci rappresentano è un'occasione di partecipazione attiva e permette di organizzare strategie comuni efficaci.

Ci piace chiudere questo articolo, che probabilmente lascerà ulteriori dubbi e domande su una questione del nostro tempo che delinea il futuro della psicologia, ancora una volta al centro poniamo le buone relazioni, in un'ottica di autentica reciprocità.

“Non si possono domare i sognatori”

di

Roberta De Martino

Scelgo questa famosa citazione di Paulo Coelho come cornice dell'intervista, da me realizzata, al Presidente uscente del nostro Ordine Raffaele Felaco, perché si addice al suo piglio appassionato, alla sua mente grintosa, sempre alla ricerca di una nuova e più avvincente “rivoluzione di senso” da compiere.

Arrivo alla nostra Sede un venerdì pomeriggio, tutto è spento, non vi è nessuno all'interno dell'appartamento, aspetto... oggi ho appuntamento con il Presidente! Qualche giorno prima gli ho chiesto di poterlo celebrare con un'intervista perché, a mio avviso, a conclusione del suo mandato, qualcuno doveva rendere onore e merito all'operato compiuto in questi anni.

Pochi istanti e il dottor Felaco arriva, mi fa accomodare all'interno e con i suoi modi gentili, mi fa sentire a casa. Ha sempre avuto questo di bello il Presidente: non far sentire un iscritto un numerino di una lista, far sentire persona, “parte di”.

Pochi istanti, dopo i saluti, prendo carta e penna e diamo inizio alla nostra intervista. Siamo alla vigilia della celebrazione del restauro della pala d'altare di Giuseppe Marullo nella Chiesa dei Girolamini, durante la quale il dottor Felaco terrà il suo discorso di commiato. L'emozione è palpabile...

Presidente con quale aggettivo descriverebbe il lavoro compiuto in questi anni?

“Entusiasmante. È stata una lunga corsa, senza respiro. Una lunga galoppata che non riesco a fermare. Entusiasmante perché si è creata una bella sintonia con i colleghi, perché ho dato vita a una serie di proposte bizzarre, osé (sorride ripensandoci, come immerso nei ricordi), la Settimana per il Benessere Psicologico in Campania,

la Legge dello Psicologo del territorio... Questo ha significato per me essere alla leadership: dare parole ai pensieri degli altri, organizzare le idee altrui confuse”

Adriano Ossicini, nel documentario da lei di recente realizzato “La psicologia raccontata a mia figlia”, parla di una rivoluzione psicologica da dover compiere, lei cosa ne pensa? È possibile realizzarla?

“Certo! Ci sono una serie di costrutti psicologici che non sono stati ancora usati in Italia, negli altri paesi i lavori compiuti dai primi ricercatori hanno influenzato la cultura, da noi ciò non è accaduto, ma accadrà ne sono sicuro. E sarà rivoluzione!”

Cosa ha significato per lei realizzare il documentario?

“Ho creato quel video con l’intento di curare le radici. Credo di appartenere a una generazione di passaggio tra due mondi, sono uno degli ultimi testimoni di un mondo scomparso. Quando avevo cinque anni per strada vedevo sia i carretti trainati dai cavalli che le auto e i camion, e ciò era normale. C’erano ancora i carretti ed era appena arrivata la televisione... Mi sento un link tra quel mondo andato e il mondo di oggi. Sono tra i primi che hanno studiato psicologia con docenti che provenivano da altre discipline. Oggi siamo in un altro mondo, quel passaggio trasformativo si è perso con i carretti trainati dai cavalli per strada, volevo conservare la memoria di questo passaggio su un supporto tecnologico moderno”

Qual è l’obiettivo raggiunto dalla sua consiliatura di cui è maggiormente orgoglioso?

“Beh, la Legge dello Psicologo del territorio. È un evento unico: mettere nero su bianco una norma giuridica che inserisce gli psicologi nei servizi sociali. Questa legge ha creato giuridicamente il ruolo dello psicologo. Ciò che più mi piace è che è nata su iniziativa popolare in

una regione come quella della Campania, dove non è molto presente la partecipazione dei cittadini. Il raggiungimento di questo traguardo ha rappresentato per me un evento culturale e politico di grande importanza.

Se poi devo dire qual è l'evento cui sono personalmente più legato, è quello di domani che avverrà nella Chiesa dei Girolamini. Il nostro Ordine ha finanziato il restauro di un quadro antico del '600, per me quest'azione ha un valore simbolico che travalica tutti gli altri successi, perché con quest'atto trasformiamo l'immagine della professione, mettendone in evidenza la sua grande utilità sociale. Quest'azione ci accredita come professione autorevole e importante."

Una domanda un po' malinconica: cosa spera di aver lasciato?

"Spero e credo di aver lasciato molte cose ... Il mio è stato un mandato ricco di nuove idee, credo di aver attuato un programma innovativo. Tra le cose che lascio prima tra tutte è lo spirito di colleganza: i colleghi hanno imparato a collaborare anche perché vi è stato un Ordine che li ha connessi l'un l'altro, basti pensare alle varie organizzazioni della Settimana del Benessere ecc. e poi spero di aver lasciato la fierezza, la fierezza di appartenere a questa straordinaria professione."

Cosa sente di voler fare ancora da indomito sognatore?

"Tante cose! Nell'immediato voglio attivare convenzioni con altre importanti professioni come quella dei farmacisti... mi sa che ho trovato una chiave (sorridente beffardo). E poi, in tempi più lunghi, ho intenzione di elevare ancora di più il profilo culturale e intellettuale della professione, perché, come dice nel mio documentario Canestrari, lo psicologo attinge da sé, da dentro di sé. A tale scopo ho intenzione di promuovere molte più attività culturali."

Ai giovani colleghi cosa sente di voler dire?

"Che lo spazio c'è e che la nostra è una professione complessa..."

non s'illudessero come in alcuni atenei che sia sufficiente conoscere una piccola batteria di test... Impieghiamo dieci anni per diventare psicologi e psicoterapeuti perché la nostra è una professione difficile: noi arriviamo e lavoriamo laddove altri hanno fallito, magari per generazioni”

E alla nuova consiliatura cosa sente di voler dire?

“Di lavorare sodo! C'è ancora tanto da fare, da realizzare. Occorre non essere influenzati da interessi particolari, né culturali, né da appartenenze, aspetti che esulano dagli interessi universali della professione”

Allo scoccare dell'ultima domanda ecco il campanello della Sede dell'Ordine suonare: il Presidente ha un'altra riunione cui partecipare per realizzare chissà cosa... Mi ringrazia generosamente, mi saluta, sguizza via. Si corre di nuovo, si galoppa ancora, il sognatore ribelle non è stanco, non si riposa in vista di domani, continua a progettare ancora e ancora per rivoluzionare...

Incontro con Vincenzo Costa

di

*Stefano Marchese**

Incontrare persone che da campi affini offrono uno sguardo rispettoso e critico, è una grande opportunità per cogliere aspetti che dall'interno non sono subito percettibili. Sono convinto, da anni ormai, che la fenomenologia e principalmente la fenomenologia ermeneutica offrano quegli strumenti di decostruzione e ricostruzione di alcuni concetti basilari della psicologia che sono diventati gabbie semantiche il cui contenuto va rivitalizzato attraverso un'analisi approfondita. La filosofia, questo tipo di filosofia dà importanti contributi per la lettura dell'essere umano del mondo, dà un indizio per la comprensione dell'esistenza e coniuga questa con la storia, e quindi col senso politico e vissuto della condizione umana attuale, da questa prospettiva lo psicologo troppo spesso chiuso nelle proprie ristrettezze tecniche e culturali, si è per lo più allontanato. Cercando di intercettare questi temi ho incontrato il prof. Masullo, lo psichiatra Arciero, il prete Don Palmese, proponendo una sintesi nei passati numeri di questa rivista. Di seguito alcune tracce di uno dei numerosi incontri avuti col prof. Costa, con alcune sollecitazioni che non possono esaurire il tipo di argomenti trattati, ma spero sollecitino una curiosità

Incontro Vincenzo Costa, professore associato di Filosofia Teoretica, presso l'università del Molise in un contesto propizio per le riflessioni interdisciplinari, da anni lui insegna agli psicologi e futuri psicoterapeuti discipline come l'ermeneutica, la fenomenologia e l'ontologia, da anni è un riferimento per me da quando ho iniziato ad interrogarmi prima sui temi d'accesso ai problemi, e poi ai problemi stessi.

Il nostro incontro parte da presupposti dati, quindi, ma cerchiamo insieme di articolare in senso esplicito aspetti potenzialmente condivi-

* Psicologo psicoterapeuta, allievo didatta IPRA (Roma) operatore "Progetto MamaCoca", direttore della rivista "Quaderni di Sabbia". E-mail: stefanomarchese79libero.it

sibili tra la psicologia e la filosofia, primo fra tutti alcuni concetti monumentali della psicologia, che sono però decostruibili in base ad accesso fenomenologico, ad esempio il concetto di psiche, di emozione e di mondo. Naturalmente l'autore premette, partendo dalle emozioni, che non si può partire dal considerare aspetti distinti, razionalità ed emozioni, ma indaga un campo non tanto esplorato affermando che l'emozione non sta nell' interiorità dell'uomo bensì nelle possibilità d'azione presenti in un mondo, le emozioni vengono qui comprese a partire dal "punto di vista del mondo".

Il mondo è una struttura unitaria di rimandi che sono rimandi di significato in un senso che si riferisce alle possibilità di azione dell'uomo. Questi rimandi interpellano l'uomo, emotivamente, le possibilità d'azione suscitano contemporaneamente un progetto e un'emozione nell'uomo, sono legate al valore che ha per il soggetto quella possibilità per cui ne vale la pena consumare il tempo. Il valore emerge all'incrocio delle possibilità in una esistenza attuale e futura, in questo senso la psiche è un ritaglio specifico e storico di queste possibilità d'azione presenti in un mondo. L'emozione è ciò che emerge all'apparire delle possibilità, hanno un oggetto-valore specifico, altro discorso invece è possibile fare con le tonalità emotive in cui non è una singola relazione ad una possibilità ad essere in gioco, ma la globalità del rapporto del soggetto col suo mondo, come ad esempio la Noia, o, aggiungerei io, la depressione. In queste esperienze non c'è un oggetto specifico che procura noia, se così fosse ci troveremmo dinanzi ad uso improprio della parola, ma tutta l'esistenza produce noia, il rapporto col tempo e con gli altri è bloccato, non ci sono azioni possibili e sensi reperibili.

La discussione tocca quindi alcuni temi di interesse psicologico molto rilevanti, il filosofo tende a sostituire il termine di psiche con quello di essere nel mondo, ovvero sia a porre l'attenzione al mondo, di cui l'unico essere in grado di parlarne è l'uomo, che parlandone genera il concetto di psiche, costruito quindi derivato. Attraverso la rilevanza del fenomeno "essere nel mondo" è possibile arrivare a capire l'altro perché ne condividiamo un aspetto fondativo, il mondo appunto già da subito, già da sempre, facendo diventare derivato un altro concetto, quello di empatia. La differenza identitaria è nella modalità di gerar-

chizzare i rimandi e le porzioni di mondo che assumono emotivamente valore che configurano aspetti individuali riconfigurati attraverso il racconto. In base alle gerarchie di rimandi e di valori è possibile vedere come anche alcune sofferenze “psichiche” si strutturano. È opportuno specificare che il mondo non è un mero stimolo, onde evitare di cadere nella visione empirista (comportamentista e cognitivista ad esempio, e per certi versi psicoanalista) il mondo è il luogo dei significati, a muoverci non sono semplici impulsi nervosi sollecitati da urto col mondo, a muoverci è il significato articolato in una totalità sempre presente, a cui l’uomo è sempre aperto. Difatti se con psiche siamo arrivati, nella storia della cultura occidentale a immaginarci un interno ed un esterno, e a vedere un’emozione come qualcosa di interno, ad esempio la prospettiva di un essere nel mondo ci mostra come l’idea di psiche possa essere fuorviante, dal momento che l’apertura nel mondo che è dell’uomo l’esistenza, non fa provare internamente un’emozione ci, muove dentro ad un’emozione. È il movimento dell’esistenza attraverso le possibilità d’azione che sono realizzabili in un mondo a farci essere intonati con un’emozione, l’esclusione sistematica del fenomeno del mondo ci lascia l’idea che l’emozione sia qualcosa d’interno stimolata da qualcosa di esterno, la struttura dei rimandi e delle situazioni del mondo ci dicono molto cose sull’emozione, sulla soggettività che spesso siamo portati a non intendere.

Altra questione di fondamentale importanza una volta che si è valutato come non primario il concetto di psiche, è il concetto di Sé. Congrua con l’impostazione di Costa, purtroppo qui marginalmente presentata, il sé è la struttura temporale del soggetto, il sé può nascere ad una condizione che esista un essere in grado di farsi interpellare dal futuro. Qui il futuro è inteso sempre all’interno di apertura nel mondo di un essere che definisce chi è in base a delle possibilità che assumono valore e quindi il movente delle emozioni (ex-movere, muovere da) il progetto al di là delle fantasie, idee, suggestioni è questa gettatezza di sé oltre il presente, il progetto ha un valore primario, tra presente e passato. Se si “rompono” i progetti il soggetto può generare vere e proprie condizioni patologiche Costa propone l’esempio di una donna che non sa se vuole avere figli ma che anzi fino ad una certa età avanzata non

sceglie di averne, ad un certo punto apprende che sicuramente non potrà avere figli, è possibile che generi una condizione depressiva. Rispetto a questa ipotesi concordo essendo una casistica frequente, ma soprattutto concordo rispetto al senso non essendo il caso d'approfondire ipotesi eziopatogenetiche. L'autore prosegue con l'esempio affermando che il linguaggio comune, per eventi del genere, ha una serie di possibilità espressive molto significative, tra cui "mi è caduto il mondo addosso" detto esplicitando il senso per una prospettiva come quella che stiamo sviluppando "il luogo dal quale partivo per avere un'idea di me nel futuro è venuto a mancare". In questo caso le gerarchie di senso e le possibilità d'azione sono evidentemente saltate. È possibile fare l'ipotesi che nell'esempio in questione la persona sia vittima di un'interpretazione che chiude invece di aprire al possibile, ovvero il tempo primario per l'identità, il futuro si è definitivamente modificato.

Viene qui chiamato in causa un altro tema fondante la discussione in campo psicologico, ovvero l'interpretazione, su cui è bene soffermarci. Chiedo a Costa cosa intenda per interpretazione e se e quali siano le condizioni che rendono non arbitraria l'interpretazione. Costa afferma che l'interpretazione "buona" apre al possibile dentro una concreta condizione di vita. Approfondendo gli chiedo, come lui ben sa, che ogni modello in psicologia ha i suoi criteri interpretativi. Una condizione come quella tratteggiata della donna che scopre ad una certa età di non poter avere più figli può essere letta a seconda di vari accessi interpretativi, ovvero come un pensiero disfunzionale, come una situazione in cui sono in azione fantasie inconsce, come un problema di tipo relazionale, come un blocco nello sviluppo armonico della relazione mente e corpo. Costa mi dice che non vuole entrare in queste considerazioni ma lui si baserebbe su quello che è presente nel vissuto del malato, del paziente o dell'utente. La fenomenologia ha un motto: "ritornare alle cose stesse" e quindi restituire dignità all'apparenza, ovvero a come vive la persona quella condizione, a quale rapporto col mondo intrattiene. Ci può essere uno scollamento tra l'esistenza della persona e le sue interpretazioni se il soggetto non calibra le sue interpretazioni rispetto alle possibilità pratico-attuative che il suo mondo gli propone si troverà desincronizzato, a partire dal fatto che non comprende il suo possibile, il suo progetto, non

fonda la sua identità. A dimostrazione di ciò Costa porta alcuni esempi, tra cui la vicenda di S. Agostino, il quale era impegnato in una carriera fino alla comparsa di una malattia che di fatto infrange il suo progetto, portandolo però a fermarsi e ad aggiornare le sue interpretazioni rispetto alle sue possibilità pratiche attuative, vedendo come la malattia, alla luce della nuova interpretazione fosse anche un' occasione. Naturalmente la vicenda è qui sintetizzata per questioni di spazio, ma rende bene il senso che non tutte interpretazioni sono "buone" e che solo quelle che aprono sulla base di una comprensione pratica del mondo possono dare sviluppo ad un progetto. Le interpretazioni "buone" in altri termini sono quelle che aprono alla motilità della vita in modo che ci sia un accompagnamento sincrono con essa, al contrario è possibile che si generi una condizione di sofferenza o una patologia. Chiedo come si declini, se ciò è possibile questa ipotesi nel campo di quelle condizioni particolari che vengono definite psicosi, Costa dice che questo è un campo delicato con molti temi che andrebbero sviluppati, uno fra tutti la differenza tra una condizione "organica" e una "mentale". Di sicuro a livello di contrattazioni esistenziali simili ci possono essere risposte molto differenti che possono andare dalla risposta funzionale alla rottura psicotica chiamando in causa un livello di sensibilità organico, ma lo psicologo e lo psicoterapeuta dovrebbe essere capace di cogliere questi fenomeni dentro la cornice dell' individualità e dell'unicità della persona sofferente, facendo ricorso alle professioni e alle competenze adatte ad affrontare ogni caso ma soprattutto rimanendo attento a dare ad ogni caso una dimensione di comprensione e di apertura possibile. Arriviamo quindi ad una questione centrale, il lavoro di cura, e il rapporto tra la psicologia e la filosofia. Costa afferma che la filosofia è la vita stessa che va a riprendere sé stessa dalla dispersione in cui tendenzialmente è. È cura di sé in questo senso. Chiedo come mai questa dispersione, su cui da Heidegger in poi è stata data molta attenzione, anche sbrigativa, è l' elemento verso cui tende la stabilizzazione di un'esistenza, Costa con la capacità che gli appartiene di rendere intellegibili alcuni concetti problematici della fenomenologia ermeneutica esplicita il senso facendo l' esempio della scelta in generale. La scelta è ciò che un soggetto compie in una situazione emotiva e con una data comprensione del

mondo in una data epoca della sua vita. Cambiando quelle condizioni in cui l' esistenza proponeva una scelta, e, per un gioco del rapporto tra stabilità e cambiamento (che è centrale nella fenomenologia ermeneutica soprattutto in alcuni grandissimi pensatori della contemporaneità come Paul Ricoeur) quella scelta viene portata avanti, lasciando sempre più spazi entro cui alternative possono diventare significative senza però essere scelte. Da qui si può avere quel senso di lasciarsi vivere che tanto caratterizza alcune riflessioni sulle condizioni di vita di oggi-giorno. Come se potenze impersonali si impadronissero del tempo del soggetto, una morte in vita.

La motilità della vita sembra essere un'ultima questione importante per cogliere alcuni aspetti strutturanti dell'esistenza, chiedo a cosa sia dovuta. L'autore afferma che, sempre a partire dall'essere nel mondo in una condizione di apertura al tempo e alle possibilità d'azione, cambiano le situazioni e le opportunità si consumano senza riserva. Alcune possibilità d'esistere, di emozionarsi e di vivere in generale semplicemente non sono più verificabili al passaggio da una fase all'altra della vita ad esempio. Per questo non si può capire una persona semplicemente chiedendo cosa sa di sé, se si volesse sapere chi è un adolescente si dovrebbe interrogare attraverso di lui il suo mondo, ad esempio si potrebbe avere un accesso più diretto chiedendo il tipo di musica che ascolta.

Chiudo con un cenno alla trasversalità che può avere una comprensione della struttura dell'esperienza di questo tipo, chi si cura delle esperienze altrui ha un mandato politico ma il mandato politico è quello di impostare innanzitutto la comprensione adatta ad una apertura di senso. Il campo politico sociale, oggi non imposta più una comprensione che sia orientata all'apertura di senso e di possibilità. Nella società alcuni valori, ricollegandoci al discorso che si faceva all'inizio, non leggono più alcun mondo, ovvero il mondo soprattutto quello emotivo ha reso inefficaci molte interpretazioni. Nelle fasi di crisi si assiste ad una crisi fondamentalmente delle interpretazioni che abbiamo definito "buone" ovvero aprenti, mentre la vita, collettiva in questo caso è andata avanti aprendo altre possibilità. Alcune forze pericolose, nella storia, hanno colto prima, perché più dentro al movimento della vita, certe possibilità

perché la vita non ammette stasi, alcuni moti dai fascismi ai movimenti estremisti o meno estremisti attuali, colgono per immersione nella vita delle possibilità ma sono sprovvisti di un'interpretazione, ovvero di interpretazioni che aprono progetti. Oggi intere generazioni entrano nella storia in un momento di crisi del progetto, e del progetto politico in particolare che rappresenta, l'interpretazione che una popolazione ha a livello comune dell'esistenza, e con questo si assiste al declino dello spazio pubblico, a condizioni in cui tutto è ridotto al privato, viene meno il sentirsi parte, ciò è un rischio per la continuità della politica intesa nel senso nobile, e aggiungo io delle discipline che studiano l'uomo dal punto umano, come la psicoterapia. Costa considera l'accesso alla psicoterapia in tempo di crisi delle interpretazioni comuni una possibilità che può diventare però la possibilità strumentale di una psicoterapia tesa ad "aggiustare", sulla scorta della farmacologia. Conclude affermando che bisogna investire in nuove forme di comprensione (secondo la specifica accezione che si è tratteggiato) e cogliere i mondi di queste identità moderne che sono del tutto nuove.

Bibliografia

Costa V., *I modi del sentire. Un percorso nella tradizione fenomenologica.*
Quodlibet studio 2009

Costa V., *Fenomenologia dell'intersoggettività. Empatia, socialità, cultura.*
Roma, Carocci, 2010

Costa V., *Alterità.* Il Mulino 2011

Costa V., *Distanti da se. Verso una fenomenologia della volontà.* Jaka book,
Milano 2011

La percezione delle emozioni in gravidanza L'ascolto attivo-emotivo dalla madre al feto

di
*Rosa Iannelli**

*“L'aspetto delle cose varia secondo le emozioni,
e così noi vediamo magia e bellezza in loro:
ma bellezza e magia, in realtà, sono in noi.
Ogni emozione è un messaggio,
il vostro compito è ascoltare...”*

(Gary Zukav)

Diversi studi hanno dimostrato che il corpo e la mente sono tra loro legati e le emozioni che l'essere umano esperisce, giocano un ruolo cruciale nel suo equilibrio psico-fisico. Le cellule vibrano sotto l'influsso di queste emozioni e le conservano nella loro memoria, che siano positive o negative. Il corpo è sempre coinvolto.

Le emozioni si manifestano nel corpo della madre in un modo molto evidente: il battito cardiaco cambia ritmo, il flusso del sangue accelera, scariche di ormoni creano delle risposte alle situazioni che si presentano, adrenalina nella paura e nella collera, endorfine nel piacere fisico. Possiamo, quindi, asserire che le emozioni vissute dalla madre hanno un fondamentale impatto sul suo bambino che cresce in utero. Dato che il bambino in utero è dipendente da tutto quello che la madre vive nel proprio corpo, ogni emozione che coinvolge il corpo della madre coinvolge anche il corpo del bambino, che viene investito dall'adrenalina o dalle endorfine e ne subisce le conseguenze, positive se si tratta di endorfine, negative se si tratta di adrenalina.

Queste sensazioni vissute dal bambino possono essere conside-

* Psicologa Psicoterapeuta

rate stimolazioni che contribuiscono alla formazione del suo sistema nervoso e della sua memoria emotiva.

Egli riconosce le emozioni che vive la madre, perché le vive anche lui, ma le emozioni negative che diventano ripetitive generano dolorosi tensioni muscolari e, naturalmente, hanno un effetto di stress sul bambino, quindi la madre deve sapere come gestire le proprie emozioni. La consapevolezza delle proprie emozioni può aiutarla a gestirle.

Per acquisire questa consapevolezza è sufficiente che impari ad essere in ascolto di tutto quello che le accade nella vita quotidiana e delle relative sue reazioni: la respirazione, i movimenti involontari del corpo, le tensioni nel viso, nel collo, nelle spalle, nella schiena e anche nella pancia, il diaframma bloccato e la gola stretta, anche il tono della voce cambia. Il corpo non è in grado di fingere, rispecchia sempre i nostri veri sentimenti.

Riconoscere le proprie emozioni è molto importante, accettarle lo è ancora di più, da quel momento è possibile gestirle. Gestire le proprie emozioni significa essere presente a sé stessi, interferire sulla respirazione e rilassare il diaframma, rilassare i muscoli del collo, rilassare la mascella, scaricare l'emozione con una qualsiasi azione del corpo, rivolgere l'attenzione al bambino e parlare con lui, mettendo le mani sulla pancia e a seconda del carattere ascoltare musica, danzare, camminare, guardare delle immagini rilassanti (pitture a dominanza di colori blu e verde), fare una doccia calda o fredda, cantare, scrivere per chiarire bene cosa succede e se non è il caso di ridimensionare la propria reazione.

E tutto quello di cui si sente la necessità, anche urlare! A condizione di spiegare al bambino che la mamma sta eliminando uno stress che disturba entrambi.

Per qualsiasi genitore, come per qualunque adulto motivato a diventare genitore, la relazione col bambino esiste già prima del concepimento. Ognuno, infatti, ha una relazione profonda col proprio "bambino interiore", su cui modella l'immagine del figlio desiderato. Tale bambino interiore è l'insieme degli ideali, dei desideri, delle esperienze vissute nell'infanzia dall'adulto; è la parte inconscia e irrazionale delle emozioni, la dimensione vitale, gioiosa e giocosa

dell'esistenza. Ogni adulto ne ha uno dentro di sé, e pochi adulti sono in contatto con questa parte di loro stessi, poiché le norme e le aspettative sociali spesso condizionano i comportamenti, al punto da impedire il contatto con la propria dimensione più vera e spontanea. Per questo, il figlio desiderato spesso è "caricato", nell'inconscio, di tutte le qualità e le possibilità cui l'adulto ha dovuto rinunciare ma che costituiscono sempre un anelito profondo e nostalgico; una sorta di aspettativa salvifica, messianica. Non a caso, in molte culture si attende l'arrivo di un bambino in grado di salvare, portare la luce, la libertà o pace.

Per queste ragioni, nella loro mente esistono sempre due diversi bambini con cui i genitori si relazionano. Da una parte, c'è il "bambino ideale", che è la somma di desideri, esperienze, ideali e aspettative sociali dei genitori; dall'altra, il "bambino reale", quello vero, spesso deludente perché vissuto come "estraneo" o inferiore alle aspettative.

Allo stesso modo, nella mente di una donna che decide di diventare madre esistono due diverse gravidanze. Da un lato, la "gravidanza ideale", che avviene secondo modi, tempi e spazi perfetti, spesso idealizzata fin dalla pubertà, e comunque fin dalla giovinezza, senza che la donna ne sia completamente consapevole. Dall'altro lato c'è la "gravidanza reale", spesso deludente o sorprendente, soprattutto perché impossibile da prevedere e da controllare, ma anche perché costituisce l'inevitabile confronto tra la realtà e la fantasia, dal quale il più delle volte è la realtà a risultare più difficile da accettare. Ciò che può risultare utile a una mamma in attesa, nei primi periodi di gestazione, alle prese con il confronto inconscio tra ideale e reale, è la piena consapevolezza del fatto che ogni gravidanza è unica e irripetibile. Ogni gestazione avviene infatti in un momento di vita unico e irripetibile, e consente di mettere al mondo proprio quello specifico bambino. In altre parole, è un'occasione che non si ripeterà, un privilegio che molte donne non possono avere, nonché uno dei momenti fondamentali dell'esperienza umana di ogni donna.

Allo stesso modo, giova ricordare ai genitori qualcosa che può apparire scontato, ma è invece di fondamentale importanza: ogni bambino è unico e irripetibile. Questo significa che impariamo a relazionarci col nostro bambino attraverso la relazione concreta e

l'esperienza diretta; di conseguenza, l'attesa del bambino ideale deve gradualmente lasciare il posto al rapporto con l'individuo particolare che mettiamo al mondo.

La prima gravidanza è un'iniziazione per i genitori. Si tratta, infatti, di passare dal ruolo di figlia a quello di madre, dal ruolo di figlio a quello di padre. A livello sociale, e spesso anche familiare, non esiste grande sostegno a questo fondamentale processo. Ecco, perché, tale iniziazione a volte è difficile e dolorosa: il suo esito dipende dalla storia di vita dei neo genitori, dalle figure genitoriali reali e ideali che hanno dentro di sé, e dalla relazione che hanno in quel momento con i loro genitori. Pur non essendoci alcuna regola o ricetta specifica, sarebbe importante che qualunque coppia che sceglie di avere un bambino cercasse uno spazio, prima del concepimento, per approfondire queste tematiche personali, e avere la possibilità di superare eventuali blocchi e difficoltà prima dell'inizio della gestazione. Esistono anche situazioni in cui il mancato superamento di tali problemi rende difficoltoso il concepimento stesso; purtroppo però, a fronte di un numero veramente grande di soluzioni sul piano fisico e medico, la ricerca delle cause emotive e profonde non viene proposta spesso alle coppie, che devono quindi effettuare una scelta autonoma in tal senso; che però, quando fatta, si rivela benefica non solo ai fini della gestazione stessa, ma anche del benessere emotivo profondo della coppia e dei due genitori. Una volta avvenuto il concepimento, esistono alcune conoscenze, per la verità purtroppo ancora poco diffuse e divulgate, che possono realmente favorire lo sviluppo sano ed equilibrato, a livello emotivo e psicologico, del bambino e della sua relazione con i genitori. È importante, in tal senso, sapere che una buona relazione prenatale prepara e favorisce la nascita di una buona relazione successiva. L'incontro genitori-bambino, infatti, può avvenire con maggiore dolcezza e consapevolezza se si tratta di un ri-conoscimento, e il bambino in utero possiede, già da subito, tutte le facoltà necessarie a favorire l'instaurarsi di un rapporto con l'esterno.

L'embrione prima, il feto in seguito, sviluppano, infatti, capacità sensoriali progressive che consentono al bambino di entrare da subito in relazione col mondo esterno: lo sviluppo dei cinque sensi avviene

a partire dalla seconda settimana dal concepimento, e al termine del primo trimestre il bambino è già a tutti gli effetti un essere pienamente sociale. Il feto può essere, addirittura, definito come il primo attivatore della relazione, perché attraverso le proprie capacità sa inviare segnali e messaggi, prima di tutto alla madre; sa inoltre cogliere le emozioni e le atmosfere in cui si svolge la gravidanza, e sa dare risposte adeguate se adeguatamente stimolato.

L'acqua è un ambiente vivo, in grado di percepire emozioni e pensieri: gli esperimenti di Masaru Emoto, in Giappone, hanno dimostrato che le particelle d'acqua ricevono e trasmettono segnali in modo intelligente, registrano le esperienze emotive, i pensieri e gli avvenimenti che avvengono intorno a loro, ricomponendo la struttura molecolare in modo armonioso o caotico, a seconda che le esperienze vissute abbiano una connotazione positiva o negativa (ad esempio, un terremoto o una preghiera di gruppo; una frase minacciosa, detta o scritta in prossimità del contenitore d'acqua, e una amorevole). È evidente, allora, che il bambino, immerso nell'acqua, negli ormoni, nelle sensazioni materne, riceva costanti stimolazioni, sotto forma di emozioni e stati interiori che ancora non sa tradurre in parole e in significati razionali, ma sa percepire e memorizzare a livello profondo.

Noi possiamo, quindi, influenzare da subito la qualità di vita e di conseguenza lo sviluppo emotivo e psicologico del bambino in utero. La qualità delle stimolazioni che gli inviamo può influenzare positivamente il suo sviluppo e quello della relazione con lui. È bene ripetere un concetto importante: il bambino in utero è sensibile in particolare alle emozioni, al significato profondo di quanto facciamo e viviamo, e di ciò che gli trasmettiamo. Per questo, le scelte di vita che i genitori compiono durante la gestazione, possono influire in modo decisivo sullo sviluppo sano ed equilibrato del loro bambino. In particolare, la mamma dovrebbe tutelare sé stessa non solo dagli sforzi fisici e mentali eccessivi (informazione che comunemente le madri hanno), ma anche da qualunque tipo di stress emotivo, di situazione pesante o di difficile gestione a livello relazionale, da inutili discussioni e preoccupazioni. Al contrario, dovrebbe cercare di vivere il più possibile situazioni armoniose, rilassanti, piacevoli, stare a contatto con la natura, stare con

le persone che ama e scegliere di fare ciò che più le piace e la rasserena. Ovviamente, non è possibile evitare qualunque situazione stressante o difficile, ma possiamo scegliere di evitare almeno quelle superflue, e cercare le condizioni migliori ogni volta che è possibile. Ogni madre vuole il bene dei propri figli, e può scegliere da subito ciò che è bene per la crescita e la serenità del suo bambino prima ancora che nasca.

Il bambino in utero è predisposto alla relazione, in particolare con i genitori. Durante la gestazione è già possibile, ed è auspicabile, parlargli, col pensiero o a voce, coccolarlo, giocare con lui, cantare per lui, scegliere per lui la musica più adatta e ascoltarla insieme, leggergli fiabe, storielle, filastrocche, raccontargli le esperienze esterne, farlo sentire amato, voluto e atteso, proteggerlo dalle inevitabili sensazioni ed emozioni negative. Quest'ultimo punto è particolarmente importante: non si tratta di circondarsi con una campana di vetro, ma di comunicare col bambino, ogni volta che la madre si trova a vivere un'esperienza spiacevole, spiegandogli cosa succede e rassicurandolo. Che è quanto ogni genitore fa spontaneamente, di solito, dopo la nascita; è bene anticipare questo atteggiamento anche prima. Se consideriamo che il bambino, immerso nelle sensazioni materne, dalle quali non ha la possibilità di difendersi, riceverà comunque ogni cosa la madre viva, in bene o in male, e se prendiamo l'abitudine di considerare il feto un essere relazionale, non solo un essere in formazione, rassicurarlo e confortarlo, come pure condividere attivamente con lui le emozioni e le esperienze positive, diventano atteggiamenti scontati. Certo il bambino non comprenderà le singole parole che gli rivolgiamo, ma sarà rassicurato e gratificato dal senso di ciò che diciamo, dal fatto che ci rivolgiamo a lui, dall'atteggiamento protettivo che dimostriamo nei suoi confronti.

Prendendo a prestito le parole della dott.ssa Gabriella Arrigoni Ferrari (Presidente dell'ANEP Italia), il bimbo prenatale ha il *“diritto di essere ascoltato, capito, accettato e amato così com'è, ricevendo adeguati feedback ai suoi messaggi e apprezzamento positivo nelle sue iniziative”*. La scienza ha, ormai, riconosciuto al bimbo prenatale competenze che finalmente lo dotano di un'esistenza non solo fisica, corporea, ma anche di un'anima, definendolo un essere capace di

vedere, sentire, comunicare; in pratica riconoscendogli la capacità di relazionarsi con il mondo esterno. Il primo passo nella comunicazione con il nascituro è (come sempre dovrebbe essere) imparare ad ascoltare: la gravida si apre naturalmente all'ascolto attivo del suo bambino, anche grazie all'aumento del progesterone che ne favorisce il processo di interiorizzazione.

Nell'ascolto è necessario un feedback (informazione di ritorno) positivo, tenendo presente che il processo di comunicazione è una funzione ricorsiva, in cui la risposta influenza la successiva emissione a tal punto che individuare emittente e ricevente diventa impossibile.

La risposta a tale difficile compito si trova nel "bonding prenatale", che essenzialmente consiste nell'accudimento e nella relazione. La seconda comunicazione prenatale è basata sulla voce, sui suoni e sul movimento, ma soprattutto sull'apprendimento di una gestione consapevole delle nostre trasmissioni psichiche nei confronti del bambino.

La comunicazione col bimbo prenatale è, innanzitutto, rispetto dei tempi e delle modalità di risposta di una personalità in formazione. "Il silenzio, l'atteggiamento interiore e l'ascolto sono indispensabili condizioni preliminari per qualsiasi tipo di vera comunicazione interpersonale". Con il bambino in utero è, come per tutti, importantissimo l'atteggiamento interiore nei suoi confronti. Il bambino va accolto ed ascoltato dandogli tutta la nostra attenzione e stando in silenzio, creando uno spazio vuoto ed accogliente in cui si possa esprimere. Bisognerà che il piccolo si senta accettato, senza riserve, "così come è". Il primo cibo del bimbo è l'amore, un bimbo si sente amato quando è accettato, si sente accettato quando è compreso, si sente compreso quando è adeguatamente ascoltato e si sente ascoltato quando i genitori (la madre in primis) gli dimostrano (feed-back) di sentire ciò che lui sente e provvedono a lui con conseguente coerenza (secondo feedback). Il dott. Thomas Gordon dice che: *"una persona non potrà mai essere sicura di essere accettata dagli altri finché l'accettazione non gli verrà dimostrata in modo attivo"*. Nella madre, a cui è stata insegnata la pratica dell'ascolto attivo, si avvia un processo di questo tipo: essa si pone in un atteggiamento di silenzio mentale, in cui si sintonizza sulla sfera

emozionale del figlio e ne percepisce lo stato d'animo, cioè comincia a sentire ciò che lui sente. Ogni volta che una madre riuscirà a trovare una soluzione al disagio del proprio bambino prenatale, quest'ultimo sentirà di essere stato ascoltato nelle sue emozioni e quindi di essere stato compreso ed amato.

Anche se nei tempi passati non c'era tecnologia per dimostrare che il feto avesse già la capacità di fare esperienze ed apprendere, alcuni citazioni di Leonardo da Vinci e alcuni brani tratti dai Vangeli asserivano che il feto era già dotato di un'anima, di un sé primordiale ed interagiva con la madre in relazione alle esperienze che essa viveva. Il suono, ad esempio, è uno fra gli stimoli più importanti per la formazione e lo sviluppo del piccolo e per la comunicazione fra il piccolo e la madre. La ricchezza nello sviluppo di ciò che il bambino percepisce, dipende dalla ricchezza degli stimoli ricevuti. Ciò accade perchè viene stimolata la congiunzione sinaptica dei neuroni e cioè la forza dei collegamenti fra le cellule cerebrali. È la madre che è fornitrice e filtro di stimoli sensoriali, sonori, vibratori che hanno però in più una cosa: sono dotati di una carica emotiva e cioè del nutrimento fisico, che diviene allo stesso tempo psicoemotivo. Il bambino viene, quindi, nutrito organicamente ed affettivamente allo stesso tempo e sviluppa così organi e struttura psichica.

Altro fattore importante è il benessere e la serenità della madre durante la gestazione, in quanto il bambino risente molto dello stress della madre durante il periodo della gestazione. Ad esempio, gravidanze estremamente turbate a causa di fattori ambientali, correlano positivamente con disturbi del sonno, dell'alimentazione, della digestione del bambino e del suo carattere (Sontag, anni '60). L'esposizione del bambino a forti dosi di stress materno comporta, infatti, l'esposizione a quantità ingenti di ormoni "non buoni" (ad esempio cortisolo e catecolamine che alterano il paesaggio biochimico in cui cresce il bambino).

Mamme ansiose, irritabili, angosciate per la propria e l'incolumità del nascituro, favoriscono un ambiente uterino instabile, rendendo l'attività contrattile del miometrio irregolare, disarmonica e inefficace. Per contro, offrire al bambino emozioni positive coltivando la calma,

la tranquillità, lavorando sul corpo con le giuste posture, favoriscono un imprinting emozionale sano e positivo (alcune mamme riportano, preoccupate di sentimenti ambivalenti emersi durante la gravidanza, tendenzialmente sempre correlati con il percorso verso l'accettazione. Questi sentimenti ovviamente non disturbano il bambino se limitati nel tempo ed elaborati successivamente, attraverso la consapevolezza e l'accettazione di sé e del piccolo).

Anche il piccolo in pancia influenza, però, la sua mamma: in senso chimico si è visto che il bimbo può sopperire ad eventuali carenze ormonali della madre, o in casi di mamme molto disturbate (schizofrenia, depressioni, etc.), aiutare a migliorare l'immagine di sé e le relazioni con gli altri. In linea generale, si può dire che la percezione che la donna ha di sé come generatrice di una vita, contenitore simbolico e non, in cui avviene il miracolo della vita, detentrica del segreto della vita, la può ridefinire nel suo ruolo di donna in maniera più completa, più unica.

Psicologi e psicoanalisti parlano di frammenti del sé che si costituiscono in base alle esperienze intrauterine, che si compattano poi nella formazione di un sé primordiale e pre-psichico. Molti dati suffragano l'ipotesi che il feto ricordi; alcuni autori dicono che ciò accade a partire dalla 28 s.d.g., momento in cui i circuiti raggiungono un livello di maturazione. Comprendere e riflettere su questi dati consente di vedere, sentire e trattare i piccoli in grembo già come esseri umani, con i quali si può comunicare e che comunicano con noi. La loro presenza cambia profondamente la madre, che conosce parti nuove di sé ed anche parti già presenti ma non note; la gravidanza non modifica, quindi, unicamente per una prospettiva fisica, ma anche e soprattutto per essere un momento di incontro fra due anime, una che contiene ed ospita e l'altra che si sta preparando alla vita.

La formulazione del caso nella terapia cognitivo-comportamentale

di

Buonocore Anna, Cancellaro Mariangela*,
Cappuccio Angela*, Cappuccio Sara*, D'Ancicco Francesco*,
Freda Gabriella*, Guerrieri Giorgia*, Monteforte Eva*,
Olivio Cristina*, Pacenza Alberta*, Paragliola Immacolata*,
Pascale Moena*, Perna Carmen*, Petillo Romina*,
Scoglio Valentina*, Siciliano Margherita*, Staiano Maria*,
Terlizzi Monica*, Tocco Filomena*, Vigliotta Angela**

Introduzione

In questo lavoro ci riproponiamo di descrivere la formulazione del caso seguendo il modello teorico della terapia cognitivo-comportamentale. Tale modello è ispirato al modello cognitivo dei disturbi emotivi di cui il primo è quello proposto da Aaron Beck (Eoin Stephens, 1998).

La formulazione del caso, nodo centrale nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale, è definita da Persons (1989) un'ipotesi circa la natura delle problematiche del paziente.

Si tratta di un quadro di riferimento per la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), in grado di rispondere in modo flessibile alle specifiche esigenze del paziente, guidando il terapeuta nella pianificazione e nella gestione del trattamento (ib.). Infatti, nel corso del trattamento, il terapeuta usa la formulazione del caso per orientare le sue decisioni e lavorare col paziente per raccogliere i dati al fine di monitorare l'andamento della terapia ed effettuare aggiustamenti a seconda delle esigenze. Si caratterizza, altresì, come un metodo che fornisce un supporto empirico alla CBT e alle teorie applicate nella pratica clinica.

Tale metodo ci aiuta a mettere insieme alcuni aspetti della storia e del funzionamento del paziente (ib.) e a comprendere il modo in cui

* Allievi del II anno della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Napoli

problemi apparentemente diversi siano in realtà connessi tra loro.

La formulazione del caso consta di un'ipotesi induttiva riguardante l'eziologia ed il mantenimento dei problemi psicologici del paziente e fornisce un piano su quando, dove e come intervenire, determinando una visione su come ridurre i sintomi.

Una formulazione del caso completa ed elaborata è utilizzabile solo dopo che il trattamento ha avuto inizio e dopo aver raccolto ulteriori informazioni, incluse quelle derivanti dal monitoraggio dei progressi. Essa, infatti, è un'ipotesi e in quanto tale è soggetta a verifiche e revisioni costanti. La formulazione del caso comincia con la raccolta di tutte le informazioni riguardanti tutti i problemi, i disturbi e i sintomi del paziente offrendo ipotesi circa la modalità in cui sono legati e quali meccanismi li stanno causando e mantenendo.

La formulazione del caso aiuta ad affrontare il fallimento del trattamento in diversi modi. Innanzitutto, il monitoraggio dei progressi identifica presto gli insuccessi così che il terapeuta possa in breve tempo attuare una risoluzione del problema. Quando il trattamento fallisce o sembra che stia per fallire, il terapeuta usando un approccio guidato dalla formulazione del caso lavora in collaborazione con il paziente sul problema. Infatti, una parte del lavoro consiste nel raccogliere più informazioni possibili per considerare se una formulazione del caso alternativa potrebbe portare ad un piano terapeutico più efficace.

Il metodo in questione aiuta il terapeuta a concentrarsi sugli aspetti problematici che sono strettamente legati alle difficoltà del paziente suggerendo il punto di intervento più appropriato e/o il focus del trattamento. Ad esempio, un paziente può riferire come suo bisogno quello di imparare a controllare i propri scoppi di ira. Tuttavia, un'indagine più approfondita ha messo in luce un forte perfezionismo di base che rende il soggetto molto rigido in merito a come le cose devono andare e provocano perdita del controllo di sé. Capire tale meccanismo di funzionamento psicologico del paziente, si è rivelato cruciale nella fase della pianificazione dell'intervento terapeutico stesso: fornire al soggetto in questione delle tecniche di autocontrollo sarebbe stato controproducente perché avrebbe rafforzato i suoi assunti disfunzionali: "Devo mantenere sempre il controllo; non devo arrabbiarmi". La formulazione

in questo caso ha invece suggerito che lavorare sulle aspettative rigide di sé stesso, degli altri e del mondo sarebbe stato più utile ai fini di un cambiamento.

Ancora, la formulazione del caso influenza anche la scelta delle tecniche da utilizzare e può essere utile a comprendere le dinamiche della relazione terapeutica. Ad esempio, un paziente che ha l'assunzione di base "Devo cercare di piacere a tutti, altrimenti non valgo", è probabile che sia molto compiacente col terapeuta. Pertanto, potrebbe rendersi necessario un incoraggiamento specifico da parte dello stesso a dire ciò che realmente vuole e sente (ib.) (Wills & Sanders, 1997).

Un ulteriore aspetto positivo legato all'utilizzo della formulazione del caso nell'ambito della terapia cognitivo – comportamentale, è che esso fornisce delle evidenze empiriche rispetto all'efficacia del trattamento.

Il nucleo centrale della formulazione del caso è l'individuazione dei meccanismi di mantenimento e delle credenze disfunzionali. A tal fine il terapeuta parte da una teoria nomotetica e la personalizza con la raccolta fatta per il caso specifico. Una formulazione nomotetica è generica: il compito del terapeuta è di tradurla in una idiografica. Una formulazione idiografica, infatti, descrive i sintomi specifici, gli schemi mentali di base del soggetto, i pensieri automatici, i comportamenti disadattivi e le emozioni vissute dal singolo individuo.

Per la formulazione del caso è utile seguire uno schema composto dalle seguenti aree che saranno descritte più dettagliatamente di seguito:

- a. Descrizione del problema, o dei problemi, del paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi, ed eventuali interazioni tra di loro.
- b. Profilo interno del disturbo.
- c. Fattori e processi di mantenimento.
- d. Scompenso.
- e. Vulnerabilità storica ed attuale.

Descrizione del problema

La descrizione del problema rappresenta la prima fase per una buona

formulazione del caso e consiste nell'esplorazione e compilazione di una "lista" di tutti i problemi, così come vengono riferiti dal paziente. Per "problemi" si intendono i sintomi e i disturbi manifestati dal paziente e le difficoltà che incontra nei diversi ambiti di vita (lavorativo, relazionale, finanziario, legale e scolastico) (Persons e Topkins, 1997).

Questi dati grezzi riportati dal paziente descrivono, in termini non esplicativi, le difficoltà lamentate al fine di pervenire ad una diagnosi che sia centrata puramente sulla caratterizzazione del sintomo cogliendo gli aspetti più significativi alla base del disagio.

È da tenere comunque presente che anche l'osservazione fornisce al terapeuta utili informazioni sui problemi che il paziente può non riconoscere, per esempio attraverso ritardi, trascuratezza nel vestire o difficoltà nel mantenere lo sguardo. Una volta individuato ciò che costituisce per il paziente il problema, il clinico dovrà indagare la frequenza, l'intensità e la durata della sintomatologia presentata, attraverso domande e compiti specifici (*homeworks*). Un altro aspetto importante da considerare riguarda il perché il paziente abbia richiesto una terapia proprio in quel momento della sua vita. Considerare i fattori che lo hanno spinto a formulare una richiesta permettono di comprendere al meglio il livello motivazionale con cui il paziente affronta la terapia. Inoltre, è importante analizzare anche il contesto in cui i sintomi riferiti si presentano, a tal fine è utile chiedere al paziente di compilare una scheda nel corso della settimana riguardante la propria sintomatologia, dove poter annotare tutto ciò che accade attorno a lui e riferire quali sono i correlati emozionali, cognitivi e comportamentali che emergono (Perdighe e Mancini, 2010).

Dunque, per redigere una lista accurata ed esaustiva dei problemi del paziente il terapeuta deve tener conto di tutti questi aspetti, correlarli tra loro e comprendere come siano strutturati all'interno della vita del paziente stesso. In questa fase è compresa anche la formulazione, se è possibile, di una diagnosi secondo i criteri di classificazione dei disturbi mentali del DSM IV R o dell'ICD 10. Solo in questo modo sarà possibile avere una visione globale del caso, utile per ipotizzare quadri sindromici ben riconoscibili e diagnosticabili.

Profilo interno

Nella formulazione del caso clinico la psicoterapia cognitivo comportamentale pone notevole enfasi al profilo interno del soggetto, al fine di individuare ed organizzare gli stati mentali, gli scopi e le credenze disfunzionali che regolano la sintomatologia presentata dal paziente.

L'assessment cognitivo-comportamentale prevede, dunque, la ricostruzione dei contenuti e dei processi cognitivi che generano e mantengono uno stato di disagio emotivo o patologico, attraverso strumenti di analisi quali gli ABC e sue varianti (es. CEPA).

Il modello ABC, introdotto da Ellis (1962, 1970), è una tecnica di formalizzazione, utilizzata dal terapeuta e spiegata al paziente in seduta. Ciò permette al terapeuta di definire il profilo interno del paziente e a quest'ultimo di aumentare la consapevolezza dei propri stati cognitivi e la sua capacità di leggere le proprie emozioni (accertamento cognitivo e lavoro terapeutico cognitivo).

Tale modello può essere immaginato come uno schema a tre colonne, dove ciascuna identifica uno specifico contenuto. Il primo elemento, che corrisponde alla lettera A, sta per *activating event* ("evento attivante"); il secondo, che corrisponde alla lettera B, sta per *belief or thinking* ("credenze o pensieri"); infine, il terzo elemento, rappresentato dalla lettera C, sta per *consequent behavior or feeling* ("conseguenze comportamentali o emozioni")

Con A si definiscono tutti quegli eventi o situazioni, reali o immaginarie, che determinano una reazione nelle persone. Si tratta in genere di fatti concreti e pratici, situazioni che si possono descrivere come episodi narrabili o, utilizzando una metafora, come tutto ciò che accade e si può riprendere con una macchina fotografica o una videocamera.

Con B. si definiscono tutti i pensieri, le interpretazioni, le credenze, le attività mentali che riguardano gli antecedenti. Hollon and Kriss (1984) spiegano tali contenuti cognitivi con i termini di *cognitive products* e *cognitive structures*. I prodotti cognitivi, sono direttamente accessibili, consapevoli e riguardano gli stati mentali e i pensieri automatici. Le strutture cognitive, che operano ad un livello inconsapevole e non inferibile, sono delle entità organizzative sottostanti che giocano un ruolo

attivo nel processamento delle informazioni.

Nella colonna delle C, rientrano le conseguenze in termini emotivi ("Cosa provo") e comportamentale ("Cosa faccio") influenzate dalle credenze in B.

Il modello ABC, così presentato, può sembrare un modello lineare, dove le emozioni e i comportamenti (C) sono determinati esclusivamente, o principalmente, da B. In una successiva rielaborazione, però, Ellis (1994) ha specificato in maniera molto precisa e dettagliata come il modello ABC sia di tipo circolare, poiché ogni elemento influenza e condiziona l'altro.

Oltre alla situazione in cui uno stesso evento può essere valutato da più punti di vista attivando diverse sequenze emotive e cognitive, può anche verificarsi che una reazione emotiva o comportamentale (C) può diventare essa stessa oggetto di una valutazione attivando, dunque, una successiva sequenza A-B-C, l'ABC secondario. Questo si configura, quindi, come una metavalutazione del proprio problema.

Il modello ABC si configura come metodo di indagine cognitivo straordinariamente chiaro che ci permette di rilevare l'emozione principale implicata nella sofferenza del paziente, le emozioni secondarie e le credenze ad esse collegate.

Tale paradigma di base della psicoterapia cognitiva oltre ad organizzare informazioni spesso complesse ed apparentemente contraddittorie, consente di attuare una valutazione, una formulazione, una pianificazione e concettualizzazione del problema psicologico fondamentali per mettere a punto ed implementare una terapia efficace.

I meccanismi di mantenimento

Quando sono insieme a persone che non conosco o conosco poco, mi sento gli occhi addosso, sorridono e ho l'impressione che parlino di me. Allora divento rosso e inizio a sudare, mi metto in disparte per non far vedere che sono in imbarazzo. Gli altri sicuramente se ne accorgono. Sono proprio uno sciocco a comportarmi così'

L'esempio di Marco introduce, nell'ambito della formulazione del

caso clinico, i meccanismi di mantenimento del disturbo emotivo. Tali meccanismi (Problema secondario, Ragionamento emozionale, Mood Congruity Effect, Cicli interpersonali, Ragionamento prudentiale, Meccanismi di evitamento/Comportamenti protettivi) consentono di spiegare perché un individuo, nonostante la sofferenza sperimentata a causa del proprio disturbo, non riesca a porre fine al disagio, mantenendo attivi processi disfunzionali di elaborazione delle informazioni e di conseguenza comportamenti patologici. Uno dei principali obiettivi della terapia cognitivo-comportamentale è pertanto quello di modificare questi meccanismi; un intervento orientato in tal senso consentirà inoltre di ridurre in maniera significativa il rischio di recidiva.

Euristiche e Biases

L'aggettivo "euristico" deriva dal greco e significa "trovare, scoprire". Nel linguaggio scientifico si usa tale termine per indicare una ipotesi che viene assunta precipuamente come idea direttrice nella ricerca dei fatti. Un procedimento euristico è un procedimento non rigoroso, a carattere approssimativo, intuitivo, che consente di prevedere o rendere plausibile un risultato, il quale in un secondo tempo dovrà essere controllato e convalidato per via rigorosa (Treccani, *L'enciclopedia Italiana*). Utilizziamo pertanto le euristiche perché, trattandosi di "scorciatoie" cognitive, consentono di assumere una decisione, al fine di raggiungere un nostro scopo, pur trovandoci in una situazione di incertezza. Le euristiche risultano pertanto funzionali quando tempo e risorse a nostra disposizione sono limitati, la ricerca infatti di ulteriori informazioni comporterebbe costi troppo elevati in determinate circostanze. Sono da intendersi in senso patologico invece quando l'uso di tali "scorciatoie" non solo è frequente, ma anche sganciato dalle variabili dell'individuo e dell'ambiente e minacciano pertanto gli scopi di vita, intesi globalmente, del soggetto. Nel processo di elaborazione delle informazioni, l'uso sistematico delle euristiche conduce a *biases*, "pregiudizi cognitivi" che sottostanno in maniera piuttosto specifica ai diversi disturbi mentali.

Beck individuò una serie di distorsioni cognitive quali la *deduzione*

arbitraria, l'astrazione selettiva, la generalizzazione eccessiva (Ogni volta che mi trovo in questa situazione...), ingigantire o minimizzare, la personalizzazione (...sorriscono e ho l'impressione che parlano di me), il pensiero assolutistico o dicotomico.

