

Psicologi & Psicologia

anno XIII - n.11 - Mar. 10 **in Sicilia**



Il contributo degli Psicologi siciliani

The 11th European Congress of Psychology
Oslo, Norway 7-10 July 2009



Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia

Nota Editoriale

L'11° Congresso europeo degli psicologi, che si è tenuto ad Oslo dal 7 al 14 luglio 2009, ha rappresentato per la Comunità degli psicologi siciliani un importante e significativo momento di qualificata presenza attiva. Tutto ciò è stato caratterizzato da numerosi interventi preordinati, inseriti nel programma del Congresso, presentati da colleghi iscritti all'Ordine siciliano.

Il Consiglio dell'Ordine della Sicilia, su proposta del Presidente Fulvio Giardina, per promuovere l'attività di ricerca e la partecipazione ad avvenimenti internazionali da parte degli iscritti all'Ordine siciliano, ad ottobre 2008 ha deliberato di sostenere le spese relative alla quota di iscrizione ed al viaggio aereo A/R per quei colleghi che presentassero una relazione, accettata dalla segreteria scientifica, al Congresso di Oslo.

L'iniziativa di promozione professionale ha suscitato molto interesse e trenta colleghi hanno partecipato al congresso di Oslo presentando originali e significati contributi ritenuti validi sia sul piano scientifico che esperienziali.

Al fine di far conoscere a tutti i colleghi siciliani tali contributi è stato ritenuto opportuno utilizzare il nostro notiziario come veicolo di condivisione. Questo numero, infatti, è interamente dedicato alla pubblicazione di un'ampia sintesi delle relazioni pervenute, presentate al congresso di Oslo.

Il Coordinatore Editoriale
Roberto Pagano



ANNO XIII - NUMERO 11

Aut. Trib. di Palermo, n° 29/98
del 17/19-11-1998

REDAZIONE:

Viale Francesco Scaduto, 10/B
90144 Palermo
Tel. 091 6256708 - 840500290
Fax 091 7301854
www.oprs.it
e-mail: redazione@oprs.it

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Bozzaro

COORDINAMENTO EDITORIALE

Roberto Pagano

CHIUSO IN REDAZIONE

il 23 Marzo 2010

IMMAGINE DI COPERTINA

Sede del Congresso di Oslo

GRAFICA & IMPAGINAZIONE

We-group
Sede legale: via R. Franchetti, 18/A
95100 Catania
Tel. 095 503584 - Fax 095 437657
www.wegroupsrl.com
e-mail: grafica@wegroupsrl.com

STAMPA

We-group s.r.l.

**IN ALLEGATO A QUESTO NOTIZIARIO
TROVERETE:**

- Psicologi&Psicologia in Sicilia News
- L'adesivo con la composizione del Consiglio da applicare nello spazio riservato nell'agenda 2010

Sergio S. Amico, Salvatore Noè “Creatività Biologica”: un modello teorico centrato sull’aspetto evolutivo dell’esistenza e del comportamento umano	pag. 4
Sergio S. Amico, Giuseppa Polizzi SOGNO VIGILE ESPLORATIVO INDOTTO E ORIENTATO Descrizione di una metodologia psicoterapeutica	pag. 6
Elisabetta Carbone, Daniela Tortolani LA SAND PLAY THERAPY: UN VIAGGIO ATTRAVERSO L’INCONSCIO	pag. 8
Giuseppe Castro, Daniel Lina Mancuso Afasia Primaria progressiva: Descrizione di un caso clinico	pag. 10
Elena Consoli L’Approccio Centrato sulla Persona nella Medicina dei Trapianti D’Organo	pag. 12
Umberto Crisanti, Antonella Manno LA MAGIC BOX: UN INTERVENTO DI EMOTIONAL INTELLIGENCE A SCUOLA	pag. 14
Simona Corinna Gugliotta, M. La Rosa Il funzionamento “limite” al test di Rorschach: ipotesi cliniche	pag. 16
Mario Gulli Colapesce: L’importanza delle fiabe nella psicologia del profondo	pag. 18
Marco Lipera Action research nel mondo dei meninos de rua	pag. 20
Daniel Lina Mancuso, Giuseppe Castro Demenza frontotemporale con SLA: descrizione di un caso singolo	pag. 22
Giuseppe Maniaci Alexithimia, Stress e Supporto Sociale nei pazienti con Orticaria Cronica	pag. 24
Marino Rosaria I disturbi dell’apprendimento: il gruppo fiaba	pag. 26
Vincenzo Messineo Fuori dal setting, nuove funzioni della psicologia.	pag. 28
Antonio Narzisi, Rosy Muccio Intelligenza emotiva e rischio di burnout negli operatori che lavorano con i tossicodipendenti	pag. 30
Sergio Oteri, Angelida Ullo Dialisi e trapianto renale in pazienti pediatriche: affetti, emozioni, rappresentazione identitaria e immagine corporea.	pag. 32
Mariano Pizzo Il Modello Pluralistico Integrato (MPI) di intervista di selezione: descrizione di una esperienza professionale.	pag. 34
Antonio Prestidonato, Cristina Lanzarone, Maria Manto MODIFICAZIONI COMPORTAMENTALI NEI GRAVI OBESI DOPO INTERVENTO DI BENDAGGIO GASTRICO	pag. 36
Laura Rugnone PSICHE-SOMA-TÈCHNE: una integrazione mancata	pag. 38
Salvatore Scardilli MAPPE COGNITIVE UTILIZZO DELLE MAPPE MENTALI NELLA PSICOTERAPIA	pag. 40
Marinzia Sciuto La qualità nei servizi pubblici: un approccio psicologico	pag. 42
Massimiliano Terzo, Benedetto Tumminello Fattori psicologici in pazienti cardiopatici ischemici giovani: Uno studio empirico	pag. 44
Angelida Ullo, Sergio Oteri, E. Aguglia, C. Amato Fibromialgia e Depressione: analogie e differenze cliniche	pag. 46
Graziella Zitelli For football fan and not against! Tifo PRO! Progetto per l’educazione ad un tifo non violento rivolto a giovani tifosi	pag. 48
Santa Muscuso L’ELABORAZIONE DI UNA NUOVA CATEGORIA DEL DANNO RISARCIBILE ECONOMICAMENTE: DANNO ESISTENZIALE	pag. 50

“Creatività Biologica”: un modello teorico centrato sull’aspetto evolutivo dell’esistenza e del comportamento umano

Sergio S. Amico - psicologo, Salvatore Noè - psicologo



La “Creatività Biologica” rappresenta il concetto nucleare di un modello **evolutivo**, che riguarda l’indivisibile unità della vita: gli **esseri viventi** in generale e l’**essere umano** in particolare. Tale modello teorico è centrato sulla **necessità creativa** dell’evoluzione. Senza gli aspetti innovativi, creativi, non avremmo evoluzione ma soltanto un semplice e lineare sviluppo, cioè qualcosa che procede seguendo uno schema già tracciato.

L’**innovazione** nasce come risposta alle difficoltà che sorgono lungo il cammino evolutivo. Ritroviamo questo schema (l’associazione crisi -> innovazione) anche nei processi di **miglioramento continuo** della Qualità, i quali procedono attraverso il fronteggiamento e la risoluzione delle “**criticità**” emergenti.

Il vivere è evoluzione, è un processo dinamico, come il camminare. Il camminare è infatti una sorta di squilibrarsi controllato e continuo al quale segue un ripristino dell’equilibrio in una nuova posizione, e tali oscillazioni, progressivamente ci avvicinano alla meta.

L’evoluzione è un alternarsi di ordine ed entropia, governato da un processo di tipo omeostatico, che mantiene quest’oscillazione equilibrata.

L’Omeostasi – lo ricordiamo - è un processo che realizza l’adattamento ripristinando le condizioni ottimali, l’equilibrio, attraverso “**circuiti**” già esistenti, che limita entro specifici ambiti fisiologici le fluttuazioni di vari elementi variabili, garantendo così una stabilità dinamica.

Volendo considerare il ruolo centrale dell’adattamento nello studio degli organismi viventi, dobbiamo riconoscere grande merito ad **Hans Selye**, che già nel 1936 aveva visto nel modo in cui si attiva il comportamento umano, quella che lui stesso ha denominato “**Sindrome Generale di Adattamento**”, focalizzando il concetto di Stress come risposta dell’organismo nell’adattarsi

alle sollecitazioni cui viene sottoposto.

L’eredità di Selye è stata raccolta dalla **PsicoNeuroEndocrinologia** (PNEI), che rappresenta un importante filone di ricerca contemporaneo. La **PNEI** si configura come un nuovo paradigma che si colloca in una prospettiva **olistica** e che arricchisce la preesistente concezione “psicosomatica”, attraverso più incisive evidenze scientifiche. Si tratta di una visione sistemica dell’organismo umano, dove la psiche si ritrova in costante relazione con quei sistemi di regolazione fisiologica che sono i principali sistemi adattivi dell’organismo: il Sistema Nervoso, il Sistema Neuro Endocrino ed il Sistema Immunitario.