Oltre alle distorsioni sopra riportate, un altro errore nel processo di elaborazione delle informazioni è il *bias confirmatorio*, la tendenza cioè a ricercare selettivamente informazioni che vanno a confermare l'ipotesi principale che si è formulata. A tal riguardo lo studio di Remmerswal e colleghi (2010) è in linea con la letteratura circa l'atteggiamento degli individui che si percepiscono in una situazione di minaccia, in questa circostanza infatti si fa ricorso principalmente al processo di validazione (ricerca di informazioni che confermano la pericolosità dello stimolo o situazione temuta) piuttosto che il processo di falsificazione (ricerca di informazioni che invalidano l'ipotesi di minaccia). Nello studio è stato esaminato il ruolo delle madri nella formazione di un bias confirmatorio correlato alla paura/minaccia nei rispettivi bambini. Alle madri di bambini di età compresa tra 9 e 12 anni veniva presentata una storia che aveva come protagonista un animale fornendo informazioni che veicolavano un messaggio di pericolosità del protagonista stesso oppure informazioni non "minaccianti". Le madri venivano poi istruite a descrivere il protagonista del racconto attraverso vignette a finale "aperto". Le madri che avevano ricevuto informazioni minaccianti presentavano un bias confirmatorio correlato alla paura e utilizzavano in misura minore la strategia falsificatoria rispetto alle madri alle quali erano state veicolate informazioni non "minaccianti". Le madri trasmettevano questo tipo di bias ai rispettivi bambini; i bambini di madri che avevano ricevuto informazioni "minaccianti" ricercavano a loro volta in misura minore informazioni che andassero a invalidare l'ipotesi di pericolosità del protagonista del racconto rispetto all'altro gruppo.

Il bias confirmatorio è strettamente connesso al bias attentivo (nella ricerca delle informazioni a favore dell'ipotesi principale è necessario focalizzare l'attenzione su alcuni elementi rispetto ad altri). Il bias attentivo orientato alle informazioni "minaccianti" gioca un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia intesa come stato patologico (Bardel e Colombel, 2009). Le prime fasi dell'elaborazione delle

informazioni includono processi automatici; il bias attentivo compare qualunque sia lo stato dell'individuo ansioso. In una fase successiva, che implica processi attivamente regolati, i soggetti non clinicamente ansiosi potrebbero usare strategie difensive in grado di controbilanciare il bias attentivo, mentre i soggetti clinicamente ansiosi potrebbero non essere in grado di ignorare la minaccia essendo l'ansia maggiormente radicata.

Problema Secondario

Di fronte a sintomi o episodi di sofferenza, che pur possono presentarsi in talune circostanze della vita, intervengono alcuni fattori intrapsichici, definiti “fattori di mantenimento”, che contribuiscono a stabilizzare i sintomi stessi.

Accade infatti che l'individuo non soltanto possa sviluppare una data patologia (problema primario), ma possa altresì operare una critica verso la sintomatologia stessa. Tale atteggiamento favorisce l'emergere di un ulteriore stato problematico, detto “problema secondario”, fonte di aggiuntiva sofferenza. Il soggetto vive come intollerabile il fatto di esperire un disturbo. Ciò fa comprendere come, temporalmente, il problema secondario, emerga dopo il disturbo primario.

Il problema secondario, dunque, consiste nella valutazione che il soggetto stesso formula sullo stato problematico che sta sperimentando e nella conseguente risposta emotiva a tale problema. Alla base di questo stato psicologico vi è il fatto che l'individuo opera una critica al disturbo, alle emozioni che esperisce, ai comportamenti che assume, e vive uno stato emotivo, come ad esempio la depressione, in quanto si colpevolizza, si vergogna e/o non accetta la sintomatologia primaria.

Queste disposizioni psicologiche, relativamente frequenti nelle condizioni cliniche, possono complicare e mantenere notevolmente il quadro psicopatologico. Infatti, le valutazioni secondarie sul problema hanno l'effetto di amplificare le assunzioni relative al problema stesso: “non posso uscire da solo perché in luoghi affollati sento di perdere il controllo e sicuramente nessuno mi soccorrerà. Mi gira la testa e ho

paura. Penso che è assurdo avere queste paure, mi faccio rabbia! Sono un inetto, non valgo nulla e non potrò fare niente da solo, che tristezza!”.

Le auto-critiche e le auto-colpevolizzazioni seguono regole e principi che l'individuo sviluppa e formula nel corso della propria esistenza e ne guidano il comportamento.

Per il trattamento terapeutico risulta di particolare importanza l'identificazione di tale meccanismo di mantenimento attraverso gli ABC.

Ragionamento Emozionale

Secondo la psicologia cognitiva, le emozioni esercitano una mediazione indiretta sulle funzioni cognitive di base dell'individuo, funzionando come fonti di informazione che diventano particolarmente autorevoli in quelle persone che provano cronicamente quello stato affettivo.

In merito a questo, l'*affect as information* (o ragionamento emozionale), è quel meccanismo psicologico attraverso cui gli esseri umani tendono ad utilizzare il proprio stato affettivo, più che le evidenze oggettive, come informazione per esprimere valutazioni o giudizi sul mondo: "...sono terrorizzato e non so perché, ma se mi sento così deve pur esserci un pericolo da qualche parte!”

Questo tipo di "ragionamento" si attiva maggiormente in soggetti affetti da disturbo d'ansia (fobie, disturbo post traumatico da stress): i pazienti in questione, credono che la loro esperienza soggettiva di ansia sia una prova evidente che la situazione presentata sia effettivamente pericolosa. Questo stile di ragionamento confermerà la minacciosità e pericolosità di alcuni stimoli, anche in assenza di prove oggettive a riguardo, andando ad alimentare ancora di più l'ansia esperita. In questo modo quindi, se il pericolo è esperito solo sulla base dell'ansia provata, e non per la presenza di un pericolo oggettivo, i falsi allarmi non verranno riconosciuti e le paure irrazionali tenderanno a mantenersi e ad autoalimentarsi.

Gli stati emozionali influenzano i processi cognitivi anche orientando la selezione e l'elaborazione delle informazioni come nel caso del

mood congruity effect. In questo meccanismo, pressoché automatico, il soggetto tenderà a ricercare nell'ambiente, informazioni/dati coerenti con l'emozione prevalente del momento, che a sua volta influirà sul richiamo di ricordi: se ad es. l'emozione esperita è la rabbia, il soggetto tenderà ad attivare valutazioni e ricordi coerenti con l'interpretazione degli eventi in termini di torto subito; se il soggetto è triste tenderà a ricordare con maggiore facilità eventi negativi che lo condurranno a valutazioni attuali negative.

Il Ragionamento Prudenziale “*Better Safe Than Sorry*”

Il ragionamento prudentiale, noto in letteratura come *Better safe than sorry* (BSTS), è una strategia difensiva, un tipo di ragionamento, che subentra a seguito della valutazione di un evento come minaccioso.

L'emozione esagerata che segue alla valutazione di minaccia è l'ansia o la paura che attiva la disposizione a sottrarsi. Il vantaggio evolutivo che ne deriva è del tipo: “è meglio allarmarsi a vuoto piuttosto che rischiare di non allarmarsi quando serve”, infatti, questa strategia rispetta la regola della *minimizzazione del rischio di errori cruciali* risultando funzionale rispetto agli scopi dell'individuo.

Il fenomeno inferenziale confermatario, caratteristico del ragionamento prudentiale, si accompagna spesso ad un altro fenomeno noto come *jumping-to-conclusions* (saltare alle conclusioni) che ha, a sua volta, una valenza dal punto di vista evolutivo per cui è conveniente per chi si trova in una situazione di pericolo imminente trarre immediatamente le conclusioni.

Pur essendo un ragionamento errato rispetto alle prescrizioni della logica formale, tutti gli esseri umani, in un contesto generale di minaccia, vi ricorrono.

In dettaglio, la strategia di ragionamento BSTS consiste nel:

- ▶ focalizzare l'ipotesi di pericolo selezionare i dati congrui con tale ipotesi
- ▶ trascurare i dati congrui solo con l'ipotesi di sicurezza e ricercare i dati incongrui con tale ipotesi
- ▶ trarre inferenze che confermano l'ipotesi di pericolo

- ▶ giungere rapidamente alla conferma e alla accettazione
- ▶ tralasciare le inferenze a favore della ipotesi di sicurezza o, addirittura, trarre inferenze che la disconfermano
- ▶ giungere rapidamente a rigettarla.

“Ho paura che quel doloretto che ho all’addome dalla parte del fegato possa essere il sintomo di un tumore, di un cancro al fegato. Mi ricordo di un mio zio che è morto di cancro al fegato tra mille sofferenze. All’inizio la situazione era come la mia, anche lui aveva un doloretto all’addome, non se ne curò, i medici poi gli dicevano che non era niente e intanto il cancro camminava, anche adesso, qui, dentro la mia pancia, il cancro si sta espandendo, in effetti mi sembra che i doloretto sono aumentati nelle ultime settimane. Nessun mi da retta, tutti mi prendono sottogamba, quando cominceranno a curarmi sarà troppo tardi! Mi sembra di avere anche una brutta cera, la lingua è sporca, a volte ho un po’ di amaro in bocca, mi sembra pure pallido, sarà l’anemia! Pensa che trauma sarà per me e per i miei cari quando mi faranno la diagnosi e ormai sarà troppo tardi! Poi comincerà il calvario di esami, TAC medicine controlli interventi chirurgici! Ritorno dal medico e gli chiedo e insisto se mi fa rifare la TAC, speriamo mi dia retta.”

Nell’esempio riportato è possibile notare come il soggetto, in questo caso un ipocondriaco, si concentri solo sull’ipotesi focale “avere un tumore”, ricerchi dati che lo confermano e ignori le possibili alternative. Il risultato è che l’ipotesi negativa/di pericolo viene confermata. Lo scopo del paziente è la sopravvivenza per cui preferisce dar credito a tanti falsi allarmi rispetto anche ad un solo allarme ingiustificatamente mancato, che potrebbe però risultare fatale.

I fattori cognitivi che entrano in gioco nel BSTS riguardano la credibilità della credenza e la sua disponibilità. Inoltre, è fondamentale tener conto degli investimenti dell’individuo ovvero quanto egli ritiene che l’investimento possa prevenire la minaccia, la capacità di tener presente i costi dell’attività preventiva e quanto reputa grave la minaccia¹.

¹ M= probabilità dell’evento x imminenza dell’evento x gravità del danno / autoefficacia percepita + aiuto degli altri

Dall'intensità della minaccia dipende il grado in cui il BSTS è più o meno "determinato".

Questi fattori concorrono con altri di tipo emotivi/motivazionali, ad esempio nel fattore "disponibilità" gli eventi che vengono recuperati in memoria sono quelli a cui si associano i connotati emotivi più forti. Rispetto alla "credibilità" di una credenza intervengono fattori motivazionali per cui gli individui, tendenzialmente, focalizzano e accettano più facilmente le ipotesi che si coniugano bene con le loro credenze, rifiutando le altre.

Per spiegare i diversi grado di investimento nel BSTS degli individui risulta utile una riflessione rispetto al fatto che le persone differiscono tra di loro per il grado di nevroticismo, ovvero per la tendenza a rispondere in maniera emotivamente intensa ai segnali di pericolo, così come per la tendenza ad interpretare la loro stessa ansia come segnale di pericolo (vedi affect as information), in quanto fattori che amplificano il ricorso al BSTS.

In conclusione, Il ricorso al BSTS dei pazienti funziona in modo sovrapponibile a quanto accade nei non pazienti, la strategia BSTS diventa un meccanismo di mantenimento e di aggravamento della sofferenza psicopatologica quando l'investimento prudenziale è molto accentuato ovvero quando vi è un super-investimento nel tentativo di evitare errori valutati come potenzialmente catastrofici. Questo è facilmente riscontrabile nei disturbi caratterizzati dalla percezione di una minaccia.

Meccanismi di Evitamento e Comportamenti Protettivi

L'individuo davanti ad uno stimolo che ritiene pericoloso o dannoso per la sua salute per proteggersi adotta dei comportamenti difensivi come l'evitamento del pericolo/minaccia oppure nel caso in cui la sottrazione dal presunto pericolo non può essere messa in atto utilizza dei comportamenti protettivi che riducono le conseguenze del pericolo temuto. In questi soggetti tali fattori si instaurano tendenzialmente come un meccanismo di difesa che tende a consolidarsi nel tempo, poiché funzionale alla riduzione delle sensazioni negative (J. E. Young 2003). Tali comportamenti diventano disfunzionali perché il soggetto sottra-

endendosi allo stimolo aumenta le false credenze circa la pericolosità della situazione evitata. I meccanismi di evitamento ed i comportamenti protettivi sono dei potenti fattori che contribuiscono in maniera rilevante al mantenimento della patologia. Ad esempio una persona che soffre di attacchi di panico spesso prova a gestirlo mettendo in atto una serie di comportamenti protettivi (come respirare molto rapidamente) che nella maggior parte dei casi peggiorano la situazione amplificando le sensazioni del panico (l'iperventilazione, ad esempio, può peggiorare le sensazioni di vertigine, disorientamento e confusione). E non di rado all'intensa e persistente preoccupazione che l'attacco possa ripresentarsi segue l'evitamento di situazioni (quali ad esempio, luoghi affollati, mezzi pubblici, code, ecc.) in cui non sarebbe disponibile aiuto o da cui sarebbe difficile allontanarsi in caso di attacco (agorafobia). Secondo la teoria classica, in questo modo il paziente previene le esperienze disconfermanti, cioè non tocca con mano che le sensazioni da lui temute in realtà non implicano affatto la catastrofe e che invece sono del tutto innocue. Le sue convinzioni di pericolo, dunque, tendono a permanere. La maggior parte dei meccanismi identificati dalla ricerca seguono questo schema e dovrebbero svolgere la loro funzione di mantenimento aumentando la disponibilità delle conferme e diminuendo le disconferme (Carver e Scheier). Clark and Wells già nel 1995 affermavano che i comportamenti protettivi sono un importante fattore di mantenimento nella fobia sociale, per avvalorare la loro tesi portano l'esempio di una persona che temeva che gli altri la rifiutassero se avessero notato che sudava, per evitare che questo evento inaccettabile si verificasse indossava sempre una giacca e beveva delle bevande fresche per evitare che gli altri notassero la sua sudorazione. Secondo Clark e Wells (1997) questi comportamenti protettivi mantenevano il disturbo perché non davano la possibilità al paziente di sperimentare una disconferma delle sue credenze irrealistiche (Non mi hanno rifiutato perché grazie alla giacca che indossavo non hanno notato che stavo sudando), inoltre questi comportamenti bizzari (mantenere sempre la giacca anche quando fa molto caldo) molto spesso vengono notati e considerati "strani" dalle altre persone e possono causare una compromissione delle performance sociali. Numerosi studi si sono riproposti di confermare questa

ipotesi come quello Garcia-Palacios A. e Botella C. che nel 2003 hanno presentato uno studio che ha dimostrato l'importanza in terapia della soppressione dei comportamenti protettivi per alleviare la sofferenza dei pazienti. In un altro studio Eva Frank, Alexander Noyon, Volkmar Höfling and Thomas Heidenreich (2010) hanno verificato che i comportamenti di evitamento e di ricerca di sicurezza hanno importanti implicazioni anche nel mantenimento delle disfunzioni sessuali.

Tali studi evidenziano l'importanza, nella fase della formulazione del caso, della identificazione dei meccanismi di mantenimento al fine di agire su di essi per alleviare la sintomatologia e migliorare la qualità della vita del paziente.

Ciclo Cognitivo-Interpersonale

Il ciclo cognitivo-interpersonale è stato definito anche ciclo vizioso in quanto le persone rispondono costantemente in modo disadattivo a causa delle loro aspettative disfunzionali circa il comportamento interpersonale degli altri.

Ad esempio, le persone che pensano che gli altri saranno aggressivi agiranno di conseguenza in modo aggressivo e autoprotettivo; oppure chi crede che gli altri non siano degni di fiducia sarà sospettoso e non si fiderà degli altri.

Si tratta di un processo circolare che si auto-alimenta.

Le persone psicologicamente meno sane hanno aspettative negative circa la possibilità dello stato di relazione e che le evidenze per tale mantenimento siano rigide e limitate. Invece coloro che hanno aspettative positive circa lo stato di relazione interpersonale tende ad avere un'ampia gamma di schemi interpersonali.

La comunicazione interpersonale avviene anche a livello non verbale: ad esempio le persone possono comunicare parlando a bassa voce, non guardare negli occhi l'altro oppure comunicare ostilità ed aggressività fissando l'altro costantemente negli occhi.

La qualità della relazione terapeuta-paziente è una variabile determinante nell'ottenimento di cambiamenti terapeutici generalizzati e duraturi

Safran ha descritto la Terapia Relazionale Breve che è caratterizzata dalle seguenti fasi: riconoscimento degli indicatori della crisi in atto (da ritiro e da confronto); svelamento dell'esperienza soggettiva del terapeuta; messa in relazione di tale esperienza come gli indicatori della crisi; esplorazione dell'esperienza del paziente connessa a tali indicatori; messa in relazione di tale esperienza con il comportamento del terapeuta. Ciò dovrebbe portare alla soluzione della crisi.

Lo scompensamento

Per scompensamento si intende un evento, una situazione, che emergono in modo più o meno improvviso a rompere un equilibrio precedente, personale e familiare, e comportano l'interruzione o il sovvertimento delle abitudini e routine di vita fino ad allora perduranti.

Lo scompensamento va distinto dall'*esordio*, ovvero un episodio del passato in cui si è prodotto un fenomeno molto simile a quello attuale ma che in realtà si è esaurito lì. L'*esordio* è il primo episodio in cui si manifesta un problema ma a cui non segue lo sviluppo di un disturbo vero e proprio. Lo scompensamento è invece quell'evento che ha prodotto una frattura nel flusso esistenziale del paziente, favorendo l'inizio dell'attuale disturbo.

La qualità e la portata dell'evento scompensante sono in stretta connessione con la dimensione della "vulnerabilità", poiché interagisce con i fattori di rischio e di protezione sia psicologici che ambientali, e con quella della "resilienza". Nessun evento è quindi scompensante per sé e le sue ripercussioni dipendono in larga parte dal sistema di credenze e dalle valutazioni dell'individuo, nonché dalla sua storia di vita.

Nella formulazione del caso, riguardo allo scompensamento, il clinico dovrà essere in grado di descrivere cosa è accaduto nella vita del paziente che ha mandato in crisi o aggravato il precedente funzionamento psicologico. Verranno perciò prese in considerazione le condizioni di vita che hanno favorito lo scompensamento, le variabili psicologiche alterate dagli eventi scompensanti e il significato che il soggetto vi ha attribuito.

La Vulnerabilità

La vulnerabilità è un concetto trasversale a diversi approcci terapeutici. Secondo il Modello cognitivo – comportamentale è quello step all'interno della formulazione del caso nel quale sulla base della storia di vita si possono fare ipotesi sui fattori predisponenti allo scoppio e al disturbo presentato: esperienze di vita, eventi, rapporti significativi, fattori interni, quali ad esempio temperamento o condizioni di salute, che possono mediare l'effetto delle esperienze. Lo scopo non è la dettagliata descrizione della storia di vita ma solo degli elementi plausibilmente associati allo sviluppo dello specifico problema presentato e, anche, dei fattori che rendono il paziente vulnerabile a ulteriori ricadute del disturbo.

Nel modello cognitivo-comportamentale vengono distinte:

- ▶ Vulnerabilità storica: Quali elementi della storia di vita del paziente hanno favorito la nascita, l'insorgenza del problema? Nella storia di vita è possibile rintracciare la costruzione delle variabili che regolano il soggetto? È possibile rintracciare le esperienze e i fattori predisponenti allo specifico disturbo/problema presentato?
- ▶ Vulnerabilità attuale: che cosa c'è oggi che nella mente del paziente (es. *anxiety sensitivity*) o nel suo ambiente (es. crisi coniugale) che lo rende vulnerabile a una ricaduta nel disturbo?

La Vulnerabilità attuale può, dunque, essere di diversa natura, tra cui troviamo quella *Ambientale* (es: mancanza di indipendenza economica), quella *Costituzionale* (es: patologie organiche) ed infine quella *Psicologica*.

Un esempio di Vulnerabilità Psicologica è l'*Anxiety Sensitivity*; ossia una tendenza a considerare pericolosa (per la propria salute fisica e mentale o per la propria immagine sociale) l'ansia e, in generale, a temere tutti i segnali fisici (tachicardia, respiro corto) di attivazione neurovegetativa.

Anxiety Sensitivity:

- ▶ Credenza: “*Gli stati di attivazione interna sono pericolosi: possono*

portare la perdita improvvisa e pericolosa del controllo psicofisico di sé!”

► Scopo: *“Mantenere il controllo dei propri stati interni”*

In letteratura uno dei modelli teorici applicati al concetto di vulnerabilità è il modello *diatesi-stress*, nel quale la vulnerabilità individuale viene considerata come l'interazione tra una predisposizione allo sviluppo di un certo disturbo (la diatesi) e le condizioni ambientali o esistenziali che turbano le persone (lo stress). Dunque si ripropone di spiegare come i fattori neurobiologici possano interagire ed influenzare i fattori stressanti di tipo sociale (ad es. subire critiche continue o comportamenti invadenti in famiglia, scarso sostegno o ostilità da parte dell'ambiente, emarginazione) e come questi interagiscono con i processi psicologici attraverso i quali un individuo impara a conoscere l'ambiente ed interagire con esso. Il termine “diatesi” può riferirsi specificamente a una predisposizione genetica ma è stato più ampiamente definito come una vulnerabilità derivante dallo sviluppo infantile.

Il modello *diatesi-stress* ipotizza, dunque, che l'insorgere di una patologia non sia ascrivibile ad un solo fattore, ma derivi dall'interazione continua tra componenti genetiche, ambiente e processi intrapsichici. Focalizzare l'attenzione sui processi interattivi permette non soltanto di porre l'accento sul potenziamento reciproco dei vari fattori, ma anche agli effetti di neutralizzazione tra essi che possono incrementare le capacità di recupero dei pazienti di fronte a esperienze negative. In tal senso il concetto di interazione insieme al riconoscimento della vulnerabilità individuale, consente di mettere in una prospettiva corretta anche l'impatto degli eventi di vita sulla persona. “Ciascun soggetto è vulnerabile ad eventi particolari che possono essere del tutto indifferenti per un altro soggetto”. Questo si accorda con quanto ogni psicoterapeuta cognitivista conosce bene: *“è il significato che ciascuno dà agli eventi e che alla fine determina la gravità del carico dello stress”* (Perris 2000). Ne deriva che sul piano terapeutico diventa importante scegliere interventi integrativi, orientati non solo a mitigare l'impatto dei fattori esterni alla persona, ma anche a modulare gli assunti di base disfunzionali di sé e delle relazioni con l'altro che la persona ha matu-

rato nel corso dello sviluppo a partire dalle relazioni precoci.

Conclusioni

Con l'excurus presentato in questo lavoro abbiamo tentato di delineare i diversi step previsti per la stesura della Formulazione del Caso secondo l'approccio della Terapia Cognitivo – comportamentale. Tale strumento è necessario per consentire al Terapeuta la messa a punto di un piano terapeutico efficace e costruito su misura del paziente e in collaborazione con Egli stesso.

La Formulazione del Caso non si esaurisce nelle prime sedute, anzi essa si viene a delineare come un processo in continuo divenire consentendo in tal modo di monitorare l'andamento ed eventualmente modificare le strategie di intervento.

Bibliografia

- Baldini F. (2004). *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. McGraw-Hill, Milano
- Baldini F., Nisi A., Pagliarani L. & Prunetti E. (2009). L'insegnamento della formulazione del caso in psicoterapia. *III Forum sulla Formazione in Psicoterapia*. Relazione presentata il 27 marzo ad Assisi.
- Baietta F., Morini L., Pelaia L. & Scolaro C. (2009). La formulazione del caso: definizioni, obiettivi, metodi e "effetti sull'esito". *Tesina frutto di un project di Verona, coordinato da C. Perdighe e in corso di pubblicazione sul sito della rivista Psicoterapeuti in-Formazione*.
- Barcaccia B (2008). *Introduzione al Colloquio Clinico*. In Perdighe e Mancini (2008) *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*. Fioriti Editore, Roma, pp.23-31.
- Bardel Mh, Colombel F., *Specific trait and state anxiety's roles in emergence and maintenance of attentional biases associated with anxiety: Inventories and Investigation tracks*. *Encephale* 2009 Oct; 35 (5): 409-16.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University press.
- Beck A.T (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper e Row, New York.
- Carver S.C, Scheier M.F *Autoregolazione del comportamento. Scopi e processi di controllo retroattivo*, Erickson 2004.
- Clark D. M. & Wells A. *A cognitive model of social phobia*. In R. G. Heimberg, M. R. 1995.
- Clark D. M. *Anxiety disorders: why they persist and how to treat them*. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37 5-27.
- Frank E, Noyon A, Hoffling V, Heidenreich T. *In-situation safety behaviours as a factor in the maintenance and treatment of sexual dysfunctions*. *Sexual and Relationship Therapy* 2010; 25, 12-28.
- Jacobson, N. S., Schmalig, K. B., Holtzworthmunroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F., & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behavior Research and Therapy*, 27, 173-180.
- Liebowitz, Hope D.A, Scheier F.R (Eds.) *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). *Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1), 66-77.
- Kuyen W., Fothergill C.D., Musa M., Chadwick P. (2005). *The reliability and*

- quality of cognitive case formulation*. Behaviour Research and Therapy, 43, pp. 1187-01.
- Malatesta, V. J. (1990). *Behavioral case formulation: An experimental assessment study of transient tic disorder*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12, 219-232.
- Mancini, F. e Barcaccia, B. (2009) *La diagnosi in psicoterapia cognitiva*. In Dazzi, Lingiardi e Gazzillo (a cura di) *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e patologia* (2009). Raffaello Cortina, Milano.
- Mancini F, Gangemi A, Johnson-Laird P. *Il ruolo del ragionamento nella psicopatologia secondo la Hyper Emotion Theory*.
- Mancini F., Gangemi A., *Teorie e Modelli, il ragionamento ed il suo ruolo nei disturbi di ansia e dell'umore*.
- Palacios G. And Botella C. *The effects of dropping in – situation safety behaviors in the treatment of social phobia*, Behavioral Intervent. 2003; 18, 23–33.
- Perdighe C.- e Mancini F. (2010). *Elementi di psicoterapia cognitiva*. II edizione. Giovanni Fioriti editore, Roma.
- Persons, J. B. (1992a). *A case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Application to panic disorder*. Psychiatric Annals, 22, 470-473.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*.
- Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. (1995). *Clinically significant change in patients treated with cognitive behavior therapy for depression in a private practice setting*. Paper presented at Society for Psychotherapy Research, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Persons J. B. e Topkins M. (1997). *Cognitive-behavioral case formulation*. In T. D. Eells (a cura di) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. Guilford, New ork, pp. 314-339
- Remmerswaal D, Muris P, Mayer B, Smeets G “*Will a Cuscus bite you, if he shows his teeth? Inducing a fear-related confirmation bias in children by providing verbal threat information to their mothers*”. Journal of anxiety disorders 2010 Jun; 24 (5): 540-6.
- Semerari A.(2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Edizione la Terza, Roma.
- Scolaro C., Baietta F., Morini L. & Pelaia L. (2009). *La formulazione del caso: definizioni, obiettivi, metodi e “effetti sull’esito”*. III Forum sulla Formazione in Psicoterapia. Relazione presentata il 27 marzo ad Assisi. Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). *How do interpretations influence the process of therapy?* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 646-652.
- Young J.E, Klosko J.S, Weishaar M.E, *Schema therapy*, 2003, Eclipsi.

Associazione culturale "Virgilio - ricerca e percorsi in psicologia"¹,
Presidente Dott. Daniela Moriniello

SSD Psiconcologia, INT Fondazione G. Pascale
Responsabile Dott. Francesco De Falco

**“Rivivere il corpo dopo il dolore:
danzare un’emozione”
Un’esperienza di arte terapia in oncologia**

di

I. Bolognini², L. Esposito³, D. Moriniello⁴

*Andate e lasciate che le storie,
ovvero la vita, vi accadano,
e lavorate queste storie dalla vostra vita,
riversateci sopra il vostro sangue
e le vostre lacrime e il vostro riso finché non fioriranno,
finché non fiorirete.
(Clarissa Pinkola Estés, *Donne che corrono coi lupi*)*

L’esperienza dell’incontro con la malattia oncologica segna uno spartiacque profondo nella vita delle persone: cambiano le prospettive, il senso del tempo, le relazioni, i valori e le priorità. Le persone libere da malattia da molti anni riportano di essersi sentite sostenute duran-

¹ L’associazione culturale ‘Virgilio’ - ricerca e percorsi in psicologia, ha come obiettivo la diffusione dei principi della psicologia umanistica e della psicoterapia della Gestalt allo scopo di esplicitarne, nei diversi ambiti clinici, sociali e culturali, la duttile capacità di interpretazione ed intervento nella realtà. L’incontro con realtà sociali, imprenditoriali e artistiche, si profila come un’opportunità di ricerca di modalità di intervento atte a favorire e promuovere una maggiore qualità di vita dell’individuo e del gruppo attraverso il sostegno psicologico in contatto reale col territorio e con le sue istanze.

² psicologa

³ psicologa

⁴ psicologa, psicoterapeuta

te la fase acuta della diagnosi e dei trattamenti, ma di essersi sentite trascurate durante il follow-up. La fine della cura è generalmente vissuta come il tempo per gioire per la fine dei trattamenti e ci si aspetta di tornare alla vita precedente alla diagnosi, sentirsi come “prima” e, quindi, riprendere la routine quotidiana. Eppure, la lungosopravvivenza è una condizione che comporta sofferenze, dubbi, angosce e paura rispetto alla possibilità che la malattia si ripresenti. Il vissuto di solitudine e l’angoscia trasformano spesso l’attesa dei 5 anni successivi all’esordio della malattia, in una sorta di limbo denso di non vita che mina le relazioni affettive familiari e sociali e in cui la consapevolezza di non essere morti non si traduce in una vera e propria scelta di vita. Una volta conclusi i trattamenti, ciò che risulta più difficile non è tanto “tornare alla quotidianità” quanto, piuttosto, la scoperta di ciò che “ora è normale”. Si guarda alla propria vita con occhi nuovi e ciò che prima era considerato “normale” ora non lo è più, così come ciò che un tempo era considerato lontano dal proprio modo di vedere può, invece, essere ritenuto vicino e importante. Il periodo successivo alla malattia, quindi, è da considerare pregno di contenuti significativi e parte integrante del processo di presa in carico globale del paziente oncologico.

Da qui nasce l’idea del progetto intitolato “Rivivere il corpo dopo il dolore: danzare un’emozione”, proposto dall’Associazione culturale “Virgilio – ricerca e percorsi in psicologia”, in collaborazione con la SSD di Psiconcologia “Qualità di vita” dell’Istituto Nazionale Tumori “Fondazione G. Pascale” diretta dal Dott. Francesco De Falco e con il contributo della Dott.ssa Daniela Barberio e della Dott.ssa Valentina Abate.

Questo progetto si inserisce tra le diverse attività terapeutiche volte al recupero della qualità di vita globale del paziente oncologico nel periodo immediatamente successivo alla malattia ed ai relativi trattamenti ad essa connessi.

Il progetto, rivolto a 9 pazienti donne seguite dall’INT G. Pascale per i controlli di follow-up, si è articolato in 4 incontri di gruppo, ciascuno della durata di 3 ore, svolti presso la S.C. Chemioterapia - DH (Responsabile Dott. Sandro Pignata). I gruppi sono stati condotti dal-

la Dott.ssa Daniela Moriniello, psicologa-psicoterapeuta della Gestalt, dalla Dott.ssa Ida Bolognini, psicologa clinica, in collaborazione con Claudia Pane, insegnante di tango argentino.

Ogni incontro si è basato sui seguenti temi:

1. Riabilitare il proprio corpo.
2. Il contatto e la fiducia.
3. La riscoperta del corpo nella comunicazione. Danzare un'emozione.
4. Dal corpo violato al corpo rinato: la scelta di vita.

L'obiettivo principale è stato quello di dare 'corpo' ai vissuti emotivi legati alla malattia per evitare che paura e dolore si trasformino in una vera e propria disabilità alla vita. Per fare questo ci si è avvalsi di tecniche di mediazione artistica, rivelatesi strumenti efficaci di integrazione ed elaborazione di vissuti legati ad una ferita narcisistica profonda e all'autoconvincimento di non poter ritrovare e reinventare la vita.

È fondamentale sottolineare che tale progetto:

- Non si propone di sostituire cure psicoterapiche e/o riabilitative, bensì di affiancarle.
- Attraverso l'attivazione di strumenti della psicoterapia di gruppo della Gestalt, favorisce la consapevolezza dei propri vissuti emotivi, in rapporto a sé stessi e agli altri.
- Facilita la conoscenza delle dinamiche presenti nel gruppo, promuovendo la capacità di sperimentare modalità relazionali più proficue ed adeguate all'hic et nunc.
- Attraverso il sinergismo delle tecniche esperienziali di psicoterapia di gruppo e le tecniche espressive, si propone di dare voce ai vissuti presenti e trasformare gli stessi da motivi di isolamento in ricchezza relazionale ed emozionale. Questo spazio protetto, ludico e di condivisione, permette il superamento della paura del nuovo e l'aprirsi a nuove modalità di "essere-con".

A partire dal primo incontro è stato evidente un movimento dinamico del gruppo ed un passaggio graduale da un vissuto iniziale di disorientamento, generato dal rinarrare la propria esperienza di malattia e, quindi, dalla condivisione del dolore, fino ad arrivare ad un vissuto di

leggerezza che le pazienti hanno detto di aver sperimentato anche nei giorni successivi agli incontri di gruppo. Parliamo di quel vissuto di leggerezza che nasce dal permesso di affidarsi all'altro nella relazione, di fidarsi e lasciarsi guidare. Il peso del dover guidare e controllare, tipico dell'essere donna, è emerso con forza durante tutti gli incontri. Ogni donna grazie agli esercizi di tango in coppia, ha avuto modo di sperimentare, prima attraverso il canale non verbale e di verbalizzare poi nei momenti di restituzione, la difficoltà ad accettare il bisogno di essere guidata e di lasciarsi andare. Le pazienti hanno collegato il vissuto sperimentato nel qui ed ora degli incontri, alla difficoltà durante il periodo delle cure a lasciarsi andare alla relazione con gli altri (amici, familiari, partner). Questa difficoltà spesso si traduce in una colpevolizzazione dell'altro ("non mi comprende abbastanza, non mi ascolta, non potrà mai capire cosa sto attraversando"), per poi rendersi conto che le difficoltà dell'altro si incontrano e scontrano con la propria difficoltà a lasciare il controllo, ancora di più in un momento in cui, quella perdita di controllo, quella capacità di lasciarsi andare, rappresentano per il paziente una collusione con l'identità di malato, un'identità non scelta, facendo avvertire ancora di più quell'alienazione dal proprio ruolo di donna, madre e moglie.

Non bisogna dimenticare che la possibilità di lasciarsi andare è ancor di più complicata in quanto implica darsi la possibilità di far pace con l'esperienza di malattia, darle senso ed integrarla nella propria esistenza, venirne a patti definitivamente.

La malattia oncologica produce un'importante modificazione dell'immagine di sé, una ferita dolorosa che, sul piano affettivo, equivale ad un non riconoscimento della propria immagine, un rifiuto di quello che non viene più esperito come tramite di relazione intima ed affettiva con l'altro. Un corpo che all'improvviso diventa protagonista in negativo della vicenda esistenziale, che porta in sé la memoria della malattia e che potrebbe ancora riprodurla, un corpo che emerge ora come figura disturbante sullo sfondo di una quotidianità da recuperare.

La mancanza del canale corporeo come contatto affettivo genera isolamento e penuria di stimoli emotivi. Questo blocco del contatto cerca, e spesso trova, conferma nella relazione con l'altro dell'idea pregiudiziale di non avere più un corpo che può vibrare, esprimere,

emozionarsi, amare.

*“Il corpo vissuto non è solo una cosa nel mondo ma un modo in cui il mondo viene ad essere.”*⁵

Il concetto di “embodiment” è particolarmente centrale in letteratura, in quanto sottolinea quanto gli esseri umani non solo *hanno* un corpo, ma *sono* corpi e tutto ciò è fondamentale affinché una persona riesca pienamente a sentire se stessa e ad essere inserita nel mondo sociale.

Come afferma Turner: *“Posso toccare, sentire, odorare e vedere il mio corpo, ma ho bisogno del mio corpo per poter realizzare queste attività del toccare, sentire, odorare e vedere. Posseggo il mio corpo in un senso molto più completo ed immediato rispetto a come potrei mai possedere altri oggetti. E anche se posseggo il mio corpo in questo totale senso, la vera intimità del possesso è la fonte della mia distruzione, poiché la morte del mio corpo è anche la mia morte.”*⁶

È attraverso il linguaggio autentico ed immediato del corpo che le pazienti hanno compreso in modo viscerale quanto il permesso a lasciarsi andare e guidare non equivalga ad una perdita di potere, bensì ad una maggiore presenza nella relazione con l'altro. Farsi guidare non vuol dire essere passivi ma rimanda alla corresponsabilità della relazione: vi è responsabilità nel guidare, ma vi è responsabilità anche nello scegliere di fidarmi dell'altro che mi sta portando.

Da qui la scelta del tango come tipologia di comunicazione in cui le parole sono bandite e ci si affida al solo dialogo fra i corpi, in una connessione profonda che solo la comunicazione non verbale di tipo non logico permette, bypassando tutte le sovrastrutture della razionalità.

⁵“The lived body is not just one thing in the world but a way in which the world comes to be.” Leder D., *The Body in Medical Thought and Practice*, Kluwer Academic, London, 1992, p.25. Cit. da: Heath H., White I., *The Challenge of Sexuality in Health Care*, Wiley-Blackwell Science, 2002, p. 74.

⁶“I can touch, feel, smell and see my body, but I need my body in order to carry out these activities of touching, feeling, smelling and seeing. I possess my body in a much more thorough and immediate sense than I could ever possess other objects. Yet also I possess my body in this thoroughgoing sense, the very intimacy of possession is the source of my destruction, since the death of my body is also my death.” Turner B., *The Body in Society*, Basil Blackwell, Oxford, 1984, p.233. Cit. da: Heath H., White I., *The Challenge of Sexuality in Health Care*, Wiley- Blackwell Science, 2002, p. 74.

L'abbraccio nel tango è fondamentale, è la creazione dello spazio in cui l'apertura all'altro diventa ascolto; nell'abbraccio non ci si appoggia all'altro, ma si crea con l'altro uno spazio paritario in cui interagire.

Si tratta di una fusione guidata dal fatto che si ascolta la stessa musica, lo stesso ritmo e che promuove il controllo di sé e la fiducia nell'altro. *“Io crederei solo ad un dio che sapesse danzare. E quando vidi il mio diavolo, lo trovai serio, esatto, profondo e solenne. Era lo spirito della gravità, per lui precipitano tutte le cose: non si uccide con l'ira, ma con il sorriso. Su, uccidiamo lo spirito di gravità! Ora sono leggero, ora volo, ora mi vedo sotto di me, ora è un dio che si serve di me per danzare. Così parlò Zarathustra.”* (F. Nietzsche)

Lo strumento della danza permette di raccontare senza parlare, di ascoltare e di comunicare ciò che non si sa di sapere.

In ogni narrazione verbale i vissuti profondi ed emozionali spesso si confondono con l'”automanipolazione” del pensiero.

Raccontare attraverso il corpo, invece, re-imparando la leggerezza perduta, permette di risperimentare se stessi nel mondo, ricostruendo la propria storia nell'immediata esperienza della relazione. Il proprio corpo può essere di nuovo sperimentato come scrigno di ricchezze dimenticate in cui scoprire la possibilità di recuperare il vissuto della malattia, non più come mostro da uccidere, ma come parte della propria vicenda esistenziale e come dote nella riscoperta di senso della vita.

La scelta del tango come strumento operativo all'interno di questo discorso si basa dunque sulla considerazione che, al di là degli stereotipi, la coppia/tango sia un'efficace metafora delle principali tematiche relazionali: l'impatto emotivo della vicinanza e della fusione con un altro corpo, con lo scambio energetico ed emozionale che ne deriva, l'alternanza di azione e ricettività, di equilibrio e squilibrio, di silenzio e parola, sono tutte rappresentazioni del modo in cui ognuno gestisce la relazione con sé e con l'altro. Si tratta di una comunicazione “immediata”, diretta, tra due corpi che parlano senza parole e, in questa immediatezza, offrono un punto di osservazione privilegiato su ciò che attraverso il corpo si sente, si accetta o si rifiuta.

Si tratta di un tango che insegna la vita, un movimento pregno di

sensu in grado di potenziare le risorse di ogni persona e di recuperare quel sano egoismo, quel volersi bene che non è altro che la riappropriazione di sé in quanto donne.

È grazie al gruppo e alla compartecipazione che l'implicito diventa esplicito sulla base della mobilitazione di logiche non razionali molto più immediate e dirette.

All'interno di uno spazio di realizzazione e di creatività, di incontri umanizzati densi di significati, la danza diviene strumento privilegiato per dar voce alla propria fertilità.

Accettando la paura iniziale del mettersi in gioco nel contatto con l'altro, le partecipanti hanno danzato le proprie difficoltà, dando inizio ad un dialogo di permessi reciproci.

Dai loro sguardi, dai loro movimenti, dalla loro intesa e complicità e dalle loro parole è emersa con forza la scelta di vita, scelta che è successiva, diversa ed ancora più faticosa della lotta per sopravvivere alla malattia.

A partire dal secondo incontro la malattia ha iniziato a non parlare al posto delle donne, ma a lasciare spazio alla forza e alle risorse fertili e vitali, a quella forza che non si traduce necessariamente in un copione di vittima rispetto all'esperienza traumatica vissuta.

Durante il primo incontro di costituzione del gruppo, infatti, ha prevalso l'identificazione con la malattia ("Siamo tutte uguali e solo noi possiamo realmente comprenderci sulla base della condivisione dell'esperienza di malattia") che poi nel corso degli incontri successivi, ha lasciato spazio ad una trasformazione della stessa verso un recupero della propria identità di donna e delle proprie differenze individuali, diventate vere e proprie risorse per il gruppo.

Questo è possibile solo se il gruppo non si chiude in un bozzolo emotivo e se non si attua una fuga da quell'identificazione iniziale con la malattia e con la paura che essa comporta ma se la si accoglie, scegliendo il modo di canalizzarla e trasformarla. Si tratta di mettere luce sulla scelta di vita di queste donne, sul loro coraggio, attraverso un'altra scelta preliminare ed ancora più complessa: l'assunzione di responsabilità rispetto al "cosa me ne faccio dell'esperienza di malattia". Uno degli obiettivi fondamentali di questo laboratorio è aiutare queste

donne a sviluppare un'identità gruppale, che in questo percorso è stata fortissima sin dall'inizio, in cui è possibile passare dall'ostinato "voglio ritornare ad essere quella di prima" alla scoperta rispetto a "chi sono realmente oggi alla luce dell'esperienza vissuta". È proprio in questo che sta il potere dell'essere umano anche di fronte all'impotenza provocata da esperienze di vita traumatiche e sicuramente non scelte. Se riprendo questo potere che è solo mio e non può derivare dall'esterno, allora posso anche scoprire che il non essere più quella di prima non corrisponde inevitabilmente ad essere peggiore, bensì, con grande stupore, ad essere una persona migliore.

L'identità trova un sostegno concreto nella presenza degli altri e il laboratorio proposto è stato uno spazio di grande autenticità. Se si resta bloccati nell'identificazione con la malattia anche il rapporto con il proprio corpo resta oscurato ed emergerà sempre in primo piano l'immagine di un corpo ferito, mutilato, segnato dalla sofferenza. Un corpo impossibilitato ad aprirsi all'altro, che diventa prigioniero, guscio difensivo che innesca rigidi meccanismi di difesa che possono risultare in profondi vissuti di solitudine.

Come afferma Liliana Dama (2007):

“Di certo le terapie a cui mi sono sottoposta, l'aver smesso improvvisamente di fumare, la menopausa e le frustrazioni hanno modificato il mio aspetto. [...] Se mi guardo allo specchio, attraverso i cambiamenti che osservo all'esterno immagino ciò che avviene dentro il mio corpo e non posso non compiangermi per le ferite che lo attraversano, tatuaggi obbligati di sofferenze ancora troppo vicine.

Ogni volta sono assalita da una rabbia profonda, l'emozione che più di altre, in questo periodo, esprime la negazione della morte e che a volte è tanto acuta da attanagliarmi in una morsa. In alcuni momenti vorrei gridare la mia voglia di cancellare il cancro e continuare a vivere, non tanto per raggiungere l'immortalità della fama – come immaginavo ingenuamente da ragazza – ma solo per godere del quotidiano, senza troppe pretese. In punta di piedi.”⁷

È solo restituendo voce al corpo di queste donne che si può creare la

⁷ Dama L., *Voglia di leggerezza*, Guida, Napoli, 2007, p.47.

trasformazione dal corpo mutilato al corpo rinato.

Attraverso tecniche di rispecchiamento e di identificazione, le pazienti sono entrate in contatto con le proprie resistenze e difese (collocandole soprattutto nella zona delle spalle, come pesi da portare) e riconoscendole ed accettandole hanno riscoperto zone di apertura e di forza (in particolare le mani, i piedi ed il petto). Questo è stato possibile grazie ad esercizi di grounding che hanno permesso prima un contatto con se stesse (chi sono, dove sono e come sono qui, quale emozione sto portando nel gruppo) per poi aprirsi all'incontro con l'altro.

Durante ogni incontro è stato possibile notare quanto l'esperienza del contatto creativo nel gruppo permettesse alle pazienti un cambiamento nel modo di parlare di sé e di raccontarsi; abbandonandosi all'incontro fertile ed autentico con l'altro la malattia diventa sfondo e la femminilità diventa figura. Così, nelle fasi di restituzione e verbalizzazione delle esperienze corporee vissute, abbiamo osservato l'emergere di frasi ben lontane dal copione di vittima e dall'identificazione totale con la malattia, ma ricche di immagini relative alla forza, alla scoperta e alla rinascita.

Attraverso questo scambio le pazienti hanno sperimentato la possibilità di *“accogliere nel proprio sguardo quelle impressioni con cui il mondo mi si offre e con cui io mi offro al mondo...la mia esposizione al mondo”* (U. Galimberti, Il Corpo)

Così, alla fine, immagini e fantasie di ballerine danzanti, indiane riunite intorno ad un fuoco, cerchi concentrici, onde in movimento, hanno chiuso questa breve ma intensa esperienza clinica, dando voce alla scelta di vita, alla trasformazione del dolore e alla nascita di relazioni autentiche basate sulla condivisione, sulla fiducia ma soprattutto sul permesso di ritrovare se stesse.

Questa esperienza dimostra, come afferma Kitwood (1993), l'importanza di puntare a:

“scoprire la persona, non la malattia” constatando *“la dolorosa verità che noi e loro apparteniamo ad un'unica umanità. Tutti noi siamo danneggiati o mancanti in qualche modo. Tutti noi abbiamo sentimenti, intenzioni e azioni con un significato [...] Quando scopriamo la persona [...] scopriamo anche qualcosa di noi stessi, per questo quello*

che alla fine dobbiamo offrire non è l'abilità tecnica ma il nostro potere di sentire, dare, stare nelle scarpe di un altro, attraverso la nostra immaginazione."⁸

Come diceva Otto Rank, il paziente deve imparare a vivere con la sua scissione, con il suo conflitto, con la sua ambivalenza, che nessuna terapia può eliminare poiché se lo facesse, porterebbe via con sé la vera fonte della vita.

È proprio nel contemplare la possibilità delle frammentarietà, di istanze diverse e in conflitto, di parti reiette e quindi escluse dai normali livelli di coscienza, che possiamo recuperare quella dinamica relazionale dell'Io e Tu, di cui parlava Buber, all'interno di noi stessi, in cui la figura e lo sfondo danzano un antico e sapiente alternarsi nel qui ed ora del fenomeno, del campo generato dalla relazione tra le parti.

È nell'accettazione che la frammentazione diventa molteplicità, che diverse parti di sé con diverse istanze, diventano potenziali creativi, possibilità di comprensione ed azione nella realtà personale e relazionale nella quale viviamo.

B. Pasternak scriveva:

*"Io non amo la gente perfetta,
quelli che non sono mai caduti,
non hanno inciampato,
a loro non è svelata la bellezza della vita."*

⁸ "Discover the person, not the disease", "painful truth that we and they belong to one humanity. All of us are damaged or deficient in some way. All of us have feelings, intentions and actions with meaning...As we discover the person...we also discover something of ourselves, for what we ultimately have to offer is not technical expertise but our power to feel, to give, to stand in the shoes of another, through our imagination." Kitwood, T., "Discover the person, not the disease", *Journal of Dementia Care*, 1993, 1(1): 16-17.

Bibliografia

- Annunziata M. A., “*Dinamiche psicologiche e processi di cambiamento corporeo nello stato di malattia*”, in Atti dell’VIII Convegno Nazionale di Psiconcologia “*L’integrazione tra cure mediche, trattamento farmacologico e intervento psicologico in oncologia*”, Strano ed., Catania, 2003.
- Bellani M.L., Morasso G., Amadori D. et al., *Psiconcologia*, Masson ed., Milano, 2002.
- Buber M., *l’Io e il Tu*, Pavia, Irsef, 1991.
- Dama L., *Voglia di leggerezza*, Guida, Napoli, 2007.
- Galimberti U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 1987.
- Kitwood, T., “Discover the person, not the disease”, *Journal of Dementia Care*, 1993, 1(1): 16-17.
- Leder D., *The Body in Medical Thought and Practice*, Kluwer Academic, London, 1992, p.25. Cit. da: Heath H., White I., *The Challenge of Sexuality in Health Care*, Wiley-Blackwell Science, 2002.
- Pasternak B., *Il Dottor Zivago*, Feltrinelli, 2003.
- Pinkola C. Estés, *Donne che corrono coi lupi. Il mito della donna selvaggia.*, Frassinelli, 1993.
- Turner B., *The Body in Society*, Basil Blackwell, Oxford, 1984, p.233. Cit. da: Heath H., White I., *The Challenge of Sexuality in Health Care*, Wiley- Blackwell Science, 2002.

Un percorso di cura integrata per il malato oncologico

di

*Raffaella Manzo**

In questo lavoro verrà descritto il modello d'intervento di accoglienza-sostegno psicologico dal titolo "*Un percorso di cura integrata per il malato oncologico*", ideato dalla scrivente e operativo attualmente nel progetto S.O.R.R.I.S.O. (Servizio di Ospedalizzazione e Riabilitazione attraverso una Rete Integrata per il Sostegno Oncologico) nato presso la U.O. di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, con lo scopo di realizzare uno specifico profilo di assistenza globale per il paziente oncologico che tenga conto dei percorsi specifici diagnostici e terapeutici, supportando e semplificando tutta la parte assistenziale, psicologica, sociale e organizzativa del singolo paziente.

"S.O.R.R.I.S.O riguarda la progettazione e la sperimentazione di percorsi assistenziali come strumento di gestione clinica, finalizzato al miglioramento della qualità dell'attività sanitaria, che consente di toccare i tre aspetti fondamentali di quest'ultima: rispetto al paziente/utente, all'organizzazione ed agli operatori coinvolti.

L'Obiettivo generale del Progetto è quello di mirare alla definizione di un modello di "presa in carico globale" della persona malata e della sua famiglia, e creazione di un'adeguata rete civica, sociale, culturale e professionale volta a far fronte alla necessità di assistenza e di orientamento in ambiente ospedaliero e territoriale, con conseguente miglioramento della qualità di vita.

* Psicologa – Psicoterapeuta, Borsista c/o U.O.S.D. DH Pneumonologico, U.O.C. Oncologia Azienda Ospedaliera dei Colli

Obiettivi specifici:

- ▶ Presa in carico del malato oncologico secondo il modello di simultaneous care;
- ▶ Implementare l'assistenza per i malati ed i familiari;
- ▶ Garantire migliore informazione ed orientamento sui percorsi attraverso punti informativi per i cittadini;
- ▶ Migliorare l'accoglienza e la comunicazione a paziente e parenti su educazione terapeutica, dimissione e continuità assistenziale;
- ▶ "Accompagnare" il paziente dalla comunicazione della diagnosi lungo tutto il percorso della malattia."¹

Ogni anno nel nostro Paese più di 250 mila persone vengono colpite da tumore e la diagnosi presenta un impatto notevole sulla vita di malati e familiari.

Dati osservazionali mettono in evidenza che il 60-70% dei pazienti con cancro presenta una risposta 'normale' di adattamento alla malattia, circa il 35-40% presenta un disturbo di tipo psichiatrico classificabile secondo l'ICD-10 o il DSM-IV (depressione maggiore, distimia, ansietà, adattamento) che influenza negativamente la qualità di vita, l'aderenza ai trattamenti medici e la percezione degli effetti collaterali, la relazione medico paziente, i tempi di degenza, di recupero e di riabilitazione. Infine, una percentuale di pazienti che si aggira intorno ai 15-25% manifesta altre condizioni significative di sofferenza psicologica e sociale (ad esempio ansia correlata allo stato di salute, umore irritabile, demoralizzazione, o distress emozionale in senso lato).

Il Piano oncologico nazionale 2010-2012, ha sottolineato per la prima volta in maniera specifica il ruolo e l'importanza della psiconcologia, indicando che "la rilevazione precoce delle dimensioni psicosociali (screening del disagio emozionale, rilevazione dei bisogni del paziente e della sua qualità di vita) rappresenta il presupposto per individuare le

¹ Tratto dal PROGETTO S.O.R.R.I.S.O (*Servizio di Ospedalizzazione e Riabilitazione Attraverso una Rete Integrata per il Sostegno Oncologico*)

Responsabile scientifico del progetto: Dott. Vincenzo Montesarchio - Direttore della UOC.O. di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera dei Colli.

Coordinatrice: Dr.ssa Francesca Laudato - Sociologa

persone che necessitano di interventi mirati”.

Si è poi stabilito che “l’attivazione nelle diverse neoplasie e fasi di malattia, di percorsi psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici (individuali, di gruppo, di coppia, familiari), risulta fondamentale per il paziente e per la sua famiglia”.

Dal Piano Oncologico Nazionale emerge come l’umanizzazione delle cure non prescinde dalla realizzazione di una rete di servizi integrati che pone il paziente, con i suoi bisogni e le sue necessità, al centro dell’assistenza territoriale e ospedaliera. Quindi l’umanizzazione delle cure non può trascurare un modello multidisciplinare di presa in carico, realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione del malato e dei familiari nelle scelte terapeutiche.

In seguito a queste considerazioni, da gennaio 2011 presso la U.O. di Oncologia dell’ Azienda Ospedaliera dei Colli è nato il Progetto S.O.R.R.I.S.O. nell’ambito del quale è stato realizzato un modello multidisciplinare di presa in carico con la collaborazione tra operatori di diverse discipline² per favorire la presa in carico globale del paziente oncologico, a garanzia della continuità terapeutica e della qualità di vita.

L’obiettivo principale dell’intervento psicologico è di migliorare la qualità della vita del paziente oncologico e dei suoi familiari, fornendo loro uno spazio informativo, un’accoglienza dei vissuti, delle emozioni e dei pensieri che accompagnano l’evento traumatico; una relazione terapeutica integrata (che si occupa dei bisogni psicologici e di quelli organici) che accompagni alla presa di consapevolezza di quanto sta accadendo.