Infatti, ogni sfida che perturba l’equilibrio dell’organismo sollecita immediatamente delle reazioni regolative che sono neuropsichiche, emotive, locomotorie, ormonali e immunologiche.

La PNEI ci propone, grazie all’americano **Bruce McEwen**, un nuovo modo di intendere lo stress negativo (il distress) inquadrandolo come **sovraccarico allostatico**. (per approfondimenti: www.sipnei.it).

L’**allostasi** è la capacità di mantenere la stabilità dei sistemi fisiologici, essenziali per la vita, per mezzo del cambiamento. È l’adattamento che si realizza tramite il cambiamento, determinando nuove condizioni di equilibrio. (Bruce McEwen – “The end of stress as we know it” - 2002)

L’obiettivo del processo allostatico è più ampio di quello dei processi omeostatici: è la fitness dell’intero sistema rispetto alle sollecitazioni poste dall’ambiente. Qui giocano un ruolo cardine le capacità del cervello di regolare gli equilibri: biologici, fisiologici e comportamentali.

Se l’organismo è sottoposto a sfide ambientali che ne minacciano l’esistenza, a sollecitazioni talmente insidiose che non riesce a controbilanciare con i semplici processi omeostatici, allora attiva un processo allostatico. Quando

questa attivazione allostatica riesce a fronteggiare e dominare la minaccia, o comunque a determinare un nuovo equilibrio, l’organismo esce dal processo allostatico con un adattamento nuovo, inedito, che ne preserva la sopravvivenza (evoluzione).

Il processo allostatico comporta uno stato di allerta, denominato carico allostatico, che può essere mantenuto per periodi di tempo contenuti, conseguendo i suddetti risultati adattivi, ma che può anche diventare cronico e costituire così uno stato di continua attivazione caratterizzato da instabilità, che prende il nome di sovraccarico allostatico (= distress). Ciò si verifica quando il processo allostatico entra in tale condizione di sovraccarico per incapacità a risolvere la sollecitazione e quindi a ridurre la tensione.

Accogliendo la teorizzazione di **Maturana e Varela** (“Autopoiesi e cognizione”, 1985), l’organismo vivente è concepibile come un sistema autopoietico, cioè un sistema autonomo che tende ad auto-regolarsi, dotato di capacità di auto-organizzazione, che evolve a partire da se stesso. I **sistemi autopoietici** reagiscono alle perturbazioni tendendo a ripristinare gli equilibri, giungendo quindi ad attivare gli opportuni processi omeostatici e/o allostatici, arrivando al punto di dover modificare la propria organizzazione per far fronte alle sollecitazioni più importanti ed insidiose.

Quando un essere umano percepisce un problema, un’avversità, sperimenta una tensione, avvertita interiormente come fastidiosa, che lo porta a cercare una “soluzione” che, se conseguita, possa “risolvere” tale tensione (Freud lo aveva chiamato “Principio di costanza”).

Possiamo facilmente riscontrare che oltre a cercare una soluzione l’individuo può anche tendere ad evitare l’avversità. Quindi dall’attivazione possono scaturire due differenti percorsi, uno alimentato

da una motivazione di approccio, pro-attiva, alla ricerca di una soluzione pratica, l'altro sostenuto da una motivazione di evitamento, focalizzata più sugli aspetti emotivi da evitare, piuttosto che verso il fronteggiare l'avversità: approccio ed evitamento rappresentano le due tendenze motivazionali di base. Entrambi sono attivati da un conflitto di fondo che si configura come desiderio o come timore; tale conflitto rappresenta uno squilibrio motivazionale che si traduce in un'attivazione comportamentale.

Seguendo il "principio di costanza" l'individuo, a fronte di qualsiasi evento "perturbante", attiva il proprio comportamento al fine di riequilibrarsi.

Dovendo trovare soluzioni innovative, attiviamo il "**pensiero divergente**" e contemporaneamente smorziamo il "**pensiero critico**", per dare così spazio alla creatività, che può fornirci idee nuove. Ciò rende più instabile il sistema cognitivo e questa "entropia della mente" può, se diventa eccessiva, far tracollare il sistema compromettendone l'equilibrio mentale (distress, trauma psichico).

In chiave evolutiva umanistica, le avversità sono occasioni di crescita, nella misura in cui vengono affrontate con l'opportuna "**resilienza**", cioè con la capacità di far fronte alle difficoltà della vita, superarle e uscirne rinforzato o, addirittura, trasformato. In questa prospettiva l'evoluzione rappresenta una soluzione che si caratterizza come migliore adattamento e buona stabilità (innovazione).

L'essere umano, al livello cognitivo e comportamentale, confrontandosi continuamente con le richieste e con le risorse del proprio ambiente (sia esterno, sia interno) e seguendo il proprio "slancio vitale", agisce tendendo a ripristinare un equilibrio, che è naturalmente un po' instabile. Infatti oscilla seguendo le due tendenze contrapposte che possiamo ricollegare ai concetti di ordine ed entropia ed anche all'alternanza del pensiero convergente e divergente.

In sintesi: Fronteggiando le sfide quotidiane l'essere umano evolve, attraverso un respiro dialettico fra **ordine** ed **entropia**, attivando il pensiero divergente e creativo per trovare soluzioni nuove a nuove sfide.

Traslando tale modello sul piano biologico possiamo ipotizzare che gli errori di trascrizione genetica (entropia cellulare) aumentino strategicamente quando il sistema è posto sotto stress (sovracca-

rico allostatico), non per una sorta di alterazione da esaurimento, quanto per una ricerca di soluzioni innovative in un contesto di emergenza protratta (vogliamo qui ricordare che errare significa anche viaggiare, espandersi – oltre che sbagliare).

Il processo biologico che comporta la selezione di ceppi di batteri resistenti ai farmaci antibiotici, segue un principio simile: innescato dalle avversità, attraverso mutazioni genetiche, determina la formazione di caratteristiche biologiche innovative, che possano "risolvere", neutralizzandola, l'efficacia del farmaco avverso.

La strategia biologica che volge alla ricerca della soluzione dei problemi, sembra contemplare, negli esseri umani, una prima fase di reazione alla sfida ambientale, ordinaria e focalizzata e, in caso di inefficacia, l'attivazione del sistema dello stress. Ciò, inizialmente, comporta un'iperattivazione del sistema immunitario che prepara l'organismo ad un confronto (anche violento) col "nemico". Ma se lo stato di attivazione non raggiunge il suo obiettivo originale, cioè se non riesce a ripristinare uno stato equilibrato, allora si viene a determinare uno squilibrio, una **disregolazione**, e ciò porta il sistema in uno stato di aumentata **vulnerabilità** (sovraccarico allostatico) caratterizzato anche da **immunosoppressione**.

La ricerca di una soluzione determina un aumento dell'entropia del sistema: quanto più un organismo è "sotto stress", tanto più questo suo squilibrarsi potrà determinare un tracollo. Ne deriva che tutte le strategie e le tecniche "anti-stress" giocano un ruolo genericamente protettivo.

Gli errori di trascrizione genetica nella riproduzione cellulare possono diventare così preponderanti da generare un tessuto anomalo (carcinogenesi) che si sviluppa con l'avallo di un sistema immunitario sottotono, complice l'immunosoppressione da stress (S. Cohen, 1991 – in D. Lazzari, 2007). Tale ridotta efficacia del Sistema Immunitario appare strategicamente necessaria per consentire alle "nuove nate" di proporsi come "soluzione innovativa".

Le ricerche fatte in ambito PNEI, su persone ammalate di cancro, riportano differenze significative a vantaggio dei gruppi sperimentali istruiti nell'uso di tecniche antistress (rilassamento, meditazione, visualizzazioni, ecc...), ciò tende

a confermare l'ipotesi di un ruolo significativo del sovraccarico allostatico nell'evoluzione dei tumori. Sempre più numerosi sono infatti gli studi che evidenziano come lo stress "... aumenta l'incidenza del cancro e ne peggiora la prognosi" (F. Bottaccioli in PNEI 03/09 p.6)

Il binomio "**Creatività Biologica**" vuole rappresentare l'idea di fondo che il principio organizzatore principale del mondo biologico possa essere l'evoluzione creativa. Quindi che la tendenza **autopoietica**, cioè quella di un'auto-regolazione costantemente orientata al miglioramento, dia alla sofferenza ed agli errori in generale, un valore positivo, di attivazione, che promuove l'innovazione attraverso uno sforzo creativo (confermando l'associazione **crisi** - > **innovazione**).

Le manifestazioni patologiche, sia somatiche che psichiche, quindi appaiono essere non tanto dei "capricci della natura" quanto dei "**processi sensati**" (come li chiama il Dr. Hamer), cioè processi che tentano di risolvere la crisi mirando al **ripristino dell'equilibrio perduto**.