² **Le risorse umane interne ed esterne coinvolte sono:** Medici Dirigenti e Infermieri della UOC di Oncologia; Operatori sociali: (Sociologa, counsellor, psicologhe-psicoterapeute, assistente sociale ecc.); Collaborazioni con il Servizio di Psicologia Clinica e di Psichiatria dell’Azienda.

Associazioni Onlus coinvolte: “Il cammino della speranza” dedita al trasporto dei pazienti oncologici da casa all’ospedale; “Maria Rosaria Sifo Ronga”, che offre ospitalità gratuita ai familiari dei degenti residenti al di fuori della provincia di Napoli; “Compagni di Viaggio Onlus”: allestimento di una biblioteca nel reparto per pazienti e familiari.

La finalità dell'intervento è offrire assistenza psico-sociale integrata per i pazienti oncologici che, afferendo al reparto potranno avvalersi della presenza di operatori sociali, i quali coordineranno le loro attività con quelle mediche, favorendo l'integrazione tra prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

Tale finalità, realizzata attraverso la presa in carico globale del paziente, ricerca e valuta i bisogni di salute, i bisogni psicologici e assistenziali, eventuali ostacoli al reinserimento sociale e/o lavorativo assicurando il supporto necessario attraverso la definizione di piani personalizzati di assistenza e favorendo l'integrazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri.

Dal primo colloquio con l'oncologo ogni paziente viene accolto da un operatore sociale (educatore, counsellor, psicologo, assistente sociale) con il compito di assisterlo nelle varie fasi dell'iter diagnostico-terapeutico, l'operatore sociale riveste, in questa fase, un ruolo importante nel processo di cura, in quanto identifica e soddisfa i bisogni dei malati e rappresenta un valido sostegno anche per la famiglia.

Gli operatori sociali gestiscono il Punto di Informazione e Ascolto creato all'interno del Reparto, per fornire ai cittadini utenti dell'U.O. di Oncologia informazioni relative all'ambito sociale, assistenziale e sanitario anche attraverso materiale informativo.

L'operatore dopo aver compreso appieno i bisogni del paziente, opera una presa in carico dello stesso per attuare, insieme all'èquipe, le misure necessarie a risolvere il problema.

Se la domanda esprime un bisogno di ascolto privilegiato, viene trasmessa agli psicologi i quali offrono un supporto psicologico avviando così una presa in carico tempestiva e completa.

Se, invece, il paziente ha particolari esigenze di carattere economico e/o giuridico, costui viene aiutato nel riconoscimento e nella garanzia dei propri diritti sia come particolare categoria di malati sia, genericamente, come persone riconosciute invalide.

In sintesi, l'operatore si attiverà per comprendere e risolvere il problema, contattando i *focal point* che lavorano come referenti nelle Aziende Sanitarie tracciando una "fotografia" panoramica, dal punto di vista regionale, della rete dei servizi, dei punti di forza e delle criticità

STRUMENTO E MODALITA' DI RILEVEZIONE DEL DISTRESS

Per favorire un adeguato intervento è fondamentale conoscere i diversi aspetti che causano un disagio al malato, per poterlo aiutare a superarli ove possibile o accettarli, e permettere a loro e famiglie di mantenere la migliore qualità di vita.

Il "Termometro del Distress" rientra in un programma di presa in carico globale del malato oncologico, inteso come assistenza attiva, da parte di diversi operatori, membri dell'equipe dedicati alla cura di tali malati.

Da un esame della letteratura e dalla nostra esperienza clinica, il "Termometro del Distress" si è dimostrato uno strumento non solo utile alla rilevazione dei bisogni del malato ma a far sentire il malato al centro della cura, consentendo agli operatori di effettuare interventi mirati, rappresentando un valido contributo alla concretizzazione dell'approccio multidisciplinare sperimentato.

Tale strumento, somministrato dall'operatore sociale, in prima visita, consente di rilevare i bisogni del malato oncologico e costruire in modo multidisciplinare un intervento personalizzato già dal momento della diagnosi.

Lo strumento esplora 5 aree della vita quotidiana, ed in particolare: aspetti sociali, familiari, emotivi, fisici-funzionali, religiosi.

Inoltre, attraverso una scala VAS (*Scala visiva analogica*) viene quantizzato il disagio percepito dal paziente. Sulla base del punteggio ottenuto e delle aree maggiormente implicate nel disagio, i malati saranno presi in carico dall'operatore più consono in rapporto ai disagi segnalati.

Fig.2 *Cartella clinica psiconcologica*

SCHEDA RIASSUNTIVA DEL PROCESSO DI CONSULTAZIONE PSICOLOGICA IN ONCOLOGIA

Viene riportata di seguito la scheda riassuntiva del processo di consultazione appositamente elaborata dopo un'analisi della letteratura disponibile e dall'esperienza clinica della scrivente ed è composta da 15 sezioni:

1. DATI ANAGRAFICI
2. CONDIZIONI SOCIO-CULTURALI (titolo di studio, stato civile, vive con, attività lavorativa, eventuali modifiche dell'attività lavorativa, ecc.)
3. ANAMNESI FAMILIARE E RELAZIONI INTRAFAMILIARI ED INTERPERSONALI (valutazioni del rapporto del paziente con il partner / figli / con la famiglia d'origine e con gli amici, ecc.)
4. CAPACITA' DI ADATTAMENTO (matrimonio, nascita figli, eventi che hanno modificato significativamente la propria vita, ecc.)
5. CONDIZIONE MEDICA (diagnosi, familiarità della malattia, fase attuale della malattia, trattamenti effettuati, ecc.)
6. ESAME CLINICO PSICOPATOLOGICO (aspetto generale, stato psicomotorio, funzioni cognitive, giudizio discorso e pensiero, percezione)
7. VALUTAZIONE PSICONCOLOGICA (modalità di reazione alla malattia, meccanismi di difesa preminenti, consapevolezza di malattia, risorse utilizzabili)
8. TONALITA' DELL'UMORE E PERSONALITA' (sintomi generali)
9. SINTOMI SOMATICI (dolore, nausea, vomito, sessualità, ecc.)
10. RELAZIONI CON GLI OPERATORI SANITARI (valutazioni del rapporto del paziente con il medico di base, con lo specialista della struttura, con il personale paramedico della struttura, con gli operatori sociali, con il team curante)
11. VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA (Test psicologici utilizzati con i relativi risultati)
12. PROGRAMMA TERAPEUTICO CONSIGLIATO (colloqui di sostegno, counselling individuale o allargato, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, terapia combinata, consulenza psichiatrica)
13. VALUTAZIONE CONCLUSIVA
14. BISOGNI E RICHIESTE / ASPETTATIVE DEL PAZIENTE
15. DIARIO CLINICO FINALE (che serve ad annotare brevi colloqui successivi al primo incontro).

L'idea che un percorso di cura possa essere anche percorso di crescita, benessere e recupero delle relazioni sociali, degli interessi e degli aspetti creativi dei pazienti è alla base del progetto S.O.R.R.I.S.O. In tal senso si inseriscono alcune iniziative promosse all'interno e all'esterno del reparto:

- ▶ **Psicoterapia individuale e/o familiare:** lo psicologo svolge attività di psicoterapia sia individuale che di gruppo, e si occupa sia di valutare il malato che i suoi familiari.
- ▶ **Valutazione posturologica e Shiatsu-terapia:** come complementare alle cure mediche, per migliorare lo stato di rilassamento e di benessere del paziente oncologico, alleviandone i disturbi psico-fisici correlati alle condizioni cliniche e migliorandone la qualità della vita.
- ▶ **Teatroterapia:** percorso terapeutico di gruppo che si sviluppa attraverso la mediazione artistica teatrale che determina nel paziente un effetto terapeutico globale, coinvolgente l'unità psicosomatica del soggetto.
- ▶ **Arteterapia:** riconosciuta e praticata da diversi anni in ambito oncologico per la sua efficacia e validità terapeutica. Diversi studi dimostrano che l'arteterapia, può essere utile per sostenere i pazienti durante il periodo stressante del trattamento chemioterapico, può dare ai pazienti un maggior senso di controllo (Nainis et al, 2006) rafforzare le risorse interne (Oster et al., 2006) e le loro sensazioni positive, per alleviare la sofferenza e per chiarire i loro problemi esistenziali o spirituali (Gabriel et al. 2001) . Da novembre 2012 è attivo un progetto di ricerca di arte terapia nella sala d'aspetto del reparto - dal titolo "D.eA. in un S.O.R.R.I.S.O." - con l'idea sia di sperimentare se, in che percentuale e in che modo, le pazienti affette da carcinoma mammario in trattamento chemioterapico avrebbero partecipato all'attività proposta sia quello di individuare ed offrire alle pazienti un supporto psicologico e un'attività che potesse essere rilassante, creativa o auto-espressiva, secondo le diverse esigenze delle partecipanti.

I dati preliminari consentono di anticipare che l'arteterapia

ha facilitato l'espressione di emozioni, sentimenti, pensieri, fantasie, storie di vita ed una maggior consapevolezza di sé, attivando così un cambiamento del proprio stato mentale. Per alcune donne, l'attività ha permesso loro di esplicitare dei bisogni e formulare una chiara richiesta d'aiuto, richiedere informazioni, elaborare il trauma psicologico, contenendo le difficoltà emotive e incrementando la Qualità di Vita.

L'intervento prevede, infine, anche un coordinamento a rete tra le attività di oncologia dell'azienda e le altre strutture specialistiche di assistenza e di ricerca per le malattie oncologiche, nonché l'integrazione tra servizi socio-sanitari con la definizione di percorsi e direttive che garantiscano la continuità dell'assistenza al paziente oncologico.

In conclusione, in base ai feed-back dei Medici Dirigenti e degli Infermieri della UOC di Oncologia e dall'analisi dei dati preliminari questo modello di cura integrata per il malato oncologico costituisce per i pazienti:

- ▶ una possibilità concreta di reintegrare, in una dimensione più globale e unitaria le parti scisse di sé e della propria malattia;
- ▶ una sensibile riduzione dell'ansia con una maggiore soddisfazione sul piano della qualità dell'assistenza, sia nei loro pazienti che nei familiari.

Per gli operatori, invece, tale modello di cura è stato un'occasione per sperimentare modalità operative che contrastino con l'abituale parcellizzazione e frammentazione degli interventi, condividere problematiche somatopsichiche del paziente, successi e insuccessi terapeutici, contenimento delle varie dinamiche emotive.

In questo scenario in cui il prendersi cura dell'impatto e del significato che la malattia ha per il paziente oncologico, familiari e medici, il ruolo dello psiconcologo è fondamentalmente quello di comprendere tali aspetti, trasmetterli a medici ed infermieri tramite un lavoro d'équipe e la formazione psicologica degli operatori.

Lo psiconcologo deve quindi fornire strumenti utili a tutte le figure

professionali coinvolte, proponendo strategie efficaci nel sostegno psicologico al malato.

Si tratta di un insieme di conoscenze e competenze sulle quali si fonda l'identità professionale dello psiconcologo.

Bibliografia

- Ministro della Salute, *Piano Oncologico Nazionale* per il triennio 2010-2012
Ministro della Salute, *Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro* per il triennio 2011-2013.
- Nainis N., Paice J.A., Ratner J., Wirth J.H., Lai J., Shott S.(2006). *Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy*. Journal of Pain and Symptom Management, Feb; 31 (2):162-9.
- Oster I., Svensk A.C., Magnusson E., Thyme K.E., Sjödin M., Aström S., Lindh J. (2006). *Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer*. Palliat Support Care, Mar;4(1):57-64.
- Gabriel B., Bromberg E., Vandenvoerkamp J., Walka P., Kornblith A.B., Luzzatto P. (2001). *Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study*. Psychooncology, Mar-Apr; 10(2):114-23.
- A.A.V.V., *Psiconcologia*, Masson, Milano, 2002.
- Costantini A., Pallotta G. (1992), “*Psicologia oncologica: dalla teoria alla pratica ospedaliera*” in Biondi M., “*La psicosomatica nella pratica clinica*”, Il Pensiero Scientifico Ed. – Roma
- Biondi M., Costantini A., Grassi L. (1995). *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Morasso G., Alberisio A., Cappelli M. (1995). *Consapevolezza di malattia nei pazienti oncologici: un'ipotesi di concettualizzazione e categorizzazione*. In Qualità di vita in Oncologia a cura di E. Cortesi, F. Roila, M. Tamburini. Ed. Forum.
- Tamburini M. (1994). *Aspetti psicologici del paziente neoplastico*. In Bonadonna G. e Robustelli della Cuna. Ed. Masson, Milano.

Valutazione di un tipo di riabilitazione psicologica in pazienti con pregresso infarto del miocardio: il Progetto “Psicocardio”

di

*V. Licata**, *L. Irace***, *L. Esposito****, *C. Galzenati****,
*M. Monfrecola****

Le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei più importanti problemi di sanità pubblica, e in Italia rappresentano la prima causa di morte e la principale causa di inabilità nella popolazione anziana.

Recenti ricerche hanno evidenziato come esperienze stressanti ed emozioni associate, fattori psicosociali, depressione e ansia, abbiano un importante ruolo nell'insorgenza, nel decorso, e negli esiti della cardiopatia.

D'altra parte il peso sociale ed assistenziale delle malattie cardiovascolari è notevolmente cresciuto, tanto che i Piani Sanitari Nazionali hanno sollecitato gli organi locali a sviluppare programmi di intervento nel tentativo di limitare un inevitabile aumento di morbilità e mortalità cardiovascolari.

Studi recenti hanno poi evidenziato che spesso soggetti che hanno subito un infarto miocardico acuto (IMA) presentano, una volta dimessi, ansia e depressione, e circa la metà di essi ha difficoltà a modificare il proprio stile di vita con una maggiore incidenza di morte precoce, a differenza di coloro che non presentano tale fenomenologia.

Di qui l'importanza nel promuovere azioni di informazione e comunicazione sull'importanza dell'adozione di stili di vita sani, di una corretta alimentazione, della riduzione della pressione arteriosa, dell'abolizione del fumo, del controllo della glicemia, dei lipidi e del peso corporeo, soprattutto nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica.

* Psicologa Dirigente ASL Na1 Centro UOPC DS31

** Cardiologo Dirigente presso P.O. “Santa Maria di Loreto Mare”

***Psicologi tirocinanti ASL Na1 Centro UOPC DS 31

A tal fine l'Unità Operativa di Psicologia Clinica - Distretto 51 Asl Na1, in collaborazione con l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica del Presidio Ospedaliero "Santa Maria di Loreto Mare", ha articolato un Progetto Integrato denominato "PSICOCARDIO", finalizzato ad offrire supporto psicologico e confronto tra pazienti con pregresso recente IMA, al fine di prevenire manifestazioni di disagio psicologico. In tal modo i partecipanti, attraverso logiche di confronto insite in siffatto progetto, potranno prendere coscienza di strategie differenti e scegliere di poter utilizzare nuovi patterns comportamentali.

Il progetto ha avuto inizio nel marzo 2008, in seguito ad una fase di elaborazione, costituita da un lavoro teorico e di ricerca in cui sono state utilizzate le pregresse conoscenze inerenti la costituzione di gruppi, il percorso e le caratteristiche dei gruppi self-help, le teorizzazioni sul supporto psicologico, nonché le produzioni forniteci dalla psicoanalisi dei gruppi.

Attraverso i contatti necessari a stabilire una collaborazione con l'UTIC del P.O. Loreto Mare, in particolare con il Dott. L. Irace (Cardiologo e referente del progetto per il suddetto ospedale), sono stati attivati gruppi rivolti ad utenti provenienti da tale reparto.

I gruppi sono caratterizzati da una decina di componenti di età compresa tra i 30 e i 65 anni di ambo i sessi, costituiti da una media di 8-12 pazienti. I partecipanti si differenziano per estrazione sociale, livello di istruzione ed esperienze lavorative, mentre ad accomunarli è un pregresso recente IMA. Gli incontri avvengono con cadenza quindicinale presso l'UOPC con una durata di un'ora, per un periodo di circa un anno.

Durante gli incontri ci si sofferma su tematiche proposte dai conduttori, sulla base delle richieste dei pazienti, i quali possono così esprimere i propri dubbi, le proprie perplessità e porre domande circa la propria patologia.

Il gruppo può così usufruire di uno spazio di contenimento e di elaborazione dei vissuti e delle ansie relativi all'IMA stesso. L'esperienza di gruppo, infatti, offre ai soggetti che ne prendono parte la possibilità di confrontarsi con persone che hanno la stessa patologia. Ciascuno, attraverso il racconto della propria esperienza, può condividere le proprie

paure ed i propri vissuti in un clima di condivisione e di ascolto. Superando le differenze sociali, lavorative e individuali, l'evento infarto sembra funzionare da "collante" e base dello scambio e del confronto tra partecipanti.

Il gruppo può offrire la possibilità di confrontarsi con soggetti aventi non solo le stesse patologie, ma anche la stessa esperienza ospedaliera, il contatto con il medesimo pool di medici ed infermieri e, spesso, l'appartenenza al medesimo quartiere.

Il primo incontro con gli utenti avviene direttamente nel reparto ospedaliero, grazie alla mediazione del Dott. Irace, il quale, utilizzando il suo rapporto con il paziente, ritenuto soggetto idoneo o bisognoso di un simile percorso, propone, coadiuvato con la Dott.ressa Licata (Psicologa Dirigente presso l'UOPC Ds 31 e referente del progetto), la partecipazione al gruppo.

In questo primo incontro, spesso carico di emotività e timore derivato dall'episodio cardiaco appena trascorso, i soggetti, nella quasi totalità dei casi, aderiscono senza difficoltà alla proposta, assicurando la propria presenza all'incontro successivo, confermando il proprio reale interesse alla partecipazione.

All'inizio del primo incontro presso l'UOPC, ai soggetti viene somministrata una scala di misurazione dell'ansia (STAI); tale somministrazione verrà ripetuta anche alla fine del percorso per monitorarne l'andamento.

I gruppi di pazienti, sotto la guida dello psicologo responsabile dell'ASL NA1 coadiuvato nel progetto da uno o più psicologi-tirocinanti, affronteranno discussioni su diversi temi che emergeranno sulla base delle dinamiche di gruppo e delle oggettive esigenze e necessità psicologiche dei pazienti-partecipanti.

Gli psicologi, in particolare, proporranno una serie di riflessioni con successive discussioni su alcuni argomenti ritenuti fondamentali sul piano clinico-psicologico:

- fattori di rischio di malattie cardiovascolari,
- adozione di uno stile di vita sano: importanza dell'esercizio fisico, dell'alimentazione, dell'eliminazione dell'abitudine tabagica,
- attori di rischio psicosociale,

- ansia, depressione e cardiopatia
- sessualità e cardiopatia
- vissuti e stili comportamentali che accompagnano l'infarto
- coping e cardiopatia.

Il progetto assume un ruolo di “educatore alla salute”, sia per il paziente, sia per la famiglia. Il progetto vuole aiutare a comprendere la malattia cardiovascolare e il trattamento prescritto, e promuove un atteggiamento attivo e collaborativo, in cui l'individuo si faccia carico del proprio stato di salute. Non si tratta di una generica informazione, di una semplice trasmissione di conoscenze. Si tratta, al contrario, di aiutare il soggetto a convivere con la propria malattia acquisendo in maniera organizzata le competenze necessarie a gestirla nella vita.

Tale esperienza rientra nell'ambito della Psicologia della Salute, la cui finalità è infatti, quella di consentire agli utenti che vi hanno preso parte di acquisire maggiori informazioni circa la propria patologia, le misure da adottare per svolgere uno stile di vita sano e, al contempo, creare uno spazio di riflessione in cui ciascun membro del gruppo può esprimere le proprie emozioni e i propri pensieri.

Questa tipologia di intervento rientra nel campo della riabilitazione intesa non solo sul piano fisico, ma rivolta all'individuo nella sua totalità, nella consapevolezza che non esiste un confine netto tra mente e corpo.

Bibliografia

- Licata, V., (2010). “*Cuore e comunicazione*” in Psychomedia, Telematic Review.
- Barsky, A.J. (2003). *Aspetti psichiatrici e comportamentali della patologia cardiovascolare*. In Braunwald, E., Zipes, D.P., Libby, P., editors. Malattie del cuore. Trattato di medicina cardiovascolare. Vol. 2. Milano: Elsevier.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M. (1995). *The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression*. Health Psychology.
- Gassner, L.A., Dunn, S., Piller, N. (2002). *Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation*. Intensive and Critical Care Nursing.
- Heart health (2004). *The effects of stress on the body, especially the heart*. Available on line at: <http://www.ahsc.health.nb.ch/hearthealth/stress.shtml>
- Kantzas, P., (1996). *Infarto del miocardio: categorie di reazione e adattamento post infartuale*. Pisa: Edizioni.
- Lazarus, R., (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
- Russo, A., Robone, C., Salviati, M., Delle Chiaie, R., (2001). “*Relazione tra depressione ed infarto: evidenze cliniche ed ipotesi*”. Medicina psicosomatica, Vol. 46, n.4.

**Avere a cuore il mondo.
Prendersi cura di sé, degli altri, del bene comune¹**

di
Carmela Longo¹

Questo libro nasce dal desiderio di condividere alcuni dei punti fermi che ritengo fondamentali come cittadina di una comunità locale e globale, e come psicologa psicoterapeuta. Il qui ed ora del nostro periodo storico è drammatico per le scelte e le omissioni che come singoli, e non solo come comunità, facciamo. Scelte ed omissioni scellerate, che giorno per giorno stanno portando il pianeta al collasso e i legami sociali alla disgregazione, nel quadro di un **modello di sviluppo semplicemente folle, come è quello occidentale**.

Le considerazioni sono, dunque, trasversali, e suggeriscono alcuni dei possibili fattori comuni che ci legano e che dovrebbero guidare a mio avviso i nostri passi, come cittadini e come persone che lavorano nei campi più disparati, e a maggior ragione come professionisti della relazione d'aiuto.

Lo snodo potrebbe avvenire lungo tre assi fondamentali: l'impegno per una **ecologia economica**, per una **ecologia delle relazioni** e per una **ecologia ambientale**, nell'ottica di quella che gli indiani d'America praticavano già da un pezzo, cioè l'**ecologia profonda**.

Queste considerazioni possono risultare utili anche a coloro che, nel mondo del volontariato e dell'impegno civico, beneficiano dei numerosi input che offre la Psicologia, specialmente nel campo della risoluzione dei conflitti e nella costruzione di relazioni nutritive e di scambio significativo. Allo stesso modo, si sollecitano gli operatori che a vario titolo rientrano nell'area psicologica, a espandere la loro ottica, affinché sia finalizzata ad un bene più grande, che vada oltre il singolo o il grup-

¹ Longo C., *Avere a cuore il mondo. Prendersi cura di sé, degli altri, del bene comune*, la meridiana ed., Molfetta (BA), luglio 2013. Presentazione a cura di Raffaele Felaco. Postfazione a cura di Antonio Polichetti.

po, per abbracciare un'azione olistica del **prendersi cura di sé, degli altri e della Terra**. È forte infatti la consapevolezza che la Psicologia, come tutte le discipline, debba dare il suo contributo determinante per costruire un mondo migliore.

Non dobbiamo lasciarci soppiantare dal senso di impotenza che ci coglie guardando quello che succede ogni giorno: è abbagliante il disimpegno morale nelle nostre comunità, la disaffezione, l'incapacità di prendersi veramente a cuore il mondo comune.

L'**urgenza** è data dalla improrogabilità di una presa di coscienza rispetto alla drammaticità dell'attuale momento storico a livello globale. Buona parte dell'umanità vive in *condizioni inumane* anche a causa del modello di sviluppo occidentale. *L'economia basata sul PIL è un'economia violenta*. È urgente andare verso la sobrietà, la decrescita e verso una economia solidale, rispettosa cioè di tutti i diritti umani e che contempi un equo accesso alle risorse e una redistribuzione della ricchezza. È urgente liberarsi dall'anatema: "*Devi consumare per essere*", tipico di una società drogastica del sempre più sempre più, che non vede il valore del limite.

È necessario leggere i segnali incalzanti che ci vengono dalle **insorgenze** anche in questa parte del mondo: sommovimenti sociali, polarizzazione benessere/malessere socio economico, movimenti auto organizzati, anche di lotta non violenta e disobbedienza civile. In particolare, ogni insorgenza porta con sé una quota considerevole di energia sociale, cioè di informazione, che spinge il sistema a fare un salto di qualità, a rispondere in modo nuovo a problemi vecchi (che è l'essenza della creatività). Noi psicologi dobbiamo sentire forte il dovere di aiutare i singoli e le comunità a sviluppare la capacità di *holding e di ricomposizione non violenta dei conflitti*, la capacità di ascolto reciproco individuale, gruppale, affinché si possano canalizzare la rabbia e l'indignazione in una direzione costruttiva, che aiuti a capire fino in fondo quali sono i problemi. In una parola, le comunità devono sviluppare una **presenza** consapevole e responsabile in questo mondo, e nel tempo che ci è dato. Tale presenza implica l'*accoglimento delle diversità*, ben consapevoli che i regimi (anche quelli che esportano democrazia con la forza, o quelli caserecci che respingono i migranti in mare) hanno

paura delle diversità. I regimi hanno bisogno non di *diverse abilità*, ma di abilità schedate e prevedibili, e le medicine, le psicologie, le psichiatriche, le terapie spesso hanno convalidato queste derive ontologiche, parlando di una fantomatica “normalità”. In nome della normalità si giustificano crimini e camice di forza.

Non dobbiamo avere paura e forse neanche coraggio. Piuttosto, cerchiamo la bellezza: James Hillman affermava: ”*Se i cittadini si rendessero conto della loro fame di bellezza, ci sarebbe ribellione per le strade.*”²

Le scienze psicologiche hanno offerto, nel tempo, un grosso apporto di conoscenze circa le relazioni tra persone, gruppi, comunità, nell’interscambio continuo con sé stessi e con l’ambiente. Ma c’è futuro individuale se tutto il resto va a rotoli? E anche se a livello individuale o di comunità locale ci costruiamo la nostra nicchia di resistenza, mentre tutto il resto va a rotoli, questo ci farebbe forse stare realmente meglio? Certo che no. Mai come in questo momento storico, infatti, la parola PACE ci urla ogni giorno tutte le nefandezze a cui contribuiamo, inestricabilmente dense di altri e complessi rimandi: equità sociale, rispetto dei diritti umani, educazione alla non violenza, tutela dell’ambiente, giusta distribuzione delle ricchezze.

In tal senso, la Psicologia può certamente contribuire alla crescita non solo dei singoli individui, ma della comunità locale e globale, specialmente verso lo sviluppo del *bene comune*. Tale concetto è vastissimo, ed è tutto ciò che possiamo definire come *patrimonio dell’umanità*: la nostra vita stessa su questa terra è bene comune, la vita e l’esistenza degli animali, l’ambiente che ci ospita, l’aria, l’acqua, le piante, il diritto alla conoscenza, il diritto all’informazione, il *diritto e il dovere a desiderare il bene comune, ricercare il bene comune, lavorare per il bene comune*: ognuno di noi, come cittadino, può farlo, lo deve. È quindi indispensabile agire secondo la **dimensione comunitaria del benessere**: il benessere del singolo è inesorabilmente legato a quello del resto dell’umanità e delle creature che sono con noi su questa terra.

Il benessere o è per tutti o non è.

²Hillman J., *Politica della bellezza*, Moretti e Vitali ed., Bergamo, 2002, pag.13.

L'individualismo, con la sua ricerca del benessere come "faccenda" da sbrigare solo nel privato, è l'ultima frontiera della deresponsabilizzazione collettiva e del processo di alienazione rispetto alla comunità, locale e globale. E a questo disimpegnato individualismo tanto hanno contribuito e contribuiscono pure modi scotomizzanti di intendere la Psicologia, attuati ogni qual volta ci si avventura nello studio o nella cura dell'essere umano indipendentemente dal pianeta³. Non possiamo delegare questi temi alla sola psicologia di comunità, si tratta qui di attuare un cambiamento del punto di vista, pur operando ognuno nel proprio campo d'azione.

Il danno più grosso dell'individualismo è dunque il disgiungere le proprie azioni dal benessere del pianeta, il rinunciare a prendersi cura del nostro *mondo comune*: "**I care**" (mi interessa, me ne voglio occupare, me ne voglio prendere cura), opposto al "*Non mi interessa, non mi tocca*".

Avere a cuore il mondo comune: che bella questa espressione, se la lasciamo agire in noi ci può portare a essere profondamente radicati nel sociale, a nutrire la coscienza collettiva, a conoscere e approfondire quello che succede, scegliere. *La Psicologia*, quale scienza al servizio dell'uomo, non si può tirare indietro di fronte a tali e tanti mutamenti, e *deve farsi non fine, ma mezzo*, per un uomo a misura della Terra.

Allora, che può significare veramente coscienza ecologica? Semplicemente, responsabilmente, **sentirci parte di un tutto**. Ogni professionista, al di là dunque della specializzazione del proprio sapere, deve riuscire a collocarsi in un contesto più ampio e sentirsi *parte di*. È nella responsabilità delle scelte che facciamo giorno per giorno che si gioca la partita del domani: quale mondo lasceremo ai nostri figli, quale salute auspichiamo per loro e per il mondo, quale mondo è possibile senza l'equità e la giustizia sociale. La *sfida della complessità* richiede inoltre una seria riflessione rispetto all'attuale paradigma dello sviluppo senza limiti. Serge Latouche, afferma: "*Lo sviluppo non è il rimedio*

³ Taglienti sono le parole di Hillman al riguardo: "*Mi chiedo come abbia potuto la psicologia andare così fuori strada. Come abbia potuto tagliarsi così fuori dalla realtà.*" , Hillman J., *Politica della bellezza*, cit., pag.51.

*alla mondializzazione, è il problema!*⁴.

L'esperienza del sentirsi radicati, del *far parte dell'anima del mondo*, offre una terapeutica possibilità di ancoraggio, foriero forse di un narrare che ci riavvicini a noi e alla terra. Siamo troppo fuori, di noi, dal rapporto vero con gli altri, dal respiro della terra, dalla mano del cielo. E così fuori si muore. Dobbiamo smascherare il narrare che giustifica guerre preventive: appoggiamo il narrare che cerca altre vie per la pace. Rifiutiamo a gran voce il narrare che occulta e mistifica: diamo voce al narrare che grida e mette a nudo. Facciamo attenzione al narrare che mette gli eretici di turno sui vari roghi: mostriamoci solidali col narrare che inorridisce. Cerchiamo di essere critici verso quel narrare che in un dato momento storico classifica alcune persone come pazze: accettiamo la sfida di un narrare che cerchi di trovare il senso profondo, non soggetto a *clusters*, dell'esperienza umana. Inoltre, è vitale che possiamo riconoscere l'esistenza di un qualcosa che ci cura rispetto alle nostre piccole grandi nevrosi, nei nostri momenti o periodi esistenziali in cui il dolore e il peso di vivere sembrano attanagliarci in vitrei copioni di cui non siamo neanche più i registi. Perché, ovviamente, c'è un universo parallelo, in cui non è predefinito il setting, non ci sono il contratto né l'onorario, ma ci sono *storie che curano, relazioni che curano* nella nostra vita di tutti i giorni. Nei contesti del quotidiano può esserci la possibilità di sbrigliare matasse esistenziali ingarbugliate, di cui a volte si perde il capo, si spezzano i fili. Ritengo che in questo tutti possiamo essere in qualche modo "terapeuti". Ognuno, anche nel piccolo del proprio lavoro, ha a disposizione una grossa opportunità per trovare appagamento in sé ed essere di qualche beneficio per gli altri, sia che si tratti di un lavoro specificamente di cura, sia di altro tipo: *desiderare il bene, auspicare il bene, lavorare per il bene*.

Far circolare il bene non significa assumere un atteggiamento "buonista" nei confronti delle cose che accadono, non significa bypassare il conflitto o le divergenze con gli altri facendo finta che non esistano, non significa rinunciare a sostenere anche con determinazione la propria posizione così non ci inimichiamo nessuno, non significa non esporsi nel

⁴ Latouche S., *Lo sviluppo non è il rimedio alla mondializzazione, è il problema!*, in Voci di Strada, anno XIV, n.1, pag.7.

mostrare le proprie idee quando rischiano di destare scandalo ai più. Prendiamo ad esempio la gratitudine: anche per questo sentimento così profondo è necessario l'aver accettato di attraversare -la dove ci sono stati- tutti gli stati affettivi, anche di dolore e di rabbia, senza far finta che non li abbiamo provati. Una grande psicoanalista, Alice Miller, sosteneva che il perdono anzitempo (quello che non ammette di sentire il dolore e la rabbia verso l'altro che ci ha ferito) è deleterio⁵. Quindi, talvolta, gratitudine e riconciliazione vanno di pari passo, ma non prima di aver attraversato il dolore e la rabbia, con il loro immenso potenziale di trasformazione.

Accettare di stare nel mondo con la propria umanità, e quindi con i propri limiti, e nonostante tutto provare a svolgere il proprio compito, qualsiasi esso sia, con amore e attenzione per la persona, come servizio comunque utile e necessario, comunica amore, può risanare vecchie ferite e fa migliore un pezzettino di mondo.

E la Psicoterapia, può sganciarsi dal quotidiano?

*“Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio”*⁶, provocatorio libro di James Hillman, ci dice di no: no a un modo sterile se non addirittura dannoso di intendere la psicoterapia, quando essa diventa soltanto una rivisitazione del passato sganciata dal presente, anacronistica rispetto ai pur tanti motivi di disagio, indignazione o intollerabilità del vivere quotidiano.

*“Credo che abbiamo perso anche la vergogna. Parliamo dei nostri genitori che ci hanno fatto vergognare quando eravamo piccoli, ma abbiamo perso il senso della vergogna nei confronti del mondo e degli oppressi, la vergogna di essere nell'errore, di mandare in rovina il mondo. Abbiamo trasformato questa vergogna in senso di colpa personale”*⁷.

La psicoterapia, laddove non diventi la mano normatrice dell'ap-

⁵ Miller, A., *Riprendersi la vita. I traumi infantili e l'origine del male*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 2009, pag. 36.

⁶ Hillman J., *Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio*, Raffaello Cortina ed., Milano, 1998.

⁷ Hillman J., op. cit., pag. 53.

piattimento collettivo, può essere considerata uno dei luoghi privilegiati in cui l'uomo ricerca e coglie il *sensu profondo* del suo essere-nel-mondo. Essa cioè ha tutte le potenzialità per diventare, secondo Hillman, *cellula rivoluzionaria* “*perché ci si interroga anche su ciò che, proprio adesso, mi sta facendo veramente violenza*”⁸.

Proviamo a non accettare supinamente termini in uso nella prassi clinica, densi talvolta di molteplici e talvolta oscuri sottintesi: “esame di realtà”, “maturo”, “ben orientato”, “compensato”, espressioni che dicono molto anche rispetto al sistema che li ha nel tempo prodotti. Può essere utile riflettere su queste parole di Hillman: “*Se la terapia immagina che il suo compito sia quello di aiutare la gente a sopportare (e a non protestare), ad adattarsi (e a non ribellarsi), a normalizzare le proprie eccentricità (...) allora la terapia sta collaborando a realizzare quello che vuole lo stato: una plebe docile*”⁹.”

Il **paradigma artistico**, secondo Hillman, è efficace nel riassumere una possibile lettura della psicoterapia: l'arte esalta *l'unicità dell'individuo* ed è inoltre *sensibile alle ingiustizie sociali*; non ultimo, l'arte ha come *nemico fondamentale la mediocrità*.

Anche i luoghi di cura vanno “*curati*”, dal momento che vi si creano e si sclerotizzano tutte le imperfezioni, le conflittualità, le degenerazioni in senso dissociativo che tanto ci piace rilevare nel singolo individuo¹⁰. Le ASL, in particolare, sono talvolta colpevolmente deficitarie dal punto di vista della lungimiranza gestionale e amministrativa, sedi piuttosto di prassi stantie e paralizzanti, frutto di management che mettono al primo posto la burocrazia, a scapito del servizio di cura e della tanto declamata centralità della persona.¹¹ Il servizio sanitario nazionale e i relativi manager, inoltre, non dovrebbero coltivare interessi nel favorire lo sfascio delle prestazioni pubbliche, a meno che, ovviamente,

⁸ Hillman J., op. cit., pag.45.

⁹ Hillman J., op. cit., pag.189.

¹⁰ Si veda, a tal riguardo, l'interessante articolo di Riccardo Mondo “*Curare i luoghi di cura*”, Babele. Verso uno scambio comunicativo, n.26, 2004, pp.27-31

¹¹ Cfr.: *Quando l'Istituzione non facilita: ottica manageriale e ingannevoli orpelli*, in Montanari C., Longo C., *L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Percorsi formativi e terapeutici*, Franco Angeli ed., Milano, 2005, pag.125.

non abbiano dei prestanome nei consigli di amministrazione in case di cura private e laboratori analisi. Ivan Illich, parlando dei professionisti della salute (*ivi compresi gli psicologi*) evidenziava anche il fenomeno della **iatrogenesi sociale**, che “*insorge allorché la burocrazia medica crea cattiva salute aumentando lo stress, moltiplicando rapporti di dipendenza che rendono inabili, generando nuovi bisogni dolorosi, abbassando i livelli di sopportazione del disagio o del dolore, riducendo il margine di tolleranza che si usa concedere all’individuo che soffre (...) o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come una forma di devianza*”¹². Ritengo sia ormai tempo, inoltre, di **sostenere apertamente un concetto di famiglia basato sull’amore**, sulla condivisione e costruzione di una progettualità che trova il suo sostegno nella reciprocità, tra adulti liberi, e non necessariamente basata sul matrimonio o sull’eterosessualità. Siamo veramente ancora troppo limitati per arrivare a questo! Proclamiamo talvolta, bardandola di scientificità, l’eterosessualità nella coppia amorosa come unica giusta, anche quando la violenza e la sopraffazione la fanno da padrone. E violenza è anche quella di chi si arroga il diritto di legittimare o delegittimare un amore, utilizzando parametri retrogradi e stantii.

La riflessione continua e la discussione interdisciplinare su questi nodi importantissimi della nostra pratica clinica sono quanto mai deontologicamente fondate ed eticamente necessarie, se vogliamo estirpare l’ampio campo della cura agli invischiamenti del *disease mongering* (fare affari con le malattie) e riportarlo nell’ambito della *therapeia* (servizio)¹³. Gli psicologi devono dunque, sempre, fare politica: una **politica come ricerca condivisa, come cantiere sociale di relazioni entro cui poter attuare buone pratiche volte al bene di tutti**. Anche l’associazionismo e il volontariato sono una grande ricchezza per la comunità, che non va persa, non va lasciata al caso, ma va coltivata come un patrimonio collettivo straordinariamente necessario e nutritivo.

¹² Illich I., *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Boroli ed. Milano, 2005 , pag. 48.

¹³ dal greco “*therapeuo*” (*io ho cura, servo*): la radice sanscrita indica *tenere, sostenere*.

Il volontariato, in particolare, è chiamato a una presenza etica e fattiva che va oltre la specifica mission con cui nasce. Oggi il volontariato deve essere sempre più decisivo e critico nei confronti di ciò che non va nell'organizzazione sociale attuale.

Il volontariato non deve, come talvolta succede, diventare il braccio buono del sistema. Non deve rivestire il ruolo di tacito servo del regime che perpetua lo status quo. Il volontariato volto solo a una mera beneficenza, che non persegua anche contemporaneamente una pressione forte per il cambiamento dello stile di vita consumistico, (che crea *violenza strutturale* nella società, favorendo disuguaglianze e povertà) è colluso con il sistema, o quanto meno non ne mette in discussione le fondamenta. Un tale volontariato gode solo nel plaudire se stesso, la propria magnanimità, la propria *bontà*, le cui elargizioni sono tra l'altro sempre minori delle ingiustizie che lascia sul terreno. Oggi anche le multinazionali sanno che, se investono un po' dei loro profitti in progetti di beneficenza, aumentano gli introiti, e migliora l'atteggiamento del pubblico. Rifiutiamoci di aderire acriticamente a tali giochetti di persuasione, sforziamoci di comprendere che un mondo più giusto si avrà solo e soltanto se creiamo le basi per una equa ripartizione delle ricchezze, e se la smetteremo di consumare voracemente così come stiamo facendo.

Rifuggo questa impostazione *ignava* del volontariato: non basta *fare del bene* nel breve periodo e nella realtà non intaccare minimamente lo stile di vita occidentale, non assoggettarlo a una seria e approfondita riflessione sul lungo periodo. Tale posizione a mio avviso fa danni, ha fatto danni e non fa che rispecchiare i funzionamenti distorti e i processi che portano le comunità verso una patogenesi, anziché verso l'empowerment.

Il volontariato spesso tappa i buchi dovuti a carenze strutturali o funzionali del sistema, e se non ne è consapevole, se contemporaneamente non denuncia tali carenze a gran voce, finisce con l'essere acquiescente, legittimando le cattive pratiche in virtù di un buonismo autoreferenziale che altro non è che l'altra faccia dell'indifferenza o, peggio, della connivenza. Inoltre, teniamo presente che c'è anche un tipo di volontariato che "disturba" il sistema, lo sottopone a critiche, lo smaschera. È il

caso, ad esempio, dei numerosi comitati civici o gruppi per l'ambiente, contro la chiusura di un ospedale, ecc., che, specialmente nelle piccole comunità, costituiscono una spina nel fianco per le amministrazioni locali, le quali si sentono sottoposte a pressione e talvolta sfiduciate. In questa forma di volontariato (certamente percepita come meno "aulica" rispetto per esempio all'assistenza ai malati o all'organizzazione di eventi culturali), necessario diventa il supporto dell'intera comunità. La comunità, con il suo assenso o il suo silenzio, legittima o delegittima la lotta. Quante amministrazioni semplicemente ignorano l'agire di comitati perché questi non vengono supportati da una forte adesione popolare? Ancora una volta, sono le comunità che fanno la differenza. E comunità dormienti favoriscono pratiche che vanno contro il bene comune. **Recuperare l'indignazione, imparare a costruire un progetto comune, uscire fuori dal sonno della responsabilità personale: questa è la sfida per le comunità.**

Trovare nella comunità i fattori comuni, ciò che interessa a tutti ed è bene per tutti, i mezzi condivisibili dal maggior numero di persone, diffondere nella comunità i valori della cooperazione e del dono (*communis* evoca l'esperienza del *munus*, del dono), accettando anche i momenti di conflitto e di divergenza, come possibilità di accrescere le risposte ai problemi e di costruire la capacità di *holding* (letter. "tenere in braccio"). Aiutiamo le comunità a comprendere che il legame forte può e deve estrinsecarsi soprattutto nella convinzione che restiamo comunità anche se come singoli abbiamo idee differenti.

Il legame forte ci deve sostenere quando sembra che tali differenze siano insormontabili, e quando rischiano di portarci a rotture non più riparabili. In quei casi deve e può subentrare l'etica del bene comune.

Il legame forte ci può aiutare ad ascoltare i bisogni che emergono da un confronto leale e rispettoso. Quando le persone sono realmente in contatto con il proprio intimo essere, riscoprono se stesse, ri-diventano autentiche, e spesso emerge un genuino amore per la propria terra, pur se nascosto talora da atteggiamenti copiati e da frasi sentite: "tanto qua non cambia niente, me ne vorrei andare, non contiamo, non c'è niente da fare, è tutto inutile".

Il legame forte di una comunità è sempre esposto a mille sabotaggi,

a chi non crede nella possibilità di un miglioramento e di una crescita. E' sabotaggio anche non appoggiare una persona vicina (per non sbilanciarsi agli occhi della propria comunità), e acclamare o sbracciarsi a favore di personaggi lontani. Specialmente nelle piccole comunità, gruppi sparuti di poche persone portano avanti battaglie importanti per tutta la collettività per es., contro un inceneritore, contro piani edilizi selvaggi, contro un modo di amministrare la cosa pubblica assolutamente poco trasparente e che non favorisce la partecipazione: chi sostiene apertamente tali battaglie di civiltà? Pochi, talvolta nessuno. Si preferisce declamare il professore lontano, il magistrato nazionale, l'eroe di turno, e si bypassa chi, vicino a me, fa un lavoro lillipuziano, metodico, impegnativo.

Conflitti intra e inter comunità, iatrogenesi, fare affari con le malattie, ossessione per la crescita, alienazione, ingiustizia a livello sociale, fomentano un circolo vizioso, e molti si chiedono se sia ancora possibile costruire un'altra economia. *“La misura in cui saremo in grado di affrontare l'era della globalizzazione (e forse la possibilità stessa di saperla affrontare) dipenderà da come risponderemo eticamente all'idea che noi viviamo in unico mondo. Per le nazioni ricche non assumere un punto di vista etico globale è stato a lungo seriamente sbagliato dal punto di vista morale. Ora è anche, nel lungo termine, un pericolo per la loro sicurezza¹⁴”*

L'economia -sembra assurdo a dirsi- **può essere solidale**, cioè basata sui valori della democrazia, della cooperazione, della reciprocità, del rispetto della diversità, della sostenibilità ecologica, della giustizia sociale, dell'equità, della complementarietà, della solidarietà e dell'amicizia” (dalla Carta dei Principi delle Rete Brasiliana di Economia Solidale).

Lo sviluppo economico e tecnologico non è considerato un fine, ma semplicemente un mezzo al servizio dello sviluppo umano, sociale, etico ed ecosostenibile. Ciò significa che un'economia è solidale quando permette a tutti di condividere il possesso, il controllo e la gestione dei beni di produzione e le risorse, le conoscenze, la tecnologia e i be-

¹⁴ P. Singer, *One world. L'etica della globalizzazione*, Einaudi, Torino, 2003, p.169.

nefici finali. “E’ un’economia che include tutti invece di sbattere fuori gli esclusi o i perdenti; è un’economia delle relazioni umane, in cui gli scambi sono occasioni di incontro e i prodotti hanno una storia da raccontare¹⁵”.

È un’economia che tutela i beni comuni, non vampirizza né scempia.

Possono la psicologia e la psicoterapia, il fare cultura, l’associazionismo, il volontariato, sganciarsi dal quotidiano e da questi temi, dal qui ed ora del tempo presente, della comunità in cui si vive e dalla comunità globale di cui facciamo parte, e inseguire in maniera aleatoria chimere autoreferenziali? La sfida oggi è aiutare i singoli e le comunità a sviluppare una più integrata consapevolezza di sé, del *mondo con* e del *mondo intorno*, e a recuperare il senso profondo dell’*immi ruah*, lo spirito divino, in qualsiasi modo lo si intenda o lo si declini.

Gli Indiani d’America avevano un’espressione bellissima per indicare il loro stare al mondo, in comunione con tutti gli esseri della Terra e del Cielo:

WAKAN TANKA! GRANDE SPIRITO RENDIMI DEGNO!

Ricordiamoci di essere degni, e proviamo soprattutto a ritrovarci per costruire veramente un mondo migliore, attingendo alla nostra comune umanità. Più che formare, dunque, mi auguro che la Psicologia e la Psicoterapia aiutino a *s-formare*, per aprire spazi di porosità, spazi di libertà, degni di accogliere l’anima del mondo.

Qualche domanda guida per capire dove stiamo:

- Ti impegni a fondo nella salvaguardia dell’ambiente e per la risoluzione non violenta dei conflitti all’interno della tua attività lavorativa, ordinistica, associazionistica ecc.?
- In occasione di reperimento fondi, accetti contributi da qualsiasi provenienza o ti informi affinché l’introito non provenga da percorsi illeciti, poco trasparenti o non etici?
- Hai controllato che la banca presso la quale hai aperto il conto non sia una banca armata?

¹⁵ Saroldi A., *Costruire economie solidali*, EMI ed., Bologna, 2003, pag.83

- Quando organizzi ritrovi, incontri o eventi, ti preoccupi anche di fare in modo che la festa non diventi un *fare la festa* all'ambiente, con plastica, rifiuti indifferenziati, sprechi di varia natura?
- Sai praticare in maniera corretta la raccolta differenziata? E' un valore per te o è un optional?
- Ti sforzi di attuare un attento e responsabile controllo sul ciclo di vita dei prodotti che acquisti, che tenga nel giusto conto il costo in termini di diritti umani e impatto deleterio sull'ambiente?
- In occasione di grandi campagne di civiltà (acqua pubblica, diritto di cittadinanza agli immigrati, iniziative contro la violenza sulle donne ecc..) ti attivi o lasci correre perché tanto qualche altro ci penserà?
- Se ritieni che queste domande non siano di pertinenza del "fare psicologia", puoi indicare secondo te chi dovrebbe pensarci?

Carmela Longo

Psicoterapeuta, Psicologa Dirigente di I livello presso l'Unità Operativa Semplificata Dipendenze Patologiche di Telesse Terme, ASL BN1. Svolge attività di volontariato nel campo della clownterapia con l'associazione Comunità RNCD, Raduno Nazionale Clown Dottori, Comunità libertaria di clown e sognatori pratici (www.comunitarncd.wordpress.com). Si occupa inoltre di tematiche legate alla tutela dell'ambiente, all'economia solidale e alla diffusione di una cultura capace di bene comune, partecipando alla rete di Sannio ecovicino e Art'Empory (<http://ecovicinanza.wordpress.com> e artempory.wordpress.com).

E-mail:carmela.longo-pace@poste.it

Bibliografia

- Arcidiacono C., *Volontariato e legami collettivi. Bisogni di comunità e relazione reciproca*, FrancoAngeli ed., Milano, 2004.
- Bauman Z., *Vite di corsa. Come salvarsi dalla tirannia dell'effimero*, Il Mulino ed., Bologna, 2008.
- Bello T. (don), *Pace. Quanto resta della notte?*, Messaggero ed., Padova, 2006.
- Blech J., *Gli inventori di malattie. Come ci hanno convinti di essere malati*, Lindau ed., Torino, 2006.
- Dolci D., *Una rivoluzione non violenta*, AE ed., Milano, 2007.
- Felber C., *L'economia del bene comune. Un modello economico che ha futuro*, Tecniche nuove ed., Milano, 2012.
- Gallo A. (don), *Il vangelo di un utopista*, Aliberti ed., Roma, 2011.
- Hillman J., *Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio*, Raffaello Cortina ed., Milano, 1998
- Hillman J., *Politica della bellezza*, Moretti e Vitali ed., Bergamo, 2002.
- Illich I., *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Boroli ed. Milano, 2005.
- Illich I., *La convivialità. Una proposta libertaria per una politica dei limiti allo sviluppo*, Boroli ed. Milano, 2005.
- Jung C. G., *Pratica della Psicoterapia*, in *Opere*, Vol. XVI, Boringhieri ed., Torino, 1981.
- Latouche S., *Altri mondi, Altre menti, Altrimenti*, Rubbettino ed., 2004.
- Latouche S., *La scommessa della decrescita*, Feltrinelli, Milano, 2007.
- Latouche S., *Per un'abbondanza frugale. Malintesi e controversie sulla decrescita*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 2011.
- Longo C., Santillo P., *Architettura e Psicologia: alla ricerca dei Luoghi dell'Anima*, in A.S.P., *Rivista di Psicoterapia ad orientamento analitico*, n.10, aprile 2001, pag.24.
- Longo C., *Bioarchitettura e salute: linguaggio simbolico e ricerca dell'unità*, *Asclepiadi nel terzo millennio*, n.4, giu.2003.
- Longo C., *Bioarchitettura e salute: per un uomo a misura della Terra*, *Asclepiadi nel terzo millennio*, n.3, mar.2003.
- Longo C., *Cosa cura in psicoterapia. Cosa ci cura nella vita di tutti i giorni*, *Asclepiadi nel terzo millennio*, Anno 3°, 6, 2004, pp. 6-8.
- Longo C., *Narrare, vivere. Le narrazioni in psicoterapia*, *Asclepiadi nel terzo millennio*, Anno 3°,7, 2004, pp 12-13.
- Longo C., *Essere e agire nel mondo con gli altri: Perché il mondo non vada*

sempre peggio, Giornale dell'Ordine degli Psicologi Campani, n.1, anno VIII, 2005, pp.17-19.

Longo C., *Il piacere. Questo serio ancoraggio alla vita*, Asclepiadi nel terzo millennio, anno 4°, 9, 2005, pp.8-9.

Longo C., *Per un'economia solidale. Non ci può essere pace se l'economia è violenta*, Asclepiadi nel terzo millennio, anno 7°, 15, 2008, pp.4-6.

Longo C., *La decrescita necessaria. Per un'economia che ci sottragga alla folle tirannia del PIL*, Asclepiadi del terzo millennio, dicembre 2009.

Longo C., *La bottega delle relazioni ecologiche*, B-magazine n°13, novembre 2009, pag.21.

Longo C., *Comunità competente. Cantiere sociale e sfida possibile*, B-magazine n°19, luglio 2010, pag.22.

Longo C., *Per un'ecologia delle relazioni*, B-magazine n°20, sett-ott. 2010, pag. 20.

Milani L. (don), *A che serve avere le mani pulite se si tengono in tasca*, Chiarelettere ed., Milano, 2011.

Miller, A., *Riprendersi la vita. I traumi infantili e l'origine del male*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 2009.

Mondo R., *Curare i luoghi di cura*, in Babele. Verso uno scambio comunicativo, n.26, 2004.

Montanari C., Longo C., *L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Percorsi formativi e terapeutici*, FrancoAngeli ed., Milano, 2005.

Pallante M., *La decrescita felice. La qualità della vita non dipende dal Pil*, Editori Riuniti, Roma, 2005.

Polichetti A., *Quo vadis, Italia?*, La scuola di Pitagora ed., Napoli, 2011.

Shiva V. *Il bene comune della terra*, Feltrinelli ed., Milano, 2006.

Singer P., *One World. L'etica della globalizzazione*, Einaudi ed., Torino, 2003.

Werner-Lobo K., *Il libro che le multinazionali non ti farebbero mai leggere. Sfruttamento del lavoro, esaurimento delle risorse. Come la dittatura dei grandi marchi condiziona le nostre vite*, Newton Compton ed., Roma, 2009.

Zoratti A., *La testa nella sabbia*, in Altraeconomia, mensile di informazione indipendente, n.145, gennaio 2013, pag.9.

Disturbi del Comportamento Alimentare: “la cura attraverso la rete” esperienza del DSM Asl Na 3 Sud distr. 54

di

V. Costa¹, M. Grimaldi,² N. Coppola³, G. Sannino⁴

«Non esiste società che tratti il cibo in modo razionale, tenendo solamente conto del valore nutritivo degli alimenti, ed è per questo che, per ciascuno di noi, le valenze dell'alimentazione sono radicate, oltre che su complessi valori culturali, sulle consuetudini della propria famiglia e sulla carica emotiva che ne deriva.»