Il modello della "Creatività Biologica" scaturisce da un'intuizione che può e deve essere ulteriormente elaborata. Noi speriamo di essere riusciti a trasmettervi, con questa breve esposizione sommaria, degli elementi di novità sui quali riflettere e fare ulteriori ricerche.

BIBLIOGRAFIA

- **Bergson, Henri** - L'evoluzione creatrice 2002 Raffaello Cortina Editore.
- **Bottaccioli, Francesco** - Il sistema immunitario: la bilancia della vita 2008 tecniche nuove – Milano.
- **Bottaccioli, Francesco** - Psiconeuroendocrinoimmunologia 2005 Studio Red – Milano.
- **Bottaccioli, Francesco** - Geni e comportamenti. Scienza e arte della vita 2009 Studio Red Milano.
- **Lazzari, David** - Mente & Salute 2007 - Franco Angeli – Milano.
- **Lazzari, David** - La «Bilancia dello Stress» 2009 - Liguori Editore Napoli.
- **Maturana, H.R.** - Varela, F.J. - Autopoiesi e cognizione 1985 Marsilio - Venezia.
- **Scrimali, Tullio** - Entropia della mente ed entropia negativa 2006 Franco Angeli – Milano.

SOGNO VIGILE ESPLORATIVO INDOTTO E ORIENTATO

Descrizione di una metodologia psicoterapeutica



Sergio S. Amico - psicologo, Giuseppa Polizzi - psicologo

*Poniti dinanzi agli eventi
come un bambino,
e sii pronto ad abbandonare
ogni preconetto vai umilmente
ovunque e in qualunque abisso
la Natura ti conduca:
o non apprendrai nulla.*

Aldous Huxley

Il Sogno Vigile Esplorativo Indotto e Orientato (**SVEIO**) è una tecnica immaginativa - utilizzabile sia in psicoterapia sia in percorsi di evoluzione personale - compatibile con vari approcci psicologici, in particolare con quelli che si collocano in un'ottica transpersonale.

Si utilizza uno stato di coscienza non ordinario, ovvero uno stato ipnagogico, di profondità sufficiente a far affiorare visualizzazioni significative (Sogno Vigile). Ciò consente di esplorare (Esplorativo) contenuti psichici del cliente che altrimenti non sarebbero accessibili (Indotto) attraverso messaggi del terapeuta che indicano principalmente direzioni e contenuti generici (Orientato) piuttosto che tematiche specifiche.

Si applica in un setting individuale poiché l'uso in contesti di gruppo, con la conseguente perdita del feedback interattivo individualizzato, non consentirebbe un adeguato orientamento.

Presenta alcune attinenze con altre tecniche di imagery, come ad esempio il Training Autogeno superiore di Schultz, il Rêve-Eveillè-Dirigé (R.E.D.) di Desoille, l'oniroterapia, le visualizzazioni guidate. Da queste tecniche si discosta in maniera decisiva per il suo collocarsi in un'**ottica transpersonale**, cioè all'interno di un paradigma che considera possibile l'esistenza di una parte spirituale dell'essere umano che sopravvive alla morte

del corpo fisico e che può successivamente reincarnarsi.

Si differenzia anche da molte altre tecniche immaginative, di stampo **assertivo-propositivo**, poiché segue uno stile **immaginativo-esplorativo** che mira, cioè, a fare emergere le immagini "spontaneamente", dall'interno della psiche. Il metodo è quindi tendenzialmente rispettoso, in chiave maieutica, dei temi e dei tempi di maturazione del cliente, riconoscendo che le risorse di cui egli ha bisogno risiedono nella sua storia, personale e transpersonale.

Il terapeuta predispone un contesto relazionale atto a facilitare una produzione immaginale significativa (**Esplorativo, Indotto e Orientato**) in modo tale che il cliente, attraverso le proprie visualizzazioni (**Sogno**) connetta la sua coscienza (**Vigile**) con immagini e con emozioni significative, alle quali seguirà una elaborazione che spesso trova luogo già durante la fase esplorativa, raggiungendo importanti esperienze di abreazione catartica.

La descrizione che oggi presentiamo vuole dimostrare la validità scientifica di una prassi metodologica, di fatto già esistente, che stenta ad essere accettata nel panorama delle tecniche psicoterapeutiche accreditate e che, proprio per questo, viene utilizzata senza garanzia di professionalità, da operatori di formazione variegata e spesso non controllata: stiamo parlando dell'**Ipnosi Regressiva**.

Tale pratica trova i suoi albori in oriente già da parecchi decenni, mentre in occidente, a partire dai pionieri più conosciuti, come Thorwald Dethlefsen (1974) in Germania, Bruce Goldberg (1982) e Brian Weiss (1988) negli USA, Manuela Pompas (1987) ed Angelo Bona (2003) in Italia, si affaccia in tempi a noi più vicini, con una maggiore diffusione avvenuta

negli ultimi vent'anni.

L'Ipnosi Regressiva, fa emergere scenari inaspettati che, venendo alla luce, offrono risultati straordinari. Ciò sta determinando una diffusione tale da suggerire una revisione dei paradigmi utilizzati fino ad ora dagli psicoterapeuti professionisti.

Tutti gli psicoterapeuti sanno che esistono soggetti che nonostante i lunghi anni di psicoterapia, di qualunque indirizzo, rimangono refrattari ai cambiamenti e che nonostante le analisi fatte nei minuziosissimi dettagli, il problema di base sembra immutabile o si ripete sotto mentite spoglie. In chiave transpersonale, la ripetizione si configura come strumento per l'evoluzione dell'anima - sostenuta dall'inquietudine - come ricerca di una soluzione evolutiva.

Il fatto è che, fino a quando non si comprende dove porta la ripetizione, ovvero, in chiave junghiana, "da quale archetipo siamo posseduti", non ci sarà possibilità di cambiamento.

La ricerca psicoterapeutica può, grazie alle tecniche di stampo ipnotico, varcare i confini dell'esistenza attuale sfociando 'in altri luoghi ed in altri tempi', lungo un percorso dell'anima che si mostra molto più ampio di quanto non appaia ad una prima visione superficiale. L'esplorazione avviene anche grazie ai suggerimenti del terapeuta rispetto ai movimenti sull'asse del tempo (time line) - "vai avanti", "vai indietro" - che prendono il posto dei classici movimenti, di ascensione e di discesa, previsti nella tecnica di Desoille (R.E.D.) e che comportano una reale capacità del soggetto di viaggiare mentalmente nel tempo e di varcare, così facendo, anche i confini della propria nascita.

Attraverso le immagini del Sogno Vigile è possibile recuperare non solo eventi della storia personale del sog-

getto, ma anche contenuti che possono, in qualche modo, far ipotizzare l'esistenza di vite precedenti.

In cosa consiste questa metodologia e come si attua?

Il setting, individuale, prevede un ambiente sufficientemente tranquillo, dove il cliente possa stare in posizione adatta al rilassamento (poltrona comoda - meglio se reclinabile - o lettino), con il terapeuta a fianco (posizione di supporto). E' bene dotarsi di una coperta, considerato che il rilassamento può comportare la necessità di ulteriore copertura del corpo.

I soggetti devono essere di norma maggiorenni (sono trattabili - con adeguata cautela - anche giovani a partire dai 16 anni con sufficiente equilibrio e strutturazione dell'io, previo consenso genitoriale), non psicotici e non borderline, non in fase di depressione maggiore. In sostanza, l'io deve essere in grado di reggere la portata delle immagini emergenti e di produrre un'adeguata elaborazione analitica.

Il terapeuta, dunque, non ordina dall'esterno al soggetto ciò che deve fare o credere, bensì lo aiuta nella ricerca di quelle sue risorse interne che possono servirgli per stare meglio. Lo stato ipnotico utilizzato non è un sonno profondo o uno stato di incoscienza completa: si tratta piuttosto di una sorta di dormiveglia in cui le difese razionali assumono un ruolo più permissivo.

Il metodo implica la riflessione, durante e dopo la produzione immaginaria (al risveglio), sulle connessioni tra le problematiche attuali e ciò che emerge nel Sogno Vigile. Teniamo presente che secondo molti colleghi che si occupano di Ipnosi Regressiva, oltre che per tutto il pensiero orientale, il là ed allora che emerge nel Sogno Vigile, può essere ricondotto a ipotetiche vite precedenti. Ma visto che non sapremo mai con certezza scientifica se la reincarnazione sia un fatto reale o una necessità di pensiero del vivente, per adesso ci soffermeremo solo sul fatto che la connessione fra il qui ed ora ed il là ed allora serve terapeuticamente per portare alla luce, e risolvere, i nodi emozionali (archetipici) ancora non risolti.