(Nella Livings)

Introduzione

Negli ultimi decenni, i disturbi del comportamento alimentare – anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder – si sono imposti all'attenzione dei sanitari e all'opinione pubblica in tutta la loro drammaticità. Si tratta di patologie a diffusione crescente con importanti implicazioni socio-economiche oltre che cliniche. Esse configurano un vero e proprio fenomeno caratterizzato da una patogenesi complessa e imperfettamente nota alla quale concorrono fattori genetici, ambientali, biologici e psicologici. È ipotizzabile che la malattia sia il risultato finale della combinazione di diversi fattori individuali, familiari e culturali, che predispongono e favoriscono, in occasione di eventi precipitanti, il manifestarsi del disturbo che avrà poi, la caratteristica di autosostenersi. I dati della letteratura scientifica, in riferimento al decorso della pato-

¹ Psicologa, Psicoterapeuta in formazione Volontaria U.O.C. Salute Mentale di San Giorgio a Cremano (Na)

² Psichiatra, Direttore D.S.M. Asl Na 3Sud

³ Psichiatra, Dirigente Medico I livello e Responsabile Aziendale rete DCA U.O.C. Salute Mentale di San Giorgio a Cremano (Na)

⁴ Dirigente Psicologo U.O.C. Salute Mentale di San Giorgio a Cremano (Na)

logia indicano che il 50% dei pazienti riesce ad andare incontro ad una completa guarigione, il 30% arriva a migliorare la propria condizione, seppur non riuscendo a guarire del tutto, mentre per il 20% dei soggetti affetti va incontro ad un cronicizzarsi del profilo patologico. Al momento attuale pur non disponendo di una terapia specifica per i DCA, né di protocolli terapeutici standardizzati per l'intervento psichiatrico e psicologico; esiste tuttavia un generale consenso circa il fatto che solo una terapia integrata e flessibile possa farsi carico delle molteplici criticità che caratterizzano il trattamento.

Le caratteristiche cliniche dei DCA, la loro complessità, la particolarità della loro natura e, soprattutto, la multifattorialità delle cause che li determinano, rendono necessaria la programmazione di una terapia altrettanto complessa. Tale approccio prevede un'équipe di lavoro in cui figure professionali diverse collaborano e cooperano alla costruzione di una strategia efficace. La presenza di un'équipe svolge non solo la funzione di ottenere un'inquadramento diagnostico e un'analisi di contesto più approfonditi e arricchiti dai diversi punti di vista delle differenti professionalità, ma anche quella di suddividere tra i componenti dell'équipe compiti che sarebbero incompatibili se svolti dal medesimo clinico.

Tra anoressia, bulimia e obesità esistono più affinità che differenze e il lavoro terapeutico svolto con pazienti appartenenti a queste tre categorie ha sempre rilevato in modo inequivocabile che tutti i disturbi del comportamento alimentare con modalità compulsive hanno radici comuni. Tali radici sono sotterranee, ossia inconscie. In superficie, e quindi visibili, emergono il fusto e i rami, che corrispondono al diverso manifestarsi dei disturbi alimentari. Naturalmente, non è casuale che una donna (o un uomo) diventi anoressica o bulimica: la malattia è il risultato della storia individuale, e questa risulta tanto diversa quanto diverse sono le condizioni di crescita dei rami di una pianta.

Esperienza del DSM Asl Na 3Sud distr. 54

Per formulare una risposta istituzionale alle problematiche connesse ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), gli operatori del

Dipartimento di Salute Mentale dell'ex ASL Na 5 presentarono un progetto approvato e finanziato con fondi CIPE dalla Regione Campania con D.D. n 000376 del 21 giugno 2005. Nell'ambito degli obiettivi di tale progetto si proponeva di : definire l'entità della patologia nel territorio, promuovere la collaborazione e l'interazione tra diverse figure professionali, concordare protocolli di intesa con altre agenzie territoriali, quali Medici di Medicina Generale, Istituti Scolastici Superiori e Comuni; al fine di realizzare una rete territoriale tale da fungere come supporto e piattaforma di confronto per tutti gli attori coinvolti nel problema e di creare un'organizzazione sanitaria idonea con uno staff multidisciplinare formato e dedicato.

A tutt'oggi il progetto della rete territoriale del DSM dell'Asl NA 3 Sud distr. 54 è in avanzata fase di realizzazione attraverso l'istituzione del polo ambulatoriale dedicato ai DCA al quale sin da subito si è accompagnata una significativa opera di sensibilizzazione attraverso la pubblicizzazione dei servizi dedicati ai DCA, dei seminari negli Istituti Superiori del territorio, l'opera di interscambio condotta insieme ai Medici di Medicina Generale ed altri enti territoriali.

Sportello DCA

Il primo mercoledì di ogni mese è tutt'oggi attivo uno sportello di ascolto specifico per i DCA, dove operatori specializzati (psichiatri, psicologi, assistenti sanitari, infermieri professionali) sono a completa disposizione dei cittadini, attuando una molteplicità di azioni rivolte ai fruitori dello sportello : valutare le richieste degli utenti o ascoltare un loro familiare, esaminare la complessità del quadro clinico e fornire indicazioni comportamentali o terapeutiche in senso stretto, indirizzare i beneficiari del servizio ad eventuali altre consulenze specialistiche, attuare una presa in carico dell'utente o indicare percorsi terapeutici alternativi adeguati.

Contestualmente al primo accesso dell'utente allo sportello, vi è la redazione, di una scheda-utente sulla quale vengono riportati i dati anagrafici dell'utente, i motivi dell'accesso e le eventuali indicazioni fornite dall'operatore. Qualora si riscontrino i connotati di un quadro

sintomatologico tale da saturare diversi criteri diagnostici da ICD-10, si provvede ad una valutazione delle condizioni mediche generali e di quelle nutrizionali in particolare, anche attraverso la misurazione del Body Mass Index (BMI); al fine di avvalorare l'ipotesi diagnostica ed adoperare linguaggi comuni fra gli operatori uniformando le procedure interventistiche, si propone all'utente l'EDI-2.

Assessment multidimensionale

Nei casi di DCA è necessario raccogliere il maggior numero di notizie inerenti la storia di vita della persona e le caratteristiche della sua malattia : avere un quadro completo delle contingenze legate all'utente è di fondamentale importanza e, in ogni caso, propedeutico per ogni professionista che voglia pensare ad una forma di intervento adeguata ed efficace. Ricorrendo all'assessment multidimensionale è possibile contemplare l'analisi degli aspetti psicologici e somatici, sia quelli socio ambientali e relazionali.

Gli obiettivi della fase di assessment sono:

- ▶ fornire una risposta alla richiesta di cura della persona affetta da DCA,
- ▶ effettuare una diagnosi della tipologia di DCA,
- ▶ definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute fisica,
- ▶ definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute mentale,
- ▶ dare indicazione circa la tipologia di cura più adeguata (terapia ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, ricovero ospedaliero in acuto, ricovero psichiatrico in acuto),
- ▶ definire il livello di motivazione alla cura,
- ▶ inserire nel percorso diagnostico la famiglia, qualora si renda necessario,
- ▶ fornire all'utente ed eventualmente alla sua famiglia (in particolare in caso di minore o quando viene richiesto ed autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie, oltre che una restituzione

trasparente della diagnosi e delle prospettive di cura.

La fase di assessment si articola in modo tale da “Valutare e Monitorare” molteplici aspetti:

- ▶ la storia dell’utente, dei sintomi, dei comportamenti e dello stato mentale (in questa fase, per ottenere maggiori informazioni sui sintomi e sulla tipologia dei DCA, si avverte la necessità dell’ausilio di un test; i test maggiormente utilizzati sono l’Eating Attitude Test (EAT). L’Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2), Binge Eating Scale (BES), Body Uneasiness Test (BUT), Bulimic Investigation Test Edinburgh (BITE);
- ▶ anamnesi medica, fisiologica e patologica relativa all’intero arco di vita dell’utente;
- ▶ aspetti psichiatrici che possono influenzare il decorso clinico e l’outcome in quanto aspetti significativi per la definizione del progetto terapeutico;
- ▶ condizioni medico-nutrizionali;
- ▶ motivazione alla terapia .

Al termine della fase di assessment, l’intera équipe (psichiatra, psicologo, psicoterapeuta, medico con competenze internistiche e nutrizionali, personale infermieristico) definisce il progetto terapeutico e ne effettua la restituzione all’utente.

Dinamiche del gruppo terapeutico: una possibile indicazione terapeutica

Nella pratica clinica degli ultimi anni *il gruppo* è sempre più utilizzato come strumento di cura, soprattutto nei servizi pubblici, dove, spesso, in ragione del vantaggioso rapporto costi-benefici, finisce col diventare una soluzione per far fronte all’ingente domanda di cura.

Recenti studi e ricerche di tipo metanalitico hanno dimostrato l’efficacia delle terapie di gruppo con differenti tipologie di pazienti, ad esempio con disturbi legati all’abuso di sostanze, ai disturbi dell’umore, ai disturbi da attacchi di panico e/o agorafobici, alla bulimia nervosa e ai disturbi di personalità (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004).

L'efficacia dimostrata dalla ricerca, congiuntamente all'efficienza del format di gruppo, garantiscono un ottimo motivo per un utilizzo sempre più esteso di queste terapie nella cura della salute mentale.

La terapia di gruppo, intesa come mezzo di risoluzione dei problemi e dei conflitti connessi al vivere umano e all'interagire degli individui tra loro, ha origini antichissime. Tutte le culture, a partire da quelle primitive, hanno ravvisato nella pratica dell'agire in gruppo (e con il gruppo) il modo per modificare un comportamento ritenuto inaccettabile o dannoso per la propria comunità al fine di determinare uno accettabile per il benessere e la conservazione delle proprie usanze e tradizioni. La "cultura religiosa" è un esempio della continuità, tra i modelli di comportamento presenti nei "gruppi terapeutici" delle società antiche e quelli contemporanei. Si pensi al valore e al significato dato da ogni religione alla "confessione" che, pur distinguendosi a seconda della società, della cultura e della ritualità, prevede il "denunciare" pubblicamente, quindi in "gruppo", i propri misfatti, omissioni e colpe oppure agli avvenimenti lieti e festosi (matrimonio, battesimo, ess) che obbligatoriamente devono essere ritualizzati in gruppo per essere da esso sanciti e riconosciuti, giuridicamente legittimati e socialmente incamerati.

Altro aspetto caratteristico e peculiare del trattamento di gruppo, riconoscibile e riscontrabile in tutte le esperienze di psicoterapia di gruppo, è il "sentirsi insieme sulla stessa zattera", non tanto nel senso del cosiddetto "mal comune mezzo gaudio", quanto nel senso di riconoscere che il proprio miglioramento sia in stretta relazione con il miglioramento dell'altro e con lo sviluppo del processo di crescita del gruppo. Far conoscere agli altri il proprio dolore, condividere con gli altri le cause ed i motivi della propria sofferenza, oggi più che nelle società primitive, non è facile né desiderabile: il divario tra desiderio di essere accettati e compresi dagli altri e paura di essere rifiutati, giudicati e feriti è così grande che chi è toccato dalla sofferenza, dal malessere e dalla solitudine preferisce ritirarsi e chiudersi nel proprio "mondo malato", invece di provare a ricercare il benessere personale nel rapporto e nell'interazione interpersonale.

Il nostro gruppo DCA, i cui incontri si sono svolti con una cadenza quindicinale, decollato nell'ottobre del 2012, si componeva inizial-

mente di 12 utenti, 11 donne e 1 uomo, per poi arrivare, nel mese di Aprile ad un gruppo consolidato di 8 fruitori assidui.

Fin dal primo incontro, condotto dalla Dott.ssa Vania Costa, coadiuvata dall' Assistente Sanitaria Sign.ra Cristina Martucci nel ruolo di osservatrice, si è incoraggiato e chiesto ad ognuno dei partecipanti di soffermarsi sul proprio stato d'animo, sulle proprie sensazioni e sul proprio vissuto emozionale, piuttosto che, sulle possibili cause dei loro disagi e/o eventi dolorosi. Ogni membro del gruppo è stato favorito nel raggiungimento di un vero e proprio contatto con la propria "pancia", con ciò che sente nell' "hic et nunc", a stare in contatto con la "pancia" dell'altro, per sviluppare il "sentirsi" e il "sentire".

Attraverso *il gruppo* è iniziato il faticoso e affascinante viaggio insieme agli altri, dove si assiste al graduale abbandono dell'atteggiamento ansiogeno, rigido e difensivo tipico delle fase iniziali: è stata palpabile la paura di esporsi verso l'ignoto "*dove sto andando, come sarà e dove mi condurrà questa esperienza?*". A seguito della sofferenza e della difficile condivisione, dell'incapacità a vivere diversamente da come si vorrebbe, del disagio, dell'inadeguatezza esistenziale e dell'imbarazzo provato ad aprirsi in gruppo, ognuno ha iniziato, con tempi chiaramente differenti, a far emergere il profondo ed inespresso desiderio "...ma allora... posso essere come sono...; ...ma davvero posso cambiare...".

Sfondo del percorso è stato la metafora del viaggio: "un viaggio dalla meta sconosciuta, con compagni non scelti, dotati di un personale bagaglio da poter mettere a disposizione del gruppo". Un aspetto, significativo, che ha contraddistinto il nostro gruppo, sin dalle sue fasi iniziali, è rappresentato dal "linguaggio emotivo alternativo": emersa la difficoltà a dare "un nome" alle proprie emozioni, si è provato ad avvalersi del *linguaggio dei colori* per esprimere il proprio sentire, "Sono Marrone" è un esempio di risposta alla domanda come ti senti. Il percorso che ha visto l'ausilio di strumenti come la fotografia e la musica è stato, inoltre, connotato da momenti di arteterapia come il cartellone di autopresentazione del gruppo dal nome "la finestra di fronte: la speranza".

Durante il percorso di gruppo sono emersi significativi cambia-

menti, ad esempio nella capacità e nella qualità della comunicazione interpersonale, nel rispettare il proprio tempo e il tempo degli altri, nell'abbandonare il resistente cognitivo per accarezzare il dubbioso e doloroso ma vitale sentire. Nel gruppo si impara a viaggiare in compagnia, a rispettare le diverse modalità di scoprire itinerari, di fare scelte e di raggiungere la propria meta: per quanto si parta e si viaggi insieme, ognuno percorrerà il proprio percorso e lo concluderà individualmente, nel momento che riterrà più opportuno, per continuare il viaggio insieme ad altri viaggiatori.

L'esperienza terapeutica del gruppo consente di sperimentare la propria capacità di "dare" e d'impegnarsi seriamente in una relazione d'aiuto riconsiderando il valore positivo dell'"altro", sperimentare esperienze emozionali capaci di rimotivare e correggere relazioni affettive e familiari instabili e dolorose, sviluppare la percezione della coesività e della forza catartica del gruppo determinando un efficace cambiamento.

Conclusioni

Negli anni il DSM dell' Asl Na 3 Sud distr 54, attraverso nuove indirizzi di cura, ha provato a dare una risposta concreta al complesso mondo dei DCA muovendo interventi risolutivi e più accessibili agli utenti e alle loro famiglie, partendo da un significativo lavoro di prevenzione sul territorio, creando una fitta rete tra i vari enti, operatori e cittadini, promuovendo buone prassi volte ad offrire una significativa remissione dei sintomi, un accettabile reinserimento sociale e un minor rischio di cronicizzazione. Il conseguimento di questi obiettivi ha richiesto, e richiede ancora oggi, un grande impegno e un'organizzazione valida e articolata, fortemente sostenuta dalle capacità professionali degli operatori. L'esperienza acquisita ad oggi ed i risultati ottenuti si pongono come fertile terreno da coltivare, curare e salvaguardare. Da quest'anno il *gruppo* non solo riprenderà, vista la sensibile domanda degli utenti che vi hanno già preso parte, ma vedrà anche l'inserimento di nuovi partecipanti con la speranza e l'ambizione di potersi confermare come polo di riferimento per l'intera comunità cittadina.

Bibliografia

- ABA – Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, bulimia e i disordini alimentari, Brusa L., Senin F. (a cura di), (2000), *Trauma, abuso e perversione. Problemi teorico-clinici nel trattamento di pazienti anoressico-bulimiche*, FrancoAngeli.
- Aquilar F., Del Castello E., Esposito R. (2005). *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, FrancoAngeli, Milano.
- Arata A. (1997), *L'anoressia-bulimia: una esperienza terapeutica gruppale*, Le vie del sale, Genova.
- Cannella G., Cavaleri P., *Dalla bocca alla persona. L'esperienza anoressica e bulimica in gruppo*, Quaderni di Gestalt, n. 34/35, 2002, pp. 25-39.
- Caviglia G., Cecere F., *I disturbi del comportamento alimentare*, Carocci Faber.
- Costantini, A. (2000). *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica.*, Milano McGraw-Hill.
- Dalle Grave R. (1996). *Anoressia Nervosa: i fatti*, Positive Press, Verona.
- Forcillo S. (2007), *Psicoterapia di gruppo*, Volume II – Manuale per la cura e la prevenzione delle dipendenze, FrancoAngeli.
- Ginger S., (2004). *La Gestalt. Terapia del con-tatto emotivo*. Seconda edizione, Edizioni Mediterranee, Roma.
- Gockel R. (1988), *Donne che mangiano troppo – Quando il cibo serve a compensare i disagi affettivi*, Feltrinelli.
- Tortora A., D'Ambrosio M., Sannino G., Vaccaro D. (2000) “*Il Basilisco non uccide*” – N. Coppola, Sannino G. “*Troppo o troppo poco: I Disturbi Alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza*”; AA.VV.

Progetto: 2° Festival dell'Arte per la sicurezza stradale: "occhio alla strada"

di

*Alessia Barbato***

Il progetto "Occhio alla strada" promosso dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e, in prima linea dal Reparto Storico della Polizia Stradale, nel Comune di Napoli per il secondo anno ha dato vita ad una serie di incontri svolti tra i minori di scuole elementari, medie e superiori, e gli "addetti ai lavori" presso le scuole che hanno aderito al progetto, tra cui: il Convitto Nazionale Vittorio Emanuele II Sede centrale, Il Convitto Nazionale Sede Educandato, la Scuola Primaria "De Amicis", l'Istituto Comprensivo Casanova - Santa Maria di Costantinopoli, l'Istituto Superiore Alfonso Casanova. Il percorso educativo avviato nell'anno 2011-2012 ancora una volta ha voluto i giovani come attori al centro della realizzazione di cortometraggi riguardanti il tema della sicurezza stradale e del comportamento responsabile in strada, dopo aver partecipato a lezioni frontali formative e informative sull'essere "al sicuro" in strada.

L'obiettivo del progetto "Occhio alla strada" è stato quello di promuovere una cultura della sicurezza come condizione necessaria ed indispensabile alla riduzione dell'incidentalità stradale in particolare tra gli adolescenti. Chi si occupa di sicurezza stradale ha infatti come obiettivo contrastare il fenomeno delle morti su strada, ridurre gli incidenti e le conseguenze di questi ultimi utilizzando le leggi ma anche la tecnologia ed il miglioramento delle infrastrutture.

In questo secondo anno del progetto "Occhio alla strada" il Reparto Storico della Polizia Stradale di Napoli ha indirizzato il suo lavoro anche verso una valutazione di tipo psicologico, con il sostegno dell'Associazione La Gradiva (Associazione di Promozione Sociale e del Benessere

**Psicologa, Psicoterapeuta dell' Associazione La Gradiva, Associazione di Promozione Sociale e del Benessere Psicologico, sita in San Giorgio a Cremano (Na).

Psicologico), per i minori del biennio delle scuole Medie Secondarie: accanto alle lezioni frontali è stata proposta una discussione in gruppo a partire da uno stimolo specifico, il “General Self- Efficacy Scale”, un test relativo alla valutazione sul senso di autoefficacia personale.

I comportamenti rischiosi diventano atteggiamenti che mettono in pericolo la sicurezza personale di chi li attua, e talvolta anche quella altrui, allo scopo di provare eccitazione e di sperimentare sensazioni forti. Tali comportamenti sono largamente diffusi in adolescenza.

L’adolescenza costituisce un periodo di transizione durante il quale, grazie al processo di separazione dalla famiglia di origine e alla conquista dell’autonomia, si giunge alla costruzione di una personalità individuale e di una identità adulta (Palmonari, 2001).

In questa fase, l’adozione di comportamenti irregolari e il desiderio di rischiare si manifestano con particolare ripetitività ed intensità, sia per le caratteristiche dell’età che per la complessità del contesto sociale in cui l’adolescente è inserito (Bonino, Cattelino, 1999).

Il test autosomministrato, proposto come strumento di riflessione, può aiutare a comprendere la capacità di resistere alle pressioni esercitate dal gruppo dei pari per ciò che concerne l’attuazione di comportamenti a rischio. In particolare le domande sono state adattate ponendo al centro il senso di sicurezza percepita dall’individuo messo a confronto con l’altro.

In effetti in questo periodo del loro sviluppo, i ragazzi non solo sono continuamente messi a confronto con nuove possibilità e con scelte alternative, ma avvertono anche l’esigenza di assumere nuovi impegni, di consolidare quelli già presi (Bosma e Jackson, 1990) nonché di sperimentare ruoli e condotte diverse da quelle che hanno caratterizzato gli anni dell’infanzia.

La Psicologia Viaria è considerata in Europa, da oltre cinquant’anni, un utile strumento per sviluppare prevenzione, nell’ambito della sicurezza stradale, con particolare attenzione alla fascia d’età considerata maggiormente a rischio: tra i 15 e i 20 anni. Diverse ricerche hanno evidenziato come l’assunzione di rischi e la sperimentazione di azioni e sensazioni durante l’adolescenza possano essere efficienti per la risoluzione di compiti evolutivi legati al conseguimento della tanto desiderata

autonomia (Jack, 1989). Il prefiggersi nuove attività e l'assumere nuovi progetti sono d'altronde proprietà tipiche dell'adulto. Può accadere però che questi bisogni conducano, per periodi più o meno prolungati, ad una sperimentazione connessa alla sfida dei propri limiti ed all'assunzione di rischi anche seri (Irwin e Millstein, 1986).

Gli anni dell'adolescenza se paragonati ad altri periodi di vita sono caratterizzati da eccitazione, imprudenza e comportamenti a rischio, legati principalmente ad inesperienza ed impulsività, per cui i soggetti sono portati a sottoporsi ad un maggior rischio non contemplandone eventuali conseguenze.

Gli adolescenti, ed in particolare gli adolescenti maschi, sono considerati una sorta di categoria a rischio per la guida pericolosa. Lo stile di guida sembra essere contraddistinto da elevata velocità, dalla sottovalutazione della distanza di sicurezza, da sorpassi azzardati, dal mancato rispetto della precedenza ad altri veicoli ed ai pedoni. La risoluta volontà di provare sensazioni forti ed il brivido del rischio uniti ad un'insufficiente capacità di percepire ed elaborare cognitivamente la presenza di pericoli risultano essere peculiarità specifiche di questa fascia d'età, insieme all'uso inappropriato di sostanze psicotrope o bevande alcoliche. Si può definire "paradosso del giovane guidatore" il fenomeno secondo il quale ogni volta che un guidatore mette in atto un'imprudenza senza pagarne le drammatiche conseguenze, si rafforza, nella sua convinzione, di essere immune dai rischi di incidente stradale.

Associare la propria crescita ad una cultura della Sicurezza Stradale come stile di vita permette di identificare la regolamentazione stradale non più come limite da superare ma come un senso di libertà acquisita per il bene comune, di tutti.

Durante le lezioni presentate nelle scuole, l'utilizzo del test è stato strumento utile a comprendere in che modo il target di riferimento degli adolescenti partecipanti percepisce non solo i comportamenti a rischio ma come sente di poter essere efficace e capace di avere risorse personali decisionali su cui poter contare: "poter scegliere il proprio comportamento e sentire di avere la forza di seguirlo".

Secondo Bandura A. (2000): "a parità di competenze possedute, la percezione della propria autoefficacia influenza gli obiettivi che le per-

sone stabiliscono per se stesse e i rischi che sono disposte ad affrontare”. Non si tratta quindi di una generica fiducia in sé stessi né di una specifica misura delle competenze possedute ma della convinzione di poter affrontare efficacemente determinate prove, di essere all’altezza di determinati eventi e di essere in grado di poter sostenere la scelta delle proprie azioni in tali eventi.

Il test è stato proposto alle classi del biennio della Scuola Media Secondaria “Casanova”, in totale un campione di 100 alunni, suddivisi in 50 maschi e 50 femmine di età compresa tra i 13 e i 15 anni. Il valore medio della Self – Efficacy Generalizzata è, nella somma dei punteggi totale, 67.

Sul totale del campione femminile il 70% ha ottenuto un punteggio vicino al valore medio (tra 65 e 70) mentre il 30% risulta al di sotto del punteggio 50. Tra il campione maschile invece il dato è quasi inverso: il 60% ha ottenuto un punteggio inferiore al 55, mentre il 40% si avvicina al valore medio del test (tra 60 e 69). Il campione è molto piccolo e non è possibile immaginare un uso dei risultati ottenuti per formulare una specifica lettura, ciò che emerge è però una riflessione interessante sul senso di autoefficacia percepito in base all’individualità: in effetti dalle risposte è possibile ipotizzare che tra le femmine spicca maggiormente una forma di autonomo individualismo relativo alla considerazione delle proprie capacità decisionali rispetto al gruppo che invece appare “più forte”, o meglio, maggiormente efficace del singolo, nell’ottica maschile. Le risposte dei maschi infatti tendono a sottolineare alla propria mancanza di fiducia nell’esperire le decisioni personali al di fuori dell’opinione grupppale. Questo risulta essere in linea con le ricerche che ci indicano la messa in opera di comportamenti a rischio maggiormente da parte degli adolescenti maschi che risultano essere influenzati dal gruppo dei pari più delle coetanee femmine.

Le riflessioni emergenti dalle discussioni portano verso la direzione della prevenzione che diventa una sfida nell’offrire strategie nuove, sociali e cognitive, adatte a gestire le influenze sociali e culturali che tendono a normalizzare i comportamenti al limite del “vitale”. Si tratta di contestualizzare l’azione preventiva all’interno dei normali processi educativi anticipandone l’azione nella logica della promozione del

benessere e della salute prima di incappare nella messa in atto del rischio.

Per quanto concerne il progetto “Occhio alla Strada”, l’Associazione La Gradiva ha voluto utilizzare il test autosomministrato come strumento utile per dischiudere delle discussioni coinvolgenti in ogni gruppo classe, al di là dei numeri, e per usare una lente di ingrandimento sull’efficacia percepita dagli adolescenti partecipanti al progetto e rendere gli stessi maggiormente consapevoli delle proprie percezioni e di come poter costruire le proprie capacità non solo in funzione dell’elevato rischio affrontato ma anche in funzione del rispetto di sé e degli altri in termini di sicurezza: dall’uso di una trasgressione inconsapevole all’opportunità di crescere consapevolmente.

Bibliografia

- Bandura A., *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Centro Studi Erickson, Trento, 2000.
- Bonino S., Cattelino E., *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: i comportamenti devianti*, Assessorato Assistenza Sanitaria, Regione Piemonte, 1999.
- Bosma H., Jackson S., *Coping and Self – Concept Indolence*, Springer, Berlino, 1990.
- Irwin C.E., Millstein S.G., *Biopsychosocial correlates of risk – talking behaviors during adolescence*, Journal of Adolescent Health Care, 1986.
- Jack M.S., *Personal fable: a potential explanation for risk – talking behaviour in adolescent*, Journal of Pediatric Nursing, 1989.
- Palmonari A., *Gli adolescenti*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Pellai A., Tamborini B., *L'Adolescenza le sfide nel diventare grande*, Mac Graw Hill, Milano, 2003.

Una ricerca esplorativa sulla percezione socio-affettiva del dialetto in una scuola elementare di Napoli

di

Mario Ederoclite¹

Per il bambino il più importante strumento in vista dell'acquisizione di un'autonomia sempre crescente è costituito dall'apprendimento e dall'uso del linguaggio: in esso egli ritrova la chiave sia dell'intero mondo di significati degli Altri, sia del contenuto di senso di ogni loro relazione sociale.

È proprio nella rete di relazioni che il bambino instaura, dapprima con la figura materna e poi con gli altri significativi, che inquadrano il processo di costruzione dell'identità sociale che attraverso l'apprendimento di un sistema simbolico condiviso porta l'individuo ad entrare a pieno titolo nella società.

La lingua è il sistema culturale che avvolge il gruppo, che conduce il gruppo ad una comune identificazione proprio come un marchio sul corpo: permette ai simili di riconoscersi e di sentirsi inclusi nella medesima entità, affermando una comune identità davanti agli estranei (Nathan 2001)².

La lingua diviene espressione esteriore dell'identità *personale* e insieme *collettiva* del soggetto, è il luogo-non luogo del presente, della memoria e dell'immaginario di un intero gruppo e, nel contempo, di ogni suo singolo componente.

Negli ultimi anni si è assistito ad un massiccio fenomeno di riscoperta del dialetto, il quale comincia a non essere più ritenuto come il codice dei ceti bassi, sintomo di svantaggio, ma viceversa come una possibilità ulteriore d'arricchimento espressivo. Prova ne è il fatto che una gran parte di parlanti oggi utilizza un linguaggio contraddistinto dalla contemporanea presenza di italiano e dialetto (dilalia).

Davanti a questo tipo di fenomeno le istituzioni educative, la Scuola

¹ Psicologo

² Nathan, T. (2001) *L'influence qui guerit*; Edition Odile Jacob, Paris.

in particolare, è evidente che non possano eludere la questione del dialetto alienandolo *tout court* dalle aule scolastiche.

Secondo Benincà (1975)³ il posto del dialetto nell'educazione linguistica, una volta che si siano superati i pregiudizi sulla sua "dignità" di lingua vera e propria, è quello di essere usato come il primo e più accessibile oggetto di riflessione linguistica; ciò potrebbe contribuire ad indebolire le valutazioni negative verso il dialetto, che frequentemente sono radicate soprattutto in chi lo parla, specialmente se ha sperimentato in qualche modo lo svantaggio sociale che può derivare dal suo uso in certe situazioni comunicative.

A partire dagli anni Settanta sono state promosse ricerche sul rapporto tra lingua e dialetto nell'esperienza scolastica, in varie parti d'Italia. Le finalità che accomunano tali ricerche consistono nell'esplorazione del terreno di strategie psicolinguistiche, percezioni sociali e atteggiamenti affettivi sulla base dei quali i bambini dialettofoni approcciano l'apprendimento della lingua italiana nella scuola elementare (Pinto, Tranasi 1980)⁴. Sulla base di una suggestione derivata da una ricerca svolta da Iuzzino (1980)⁵ è stata realizzata una ricerca esplorativa, di cui si offre una panoramica dei risultati, in una scuola elementare di Napoli con l'obiettivo di comprendere la percezione affettiva dei due codici linguistici.

METODO

Soggetti e procedura

I soggetti della ricerca sono stati 30 alunni, 15 maschi e 15 femmine, di quarta elementare, appartenenti a due classi distinte (età media: 9,3 anni). La scuola è situata in un quartiere del centro storico di Napoli.

³ Benincà, P. (1975) Dialetto e scuola: un rapporto difficile; in "L'educazione linguistica" Atti della Giornata di Studio Giscel – Padova, Cleup, Padova.

⁴ Pinto, M.A., Tranasi M. (1980) Aspetti conflittuali del rapporto dialetto-lingua nella scuola elementare, Atti dell'XI° Congresso Internazionale di Studi della Società di Linguistica Italiana su: "I dialetti e le lingue delle minoranze di fronte all'italiano", Cagliari 27-30 maggio 1977, Roma, Bulzoni, 505-520.

⁵ Iuzzino L., (1980) Lingua e dialetto in una scuola di Castellamare di Stabia, Rassegna di linguistica italiana applicata XI-XII pag. 313-334

Oltre agli alunni, sono stati inclusi nella ricerca anche 9 insegnanti e 9 mamme.

Ai soggetti è stata somministrata un'intervista, ispirata ad un modello di Marcato, Ursini e Politi (1974)⁶ ed adottata anche dalla ricerca della Iuzzino (1980), al fine di valutare la percezione socio-affettiva dei codici linguistici. Tale questionario, diversificato per gruppo d'indagine, sonda tre aspetti particolari:

- a) Frequenza e distribuzione d'uso del dialetto e dell'italiano;
- b) Disagio o padronanza nell'uso dei due codici linguistici;
- c) Valutazione personale e sociale delle qualità di entrambi.

Le interviste sono state poi trascritte ed analizzate, al fine di tracciare le categorie entro cui inserire le risposte emerse dal contatto con gli intervistati. La categorizzazione è stata elaborata su basi induttive dopo rilevazioni preliminari delle tipologie più frequenti.

RISULTATI

1) Conosci il napoletano?

Si 93%
No 0%
Poco 7%

2) In famiglia parli il dialetto o l'italiano?

Il 53% degli alunni intervistati afferma di usare, nella comunicazione familiare, entrambi i codici linguistici; il 27% afferma di parlare soltanto in dialetto e il 20% dichiara di parlare solo l'italiano.

Non è improbabile che le risposte siano lievemente distorte, è possibile, infatti, che l'uso del dialetto possa essere più massiccio di quanto i bambini abbiano ammesso. A conferma di ciò, è interessante che nove mamme su dieci dichiarino di parlare il dialetto in casa, malgrado la metà delle intervistate se ne dichiarino contraria.

⁶ Marcato G., Ursini F., Politi A., (1974) Dialetto e italiano. Status socio-economico e percezione sociale del fenomeno linguistico, Pisa, Pacini, 1974.

3) A scuola, con i compagni, che lingua parli?

Italiano 43%
Napoletano 10%
Entrambe 47%

Dall'analisi dei dati, sembra che l'uso del dialetto a scuola, o di entrambi i codici, sia più diffuso presso i maschi; tale atteggiamento, riscontrato già dalla ricerca della Iuzzino, potrebbe essere indice di una diversità di conformismi tra maschi e femmine: nei bambini potrebbe spiegarsi con la forte spinta alla coesione con il gruppo, mentre nelle femmine tale spinta potrebbe essere controbilanciata da un maggior controllo, a livello linguistico, da parte della famiglia, rintracciabile anche nell'assenza di cadenza dialettale presso la grande maggioranza delle bambine intervistate.

4) Gli insegnanti si arrabbiano se si parla il dialetto a scuola?

Il 50% degli alunni dichiara che gli insegnanti si mostrano infastiditi dall'uso del dialetto in classe; tale risultato è pienamente confermato dalle interviste con gli insegnanti, ai quali è stato chiesto se permetterebbero che si parlasse il dialetto in classe: questi ultimi affermano, in buona parte, di non permettere assolutamente che si parli il dialetto in classe, alcuni adducendo la chiara funzione della scuola trasmittitrice della lingua nazionale, altri, invece, asseriscono di concedere l'utilizzo del dialetto solo nei momenti di convivialità e di ricreazione. Solo un esiguo numero di insegnanti parla di dialetto in un'ottica di rispetto e di valorizzazione della propria cultura, che, nell'ottica del presente lavoro, equivale a dire della propria identità.

5) Quando ti capita di parlare il dialetto?

Un risultato degno di nota, avvalorato dal 46% delle risposte, è l'uso del dialetto quando si è *arrabbiati*. I soggetti, infatti, affermano di parlare in dialetto nei casi in cui sentono il bisogno di esprimere la rabbia.

Sono emerse, a tal proposito, risposte come: “*Quando mi fanno arrabbiare non riesco a parlare italiano e parlo in napoletano*”, “*Quando vado in tilt parlo in napoletano*”.

Tale risultato potrebbe essere in linea con la caratteristica peculiare dell’uso del dialetto, legato ad una maggiore espressività e pregnanza sia sul piano comunicativo sia su quello emotivo.

Alla luce di quanto emerso, si può, dunque, attribuire al dialetto una funzione che potremmo definire *veicolare*; infatti, essendo questo la lingua materna della maggior parte degli intervistati, riteniamo che molto più dell’italiano possa essere considerato il *veicolo* delle emozioni più forti e profonde. Ciò aderisce pienamente con la funzione fondamentale della lingua materna, lingua che per prima ha placato il dolore della separazione e dato voce ai primi bisogni e desideri.

6) e 6bis) Ti senti diverso quando parli in dialetto? Perché?

Il dialetto è avvertito come volgare e inferiore alla lingua italiana e chi lo parla, secondo gli intervistati, viene visto come un *bambino di strada*, come un *maleducato*, uno *scugnizzo* oppure perché l’italiano è sentito in ogni caso come il codice di prestigio.

In merito alle motivazioni, dal quesito 6b è emerso che una percentuale di intervistati (17%) propende per una facilità d’espressione in dialetto (“*il napoletano è proprio la mia lingua*”) mentre un’altra porzione del campione (13%) dichiara l’assoluta parità tra le due lingue. Sussiste, comunque, una soggezione psicologica all’italiano, infatti, si riscontrano spesso risposte come: “*Il napoletano mi fa sentire maleducato*” (37% dei casi), “*come se io non fossi un signore, mentre se parlassi in italiano sembrerei un signore*”, “*in italiano è più fine invece il dialetto è brutto*” (20%).

Tale risultato è confermato dalle interviste con le mamme, le quali pur ritenendo in alcuni casi il dialetto volgare, lo parlano ritenendolo il codice più semplice da utilizzare (“*un po’ di difficoltà si trova sempre a parlare in italiano*”). In relazione, invece, al giudizio sull’italiano, esso è vissuto come lingua signorile, corretta: in italiano si parla “*buo-*

no” e ciò, spesso, viene vissuto da alcune mamme del gruppo come un modo per apparire come persone “*sophisticate*” e “*che se la pensano*”. È possibile che queste affermazioni celino due elementi che riteniamo interessante porre in evidenza: il primo elemento può essere rintracciato in una sorta d’invidia per la cultura che si presume appannaggio dell’italofono (Braga 1972 cit. in Iuzzino 1980). Inoltre, per la maggioranza delle mamme, parlare in italiano è vissuto come un modo per prendere le distanze. Questo fattore, tra l’altro posto all’attenzione già dalla ricerca della Iuzzino, può essere utile per mostrare quanto in taluni contesti l’italiano, spesso, non sia sentito come la *propria* lingua, ma, al contrario, come un mezzo di scissione a livello sociale e personale.

È interessante notare che questa domanda, già utilizzata in ricerche precedenti, suscita risposte molto simili a quelle che hanno orientato i ricercatori nella costituzione delle categorie valutative. In particolare, in relazione a categorie come “italiano bello-dialetto brutto” o “italiano istruito-dialetto ignorante”, sono state riscontrate delle affinità con una ricerca realizzata negli anni ’70 da Marcato, Ursini e Politi in tutt’altra parte d’Italia e con adolescenti.

Conclusioni

Dai contatti con alunni, genitori ed insegnanti è emersa l’immagine di un dialetto profondamente vivo e radicato nei processi comunicativi, sebbene connotato da una forte ambivalenza, poiché avvertito sia come funzionale e maggiormente espressivo, sia come codice inferiore alla lingua nazionale.

In ogni caso, il dialetto è vissuto come un forte veicolo d’espressione dell’identità personale e collettiva di un individuo e delle sue emozioni più profonde.

A tal riguardo, in merito alla posizione della Scuola, è chiaro che il *problema dialetto* non possa essere negato o sottovalutato: emerge la necessità di un relativismo linguistico che valorizzi l’una e l’altra cultura invece di corrodere progressivamente la più indifesa, e incoraggiando, in tal senso, un’assimilazione acritica della più potente.

Non è proficuo uno scontro per l’egemonia tra lingua e dialetto, è

importante piuttosto creare le condizioni per un confronto illuminante e produttivo: favorire nei bambini la coscienza e le potenzialità del proprio bilinguismo potrebbe costituire uno strumento efficace a ridurre l'esperienza della diglossia⁷.

⁷ «La diglossia è una situazione linguistica relativamente stabile in cui, in aggiunta ai dialetti originari della lingua, vi è una varietà sovrapposta molto divergente ed altamente codificata [...] che viene appresa in larga parte attraverso l'istruzione formale e viene usata per lo più per scopi formali e nella forma scritta, ma che non è usata mai da nessun settore della comunità per la comune conversazione». Ferguson, Diglossia, "Word" XV (1959), pp. 325-340; trad. It. In P.P. GIGLIOLI, Linguaggio e società, Bologna 1973.

Lo Psicodramma Classico per formare ad un'Adozione Consapevole

di

*Giulia Vitale**

*Maddalena Mangiacapra***

Introduzione

In questo lavoro presentiamo un'esperienza innovativa di formazione e preparazione all'adozione di coppie, che hanno formulato richiesta di disponibilità ad accogliere nella propria famiglia un figlio adottivo. È stata sperimentata la strategia dello Psicodramma nella formazione di gruppo all'esperienza adottiva per più di un anno nel corso del quale sono stati seguiti 5 gruppi di 4 coppie ognuno e, in funzione dell'esito della fase sperimentale, è stata in seguito strutturata come prassi operativa, utilizzata ormai dal 2009 ad oggi.

Le Linee Guida Regionali Adozione Nazionale ed Internazionale (delibera n° 1666 del 24/04/2002) prevedono una duplice presa in carico della coppia adottiva attraverso un percorso di valutazione e un parallelo percorso di gruppo di preparazione all'adozione. La finalità della valutazione è la "*verifica delle capacità genitoriali delle coppie*", mentre quel del percorso preparatorio "*1. Fornire alla coppia occasioni per riflettere sulle specificità e le difficoltà della genitorialità adottiva. 2. Favorire la presa di coscienza delle proprie capacità e limiti sia in rapporto alla capacità genitoriale, sia in rapporto alle specifiche caratteristiche del minore da adottare, in maniera da fare emergere indicazioni concrete e condivisibili per il tribunale per i minorenni. 3. Stimolare la coppia e riformulare le proprie aspettative e motivazioni alla luce della presa di coscienza delle difficoltà*" (Linee Guida Regionale, 2002).

*Psicologa - Psicoterapeuta, Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni di Napoli

**Psicologa - Psicoterapeuta, Formatrice delle Tecniche dello Psicodramma

Aderendo alle indicazioni delle Linee Guida Regionali le coppie sono state seguite attraverso l'attivazione di un percorso di "valutazione" e uno di "preparazione" di gruppo. Quest'ultimo strutturato come un'occasione di confronto attraverso la discussione libera, con l'utilizzo della strategia del "cycle time" e del "Brainstorming". L'innovazione sperimentata dalla fine del 2009 è stata quella di utilizzare le tecniche attive dello Psicodramma di Moreno nel percorso di gruppo, che si configura come "Gruppo Esperenziale". Solitamente nei percorsi formativi, anche quelli di preparazione all'adozione, vi è una maggiore sollecitazione cognitiva dei componenti mentre nella formulazione innovativa che qui presentiamo, attraverso l'utilizzo delle tecniche attive dello Psicodramma, vi è il coinvolgimento olistico della persona, con la mobilitazione di diverse aree mentali e fisiche (area cognitivo-simbolico, area emotiva, area muscolare-posturale.) che si snodano nel "qui ed ora" (G. Boria, 1997).

I principi ispiratori

Si è partiti dall'idea di provare ad immaginare una strada diversa e nuova che ponesse con maggiore forza la necessità di dare un sostegno, un aiuto o almeno degli spunti di riflessione alla coppia. Creare un contesto diverso, in cui le persone trovano lo spazio emotivo che possa accogliere le loro difficoltà, paure, desideri e che fosse loro d'aiuto o quanto meno di stimolo ad aumentare la propria consapevolezza di fronte ad una scelta importante e difficile come quella dell'adozione. Il percorso formativo è stato considerato come processo aperto di concreta partecipazione di cooperazione e di condivisione degli obiettivi, offrendo un contesto di fiducia ed accoglienza, non giudicante, al fine di evitare l'innalzamento delle difese. Molte coppie si sentono sottoposte ad un giudizio, quasi una "radiografia psicologica", da cui dipenderà il loro destino e tendono a voler dare l'impressione della "coppia perfetta", senza far trapelare alcuna divergenza o conflitto, pensando di voler fare bella figura e che ci siano risposte giuste da dover dare. L'obiettivo della sperimentazione con l'utilizzo dello psicodramma è stato quello di dare la possibilità alla coppia di vivere il percorso in maniera più serena, cercando di far perdere il significato angosciante e persecutorio,

dando loro invece la possibilità di poter comprendere che il lavoro psicologico si prefigge di raggiungere il fine di aiutarli a separarsi dalla rigidità del bisogno di avere un figlio e stimarli a maturare la “*fecondità del desiderio*” di essere genitori (A. D’Andrea, 2000).

La pratica dello Psicodramma

“*Lo Psicodramma è quella pratica professionale che utilizza i metodi d’azione basati sulla teoria, la filosofia e la metodologia di Jacob L. Moreno. Esso usa i metodi della rappresentazione scenica, della sociometria e, delle dinamiche di gruppo per facilitare un cambiamento nell’individuo e nel gruppo, attraverso lo sviluppo di nuove percezioni e la riorganizzazione di vecchi modelli di comportamento.*” (Boria, G, 1979). Grazie alla **simmetria** ed all’assoluto **primato della soggettività**, il metodo dello Psicodramma moreniano concede ad ogni soggetto un proprio spazio per potersi affermare per quello che è ed i contenuti espressi all’interno del gruppo hanno il valore e la dignità di una verità soggettiva e non possono essere categorizzati in “giusti” o “sbagliati”, “buoni” o “cattivi”, consentendo di mostrarsi senza il rischio di censure. Attraverso specifiche strategie di conduzione la persona sente il gruppo come quello spazio protetto, quel clima favorevole in cui è possibile poter esprimere differenti dimensioni del proprio vissuto, liberamente e senza infingimenti, ma allo stesso tempo permette di osservare i propri contenuti interni da diversi punti di vista e stabilire collegamenti nuovi e costruttivi fra di essi. Nello specifico le tecniche psicodrammatiche (inversioni di ruolo, specchio, doppio), usate per ogni incontro, sono finalizzate a rendere le persone capaci di impiegare pienamente le proprie risorse, una formazione centrata sulla persona “*possibilitante e potenziante*” (Boria, Muzzarelli, 2009), che permette di aprire dentro di sé nuove possibilità, di acquisire nuove capacità, di ampliare continuamente e autonomamente la comprensione di significato.

Gli obiettivi

La combinazione di obiettivi peculiari di un gruppo condotto con la metodologia psicodrammatica con quelli di ordine istituzionale vincolati alla natura del percorso adottivo rappresenta la vera innovazione di questa proposta formativa. Soprattutto per l'integrazione di obiettivi di una modalità di lavoro solitamente agganciata a finalità terapeutiche con gli obiettivi formativi focalizzati sulla trasmissione di competenze.

Obiettivi clinici generali identificati da G. Boria (2005) come "eredità moreniana" che vengono perseguiti costituzionalmente attraverso un gruppo di psicodramma, riguardano

- l'attenzione ad alimentare la tensione vitale della persona, nella sua forma specifica di fattore S/C, (Spontaneità/Creatività);
- fare sperimentare uno spazio in cui l'Incontro fornisca l'esemplare modello relazionale. L'incontro, secondo, Moreno, è il regno dell'autenticità, uno spazio di libertà e di creazione relazionale nel quale le persone esprimono la loro capacità di costruire rapporti empatici e reciproci.
- portare le persone a livelli di progressiva differenziazione e maturazione del proprio mondo interno.

Tali obiettivi possono essere perseguiti attraverso l'azione registica del direttore di psicodramma seguendo i criteri che discendono dal quadro teorico moreniano: impiegare la sorpresa ed evitare l'ansia rispetto alle situazioni da agire (→ teoria della *spontaneità-creatività*); eliminare la possibilità di critiche e giudizi reciproci (→ *primato della soggettività*¹ e *regola della sospensione della risposta*²); mobilitare al

¹**Il primato della soggettività.** I contenuti che una persona esprime nel gruppo hanno il valore e la dignità di una verità (soggettiva) e non possono essere categorizzati in "giusti" o "sbagliati", "buoni" o "cattivi". Ogni persona ha uno spazio espressivo che consente al suo mondo interno di mostrarsi senza il rischio di censure o ritorsioni. La vita del gruppo prevede il popolarsi dello spazio comune di verità convergenti o divergenti, simili o dissimili, in una coesistenza di contenuti che consentono ad ogni soggetto di affermarsi per quello che è, con una modalità simmetrica che permette a ciascuno di mettersi in gioco senza infingimenti.

² La relazione fra soggettività che si muovono con cadenze equivalenti e simmetriche permette a ciascuno di riconoscersi e sentirsi riconosciuto in un contesto popolato da somiglianze e diversità, tutte affermate ed accolte con pari dignità. Questo modo di

più possibile la persona nella sua interezza psicomotoria (→ *concezione olistica e funzionale della persona*); indurre la persona a momenti di auto-osservazione (→ *soliloquio*³) ed aiutarla a focalizzare le sensazioni vissute (→ *doppio e specchio*) così da consentire di integrare il centro dell'azione col centro del contenuto.

Questi obiettivi sono stati integrati agli obiettivi specifici di ordine istituzionali seguendo le linee guida regionali adozione nazionale ed internazionale e di seguito riportati:

- Comprendere e valutare i motivi che hanno spinto la coppia ad intraprendere il percorso dell'adozione: “perché desideriamo adottare”, quali sono i nostri desideri, i nostri obiettivi genitoriali, i nostri dubbi, le paure e i timori.
- Riconoscere le emozioni che hanno accompagnato la decisione di adottare. Frequentemente la scelta adottiva è accompagnata da sensazioni ambivalenti: momenti di serenità possono lasciare spazio a sentimenti di dolore e incertezza. La loro comprensione è una condizione necessaria per riuscire a capire le esigenze e i bisogni personali e di coppia, alla base di questa scelta.
- Riflettere sul ruolo che ha avuto il proprio partner in questo momento. La comprensione del significato che assume per ogni membro la decisione di adottare è un modo per iniziare a condividere il progetto adottivo, nella consapevolezza, che questa scelta, è espressione di una prospettiva di coppia e non di un singolo partner. Condividere il significato che ha per ciascuno è un modo per evitare

stare in gruppo deve anche fare i conti con la tendenza, comunemente presente nelle relazioni sociali, a contrapporsi al diverso. Nel gruppo di psicodramma l'antidoto a questa tendenza è data dalla regola della **sospensione della risposta**, la quale prevede di non entrare in un rapporto dialogico (“botta e risposta”) quando una persona si trova nel tempo a lei assegnato per l'autoespressione. Il direttore è il geloso di questa preziosa regola, senza la quale la dinamica gruppale intersoggettiva rimarrebbe una chimera.

³Il metodo psicodrammatico richiede che il protagonista, esprime ogni qual volta è possibile, quello che la memoria, gli riporta alla mente “mostrandolo” sulla scena. Nel **soliloquio** l'individuo esprime liberamente quello che gli passa per la mente, con una modalità che fa percepire ciò come qualcosa che non è rivolto ad altri se non a se stesso. In tale discorrere solitario i pensieri emergono e si strutturano senza seguire le regole della logica o le esigenze di compiutezza proprie di un racconto; essi piuttosto vengono regolate nel loro concatenarsi dal flusso variabile ed imprevedibile delle emozioni.

- recriminazioni future e deleghe educative.
- Conoscere le implicazioni emotive e i problemi relazionali che possono sorgere quando la scelta adottiva ha alla base una condizione di infertilità o sterilità della coppia, a partire dalle storie di vita di alcune coppie.
 - Separarsi dal progetto genitoriale biologico e riprogettare, negoziare e condividere un altro progetto generativo di coppia.
 - Analisi delle risorse e dello spazio di adattamento possibile nei confronti di un bambino con una sua storia e una sua appartenenza diverse da quelle immaginate, per aiutare le coppie ad una serena ed autocritica revisione di sé, dei propri limiti e delle proprie risorse, al fine di affrontare con maggiore preparazione e consapevolezza possibile il cammino adottivo.

Il gruppo

Il gruppo si fonda su una comunanza specifica, sono tutte coppie in pre-adozione, per cui si configura come un “gruppo omogeneo” e i partecipanti procedono nel riconoscersi non solo come persone ma come soggetti sociali che condividono un insieme di rappresentazioni. Si tratta infatti di un’omogeneità che aggrega il gruppo sulla base di un ruolo e di una funzione, quella genitoriale, di un vissuto personale simile, l’impossibilità di poter generare figli, ed un obiettivo comune come quello della costituzione di una famiglia attraverso l’adozione di un figlio.

Si caratterizza come un gruppo chiuso, vengono quindi stabilite le coppie che parteciperanno in genere per un massimo di quattro o cinque, che iniziano e concludono il percorso insieme, e non sono previste né nuovi ingressi né sostituzioni.

È un percorso a termine per intrinseca peculiarità del percorso adottivo e prevede dunque un inizio ed una fine stabiliti. La frequenza è settimanale, o al massimo quindicinale, e sequenziale poiché l’incontro di psicodramma va percepito non come un evento episodico, ma come un’esperienza significativa nella coppia. La possibilità di incontrarsi con queste cadenze temporali concede un tempo sufficiente alla sedimentazione ed alla rielaborazione personale delle esperienze vissute in

gruppo, e favorisce il senso di continuità sia emozionale che cognitiva fra gli incontri. Sebbene il numero degli incontri stabiliti non sia abbastanza corposo, per ogni gruppo intrapreso si è comunque tessuta nel breve tempo e nella sua specificità, una storia gruppale. Ogni gruppo ha trovato un suo senso di continuità ed assestamento “storico”. Questo è stato reso possibile dal substrato emotivo che lo caratterizza, ossia il desiderio di essere genitori, il lutto della sterilità, e quindi la possibilità di rispecchiarsi nell’altro, la sensazione di non essere soli. Ciò ha consentito il compattamento del gruppo fin dal suo inizio, rendendo agevole in questo modo il lavoro psicodrammatico. La durata degli incontri è di due ore. Le sessioni di psicodramma sono generalmente caratterizzate da un andamento ad ellissi (P. De Leonardis, 2009), come se ogni incontro fosse un evento compiuto che si apre e si chiude nel tempo della sessione stessa, con una sua fase di apertura, una di sviluppo ed una di chiusura. La durata di due ore permette che siano rispettati i tempi della simmetria e della circolarità, di poter far lavorare le persone individualmente, e concedere uno spazio in cui lavora la coppia, inoltre concede sufficiente tempo da dedicare per il momento integrativo e di chiusura di ogni sessione.

La struttura del percorso

Il percorso formativo/preparatorio è stato strutturato in 9 incontri, idealmente suddivisi in due fasi: la prima che consta di quattro incontri, di cui tre condotti con il metodo dello psicodramma e uno informativo conclusivo, e la seconda di altrettanti tre incontri con il metodo dello psicodramma e due informativi, di cui uno conclusivo del percorso e uno di confronto con le Associazioni per l’Adozione Internazionale, che hanno aderito al progetto di lavoro. La necessità di intervallare gli incontri psicodrammatici con un incontro informativo conclusivo nasce dal riconoscimento della peculiarità del lavoro di gruppo secondo il metodo psicodrammatico, che consente una restituzione al suo interno attraverso la possibilità di poter osservare i propri contenuti interni da diversi punti di vista e nuove prospettive di osservazione, che comunque emergono dal gruppo e dalla peculiarità dei componenti

che lo costituiscono. Essendo la natura del percorso fondamentalmente formativa, si è rilevata la necessità di individuare spazi di trasmissione di conoscenza, scientificamente riconosciuti e operativamente rilevanti, attinenti all'esperienza dell'adozione, che si sono configurati come feedback all'immaginario emerso negli incontri precedenti.

Le fasi del percorso

Il percorso si struttura in due fasi tematiche di seguito indicate.

La prima fase del percorso analizza l' "Oggi" dei componenti del gruppo e del bambino dichiarato adottabile. Gli incontri psicodrammatici si concentrano sull'individuazione e riconoscimento delle risorse e dei limiti già presenti nei partecipanti. Dopo la presentazione di sé, la conoscenza del gruppo e la creazione del clima gruppale, si lavora sul contatto e riconoscimento delle proprie emozioni, in particolare in relazione all'infertilità e alla mancata genitorialità, e delle proprie potenziali caratteristiche genitoriali attraverso l'analisi delle dinamiche relazionali rispetto alla proprie figure genitoriali, poiché lo stile di accudimento della persona tende solitamente ad essere analogo a quello che era proprio della loro figura di attaccamento nelle relazioni con la prole, per cui *"... un bambino che ha ricevuto supporto emotivo dai genitori e che ha fiducia di essi è in grado, da adulto, quando diventerà a sua volta genitore, di leggere le richieste di conforto dei propri piccoli e di attuare il ruolo genitoriale complementare"* (G. Attili, 2001). L'incontro informativo conclusivo analizza l'"oggi" del bambino adottabile, rilevando la peculiarità delle esigenze del bambino istituzionalizzato, che ha vissuto l'abbandono e delle esperienze evolutive contrassegnate da carenze affettive. La conoscenza e il rispetto della sua storia e delle problematiche che il bambino abbandonato incontra nella costruzione di un legame affettivo e soprattutto di un nuovo legame filiale.