Quindi possiamo stimolare il soggetto verso lo stato di trance. E mentre lo stimoliamo gli ricordiamo il moti-

vo per cui lo facciamo: ovvero il suo problema, chiedendogli di andare a ripescare attraverso immagini, emozioni, pensieri, sensazioni, qualcosa che possa darci spiegazione del suo stato attuale. Ed è così che possono venire alla luce episodi dimenticati o registrati sotto altri filtri cognitivi dell'attuale vita, così come possono emergere episodi di un tempo remoto, antecedente la propria nascita, che in qualche modo fanno entrare il soggetto in contatto vivo con le emozioni di quel tempo, che si ricollegano con le attuali emozioni.

Ciò risulta perfettamente in linea, in chiave transpersonale, con l'ipotesi evolucionistica della reincarnazione e con la teoria del karma.

Con questo tipo di lavoro, spesso emerge che specifici sintomi (anche di ordine prettamente fisico), nonché varie difficoltà relazionali, rimandano a qualcosa rimasto incompiuto in una ipotetica vita precedente, a qualcosa che appare come già vissuta e che si sta ripetendo; oppure si ricollegano a qualcosa che rappresenterebbe una responsabilità nei confronti di altri che, seguendo la legge del contrappasso, avrebbe a sua volta determinato nella vita attuale un vissuto complementare: uno sperimentare oggi ciò che avremmo causato ad altri in tempi remoti al fine di imparare e, quindi, migliorare. Questo 'contrappasso' ovviamente - ci teniamo a sottolinearlo - non è in chiave punitiva bensì evolutiva.

COMPETENZE:

Per utilizzare il Sogno Vigile Esplorativo Indotto e Orientato, è necessario avere competenze psicoterapeutiche pregresse, che includano, gli aspetti di cornice relazionale e contrattuale; avere - inoltre - competenze sugli stati non ordinari di coscienza, sulla loro induzione e sulla fuoriuscita dalla trance ed avere, infine, dimestichezza con le fasi del percorso di morte e di rinascita e con il più ampio processo evolutivo transpersonale, all'interno del quale l'esperienza regressiva del Sogno Vigile occupa un ruolo di elevata incisività.

A ciò va aggiunta l'esperienza personale diretta, prima come soggetto che si sottopone alla tecnica, poi come osservatore ed infine come operatore, attraverso un percorso formativo appositamente strutturato.

BIBLIOGRAFIA

- **A. Rocha & K. Jorde**, Figlia della Luce, 1995, Sperling & Kupfer.
- **Anne e Daniel Meurois - Givaudan**, I nove scalini, (1991), AMRITA edizioni.
- **Bona, Angelo**, Ipnosi regressiva e psicoterapia dell'entusiasmo 2003 Ed. Mediterranee.
- **Bona, Angelo**, L'amore dopo il tramonto, 2005, Oscar Mondadori.
- **Caldironi, B. - Widmann, C.**, Visualizzazioni guidate in psicoterapia, 1980, PIOVAN.
- **Daniel Meurois - Givaudan** Malattie karmiche, 2000 AMRITA edizioni.
- **Dethlefsen, Thorwald**, Il destino come scelta 1979 Ed. Mediterranee.
- **Dethlefsen, Thorwald** L'esperienza della rinascita - Guarire attraverso la reincarnazione 2004 Ed. Mediterranee.
- **Dethlefsen, Thorwald**, Vita dopo vita, 1974 Ed. Mediterranee.
- **G.Nardone - C.Loriedo - J.Zeig - P. Watzlawick**, Ipnosi e terapie ipnotiche, 2006, Ponte alle grazie.
- **Goldberg, Bruce**, Vite passate, vite future, 1982 Armenia.
- **Granone, Franco**, Trattato di Ipnosi, 1989 UTET.
- **McElroy, Mark**, Sogni Lucidi - Semplici Tecniche per Guidare i Propri Sogni, 2008 Macro edizioni.
- **Moody, Raymond A.**, Ricordi di altre vite, 1990 Oscar Mondadori.
- **Peresson, Luigi**, L'immagine mentale in psicoterapia, 1983 Città Nuova - Roma.
- **Pompas, Manuela**, La terapia R, 1995 Mondadori.
- **Pompas, Manuela**, Reincarnazione, alla scoperta delle vite passate, 1897 Rizzoli.
- **Pompas, Manuela**, Reincarnazione, una vita, un destino, 2004 Sperling & Kupfer.
- **Pompas, Manuela**, Vivere. E poi?, 1989 Rizzoli.
- **Robin Norwood**, Guarire con i perché, 1994 Feltrinelli.
- **Roger J. Woolger**, Il Segreto di Altre Vite, 2007 Sperling & Kupfer.
- **Tomlinson, Andy**, Di Vita in Vita, 2005 AMRITA edizioni.
- **Weiss, Brian**, Lo Specchio del Tempo, 2002 Oscar Mondadori.
- **Weiss, Brian**, Messaggi dai Maestri, 2000 Oscar Mondadori.
- **Weiss, Brian**, Molte vite, molti maestri, 1988 Oscar Mondadori.
- **Weiss, Brian**, Molte vite, un solo amore, 1996 Oscar Mondadori.
- **Weiss, Brian**, Molte vite, un'Anima Sola, 2004 Mondadori.

LA SAND PLAY THERAPY: UN VIAGGIO ATTRAVERSO L'INCONSCIO



Elisabetta Carbone - psicologo, Daniela Tortolani - psicologo

La **Sand Play Therapy** è una metodica introdotta da Dora Kalff nell'ambito della Psicologia Analitica, espressione di un processo creativo che antepone le sensazioni e il gioco alle parole, fornendo un linguaggio simbolico che permette di superare l'ostacolo che in un'analisi infantile è costituito dall'imaturità dell'evoluzione del linguaggio.

Dora Kalff ha aggiunto alla psicologia junghiana l'elemento della terra e con esso la possibilità di lasciarsi andare ad un'attività psichica modellando la sabbia e dandole forma con le mani.

Il materiale necessario per poter lavorare con il "Gioco della Sabbia" consiste in una stanza con delle cassette di sabbia di dimensioni stabilite, aventi fondo blu e, degli scaffali in cui sono ordinati numerosi oggetti in miniatura, che vengono usati dal paziente, all'interno di questo spazio, nella più completa libertà per costruire una scena rappresentando dei contenuti inconsci.

Dal punto di vista di Dora Kalff, l'elemento sostanziale per raggiungere la trasformazione di uno stato di sofferenza non è tanto rendere conscio ciò che è inconscio, quanto dare spazio al processo simbolico che tende spontaneamente ad un progetto di totalità, di relazione conscio - inconscio più integrata.

Durante il periodo evolutivo, per misurarsi con l'emozione, i bambini hanno bisogno dell'oggetto e dell'azione, come se la capacità di affrontare l'evento emotivo coinvolgente richiedesse l'attività e il contatto percettivo proprio dell'esperienza corporea; ma anche in età adulta, in situazioni emozionali intense che disorientano, si sente la necessità di tornare a quel modo di esperire, di regredire al gesto per elaborare gli eventi disturbanti. Proporre il "Gioco della sab-

bia" significa, ridestare la possibilità subconscia di mettere in scena modi di proiettare, introiettare e interiorizzare, intesi come capacità di esprimere, distinguere, confrontare e trasformare, la propria esperienza emozionale.

Si tratta del ritorno alla dimensione corporea costitutiva del gioco attiva nel bambino come nell'adulto, della disposizione a rappresentare



emozioni presenti, ma ancora indistinte; è il momento centrale nell'economia psichica in cui un'emozione sofferta, ma ancora senza forma, si configura come rappresentazione di un vissuto.

Il processo di contatto con la sabbia, l'aggiunta di acqua, la creazione e la trasformazione delle scene, sembrano ottenere e sollecitare il duplice processo di guarigione e di trasformazione, obiettivi della terapia.

Nella "Sand Play Therapy" pertanto, la cura si lega a due elementi fondamentali: la manipolazione della sabbia e la possibilità di rappresentare simbolicamente il proprio mondo interno, costruendo nella sabbiera una scena con il materiale ludico a disposizione.

In presenza dell'analista che assiste al suo gioco, condividendone il vissuto, il paziente sperimenta un'e-

sperienza regressiva in cui l'attenzione viene distolta dal mondo circostante e concentrata sui contenuti che emergono dall'inconscio e che vengono proiettati sul materiale ludico, determinando diverse sensazioni emotive. Le differenti modalità di contattare la sabbia, di scegliere e disporre l'oggetto, il ritmo costruttivo del lavoro con pause, ripensamenti e

accelerazioni improvvise sono i testimoni esterni del confronto con l'emozione.

La sabbia si rivela un mezzo dotato di grande potenzialità perché ogni azione, anche minima, trova in questo materiale una pronta capacità di risposta. Il segno impresso sulla superficie rimanda un'ampia gamma di risposte: dalla traccia appena inscritta, quando la sabbia è asciutta, alla plasticità costruttiva, quando bagnata e la costante presenza di una risposta vale anche quando il gesto è violento e distruttivo; ed è molto importante che la sabbia non sia distrutta, non sparisca e si ritrovi immutata nella sua struttura dopo la tempesta emotiva in cui è coinvolta.

Lo spazio della sabbiera è stato descritto da Dora Kalff come uno spazio "libero" ma anche "protetto", ciò significa che il paziente può speri-



mentare una totale libertà di utilizzazione dello spazio, ma questa può essere percepita come tale solo se è rapportata alla percezione dei limiti, fisicamente rappresentati dai bordi della sabbiera che rappresentano infatti, la "protezione" dello spazio, uno sbarramento cioè, alla realizzazione del puro principio del piacere: i bordi della sabbiera possono quindi rappresentare una frustrazione che si oppone al libero scaricarsi dell'energia e alla realizzazione di valenze onnipotenti che sarebbero soddisfatte se agite in uno spazio illimitato, sottraendo energia ad una rappresentazione simbolica ed alla elaborazione della situazione intrapsichica. La sabbiera, con il suo spazio ed il suo limite, inibisce quindi, lo scarico immediato del desiderio e l'energia psichica è così canalizzata e rappresentata, dirigendosi verso il processo trasformativo.

Ma lo spazio limitato della sabbiera, serve anche da contenimento affettivo che, come le braccia della madre, accoglie e contiene i vissuti positivi.

La scelta dell'oggetto in genere non è immediata e si definisce lentamente, mentre il paziente si trova di fronte alla scena vuota ed è proprio la

concentrazione sul vuoto che permette l'emergere di un'immagine in cui l'emozione trova rappresentazione.

La miniaturizzazione degli oggetti favorisce l'illusione di poter dominare emozioni ancora difficili da gestire, ma al tempo stesso permette un primo confronto con loro. Le emozioni paiono caricare di potere inconscio l'oggetto, tanto da sviluppare una sua autonomia e renderlo a volte perturbante.

Tra i numerosi oggetti il paziente, sceglierà quelli da cui è particolarmente attratto e che sono immagini significative per lui in quel momento e, allora, all'apparente approssimazione iniziale si va sostituendo l'impressione che in quello spazio, nell'atto del collocare ogni singola scelta, si vada descrivendo la precisa designazione di un vissuto.

Le scene iniziali hanno grande importanza per il valore anticipatorio che esse hanno, possono rappresentare il problema e indicare processi psichici che prendono avvio nel momento in cui parti della personalità non attivate diventano visibili.

Quando quest'attivazione si renderà riconoscibile attraverso la scena, l'io mediante l'immagine contatterà le parti dei contenuti archetipici inte-

grandoli: il problema inconscio è agito nella sabbiera e dal mondo interno, reso visibile all'esterno.

Ciò che colpisce l'osservatore attento allo sviluppo nel tempo delle scene è il processo spontaneo di organizzazione sia formale che spaziale, la precisione delle scelte e la loro aderenza al vissuto individuale.

Tale organizzazione del vissuto e le scelte specifiche dei singoli oggetti, mettono a contatto col processo che Jung definiva archetipico e transpersonale.

Al termine del processo il paziente può raggiungere la fase che si può designare come espressione della totalità, o in termini junghiani, il Sé, che si manifesta nella sabbiera in modi in parte nascosti, o manifesto nei simboli (cerchio, mandala, croce, ...), come momento cruciale dello sviluppo della personalità.

Ci sono immagini che aprono nuove strade all'elaborazione e sciogliono, la rigidità di una comprensione ripetitiva e perciò sterile; altre che, nella loro stessa struttura, vanno oltre le opposizioni iniziali e portano il segno concreto di un'organizzazione, sino a quel momento imprevedibile. Si tratta di momenti particolari in cui le reazioni emotive, sia del paziente, che del terapeuta, divengono una testimonianza che la forma raggiunta corrisponde a energia liberata e attiva.

Nello spazio della sabbiera è possibile attivare e contattare attraverso i simboli, quei contenuti e quelle immagini interne cariche di energia che, rese visibili, influenzeranno un nuovo sviluppo e dai due poli opposti del conflitto, uniti nello spazio della sabbiera, emergerà un terzo simbolo unificatore che permetterà di superare il conflitto. Il simbolo, espressione della totalità dell'individuo permette di "trascendere" le posizioni divergenti di conscio e inconscio. Ciò è la realizzazione di quello che Jung definì "funzione trascendente" cioè, la componente creativa della psiche attraverso cui, producendo una nuova via, si supera una situazione di conflitto.

La Sand Play Therapy ha aperto una prospettiva molto ampia sull'importanza dell'azione ludica intesa come via di rapporto con le determinanti psichiche della sofferenza, a volte difficili da raggiungere con metodi di terapia più verbali.

Afasia Primaria progressiva: Descrizione di un caso clinico



Giuseppe Castro - psicologo, Daniel Lina Mancuso - psicologo

Riportiamo il caso di un uomo di 73 anni, caratterizzato da stereotipie verbali, eloquio spontaneo ridotto, limitata comprensione del linguaggio parlato, agrafia, aprassia costruttiva; di converso, non sono presenti cambiamenti di personalità né stereotipie motorie, la memoria episodica è relativamente preservata, la memoria procedurale intatta, l'orientamento spazio-temporale buono; assente prosopagnosia.

L'indagine strumentale evidenzia la presenza di un danno focale nelle aree temporali e infero frontali dell'emisfero sinistro congruente con la letteratura scientifica che indica la lateralizzazione e specializzazione sinistra per le funzioni cognitive verbali e delle aree emisferiche destre per le funzioni spaziali.

INTRODUZIONE

Storicamente, i deficit di memoria sono stati considerati essenziali per la diagnosi di demenza.

In realtà, molte demenze si presentano con deficit di memoria solo negli ultimi stadi della malattia.

Un esempio di demenza non amnesica è l'Afasia Primaria Progressiva (PPA).

La PPA si manifesta con un'iniziale perdita, lenta e progressiva, del linguaggio; deficit che rimane isolato per almeno due anni, in quanto, di converso, la memoria, le abilità visuo-spaziali, il ragionamento logico ed il comportamento rimangono relativamente intatti.

Le neuroimmagini, tipicamente, rivelano maggiore atrofia o ipometabolismo nell'emisfero sinistro rispetto al destro.

Vista la stretta relazione dei test neuropsicologici dalle istruzioni e/o risposte verbali, questi conducono a erronee conclusioni circa l'effettivo deterioramento dei domini non linguistici, in patologie quali la PPA, ritenendoli anch'essi danneggiati, non

riuscendo, quindi, a discernere se il deterioramento è globale e diffuso o legato ad aspetti verbali che provocano un effetto alone su altri domini.

Sebbene il disturbo del linguaggio nella PPA possa interferire con l'abilità di memorizzare parole o risolvere compiti verbali, il paziente non ha difficoltà nel richiamare eventi giornalieri, né nelle funzioni esecutive o nelle abilità sociali.

La difficoltà della valutazione neuropsicologica, ma anche il suo fascino, sta, quindi, nel valutare correttamente l'effettivo deficit cognitivo per quanto, in questi casi, gli strumenti standardizzati non ci vengano in aiuto.

Altra difficoltà nella valutazione della PPA sta nella multiforme presentazione clinica di questa patologia.

Gorno Tempini (2004) evidenzia tre varianti:

1. PPA non fluente.
2. Demenza Semantica.
3. Logopenica.

Secondo i seguenti criteri:

PPA non fluente

+ Eloquio lento, disartria, agrammatismo, conservata la comprensione per le singole parole, non per frasi con struttura sintattica complessa, anomalie per verbi.

Lettura compromessa per parole morfologicamente complesse. Prosodia compromessa.

Demenza Semantica

+ Eloquio fluente, grammaticalmente corretto. Parafasie semantiche. Grave compromissione della comprensione, dislessia superficiale, prosopagnosia. Anomie per oggetti. Prosodia conservata.

Logopenica

+ Parafasie fonemiche, Acalculia, Deficit memoria fonologica a breve termine.

L'afasia primaria progressiva, dopo un iniziale deterioramento focale del linguaggio, evolve in demenza fronto-temporale (FTD) o Alzheimer(AD).

ANALISI CASO CLINICO

S.M. è un uomo di 73 anni.

Sposato, ha 3 figlie, una di 40 anni avuta dalla prima moglie e due (6 e 4 anni) avute dal secondo matrimonio.

Lavora nella produzione e commercializzazione del miele.

Il padre è deceduto a 94 anni, la madre a 70 anni per le complicanze di una presunta FTD.

S.M. non presenta nessuna patologia medica di rilievo al di là di quella per cui viene al consulto.

La moglie e la figlia riferiscono che i disturbi sarebbero iniziati 2 anni prima con difficoltà nel trovare i nomi di oggetti e persone conosciute, ma che da circa 1 anno, sarebbero insorti maggiori problemi nell'espressione linguistica a causa di un'estrema difficoltà a reperire le parole giuste.