La seconda fase analizza il "Domani". Il lavoro psicodrammatico si concentra sul riconoscimento delle coppie del loro immaginario relativo al bambino, a se come coppia genitoriale e al percorso adottivo, aiutandoli a staccarsi con gradualità dai propri ideali attraverso una

serena ed autocritica revisione di sé, dei propri limiti e delle proprie risorse, al fine di affrontare con maggiore preparazione e consapevolezza il cammino adottivo. L'incontro informativo conclusivo analizza le eventuali problematiche nell'integrazione del bambino adottivo nel nuovo tessuto familiare e nel relativo ambiente sociale. Per sostenere il bambino nei cambiamenti radicali a cui può essere sottoposto entrando nella nuova famiglia, che possono configurarsi nel cambiare paese, abitudini climatiche, costumi e addirittura a volte credenze religiose; senza sottovalutare che spesso divengono figli legittimi di genitori con altri tratti somatici.

Conclusioni

Il metodo dello psicodramma si è dimostrato un valido strumento formativo nell'ambito della preparazione all'adozione. La peculiarità dello Psicodramma è quello di favorire nel lavoro di gruppo la creazione di uno spazio emotivo che si presta bene in un lavoro di preparazione di coppie che si troveranno a vivere l'esperienza adottiva, che richiede un profondo coinvolgimento emotivo, per la quale non si può essere preparati solo attraverso sollecitazioni cognitive. Non solo, esso si è rilevato anche un validissimo strumento di valutazione in quanto consente di poter osservare la coppia ed il singolo nelle diverse aree di personalità. Difatti il conduttore, intenzionalmente, guida e stimola una sequenza di accadimenti relazionali attraverso delle consegne, finalizzate ad attivare specifiche funzioni mentali, che consentono all'operatore di poter avere uno sguardo ampio sulla coppia guardandola agire in relazione al gruppo e alla coppia stessa.

La complessità dell'esperienza adottiva e le problematiche che i protagonisti si trovano a dover affrontare, richiede una adeguata preparazione, oltre ad una profonda sensibilità ed un'elevata maturità nell'accogliere e rispettare un bambino adottivo, che verrà sottoposto a un profondo stravolgimento di vita su tutti i piani da quello emotivo a quello culturale. Proprio per la complessità dell'esperienza adottiva, che rappresenta l'incontro tra il dolore pregresso delle due parti, quella degli adulti che devono elaborare il lutto della mancata genitorialità e quella

del bambino che deve elaborare il lutto dell'abbandono, il percorso di preparazione deve essere improntato necessariamente sul lavoro emotivo che solo attraverso l'elaborazione dei propri lutti può consentire un "*buon incontro*" tra coppie che desiderano un figlio ed un bambino che cerca una famiglia.

Bibliografia

- Attili G. (2001), *Ansia da Separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Edizioni Unicopli Milano;
- Baldascini L. (2008), *L'Adozione Consapevole*, Franco Angeli
- Boria G (1979), *Introduzione allo Psicodramma Moreniano*, Quaderni di Psicodramma Classico, Brescia;
- Boria G. (1997), *Lo Psicodramma Classico*, Franco Angeli Milano;
- Boria G. (2005), *Psicoterapia Psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi adulti*, Franco Angeli Milano;
- Boria G., Muzzarelli F. (2009), *Incontri sulla Scena*, Franco Angeli;
- D'Andrea A., (2000) *I tempi dell'attesa. Come vivono l'attesa dell'adozione il bambino, la coppia e gli operatori*, F. Angeli/Self-help, Milano
- De Leonardis P., (1994) *Lo scarto del cavallo. Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, Franco Angeli Editore, Milano;
- Fadiga L. (2003), *L'Adozione*, Il Mulino, Bologna;
- Cavalli S., Aglietti M.C., (2004), *Desiderare un Figlio Adottare un Bambino*, Armando Editore, Roma
- Le Linee Guida Regionali Adozione Nazionale ed Internazionale (delibera n° 1666 del 24/04/2002);

Dall'ottica della complessità alla speranza: Le origini dell'approccio sistemico

di
*Ada Moscarella**

La terapia sistemica nasce negli Stati Uniti, negli anni '50.

E non è un caso.

Da sempre, e più che mai in quegli anni, gli Stati Uniti rappresentano “la terra promessa”, il luogo delle possibilità, la culla di un sogno: *il Sogno Americano*. Non l'Eldorado, ma un luogo in cui è possibile, attraverso il duro lavoro, il coraggio, la determinazione, meritarsi una vita migliore.

Quelli degli anni '50 erano anche giorni in cui negli ospedali psichiatrici, americani ed europei, cresceva esponenzialmente la folla di *perduta gente*, soprattutto a causa dell'enorme numero di post-traumatici provenienti dal fronte (Bertrando, Toffanetti, 2000).

È facile immaginare inciso sugli stipiti degli ingressi dei manicomi l'incipit del Canto III dell'Inferno di Dante, le solenni parole che il sommo poeta legge sulla porta dell'Inferno:

*“Per me si va ne la città dolente,
per me si va ne l'eterno dolore,
per me si va tra la perduta gente.
Giustizia mosse il mio alto fattore:
fecemi la divina podestate,
la somma sapienza e 'l primo amore.
Dinanzi a me non fuor cose create
se non etterne, e io eterno duro.
Lasciate ogne speranza, voi ch'intrate”.*

[Canto III dell'Inferno della Divina Commedia di Dante Alighieri]

*Psicologa, Mediatrice Familiare

Agli inizi del '900 Freud aveva aperto una grande e luminosa finestra sul disagio mentale, salvo imbattersi, poi, in un'amara constatazione: ci sono disturbi per i quali l'analisi è fortemente sconsigliata, finanche controindicata. Persone affette da sintomi psicotici o con dipendenze, attirati dal canto delle sirene o schiavi delle proprie brame, rischiano di dover abbandonare ogni speranza (Freud, 1914).

È difficile ricostruire le origini della terapia sistemico-familiare e non mi affannerò di certo in questa sede. Storie e geografie si intrecciano in maniera quasi indistricabile, ma se dovessi scegliere di tirare un filo che tenga unito il maggior numero di perle, questo sarebbe il filo della delusione.

Psichiatri illusi e delusi dalla scoperta della clorpromazina, il primo neurolettico. I pazienti smettevano finalmente di agitarsi nei reparti. Ma poi? Quelli che uscivano dall'inferno del ricovero e tornavano in famiglia erano clamorosamente gli stessi che andavano incontro più facilmente a ricadute e nuovi ricoveri ancora (Brown, 1959).

Analisti frustrati dalla mole di pazienti con cui dovevano confrontarsi ogni giorno e delusi da una tecnica che nelle istituzioni ospedaliere offriva spiragli limitati.

Lo spirito rampante che pervade l'America di quegli anni impedisce la resa e illumina un altro filo che tiene insieme molti pezzi: un'attitudine pragmatica, fortemente orientata alla ricerca di soluzioni pratiche per i problemi quotidiani dell'esistenza, basata sull'idea che l'uomo nella sua interiorità non è depositario di istinti primordiali da controllare, ma di risorse che è possibile utilizzare (Cushman, 1995).

Nel mezzo della difficoltà si cela l'opportunità, così scriveva Albert Einstein, e i pionieri della terapia sistemica in quegli anni cercavano la loro opportunità anche fuori dall'ambito psichiatrico classico. Anzi, si potrebbe dire che le prime intuizioni sistemiche nascono molto lontano dal tema del disagio psichico.

Esse provengono dalla biologia, dalla fisiologia, dalla matematica, dallo studio dei sistemi di regolazione delle macchine.

Sono le idee di Wallace, un contemporaneo di Darwin (Brand, 1976), sono le equazioni sui sistemi di regolazione delle macchine a vapore di Maxwell (Maxwell, 1873) e poi il concetto di milieu interno introdotto

da Bernard per indicare le condizioni che sono mantenute costanti in ogni organismo vivente e quello di omeostasi, introdotto da Cannon (Cannon 1932), per definire i processi attraverso cui un organismo riesce a conservare la costanza del proprio ambiente interno.

È Ludwig von Bertalanffy, un biologo, il fondatore della **teoria generale dei sistemi**, ossia una teoria generale applicabile in linea di principio a qualsiasi sistema, indipendentemente dai suoi costituenti materiali (Von Bertalanffy, 1969).

Una teoria applicabile, quindi, anche agli essere umani, e che si basa su due principi cardine:

- a) *Il sistema è più della somma delle sue parti* (**Principio di non-sommatività**);
- b) *In un sistema, a partire da identici antecedenti, possono derivare conseguenze diverse e viceversa* (**Principio dell'equifinalità**).

Cambia allora la visione del mondo. Le rassicuranti, ma infine infruttuose, certezze di una causalità lineare si infrangono su una nuova concezione dell'esistenza. Da A non discende più necessariamente B e B non discende più necessariamente da A, tutto ora diventa più complesso, variabili e incognite non hanno più senso nel loro valore assoluto, ma solo nelle loro probabili connessioni (Loriedo, Malagoli Togliatti, Micheli, 1995; Malagoli Togliatti, Telfener, 1983, 1990; Watzlawick, Jackson, Beavin, 1967).

L'ombra sui sopraccitati anni '50 è la Guerra Fredda; l'industria bellica richiede armi sempre più distruttive, efficienti e precise. In quegli anni Wiener sta cercando di mettere a punto un sistema di puntamento per i cannoni antiaerei che sia capace di autocorreggersi. Si trova perciò a studiare il modo in cui i sistemi, viventi e non, naturali o artificiali, possono autoregolarsi. Formalizza allora il concetto di **feedback**: *ogni componente di un sistema cibernetico è contemporaneamente emittente e bersaglio di un'informazione, in quanto dà e riceve sempre un messaggio di ritorno sulla comunicazione emessa o ricevuta* (Wiener 1948, 1951). In questo modo si stabilisce un gioco circolare di informazioni che modifica costantemente gli elementi in interazione. Si tratta di un gioco notevolmente complesso, che può essere compreso solo se all'ele-

mentare logica lineare si sostituisce un'ottica altrettanto complessa: quella della **causalità circolare**, in cui ci sono interazioni costanti che si influenzano reciprocamente ed in cui l'individuazione di una causa originaria, oltre che inutile, diventa per lo più arbitraria.

C'è ora la possibilità di guardare il mondo con occhi nuovi, qual è l'impatto di queste nuove lenti sul modo in cui è possibile affrontare il disagio psichico?

Innanzitutto non è più possibile considerare il comportamento umano, compreso quello psicopatologico, come una monade isolata. Anche la ricerca della causa originaria diventa meno interessante e forse anche meno importante.

L'ottica circolare ci costringe a considerare gli effetti che il comportamento di ciascuno ha sugli altri, le reazioni di questi al comportamento stesso e il contesto all'interno del quale tutto ciò accade. Il comportamento psicopatologico, allora, non va analizzato cercandone di comprenderne la natura, ma va interpretato cercando di analizzare le relazioni tra le parti di un sistema più ampio.

Non più cosa, ma come.

Non più indagini rivolte alla scoperta della causa scatenante sepolta nel passato, ma osservazione attenta dell'interazione, così come essa avviene nel qui ed ora. Cambia il modo di considerare il sintomo e la sua origine: non si tratta più di una caratteristica propria dell'individuo, malato, ma è un messaggio metaforico sui rapporti all'interno del sistema. La materia di interesse non è più soltanto la storia, ma anche la geografia, l'attenzione non è più esclusivamente rivolta alla ricostruzione delle sequenze temporali che hanno preceduto un evento, ma anche al contesto, inteso come il luogo sociale e relazionale in cui il sintomo si manifesta, in cui esso prende forma e assume significato (Bateson, 1972). Attraverso la ricostruzione del contesto si possono evidenziare le valenze relazionali del comportamento sintomatico, esplorarne la funzione nel mantenimento degli equilibri del sistema, recuperarne i significati alla luce delle implicazioni che esso assume nell'ambito della rete di rapporti interpersonali. Chi vive il disagio non è più necessariamente portatore di una struttura defettuale, ma capro espiatorio, paziente designato, amplificatore di un malessere che appartiene a tutto il contesto

che lotta strenuamente per mantenere il proprio status quo, per evitare il cambiamento (Bateson 1972; Watzlawick, Jackson, Beavin, 1967).

La prima, e forse più evidente, naturale conseguenza di tutto ciò è il coinvolgimento delle famiglie nella presa in carico del disagio psichico, per studiarne le ridondanze, le regole, le retroazioni, tutti quegli eventi che permettono al circuito sintomatico di mantenersi. Il sintomo assume allora una funzione adattativa per l'intero sistema.

C'è però una seconda conseguenza. Seppure l'aumentare della complessità abbia allontanato ancor di più la possibilità di una comprensione cristallina e definitiva, essa contemporaneamente apre nuove possibilità di terapia.

La speranza, allora, divampa.

Bibliografia

- Bateson G. (1972), «*Steps to an Ecology of Mind*». Chandler, S. Francisco. Tr. It. «*Verso un'ecologia della mente*». Adelphi, Milano.
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000), «*Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*», Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Brand S. (1976), «*For God's sake, Margaret! Conversation with Gregory Bateson and Margaret Mead*», in *The CoEvolution Quarterly*, estate, pp.32-44.
- Brown G.W. (1959), «*Experience of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group*», in *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 37, pp. 101-131.
- Cannon W. B. (1932), «*Wisdom of the body*», Norton New York.
- Cushman P. (1995), «*Constructing the Self, constructing America. A cultural history of Psychotherapy*». Addison-Wesley Publishing Company, Reading (Mass.).
- Freud S. (1914), «*Introduzione al narcisismo*». In «*Freud Opere*», 7: 441-472. Torino: Boringhieri, 1975.
- Loriedo C., Malagoli Togliatti M., Micheli M., (1995), (a cura di) «*Famiglia: continuità, affetti, trasformazioni*». Milano, Angeli.
- Malagoli Togliatti M., Telfener U. (1983), (a cura di) «*La terapia sistemica*», Roma, Astrolabio.
- Von Bertalanffy L. (1969), «*General System Theory*», Braziller, New York. Tr. It. «*Teoria generale dei sistemi*», Mondadori, Milano, 1983.
- Watzlawick P., Jackson D. D., Beavin J. (1967), «*Pragmatics of human communication*». Norton, New York. Tr. it. «*Pragmatica della comunicazione umana*». Astrolabio, Roma, 1971.
- Wiener N. (1948), «*Cybernetics, or Control and communication in the Animal and the Machine*», Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Mass., 1965, II edizione. Tr. It. «*La cibernetica*». Il Saggiatore, Milano, 1968.
- Wiener N. (1951), «*The Human use of Human beings: Cybernetics and Society*». Houghton Mifflins, Boston. Tr. It. «*Introduzione alla cibernetica*». Boringhieri, Torino, 1961.

L'attività di psicoterapia in ambito ospedaliero

di

Calamaro I., Gallo F.

Premessa

Nelle varie fasi del ciclo vitale di un individuo, i comportamenti, i pensieri e le emozioni, sono influenzate dalle relazioni (pensiamo alla relazione tra madre-bambino, alla triangolazione, alle relazioni con i pari, alle relazioni con l'altro sesso, alle relazioni sentimentali, amicali e lavorative, ma anche alle relazioni con i sogni, i dubbi, le paure, le fantasie).

Parlare di *psicoterapia*, in tutti gli approcci e qualsiasi sia l'ambito in cui è utilizzata, significa, innanzitutto, parlare di relazione, una relazione che cura, una relazione promotrice, soprattutto, di un cambiamento verso il benessere, partendo dall'assunto di base che il comportamento umano è modificabile.

Attraverso la relazione terapeutica si sviluppa "un'esperienza emotiva condivisa" ed un "riapprendimento affettivo-emotivo" in quanto il paziente, in terapia vive una nuova esperienza importante dal punto di vista emotivo, ossia la relazione con il terapeuta, e, attraverso tale relazione può costruire e ricostruire significati e sperimentare nuovamente le emozioni che non è stato capace di vivere liberamente in passato.

1. La psicoterapia per pazienti ambulatoriali: uno spazio dedicato al disagio psicologico

Nel 2011, nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Campania, si è costituita l'A.O.R.N. Ospedali dei Colli, in cui sono confluite: l'A.O. Monaldi, specializzata prevalentemente in patologie di tipo pneumo-cardiovascolare, l'A.O. D. Cotugno, specializzata in patologie infettive e diffuse, ed il Centro Traumatologico Ortopedico, già presidio ospedaliero dell'Asl Napoli 1.

All'interno della neo Azienda è presente l' U.O.S.D. di Psicologia

Clinica mentre in passato presso l'A.O. Cotugno era attiva dal 2003 l'U.O.S. di Psicologia Ospedaliera, collocata all'interno della struttura complessa di Psichiatria di Consultazione ed Epidemiologia Comportamentale.

Le prestazioni dell'U.O.S.D. di Psicologia Clinica presso il presidio Cotugno si articolano prevalentemente in:

- ▶ attività clinica: le principali aree di intervento psicologico sono la psicopatologia e la sofferenza psicologica connessa con la patologia organica (ad esempio pazienti affetti da Hiv, oncologici). L'intervento dello psicologo può essere rivolto a tutti i pazienti in ospedale, sia ricoverati, sia in regime di day-hospital che in trattamento ambulatoriale.

Una parte significativa dell'attività clinica è rivolta ai pazienti affetti da Hiv per i quali viene utilizzato un apposito modello di intervento in cui l'assistenza psicologica è proposta sin dal primo contatto col paziente, che viene accompagnato nella fase diagnostica e in tutto l'iter della malattia.

Un campo specifico d'intervento riguarda il trattamento dei "worried well", ovvero i pazienti ipocondriaci che sebbene abbiano un rischio di infezione basso o nullo, nutrono un'apprensione smisurata nei confronti dell'HIV.

- ▶ attività di formazione: il servizio cura la formazione di laureati in psicologia e specializzandi in psicoterapia che possono svolgere tirocinio presso la struttura; si effettua un'attività di supervisione, aggiornamento professionale, attività seminariali e convegni
- ▶ attività di ricerca: sono state effettuate e altre sono in corso ricerche sulla qualità della vita in pazienti laringectomizzati, sulla percezione del tabagismo come problematica psicologica nella popolazione, sui disturbi neurocognitivi in soggetti Hiv.

Tra le attività dell'UOSD Psicologia Clinica occupa un ruolo significativo la psicoterapia rivolta ad utenti che afferiscono presso la struttura ospedaliera con una richiesta di prestazione ambulatoriale attraverso regolare pagamento del ticket. Si tratta di pazienti che sono stati in passato ricoverati, oppure che sono seguiti con trattamento in D.H.

e che richiedono, per l'assistenza psicologica, colloqui con maggiore continuità, oppure di utenti sino a quel momento esterni alla struttura che sono venute a conoscenza del servizio tramite amici, parenti oppure internet.

Gli interventi ambulatoriali si articolano, sostanzialmente, a tre livelli: interventi di tipo consulenziale, di breve termine, focalizzati sul problema, che possono anche proseguire con una presa in carico più strutturata; trattamenti di psicoterapia individuale, di coppia e familiare ad orientamento sistemico-relazionale, con un massimo di sedici incontri; valutazioni psicodiagnostiche attraverso la somministrazione di questionari psicologici con la stesura di una relazione scritta. Tali attività vengono svolte non di rado in collaborazione con gli psichiatri, laddove è suggerita un'integrazione tra gli interventi strettamente psicologici e quelli farmacologici.

L'obiettivo che l'UOSD di Psicologia Clinica dell'A.O. Ospedali dei Colli si pone non è di sostituire i servizi della salute mentale e/o i consultori, bensì quello di accogliere la domanda di tutti quegli utenti che presentano un disagio psicologico non connotato necessariamente in senso psicopatologico con una sintomatologia grave e sindromi conclamate, ma che vivono un disagio legato alla fase del ciclo vitale che stanno attraversando, con gli eventi normativi e paranormati che la contraddistinguono.

Il contesto istituzionale/ospedaliero, per la sua natura plurispecialistica, viene spesso vissuto dagli utenti come contesto più protettivo e contenitivo rispetto ai servizi di salute mentale (della loro zona di appartenenza) nonostante l'ospedale Cotugno sia stato per lungo tempo oggetto di una forte stigmatizzazione sociale; la psicoterapia ambulatoriale consente di agganciare utenti che potrebbero non arrivare in un contesto privato.

Nell'illustrare le peculiarità dell'attività ambulatoriale svolta dalla nostra squadra, partiremo da quegli elementi che caratterizzano la psicoterapia come percorso in generale mettendo in evidenza, risorse e punti di forza ma anche limiti, criticità e prospettive future.

Per quanto concerne le *modalità di invio*, gli invianti sono nella maggior parte dei casi medici o altri membri del personale ospedalie-

ro, il che è indice del fatto che il servizio viene percepito, in ospedale, come una realtà operante e attiva, e quindi è buona la comunicazione tra i diversi reparti e l'integrazione tra le differenti competenze specialistiche.

Per ciò che riguarda il *setting* ciò che caratterizza la psicoterapia ambulatoriale è la presenza di un Terzo nella diade paziente – terapeuta, ossia l'istituzione con le regole che essa detta. Ciò naturalmente comporta alcune limitazioni spaziali (assenza ad esempio di una sala d'attesa adeguata, privacy non del tutto garantita) e temporali (tempi di attesa talora lunghi che pur essendo un indice di buon funzionamento del servizio, non consentono di accogliere tempestivamente la copiosa domanda dell'utenza, difficoltà di conciliare appuntamenti con esigenze del paziente); il setting è influenzato dal contesto pubblico, il terapeuta viene ridimensionato nella sua potenza di gestire il setting ed il paziente viene ridimensionato nella sua aspettativa attraverso il richiamo al piano di realtà.

I colloqui vengono svolti in stanze rese accoglienti non soltanto dal colore delle pareti ma dalla riduzione di tutti quegli elementi con una forte connotazione medica come armadietti metallici, lettini, apparecchiature mediche.

Singolare e non trascurabile la presenza di un acquario che favorisce un'atmosfera più distesa sollecitando anche spunti di riflessione: così come l'acquario ideale tende a riprodurre l'equilibrio di un ecosistema naturale nello spazio delimitato della vasca, allo stesso modo possiamo immaginare la psicoterapia stessa come un percorso di crescita e di conquista di un proprio sano equilibrio nonostante condizioni di vita a volte non facilitanti; l'idea stessa di un'accurata manutenzione dell'acquario rievoca "l'idea della necessità di prendersi cura della propria vita".

Non di rado nella sala di attesa è possibile ascoltare della musica, a volume moderato, che facilita l'apertura del paziente, il quale si sente libero di raccontarsi senza temere che le sue parole vengano udite al di là della porta da orecchie indiscrete.

Tra gli aspetti da migliorare rientra una maggiore chiarezza della segnaletica esterna in quanto non di rado l'utente ha difficoltà ad orientarsi e raggiungere il servizio.

L'*analisi della domanda* implica uno spostamento di attenzione dai sintomi che il soggetto manifesta alla motivazione che ha indotto il paziente a richiedere un aiuto; quindi si passa dalla storia ufficiale con cui il paziente arriva alla storia ufficiosa costruita a quattro mani attraverso la relazione con il terapeuta (ad es un sintomo organico può mascherare problematiche personali; problematiche del figlio adolescente possono mascherare una crisi di coppia).

Per quanto riguarda la *motivazione* dei pazienti ambulatoriali, oltre al fatto che l'ospedale, in alcuni casi, può essere percepito come una struttura rassicurante, una garanzia di affidabilità e un valido contenimento che favorisce la presa in carico globale dell'individuo nella sua unità mente-corpo, è importante anche la motivazione del terapeuta il quale può "stimolare" la motivazione del paziente ex degente a ritornare successivamente per un percorso terapeutico in virtù di quell'incontro.

A tal proposito, gli interventi hanno un orientamento breve e specifico sulla problematica esposta dal paziente. Non è possibile infatti prolungare il processo terapeutico oltre le sedici sedute ma ciò in realtà si sposa con l'idea di un trattamento specifico e a breve termine focalizzato sulla domanda del paziente e che consenta di prendere in carico la domanda di più utenti rispettando costi e benefici.

L'intera équipe, costituita da un gruppo di oltre dieci professionisti appartenenti alla stessa categoria professionale (psicologi) ma con diverse specializzazioni (orientamento sistemico, psicodinamico, etc), alcuni in qualità di volontari, altri di tirocinanti, si riunisce periodicamente (in genere a cadenza mensile) per discutere casi clinici alla luce dei diversi approcci teorici e metodologici, nell'ottica di un'integrazione finalizzata a preservare ed implementare il benessere dell'utente. In occasione di queste periodiche riunioni vengono condivise proposte, avanzati progetti e promosse ricerche attraverso un'accurata raccolta ed analisi dei dati.

La psicoterapia, con le sue caratteristiche specifiche quali il setting, la motivazione, l'analisi della domanda, la centralità della relazione, rappresenta, nel contesto ambulatoriale, da un lato una vera e propria sfida rispetto ai limiti e alle contingenze dell'ambito istituzionale, dall'altro si prefigura come terreno fertile per sperimentare esperienze

singolari ed innovative che alimentano la crescita sia sul piano teorico che su quello metodologico, consentendo inoltre una presa in carico globale della persona intesa nella sua unità mente/corpo, promuovendone dunque il benessere; pertanto deve possedere più che mai capacità di duttilità, flessibilità e deve saper ritagliare e preservare uno spazio e un tempo adeguato, rispettoso del paziente e della sofferenza che lo accompagna. Lo psicoterapeuta ambulatoriale deve inoltre gestire il continuo rapporto col dentro e col fuori dell'istituzione e con gli altri operatori della salute.

2. Caso Clinico

Di seguito presenteremo un caso clinico come spunto esemplificativo di come la psicoterapia sia il punto da cui è possibile riprendere e recuperare dei percorsi di vita.

I Signori T. rispettivamente di 50 e 48 anni, nati a Napoli ma abitanti in provincia, come spesso accade, arrivano per una problematica scolastica del figlio adolescente ma, in realtà, è evidente sin dai primi incontri che le difficoltà principali riguardino la coppia.

Sono stati necessari un setting flessibile ed una terapia che si adegua al paziente e non viceversa, per concedere loro la possibilità di tirar fuori dalla storia ufficiale (comportamenti problematici del figlio adolescente) quella ufficiosa (crisi di coppia).

Attualmente, infatti, la terapia si configura, a tutti gli effetti, come terapia di una coppia *in stallo* che in una seduta vuole separarsi, nell'altra no. Ed è proprio questa ambivalenza a ricorrere nella storia della formazione della loro coppia.

La storia del loro processo terapeutico si snoda sullo scenario di una patologia psichiatrica importante: il signor F. è affetto da circa vent'anni da un disturbo bipolare con ricorrenti episodi depressivi maggiori. Per tale motivo è in cura e segue pedissequamente protocolli farmacologici. L'inviante, infatti, lo psichiatra che lo ha in cura dai tempi dell'esordio della patologia, sospettando la presenza di problematiche di coppia, ha suggerito a F. di rivolgersi al servizio di Psicologia dell'Ospedale.

Sin da subito emerge la forte motivazione del signor F. a differenza

di quella della signora G. meno strutturata.

La patologia del signor F. si prefigura, a volte, come ospite indesiderato e, altre volte, come ricettacolo di tutte le angosce, le insoddisfazioni e le mancanze della coppia.

Nel corso delle sedute ripercorriamo le tappe di formazione della loro coppia. Il loro sembra un amore tormentato, per certi versi ancora acerbo e con tratti ancora fortemente adolescenziali come quelli del loro figlio.

I primi colloqui hanno visto la partecipazione dei due figli della coppia, rispettivamente di 15 e 10 anni, nell'ottica di accogliere la domanda, con carattere d'urgenza dei genitori, di dare contenimento e sollievo alle loro angosce e paure rispetto ai comportamenti del primogenito. Tali comportamenti che apparivano privi di un significato sono stati, invece, ridefiniti alla luce della fase del ciclo vitale che la famiglia sta attraversando, ossia l'adolescenza.

Le difficoltà che la coppia sta attraversando portano i figli ad assumere un maggiore potere e lede anche alla coesione tra i fratelli, in quanto essi tendono a stabilire alleanze con uno dei due coniugi a scapito dell'altro. Tale situazione emerge anche dalla disposizione spaziale dei soggetti nelle prime sedute che vedono la partecipazione dei figli della coppia, in cui si possono notare due chiari sottosistemi.

Si tratta, inoltre, di una coppia che riflette anche la crisi economica dei nostri tempi con un'inversione dei ruoli convenzionali: il signor F. svolge lavori saltuari e si occupa per lo più delle faccende domestiche, mentre la signora G. manda avanti economicamente la famiglia.

L'obiettivo del nostro intervento è stato non trascurare nessuno dei membri coinvolti agendo su più livelli grazie anche ad una buona comunicazione e cooperazione con le altre figure professionali coinvolte, in primis con lo psichiatra che da anni ha in cura F e che lavora presso il nostro stesso Ospedale.

Attraverso le prime sedute siamo intervenuti a livello familiare, ridefinendo confini e regole, restituendo a genitori e i figli la loro rispettiva funzione.

Il percorso terapeutico è proseguito con un intenso lavoro sulla coppia. Ci siamo concentrati sulle risorse disponibili, riattivando le energie

residue, individuando e valorizzando le aree di autenticità del signor F. e della signora G., in quanto una coppia non può essere soltanto un insieme di funzioni.

Tutto ciò senza perdere di vista l'individuo, in particolare il signor F., il quale si è mostrato, sin dall'inizio del percorso terapeutico, il più motivato.

In particolare, il focus dell'intervento si è costantemente concentrato sul tratto della dipendenza che lo caratterizza e che si manifesta nel contesto lavorativo ed interpersonale compromettendone il raggiungimento di un sano equilibrio psico-fisico; si è lavorato anche sulla consapevolezza della discontinuità del suo Sé e quindi sulla importanza dell'aderenza alle terapie farmacologiche.

Conclusioni

In tale breve articolo abbiamo passato in rassegna buona parte del lavoro che viene svolto dalla nostra squadra quotidianamente, l'attenzione costante ai possibili miglioramenti del servizio a partire dall'organizzazione degli spazi e dei tempi, l'interesse sempre vivo per la ricerca ed il rispetto per i casi clinici in cui ci imbattiamo.

Naturalmente, per motivi di sintesi, abbiamo dovuto presentare un solo Caso clinico e abbiamo scelto quello che a nostro modo di vedere ha toccato livelli di complessità più elevati e ci ha insegnato molto sulla proficuità del lavoro di squadra.

È chiaro che resta ancora molto da fare.

La psicoterapia ambulatoriale, con le peculiarità in precedenza esposte, rappresenta ancor di più una sfida per il professionista che si impegna, dunque, a compensare le numerose lacune strutturali/organizzative con il principale strumento che ha a disposizione, ossia Se stesso.

Bibliografia

- Bateson, G., (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Caluori, M., (2006), *Quando lo psicologo entra in ospedale*, in *Salute e Territorio*, n. 157, Luglio-Agosto, pp. 204 - 209.
- Cappabianca, A., Gallo, F., Vito, A., (2012), *Un servizio di psicologia in un contesto ospedaliero: risorse e criticità*, in *Rivista di Psicologia Clinica*, n. 2;
- Dacomo, F., Canavese, M., Chiola, E., Cordero, M., Croce, D., Favaretto, P. Germano, L., Mascagni, R., (2011), *Uno spazio dedicato alla domanda di aiuto psicologico*, in *Psicologi a Confronto*, anno5, n.1, aprile, pp.73 - 88.
- Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A., (2002), *Dinamiche relazionali e cicli di vita della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Mauriello S., Vito A., Starace F., (2002), *La percezione del contesto negli utenti di un servizio ambulatoriale di psicologia in un ospedale di malattie infettive*, in *"Babele"*, n. 22, settembre-dicembre, pp. 66-68.
- Minuchin, S., (1977), *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio Ubaldini, Roma.
- Nardini, G., Cafaro, L., De Micco, A., Tizzano, L., Viparelli, G., Vito, A., Starace, F., (2005), *Valutazione delle problematiche psichiatriche e degli aspetti psicosociali nelle epatopatie croniche*, in *Psichiatria di Consultazione*, 1, pp. 38-40.
- Saglietti, D., Spano, I. (2002), *La psicologia nei servizi sanitari. I servizi di psicologia. Esperienze cliniche, processi organizzativi, criteri di qualità*, Edizioni Sapere, Torino.
- Vito, A., Lupoli, M., Tizzano, L., (2006), *Esperienze di psicologia ospedaliera in un ospedale di malattie infettive: dal modello teorico alla sperimentazione pratica*, in *Psichiatria di comunità*, vol. V, n. 2, pp. 134-139.
- Vito A., d'Alessandro I. Parrella R., (2012), *"Trattamento antifumo per Hiv+. Un modello di presa in carico globale"*, in *"Tabaccologia"*, pp 25-28 (in stampa).

Dalla conoscenza del territorio al lavoro di rete: l'esperienza dell'ambulatorio "Vulesse"

di

*Manuela Crispino**, *Annarita Anatriello***, *Aurora De Cicco***

Prefazione

L'idea di un ambulatorio di ascolto e di supporto psicologico per famiglie e adolescenti ha le sue radici nelle esigenze rilevate nel corso delle riunioni del GPA (Gruppo Programma Adolescenza) della VI Municipalità di Napoli, composto da operatori di ASL, Comune, Scuola e Terzo settore che ormai da circa otto anni si incontrano, mettendo in comune l'esperienza maturata nel proprio ambito professionale all'interno del territorio per realizzare e coordinare attività rivolte agli adolescenti. La prospettiva del GPA si basa sull'idea condivisa circa la possibilità di creare risorse e dare risposte alle domande d'aiuto poste solo partendo dal lavoro in rete, fondato su un modello multidisciplinare che veda protagonisti il pubblico e il privato sociale e che punti a trasformare gli utenti da fruitori passivi a cittadini consapevoli. Ciò è ancor più vero nel periodo storico attuale nel quale la crisi economica va ad incidere pesantemente su un territorio multiproblematico, già martoriato da profonde condizioni di disagio sociale, culturale e familiare quale quello dei quartieri di Barra, Ponticelli, San Giovanni a Teduccio. Basta considerare quanto emerge dal Profilo di Comunità di queste aree dove sono presenti la più alta concentrazione di bambini e adolescenti, ma anche il più elevato numero di madri adolescenti, di ospedalizzazioni neonatali e di ricorsi all'istituzionalizzazione in casa famiglia, nonché un alto indice di dispersione scolastica oltre che di interventi del Tribunale dei Minorenni per situazioni legate ai reati commessi da minorenni (Profilo di Comunità della VI Municipalità del Comune di Napoli

*psicologo psicoterapeuta

**psicologo

2010-2012, www.comune.napoli.it). A tutto ciò si collega la difficoltà delle Istituzioni di rispondere alle numerose domande di un territorio complesso come quello della VI Municipalità. Da questi presupposti è nato, quindi, lo sportello “Vulesse”, inserito nel progetto di “Presenza in carico psicologica nella VI Municipalità” e proposto dall’Associazione ONLUS S.V.T. che da un ventennio si occupa di disagio familiare e giovanile nel territorio, risultato vincitore del Bando 2011 del CSV Napoli “Il Mosaico della Solidarietà”. Le attività di “Vulesse”, pubblicizzate capillarmente presso le Istituzioni e le Parrocchie, sono state presentate in una conferenza stampa a Palazzo San Giacomo, durante la quale erano presenti l’Assessore alle Politiche Sociali Sergio D’Angelo, la Presidente della VI Municipalità Anna Cozzino e il Presidente dell’Associazione S.V.T. Vincenzo D’Agostino.

Lo sportello si è delineato come uno spazio gratuito di incontro e confronto, in cui è garantito l’anonimato, dove adolescenti e famiglie possono recarsi autonomamente per trovare accoglienza e ascolto da parte di psicologi e psicoterapeuti rispetto alle loro peculiari difficoltà. È uno spazio dedicato ai ragazzi, alle loro difficoltà con il mondo della scuola, della famiglia e del gruppo dei pari. Inoltre, è un contesto di incontro e confronto per le famiglie, per comprendere le problematiche che naturalmente possono sorgere all’interno del nucleo familiare, e per promuovere, sviluppare e sostenere la famiglia in quanto “luogo” fisico e mentale che influisce sulla crescita personale, interpersonale e sociale.

Gli operatori che lavorano allo sportello collaborano con l’Associazione S.V.T. non solo nella prospettiva del lavoro clinico tout court, ma soprattutto condividendo l’ottica del lavoro di rete con i servizi presenti sul territorio. “Vulesse” è, quindi, anche il tentativo di agire sul contesto multiproblematico della Municipalità sostenendo e potenziando l’offerta proposta dai servizi territoriali in maniera sinergica e mai sostitutiva. Non a caso, il progetto prevede la stretta collaborazione con le Istituzioni (ASL, Centri Servizi Sociali, Scuole) sia nella gestione di casi complessi che nel coadiuvare i Servizi nella progettazione e implementazione di eventuali nuove azioni volte alla prevenzione del disagio psicologico intrapsichico, relazionale e sociale in famiglie e adolescenti. “Vulesse”

ha incontrato, inoltre, il favore delle figure istituzionali alle quali è stato proposto, forse perché è considerato come una risorsa costruita a partire dalla conoscenza del territorio e come una risposta ad uno tra i suoi tanti bisogni: uno spazio dove, dopo la diagnosi, fosse possibile prendere in carico le situazioni problematiche e seguirle per un certo tempo. Ciò si evince dalle parole che la Presidente della Municipalità VI Anna Cozzino ha rivolto a “Vulesse” il giorno della conferenza stampa di presentazione a Palazzo San Giacomo (dal video “Progetto “Vulesse”, un aiuto per chi è in difficoltà”, www.comune.napoli.it): *“Il progetto a cui facciamo riferimento parte proprio da un’analisi puntuale del territorio e dal nostro Profilo di Comunità della VI Municipalità. Si evince proprio una Municipalità che presenta notevoli fasce deboli...”* e il progetto agisce, come detto nello stesso giorno dall’Assessore alle Politiche Sociali Sergio D’Angelo: *“... sul fronte più delicato, l’aiuto e il supporto anche psicologico all’infanzia, agli adolescenti...”*.

1. L’opportunità: il bando “Il Mosaico della Solidarietà”

Nell’ottobre 2011 il CSV Napoli pubblicò il bando *“Il Mosaico della Solidarietà”* volto a “rilanciare e rafforzare l’azione del volontariato” come “fondamentale tassello nel mosaico degli interventi di infrastrutturazione sociale” e “protagonista del cambiamento e dell’innovazione sociale” che “fonda le proprie radici nel concetto del ‘prendersi cura’ delle persone, della comunità, dei beni di tutti”. In particolare, l’azione del bando era rivolta alle fasce di popolazione più esposte al rischio di esclusione sociale e alla loro integrazione con l’intenzione di agire su tre aree: sociale, socio-sanitaria e protezione civile, beni comuni/ambiente. Tra le caratteristiche progettuali di cui tenere conto per la partecipazione spiccavano fra le altre l’incidenza concreta del progetto sul territorio e il coinvolgimento di altri soggetti territoriali, l’innovatività e la capacità realizzativa.

Sin da subito, il bando è sembrato sposarsi in pieno con le idee di quello che poi sarebbe diventato il gruppo di “Vulesse”, e che, già da tempo, animavano il GPA della VI Municipalità:

► forte radicamento sul territorio nel quale il Terzo settore si rivela

attore fondamentale che agisce in maniera sinergica mai sostitutiva con le Istituzioni pubbliche, potenziandone l'azione laddove la complessità delle problematiche a fronte della povertà di risorse rende difficile rispondere ai bisogni dell'utenza;

- ▶ attenzione alle esigenze del distretto per la creazione di interventi di concreta utilità che vadano ad agire su nodi nevralgici del tessuto sociale;
- ▶ volontà di essere moltiplicatori di risorse e, quindi, di benessere, prendendosi cura delle singole persone e della comunità in senso più ampio;
- ▶ sostenere le fasce di utenza ad alto rischio di esclusione sociale perché caratterizzate da povertà economica, educativa, relazionale e/o sociale;
- ▶ favorire le buone prassi del lavoro di rete creando modelli d'azione multidisciplinari innovativi che rendano protagonisti il pubblico ed il privato sociale puntando a trasformare gli utenti da fruitori passivi a cittadini consapevoli.

Da questi motivi è nata l'idea dell'Associazione ONLUS S.V.T. di partecipare al bando con il progetto dal titolo "Presenza in carico psicologica nella VI Municipalità", con il coinvolgimento dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Politiche dell'Emigrazione del Comune di Napoli, dei Centri Servizi Sociali VI Municipalità (Barra, San Giovanni a Teduccio, Ponticelli), dell'U.O. SerT DSB 32 ASL NA1 Centro, della Parrocchia Beata Vergine Di Lourdes e S. Bernardette.

Si è deciso di agire nell'ambito del disagio psicologico di adolescenti e famiglie proprio partendo dalla constatazione, nata in seno al GPA VI Municipalità, della necessità di potenziare la capacità di risposta sul territorio rispetto alla domanda di una presenza in carico psicologica di II livello spesso difficile se non impossibile all'interno dei servizi pubblici, oberati dalla numerosissima utenza a fronte di un'endemica povertà di risorse sia strutturali che umane (e soprattutto di tipo psicologico). Tutto ciò tenendo in conto i seguenti obiettivi specifici:

- ▶ favorire la relazione tra associazionismo e il territorio;
- ▶ favorire e promuovere i servizi territoriali messi in atto dagli enti pubblici;

- ▶ promuovere attività di accoglienza ed orientamento per l'utenza;
- ▶ coadiuvare i Servizi nella conduzione di interventi di prevenzione;
- ▶ favorire l'implementazione dei servizi pubblici nell'ottica della complementarità, per potenziare l'offerta di presa in carico psicologica;
- ▶ promuovere la cultura della valutazione e, del monitoraggio dei risultati attesi.

È proprio all'interno di tale progetto, risultato vincitore del bando del CSV Napoli 2011 *“Il Mosaico della Solidarietà”*, che si inserisce l'ambulatorio di ascolto, supporto e presa in carico psicologica per famiglie ed adolescenti *“Vulesse”*.

2. **“Vulesse”**

La presentazione dell'ambulatorio non può che cominciare dalla scelta del suo nome, metafora dei desideri e del sentire dell'équipe: essere promotori di cambiamento, aprirsi all'incontro col territorio per immaginare nuovi percorsi possibili, guardare aldilà della sua *“multiproblematicità”* per riconoscerne la vitalità e le risorse. Cercare una rappresentazione per tutto questo è stato un po' come scegliere il nome per un figlio attraverso il quale i genitori pongono un fondamento alla sua identità, ma fanno anche un augurio per un prosperoso futuro. Come spesso succede, nonostante lunghe discussioni, la scelta è avvenuta all'improvviso, ascoltando la canzone di un famoso gruppo napoletano in auto, e ha messo tutti subito d'accordo: *“Vulesse”* e, continua la canzone, *“essere ‘a chiave p'arapi' tutte ‘e ccancelle”*. *“Vulesse”* ad indicare la volontà propositiva dell'équipe, ma anche quella degli altri operatori del territorio e degli utenti che avremmo incontrato ognuno con i suoi desideri, le sue speranze e le sue richieste per poter migliorare le condizioni di vita. Ovviamente, oltre al nome, era necessario che l'ambulatorio avesse una *“casa”*. Dopo non pochi raffronti e una serie di passaggi burocratici, con il sostegno della Municipalità VI, si è scelto di collocarlo presso il Centro Comunale *“Asterix”*, sito a San Giovanni a Teduccio. Così, *“Vulesse”* ha trovato il suo posto e ha cominciato

a crescere come spazio psicologico di incontro e confronto, utilizzato dagli utenti sia spontaneamente che su proposta delle Istituzioni della Municipalità, i quali si sono recati in sede oppure hanno contattato il numero di telefono o l'indirizzo e-mail creati ad hoc. L'ambulatorio è stato aperto dal 15 novembre 2013 (giorno della sua inaugurazione) di martedì e di giovedì dalle 11:30 alle 17:30.

Come già detto, inoltre, un aspetto fondamentale è che “Vulesse” è stato inteso come supporto e potenziamento sinergico delle attività poste in essere dalle Istituzioni del territorio. Tale sinergia è stata curata mediante contatti costanti con le équipe dei C.S.S. sia telematici, via telefono e internet, che con incontri periodici con le psicologhe dell'Ambulatorio. Da questo punto di vista, una particolare attenzione va posta anche al ruolo svolto dalle due dirigenti psicologhe dell'U.O. SerT DSB 32 ASL NA1 Centro che, nell'ottica del lavoro di rete e della vera integrazione fra Istituzioni pubbliche, private e territorio, hanno sostenuto l'ambulatorio con presenza costante, fornendo il loro supporto professionale volontario mediante la supervisione per la gestione delle situazioni portate dagli utenti, ma anche facendo da sprone quando la stanchezza emotiva e fisica per la complessità del lavoro ne metteva a dura prova gli operatori.

‘Capire’ è stata la richiesta di Maria, una giovane donna arrivata allo sportello su invio dell'istituto scolastico del territorio da lei frequentato.¹ Al primo incontro di accoglienza, successivo ad un contatto telefonico, lei ha raccontato timidamente la sua storia, una storia di ricordi sfumati di bambina alle soglie dell'adolescenza, segnata da un'esperienza ‘particolare’... Maria ha poi riempito lo spazio clinico di giovedì in giovedì intenta a dire di sé, mostrandosi gradualmente più consapevole per un percorso di conoscenza personale. Ha esplicitato a piena voce il suo ‘vorrei’, al di là della preoccupazione degli insegnanti scolastici orientati a sostenerla nel passaggio all'ultimo anno del liceo, i quali si sono rivelati validi per la concretizzazione di un'idea presente

¹ Nell'articolo sono state inserite brevi vignette cliniche esemplificative di alcuni aspetti ritenuti caratteristici dell'ambulatorio “Vulesse”. La scelta dei nomi è casuale e alcune vicende sono state modificate per preservare la privacy degli utenti.

in Maria già da tempo circa un trattamento di natura psicologica. Molteplici e profondi i quesiti da lei riportati, comunicazioni manifeste di probabili meccanismi latenti legati alla difficoltà di affidarsi all'Altro, inseriti in una narrazione che ha incluso diversi personaggi: la madre, una donna capace di non vedere il 'visibile' pur di salvaguardare un equilibrio familiare precario, descritta come esigente nelle pretese verso la figlia; il padre, un uomo senza un'occupazione lavorativa stabile, ritratto come periferico rispetto all'intero nucleo. Maria si è ritrovata, nel corso degli anni, a immergersi in storie sentimentali fallimentari, riproposizioni di antiche ferite, e in amicizie importanti, pur di non guardarsi 'dentro', fino agli incontri dello sportello. E' nella stanza di presa in carico che si sono ripresentati gli stessi fantasmi, le medesime dinamiche, le quali hanno trovato parola nell'obiettivo esplicito di ricercarne un possibile significato. Dopo alcuni colloqui, nonostante l'esperienza di accoglienza e di sostegno, e l'iniziale motivazione dichiarata circa la possibilità di comprendere eventi di un passato remoto, che seppure lontano, hanno iniziato a materializzarsi nell'attuale presente, Maria ha deciso di sospendere gli appuntamenti in concomitanza della chiusura estiva del centro, lasciando quel 'vullesse' in forma condizionale...

A sostegno della domanda di aiuto, Maria, come le altre persone che si sono rivolte allo sportello, ha espresso un'aspettativa in molteplici forme, che appunto la parola *vullesse* tende ad abbracciare. In dialetto napoletano, corrispondente a *vorrei* in lingua italiana (prima persona singolare del modo condizionale del tempo presente del verbo volere, irregolare, transitivo) *vullesse* racchiude la speranza, la motivazione, il desiderio, il bisogno: il 'già nell'ancora no' di fronte al quale ci siamo ritrovate come psicologhe nell'ambito dell'ambulatorio, con il compito di modificare il condizionale in possibilità attraverso il delicato lavoro di codifica e di traduzione delle aspettative (spesso ideali!) in obiettivi tangibili. Un passaggio complesso (nel senso etimologico del termine che significa 'tessuto insieme', implicando dunque l'intreccio di numerosi elementi) che necessita di tempi e di spazi in quella metodologia di analisi della domanda, su cui ci siamo orientate per cogliere il vissuto

degli utenti e trasformare le loro richieste in realtà concrete.

3. Tra utenza e committenza

L'utenza di "Vulesse" si può distinguere in due macro-categorie: coloro che sono stati inviati dai Servizi Sociali territoriali, da altri Enti o Associazioni, o dal Tribunale (ordinario e per i Minorenni), e coloro che si sono rivolti all'ambulatorio per iniziativa spontanea (dove è stato il diretto interessato a chiedere consulenza, telefonando o presentandosi direttamente al centro).

Dall'analisi dei dati, risulta evidente che la maggior parte degli utenti appartengono alla categoria di coloro che sono stati invitati dai C.S.S. Gli invii da parte dei servizi sono stati gestiti mediante una scheda di segnalazione che ha permesso di raccogliere i dati essenziali dell'utenza, e, inoltre, ha consentito agli operatori di "Vulesse" di organizzare le richieste e agli operatori invianti di comunicare in maniera trasparente con lo sportello. La scheda di segnalazione ha altresì consentito all'equipe di psicologi di individuare rapidamente le criticità dell'intervento richiesto, dimostrandosi così essenziale ai fini della definizione del progetto terapeutico. Valutata la possibilità di intraprendere un intervento terapeutico, nel caso di invio da parte dei C.S.S., è stato chiesto all'assistente sociale di riferimento di contattare l'utenza ed invitarla ad un colloquio esplorativo presso l'ambulatorio. Nel caso di richiesta spontanea, invece, l'utenza è stata invitata direttamente ad un primo colloquio, teso ad individuare la domanda.

In entrambi i casi, ciò che ha caratterizzato il colloquio psicologico è stato il *contesto* in cui esso si è svolto. "Nel contesto sono compresi non solo il *setting spaziale e temporale*, ma anche gli *attori*, reali e fantastici, che in esso operano, la *committenza* (la famiglia, la scuola, l'istituzione lavorativa, l'équipe medica, il tribunale, l'utente stesso o più spesso una parte del suo mondo interno), la *motivazione (intrinseca* quando è il soggetto ad essere interessato all'incontro e alla conoscenza di sé, o *estrinseca*, quando la valutazione è richiesta allo psicologo da un committente esterno), e *le aspettative e le fantasie* sul ruolo dello psicologo. Se non si tiene conto del contesto e dell'invio, che influenza

la relazione sia sul versante dello psicologo che su quello dell'utente, si corre il rischio della *collusione*, cioè di una complicità che esclude dall'incontro molti aspetti relazionali inconsci e induce i due protagonisti a interagire -come se- fossero, ad esempio, un confessore e il penitente, un maestro e il suo allievo, un padre o una madre onnipotente e/o giudicante e il figlio a lui/lei sottomesso, un medico onnisciente e il paziente che a lui s'affida totalmente" (Carli, 1995, pag. 169). Il nostro primo compito in qualità di psicologhe (soprattutto nei casi in cui si è interagito con i Servizi e nei casi di invio coatto da parte del Tribunale, che prevedono una relazione valutativa del percorso) è stato quindi quello di svolgere primariamente un'attenta analisi della domanda, che consiste nell'introduzione della riflessione sul contesto nei suoi aspetti relazionali, così come esso è interpretato dagli attori, per favorire la sospensione dell'agito collusivo e la paura del giudizio; "essa permette di analizzare le emozioni evocate dal contesto, emozioni -genuine- e non simbolizzazioni affettive, e di instaurare una relazione, che richiede competenze profonde e articolate per essere trattata e per essere utilizzata allo scopo di realizzare obiettivi condivisi" (Carli, 1995, p. 173). In altre parole, l'analisi della domanda consiste nel porsi nei confronti dell'utente chiedendosi: "Esiste una chiara e precisa domanda di aiuto? Da chi e come è stata formulata? Chi e che cosa c'è dietro la domanda di aiuto? Cosa ha spinto proprio in questo momento a formulare la domanda di aiuto? Cosa ci si aspetta dallo psicologo? Come ci si pone davanti a lui? Quali ansie e quali speranze sono attivate dall'incontro? Il consultante è in grado di responsabilizzarsi in proprio? Quale ruolo tende ad attribuire al consulente? Esistono tentativi per indurre lo psicologo a colludere coi bisogni regressivi dell'utente?" (Carli, 1995, pag. 173). Un'analisi della domanda correttamente eseguita serve, tra l'altro, a capire e a far capire se esistano motivazioni sufficienti a giustificare un intervento di carattere psicologico, in modo da evitare spreco di energie e di risorse sia da parte dello psicologo che dell'utente; consente anche di considerare le diverse e possibili strategie di intervento da mettere in atto, di orientare cioè il progetto di intervento del clinico, ad esempio nella scelta degli interlocutori con cui intraprendere i colloqui preliminari in grado di evidenziare le motivazioni profonde del ricorso

alla consulenza psicologica.

Una volta definita la domanda di intervento, quindi, tenendo conto anche dell'invio e della richiesta dell'inviante, si è definito in équipe il progetto terapeutico, che è stato discusso con il paziente e, nel caso di invio da parte C.S.S., con l'assistente sociale di riferimento.

Un'attenta analisi della domanda è stata essenziale nel caso dei coniugi Esposito, inviati all'ambulatorio dai Servizi Sociali e dal Tribunale dei Minori per un sostegno genitoriale dovuto all'inadempienza scolastica del figlio dodicenne.

I coniugi Esposito iniziano a Gennaio 2012 un percorso di sostegno genitoriale, a cui sono stati obbligati dal Tribunale dei Minori. Nei primi incontri pur presentandosi con puntualità, manifestano sentimenti di aggressività e risentimento nei confronti delle diverse Istituzioni, compresa la psicologa dell'ambulatorio che viene associata alle diverse figure incontrate nel loro percorso (giudice, avvocato ed assistente sociale). Tale aggressività riportata nelle prime sedute, si traduce in un forte disinvestimento da parte dei genitori, i quali si definiscono incapaci di gestire il figlio dodicenne e la sua inadempienza scolastica, per la quale stanno affrontando quello che loro definiscono "calvario".

Nei primi colloqui viene contestata continuamente la frequenza agli incontri e non si riesce ad andare oltre le continue lamentele sulle inadempienze vere e presunte dei servizi. Nei primi tre appuntamenti si instaura un clima in cui i genitori, resi ipersensibili dalla loro esperienza di giudizio, tendono ad avvertirla anche quando non c'è. Si stabilisce un clima tale in cui i genitori contengono e nascondono i propri vissuti, favorendo i non detti e la collusione tra psicologa ed assistente sociale, committente.