Ultimamente, S.M. comunicherebbe sempre meno e, a volte, sembrerebbe non capire bene ciò che gli viene detto. A fronte delle difficoltà linguistiche, i familiari riferiscono che S.M. sarebbe adeguato in molte attività quotidiane, quali guidare l'auto (orientandosi anche in strade nuove) lavorare (produzione del miele e consegna ai clienti), lavarsi, vestirsi etc.

All'osservazione comportamentale e al colloquio, il paziente appare ben orientato nello spazio e nel tempo, il comportamento è adeguato al contesto e alla situazione. Il linguaggio è lento e stentato, ma la prosodia conservata. Viene somministrata una batteria di test con i seguenti risultati:

MMSE (Punteggio=22,86/30), FAB (PE =3), Digit Span Forward (PE=3), Digit Span Backward (PE=3), RAVL Rievocazione Immediata (PE.=1), RAVL Rievocazione Differita (PE.=1), Riconoscimento Parole Rey (PE.= 3), Test di Corsi (PE.= 4), Copia Disegni (PE.= 2), 3 oggetti 3 luoghi (PE.=3), Stroop Test (PE.=2), ENPA [Deficit emersi: 1) Denominazione di verbi ed

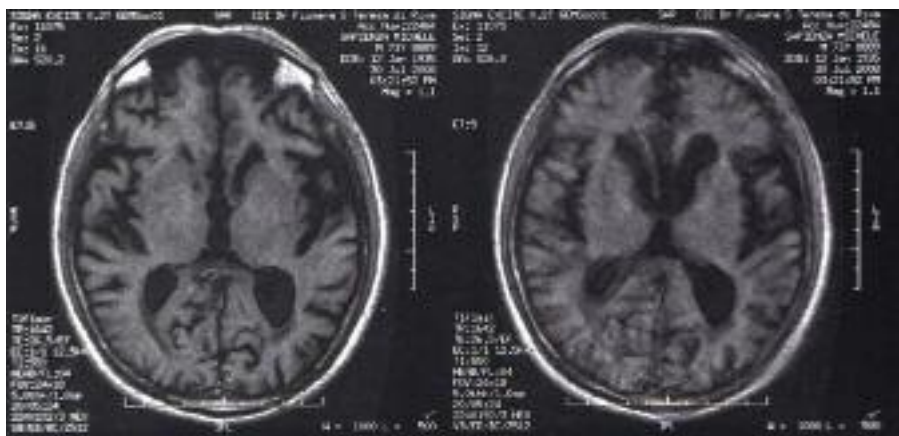


Fig. 1

oggetti, 2) Capacità di tradurre i numeri (parole) in cifre, 3) Interpretazioni errate dei segni aritmetici e procedure di calcolo errate].

S.M. viene, inoltre, sottoposto ad una RM con il risultato di un quadro di atrofia diffusa con una maggiore incidenza a sinistra nelle aree: Giro frontale inferiore parte opercolare, Insula e Planum temporale (fig.1).

La misurazione dell'attività neurale evento-correlata del paziente attraverso un semplice paradigma Oddball, evidenzia un'attività asimmetrica sinistra/destra soprattutto nelle aree temporali (T3/T4) e maggiore quantità di onde lente (theta e delta) a sinistra in risposta allo stimolo raro.

Vista la valutazione neuropsicologica, i referti strumentali (ERPs e RM) la diagnosi è di Afasia Primaria Progressiva.

Da notare, comunque, come le caratteristiche neuropsicologiche del paziente, non riflettano perfettamente le linee guida di nessuna delle tre varianti di Gorno Tempini.

Dopo 12 mesi dalla prima visita, il paziente ritorna in ambulatorio.

Appare leggermente disinibito (eccessivamente sorridente rispetto alla prima volta), l'eloquio ridottissimo e costituito quasi esclusivamente da stereotipie verbali "Praticamente"; malgrado ciò, non ha difficoltà a riconoscermi malgrado siano passati parecchi mesi.

Vista la perdita pressochè totale del linguaggio, la valutazione del livello cognitivo è resa piuttosto complicata.

La valutazione si avvale dell'osservazione comportamentale e di una semplice valutazione testologica "language free" o quasi, creata all'occorrenza in laboratorio.

Si evidenzia un buon orientamento

spazio-temporale, preservate le funzioni mnesiche visuo-spaziali (memoria topografica, capacità di apprendere nuovi percorsi, riconoscimento visi) così come l'organizzazione e pianificazione di attività giornaliere (produce e distribuisce il miele, guida l'auto etc.), disartria, peggioramento facoltà linguistiche, dislessia, disgrafia.

Le funzioni cognitive (eccetto i domini verbali) sono pressochè stabili per quanto la valutazione quantitativa mostri un decremento attribuibile al deficit linguistico che compromette la comprensione della spiegazione dei test.

La situazione clinica precipita, però, nel giro di poco più di un anno quando il paziente si ripresenta per un controllo; il paziente, infatti, è difficilmente controllabile, manifesta sintomi comportamentali, appare disorientato e confuso.

La moglie riferisce che S.M. va frequentemente via di casa (Vagabondaggio e fuga) e che non avrebbe più quelle capacità di gestione personale che conservava sino alla visita precedente.

Il paziente è poco collaborativo; una veloce somministrazione del MMSE mostra un evidente closing in nel disegno (fig. 2) per il resto, S.M.

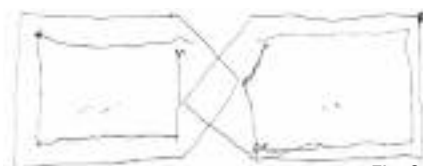


Fig. 2

non porta a compimento nessuna prova, visto che si alza ed esce dalla stanza molto frequentemente.

Il quadro neuropsicologico è indice di una demenza conclamata con la presenza di un deterioramento generalizzato che coinvolge sia gli aspetti cognitivi che quelli comportamentali.

Conclusioni:

Lo studio di questo caso di PPA in cui si evidenziava sin da subito un'asimmetria funzionale fra attività verbali e non verbali rispecchiata anche dagli esami strumentali (ERPs e RM) è utile perché:

1. Mette in luce la lateralizzazione sn/dx rispettivamente della memoria verbale e non verbale e le preservate abilità non verbali nella PPA.
2. Evidenzia un declino isolato delle funzioni verbali nei primi 3 anni a cui si associa solo successivamente un veloce declino degli altri domini cognitivi.
3. Pone degli interrogativi sulla difficoltà nell'indagare la memoria non verbale e le funzioni esecutive indipendentemente dalla competenza linguistica.
4. Evidenzia come le tre varianti di PPA non sempre rispecchino i casi "reali" che presentano più deficit misti e sovrapposizione fra varianti.
5. Evidenzia come la PPA evolva in demenza nel giro di un paio di anni.

Aspetti importanti da approfondire in ricerche future:

1. Uso massivo di indicatori quali osservazione comportamentale, racconti dei familiari ai fini della valutazione neuropsicologica in soggetti con declino linguistico.
2. Lavorare su tarature italiane di test che possano indagare i disturbi neuropsicologici al di là delle competenze linguistiche.
3. Riflettere sulle diverse forme di PPA e sulle possibili sovrapposizioni e forme spurie.
4. Valutare quali aspetti predittivi possono distinguere una PPA che si evolve in AD da una che evolve in FTD.

BIBLIOGRAFIA

- **Amici S.**, An overview on Primary Progressive Aphasia and its variants *Behavioural Neurology* 17 (2006) 77-87.
- **Gorno-Tempini e al.**, Cognition and Anatomy in Three Variants of Primary Progressive Aphasia *Ann Neurol.* 2004; 55(3): 335-346.
- **Mesulam**, Primary Progressive Aphasia *Ann Neurol* 2001; 425-432.
- **Mesulam**, Alzheimer and Frontotemporal Pathology in Subsets of Primary Progressive Aphasia, *Ann Neurol* 2008; 709-719.

L'Approccio Centrato sulla Persona nella Medicina dei Trapianti D'Organo



Elena Consoli - psicologo

I trapianti d'organo sono entrati nella pratica clinica relativa a gravissime patologie di parecchi organi. Essi costituiscono l'estrema speranza di salvare una vita e di riportare il malato ad una esistenza relativamente normale.

La gestione dell'operazione di trapianto, in alcune realtà ospedaliere, avviene ancora da un punto di vista esclusivamente medico pur essendo i sanitari del tutto consapevoli della natura fortemente unitaria del soggetto trapiantato, cioè delle strettissime interazioni tra mente e corpo.

Negli ultimi anni però si è assistito ad una graduale ma sempre maggiore integrazione tra le discipline mediche e quelle psicologiche. Infatti è un dato ormai scientificamente acquisito e consolidato che il supporto psicologico al paziente in tutte le fasi del trapianto, facilitandone l'accettazione della propria condizione e consolidandone la determinazione a sostenere l'intervento, lo dispone più facilmente ad adottare quei comportamenti che agevolano gli interventi terapeutici; che l'accettazione dell'organo, inoltre, possa ridurre in misura sensibile il pericolo di rigetto è ipotizzato da un numero sempre crescente di Autori.

Risulta necessaria perciò l'integrazione degli interventi tra i diversi professionisti della salute quale fondamentale metodologia d'intervento prima del trapianto e soprattutto dopo di esso.

In questo lavoro, che nasce sulla base di una personale esperienza, breve ma significativa, di counselling psicologico, presso il Centro Trapianti del Policlinico Universitario di Catania, diretto dal Prof. P. F. Veroux, l'attenzione è stata focalizzata sulla necessità dell'intervento dello psicologo quale figura che accompagnerà e sosterrà il soggetto in ogni momento

di tutto il percorso che l'intervento comporta, dalla fase di pre-trapianto alla fase di post-trapianto e di adattamento alle nuove condizioni di vita.

In particolare l'esperienza di counselling psicologico, pre- e post-trapianto, a pazienti trapiantati e trapiantati dimostra che l'Approccio Centrato sulla Persona in un clima comunicativo "facilitante" di comprensione empatica e di accettazione positiva incondizionata così come descritto e sperimentato da Carl Rogers (1951), promuove negli stessi pazienti l'accettazione di sé stessi e dei loro "nuovi" vissuti.

Infatti nella fase del pre-trapianto, dopo che si è accertata la necessità clinica di un trapianto, si passa alla valutazione psichica del paziente; in caso di valutazione positiva, l'obiettivo che assume maggior rilievo, è quello di dare sostegno psicologico ai pazienti nell'affrontare il trapianto. In questa fase, infatti, ho rilevato che si sviluppano spesso nel paziente sentimenti di sfiducia, o anche di sospetto nei confronti della medicina, accanto a sentimenti di disperazione e alla convinzione di non poter ricevere alcun aiuto.

Per fronteggiare tali sentimenti, che possono essere anche violenti e debordanti, il soggetto, secondo la teoria della personalità dell'Approccio Centrato sulla Persona, allontana dalla coscienza queste parti di esperienza che sono vissute come minacciose, perché non coerenti con l'attuale struttura del Sé e che o non ven-



gono simbolizzate o vengono simbolizzate in modo distorto, così che vengono esperite dal paziente, sul piano fenomenologico, con ansia, depressione e disturbi del sonno che sono tipici di questa fase pre-trapianto.

La possibilità di instaurare un clima accogliente, facilitante e di genuino rispetto per la persona permette alla persona in attesa di trapianto di aprirsi e di "apprendere ad ascoltare se stessa" (Rogers, 2007) grazie all'atteggiamento dello psicologo (facilitatore).

Tale atteggiamento di comprensione empatica mi ha permesso, come "facilitatore" di processo, non solo di capire e percepire come la persona capisce e percepisce ma anche di dimostrare, tramite i miei sforzi di comprensione, il valore che aveva per me la persona; dall'altro il sentirsi compresi e accettati totalmente ha permesso ai soggetti di esplorare, accettare ed integrare anche quegli aspetti che fino a quel momento erano rimasti fuori dalla esperienza cosciente a causa della mancanza di una adeguata simbolizzazione; questi, peraltro, sarebbero potuti risultare potenzialmente patogeni per il decorso operatorio.

La consapevolezza di quelle parti

di sé che sino a quel momento erano rimaste fuori dalla coscienza ha consentito una maggiore integrazione del Sé e ha permesso alle persone di sentirsi meno vulnerabili e perciò più sicure e fiduciose nell'affrontare questa delicata fase che precede il trapianto.

Una prima osservazione empirica mi ha permesso di constatare che le persone che hanno avuto la possibilità di usufruire degli interventi di counselling centrato sulla persona e hanno potuto lavorare su tali aspetti della propria esperienza, hanno mostrato di avere un buon adattamento post-trapianto.

Proprio per la complessità degli avvenimenti caratterizzanti il periodo post-operatorio possiamo suddividere quest'ultimo in una fase precoce ed una tardiva, cioè dopo che il trapiantato è stato dimesso dall'Ospedale.

Durante la fase precoce, che corrisponde alla permanenza del paziente

corpo. Durante la fase di permanenza in U.T.I. quando l'assistenza psicologica viene necessariamente interrotta, si rivela di particolare importanza per il paziente il poter attingere a proprie risorse interiori che precedentemente siano state scoperte, valorizzate e potenziate dall'intervento psicologico.

Successivamente per il paziente, trasferito in una normale sala di degenza, i momenti potenzialmente più pericolosi e angoscianti sono quelli in cui insorgono i primi sintomi di rigetto o le prime complicazioni cliniche. In questi momenti sono di rilevante importanza i vissuti del paziente riguardanti il nuovo organo e il conseguente processo di ricomposizione dell'immagine corporea.

Nell'atmosfera di sicurezza, protezione e accettazione peculiari dell'Approccio Centrato sulla Persona, i pazienti che hanno già subito un trapianto hanno avuto la possibilità di

esprimere ed accettare tutti i loro vissuti "negativi" legati alla condizione di trapiantato: rabbia, delusione, invidia nei confronti delle altre persone che stanno bene, preoccupazioni per la propria salute, per il proprio corpo, sensi di colpa nei confronti del donatore, angosce legate al fantasma del rigetto, ansie legate alle

altresì al paziente di accettare "i nuovi vissuti" che aveva precedentemente esplorato, inizialmente esperiti come minacciosi, "cattivi", impossibili da accettare; il paziente introietta, in qualche modo, tale atteggiamento e vede le proprie esperienze come qualcosa che può possedere, simbolizzare e accettare come parti del Sé.

Grazie all'instaurarsi di un clima comunicativo "facilitante", l'antica struttura del Sé del soggetto si modifica, tramite l'integrazione dei nuovi vissuti, che interessano anche e soprattutto la ricomposizione di una nuova immagine corporea in direzione di una ristrutturazione di un nuovo Sé più flessibile e realistico, perché non fondato su esperienze percepite in modo distorto.

Tale sicurezza interiore ha permesso a molte persone trapiantate di affrontare con maggiore serenità anche il periodo successivo alle dimissioni dall'ospedale, periodo segnato da un complesso e difficile processo di adattamento alla nuova condizione di trapiantato, condizione caratterizzata non solo da un cambiamento significativo della percezione di sé e da una diversa capacità di proiettarsi nel futuro, ma anche e soprattutto dalla dipendenza costante dalle cure ospedaliere le quali non si risolvono mai del tutto.

La soddisfazione dei bisogni emotivi della persona trapiantata e l'attenzione alle sue modalità comunicative e relazionali generano comportamenti di coping più funzionali alla ripresa di una vita "normale", i quali incidono in maniera significativa e scientificamente dimostrata sulla compliance terapeutica.

In conclusione, l'Approccio Centrato sulla Persona nella medicina dei trapianti d'organo, ha come obiettivo principale di creare quelle condizioni nelle quali le persone, vincendo la condizione di regressione e dipendenza a cui la malattia prima e il trapianto dopo li costringono, possono evolversi ed essere loro stessi promotori del proprio empowerment, al fine dell'acquisizione di un maggiore benessere e di una migliore qualità della vita.

La relazione integrale e la bibliografia si possono leggere sulla rivista multimediale "Scienza e Psicoanalisi" (www.p psicoanalisi.it).



nel reparto di terapia intensiva prima, e nella sala di degenza ospedaliera dopo, possono comparire seri disturbi psichici, spesso correlati alle procedure chirurgiche, al trattamento medico ed alle complicità che possono insorgere. Già in questa prima fase sono presenti elementi più squisitamente reattivi sul versante psicologico. Così la fase di permanenza in U.T.I. (Unità di Terapia Intensiva) viene vissuta come molto minacciosa sia a causa della angoscia di morte sia perché, malgrado le informazioni ricevute nella fase che precede il trapianto, il paziente si trova in una condizione sconosciuta di impotenza, in una situazione di completa regressione sul piano della gestione del proprio

relazioni interpersonali, aspettative sulla qualità della vita in futuro, etc..., vissuti "nuovi" e per ciò stesso non coerenti e non compatibili con la struttura del Sé preesistente al trapianto, divenuta ora irrealistica; in questo caso, proprio a causa di questa discrepanza, manca alla persona una immagine reale del proprio Sé.

L'atteggiamento di comprensione empatica permette al care-giver di essere per il paziente "un compagno di viaggio" nella scoperta del proprio Sé e perciò empaticamente di entrare nel suo campo esperienziale e far sentire la propria presenza ("lui mi comprende").