Dal quarto incontro, abbandonando temporaneamente la domanda istituzionale che richiede, lavorando sui genitori, un rapido reinserimento scolastico del ragazzo, evitando pertanto soluzioni più estreme come l'allontanamento dell'adolescente da casa, si riesce a dare ascolto realmente alla rabbia della coppia. Si può riconoscere che le manifestazioni di aggressività e di evitamento nella relazione si originano da profonde sofferenze e sensi di colpa, dovuti alla difficoltà dei genitori

ad accettare che il proprio figlio adolescente oltre a non frequentare la scuola rifiuta qualsiasi contatto con l'esterno.

Questi genitori esprimono la percezione di non aver alcun potere sulla vita non solo del loro figlio minore, che sentono essere in balia delle decisioni del giudice e delle assistenti sociali, ma neppure rispetto ai figli adulti verso i quali sentono di non avere nessuna autorità. Tutto ciò si manifesta con continui litigi nella coppia, discussioni che nascono soprattutto in merito alla diversa modalità con cui i due genitori mettono a tacere i sensi di colpa che alimentano la loro percezione di inadeguatezza. Riconoscere il loro disagio porta la coppia dapprima chiusa in un guscio protettivo, ad aprirsi nel corso degli incontri, facendo emergere una motivazione profonda a intraprendere una terapia.

Riconoscere e accogliere il disagio dei genitori mediante un'accurata analisi della domanda, evitando le collusioni, è stato il primo passo per recuperare la fiducia nella relazione e potere quindi, partire con un progetto condiviso da tutti gli attori, comprese le Istituzioni.

4. Consenso Informato, Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Cartella Clinica

Nel corso delle prime fasi di contatto con "Vulesse", tutti gli utenti giunti all'ambulatorio sono stati informati in maniera chiara ed esaustiva rispetto alle caratteristiche del progetto, alle prestazioni psicologiche offerte, ai loro obiettivi, alla loro durata e alla loro gratuità, all'obbligo di riservatezza relativo ai colloqui (fatte salve, ovviamente, le informazioni strettamente necessarie alla collaborazione in rete con le Istituzioni in caso di utenti inviati). Ciascun utente, inoltre, una volta presa visione dell'informativa sulla riservatezza delle informazioni personali fornite (art. 13 D.Lgs. 196/2003), è stato invitato ad esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali. I moduli relativi a tali consensi sono stati costruiti ad hoc per l'ambulatorio e, per quanto riguarda i minori, ovviamente, sono stati firmati dai genitori previamente invitati al primo incontro.

Gli operatori di "Vulesse" si sono impegnati a dedicare uno spazio

a tali procedure nell'ottica non solo di assolvere ad un mero obbligo di legge a tutela dell'utenza, ma soprattutto di aiutare quest'ultima, molte volte inconsapevole rispetto a cosa si intenda per intervento psicologico al di là del senso comune, ad orientarsi e poter iniziare il percorso dei colloqui scegliendo attivamente di partecipare con le idee il più possibile chiare. In tal senso, esprimere il consenso diviene non più seccante burocrazia, ma un tassello fondamentale nelle fasi iniziali dell'intervento psicologico dell'analisi della domanda (Carli, Paniccia, 2003) e di costruzione della relazione con gli utenti, sia maggiorenni che minorenni, con particolare attenzione agli aspetti empatici, motivazionali e di contrattazione degli obiettivi.

Giunge all'ambulatorio la scheda di segnalazione dei C.S.S. relativa a G., una giovane adolescente con problemi di condotta scolastica. Dalla scheda e dal successivo incontro con l'assistente sociale emerge che quest'ultima e la preside della scuola hanno pensato di inviare la ragazza a "Vulesse" perché le sue difficoltà scolastiche sembrano una reazione alle dolorose vicende familiari vissute dalla giovane. Valutata la situazione in équipe, la psicologa convoca per il primo colloquio di accettazione G. e i suoi genitori facendo presente la necessità della loro partecipazione per esprimere il consenso informato. Al colloquio si presentano G. e la madre poiché il padre, seppur informato dell'appuntamento, è impegnato al lavoro. Entrambe, si accomodano spaesate e l'incontro ha inizio col racconto da parte della madre di come sono arrivate all'ambulatorio tramite la scuola e i CSS mentre G. rimane in silenzio osservando con i suoi grandi occhi un po' tristi ciò che accade. Due aspetti sembrano evidenti: l'aspettativa della madre che lo psicologo sia una sorta di taumaturgo che può "aggiustare la figlia facendola calmare" e la silenziosa diffidenza di G., ancora una volta al centro dell'attenzione per "i suoi problemi e il suo nervosismo". In questo clima, la psicologa illustra gli stampati relativi al consenso informato e per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Con l'andare avanti della lettura dei moduli, quasi magicamente, anche l'atteggiamento delle utenti cambia. La madre di G. comprende che "il taumaturgo" non ha una ricetta per la figlia e, inizialmente,

sembra delusa. Poi però si mostra sollevata e inizia a raccontare della famiglia speranzosa per la proposta dello spazio psicologico come un'opportunità per sua figlia di essere ascoltata e supportata, condividendo difficoltà, pensieri, emozioni, obiettivi. G, invece, rimane un po' titubante come se si chiedesse se sarà realmente ascoltata, se troverà accoglienza, se può fidarsi. La psicologa cerca di coinvolgerla e non ha successo ma una frase sembra far cambiare G. che si dice disposta ai successivi incontri: "lo psicologo è tenuto alla riservatezza". Gli incontri successivi con G. saranno una continua sfida con questa adolescente tanto dolce quanto dura e indisciplinata come il difficile contesto della VI Municipalità insegna; una sfida fatta di avvicinamenti ed allontanamenti, di condivisione di musica e di dolori profondi come voragini, di dichiarazioni di spavalda autosufficienza e inconfessabili pianti; dove il setting ha necessariamente confini flessibili, che pongono a dura prova le convinzioni della psicologa su ciò che "dovrebbe essere" ma aiutano entrambe a crescere creando nuove possibilità di incontro. Cosa ha consentito che G. accettasse di venire al colloquio successivo cominciando a fidarsi? Cosa ha rotto il muro del silenzio? Ci sembra che un ruolo fondamentale stavolta l'abbia avuto proprio il consenso. Nelle parole di G: "Io poi con gli altri non parlo.. perché poi lo dicono a tutti quanti!"

Oltre al consenso informato e al consenso al trattamento dei dati personali, al momento dell'accesso, gli utenti hanno fornito anche le informazioni necessarie al completamento della cartella clinica creata dall'équipe di "Vulesse". Quest'ultima contiene i dati personali (nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo, stato civile, livello di istruzione, attività lavorativa, telefono); le informazioni relative a contatti avvenuti precedentemente, nel settore pubblico o privato, per prestazioni di tipo psicologico, psichiatrico, neurologico, di counselling; l'eventuale inviante; uno spazio dedicato alla descrizione della domanda iniziale e uno per una breve anamnesi; la tipologia di utente (individuo, coppia, famiglia, genitore per figlio); lo spazio per il "diario di bordo" dei colloqui man mano effettuati. La cartella è stata pensata per essere uno strumento semplice, essenziale e maneggevole a disposizione degli

operatori per avere una “carta di identità” del percorso di ciascun utente, utile a ricavare velocemente sia le principali informazioni personali che quelle relative alle tematiche trattate di volta in volta nel corso dei colloqui. Ciò, come previsto, si è rivelato molto utile sia in ambito clinico, per tenere il polso di quanto trattato incontro dopo incontro e per avere un quadro più chiaro al momento della stesura delle relazioni psicologiche necessarie, sia, data la natura progettuale di “Vulesse”, nell’ambito della valutazione e del monitoraggio in itinere delle attività dell’ambulatorio. A tale aspetto, come già accennato nei precedenti paragrafi, si è dato rilievo in sede progettuale, inserendolo negli obiettivi specifici prefissati, proprio nella convinzione, condivisa dall’*équipe*, dell’importanza di valutare di volta in volta l’azione effettuata per poterne rinforzare ulteriormente gli aspetti positivi e correggere il tiro in caso di necessità, in modo da poter arrivare a costruire modelli d’azione multidisciplinari innovativi che portino ad interventi di concreta utilità e che vadano ad agire realmente su nodi nevralgici del tessuto sociale portando frutto.

5. I Dati

Spesso un elaborato si caratterizza per una presentazione di dati statistici al fine di fornire un’immagine estemporanea di uno specifico processo, il cui sviluppo può snodarsi in una dimensione temporale contraddistinta da un prima, un durante, un dopo. Costruire e disporre visivamente una rappresentazione dell’ambulatorio “Vulesse”, dalle sue origini ad oggi (mese di luglio 2013), ha costituito uno step aggiuntivo da attuare non solo (e forse non tanto) per approfondire quantitativamente l’idea progettuale che ha ispirato la metodologia adottata, ma anche (e soprattutto) per dare voce, seppure in assetto numerico, agli utenti che hanno attraversato gli spazi a disposizione: ognuno - maschio o femmina, adulto o adolescente, individuo o nucleo familiare - ha partecipato attivamente a quanto illustrato di seguito...ognuno con il proprio disagio in forma ‘psi’ alla ricerca di una diversa ed altra opportunità.

Gli spazi, anzitutto. San Giovanni a Teduccio, Barra, Ponticelli, al-

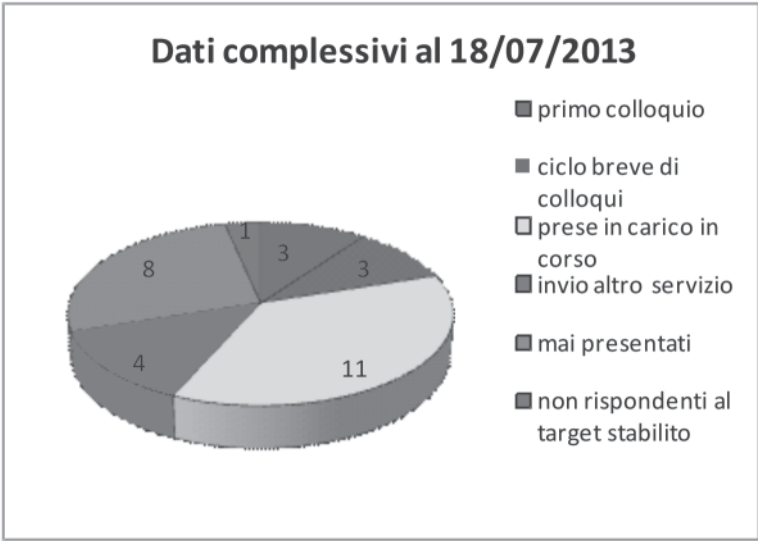
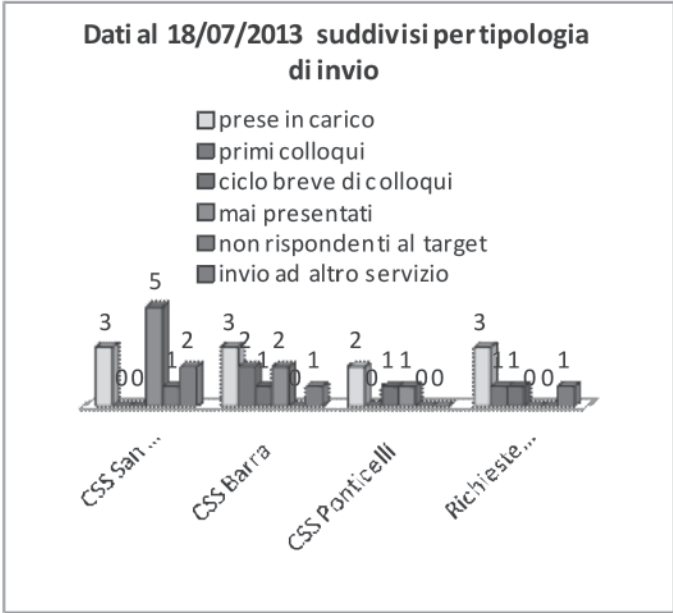
cuni tra i quartieri della zona orientale della città di Napoli, hanno costituito il bacino dell'utenza afferente allo sportello, che ha accolto le richieste di prestazioni psicologiche pervenute in proporzioni divergenti. I numeri su cui è possibile iniziare a focalizzare l'attenzione riguardano la relazione tra il caso segnalato e il quartiere di provenienza: rispettivamente **11 - 9 - 4** sono stati i casi giunti all'ambulatorio su committenza delle Istituzioni (i Servizi Sociali e gli istituti di istruzione pubblica del territorio).

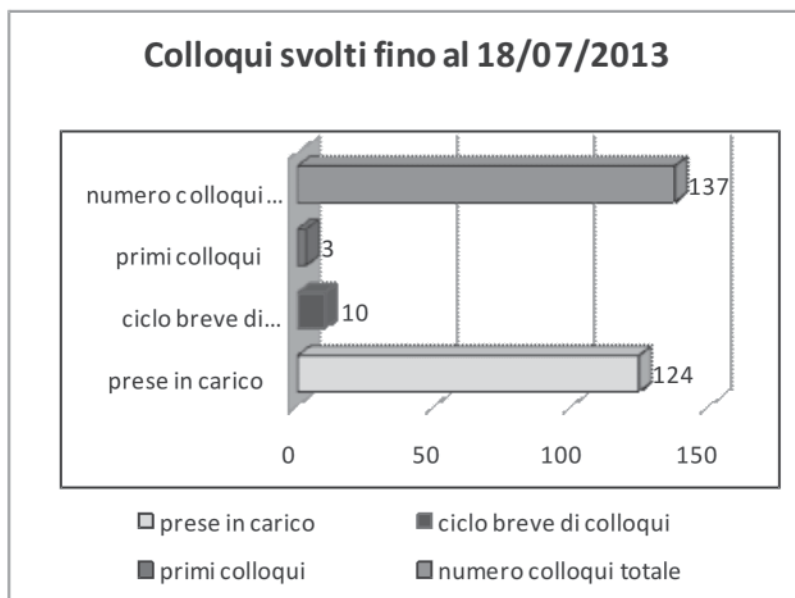
Dall'invio in poi. Come già detto, i C.S.S. della VI Municipalità hanno rappresentato il principale vertice inviante di un lavoro sinergico di rete attraverso segnalazioni varie e molteplici, le quali sono state effettuate tramite il supporto di una scheda appositamente preposta, ricevuta per posta elettronica o di persona nell'ambito degli incontri che hanno coinvolto gli assistenti sociali dei Servizi Sociali e gli psicologi del progetto. A partire da tale strumento tecnico conoscitivo, le situazioni indicate sono state oggetto di una prima valutazione congiunta in équipe, al fine di contribuire all'individuazione e all'implementazione di interventi psicologici specifici per ciascun caso. Le attività offerte dallo sportello "Vulesse" sono state suddivise in primo colloquio - ciclo breve di colloqui - presa in carico. Ritornando alle quantificazioni generiche per Municipalità e specifiche per quartiere, si può notare che gli incontri singoli, rivolti all'ascolto e all'orientamento della domanda, sono stati **2** (afferenti al quartiere di Barra), mentre sono state realizzate **2** consulenze formate da più colloqui (da un numero di tre ad un numero di quattro), centrate sull'analisi e sul sostegno delle difficoltà emerse (**1** per Barra - **1** per Ponticelli), laddove **8** sono state le prese in carico finalizzate ad un lavoro di sostegno più complesso e approfondito (**3** per San Giovanni a Teduccio - **3** per Barra - **2** per Ponticelli). Tra le segnalazioni ricevute, c'è da sottolineare la presenza di casi in cui la prestazione psicologica è stata contraddistinta da una decodifica della domanda di aiuto, seguita da un accompagnamento ad un servizio preciso. Alcune situazioni, infatti, sono state ulteriormente inviate in spazi particolarmente adeguati per accogliere i bisogni specifici degli individui, risultati nella scheda tecnica oppure in sede di primo colloquio o ancora nella richiesta telefonica. Sono stati così attivamente im-

plicati attori nuovi afferenti ai seguenti servizi: Dipartimento di Salute Mentale - Servizio per le Tossicodipendenze - U.O. Età Evolutiva, per un numero complessivo di **4** invii (**2** per il quartiere di San Giovanni a Teduccio - **1** per il quartiere di Barra - **1** tra le richieste spontanee, come riportato nel prossimo sottoparagrafo). Altre segnalazioni (**8**) non hanno avuto seguito poiché gli utenti non si sono mai presentati al centro, nonostante l'invio istituzionale e gli appuntamenti stabiliti; tra questi, **5** per San Giovanni a Teduccio - **2** per Barra - **1** per Ponticelli. Infine, **1** caso non è stato accettato per incompatibilità della domanda (relativa ad un incontro protetto tra minore e genitore non affidatario), non rispondente dunque al target dell'ambulatorio.

La richiesta spontanea, inoltre. Contemporaneamente ad una presa in carico di casi indicati dai Servizi Sociali, lo sportello ha intercettato istanze in cui si è rilevata una convergenza tra committenza ed invio, giunte da cittadini i quali hanno avanzato autonomamente una domanda di aiuto, diventando così portatori consapevoli di un disagio e fruitori del servizio al di là di un invio operato dall'esterno. È possibile suddividere le **6** richieste globalmente pervenute in interventi diversificabili in **1** primo colloquio - **1** ciclo breve di incontri - **3** prese in carico - **1** invio ad altro servizio.

I dati, in sintesi. A conclusione della breve presentazione in termini numerici dell'ambulatorio "Vulesse" circa gli spazi (i quartieri della VI Municipalità), l'invio e le prestazioni attuate, si può proporre una rappresentazione concreta di quanto è stato realizzato dalla sua apertura ad oggi, in riferimento ai dati raccolti fino al mese di luglio 2013. Specificamente, i grafici (classificabili in istogrammi e torte) indicano una rielaborazione riassuntiva relativa all'andamento complessivo dello sportello. Quest'ultima può essere, infine, presentata in forma descrittiva: **30** è stato il numero complessivo di richieste, con **17** casi dove è stato effettuato almeno un colloquio, di cui **3** interventi di primo colloquio - 3 cicli brevi di colloqui - 11 prese in carico, con una media generale di **8.05** sedute. Adulti, adolescenti, famiglie, unici nella loro soggettività, hanno aderito ad un nuovo servizio per il territorio ed in esso radicato, attraverso una domanda di aiuto implicita/esplicita tale da realizzare un totale di **137** incontri nell'ambito prestazioni di natura psicologica.





Conclusioni

Alla fine dei primi mesi di attività di “Vulesse” sono molteplici le riflessioni suscitate da un cammino ricco, fatto di numerosi passaggi, contesti, storie e composto da attori diversi che a vario titolo hanno partecipato, contribuendo più o meno consapevolmente alle complesse dinamiche generate dal loro incontro.

In primo luogo, ci sembra utile considerare il percorso di invio da parte delle Istituzioni del territorio che, visti gli accessi all’ambulatorio, ha funzionato positivamente. A tal proposito, il lavoro di rete in sinergia tra pubblico e privato proposto da “Vulesse” si è mostrato una strategia vincente, consentendo all’utenza, una volta valutata l’utilità da parte dei servizi, di accedere rapidamente al centro, saltando i passaggi burocratici in favore di una maggiore flessibilità resa possibile dal contatto diretto fra gli operatori del pubblico e l’équipe di “Vulesse”. Oltre che dalla velocità e dalla flessibilità dell’accesso, raggiunte mediante l’evi-

tamento della burocratizzazione orientato alla cooperazione fra persone e ruoli differenti, l'incontro con l'utenza pare essere stato facilitato dalla capacità di accoglienza dell'ambulatorio all'interno del contesto più informale e "colorato" del Centro "Asterix", lontano da un setting medicalizzato, possibile fonte di diffidenza, timore, ansia, rigidità, specialmente per utenti il più delle volte già provenienti da situazioni di forte multiproblematicità, avulsi dalla cultura psicologica e/o non pervenuti spontaneamente. L'accoglienza e l'attenzione alla persona nella sua unicità e complessità si sono delineate quali punti di forza di "Vulesse", focus costante dell'interesse dell'équipe, impegnata a lavorare per creare nuove possibilità di incontro piuttosto che per "valutare", per favorire processi piuttosto che per fornire soluzioni, per costruire relazioni, opportunità ed esperienze condivise piuttosto che "curare".

A riguardo, una citazione particolare meritano i casi giunti tramite i C.S.S. su istanza del Tribunale dei Minorenni; anche in queste situazioni, l'attenzione è stata rivolta alle persone mantenendo lo *spirito terapeutico* (Cirillo, 2005) seppure in un contesto in cui si è reso necessario valutare e relazionare al giudice. Il lavoro per il Tribunale è stato un altro punto di forza di "Vulesse": incontrando gli utenti (minori e/o nuclei familiari) da esso inviati e relazionando in merito, infatti, l'équipe dell'ambulatorio ha fornito il supporto specialistico che, oltre ad essere un diritto degli inviati, è un aspetto necessario al lavoro dei C.S.S. e dei giudici, tale da ricoprire un'altra pressante esigenza del territorio di fronte alla quale spesso non è possibile trovare risposta per la mancanza di spazi adeguati.

L'attenzione alle esigenze della Municipalità è stata, come già detto, un altro asse portante del lavoro di "Vulesse" sin dalle primissime fasi della sua ideazione; il numero di accessi non solo inviati ma anche spontanei ha confermato il presupposto di partenza dell'intero progetto: il "bisogno di psicologia" del territorio e, soprattutto, di una presa in carico di II livello più strutturata e più duratura, in grado di andare oltre le prime fasi valutative e volte a delineare l'intervento psicologico. In un simile contesto, il profondo disagio economico, educativo, relazionale, sociale non porta all'impossibilità di concentrarsi sulla dimensione psicologica, anzi ne rende ancora più profonda l'esigenza. Si

tratta di uscire dall'immaginario collettivo della stanza di terapia con le sue regole fatte di tecniche, tempi e spazi ben definiti. Queste ultime rimangono chiaramente a fondamento dell'azione dello psicologo/psicoterapeuta, ma cedono il passo di fronte all'esigenza di entrare in relazione con un'utenza con bisogni "non tradizionali", che pone gli operatori davanti alla necessità di immaginare nuovi percorsi creativi e flessibili. "Vulesse" ha accolto questa sfida lavorando con successo sul portare fuori il bisogno di psicologia del territorio, per poterlo rendere evidente e prendersene cura, oltre che sulla sempre crescente diffusione della cultura psicologica.

Certo, c'è ancora da fare: il numero di utenti inviati dai C.S.S. ma non pervenuti all'ambulatorio fa pensare alla necessità di lavorare ancora più a fondo cooperando con le Istituzioni per creare nuovi *ponti relazionali* (Baldascini, 2002), costruire solide fondamenta alla presa in carico sin dai primi indispensabili passi di un incontro positivo con l'utenza: l'invio e l'analisi della domanda (Carli, Paniccia, 2005). Emerge in tal senso l'importanza di potenziare ancora il lavoro di rete con i servizi territoriali, ponendo particolare attenzione a due aspetti. In primo luogo, le particolari dinamiche emotive suscitate nell'utenza dall'invio (basti pensare alla paura di essere valutati, giudicati, di essere considerati "pazzi", ecc.) che vanno a colludere con le emozioni degli operatori inviati (sensazione di essere oberati, di essere delegati, di essere impotenti, di essere rifiutati o non rispettati, ecc.). In secondo luogo, la necessità di intensificare ulteriormente i rapporti tra gli operatori istituzionali e gli operatori di "Vulesse", individuando spazi periodici di incontro ad hoc più strutturati volti al confronto, nell'ottica di costruire intenti e linee di intervento sempre più condivisi che possano affinare "l'azione unitaria di équipe" moltiplicando idee e risorse. Sulla stessa scia, un ulteriore obiettivo da portare avanti nel prossimo futuro è l'intensificazione e la complessificazione della rete territoriale con il potenziamento di altri numerosi nodi fondamentali mediante un'azione pubblicitaria ancora più capillare. In particolare, ci sembra importante il coinvolgimento più incisivo delle numerose parrocchie presenti sul territorio della VI Municipalità, a contatto diretto con la popolazione, principali rilevatrici delle sue problematiche e dei suoi bisogni, ma an-

che delle sue risorse da mettere a fattore comune.

A conclusione di questo primo periodo di vita di “Vulesse”, vorremmo sottolineare che il lavoro portato avanti in questi mesi è stato una sfida, oltre che professionale, personale, che ha tirato in ballo emozioni e risonanze, spingendo l'équipe di operatori a compiere la fatica di crescere sempre più attraverso la relazione con l'utenza e con le diverse Istituzioni coinvolte. Dei progressi conseguiti e dei risultati ottenuti in questo gioco “non a somma zero” in cui si vince e si perde insieme, non ringrazieremo mai abbastanza i nostri compagni di viaggio!

Bibliografia e sitografia

- Baldascini L. (2002), *“Legami terapeutici. Il terapeuta della famiglia nella psicoterapia individuale-sistemica”*, Ed. Franco Angeli
- Carli R. (1995), *“Psicoanalisi della collusione e conoscenza clinica”*, in Lombardo G.P. e Malagoli Togliatti M. (a cura di) *“Epistemologia in psicologia clinica”*, Ed. Bollati Boringhieri, pp. 153-175
- Carli R., Paniccia R.M. (2003), *“Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica”*, Ed. Il Mulino
- Carli R., Paniccia R.M. (2005), *“Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica”*, Ed. Il Mulino
- Cirillo S. (2005), *“Cattivi genitori”*, Raffaello Cortina Editore
- Pennella A.R. (2008), *“L'interazione clinica. Dall'oggetto alla tecnica di intervento”*, Ed. Franco Angeli
- Profilo di Comunità della VI Municipalità del Comune di Napoli 2010-2012, <http://www.comune.napoli.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/5278>
- Progetto “Vulesse”, un aiuto per chi è in difficoltà, <http://www.comune.napoli.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/19768>

Un progetto per contrastare il fenomeno del Drop-out ed il disagio psicosociale di minori a rischio

di
*Stefania Prevete**

Presentazione del progetto

L'intervento di Educativa Territoriale è un progetto che, con i soci della Cooperativa Sociale Onlus "Le Ali della Vita" e grazie al Dirigente Scolastico Prof. Michelangelo Riemma, rivolgiamo ai minori in condizioni di disagio presso l'Istituto Comprensivo Statale Aldo Moro di Casalnuovo di Napoli, da circa tre anni. L'intervento nasce come proposta di azione concreta, per contrastare le difficoltà e gli esiti negativi sullo sviluppo emotivo/relazionale e sulle capacità di apprendimento, che possono conseguire alle situazioni di disagio economico, culturale e sociale, in cui i minori e le famiglie del Territorio spesso si ritrovano. La nostra azione, prevedendo un supporto concreto e globale nell'educazione dei ragazzi, si è dimostrata strumento utile a contrastare il disagio sociale e l'abbandono scolastico precoce in quanto basato sul coinvolgimento attivo, da parte nel minore, in tutte le azioni lui rivolte.

Analisi del fenomeno

Crescendo i bambini affrontano diverse momenti di cambiamento che forniscono le basi per lo sviluppo dell'intelligenza, della morale, della salute emotiva e delle abilità scolastiche (Brazelton, Greenspan). Nello stesso modo la famiglia è un'unità dinamica soggetta a cambiamenti continui (Togliatti, Lavadera). Tali cambiamenti possono, talvol-

* Psicologo. Specializzando in Psicoterapia Cognitiva. Resp.le Sportello Ascolto Psicologico Cooperativa Sociale Onlus Le Ali della Vita L.A.V.
stefania.prevete@hotmail.it 3200213532

ta, dare origine a forme di disagio che spesso sono la causa di comportamenti problematici dei minori quali devianza ed abbandono scolastico precoce.

Il “Drop-out” è il termine inglese utilizzato per indicare la fuoriuscita dei ragazzi da un percorso educativo/ formativo senza avere acquisito una certificazione formale (titolo scolastico/formativo o professionale) e che quindi mostrano conseguenti problemi di adattamento e di immissione in una nuova attività scolastica, lavorativa, sociale. Morrow distingue 5 tipi di drop out:

1. “pushout”: allievi indesiderabili che la scuola cerca attivamente di allontanare;
2. “disaffiliated”: studenti che non provano “attaccamento” per la scuola;
3. “educational mortalities”: studenti che non riescono a completare il ciclo di studi;
4. “capable drop-out”: studenti che hanno capacità adeguate ai programmi scolastici, ma non riescono ad adeguarsi alle richieste della scuola;
5. “stop out” gli studenti che lasciano la scuola e ne stanno fuori per un breve periodo di tempo dopo il quale rientrano.

Si parla inoltre anche di “in school drop out” riferendosi a quei ragazzi che sono fisicamente a scuola ma che sono disimpegnati nel proseguire gli studi (Liverta Sempio, E. Gonfalonieri, G. Scaratti, 1999).

La dispersione scolastica è un fenomeno complesso, non riconducibile a interpretazioni univoche di causa-effetto; è necessaria una visione integrata dei vari fattori che correlano tra loro. Variabili che concorrono e favoriscono lo sviluppo della dispersione scolastica sono: la condizione socio-culturale della famiglia; l’irregolarità della carriera scolastica; le dinamiche soggettive dello studente (emarginazione, demotivazione, bassa autostima); la difficoltà relazionali all’interno del gruppo; la demotivazione e lo scarso interesse alla vita scolastica da parte del soggetto e degli amici più stretti (Carbonaro, Workman, 2013). Tali elementi agiscono insieme portando il minore ad allontanarsi dalla scuola e dunque a non provare interesse per l’apprendimento di competenze

essenziali alla formazione scolastica e personale. Il drop out spesso è la prima tappa di un lungo processo di marginalizzazione sociale, per cui diventa alto il rischio di disagio psicosociale che minaccia la crescita ed il benessere di tali minori.

Destinatari

Il Progetto è rivolto ai minori e alle famiglie che presentano situazioni di disagio, scarsa socializzazione, assenza di riferimenti positivi, uso confuso e disorientato del tempo libero, relazioni conflittuali, deprivazione culturale, difficoltà affettivo-relazionali e scolastiche, grave marginalità sociale ed economica. Soggetti per i quali si rende necessario un accompagnamento quotidiano nel percorso di vita (famiglia, scuola, lavoro, gruppo dei pari, tempo libero), al fine di prevenire forme di disagio psicosociale e marginalizzazione. L'intervento si configura infatti come un'azione educativa e/o preventiva rivolta ad evitare ulteriore disadattamento, sofferenza, isolamento e drop out.

Obiettivi

L'obiettivo prioritario consiste nel garantire il massimo sostegno al minore in difficoltà, intervenendo sul suo disagio con un approccio relazionale globale, compiendo un lavoro preventivo rispetto al rischio di disadattamento, creando le condizioni per il cambiamento e il miglioramento dei rapporti e delle relazioni individuo/ambiente e viceversa. Per queste ragioni il Progetto si inserisce nella rete delle risorse territoriali, operando con particolare attenzione nei luoghi di vita dei ragazzi in cui si evidenziano i problemi e dove devono essere attivate le risorse per il loro superamento (famiglia, gruppo dei pari, scuola, tempo libero). L'aspetto principale del progetto consiste nel rendere il minore parte attiva nello svolgimento dello stesso consentendogli di scegliere le attività a cui partecipare. In questo modo il ragazzo sente di poter gestire il proprio tempo con maggiore autonomia e, nello stesso tempo, gli operatori hanno maggiore probabilità di raggiungere un forte legame emotivo. Questo legame guida il minore non solo nello svolgimento delle

attività ma soprattutto nell'acquisizione della consapevolezza di quanto importante risulti essere un buon percorso educativo/formativo.

Le funzioni essenziali e gli obiettivi possono allora riassumersi schematicamente nel modo seguente:

- sostenere il minore nei momenti di difficoltà, fornendogli strumenti per fronteggiarle aiutandolo quindi a scoprire le proprie potenzialità, riconoscere i propri bisogni, acquisire capacità di azione in autonomia e maggiore consapevolezza delle proprie risorse e limiti;
- valorizzare e potenziare le dinamiche relazionali del minore all'interno della famiglia, della scuola e del tempo libero,
- sostenere la famiglia in difficoltà educativa, mettendola in condizioni di recuperare i propri ruoli e di operare in autonomia;
- costruire una rete di legami tra nucleo familiare ed ambientale esterno (quartiere, parrocchia, scuola ed altri servizi);
- promuovere le capacità progettuali e di risoluzione di problemi del minore e della famiglia
- sensibilizzare e contrastare il fenomeno dell'abbandono scolastico precoce

Metologia e articolazione progettuale

L'intervento si attua attraverso la creazione di progetti educativi individualizzati (PEI), laboratori socio-educativi, consulenze psicologiche e sostegno alla genitorialità per consentire la riflessione sulle proprie condizioni e favorire, al minore e alla propria famiglia, momenti di cambiamento.

Ogni presa in carico è preceduta da un'analisi del contesto familiare e scolastico del minore coinvolto, tale analisi consiste in un confronto diretto con il ragazzo, i genitori (o chi ne fa le veci) ed i suoi insegnanti. Lo sportello ascolto, l'accompagnamento scolastico e i laboratori costituiscono lo strumento per mantenere i rapporti con la famiglia e coinvolgere anche le istituzioni educative nell'iter evolutivo del minore.

Piano di attuazione previsto per il raggiungimento degli obiettivi:

- Attivazione di uno Sportello Ascolto per l'individuazione dei mi-

norì a rischio, scambi preliminari di informazioni tra i vari ordini di scuola, allo scopo di raccogliere i dati utili alla stesura del Progetto Educativo Personalizzato di ogni alunno; incontri con le famiglie; raccolta delle problematiche e delle richieste da parte degli insegnanti e dei genitori; sostegno alla famiglia nella costruzione di una rete di legami con l'ambiente circostante; orientamento ai servizi sociali e socio-sanitari operanti sul territorio; incontri preliminari con il minore preso in carico;

- ▶ Stesura P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato) ad opera di una équipe multidisciplinare composta da psicologi, assistenti sociali, educatori professionali ed animatori sociali, formulato a partire dall'analisi dei bisogni del minore e delle risorse e limiti presenti;
- ▶ Realizzazione di attività educative-formative (supporto scolastico pomeridiano e corsi, etc.);
- ▶ Avvio di attività ludico-ricreative e spazi di incontro e socializzazione (ludoteca, campo estivo, etc.);
- ▶ Eventuali interventi di consulenza psicologica e sostegno alla genitorialità;
- ▶ Colloqui semestrali per la valutazione dell'andamento delle attività e del raggiungimento degli obiettivi prefissati nel PEI;

L'équipe inoltre cura l'eventuale contatto, soprattutto iniziale, con i servizi territoriali coinvolti (servizi socio-sanitari, servizi scolastici, tribunale dei minori, ecc.) che avranno pertanto fondamentali momenti di incontro e confronto su quanto attuare nell'interesse del minore.

Indicatori e verifica dei risultati

Parametri qualitativi e quantitativi di controllo e verifica dei risultati sono i seguenti indicatori:

- a. accrescimento e miglioramento delle competenze individuali e miglioramento della qualità della vita;
- b. riduzione dei fenomeni di marginalità, dispersione scolastica e devianza, ed incremento delle occasioni d'integrazione sociale per i minori;

- c. calcolo delle frequenze scolastiche
- d. verifica dell'andamento scolastico.

Il processo di controllo è attuato periodicamente attraverso:

- colloqui individuali con i minori, le famiglie e gli insegnanti,
- compilazioni di questionari pre e post intervento,
- verifica delle frequenze scolastiche e della partecipazioni alle attività indicate nel PEI
- esito andamento anno scolastico (promozione/bocciatura) mediante colloqui con gli insegnanti e la registrazione della votazione conseguita.

Risultati

I risultati fino ad oggi raggiunti sono a favore di una riduzione dei fenomeni di marginalità, devianza e dispersione scolastica e, contestualmente, un miglioramento della qualità di vita dei minori e della famiglia di provenienza. I ragazzi coinvolti nel progetto portano a termine gli studi ed apprezzano gli interventi loro proposti. L'azione progettuale è considerata uno strumento utile anche dai genitori, che gradiscono, in modo particolare, la globalità dell'aiuto proposto nella gestione educativa dei propri figli, come rivelano i questionari somministrati al termine dell'intervento progettuale. Anche gli insegnanti e l'Istituto Scolastico ritengono utile l'intervento, confermandone in Consiglio d'Istituto, la continuità nel tempo. Infine, particolarmente importante è stato l'interesse da parte del Comune di Casalnuovo di Napoli, che ha sostenuto il nostro piano progettuale per l'ultima annualità (anno scolastico 2012/2013).

In conclusione il progetto può essere considerato un valido supporto educativo, per genitori ed insegnanti, utile a fronteggiare il fenomeno dell'abbandono scolastico precoce e, contestualmente, a prevenire situazioni di disagio psicosociale e di devianza. Dunque di grande importanza il risultato raggiunto in questi anni; il progressivo avvicinarsi alle attività proposte ha favorito, infatti, un sempre maggiore coinvolgimento emotivo, da parte dei minori a rischio. La partecipazione attiva

al progetto educativo individualizzato loro proposto è particolarmente importante per determinare un decremento del fenomeno drop out ed un calo del disagio psicosociale. Interessante sarebbe estendere il progetto ad un numero maggiore di ragazzi e ad altri contesti scolastici, al fine di verificare se gli esiti finora raggiunti possano essere confermati ulteriormente.

Bibliografia

- Brazelton, Greenspan, *I bisogni irrinunciabili dei bambini*, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Carbonaro W, Workman J. *Dropping out of high school: Effects of close and distant friendships*. Sep;42(5):1254-68. Social Science Research, 2013.
- Liverta Sempio, E. Gonfalonieri, G. Scaratti, *L'abbandono scolastico aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, 1999.
- Miller, *Teorie dello sviluppo psicologico*, Il Mulino, 2011.
- Morrow G., "Standardizing practice in the analysis of school drop-outs" in: Natriello G. (a cura di) *School Dropouts. Patterns and Policies*, Teachers College Press, New York 1986.
- Togliatti, Lavadera. *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*, Il Mulino, 2002.

Anoressia e alessitimia: relazione e fattori patogenetici comuni

di

*Filomena Speranza**

Abstract

L'anoressia è un disturbo del comportamento alimentare determinato dall'incapacità a riconoscere correttamente l'immagine del proprio corpo, per cui la paziente, in origine sana e ben sviluppata, si sforza di raggiungere un peso corporeo che sia ai limiti dell'emaciazione.

Lo scopo del seguente articolo consiste nell'individuare i fattori concorrenti alla genesi del disturbo, a partire dalla difficoltà, estremamente diffusa tra le pazienti, di contattare le emozioni e di discriminare la dimensione fisica da quella socio - affettiva.

Dopo una breve digressione sull'alessitimia, patologia caratterizzata dall'incapacità di sentire e dar voce agli stati interni, sono indicati gli aspetti clinici e sintomatologici dell'anoressia mentale, con particolare riferimento ad alcune teorie sullo sviluppo emotivo realizzate da studiosi specializzati: attraverso la ricostruzione della storia clinica delle pazienti, si cerca di esaminare la supposta relazione tra anoressia e alessitimia e di isolare i fattori che, nell'anoressia, potrebbero aver loro interdetto l'accesso alla consapevolezza di sé e la formazione di un'armoniosa *gestalt* psico-fisica.

Infine, sulla scorta di indagini cliniche svolte da importanti Autori, sono formulate alcune proposte d'intervento che si ritiene siano indicate nel trattamento dell'anoressia e del corredo psicopatologico associato all'alessitimia.

* Psicologa

1. Introduzione all'alessitimia

1.1 Emozioni e sviluppo affettivo

L'alessitimia è stata definita come "l'assenza di parole per le emozioni" (Sifneos, 1973): essa consiste nell'incapacità a riconoscere gli affetti, conferirvi significato e ad esprimerli verbalmente.

In mancanza di parole, l'affetto si manifesta attraverso l'azione o i processi di attivazione fisiologica che lo accompagnano.

Ad esempio, la paura che insorge alla vista di un pericolo genera, in prima istanza, due risposte: una di tipo somatico, che include sintomi vegetativi (tachicardia, tremore o sudorazione), l'altra di tipo motorio, che prepara l'individuo al comportamento difensivo.

Il neonato, quando è turbato dalla fame o dall'assenza del genitore, reagisce con movimenti scoordinati di scarico (Fenichel, 1945): piange e gesticola per liberarsi da una tensione insopportabile e, infine, per ricevere l'attenzione dell'ambiente. Non comprende il senso del suo malessere, né è in grado di spiegarlo ad altri: così, non saprà esprimerlo se non grazie alle urla e ai movimenti concitati.

I due esempi riportano un particolare aspetto dell'esperienza emotiva, ossia il complesso di alterazioni **organiche** e **comportamentali** generate da uno stato di eccitazione.

L'angoscia provocata dalla minaccia si traduce in risposte che investono le funzioni vegetative, quelle sensorie e, infine, il livello motorio - espressivo: esse rinviano ad uno stadio dello sviluppo affettivo precedente la comparsa del **linguaggio**. Prevalgono in alcune reazioni emotive dell'adulto e, in generale, nel comportamento infantile.

L'emozione consiste in un fenomeno arcaico e biologicamente determinato: nel corso dello sviluppo, essa evolve dall'impianto biologico e si collega a processi mentali superiori, acquisendo, altresì, una configurazione *psichica*.

Questo processo è determinato dall'attivazione delle funzioni cognitive, dallo sviluppo linguistico e, in senso lato, dall'influenza che deriva dall'ambiente culturale (Taylor, 2005).

L'individuo, nel tempo, impara a riconoscere gli affetti e ad utiliz-

zarli come sistema di informazione sugli stati interni propri ed altrui: infine, la *parola* diviene il canale comunicativo d'elezione, sostituendo o modulando l'agito e la risposta corporea.

1.2 Origini storiche del costrutto

Esistono circostanze in cui, nell'adulto, l'emozione conserva uno stretto legame con l'azione: ciò può verificarsi, come nel primo esempio, in situazioni che richiedono una risposta adattativa immediata.

Vi sono speciali condizioni cliniche, quali i disturbi psicosomatici, in cui il paziente vive le emozioni come sensazioni somatiche scarsamente differenziate: un disagio affettivo o una situazione di distress possono perturbare la salute fisica di tali individui. Le affezioni psicosomatiche più comuni sono i disturbi addominali, le patologie cutanee o perfino malattie tissutali (Taylor, 1987).

In alcuni casi, come accade nelle tossicomanie o nei comportamenti aggressivi, le emozioni intense possono tradursi in azioni impulsive: tra queste, l'abuso di sostanze stupefacenti, alcuni disturbi alimentari (compulsive eating) e l'attuazione di condotte violente.

A partire dagli anni '40 del Novecento, diversi studiosi (Ruesch, 1948; MacLean, 1949; Marty, De M'Uzan, 1963; Horney, 1952; Kelman, 1952; Nemiah, Sifneos, 1970) avevano osservato, in pazienti in età adulta, *“persistente difficoltà nell'identificazione e nella descrizione delle emozioni, incapacità a distinguere gli stati psichici coinvolti nell'arousal emotivo, stile cognitivo orientato verso la realtà e conformismo sociale”* (Porcelli, 2004, p.1). I soggetti esaminati erano affetti, soprattutto, da disturbi psicosomatici, sindromi post-traumatiche e presentavano un'elevata tendenza agli acting out.

L'emozione, non pervenendo a forme superiori di elaborazione (Bucci, 1997), si manifesta attraverso l'azione o il sintomo fisico: a causa della grave *“inabilità emozionale”* (Solano, 2007), l'individuo può, inoltre, apparire freddo, poco empatico e concentrato sugli aspetti pragmatici della realtà (Marty e De M'Uzan, 1963).

Nel 1973, Sifneos aveva raggruppato tale fenomenologia in una specifica categoria morbosa, da lui definita **allessitimia**: il termine in-

dica la “mancanza di parole per le emozioni” (dal greco: *a* = alfa privativo, *lèxis* = parola, *tymos* = emozione).

Nel corso degli anni, essa è stata indagata in relazione con numerosi disturbi psichiatrici, delineando un quadro clinico complesso e multifforme: secondo recenti ricerche, condotte su ampie fasce di popolazione, le malattie generalmente associate all'alessitimia sono i disturbi psicosomatici (Nakao e coll., 2002; Jones e coll., 2004; Mattila e coll., 2008), i quadri borderline e depressivo (Saarijarvi e coll., 2001; Duddu e coll., 2003; Friedman e coll., 2003; Modestin e coll., 2004, Suslow, 2002) e i disturbi alimentari (Onnis, 1988).

1.3 Sulla genesi del disturbo: la Teoria del Codice Multiplo

Il paziente alessitimico, come riportato dalla letteratura, ricorre a modalità arcaiche di espressione emotiva.

Wilma Bucci (1997), che ha elaborato uno dei più significativi contributi allo studio dell'alessitimia, ha ipotizzato, all'origine del disturbo, una basilare disconnessione tra diversi modelli di elaborazione degli affetti.

Secondo la *Teoria del Codice Multiplo* (Bucci, 1997), le emozioni si sviluppano, durante l'infanzia, in una forma non verbale, che include processi **subsimbolici** (percezioni viscerali, sensoriali e cinestetiche) ed elementi **simbolici**, definiti come l'insieme di contenuti e immagini mentali che, pur essendo presenti nella coscienza, non possono essere verbalizzati (un volto, un suono, un'immagine...).

Durante lo sviluppo linguistico, le componenti verbali sono incorporate negli schemi emotivi: il sistema **simbolico-verbale** che viene a costituirsi permette all'individuo di sentire, riconoscere e comunicare gli stati interni.

I rispettivi sistemi, non verbale e verbale, sono legati da **connessioni referenziali**: grazie all'attività referenziale, gli stati di eccitazione emotiva e i contenuti simbolici non verbali sono tradotti in affetti *denominabili*.

Seguendo il modello proposto dalla Bucci, l'alessitimia potrebbe essere causata da una dissociazione tra i pattern sensomotori dell'espressione emozionale e le parole, intese come “*rappresentazioni*”

simboliche di oggetti di cui si fa esperienza a livello subsimbolico” (Caretti, La Barbera, Mangiapane 2005, p. 42).

Quella parte dell’emozione che non ha accesso all’espressione linguistica, si esprime attraverso il corpo e la motilità.

Infine, l’Autrice colloca l’origine del disturbo in una fase arcaica dello sviluppo affettivo, ossia quella che risale alla **relazione primaria madre – bambino**: questa, secondo Taylor (1987), forma un sistema interattivo che organizza e **regola** la fisiologia del neonato, spostandosi, nel tempo, verso un livello psicologico di maggiore organizzazione (ibidem).

1.4 L’alessitimia come disturbo della regolazione

La **regolazione** è una complessa funzione deputata al controllo e alla modulazione degli stati fisiologici ed emotivi.

I processi di regolazione si fondano sull’interazione tra i diversi domini coinvolti nella risposta emotiva (neurofisiologico, comportamentale-espressivo, cognitivo-esperenziale), sicché l’attivazione di uno dei sistemi influenza il funzionamento degli altri due.

In linea con la definizione proposta, l’alessitimia può essere considerata come un disturbo della regolazione in cui i livelli fisiologico e comportamentale dell’affetto sono scarsamente o affatto modulati dal dominio simbolico - cognitivo (Taylor e Bagby, 1997).

Le interpretazioni sulla genesi della regolazione si ordinano secondo diverse linee d’indagine.

La prima si ispira alla teoria di Jean Piaget (1968, 1981) sullo sviluppo cognitivo: la funzione regolativa deriva dalla progressiva differenziazione della dimensione corporea da quella psichica, attraverso la quale il bambino impara a distinguere i segnali provenienti da diversi canali (fisico, affettivo, sociale...).

I più significativi seguaci della teoria piagetiana sono stati Lane e Schwarz (1987). Essi avevano individuato cinque fasi di sviluppo:

1. sensomotorio riflesso: l’emozione è percepita unicamente a livello corporeo e può essere comunicata attraverso la mimica facciale;
2. sensomotorio attivo: alla componente organica dell’emozione si accompagna la spinta all’azione;

3. preoperatorio: l'emozione è vissuta in forma ancora primitiva, ma emerge una prima integrazione tra il vissuto corporeo e quello affettivo;
4. operatorio concreto: il bambino acquisisce una parziale consapevolezza degli stati emozionali e impara a descriverli a parole;
5. operatorio formale: il soggetto opera un'adeguata distinzione dei suoi affetti e li utilizza nella lettura ed interpretazione di quelli altrui.

Gli esponenti della Scuola Indipendente Britannica (Winnicott, 1953, 1960; Bion, 1962, 1977) hanno riconosciuto il ruolo della relazione diadica nello sviluppo regolativo - affettivo.

Durante i primi mesi di vita del bambino, la madre funge da regolatore esterno degli stati fisiologici ed emotivi di questo: la sua funzione consiste nel riconoscere i bisogni del figlio e rispondervi adeguatamente, così da avviarlo verso una primitiva consapevolezza degli stati interiori.

Mediante l'interazione con la madre, costituita da manipolazioni, gesti e da cure fisiche e psichiche, il bambino inizia a discriminare gli stimoli corporei da quelli psichici, appropriandosi, progressivamente, della funzione regolativa appresa dal genitore.

Nel tempo, il bambino impara a contenere gli affetti negativi, intensi e prolungati, bilanciandoli con affetti di tono positivo e utilizza il supporto sociale come fonte di regolazione interpersonale.

Laddove la madre sia incapace di *rispecchiare* (Winnicott, 1953, 1960) e *contenere* (Bion, 1962, 1977) gli stati emozionali del bambino, l'accesso alla consapevolezza affettiva rischia di essere parzialmente interdetto: il soggetto percepisce gli affetti con modalità esperienziali rigide e dicotomizzate (Porcelli, 2004), sviluppando, in casi gravi, il corredo sintomatologico tipico dell'alessitimia.

2. Sull'anoressia mentale

2.1 Il problema "anoressico"

L'anoressia è considerata come uno dei più diffusi e complessi disturbi dell'alimentazione.

La parola *anoressia* indica la perdita parziale o totale dell'appetito: nel caso dell'anoressia *mentale*, il sintomo rinvia a problematiche di natura affettiva.

La caratteristica precipua del disturbo non è la mancanza di appetito, ma è la ricerca ostinata di un'eccessiva magrezza: i pazienti si sottopongono a rigide restrizioni alimentari e, perfino in condizioni di inedia, conservano il regime che si sono imposti.

La sfera emotiva influisce drammaticamente sul rapporto che il paziente ha con la fisicità e sul funzionamento globale dell'organismo: come riportato da Hilde Bruch (1978), pioniera degli studi sui disturbi alimentari, l'anoressia mentale si caratterizza per un grave disturbo nella percezione dello schema corporeo e nella cognizione degli stimoli provenienti dall'organismo.

La paziente può, infatti, apparire iperattiva, malgrado l'esaurimento energetico; predilige posture disagiate come se il corpo non ne soffre e arriva a negare la sensazione di fame perfino dopo settimane di parziale o assoluto digiuno.

Il disturbo dell'immagine corporea può assumere proporzioni deliranti, per cui un soggetto gravemente emaciato continua a sentirsi "troppo in carne".

Altra caratteristica che rafforza, nell'anoressica, la tenacia a limitare l'assunzione di cibo, è il "*terrore di abbandonarsi ai propri istinti orali ed essere travolti dall'impulso incontrollato a mangiare*" (Galimberti, 1997 p.68).

Alcuni studi hanno riportato una significativa correlazione tra ansietà e anoressia (Schmidt e coll., 1993; Laquatra e coll., 1994; Beales e Dolton, 2000; La Marra e coll., 2009), così come tra livelli di anoressia misurati in giovani donne e la difficoltà a comunicare le emozioni dei relativi contesti familiari (Onnis, 1988).

L'esame della storia clinica del disturbo, ricostruita attraverso i lavori sperimentali di insigni autori (Bruch, 1978; Palazzoli Selvini, 1968), può aiutare a chiarire la natura di tale relazione.

2.2 Anoressia e sviluppo psico - fisico

Hilde Bruch (2008) ha rilevato, nelle anoressiche, “*debole senso di identità, indipendenza e governo di sé*” (ibidem, p. 54): le pazienti, segretamente, auspicano che il drammatico calo ponderale e l’aspetto scheletrico che ne deriva le aiutino a recuperare il controllo di sé e della propria vita.

Essere magre e resistere alle esigenze fisiologiche di alimentazione e riposo le renderebbe, infatti, “potenti” e “speciali”.

La storia di queste ragazze si contraddistingue per un esagerato adattamento alle aspettative della famiglia, per cui esse sono ricordate, in particolare dalle madri, come “bambine esemplari” (ibidem). Mara Selvini Palazzoli (1981) aveva descritto la madre dell’anoressica come “*aggressivamente iperprotettiva ed impervia, incapace di concepire la figlia come una persona nel suo proprio diritto*” (ibidem, p. 111). Prosegue: “*non di rado, è la coppia parentale, nella sua complementarietà patologica o l’intero gruppo familiare sabotatore dei bisogni di base dell’Io dell’anoressica*” (ibidem).

Sembra che alle anoressiche sia negata la possibilità di riconoscere ed esprimere liberamente gli stati interni: si ipotizza che, durante il loro sviluppo, l’ambiente familiare ne abbia trascurato i bisogni fondamentali.

Così, fin dall’infanzia, l’anoressica si sforza di adeguarsi a quel che il contesto le impone: lo stesso processo si ritiene fosse già all’opera nella relazione primaria con la madre

Come è già stato esposto, è importante che i segnali emessi dal bambino, sia di tipo biologico che quelli emotivi e sociali, siano riconosciuti dal genitore e ottengano risposte adeguate.

Se le espressioni del bambino, ancora piuttosto indifferenziate, non sono opportunamente confermate, questi non saprà discriminare le sensazioni somatiche dalle esperienze affettive e sociali: di conseguenza, sviluppa una condizione “alessitimica”, nell’impossibilità di contattare le proprie emozioni e dividerle con l’ambiente.

La responsività della madre alle richieste del bambino è altrettanto importante per quel che concerne la sfera alimentare: la madre *sufficientemente buona* (Winnicott, 1953) offre del cibo quando il compor-

tamento del bambino ne segnala l'effettiva richiesta, sicché questo impari a riconoscere la fame come uno stimolo diverso da altri bisogni.

Se la reazione della madre è, come nella maggior parte dei casi patologici, inappropriata, il bambino non saprà distinguere tra l'aver fame e l'essere sazio o tra la fame e altro disagio o tensione.

Laddove insorga una confusione *alessitimica* tra stimoli emotivi e corporei, l'organismo può diventare ricettacolo del disagio psichico: l'attenzione al cibo è un tentativo, per l'anoressica, di controllare se stessa, le sue funzioni e perfino i rapporti interpersonali.

A conferma dell'intima connessione tra lo sviluppo affettivo e quello alimentare, Hilde Bruch osserva che "*all'estremo opposto, troviamo il soggetto di obesità grottesca, assillato dalla paura dell'inedia*" (ibidem, 2008, p. 55), per il quale, al contrario, l'assunzione di cibo sortisce un effetto lenitivo.

2.3 Caratteristiche comuni tra anoressia e alessitimia

L'anoressia mentale comprende altri sintomi che riguardano il funzionamento relazionale ed intellettuale. Tali caratteristiche, cui si intende dedicare una breve digressione, evidenziano il nesso esistente tra anoressia e alessitimia.

L'anoressica, incapace di riconoscere ed esprimere la sua individualità, si impegna a preservare un'immagine ideale di sé: oltre alla magrezza ad ogni costo, ambisce all'eccellenza assoluta in tutti campi, soprattutto nelle attività "socialmente desiderabili".

Si tratta, molto spesso, di ragazze diligenti e ben inserite a scuola, che dedicano moltissime ore della giornata allo studio e, soprattutto, brillano nelle attività sportive (svolte allo scopo di ridurre l'apporto calorico)

L'investimento emotivo che queste impiegano in tali attività è, in realtà, piuttosto basso: gli ottimi rendimenti scolastici o una vita sociale intensa sono il segnale di un adattamento di superficie, per cui la paziente non gode realmente dei successi ottenuti.

Jackson (1977, 1982), che ha dedicato diversi lavori allo studio dell'alessitimia, aveva rilevato, negli *alessitimici*, un eccesso di normalità e adattamento.

Tali individui si distinguono per una notevole disinvoltura nei rapporti superficiali, sono socialmente integrati e capaci di intrattenere numerosi contatti: sul piano affettivo, le relazioni restano fredde e impersonali, sicché la condotta degli alessitimici è stata definita, dallo stesso Autore, *pseudonormale*.

Allo stesso modo, le ragazze anoressiche non vantano profondi legami affettivi: le loro amicizie, come le relazioni interne alla famiglia, sono il segnale di un iperadattamento.

Alcune pazienti riescono ad essere, nel periodo che precede l'aggravarsi della malattia, popolari e desiderabili. Altre, invece, hanno una sola amicizia per volta e con ogni nuova amica sviluppano interessi e una personalità nuovi. "*Loro stesse si considerano degli zeri che si limitano a seguire i gusti e le iniziative dell'amica e non viene loro mai in mente che hanno una propria personalità con cui contribuire all'amicizia*" (Bruch, 2008, p. 63).

Per quel che riguarda l'attività intellettuale, è stato provato che la maggior parte delle pazienti brilla nelle prestazioni scolastiche, il che può essere considerato l'indizio di un'intelligenza superiore: i risultati che queste raggiungono sono, in realtà, l'esito di grandi sforzi.

Queste ragazze apprendono a memoria le nozioni riportate sui libri, ma non sono in grado di esaminarle criticamente, né di integrarle sul piano culturale. Non di rado, al termine di una carriera scolastica soddisfacente, si assiste ad un grave rallentamento negli studi universitari, conclusi con risultati inferiori alle aspettative.

Tale profitto, unito all'errata valutazione di sé e dei rapporti umani, lascia supporre che lo sviluppo concettuale delle ragazze si sia arrestato ad un livello precoce: secondo il modello piagetiano, recuperato attraverso Lane e Schwartz (1987), le pazienti conservano un'organizzazione di tipo *concreto* o *preconcettuale*, responsabile delle distorsioni percettive ed interpretative proprie della malattia.

Lo stadio evolutivo delle *operazioni formali*, tipico dell'adolescenza, comporta la capacità di pensiero astratto e di giudizio indipendente, nonché un'adeguata maturità affettiva: nell'anoressia, esso sembra mancare o essere deficitario, non essendo stati l'individuazione e lo sviluppo sufficientemente incoraggiati dall'ambiente esterno.

3. Conclusioni: la proposta terapeutica

L'anoressia e l'alessitimia sono caratterizzate dalla difficoltà a decodificare, descrivere le emozioni e a condividerle con il prossimo.

Nell'alessitimia, l'anomalia percettiva investe, prevalentemente, l'area affettiva. Nell'anoressia, gli stati emotivi si confondono con gli stimoli corporei, sicché i conflitti emozionali travolgono le funzioni vitali, prime fra tutte, l'alimentazione.

Lo scopo della terapia consiste nel guidare tali individui verso l'esplorazione dei bisogni profondi, evocando la consapevolezza di impulsi, sentimenti e esigenze originati entro il loro essere: è necessario operare sull'insuccesso del paziente nel riconoscimento e nell'espressione di sé.

Nel 1948, Jurgen Ruesch aveva proposto, per pazienti con un'organizzazione di personalità *infantile*, un modello terapeutico diverso da quello analitico e che può essere efficace nel trattamento dell'alessitimia.

Secondo l'Autore, la cura di tali soggetti si fonda sulla risoluzione di un transfert *simbiotico*, per cui la relazione terapeutica riproduce le caratteristiche di una buona relazione primaria: il terapeuta promuove, nel paziente, la regressione a stati precoci dello sviluppo emotivo, in modo che questi abbia l'opportunità di sperimentare, in chiave simbolica e di significato condiviso, contenuti mentali ancora inespressi.

Il terapeuta deve accogliere in maniera empatica e partecipativa tutto quanto sia riportato dal paziente, così da offrirgli il *contenimento* e la *revéris* (Bion, 1962, 1977) che, durante l'infanzia, gli erano stati negati.

Hilde Bruch (1978) sostiene, con particolare riferimento ai disordini alimentari, che un approccio rigorosamente analitico - interpretativo non genera i risultati attesi: l'"interpretazione" può risuonare, tanto nell'anoressica quanto in soggetti con caratteristiche di personalità "alessitimiche", come una formula proposta da terzi che, in prima istanza, può essere accettata come corretta, ma che non ha evocato alcuna reazione sul piano emozionale.

Il paziente, che si sforza di comprendere e dar voce a ciò che sente, non trae beneficio dell'interpretazione: nell'anoressia, precisa l'Autrice,

il “*proporre interpretazioni conferma il timore della paziente di essere incapace e incompetente, condannata alla dipendenza*” (2008, p. 137).

Il terapeuta deve trasmettere al paziente la sensazione che, per la prima volta, questo possa essere ascoltato e compreso: il senso di comprensione può essere creato mediante domande mirate su ciò che racconta il malato oppure attraverso un discorso esplicativo che aderisca ai contenuti emersi.

Infine, è importante che il terapeuta moduli i suoi interventi in base alla disponibilità e alla capacità comunicativa del soggetto.

Gli studi sull’alessitimia e sull’anoressia segnano l’accesso a un modello e a un contenuto nuovi nell’indagine psicologica e impongono, altresì, l’affinamento dei mezzi di accertamento psichico.

Sul piano prognostico e terapeutico, l’individuazione di componenti alessitimiche può essere decisiva nella scelta dell’intervento, essendo l’accesso del paziente agli stati interni e al linguaggio emozionale la premessa per ogni *insight*.

Grotsein (1997), in analogia con i principi alla base della relazione diadica (*contenimento, revérie materni e rispecchiamento*), sostiene che il compito dei terapeuti sia quello di orientare i pazienti nella conoscenza dei propri sentimenti e, soprattutto, far loro apprezzare il valore di tale insegnamento.

“*Cosa della quale*”, aggiunge l’Autore: “*alla fine, essi sarebbero loro grati.*” (ibidem, p. 20).

Bibliografia

- Beales D. L., Dolton R. (2000), *Eating disordered patients: personality, alexithymia and implications for primary care*, The British Journal of General Practice, 50 (450), pp. 21-26.
- Bion W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando, 1972.
- Bion W. R. (1977), *Seven Servants*, New York, Aronson.
- Bruch H. (1978), *La Gabbia d'oro: l'enigma dell'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli, 2008.
- Bucci W. (1997), Symptom and symbol: a multiple-code theory of somatisation, *Psychoanalytic Inquiry*, 17 (2), pp. 151-172.
- Caretti V., La Barbera D., Craparo G., Mangiapane E. (2005), *L'alesitimia come disregolazione degli affetti*, In V. Caretti, D. La Barbera, Alessitimia: valutazione e trattamento, Roma, Casa Editrice Astrolabio.
- Duddu V., Isaac M. K., Chaturvedi S. K. (2003) *Alexithymia in somatoform and depressive disorders*, *Journal of Psychosomatic Research*, 54, pp. 435-438.
- Fenichel O. (1945), *Trattato di Psicoanalisi. Delle Nevrosi e delle psicosi*, Roma, Astrolabio, 1951.
- Friedman S., Vila G., Even C., Timsit J., Boitard C., Daedenned R., Guelfi J. D., Mouren Simeoni M. C. (2003), *Alexithymia in insulino-dipendent diabetes mellitus is related to depression and not to somatic variables or compliance*, *Journal of Psychosomatic Research*, 55, pp. 285-287.
- Galimberti U. (1997), *Dizionario di Psicologia*, UTET.
- Grotsein J. S. (1997), *Prefazione*. In Taylor G. J., Bagby R. M., Parker, J. D. A., *I disturbi della regolazione affettiva*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2003.
- Horney K. (1952), *The paucity of inner experiences*, *American Journal of Psychoanalysis*, 12, pp. 3-9.
- Jackson M. (1977), *Psychopathology and pseudo-normality in ulcerative colitis*, *Psychotherapy Psychosom.*, 28, pp. 179-186.
- Jackson M. (1982), *Psychoanalysis, somatization and pseudo-normality*, *Bull, British Psychoanalytic Society*, 7, pp. 28-36.
- Jones M. P., Schettler A., Olden K., Crowell M. D. (2004), *Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia*, *Psychosomatics*, 45, pp. 508-516.
- Kelman N. (1952), *Clinical aspects of externalized living*, *American Journal of Psychoanalysis*, 12, pp. 15-23.
- La Marra M., Sapuppo W., Caviglia G. (2009), *Dissociazione e alesitimia in un campione di pazienti con disturbo del comportamento alimentare*, *Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Out-*

come , 1- 2 (12), pp. 6 – 20.

Lane R. D., Schwartz G. E. (1987), *Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology*, American Journal of Psychiatry, 144, pp. 133-143.

Laquatra T., Clopton J. R. *Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women*, Addictive behaviors, 1994, 19 (4), pp. 373-380.

MacLean P. D. (1949), *Psychosomatic disease and the “visceral brain”: recent developments bearing of the Papez Theory of emotion*, Psychosomatic Medicine, 11, pp. 338-353.

Mattila A. K., Kronholm E., Jula A., Salminen J. K., Koivisto A. M., Mielonen R. L., Joukamaa M. (2008), *Alexithymia and somatization in general population*, Psychosomatic Medicine, 70 (6), pp. 716-722.

Marty P., de M'Uzan M. (1963), *La “pensée opératoire”*, Revue Francaise de Psychanalyse, 27, pp. 1345-1356.

Modestin J., Roman F., Malti T. (2004), *Alexithymia in adult non patients*, Journal of Psychosomatic Research, 56, pp. 707-709.

Nakao M., Barsky A. J., Kumano K., Kuboki T. (2002), *Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese Psychosomatic clinic*, Psychosomatics, 43, pp. 55-60.

Nemiah J. C., Sifneos P. E. (1970), *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*. In O. W. Hill, Modern trends in Psychosomatic Medicine, Vol. 2, 26-34, London, Butterworths.

Onnis L. (1988) *Famiglia e malattia psicosomatica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Palazzoli Selvini M. (1968), *L'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli, 1981.

Piaget J. (1967), *Six psychological studies*, New York, Random House.

Piaget J. (1981), *Intelligence and affectivity*, Palo Alto, CA, Annual Reviews, Inc.

Porcelli P. *Update sul costrutto di alexithymia*. Presentato al 1th Convegno Internazionale sull'addiction. L'era dell'eccesso: clinica e psicodinamica dell'addiction, 2004.

Ruesch J. (1948), *The infantile Personality*, Psychosomatic Medicine, 10, pp. 134-144.

Saarijarvi S., Salminen J., Toikka T. B., (2001), *Alexithymia and Depression. A 1 year follow-up study in outpatients with major depression*, Journal of Psychosomatic Research, 58, pp. 279 – 288.

Schmidt U., Jiwany A., Treasure J. (1993), *A controlled study of Alexithymia in Eating Disorders*, Compr Psychiatry, 34 (1), 54-8.

Sexton C. M., Sunday R. S., Hurt S., Halmi K. A. (1998), *The relationship be-*

tween alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. International Journal of Eating Disorders, 23: pp. 277–286.

Sifneos P. E. (1973), *The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients*, Psychotherapy and Psychosomatics, 22, pp. 255-262.

Solano L., Capozzi F., De Gennaro L., Bonadies M., Di Trani M., La Ferlita V., Tommasetti N. (2007), *Il costrutto dell'alessitimia in età evolutiva: aspetti teorici e possibilità di valutazione*, in Cerutti R., Guidetti V. (a cura di) Psicosomatica in età evolutiva, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Suslow T., Junghanns K. (2002), *Impairments of emotion situation priming in alexithymia*, Pers. Indiv. Dif., 32, 541 – 550.

Taylor G. J. (1987), *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi Contemporanea*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1993.

Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A. (1997), *I disturbi della regolazione affettiva*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2003.

Taylor G. J. (2005), *Introduzione*. In V. Caretti, V. La Barbera, *Alessitimia: valutazione e trattamento*, Roma, Casa Editrice Astrolabio

Winnicott D. W. (1953), *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*. In Dalla pediatria alla psicoanalisi, Firenze, Martinelli, 1975.

Winnicott D. W. (1960), *La teoria del rapporto infante-genitore*. In Sviluppo affettivo e ambiente, Roma, Armando, 1979.

Il farmaco dell'immortalità degli antichi

di

Gaetano Buonaiuto¹

Dalla sua nascita ad oggi la psicologia ha fatto di tutto per sembrare e diventare “scientifica” agli occhi della comunità e soprattutto dei colleghi medici, nonostante l’oggetto dei suoi studi fosse poco replicabile e di difficilissima indagine. La religione, invece, in quanto complesso di credenze, comportamenti, atti rituali e culturali pressoché universali e vecchi quanto il genere umano, ha sempre poggiato il suo potere e la sua prosperità su un concetto fondamentale quale la fede, potentissima ma irrazionale quanto basta per essere avulsa da qualsiasi indagine scientifica². Per questa enorme differenza concettuale, sembra quasi impossibile accostare la psicologia alla religione, senza immaginare uno scontro ideologico di notevole portata. Tuttavia l’**esperienza religiosa** non è altro che una sfaccettatura dell’**esperienza umana**: Jung, ad esempio, intendeva la religione come il legame con qualcosa che è fuori di noi, con il trascendente, che aiuta il processo di individuazione, cioè quel processo che porta alla realizzazione del nostro potenziale sviluppo, che favorisce il divenire di noi stessi, e ci aiuta a terminare la vita in modo pieno e soddisfacente. In uno dei suoi scritti, accostò l’esperienza religiosa alle immagini primitive e simboliche che ricolmano della loro vita eterna le più recondite profondità della nostra anima: queste immagini primordiali del nostro incosciente le definì “il farmaco dell’immortalità degli antichi” in quanto nutrono la vita spirituale (Jung, 1942). Da questa nuova angolazione possiamo quindi accogliere il modo in cui la psicologia e la religione si interfacciano. La psicologia, infatti, fin dai suoi esordi si è occupata del modo in cui l’esperienza religiosa potesse influenzare l’esperienza del singolo, dei gruppi e delle civiltà: più in generale si è impegnata nella ricerca del modo in cui la religione

¹ Psicologo clinico e Psicoterapeuta della Gestalt e dell’Analisi Transazionale.

² Con questo non voglio sminuire l’essenza stessa della religione. Ritengo anzi che la religione ha compiuto nei secoli un’importante operazione terapeutica per tutta l’umanità, traghettandola dalle barbarie alla civiltà.

cambia la nostra percezione di noi stessi, degli altri e del mondo. È in questo modo che si è accostato e studiato il concetto di peccato con il senso di colpa provato dalle persone; sono stati interpretati i rituali come drammatizzazione e facilitazione di cruciali e delicati eventi evolutivi, sociali e di vita o, all'estremo opposto, come semplici e banali comportamenti stereotipati messi in atto per soddisfare il bisogno di appartenenza ad un dato gruppo o ad una data comunità; sono state analizzate le liturgie, i simboli religiosi, le immagini sacre e le preghiere considerandoli come potenti veicoli di trasmissione di valori e di norme civili e culturali o come sterili e futili rappresentazioni prive di qualsiasi qualità o valore. Attraverso le sue indagini la psicologia ha messo sempre più in evidenza la differenza tra una *religiosità intrinseca*, legata ad una propria filosofia di vita, (che produce cambiamenti comportamentali), e una *religiosità estrinseca*, legata ad un bisogno di appartenenza sociale e di gruppo, più vicino al fenomeno del settarismo.

Nella religiosità intrinseca ritroviamo una persona che abbraccia una determinata religione, che ne carpisce (e ne capisce) il significato intimo, ha “fede” nei suoi valori e prova a metterli in pratica nella propria quotidianità. Questo comportamento non fa altro che donare un senso alla propria vita: man mano che passano i nostri anni e inesorabilmente ci avviciniamo al tramonto della nostra esistenza, è possibile che la precarietà della nostra condizione ci spinge in questa direzione. L'aspirazione alla compiutezza, la pienezza di vita e la realizzazione di sé, infatti, si allontanerà sempre più da una logica di tipo materiale/pulsionale per avvicinarsi sempre più ad un sistema di valori immateriale/spirituale³. L'esperienza religiosa favorisce e coltiva un'esperienza di tipo spirituale: allo stesso modo in psicologia questo cambiamento può essere favorito e stimolato nel corso di una psicoterapia. Se consideriamo la psicoterapia convenzionale non come avente il fine di far adattare l'individuo alla società, ma come strumento alternativo per un più importante adattamento della persona a qualcosa di più universale, ovvero alla propria natura, ci risulta più chiaro come essa possa aiutare le persone nella loro

³ Jung definisce e concepisce lo “spirito” come l'opposto della pulsionalità: “*la limitazione delle pulsioni mediante processi spirituali si afferma nell'individuo con la stessa forza e con lo stesso successo che si constata nella storia dei popoli*” (Jung, 1976).

realizzazione (Naranjo, 2011). Parlare di psicologia e di religione implica parlare di crescita personale, di cura e di indirizzamento alla pienezza spirituale; vuol dire recuperare le funzioni di salute, di sviluppo umano e di trascendenza dal corpo, dalle emozioni, dalla mente intellettuale e dal senso abituale d'identità invitando le persone a mettere da parte il controllo abituale della propria espressione per permettere così l'emergere di qualcosa che è più spontaneo e più vicino alla nostra vera essenza.

In questo articolo mi sono limitato a riportare delle considerazioni sulla base di esperienze vissute in prima persona e che in quanto tali, non vogliono avere un carattere assoluto. In questo momento della mia vita, mi piace pensare di impegnarmi affinché possa utilizzare lo strumento terapeutico come veicolo per somministrare il **farmaco dell'immortalità degli antichi**, promuovendo, attraverso un impegno in prima persona, una rinascita spirituale. Anche in questo caso può essere utilissimo non dimenticare mai che esistono svariati sentieri che possono favorire il nostro processo di crescita e di realizzazione (Buonaiuto, 2013). Cercare la compiutezza su più sentieri diversi e farne una propria e personale sintesi chiara, può essere migliore di far sì che tutti seguano lo stesso sentiero.

Bibliografia

Buonaiuto G., *Il contratto in terapia. Guida pratica al primo approccio con il paziente*, FerrariSinibaldi Editore, 2013, Milano.

Jung C.G., *Le diverse età dell'uomo* (1930), in *Il problema dell'inconscio nella psicologia moderna*, Einaudi Editore, 1942.

Energetica psichica (1928), in *Opere*, Boringhieri, Torino, 1976, vol. VIII.

Naranjo C., *Amore, coscienza e psicoterapia. Verso una nuova educazione dell'essere umano*, Xenia Edizioni, 2011, Milano.

Giovani Oggi

di

*Giorgia Proto**

Vengono da tutti definiti come “gli anni più belli della propria vita”... Eppure essere giovani, oggi, non è più così semplice.

Questo è il momento della vita in cui si gettano le basi per la costruzione della propria persona e del proprio futuro.

Perché essere giovani oggi è così difficile? Nonostante sia quel tempo a cui ogni uomo volge volentieri lo sguardo indietro, con la nostalgia per quegli anni ormai lontani eppure così vivi di ricordi felici. Essere giovani significa essere sognatori: non c'è gioventù senza sogni e “illusioni”.

Oggi molti giovani non sanno sognare. Prima il sogno nel cassetto era qualcosa di prezioso, da difendere, l'obiettivo da raggiungere ad ogni costo. Molti adesso lo abbandonano facilmente perché condizionati dalla crisi devastante nella società. Spesso, poi, le scelte dei figli sono condizionate dalla volontà di genitori che proiettano in loro ciò che non sono riusciti a diventare. Di sicuro la situazione attuale non aiuta questo processo di crescita, c'è uno spavento generale nella gioventù che vede innanzi a sé un futuro tutt'altro che promettente. Sempre più giovani diventano protagonisti della cronaca con omicidi, risse, violenza... fuorviati dai loro stessi ideali. E' evidente la mancanza di un punto di riferimento, un modello da cui prendere esempio. Viviamo in una società sempre più multimediale, nella quale la cultura dei media elettronici ed informatici ha preso il sopravvento... Dove i giovani si cibano ogni giorno di quella parola nota a tutti come INTERNET, la Rete delle Reti. All'interno di questo “ambiente multimediale”, i giovani si trovano a dover conquistare la propria identità di individui e a definire il loro rapporto con la realtà, con gli altri e con se stessi. La società odierna spinge i giovani al consumo, crea bisogni spesso fit-

* Psicologo Psicoterapeuta

tizi, proponendo loro idoli di dubbia moralità aggravando la già difficile situazione e facendoli allontanare dai valori più importanti. Si pensa più a vivere il presente, a divertirsi con gli amici, piuttosto che iniziare a costruire fin da subito il proprio futuro. Si vive bene con i propri genitori e non ci si preoccupa di diventare autonomi, indipendenti e di crearsi una propria famiglia. Proprio per questo vengono considerati superficiali, privi di valori. La maggior parte dei giovani conduce una vita agiata facilitata dalle tante comodità e innovazioni. Questi ragazzi non decidono di essere “bamboccioni” per libera scelta, ma sono quasi obbligati dal fatto che è conveniente vivere con i propri genitori fin quando non si trova un lavoro solido, stabile, che possa consentire un distacco netto dalla famiglia di origine. Sorge, però, un altro problema, ovvero le possibilità di lavoro che la società offre. Queste, infatti, sono molto limitate, nonostante ci siano anche tanti giovani neolaureati che hanno affrontato anni di studio in prospettiva di un lavoro per il quale si sono “qualificati”. In una società che fa crescere dubbio, impotenza, paura, sconforto, incertezza, sono da ammirare coloro che ce la fanno. Tutti i giovani dovrebbero prendere esempio da questi loro coetanei, così forse non staremmo neanche qui a parlare di problemi giovanili, anzi... Si analizzerebbe la mole enorme di lavoro che non si riesce a sostenere.

Bisogna che si impari ad eccellere negli ambiti nei quali si è inseriti per propria o altrui scelta. Si deve puntare sulla convinzione e sulla volontà di farcela, affinché si riesca poi ad affrontare qualsiasi ostacolo si presenterà nel corso della vita.

Oggi non viene favorita la creazione della famiglia, nucleo fondamentale della nostra società.

Finché il futuro verrà avvertito dai giovani come una minaccia e non come una promessa, non sarà semplice fargli trovare il coraggio e la volontà di abbandonare il porto sicuro che la famiglia d'origine, invece, rappresenta. Proprio per queste e altre esigenze, nasce lo spazio InformaGiovani, un servizio di orientamento e informazione per tutti i ragazzi fino ai 35 anni. L'attività principale dei Servizi Informagiovani è l'informazione: gratuita, affidabile e pluralistica, volta a estendersi in tutti i campi di interesse delle giovani generazioni. Ricerca del lavoro, percorsi di for-

mazione, organizzazione di una vacanza, scelta di un'attività di volontariato o sportiva... Sono solo alcuni dei temi presi in considerazione. L'obiettivo è offrire ai giovani un servizio informativo completo per la conoscenza delle opportunità esistenti, affinché possano scegliere consapevolmente la loro crescita personale e professionale. Gli operatori, competenti e disponibili, fungono da "problem solving" aiutando il pubblico giovanile a ricercare approfondimenti e informazioni.

Mi piacerebbe fare un'esperienza all'estero

Mi serve aiuto per compilare il curriculum

Sto pensando di mettermi in proprio

Ho bisogno di collegarmi ad internet

Devo ancora decidere la destinazione per le mie vacanze

Ho del tempo libero per fare volontariato

Vorrei aprire un'associazione

Cerco un lavoro stagionale

Voglio affittare una stanza ma non so dove mettere l'annuncio

Vorrei andare a vivere da solo

"IL CENTRO INFORMAGIOVANI E' IL POSTO CHE FA PER TE!"

Essere giovani oggi non è facile, soprattutto se le istituzioni e la società non facilitano un percorso di crescita già difficile di per sé.

Sarebbe troppo facile arrendersi, quindi INSISTERE è la parola d'ordine, impegnarsi e reagire ad ogni cosa.

Anche Papa Francesco, in una delle sue prime omelie rivolgendosi ai giovani ha detto: «Per favore non lasciatevi rubare la speranza». Essere giovani oggi non è facile, questo è vero: ma vale comunque la pena provarci.

Il Benessere Psicologico: Modificare le emozioni negative attraverso la scrittura espressiva positiva

di

Iginio Sisto Lancia¹, Giuseppe Manuel Festa², Luigi Janiri³

Introduzione:

La cornice teorica all'interno della quale si articola il presente studio è quella della psicologia positiva, sviluppatasi alla fine degli anni Ottanta negli Stati Uniti come corrente di pensiero interessata a temi fino ad allora non trattati in modo scientifico, quali la felicità, la soddisfazione e la qualità della vita. L'obiettivo di queste nuove correnti era quello di studiare e comprendere questi processi dall'interno, riferendosi alle condizioni personali. Nacque quella che Diener per primo ha chiamato "psicologia del benessere soggettivo" (Diener et al., 1984). L'obiettivo della psicologia positiva è quello di catalizzare un cambiamento in psicologia, da una generale preoccupazione rivolta solo a "riparare" le situazioni negative della vita, al contribuire alla costruzione di una migliore qualità di vita (Seligman, 2003).

In tale contesto gli studi sulla scrittura emozionale espressiva, affrontando tematiche relative ad esperienze stressanti o traumatiche, hanno costituito una tecnica originale e innovativa nella promozione della salute psicologica e fisiologica. Più recentemente un nuovo filone di ricerca sta concentrando la propria attenzione sulla trattazione in forma scritta di contenuti a connotazione positiva per verificare la possibilità di indurre cambiamenti di carattere salutogenetico mediante tale metodica clinico-sperimentale. Nello specifico questa ricerca, ancora in corso, si propone l'obiettivo di analizzare gli effetti della scrittura espressiva positiva ed eventuali differenze di risposta, in base al co-

¹ Istituto Interdisciplinare di Alta Formazione Clinica (IAFeC)

² Istituto Interdisciplinare di Alta Formazione Clinica (IAFeC)

³ Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

strutto del *locus of control*, a seguito dell'applicazione del trattamento.

La Scrittura Espressiva

James W. Pennebaker⁴, attraverso una serie di studi avviati negli anni ottanta (Pennebaker, 1986; 1989; 1993; 2004) ha messo in luce come, l'attività di scrivere, per circa quindici - venti minuti consecutivi al giorno per alcuni giorni consecutivi sulle proprie esperienze traumatiche, era in grado di produrre una serie di effetti positivi su benessere psicologico e sulla salute degli individui, misurata anche con strumenti oggettivi, come le risposte immunitarie, che li distinguevano significativamente dai gruppi di controllo (Smyth, 1998).

La tecnica della scrittura, dunque, può facilitare o avviare quel processo di "*Trasformazione narrativa*" che permette che emozioni non pensabili diventino tali e di conseguenza gestibili. Questo processo sarebbe simile a quanto accade in psicoterapia dove, naturalmente in una forma più complessa e soprattutto attraverso la costruzione a due, la particolare narrazione scelta dal paziente e dall'analista permette di arrivare a compiere tale processo di trasformazione. La tecnica di scrittura, viene a configurarsi, quindi, come un possibile strumento di verifica di processi analoghi a quelli che possono verificarsi in misura molto più complessa in un a psicoterapia.

Il locus of control

Il locus of control (LoC) è una variabile psicologica. Il costrutto del "luogo del controllo interno/esterno", fu sancito per la prima volta nel 1954 da Julian B. Rotter, uno psicologo statunitense che sviluppò le teorie del Social learning theory e del Locus of control, diventati importanti sistemi di riferimento della psicologia, in relazione allo studio della personalità degli individui.. Il LoC indica il grado di percezione rispetto al controllo del proprio destino e gli eventi. In altre parole, il locus of control rappresenta l'atteggiamento mentale con cui noi sentia-

⁴ James W. Pennebaker è uno psicologo nordamericano che attualmente lavora presso l'Università del Texas di Austin.

mo di essere in grado di determinare le nostre azioni, e i relativi risultati, rispetto al controllo esercitato dal caso e dalle circostanze esterne.

Il *locus of control esterno*, come già detto, è la sensazione che gli avvenimenti si realizzino in modo del tutto estraneo alla capacità di influenzarli.

Alcuni sintomi di locus of control esterno sono:

- sentire gli eventi come imprevedibili;
- dipendere continuamente dagli altri (es.: chiedendo continuamente “come si fa...”) anziché attivarsi nel problem-solving e nell’autonoma ricerca di soluzioni;
- ritenere che le variabili esterne da controllare siano eccessive e opprimenti rispetto alle proprie capacità;
- lo sviluppo di un senso di impotenza rispetto agli eventi;
- l’attribuzione di risultati negativi sempre e comunque al destino o agli altri
- la rapida perdita di motivazione, a fronte di ostacoli e difficoltà

Il *locus of control interno* si riferisce alla sensazione di possedere la capacità di incidere sugli avvenimenti e, pertanto, di poterli controllare attivamente. Sintomi della presenza di un locus of control interno sono invece: la ricerca attiva di strumenti, conoscenze e skills che permettano di meglio affrontare le situazioni e i problemi; ritenere che ciascun problema possa essere risolto o perlomeno analizzato, che ciascun obiettivo sia raggiungibile (con le risorse adeguate), senza darsi per vinti, e debbano sempre essere ricercate e tentate soluzioni;

- credere nei propri potenziali, attivarsi per aumentarli e svilupparli; essere convinti e perseverare, non temere la fatica, non arrendersi.
- la “visione” delle possibili alternative di un corso di azione finalizzato al raggiungimento di un obiettivo e il tentativo di determinare le probabilità di successo di ciascun corso di azione (approccio strategico alle linee di azione).

Il LoC può assumere connotazioni estreme, oppure gradi intermedi. La posizione lungo il continuum varia infatti in funzione della personalità e dei vissuti personali rispetto all’esperienze. Non esistono sog-

getti che hanno esclusivamente un locus of control esterno e soggetti che hanno esclusivamente un locus of control interno. Un sistema di credenze equilibrato ed adattivo, cioè funzionale al benessere dell'individuo, deve poter comprendere, oltre agli aspetti più adattivi dell'internalità, anche aspetti propri di un orientamento più esterno.

La Ricerca

Materiali e Metodi: il campione sperimentale è composto da 10 individui di età compresa tra i 18 e i 65 anni ($M = 45$; $DS = 6,86$), di genere maschile ($N = 2$) e femminile ($N = 8$), appartenenti alla classe socio-economica media. I soggetti sperimentali sono tutti individui che non mostrano sofferenze né di tipo psichico né di tipo medico. Essi hanno partecipato volontariamente all'esperimento e il loro compito è consistito nello scrivere per 3 giorni consecutivi e per 20 minuti quotidiani sulla propria

esperienza di vita più gratificante. Per analizzare gli effetti derivanti dal possedere un *locus of control* interno o esterno in relazione all'esperienza della scrittura espressiva sui diversi parametri di natura psicologica sono stati effettuati l'analisi della varianza (ANOVA a 2 vie per misure ripetute). Le ipotesi specifiche sono state successivamente analizzate attraverso la verifica dei *test post-hoc* (*Test LSD*). L'analisi statistica dei dati è stata effettuata attraverso il *software* STATISTICA per *Windows* versione 5. I *test* psicologici – POMS (*Profile of Mood States*) e *test Locus of Control* di Rotter – sono stati somministrati subito prima la sessione iniziale di scrittura, dopo la terza e dopo una settimana dalla fine dell'esperimento.

Risultati:

Tramite il *test post-hoc* si è evidenziato per il fattore D (depressione) del POMS un calo significativo di tale parametro nel gruppo con *locus of control* esterno nel confronto fra il livello basale e il *follow-up* a 7 giorni (13,30 vs. 8,17; $p < 0,05$). Per la variabile psicologica S (Stanchezza) si è registrato un calo significativo e progressivo, nel gruppo *locus of*

control esterno, di tale fattore sia nella rilevazione a 3 giorni (9,83 vs. 7,50; $p < 0,05$) sia in quella a 7 giorni (9,83 vs. 6,50; $p < 0,005$).

Conclusioni

I dati iniziali del presente studio, tuttora in corso, sembrano suggerire un effetto maggiormente incisivo della scrittura espressiva positiva per quei soggetti che posseggono un *locus of control* esterno. Tale dato si è manifestato in modo evidente per ciò che attiene diversi parametri del tono dell'umore e in specifico per la depressione e la stanchezza. Ovvero gli individui con locus esterno del campione oggetto di studio dimostrano, a seguito del trattamento, di sperimentare sensazioni di maggiore serenità e integrità emotiva ma anche la percezione di un incremento delle proprie energie psichiche e fisiche. È ipotizzabile che tale risposta sia dovuta alle caratteristiche di personalità di tali soggetti che necessitano di un ausilio "esterno" per l'utilizzo e l'interiorizzazione dei loro vissuti in relazione ad eventi di vita gratificanti. Probabilmente gli individui con locus interno hanno minor bisogno della tecnica espressiva in quanto posseggono un maggior senso del controllo sulle dinamiche affettive legate al processamento di eventi di vita quotidiani. Il proseguimento della ricerca chiarirà se tale andamento si manterrà in modo costante con l'ampliamento del campione.

Bibliografia

Diener E. *Subjective well-being*. Psychol Bull 1984;95:542-75.

King LA, Richards JH, Stemmerich E. *Daily goals, life goals, and worst fears: means, ends, and subjective well-being*. J Pers 1998;66:713-44.

Pennebaker JW, Seagal J. *Forming a story: The health benefits of narrative*. J Clin Psychology 1999;55:1243-54.

Rotter JB. *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*. J Consult Clin Psychol 1975;43:56-67.

Seligman, M. *La costruzione della felicità. Che cos'è l'ottimismo, perché può migliorare la vita*. Milano: Sperling & Kupfer Editori (2003)

Solano L. *Scrivere per pensare*. Ed. Franco Angeli 2007.

L'espressione psicosomatica in psicoterapia

di

Paolofabrizio De Luca¹

Nella Psicoterapia ad orientamento psicosomatico, l'analisi si focalizza su quella che possiamo definire la "dimensione corporea", piuttosto che su quella "mentale". Il terapeuta (psicosomatista) agisce sia sul corpo fisico, formato da apparati biologici complessi, che sul corpo fantasmatico, costituito sulla base di simboli diversificati da persona a persona. Suddetta dicotomia va, secondo la più recente trattatistica, ridotta ad un'unità di studio che, ricomprendendo i due aspetti, porta il terapeuta all'unificazione della problematica. Nella relazione terapeutica ci troviamo di fronte, da un lato, un paziente afflitto da sofferenze che gli rendono complessa l'esistenza, dall'altro un professionista che fa di tutto per produrre un nuovo benessere tale da consentire una migliore vivibilità ed un reintegro della propria autenticità. Seguendo terapie ad orientamento psicosomatico non si esclude l'indagine, il contatto e la conoscenza dei substrati clinici del paziente, a livello tanto trans-personale che trans-generazionale. Nelle sedute terapeutiche il corpo non è un amorfo oggetto passivo, ma interagisce con linguaggi non verbali che, comunque, trasmettono all'esterno sensazioni profonde, tali da poter essere prontamente recepite, elaborate e restituite dal professionista. In campo prettamente medico si verifica, troppo spesso, che la sofferenza espressa, tanto da multiple somatizzazioni, quanto da reali patologie, venga canalizzata non adeguatamente, scindendo le cure, precludendo da quell'unità psico-fisiologica. Il conflitto intrapsichico non può essere separato dal mondo che circonda il soggetto, sia a livello simbolico, che reale. L'analisi, all'interno del setting terapeutico, partendo dalla simbologia corporea che si canalizza nella "dimensione d'organo", rileva il conflitto intrapsichico, raffrontandolo con quello reale. Abbiamo affermato che il corpo parla, all'interno del suo linguaggio troviamo anche

¹ Psicologo Psicoterapeuta Psicosomatista,

espressioni immaginative, che non si fermano al mero sogno, ma riproducono realtà più profonde ed intime, che, diversamente, non emergerebbero, restando in quel grande contenitore che è l'inconscio. Le immagini prodotte vengono valutate dal terapeuta e costituiscono una rappresentazione soggettiva, che tende a passare gradualmente, da uno stato di sofferenza corporea, ad una lenta desomatizzazione. Tutto ciò, nello stadio iniziale, generalmente, arreca al soggetto un incremento della sua sofferenza psichica sulla mente, cosa che, progressivamente, regredisce, nel corso della terapia. Per quanto esposto possiamo affermare che l'approccio psicoterapeutico ad orientamento psicosomatico si attaglia ad un lavoro analitico, sia individuale, che di coppia, che di gruppo, contraddistinguendosi per l'impiego di tecniche specialistiche specifiche che prevedono: il ricorso al corpo come canale e soggetto di produzione immaginativa (fantasmatica) all'interno di una relazione terapeutica a valenza emozionale; il lavoro di decodificazione ed analisi del materiale immaginativo emerso, la focalizzazione di quegli aspetti transferali e controtransferali che caratterizzano i diversi momenti della relazione terapeutica. Oltre alle principali classificazioni dei disturbi somatoformi possono essere ricompresi, in quanto "psicosomatici", disturbi, quali la colite, la stipsi, la frigidity, l'ansia, il cancro, l'asma, senza dover dissociare un sintomo fisico da uno psichico. Ciascun organo corporeo nasconde un proprio simbolismo che si esprime attraverso la sua specifica ritualità. Ogni organo compie il suo rito in rapporto alla sua funzione ed è rappresentabile come un luogo archetipico in analogia con il comportamento istintuale. Il ciclo del fegato, ad esempio, rispecchia le funzioni di purificazione e rinascita che caratterizzano la primavera. Ogni funzione porta l'organo in una sua dimensione specifica e cosmica: la suddetta "**dimensione d'organo**". Essa è un concetto astratto che consente allo psicoterapeuta di osservare e comprendere il paziente in termini analogici. Tale dimensione può essere considerata quale predisposizione individuale estrinsecante, tramite la sintomatologia di uno o più organi, lo stato psico-fisiologico del soggetto. Ciò consente di allocare la sintomatologia, con la quale l'unità psicosomatica comunica il proprio senso, nella dimensione analogica. Si viene ad esprimere uno status di come ci si pone al mondo: un modo asmatico,

ulceroso, colitico, panico. Nel corpo, composto da un insieme di organi in relazione tra loro, accade che, quando uno dei sistemi si ammala, estende il senso della sua sintomatologia a tutti gli altri oltre che alla coscienza. Il suo ritmo alterato scandisce il proprio tempo in tutta l'unità psicosomatica, generando una distorsione funzionale che cala tutto l'individuo nella dimensione dell'organo malato. Una Psicoterapia ad orientamento psicosomatico ha per obiettivo precipuo quello di dare un nuovo senso al sistema organico, esulando dal limitarsi alla sola interpretazione di ciò che il paziente racconta di sé, osservando la globalità. Nel corso della nostra attività di psicologi e psicoterapeuti riscontriamo, sempre più, che molteplici casi clinici, riconducibili nella fattispecie all'espressione psicosomatica in psicoterapia, hanno trovato notevole giovamento nel seguire terapie appropriate, come quelle precedentemente esplicitate. Ciò, da un lato, dovrebbe far incrementare gli studi sulla problematica, per ottenere risultati sempre migliori, dall'altro, far aumentare l'esito positivo delle sedute effettuate, a conferma che, in questi ultimi anni, l'approccio psicoterapeutico ad orientamento psicosomatico ha compiuto notevoli passi in avanti verso il benessere psicologico della persona. In analisi l'attenta osservazione del corpo è di per sé un atto terapeutico in grado di svelare i principali conflitti. Osservare il modo di respirare, le corazze muscolari, la cinesi, l'eloquio, la comunicatività rappresenta una possibilità diretta di accesso al mondo emotivo, sentimentale, espressivo del paziente. Il soma, dal cuore alla pelle, è un grande potenziale nell'ambito intrapsichico; per questo non può essere lasciato alla periferia del lavoro sul sé. Ignorare il linguaggio della macchina impedisce di sfruttarne a pieno le potenzialità all'insegna dell'unità psicofisica. L'uomo, nella sua interezza, è frutto dell'espressione della natura che, nella sua potenza, trova la sintesi microcosmo macrocosmo. Nel momento storico-culturale attuale, la Psicoterapia ad orientamento psicosomatico rappresenta non solo l'avanguardia, ma anche l'avvenire della psicologia clinica.

Bibliografia

- Agresta F. (2010), *Il linguaggio del corpo in psicoterapia*, Alpes Italia, Roma
- Agresta F. (2007), *Problemi di psicosomatica clinica*, Ed. quad. del CSPP n. 3, Pescara
- Ammon G. (1977), *Psicosomatica*, Borla, Roma
- Bion W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma
- Charpentier G. (2003), *Le malattie e le loro emozioni: come comprendere le reazioni psicosomatiche*, Il punto d'incontro, Vicenza
- Faretta E., Parietti P. (2009), *Le radici antropologiche delle terapie immaginative*, N. Prosp. in Psicologia, Anno XXIII, n. 1, Fasc. n. 39, Pescara
- Garavaglia S. (2007), *Diario di Psicosomatica*, Tecniche Nuove, Milano
- Luban-Plozza B. (2001), *Il medico come terapia*, Centro Scientifico Ed., Torino
- Ruggieri V. (2001), *Mente Corpo Malattia*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma
- Ruggieri V. (2000), *Semeiotica di processi psicofisiologici*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma

“Anziani protagonisti di...benessere!”

di

*Barbato Alessia¹, Cafieri Luana², Costa Vania³,
Riccardi Carolina⁴*

*Scoperte e promesse non appartengono
soltanto alla giovinezza;
la vecchiaia non è
esclusa dalla rivelazione
-Hillman, 2008-*

La Qualità di vita (QoL) e la Soddisfazione di vita rappresentano temi particolarmente attuali e rilevanti nelle ricerche europee degli ultimi quindici anni (Heller, Watson e Ilies, 2006; Ryan e Deci, 2001). A partire dal XXI secolo, tali tematiche hanno acquistato grande rilievo in ambito psicologico, dove l'attenzione viene rivolta in particolare ai soggetti anziani, se consideriamo l'innalzamento dell'aspettativa media di vita a circa 80 anni, verificatosi nell'ultimo decennio grazie al progresso biomedico, sociopolitico e psicologico stesso.

L'interesse per il benessere e la QoL degli anziani ha spinto a ricercare nell'ambito della psicologia i fattori in grado non tanto di elevare l'età, quanto, invero, di migliorare la qualità dell'esistenza delle persone. Raggiungere e vivere in modo ottimale l'anzianità rappresenta la sfida di oggi, per la costruzione di un welfare che funzioni nella sua offerta di servizi.

Dall'analisi della letteratura emerge che la Qualità della vita o QoL, è un costrutto multidimensionale all'interno del quale è possibile rintracciare una tripartizione tra *benessere soggettivo* (SWB), *benessere*

¹ Psicologa, Psicoterapeuta Associazione La Gradiva

² Psicologa, Psicoterapeuta Associazione La Gradiva

³ Psicologa, Psicoterapeuta in formazione. Presidente Associazione La Gradiva

⁴ Psicologa, Psicoterapeuta Associazione La Gradiva

psicologico (PWB) e *benessere oggettivo* (OWB) (Andrews e Withey, 1976; Diener, 1984). All'interno di questa macrosuddivisione, il benessere soggettivo (con la sua principale componente rappresentata dalla *soddisfazione di vita*), fondamentale nello studio psicosociale della vecchiaia, è risultato essere il concetto chiave nell'ottica di studio della QoL (Eid e Diener, 2004; Zhang, 2005). Il benessere individuale nelle persone anziane è risultato essere influenzato principalmente, in molte nazioni tra cui l'Italia, dalla propria *condizione di salute*, dallo *status economico* e dalla *qualità della vita affettiva*. (Walker, 2005).

Tra le variabili implicate nel miglioramento della QoL nella terza età, emerge anche l'importanza della psicologia ambientale tesa ad indagare le modalità con le quali l'ambiente fisico possa agire sulla salute e sul benessere, nonché l'influenza che gli stereotipi possono avere sulla valutazione della self-efficacy nelle persone anziane (Fernández-Ballesteros et al., 1998). Dallo studio delle relazioni tra clima sociale, caratteristiche personali, organizzative, fisiche ed architettoniche emerge come:

- la soddisfazione sia in gran parte influenzata dal clima sociale e dalle caratteristiche personali;
- le caratteristiche ambientali siano predittive dell'attività degli abitanti;
- le attese funzionali predicano la salute soggettiva che a sua volta si riflette sulla soddisfazione.

Tutt'oggi ancora prevale fortemente lo stereotipo dell'anziano debole e disimpegnato, una persona che necessita di cure ed attenzioni, che diventa in questo modo un ulteriore carico per la famiglia. La terza età viene così, prevalentemente, considerata un'età di declino fisico, cognitivo ed emotivo. Il focalizzarsi solo su aspetti negativi e sulle perdite legate all'avanzamento dell'età aumenta il vissuto di disagio e le preoccupazioni per l'avvicinarsi della vecchiaia. L'invecchiamento è, invece, un processo di trasformazione, ed anche per le persone anziane il vivere nella nostra attuale società può significare avere e poter usufruire di una serie di condizioni che possono promuovere una buona qualità di vita. L'avanzamento tecnologico ed il progredire della medicina fa accrescere la possibilità di preservare la salute fisica e psicologica a lungo, tanto da non considerare più il cambiamento come sinonimo di decadimento.

Si deve, pertanto, cominciare a considerare che si può vivere la terza età come una fase di vita in cui è possibile stabilire un nuovo equilibrio attraverso la costruzione di spazi di vita in cui conservare le proprie passioni, stabilire legami affettivi e tenere allenate le proprie capacità intellettive; un fase, quindi, in cui riconoscere e conservare la propria autoefficacia e le proprie abilità.

“Anziani Protagonisti di... Benessere”

Considerando quanto detto finora, l'Associazione La Gradiva ha sviluppato e proposto un progetto attraverso cui sottolineare l'importanza che assume la promozione del benessere delle persone che invecchiano e quanto sia necessario tenere strettamente collegate azioni di promozione sociale e azioni di protezione delle fragilità. L'obiettivo generale è stato quello di mettere in risalto la figura dell'anziano come persona competente e di rafforzare, laddove ci fosse stata la necessità, il sentimento di fiducia in se stessi per favorire l'uscita dall'isolamento e per superare il vissuto d'impotenza. Il progetto “Anziani protagonisti di... benessere!”, prende vita nell'anno europeo dedicato all'invecchiamento attivo, ovvero nell'anno destinato alla promozione di azioni volte al nascere di una nuova visione della terza età, per allontanare dallo stereotipo che vuole considerarla fase di declino in cui si è destinati ad attendere la fine ed a convivere con malattie croniche.

Il lavoro ha coinvolto i quattro Centri Sociali per anziani presenti nel comune di San Giorgio a Cremano, comune vesuviano densamente popolato ed in cui la percentuale di soggetti anziani che afferiscono ai Centri Sociali è molto numerosa.

Il modello di intervento metodologico è stato fondato sulla necessità di valorizzare le risorse individuali e gruppali degli anziani partecipanti, nonché le risorse peculiari di ciascun Centro. In tale ottica gli interventi messi in atto sono nati da un'attenta analisi dei bisogni elaborata attraverso gruppi di confronto attivati in tutti i Centri Sociali. Particolare attenzione è stata rivolta all'integrazione tra le attività svolte già quotidianamente e quelle nuove da organizzare, nel rispetto degli spazi e dei tempi di ciascun Centro. Inoltre, si è cercato di trovare un equilibrio tra attività proposte per i membri di ciascuna struttura ed at-

tività proposte per tutti gli anziani, con l'obiettivo primario di favorire la socializzazione e lo scambio.

L'ipotesi di partenza nasce dall'idea di poter promuovere in ogni Centro Sociale lo sviluppo della creatività e di un lavoro sia individuale che grupppale, nella forma di una condivisione delle proprie risorse e nell'ottica di poter acquisire nuove competenze a partire dall'incontro con l'altro e dalla conoscenza del Sé.

Il progetto, della durata di un anno (2012 - 2013), ha previsto diverse fasi e nel complesso, dopo la promozione di una rete interna che parte dal "saper fare" per giungere al "saper essere", si è voluto costruire una rete esterna, grazie alla quale i cittadini anziani hanno potuto ampliare i propri punti di riferimento dal singolo Centro di appartenenza alla comunità di anziani formata dalla totalità dei quattro Centri. Fondamentale per vivere bene la propria condizione di anzianità è saper impiegare il proprio tempo in modo gratificante e costruttivo; l'impiego ottimale del proprio tempo aiuta a sentirsi utili, vivi e partecipi alla vita sociale. E' possibile comprendere come sia importante uscire di casa, avere contatti con dei coetanei, stare in conversazione, tutto ciò favorisce non solo la socialità degli anziani e la loro apertura al mondo esterno ma permette anche di allontanare sempre più lo spettro della solitudine. La voglia di vivere, l'entusiasmo, l'energia, non sono qualità riservate solo alle età più giovani; anche la terza età può possedere tali caratteristiche, tutto ciò dipende dall'uso che gli anziani fanno del loro tempo, dalle attività che svolgono, dagli interessi che coltivano. Si può essere vivi e vitali anche in età avanzata, infatti, purché la vita che conduciamo non sia una vita passiva, senza interessi o obiettivi per il futuro.

Partendo da queste considerazioni si è strutturata un'idea progettuale fondata su attività e laboratori che potessero essere un'alternativa alla solita routine o modalità di intrattenimento, e che promuovessero una nuova consapevolezza di sé e delle proprie risorse, interne ed esterne ai Centri, per lavorare su un nuovo ruolo sociale, ripulito da stereotipi.

Nello specifico gli interventi attuati nei singoli Centri sono stati i seguenti:

- **Centro "Guido Rossa"**: è stato attivato un laboratorio dedicato alla

riscoperta della propria corporeità, attraverso un breve corso di ginnastica dolce; nonché momenti di condivisione legati alla trasmissione delle proprie conoscenze nel mondo della danza. In particolare sia con i balli di coppia che di gruppo e con le “danze popolari”, il Centro ha presentato il proprio lavoro annuale sul palco dell’evento conclusivo del progetto.

- **Centro “A. Manzoni”**: è stato attivato il Laboratorio “Arte e Letteratura” in cui il gruppo è sempre risultato folto e partecipativo, coinvolgendosi ed impegnandosi nella discussione degli argomenti presentati. Il lavoro è stato strutturato con tre incontri a cadenza mensile. Nonostante la specificità degli argomenti, il gruppo si è presentato ben amalgamato ed equilibrato. I partecipanti hanno mostrato una buona capacità di ascolto e di comprensione e soprattutto si sono introdotti facilmente nelle discussioni sui temi presentati. La scelta di attivare un laboratorio in cui affrontare temi di letteratura o esposizioni di opere d’arte, ha evidenziato la voglia di iniziare un percorso culturale, per arricchire la varietà di attività del Centro Sociale ed, allo stesso tempo, di intraprendere percorsi intellettuali con lo scopo di mantenere in allenamento le proprie capacità cognitive. Inoltre, è stato strutturato un lavoro di sostegno psicologico in gruppo, a sua volta trampolino di lancio per la partecipazione attiva delle donne iscritte alle attività di questo Centro. Alla fine del progetto, all’interno della struttura, è nato lo “Spazio donna”, uno spazio dove le donne hanno potuto riunirsi e confrontarsi, un primo passo verso l’acquisizione del senso di appartenenza e partecipazione.

Nella fase conclusiva del progetto il Centro si è reso promotore del Concorso di Poesie “A. Manzoni” rivolto alla terza età sangiorgese, che ha visto la proclamazione di 3 vincitori per le due categorie previste dallo stesso (italiano e vernacolo) durante l’evento conclusivo, momento in cui è stato possibile non solo premiare i vincitori, ma anche offrire una pergamena di ringraziamento a tutti i partecipanti.

- **Centro “Vesuvio”**: ha fatto richiesta di un “gruppo psicologico” per poter sviluppare tematiche relative alla propria età, unitamente ad alcuni stati emotivi che hanno avuto necessariamente bisogno di uno specifico spazio di condivisione. La partecipazione è stata adeguata alla richiesta iniziale e ciascuno ha richiesto, attraverso l’uso strumentale

degli operatori presenti, supporto a tutto il gruppo, per poter esprimere le faticose vie della propria mente. Dagli incontri svolti con cadenza quindicinale, è emerso il forte senso di appartenenza al Centro, tanto da definirlo come una seconda casa ed inoltre si è esplicitata l'importanza delle relazioni che si sono instaurate in quel contesto. Relazioni vitali, fondamentali, tanto da essere definite come un "riferimento". Queste considerazioni sono in linea con il riconoscimento che le relazioni sociali giocano un ruolo importante sulla creazione di una buona qualità di vita. Essere in relazione favorisce l'uscita dall'isolamento, permette di vincere la solitudine e di non cadere nell'errore di vivere nel passato come atteggiamento di chiusura. La possibilità di avere uno spazio strutturato in cui esprimere il proprio sentire ha permesso di dare ancora più spessore e rilievo alla loro quotidianità condivisa al di là delle mura domestiche. Si è realizzato, inoltre, un laboratorio narrativo con l'obiettivo di favorire l'incontro e la relazione con l'altro attraverso l'uso del Sé, sotto forma di interviste reali ed immaginarie, con successivi approfondimenti culturali. Questo lavoro ha fornito lo spunto, nonché l'effettiva partecipazione degli anziani, all'ideazione ed alla stesura di un opuscolo. Durante l'evento conclusivo del progetto il Centro ha presentato il lavoro del laboratorio narrativo "Gruppo Interviste".

- **Centro "Sandriana"**: diverse sono state le difficoltà incontrate nel riuscire a coinvolgere attivamente gli anziani afferenti a questo Centro. Tuttavia è stato aperto, seppur per breve periodo, uno sportello di ascolto psicologico; si è riusciti, inoltre, a coinvolgere gli anziani nei convegni organizzati ed alcuni iscritti hanno partecipato ad attività tenutesi negli altri Centri.

Le attività trasversali organizzate per tutti i Centri sono state le seguenti:

- *Convegni*

Per accompagnare gli anziani verso una cultura di prevenzione e di promozione di una migliore qualità di vita sono stati organizzati incontri con esperti di diversi settori. Lo scopo principale di tali momenti è stato quello di accrescere le conoscenze e le modalità di cura verso se stessi e di promuovere una cultura del benessere. Prendersi cura di sé per migliorare la propria qualità di vita, favorendo così la percezione

di sé come soggetto capace di curarsi e la possibilità di maturare una visione della propria condizione attuale, ovvero la terza età, come una fase di vita in cui la disabilità non domina, ma può essere tenuta sotto controllo.

- *Laboratorio di Informatica*

Con l'intento di inserirsi in nuovi contesti formativi ed informativi è stata data la possibilità ad un numero circoscritto di anziani (di ciascun Centro) di seguire un corso base di computer. La scelta di limitare il numero dei partecipanti è dovuta all'elevato numero di iscritti, considerando il totale dei soci per i Centri partecipanti. Per ovviare a tali limiti si è pensato a come far nascere un'opportunità da una difficoltà. Allo scopo di dare la possibilità di una partecipazione gratuita per gli iscritti, si è eletto tra i partecipanti attivi, un referente interno, per ogni singolo Centro, con il compito di trasmettere quanto appreso al corso, al resto degli anziani non partecipanti. In questo modo è stato possibile raggiungere due obiettivi: sperimentarsi come persona competente, per chi ha assolto al ruolo di referente e trasmettere saperi ai propri pari, con la diffusione di una pratica nuova al gruppo.

Avvicinarsi all'uso di tecnologie permette di essere in sintonia con l'avanguardia sociale e di utilizzare il linguaggio informatico di base e quello di rete che caratterizza ora il lessico dei loro nipoti, uscendo così dall'isolamento individuale segnato anche dal cambiamento dei legami familiari (figli sposati che formano una propria famiglia o la perdita del partner). Il corso ha offerto la possibilità non solo mettersi in gioco approcciando con l'uso di nuove tecnologie, ma anche di collaborare con un'associazione esterna. Questa esperienza ha portato i partecipanti a prendere contatto con una realtà altra dal Centro Sociale, solito luogo di incontro, e di entrare in contatto con membri di altri Centri, favorendo lo scambio di conoscenze ed un primo passo verso il nuovo, verso la rottura di una routine.

- *Torneo itinerante di Scopone Scientifico*

E' stato realizzato un torneo di carte con la collaborazione di un operatore, coordinatore e regolatore della competizione. Quest'ultima è stata organizzata in modo itinerante tra i Centri, con lo scopo di favorire socializzazione e confronto. Si è scelto di valorizzare una delle attività preferite dagli anziani, il gioco delle carte, cercando di offrire una cor-

nice di maggiore respiro, dando vita ad un vero e proprio torneo, con il coinvolgimento di diverse coppie di giocatori, una premiazione con coppe, targhe e medaglie di partecipazione ed una festa conclusiva. Infine i Centri Sociali “Vesuvio” e “A. Manzoni” hanno sostenuto due iniziative promosse dall’Associazione La Gradiva: “Proposta di legge per lo Psicologo del Territorio” e “La giornata dell’Associazionismo”.

Manifestazione finale del progetto

Durante i mesi di gennaio e febbraio, numerosi anziani dei vari Centri sono stati impegnati nella preparazione dell’evento finale del progetto. In data 10 Marzo 2013, in una serata loro dedicata, presso i locali della Parrocchia del Carmine sita in Viale Formisano a San Giorgio a Cremano, i membri dei Centri si sono susseguiti in una serie di esibizioni canore, danzanti e recitative; si è proceduto, in questa occasione, anche alla premiazione del Primo Concorso di Poesia “A. Manzoni”, con la presenza di tante Autorità della Città di San Giorgio a Cremano e con la partecipazione di oltre 300 persone tra anziani coinvolti e spettatori dell’evento.

Considerazioni conclusive

Con soddisfazione si sottolinea la costante partecipazione di un buon numero di anziani iscritti ai Centri Sociali durante tutto l’arco del progetto; si è implementata l’integrazione tra le diverse realtà dei centri coinvolti con un consequenziale sviluppo del benessere psico-sociale grazie anche alle capacità e competenze acquisite e valorizzate nel corso delle attività progettuali.

Bibliografia

- Andrews, F. e Withey, S., 1976, “*Social indicators of well being. Americans’ perceptions of life quality*”, Plenum Press: N.Y.
- De Beni R. (a cura di), 2009, “*Psicologia dell’invecchiamento*”, Il Mulino, Bologna.
- Diener E., 1984, “Subjective well-being”, *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Eid M. e Diener E., 2004, “*Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability*”. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Fernández-Ballesteros R., Montorio I. e Izal M., 1998, “*Personal and environmental relationship among the elderly living in residential settings*”. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 185-198.
- Heller D., Watson D., Ilies R., 2006, “*The Dynamic Process of Life Satisfaction*”, *Journal of Personality* Vol. 74, Issue 5, pag 1421–1450.
- Hillman J., 2008, “*La forza del carattere*”, Biblioteca Adelphi, Milano.
- Poderico C., 1993, “*L’Anziano, nuove prospettive in psicologia*”, Idelson – Gnocchi, Napoli.
- Ryan R. e Deci E., 2001 “*On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being*”, *Annual Review of Psychology*, Vol. 52: 141-166
- Walker A. (a cura di), 2005, “*Growing older in Europe*”, Open University Press, London.
- Zhang L., 2005, “*Prediction of chinese life satisfaction: Contribution of collective self-esteem*” *International Journal of Psychology*, 40 (3), 189-200.

“Donne insieme per il rinnovamento del Paese nella democrazia e nella responsabilità”

di

*Romina Amicolo*¹
*Mariaelena Morelli*²
*Giovanna Zollo*³

“Donne insieme per il rinnovamento del Paese nella democrazia e nella responsabilità” è il titolo del convegno che il C.i.f. (Centro Italiano Femminile) comunale di Benevento ha organizzato in occasione della festa della donna presso il Convitto Nazionale “P. Giannone”. Alla manifestazione hanno preso parte diversi professionisti impegnati nel settore della promozione della salute e del benessere individuale e so-

¹ Avvocato e Dottore di Ricerca in Filosofia del Diritto (Università degli Studi di Napoli Federico II) è Presidente del Cif Comunale di Benevento. Ha pubblicato articoli in riviste specializzate e tre monografie: *Formalismo versus Antiformalismo. La ricerca dell'equilibrio nell'esperienza giuridica* (2009); *La giustizia in nome della politica e la politica in nome della giustizia: morti parallele di Socrate e Giulio Cesare* (2010); *The case of Hirsi Jamaa et al. v. Italy. The trend of irregular immigration taking place in the Mediterranean Sea*. Attualmente si occupa di analisi dei fenomeni migratori, diritto di famiglia e violenza sulle donne e i minori.

² Psicologa e psicoterapeuta. Laureata in Psicologia indirizzo Clinica e di Comunità presso la Seconda Università degli Studi di Napoli, specializzata in Psicodiagnosi e in Psicoterapia Dinamica Breve presso l'Istituto di Alta Formazione di Roma. Ha maturato esperienze professionali in ambito di: neuropsichiatria infantile, adolescenza, disabilità, psichiatria, dipendenze patologiche, psicoterapia individuale e di coppia. Per cinque anni ha lavorato come Psicologa Dirigente presso il Centro Sociale Polifunzionale per disabili psichici e fisici “E' più bello insieme” di Benevento. Attualmente si occupa di clinica, di formazione, è Consulente Tecnico presso il Tribunale di Benevento e membro del Cif Comunale di Benevento.

³ Assistente Sociale. Laureata in Servizio Sociale e Politiche Sociali presso l'Università degli Studi del Molise, iscritta all'Ordine degli Assistenti Sociali della Campania, ha svolto attività di tirocinio presso la Residenza Sanitaria Assistenziale “Villa Felice”, San Giorgio del Sannio (BN) e presso la Cooperativa Sociale “Il Mosaico”, Benevento. Attualmente è impegnata in vari ambiti di intervento nel sociale, privilegiando in particolare la tutela dei minori e delle donne ed è membro del Cif Comunale di Benevento.

ziale e rappresentanti delle autorità locali politiche ed ecclesiastiche. L'obiettivo è stato quello di aprire un dialogo con la città per rendere la comunità partecipe del progetto di valorizzazione del ruolo della donna sul territorio, nella professione come nella politica.

L'incontro, ha evidenziato l'Avv. Romina Amicolo, presidente del C.i.f. Comunale di Benevento, si è inserito nel percorso di formazione e crescita professionale che il Cif Comunale, costituitosi il 28 Aprile 2012, ha avviato tramite l'organizzazione del Ciclo di Seminari sulla Tutela dei Minori con il sostegno organizzativo e didattico del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Campania e dell'Ordine degli Psicologi della Campania. Il carattere interdisciplinare del Corso ha consentito di approfondire le problematiche relative alla tutela dei minori da un punto di vista giuridico, psicologico e sociale, con lo scopo di promuovere un dialogo tra sfere di competenza diverse che ancora oggi, nelle aule giudiziarie come nell'ambito della pubblica amministrazione, spesso agiscono separatamente. Psicologhe, Avvocate e Assistenti Sociali sono state discenti, ma al tempo stesso docenti, le une rispetto alle altre, in uno scambio di saperi e di conoscenze, ma soprattutto di esperienze. È stata una occasione di arricchimento reciproco per giovani professioniste, che hanno condiviso il loro impegno di donne e di cittadine per il rinnovamento di un Paese, ingabbiato nella burocrazia, spesso cieco al cambiamento e sordo al dialogo.

L'incontro dell'8 marzo è stato pensato facendo tesoro della proficua esperienza dei seminari napoletani, nell'intento di rendere partecipe la città di Benevento del patrimonio formativo acquisito. Di qui la scelta di invitare Mons. Pompilio Cristino, consulente del Cif Provinciale di Benevento e Vicario del Vescovo, da sempre attento alle tematiche sociali, affiancato da Don Gaetano Papa Kilumba, ottimista promotore delle attività del Cif Comunale di Benevento nella sua veste di consulente spirituale. L'istituzione comunale è stata rappresentata dall'assessore Dott.re Luigi Scarinzi, il quale, grazie alla sua pluriennale esperienza di direzione politica dei servizi sociali cittadini, ha potuto costruttivamente dialogare con la Prof.ssa Bonaria Autunno, docente di Metodologie e Tecniche del Servizio Sociale presso l'Università degli

Studi Suor Orsola Benincasa, in merito al funzionamento dei servizi sociali e alla necessità che gli stessi siano, nell'ambito della tutela dei minori, come negli altri settori, calati nella realtà del territorio. La parola d'ordine è *conoscere il territorio*, perché non è possibile predisporre una risposta efficiente ed efficace di servizi se prima non si realizza una approfondita, oggettiva e scientifica conoscenza del fabbisogno. Di qui la necessità di puntare su una ricerca applicata alla realtà che benefici di un approccio interdisciplinare, in cui gli aspetti giuridici e di filosofia politica si confrontino sistematicamente con una riflessione psicologica e di scienze dei servizi sociali.

La politica, grazie anche alla partecipazione delle donne, deve farsi interprete di questa istanza di rinnovamento, come sottolineato nel suo intervento su "Donne e politica" dalla vicepresidente del Cif Comunale di Benevento, Prof.ssa Floriana De Luca. In veste di docente di lettere negli istituti superiori della città, la professoressa ha acquisito una profonda conoscenza delle dinamiche sociali giovanili, al punto da maturare la consapevolezza della necessità di un fattivo impegno nel contrasto dei fenomeni di violenza sulle donne.

La violenza di genere, ha evidenziato la dottoressa Mariaelena Morelli, psicologa e psicoterapeuta, si rivela un fenomeno sempre più dilagante e preoccupante. Secondo i dati dell'Istat, nel 2012 si è registrato un'escalation di violenza nei confronti delle donne: si è passati da un omicidio ogni tre giorni, registrato nel 2011, a uno ogni due giorni. Nella maggior parte dei casi si è trattato di violenza domestica: gli autori dei delitti sono stati per lo più mariti, fidanzati ed ex partner. In Italia sono mediamente 120 le donne che ogni anno vengono uccise dalla violenza. Il Consiglio d'Europa ha evidenziato che la prima causa di morte e di invalidità permanente per le donne di età compresa tra i 16 e i 44 anni, ancor prima del cancro, degli incidenti stradali e della guerra, è la violenza subita ad opera del proprio fidanzato, marito o padre.

"Nell'immaginario collettivo" ha spiegato la dottoressa "la violenza viene identificata soltanto con quella fisica o sessuale, dove *violare* significa *prevaricare i confini del corpo*, abusare di quello spazio vitale che delimita l'*io* dal *tu*. Eppure questa stessa violazione può essere attuata anche solo a livello psichico: non essendo esplicita, la violenza in

tal caso non presenta sintomi abbastanza evidenti da poter essere facilmente individuata neanche dalla vittima stessa. Pensiamo, ad esempio, alla violenza sul lavoro, a tutte quelle azioni esplicite o implicite che rendono difficoltoso o impediscono il consueto svolgimento delle attività lavorative al fine di spingere la vittima a dare le dimissioni o al solo scopo di esercitare potere su di essa. Numerose sono ancora oggi le donne che subiscono forme di controllo, diretto o indiretto, sull'indipendenza economica, esercitate ad esempio con l'imposizione del divieto di avere un conto in banca, di gestire il denaro familiare, di trovare o mantenere un'occupazione lavorativa. Tutti quei comportamenti che minano l'autostima, la dignità personale, la voglia di vivere sono comportamenti violenti, anche se non determinano un danno fisico. Ci sono parole come *non vali niente*, *non sei capace*, comportamenti come la minaccia, il silenzio che evade le risposte, il ricatto, la privazione della libertà, la provocazione continua, l'offesa, che nessuna legge punisce, ma che possono uccidere psicicamente una persona o almeno ferirla in modo grave e spesso irreversibile. La peggior forma di violenza contro la donna perché invisibile e perché i suoi effetti possono durare tutta una vita è nelle conseguenze psicologiche causate da tutte queste condotte brutali, lesive del suo ruolo sociale di donna e della sua dignità in quanto essere umano.”

Particolarmente delicata e complessa è la situazione in cui la donna vittima di violenza è una minorenni.

“Ricordo bene il viso triste e imbarazzato di S., 15 anni, quando venne la prima volta al mio studio accompagnata dalla madre” racconta la dottoressa. “La signora, una donna di bell'aspetto, dinamica e sicura di sé, aveva chiesto il mio intervento perché preoccupata per l'ulteriore chiusura in sé stessa della figlia, ragazza già timida e inibita. Ci vollero quattro incontri prima che S. si confidasse sulle molestie che aveva subito ad opera del cugino diciannovenne. Non senza imbarazzo riferì di un episodio, che si rivelò il primo di molti altri, in cui il cugino l'aveva forzata a visionare un film pornografico in seguito al quale l'aveva costretta ad una relazione erotica vicina alla masturbazione. La vergogna, i sensi di colpa, la confusione fra emozioni e sentimenti contrastanti di eccitazione, di dolore, di imbarazzo e di rabbia nei confronti del ragaz-

zo che aveva pregato più volte di lasciarla andare, l'avevano indotta a non parlarne a nessuno. Il coraggio di S., l'atteggiamento di apertura e di comprensione della mamma, il clima di accoglienza e di non giudizio del setting psicoterapeutico, consentirono ad S. di confidare tali vicende anche alla madre la quale si attivò per impedire che simili episodi divenissero prassi pericolose e degenerassero in vere e proprie violenze. Per una donna che sta vivendo le conseguenze psicologiche di una violenza subita, di qualsiasi genere essa sia, è fondamentale non sentirsi giudicata né colpevolizzata, avere una persona accanto disponibile ad ascoltarla, poter contare su qualcuno che non la faccia sentire sola durante il percorso, talvolta lungo, di recupero del proprio equilibrio psicofisico, come è stato per S. grazie a una madre attenta e sensibile.”

All'intervento della dottoressa Morelli fa seguito e si collega quello della dottoressa Giovanna Zollo, assistente sociale la quale sottolinea l'importante ruolo svolto dai Centri d'Ascolto/Antiviolenza, in quanto luoghi fisici idonei all'accoglienza, al supporto e alla solidarietà, “luoghi in cui le parole possono trasformarsi in progetti e azioni volti a tutelare le donne attraverso l'aiuto di personale qualificato”. Grazie ad essi la donna può sperimentare, attraverso la relazione con altre donne, che uscire dalla violenza è possibile. La dottoressa ha evidenziato la necessità di garantire l'apertura di simile spazio anche nel capoluogo beneventano e, a tal proposito, ha segnalato l'impegno del C.i.f. comunale di Benevento nello studio del fenomeno della violenza sul territorio e nella realizzazione di tale progetto. “L'idea” spiega la Zollo “è quella di un centro che offra non soltanto sostegno psicologico, ma di uno spazio che si configuri anche come luogo di produzione e comunicazione culturale, in cui valorizzare i servizi alla persona, promuovere il lavoro femminile, informare ed offrire consulenza sui diritti delle donne. Agire a favore dell'inclusione nel mercato del lavoro e all'interno dei fattori costitutivi della società della conoscenza rappresenta una condizione essenziale per la più generale inclusione delle donne nel godimento della cittadinanza attiva”. La dottoressa sollecita tutti gli attori locali a un rinnovato sforzo, affinché si agisca sinergicamente per rimuovere gli ostacoli che si frappongono al coinvolgimento delle donne nel mondo del lavoro, puntando su scelte innovative capaci di stimolare la creazi-

one di nuovi modelli sociali e di sviluppo orientati in senso socialmente responsabile, nell'intento di recuperare quella larga parte di donne fuori dal mercato del lavoro o a rischio di uscirne.

“Questo può essere fatto” continua la dottoressa “attuando strategie progettuali che intendono sperimentare percorsi integrati di inserimento lavorativo fortemente incentrati sul partenariato con l'assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Benevento attraverso un coinvolgimento attivo degli attori locali che rivestono un ruolo chiave nello sviluppo del territorio, aiutando questi soggetti a riflettere sulle problematiche legate alla famiglia e alle donne. La donna dovrà essere seguita nell'identificazione di quei servizi che maggiormente rispondono ai suoi bisogni. Inoltre il percorso dovrà avere una forte aderenza al contesto territoriale tenendo conto degli scenari socio-economici e dei servizi in esso presenti. Un ruolo fondamentale dovrà essere svolto dalle reti di sostegno presenti nella comunità, siano esse informali o formali. Per attivare processi di intervento contro la deprivazione sociale e la marginalità è necessario soffermarsi non solo sulla domanda individuale, lasciando che le donne raggiungano i servizi spesso in situazioni di urgenza, in fase acuta del problema, ma essere in grado di incidere sui processi sociali che possono aggravare il disagio, il senso di sradicamento, la mancanza di informazioni, di collegamenti, di rapporti. Obiettivo centrale resta quello di arginare il fenomeno della violenza sulle donne, perché esso rappresenta un crimine contro l'umanità intera, non solo di una sua metà. Non si tratta di una rivendicazione *femminista*, ma di una rivendicazione democratica universale: la battaglia contro la violenza quotidiana sulle donne comincia con il rispetto rigoroso e intransigente del principio di parità e di uguaglianza, ovunque e sotto qualsiasi latitudine.”

L'uguaglianza democratica, la parità senza cedimenti, l'inclusione sociale sono i temi particolarmente sentiti che hanno appassionato sia i relatori sia i partecipanti al convegno e che vengono proposti come unico antidoto culturale a una visione obsoleta e miope propensa a tollerare forme di sopruso sulla donna.

L'impegno del C.i.f. Comunale di Benevento è che gli interventi ed i propositi espressi a più voci nella manifestazione dell'8 marzo non rimangano *flatus vocis*, ma si traducano in un piano di intervento concreto

e proficuo a vantaggio del nostro territorio, nella consapevolezza delle difficoltà e degli ostacoli, ma nella ferma volontà di rinnovamento.

L'appello del C.i.f. Comunale di Benevento in merito alla creazione di una piattaforma che si occupi in città dello spinoso problema della violenza a danno delle donne e dei minori si è concretizzato nella creazione del neo-costituito *Gruppo Donna* della Caritas Diocesana di Benevento, di cui il C.i.f. Comunale di Benevento fa parte, conservando la sua vocazione interdisciplinare. Allo studio delle problematiche e alla formazione seguiranno, a partire dal prossimo autunno, iniziative concrete per una fattiva operatività sul territorio.

Bibliografia

- Aquadro Maran Daniela (2012), *Il fenomeno dello stalking*, UTET Università.
- Fischer A.(2010), *Al di là del silenzio. Teoria, giurisprudenza,, psicologia e comunicazione della violenza contro le donne*, Bonanno.
- Gargiullo Bruno C., Damiani R.(2010), *Vittime di un amore criminale. La violenza in famiglia: natura, profili tipologici, casistica clinica e giudiziaria*, Franco Angeli.
- Giannino P., Avallone P.(2007), *L'abuso e l'incuria verso l'infanzia*, Istituto di Ricerca Sociale.
- Petrucelli I., Grilli S., *L'autore dell'abuso sessuale su minore*, da (2009) *La perizia psicologica in ambito civile e penale, Storia, sviluppi e pratiche*, Leonardo abazia, Milano, Franco Angelo.
- Ravazzolo T., Valanzano S.(2010), *Donne che sbattono contro le porte. Riflessioni su violenze e stalking*, Milano, Franco Angeli.
- Romito P.(2000), *La violenza di genere su donne e minori, un'introduzione*, Milano, Franco Angeli.
- Romito P.(2005), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Milano, Franco Angeli.
- Spinelli B.(2008), *Femminicidio. Dalla denuncia sociale al riconoscimento giuridico internazionale*, Milano, Franco Angeli.
- Ventimiglia C.(1996), *Nelle segrete stanze. Violenza alle donne fra silenzi e testimonianze*, Milano, Franco Angeli.
- Argentieri S., Prefazione, in: Hirigoyen M-F., *Sottomesse – La violenza sulle donne e nella coppia*, Einaudi, Torino, 2006.
- Azrael D., Hemenway D., "In the Safety of your Own Home: Results from a National Survey on Gun Use at Home", in *Social Science & Medicine*, vol. 50, 2000.
- Baldry A., *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Bandini, T., Gatti, U., Marugo, M.I., Verde, A., *Criminologia - Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, Milano, Giuffrè, 1991.
- Bertolino M., L'infermità mentale al vaglio delle Sezioni Unite, *Diritto penale e processo*, n. 7, p. 853, 2005.
- Bertolino M., *Privato e pubblico nella rappresentazione mediatica del reato*, in: Forti G., Bertolino M. (a cura), *La televisione del crimine*, Vita e Pensiero, Milano, 2005.

- Borasio, V., "Omicidio e rapporto di coppia", in *Rassegna di Criminologia*, Vol. XIII, N. 1, 1982.
- Brewer V.E., Paulsen D., "A comparison of US and Canadian findings on uxoricide risk for women with children sired by previous partners", in *Homicide Studies*, 3(4), 1999.
- Browne, A., *When Battered Women Kill*, New York, Free Press, 1987.
- Cadoppi A. (a cura di), *Commentari delle norme contro la violenza sessuale e della legge contro la pedofilia*, CEDAM, Padova, seconda edizione, 1999.
- Celesti, R., Ferretti, G., "L'omicidio volontario nell'ambito della famiglia. Casistica del settore medico legale genovese nel quindicennio 1968-1982", in *Rassegna di Criminologia*, N. 16. 1984.
- Chesney-Lind M., *The Female Offender – Girls, Women and Crime*, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 1997.
- Costanzo S., *Famiglie di sangue–Analisi dei reati in famiglia*. Milano: Franco Angeli, 2003.
- Danna D., *Ginocidio. La violenza contro le donne nel mondo globale*, Milano, Eleuthera, 2007.
- De Cataldo Neuburger, L. (a cura di), *La criminalità femminile tra stereotipi culturali e malintese realtà*, Padova, CEDAM, 1996.
- De Pasquali P., *L'orrore in casa – Psico-criminologia del parenticidio*, FrancoAngeli, Milano, 2007.

Sabina Spielrein: una donna consegnata alla storia

di
Bianco Alessandra

“...anche io sono stata un essere umano”
(Sabina Spielrein)

Questo lavoro ha come obiettivo quello di offrire un piccolo spaccato dedicato ad una figura femminile della storia della psicoanalisi: Sabina Spielrein.

Sabina Nikolaevna Spielrein è una donna russa (Rostov sul Don 1885), pioniera della psicoanalisi, figura centrale in una vicenda che vedrà coinvolti Freud e Jung, ma anche autrice di numerosi contributi alla letteratura psicoanalitica, tra cui *Comprensione della schizofrenia* e la *Distruzione come causa della nascita*, opera questa su cui si fonderà il testo di Freud *Al di là del principio di piacere* e le teorizzazioni di *Eros e Thanatos*.

La vicenda di Sabina Spielrein ritorna alla luce nel 1977 insieme al ritrovamento del carteggio tra Jung e Sabina Spielrein, il Diario di Sabina, la corrispondenza di questa con Freud e le cartelle cliniche del Burghölzli.

Sabina è ricoverata il 17 agosto 1904 all'età di 19 anni, presso l'ospedale Burghölzli di Zurigo¹ dove, il giovane Jung, comincia il trattamento seguendo la teoria freudiana. I risultati sono ottimali e la donna può lasciare l'ospedale un anno dopo il suo ricovero, pur continuando l'analisi privata con Jung. Sabina è una donna molto colta ed intelligente, collabora con Jung giungendo alla formulazione della tesi dal titolo “Comprensione della schizofrenia”, con la quale si laurea in psichiatria. L'attrazione di Jung per la figura affascinante di Sabina e la corrispon-

¹ Le informazioni circa l'anamnesi e le cartelle cliniche, redatte da Bleuler, direttore dell'Ospedale, e da Jung, sono state ricavate dall'articolo di B.Minder, *Sabina Spielrein: paziente del Burghölzli*.

denza di affetti nella donna emerge dallo scambio epistolare tra i due, anche se la pubblicazione in italiano delle lettere di Jung a Sabina non è stata autorizzata da parte dei discendenti dello stesso.

Proprio la relazione tra i due permette, a distanza di tempo, di comprendere il rapporto e l'emergere della rottura tra Freud e Jung, padre e figlio, oltre che aprire un'ampia pagina di etica e teoria circa i concetti di transfert e controtransfert, attraverso gli sviluppi della teoria freudiana e delle odierne concezioni. Freud infatti, considerava inizialmente il transfert come un ostacolo al trattamento psicoanalitico, in seguito, in merito anche al coinvolgimento di Jung con la Spielrein, introdurrà il concetto di controtransfert, considerando il transfert come uno strumento utile al trattamento. La vicenda amorosa tra Jung e Sabina non si limita, dunque, alla sola relazione affettiva tra i due ma porta con sé l'emergere di antichi aspetti della relazione analitica avvolti per anni dal silenzio.

Non si può non menzionare l'opera di Sabina Spielrein in veste di psichiatra, il riconoscimento delle concezioni circa l'istinto di morte precedenti alle teorizzazioni freudiane di Eros e Thanatos, e l'influenza di tali scritti proprio sul pensiero di Freud.

Nel primo lavoro, pubblicato nel 1911 su *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, nonché dissertazione di laurea, intitolato *Contenuto psicologico di un caso di schizofrenia*, la Spielrein descrive il caso di una donna, la sig.ra M. intelligente e con una buona cultura, affetta da malattia psichica grave e ricoverata in ospedale; alla base del disturbo della donna vi sono allucinazioni legate al delirio di poter guarire solo se unita sessualmente ad un uomo sano, da cui desidera un figlio.

L'uomo sano, oggetto delle allucinazioni della donna, altri non è che il Dr. Jung, suo medico e controparte del transfert instauratosi all'interno della terapia. La donna però non accenna mai al nome di Jung ma a quello del Dr. Forel, su cui opera il meccanismo dello spostamento. Le conclusioni a cui giunge la Spielrein mettono in evidenza il ricorso all'uso del «metodo di osservazione filogenetico», metodo utilizzato per la comprensione del parallelismo esistente tra attività mentale schizofrenica, le dinamiche psicologiche nel sogno e il pensiero mitologico.

Nel secondo lavoro, *La distruzione come causa della nascita*, la

Spielrein ritiene che alla base di ogni creazione, compreso l'atto riproduttivo e le produzioni artistiche, ci sia una duplice pulsione, costruttiva e distruttiva, associando così la morte alla nascita.

Non bisogna dimenticare che la necessità di teorizzare l'istinto di morte nasce dall'aspetto esperienziale dell'Autrice, dall'aver vissuto "nella propria anima" una duplice morte, la prima con la malattia, la seconda con la perdita dell'uomo amato.

La vicenda di Sabina permette una rilettura di tutta la letteratura dell'epoca senza però sminuire la portata teorica di due grandi pensatori quali Freud e Jung. Ridare dignità a Sabina, risulta così un atto volto a dare nuovo spazio alla storia nella sua concretezza, al sapore umano della nascente psicoanalisi, posta a metà tra i sostenitori e gli increduli. E Sabina, come la psicoanalisi, vive nel limbo la sua vicenda che la vede paziente, poi amata e infine psichiatra; ma Sabina rimane nel limbo anche dopo la sua morte, a metà tra chi la vuole semplicemente vittima di un intenso transfert, chi riabilita i Grandi sminuendo il ruolo della stessa Spielrein e chi, come questo lavoro, si limita a portare alla luce la vicenda, così come la conosciamo oggi, con uno sguardo al futuro e l'altro al passato, consapevoli che mai l'oggettività della storia potrà essere raggiunta, ma che è possibile avvicinarsi al cuore di una storia chiamata vita.

Lo psicologo nei gruppi classe del primo anno: tra agiti, parole e sviluppo del pensiero.

di

*Sandra Gambardella¹, Maria Giudizioso²,
Cinzia Saponara³*

Premessa

Il presente lavoro è frutto dell'esperienza biennale realizzata presso l'Istituto Superiore Statale "Pitagora" di Pozzuoli nell'ambito del progetto "Una stanza tutta per noi" promosso dall'Associazione Febe onlus (Bando perequazione per la progettazione sociale- Regione Campania 2008- CSV Napoli).

Nel corso dei due anni, in coppia, abbiamo condotto incontri di ri-motivazione e di riorientamento a cadenza mensile in otto prime classi ad indirizzo professionale e tecnico, segnalate come tra le più "problematiche" e a maggior rischio di dispersione scolastica, finalizzati al potenziamento del gruppo classe dal punto di vista affettivo- relazionale e, indirettamente, da quello formativo e didattico.

Tali incontri hanno visto la partecipazione di una psicologa tirocinante⁴ in qualità di osservatrice: l'osservazione delle dinamiche di gruppo e la restituzione alla classe di quanto emerso negli incontri, attraverso la lettura dei protocolli stilati, ha assunto un'importante funzione di mantenimento della memoria del gruppo e di rispecchiamento, agendo come una sorta di "moviola" che ha dato la possibilità ai ragazzi di vedersi, conoscersi e riconoscersi.

In affiancamento al lavoro svolto in aula sono stati realizzati seminari

¹ Psicologa- Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica

² Psicologa- Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica

³ Psicologa- Psicoterapeuta, Specialista in Psicoterapia sistemico- relazionale

⁴ Dott.ssa Annalucia Giustiniani.

e incontri periodici, condotti da Cesare Moreno (Associazione Maestri di Strada onlus), con la nostra partecipazione e quella dei docenti coordinatori delle stesse classi, destinati alla discussione in gruppo dei protocolli di osservazione, al confronto su casi problematici e alla progettazione partecipata di possibili strategie di intervento e di recupero.

L'intervento dello psicologo con il gruppo-classe

Nella pratica professionale di noi psicologi, nel settore della scuola, ci troviamo spesso davanti alla richiesta insistente di fornire aiuti concreti, suggerimenti pratici, indicazioni operative precise o al desiderio di delegare totalmente all' "esperto" il "problema".

La domanda implicita da parte dei docenti sembra essere: "*Cosa e come devo fare?*" oppure "*Risolvete lo voi*". Questa richiesta di soluzioni preconfezionate e/o miracolistiche ci sembra proporzionale allo stato di profonda frustrazione, stanchezza e sconforto che spesso vivono gli insegnanti.

Il principio di base che ha accompagnato il nostro lavoro in aula è stato quello di non colludere con tali richieste, ma di proporre uno spazio di pensiero e di riflessione sulle dinamiche, sulle emozioni, sui comportamenti che si strutturano all'interno del gruppo-classe attivando un'area intermedia capace di risvegliare la voglia di pensare, di parlare per capirsi e per confrontarsi (Giori, 1998).

Ci è sembrato infatti importante proporre lo psicologo come una figura di mediazione sia in senso *orizzontale*, tra i membri del gruppo classe, sia in senso *verticale* tra gruppo classe e docenti. Crediamo che la creazione e la strutturazione del gruppo classe come *gruppo*, non solo *di lavoro* (Bion, 1961), ma anche come *gruppo affettivo* sia un elemento utile alla prevenzione della dispersione scolastica attraverso la creazione di un clima relazionale positivo e la promozione della partecipazione alle attività scolastiche ed extrascolastiche.

Come conduttrici del gruppo-classe abbiamo provato a stimolare il gruppo a riflettere su se stesso, a capire il perché delle cose, a far comprendere come in un gruppo ogni comportamento possa essere letto come risposta alla situazione o ad altri comportamenti precedenti, a far pervenire il gruppo alla consapevolezza che i comportamenti sorti al

suo interno solo da esso possono essere modificati.

Com'è noto ogni gruppo subisce periodicamente dei blocchi nella circolarità, ovverosia, si instaurano resistenze e dinamiche difensive che gli impediscono di funzionare efficacemente come gruppo di lavoro e rischiano di cristallizzare le potenzialità della vita gruppale (Bion, 1961; Giori, 1998).

Il fenomeno che abbiamo osservato più frequentemente come difesa dalla nascita del gruppo è stato quello dell'agito, della "fuga" dalla possibilità di espressione e di riflessione sulle proprie emozioni attraverso continue richieste di lasciare la classe (per andare in bagno, al bar o per "prendere un po' d'aria"). Degno di nota a tal proposito, il fatto che, in alcune classi, i ragazzi rimanessero per tutto il tempo con i giubbotti indossati e gli zaini in spalla. E' spesso emerso in molti ragazzi un vissuto di disagio e di vergogna legato all'espressione delle proprie emozioni, sentite talvolta come segno di debolezza.

Le istituzioni educative, per come sono organizzate, sono contesti che non facilitano sempre la *crescita emozionale* dei giovani: il rendimento e i risultati rappresentano il principale, e spesso l'unico criterio considerato per la valutazione degli studenti, non prendendo nella giusta considerazione l'importanza complessiva dell'esperienza di vita (Adamo et al., 2003).

Talvolta l'agito si è manifestato sotto forma di aggressività espressa con litigi, battute sarcastiche sui compagni, attacchi reciproci e generalizzati o con la formazione di sottogruppi contrapposti in lotta tra loro ("Sembra che l'altra fila ci sfidi") o ancora con un'aggressione costante e concentrata verso un membro percepito come debole e trasformato in vero e proprio capro espiatorio ("Abbiamo avuto la sospensione di classe perché P. è immaturo", "Chi ha il sostegno viene sempre promosso").

Durante il percorso molti ragazzi hanno esternato un vissuto di confusione rispetto alle regole scolastiche, che sono apparse loro come incongruenti e/o contraddittorie (a volte severe altre indulgenti) e, al contempo, il bisogno del limite che, oltre ad avere una funzione di barriera di contenimento, permette lo sviluppo e la crescita.

"Lo stesso studente può essere turbato dal proprio comportamento sfrenato" e l'incapacità dell'insegnante "a imporgli dei limiti lo lascia

solo ad affrontare i propri sentimenti distruttivi. Se, quindi, l'insegnante fa in modo di stabilire precisi limiti e barriere, questo, in genere, produce un grande sollievo" (Salzberger- Wittenberg et al., 1983, p. 108).

Demotivazione o disinvestimento?

Il fenomeno della dispersione scolastica rappresenta un problema complesso che non si identifica unicamente con l'abbandono, ma si presenta con un complesso di manifestazioni quali i mancati ingressi, le bocciature, le frequenze irregolari, i ritardi rispetto all'età regolare, la qualità scadente degli esiti ecc. Esisterebbe una stretta correlazione tra dispersione scolastica e condizione socio- culturale della famiglia, irregolarità nella carriera scolastica, scollamento con la realtà extrascolastica nei suoi vari aspetti sociali, dinamiche soggettive dello studente che tende all'autoemarginazione e alla demotivazione (MPI, 2000).

La maggior parte dei ragazzi/e che hanno partecipato al progetto, più che da una tipologia sociale di appartenenza, sembrano accomunati da quel fenomeno definito come "marginalità scolastica", connotato da demotivazione, disaffezione, disinteresse, noia ecc., che innesca una lunga catena di insuccessi, in primo luogo l'insuccesso scolastico che contribuisce, a sua volta, a generare insuccesso individuale sul piano psicologico e sociale. Ci sarebbe, in altre parole, una stretta interrelazione tra disadattamento scolastico e disadattamento personale (MPI, 2000).

Alcuni sembrano arrivare al primo anno delle superiori già delusi, demotivati, con una storia di precedenti fallimenti scolastici, in bilico tra "rimanere e lasciare", altri sembrano solo aspettare i 16 anni per assolvere l'obbligo scolastico:

"S. dice che lui non è portato per lo studio. I professori alla scuola superiore bocchiano e quindi si crea selezione. In seconda, arrivano solo i "buoni"...".

"D. dice di essere stato sospeso e che ora fa di tutto per farsi sospendere di nuovo, aspettando i 16 anni e con essi il termine dell'obbligo scolastico".

"A. ha 17 anni. Dice di avere 10 materie da recuperare, è stata già bocciata due volte in terza media. Vorrebbe fare un corso di estetista o

parrucchiera”.

Altri invece vorrebbero studiare, andare avanti, ma anche loro sembrano essere penalizzati dalla confusione, dal caos generato in classe e “qualcuno si perde, si chiude”.

“G. ha 15 anni, è stato bocciato in terza media, dice di venire in questa scuola perché è facile. Anche R. dice che ha scelto la scuola per la sua facilità, aggiungendo che è facile perché non hanno i compiti a casa.”

“L. dice che non hanno i libri ma solo alcune fotocopie. A lui piace il mestiere, non la scuola. Vorrebbe studiare, ma qui non si fa niente”.

Paradossalmente gli stessi ragazzi che raccontavano di aver scelto un determinato indirizzo di studi per la sua facilità lamentavano il fatto di “non fare niente”, di non studiare abbastanza, di non avere compiti a casa o libri di testo. Chiedevano implicitamente e sicuramente con una buona dose di ambivalenza, di studiare di più, di imparare di più, che fosse richiesto loro da parte dei professori un maggior impegno.

Spostando l’attenzione dalla demotivazione, vista come tratto di personalità degli allievi, e ipotizzandola come il prodotto della relazione tra allievi e istituzione scolastica, si potrebbe forse riconoscere che rendendo i programmi sempre più leggeri, non pretendendo libri di testo o compiti a casa si sta comunicando agli studenti che non c’è nessun investimento, nessuna scommessa su un loro apprendimento. Ciò può avere una ricaduta negativa sull’autostima di ragazzi già così poco capaci di valorizzare la formazione data la loro precedente storia scolastica (Carli, 2003).

Volendo seguire Carli (2003, p. 157): “La soluzione potrebbe essere quella di stilare programmi sempre più impegnativi?”.

Conclusioni

Il ruolo dello psicologo nelle situazioni scolastiche come quella appena descritta sembrerebbe associabile alla funzione di un “oggetto transizionale” (Winnicott, 1951; Winnicott, 1971), ossia un “oggetto non-me”, portatore di un cambiamento e di un miglioramento della relazione allievo-insegnante e, dunque, “oggetto trasformativo” della

relazione stessa. Tale associazione nasce da una visione dello “spazio psicologico” quale area intermedia tra i ragazzi e gli insegnanti, luogo di mediazione di stati e contenuti affettivi.

E' possibile, infatti, riconoscere un'analogia tra le funzioni dello psicologo e quelle dell'*oggetto*: di *holding* (Winnicott, 1965), in quanto contenitori delle angosce e delle condizioni di malessere; di promotori di uno spazio intermedio tra il mondo interno dell'allievo e quello esterno della scuola.

Ciò favorisce l'attuarsi di “fenomeni transizionali”, regno del simbolico, della creatività e della parola, “*dove la parola non è un dato ma è una conquista: a partire dal silenzio, dall'urlo, dal gesto, dal chiasso*” (Melazzini, 2011, p. 168).

Ci è sembrato che, durante il percorso effettuato, i ragazzi abbiano apprezzato soprattutto la possibilità di verbalizzare e di veder riconosciute le proprie esperienze emotive, la possibilità di comprendere anche il punto di vista dell'altro (compagno o insegnante anche attraverso attività di *role-playing*), provando a *mettersi nei suoi panni* e così, attraverso un “gioco di specchi”, conoscere meglio se stessi.

“S. ha sempre accusato O. in quanto studioso, calmo e appartenente alla fila contrapposta. Oggi ci dice di aver capito il comportamento di O.. Qualche giorno fa è successo che era stranamente preparato per il compito in classe, così ha potuto sperimentare su di sé come si può sentire O. quando tutti lo chiamano ripetutamente affinché passi il compito senza lasciargli il tempo di pensare un attimo.”

Possiamo concludere che, in generale, il consolidamento del gruppo-classe e l'aumento della circolazione della comunicazione tra pari, ha generato piccoli ma significativi movimenti di attivazione, per cui, alcuni studenti hanno richiesto, grazie anche alla disponibilità dei propri docenti, di effettuare incontri extrascolastici finalizzati a colmare le lacune in alcune materie, mentre altri hanno deciso di organizzare assemblee di classe per discutere delle problematiche inerenti le regole scolastiche.

“La classe ha organizzato una assemblea durante la quale, senza fare tanto chiasso, si sono confrontati sulle regole che non rispettavano. Ora stanno provando a controllarsi a vicenda per far sì che vengano rispet-

tate... anche se è difficile”.

Ci è sembrato che nelle classi dove è stata data l’opportunità di contribuire alla definizione di norme comuni e negoziate, queste hanno avuto maggiore probabilità di essere rispettate e difese.

Bibliografia

- Adamo S.M.G., Giusti P., Valerio P. (2003) *Servizi di consultazione psicologica e di orientamento per studenti universitari: ambiti di intervento e percorsi formativi*, Atti del Convegno Napoli, Palazzo Serra di Cassano 19-20 marzo 1999
- Bion W.R. (1961) *Experiences in Groups and other Papers*, Tavistock Publications, London, trad. it. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.
- Carli R., Paniccia M.R. (2003) *Analisi della Domanda*, Il Mulino, Bologna
- Giori F. (1998) *L'esperienza educare per prevenire in Adolescenza e rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*, F. Giori (a cura di), Franco Angeli, Milano, 1998.
- Melazzini C. (2011) *Insegnare al principe di Danimarca*, C. Moreno (a cura di), Sellerio editore, Palermo, 2012.
- Ministero della Pubblica Istruzione (2000) *Analisi del contesto in La dispersione scolastica: una lente sulla scuola*, Roma, Giugno 2000, www.archivio.pubblica.istruzione.it.
- Salzberger- Wittenberg I., Williams Polacco G., Osborne E. (1983) *The Emotional Experience of Learning and Teaching*, Routledge & Kegan Paul, Great Britain, trad. it. *L'esperienza emotiva nel processo di insegnamento e di apprendimento*, Liguori Editore, Napoli, 1993.
- Winnicott D.W. (1951) *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali* in *Trough Paediatrics to Psycho- Analysis*, Tavistock Publications, London, 1958; trad. it. *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1965) *The Maturation Process and The Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*, The Hogarth Press and the Institute of Psycho- analysis, London; trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D.W. (1971) *Playing and Reality*, Tavistock Publications, London; trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.

Per una relazione autentica: uno sguardo alla determinazione ontologica dell'uomo.

di
*Sara Perna*¹

Si chiami homo perché è fatto di humus (Terra)
M. Heidegger

“La Cura mentre stava attraversando un fiume, scorse dal fango cretoso; pensierosa, ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La Cura lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la Cura pretese imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. Mentre la Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: “Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito. Tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso viva lo possiede la Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami homo perché è fatto di humus (Terra)”².

In questa fabula, che Heidegger riporta in *Essere e Tempo*, l'uomo è forgiato dalla Cura e ad essa appartiene per il tempo della sua vita. In tale senso la Cura non è intesa come un atto o una serie di atti ma l'essenza dell'essere-nel-mondo dell'uomo, dell'Esserci. Essa ha “un'apriorità esistenziale” per cui viene prima degli atti di cura: si situa prima di ogni

¹ Psicologa, formata come psicoterapeuta ad indirizzo antropo-trasformatore alla Scuola sperimentale per la formazione alla psicoterapia ed alla ricerca nel campo delle scienze umane applicate (Direttore Carlo Pastore), Esperta in Psicologia giuridica.

² M. Heidegger, *Essere e tempo*, Milano, Longanesi, 1976.

comportamento e di ogni situazione in cui l'Esserci si trova³.

La Cura è un esistenziale, e in quanto tale definisce l'umanità dell'uomo. Senza Cura, non vi è umanità. Dal suo primo sguardo sul mondo, ciascuno si trova nella condizione esistenziale di appartenere alla Cura. Se noi siamo plasmati dalla Cura, se siamo esistenzialmente Cura, non possiamo certamente dipendere dagli atti di cura⁴.

Dunque il tentativo di Cura fallisce a priori dato che qui non lo intendiamo come atto, ma come un esistenziale. La rivelazione dell'Esserci come Cura implica che l'Esser-ci in quanto con-esserci si rapporta al mondo secondo le determinazioni del *prendersi cura* e dell'*aver cura*. L'*aver cura* è "l'incontro (autentico) col con-esserci degli altri nel mondo", distinto dal *prendersi cura* inteso come l'*esser presso* le cose, che riduce l'altro a un "utilizzabile", lo sottopone secondo Levinas a uno "sguardo totalizzante", molto più semplicemente, non lo rende una "cosa" come afferma Buber⁵.

Se io *ho cura* di me e ho cura di *aver cura* di me, allora mi "pre-occupo"⁶ dei miei comportamenti e di tutte le situazioni in vengo a trovarmi. Ancora se ho cura di me e degli altri allora considero me, iscrivo me e allo stesso modo gli altri di cui ho cura nella molteplicità delle possibilità dei modi di essere dell'esserci. La dimensione dell'*aver cura* schiude quindi l'esistenza dei singoli membri, ne definisce il poter-essere, ossia la progettualità esistenziale. Nel momento in cui *mi prendo cura* sto inevitabilmente facendo riferimento ad un oggetto, quindi *prendendomi cura* di una persona ne sto negando l'esistenza.

"La vita dell'essere umano [...] non consiste soltanto in attività che hanno un qualcosa per oggetto. Percepisco qualcosa. Provo qualcosa. Mi rappresento qualcosa. Voglio qualcosa. Sento qualcosa. Penso qualcosa. [...] cose di questo genere insieme, fondano il regno dell'esso. Ma il regno del tu ha un altro fondamento. Chi dice tu non ha alcun

³ Ibidem.

⁴ Questa è la condizione in cui viene a trovarsi il neonato che dipende dagli atti di cura della madre.

⁵ M. Buber, *Il principio dialogico e altri saggi*, Milano, San Paolo, 1993, p. 27.

⁶ Uno dei significati originari di cura è proprio quello di pre-occupazione spiega M. Conte, ne "La cura come esistenziale pedagogico", in *Encyclopaedia*, 2001.

qualcosa per oggetto. Poiché dove è qualcosa, è un altro qualcosa; ogni esso confina con un altro esso; l'esso è tale, solo quando confina con un altro. Ma dove si dice tu, non c'è alcun qualcosa. Il tu non confina. Chi dice tu non ha alcun qualcosa, ma sta nella relazione⁷.

Aver chiaro questo, come professionisti psicoterapeuti, è uno degli aspetti indiscutibili della terapia col paziente. Se io ho cura del paziente, si schiuderanno di fronte una ampia gamma di possibilità dei modi di essere di quella persona e questo permetterà di guardare più chiaramente nella sua progettualità. Questa essenziale e sostanziale distinzione tra *aver cura* e *prendersi cura* potrebbe evitare molte delle controversie e di quelle ambiguità di cui spesso risultano vittima nostre relazioni.

La cura, il rispetto, l'amicizia, l'amore dovrebbero essere rappresentanti di legami saldi, e pure le istituzioni pubbliche dovrebbero poggiare su un rapporto di fiducia sociale schivo di qualsiasi forma di conflitto di interesse. Invece proprio le istituzioni sembrano fondarsi sulla competizione e la brama di dominare gli uni sugli altri e tutto questo genera spiacevoli incombenze. Infatti come osserva Virginia Held, si tende a considerare innovativo soltanto ciò che ha a che fare con il governo e la produzione. Invece, se si riuscisse a guardare alla convivenza umana, alla luce di quanto detto, potremmo riconoscere una nuova centralità, quella del rapporto fra la persona capace di cura materna e il bambino che, molto più della competizione e del dominio sugli altri, è relazione dell'orizzonte specificamente umano⁸.

Infatti aver cura dell'esistenza porta con sé un desiderio di trascendenza, di oltrepassare una situazione data per porsi di fronte al possibile, a ciò che autenticamente rappresenta il proprio poter essere; aver cura è, in questa prospettiva, "farsi soggetti capaci di generare mondi"⁹. La componente generativa dell'aver cura è evidente nella matrice etica della cura materna, che non si limita a far nascere biologicamente il figlio, ma lo fa nascere in quanto soggetto, portatore di possibilità di esistenza che vanno tutelate e promosse¹⁰.

L'agire materno "sufficientemente adeguato" rappresenta un vero e

⁷ Ibidem, p. 60.

⁸ V. Held, *Etica femminista. Trasformazioni della coscienza e famiglia post-patriarcale*, Milano, Feltrinelli, 1997.

⁹ L. Mortari, *aver cura della vita della mente*, Firenze, La nuova Italia, 2002.

¹⁰ Ibidem

proprio versante di riflessione sull'etica pubblica, nella misura in cui questa si muove nella direzione di promuovere la vita e le possibilità di chi viene al mondo¹¹.

È risultato sostanziale tenere presente questa differenza nella terapia con i pazienti, tuttavia questo è solo uno degli aspetti da tenere in considerazione nella relazione terapeutica. Sono specializzata in psicoterapia ad indirizzo antropologico trasformazionale. Tale orientamento individua un inedito dispositivo di cura: il soggetto collettivo curante. La caratteristica specifica di quest'approccio, che discende dal lavoro di pratica sociale e di ricerca clinica di psicologi e di psichiatri all'interno dei servizi di salute mentale, sta nell'utilizzo di una "terapeuticità" diffusa, collettiva, transindividuale. Sicuramente è importante non essere l'unico titolare della "terapeuticità" del processo di cura, nel senso di una collaborazione tra altre figure professionali. Ma indubbiamente questo non basta. Colgo con piacere l'invito di G. Buonaiuto rispetto ad una sensibilizzazione tra vari detentori del sapere¹².

Credo fermamente che bisogna essere inclini alla pluralità, anziché solidificarsi e dogmatizzarsi in un sistema di dottrine; bisogna lasciare ampi margini per ulteriori sviluppi e per un costante arricchimento, perché solo con feconde contaminazioni possiamo riuscire umilmente ad essere autentici professionisti. Non si smette mai di formarsi, di apprendere, di confrontarsi: la mia esperienza mi insegna che con una forte indipendenza e creatività si possono elaborare efficienti prospettive. Si ricordi che nemmeno i più stretti allievi, collaboratori e assistenti di Husserl, come Edith Stein o Eugen Fink, addirittura Martin Heidegger, possono essere definiti husserliani¹³.

¹¹ H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Torino, Einaudi, 1990.

¹² G. Buonaiuto, *Il contratto in terapia. Guida pratica per il primo approccio con il paziente*, Milano, Ferrari Sinibaldi, 2013.

¹³ Per chi vuole approfondire legga *Storia della fenomenologia*, Antonio Cimino e Vincenzo Costa, Roma, Carocci, 2012.



grauseditore

titolo **andrea - oltre il pantalone rosa**
autore **teresa manes**
collana **zeta generation**
formato **13,50 x 19**
pagine **88**
prezzo **€14,00**
uscita **novembre 2013**
isbn **978-88-8346-444-7**

il libro "Andrea è uno dei capitoli della mia vita, il più bello, quello la cui fine non vorrei mai leggere, ma è finito": sono queste le parole di una madre che ha perso suo figlio. Andrea Spezzacatena si è impiccato lo scorso 20 novembre nella sua casa di Roma. Fiumi di inchiostro sono stati spesi per la scomparsa "del ragazzo dai pantaloni rosa"... Questo è il racconto doloroso, straziante, a volte delirante ma sempre attento ad ogni sfumatura, della perdita di una madre; la ricostruzione di quegli attimi; la difesa di chi non poteva più difendersi; il tentativo di comprendere e di aiutarsi; la speranza che questo possa aiutare altri.

l'autore TERESA MANES nasce il 10 febbraio 1969 a San Giovanni in Fiore, un piccolo paese della Calabria; è cresciuta a Crotona, come una figlia, da una coppia di zii. A 18 anni si trasferisce a Roma dove consegue, dopo la maturità classica, la laurea in Giurisprudenza presso l'Università La Sapienza e si sposa. Dal matrimonio nascono Andrea e Daniele. Attualmente è impegnata in progetti per la prevenzione del bullismo e del disagio giovanile.

www.grauseditore.it
info@grauseditore.it

sede di napoli:
9, piazza san domenico maggiore
palazzo sansevero
80134 napoli
tel +39.081.7901211
fax +39.081.4202927

sede di roma:
1055, via tuscolana
palazzina 59, cinecittà studios
00173 roma
tel.
+39.06.72293755

Psicologia Giuridica:13 variazioni sul tema

di
*Lucia Sarno**

È il libro è a cura del collega Dott. Leonardo Abazia e si avvale della preziosa collaborazione di numerosi colleghi che hanno vissuto l'esperienza formativa dell'Istituto Campano di Psicologia Giuridica e che con lui condividono lo studio e la riflessione critica su queste tematiche.

Possiamo dire che è una proposta di approfondimento e riflessione di tematiche sia per chi già sa dell'argomento ma soprattutto per chi vuole sapere del coraggioso incontro tra il linguaggio giuridico e quello psicologico clinico. e di come la Psicologia sia sempre più entrata nel mondo che era solo del Diritto, rimettendo al centro dell'attenzione l'uomo, la sua complessità psico-affettiva e la sua storia.

Nella prima parte il testo ci guida e ci fa addentrare nel mondo dell'infanzia troppo spesso negata nelle lotte delle separazioni coniugali, nei maltrattamenti e negli abusi subiti, nelle complesse peripezie esistenziali che si trovano ad affrontare i minori tra migrazioni, carceri, affidi e adozioni fino alle devianze giovanili e alle patologie culturalmente determinate dell'est asiatico e ci chiarisce l'importanza di un corretto ascolto del minore in termini metodologici, giuridici e psicologici.

Nella seconda parte il testo si sofferma ed approfondisce specifiche tematiche che riguardano gli aspetti psicopatologici e la valutazione della personalità, il mobbing e la valutazione del danno, il gioco d'azzardo e lo stalking. Nella disamina di ognuno di esse l'autore ne analizza le ricadute giuridiche spaziando dalla prevenzione alla pena e coniugando, con maestria, linguaggi così differenti quali quello psicologico e quello giuridico.

In questo senso la clinica psicologica si arricchisce di elementi di

* Psicologa analista A.I.P.A. (Associazione Nazionale Psicologi Analisti). Tesoriere dell'Ordine Psicologi Campania.

realità socioculturali preziosi nella lettura fenomenologica dell'uomo e della sua storia personale e sociale, senza prescindere dall'assetto normativo Giuridico che, in questa nuova ottica, pur restando aderente al concetto di pena lo rilegge con l'imprescindibile l'ausilio della Psicologia .

Chiude il libro una riflessione sulla Psicologia Giuridica da parte del Presidente dell'Associazione Nazionale Mamme e Papà Separati, che è una testimonianza di una esperienza personale ma anche collettiva perché riguarda molti e ci riguarda tutti come cittadini del nostro tempo e che ci segnala cambiamenti sociali culturali e dell'assetto familiare che nessuno di noi può ignorare né tantomeno la Psicologia Giuridica.

In questo senso va un ringraziamento e un riconoscimento al Dott. Leonardo Abazia che con il suo libro mantiene vivo e dinamico l'interesse e la riflessione sulla Psicologia Giuridica e su i suoi innumerevoli ed articolati campi di applicazione.