L'atteggiamento di accettazione positiva incondizionata permette

LA MAGIC BOX: UN INTERVENTO DI EMOTIONAL INTELLIGENCE A SCUOLA



Umberto Crisanti - psicologo, Antonella Manno - psicologo

Molte ricerche sottolineano come l'essere incoraggiati ad approfondire le proprie emozioni e riuscire a tradurre a parole il proprio sconvolgimento emotivo, comporta un significativo miglioramento della salute fisica e mentale, quindi uno stato di benessere (Solano, 2001). In altre parole, l'esperienza umana si sviluppa sempre in modo simultaneo lungo due livelli: quello dell'esperienza immediata e quello della spiegazione (Maturana, 1986).

La scuola non sempre offre le possibilità per facilitare il riconoscimento e la gestione delle proprie emozioni e la Magic Box si propone come uno strumento innovativo finalizzato alla comunicazione e all'individuazione precoce delle esperienze e/o degli stati d'animo del soggetto al fine di comprenderli e gestirli in modo funzionale al benessere dell'individuo e adattivo al contesto classe. La scelta di denominare lo strumento con il nome di Magic Box deriva dall'idea che il termine magic possa racchiudere in sé quella possibilità "magica" di cambiamento, mentre il termine box richiama l'holding, il contenimento. Pertanto, si passa da una fase di contenimento emotivo ed individuazione ad una di elaborazione e trasformazione di esso. Il messaggio inserito permette al bambino di entrare in relazione con un adulto che accoglie la richiesta d'aiuto e la traduce in un intervento volto, non solo allo sviluppo di meccanismi di problem solving, che consentono il superamento della situazione problematica, ma anche il miglioramento delle competenze emotive, narrative e dei processi relazionali (Manno et al, in stampa).

Il presente lavoro si contestualizza all'interno delle Nuove Indicazioni Nazionali del Curricolo (2007), nelle quali si afferma che "la scuola favorisce lo sviluppo delle capacità necessarie per imparare a leggere le proprie

emozioni e a gestirle, per rappresentarsi obiettivi non immediati e perseguirli".

Gli obiettivi sono l'individuazione precoce delle richieste d'aiuto e lo sviluppo della componente narrativa delle emozioni. Lo strumento, ancora in via sperimentale, è stato utilizzato con 53 soggetti di età compresa tra 9 e 10 anni, di una scuola elementare di Palermo. Lo psicologo ha presentato la Magic Box come uno spazio personale. Durante la presentazione è stato specificato che tutti i messaggi, per una questione di privacy e al fine di incrementare la compliance, non sarebbero stati comunicati all'insegnante, ai compagni, o ai genitori se non dietro consenso dell'alunno stesso ed è stato suggerito di firmare ogni messaggio con un nickname, che consentiva di poter identificare le richieste degli alunni nel tempo. Infine, è stata prospettata la possibilità di far seguire ai messaggi dei colloqui che sarebbero stati effettuati durante le ore curricolari, della durata di 20 minuti.

Dall'analisi dei messaggi sono state estrapolate tre categorie: Richieste d'aiuto (66% dei messaggi pervenuti), Feedback positivi (18%) e Desideri (16%). I risultati dell'indagine hanno evidenziato che era possibile estrapolare due fattori significativi, in grado di spiegare la struttura dei dati.

Il primo fattore rimanda alla dimensione "Narrazione", all'interno della quale sono state inserite le richieste d'aiuto inerenti il bisogno "del mettere in parola", del liberarsi "da pesi", di riorganizzare i propri pensieri; il secondo fattore rinvia alla dimensione "Problem Solving", nella quale sono state considerate specifiche richieste di risoluzione di situazioni problematiche, quali problemi di attenzione, concentrazione, memorizzazione, metodologia di studio, relazionali, e così via. Tenendo in considerazione questi due

fattori di richieste d'aiuto emerge che il 40% dei soggetti esprime la necessità di comunicare verbalmente emozioni, pensieri, stati d'animo non ben organizzati a cui i bambini vorrebbero dare un significato, una spiegazione e che influenzano il loro comportamento e le loro relazioni.

Tale percentuale è significativamente rilevante rispetto al 26% di soggetti che vede nella richiesta d'aiuto un modo per risolvere una problematica concreta.

Per quanto riguarda le richieste d'aiuto si è scelto di descrivere alcuni momenti salienti dell'intervento svolto con G.

G. è una bambina di 9 anni che ha affidato e confidato alla Magic Box i suoi pensieri disordinati e i suoi "inspiegabili" stati d'animo. I messaggi arrivati allo psicologo attraverso lo strumento, si sono susseguiti rapidamente ancor prima che gli stessi potessero essere raccolti, registrati e supervisionati. Tra i più significativi: "vorrei dire delle cose tipo in una stanza", "ho paura", "piango tanto, ho paura tanta io sto male". Tali richieste d'aiuto, confermano la difficoltà ad esprimere e comunicare i propri stati emotivi, che seppur profondamente angoscianti, erano stati, fino a quel momento, tenuti latenti e verbalmente inespressi. Segue un primo tentativo di colloquio. Lo psicologo convoca G., la quale rifiuta l'incontro senza addurre motivazione alcuna, ma continua ad affidarsi alla Magic Box: "grazie questa cosa mi aiuta molto".

Prima di far seguire una successiva convocazione, lo psicologo, in un'ottica di rete, decide di contattare la maestra per attenzionare maggiormente il caso e trovare nuove strategie al fine di programmare un possibile altro incontro. La maestra riferisce che G. alterna momenti di pianto e tristezza a comportamenti aggressivi e disturbatori; inoltre, ricorda che un giorno la bambi-

na si è chiusa in bagno a piangere, senza motivo. “Mi ha fatto impazzire, ho lasciato la classe sola, addirittura ho dovuto spingere la porta con forza opponendomi alla forza contraria di G. La bambina continuava a dire che non voleva parlarmi e che non voleva nessuno”. Si concorda con la maestra la necessità di incoraggiare G. ad intraprendere dei colloqui di supporto. La collaborazione risulterà fondamentale, data una nuova resistenza alla successiva convocazione. Pertanto, il suo intervento spinge G. ad accettare (con molta ritrosia) l'incontro.

Durante il primo incontro, emerge una notevole difficoltà narrativa; G. riferisce che vi sono delle “cose che mi bloccano ... a volte sì a volte no, ma non so perché”. Ciò è confermato da un prolungato silenzio, interrotto dallo psicologo, con un rilancio, per l'avvicinarsi del termine dell'incontro. G. spiega l'attuale nervosismo in classe, riportando la strategia (far convocare la mamma dalla maestra a scuola) adottata per attirare l'attenzione della mamma.

Nel secondo incontro mostra maggiore sicurezza e tranquillità; riferisce che in seguito all'incontro con la maestra, sua madre l'aveva punita negandole uno spazio personale a causa del suo comportamento in classe. Dopo aver riflettuto, per qualche giorno, sull'evento, comprende, giustifica e spiega diversamente la punizione ricevuta: “in fondo mia mamma non aveva così tanto torto ... mi comporto male perché in questo modo posso attirare la sua attenzione. La mamma è molto occupata, deve prendersi cura della nonna. È sempre lei ad aiutare tutti in famiglia, tutti i vecchi, anche la nonna di prima! Ho dovuto cederle il posto, la stanza”. Accenna ad un segreto che al momento non si sente di raccontare. Si confida spesso con suo padre e con sua sorella, che considera sua alleata ma che, tuttavia, non sembra profondamente capirla. “La situazione a casa non è facile, mia madre si prende cura di me, di mia sorella, del cane, del down (uno zio con la sindrome di down), siamo 6 in tutto!”.

Confessa che vorrebbe dire alla nonna “Ti odio, non capisce che ha preso la mia stanza e non posso fare la bambina per sempre. Ora si è venduta pure la casa, sono senza speranza”. G. riferisce di dormire in camera

con i genitori, il che le fa piacere da un lato “sono pur sempre una bambina” ma dall'altro “non posso fare la bambina per sempre”. Sul punto di andarsene, sostiene “mi sento divisa in parti che parlano, che mi fanno comportare male; una voce mi dice di suicidarmi dal balcone” e riferisce di averlo confidato al padre.

Nei giorni successivi, G. ha continuato a servirsi della Magic Box con un'elevata frequenza, con messaggi che esprimevano gratitudine e paura, quest'ultima legata alla futura possibilità di perdere lo spazio personale offerto dal colloquio: “grazie di tutto, non so come ringraziarti, ma quando me ne vado come faccio a parlarti?”. Gli altri messaggi, evidenziano una nuova crisi: “mi sta rovinando la vita, mi litigo con P. (la sorella), se ne deve andare dalla mia VITA ... PER QUESTO MI COMPORTO MALE”.

Lo psicologo contatta la famiglia, svolgendo alcuni colloqui; durante i quali, viene confermato che anche a casa, la bambina mette in atto comportamenti oppositivi e di difficile gestione. Si evince, quindi, che questi comportamenti, probabilmente, siano comparsi in seguito alla scoperta “che la nonna non sarebbe più andata via”. La famiglia è stata indotta a perseguire possibili soluzioni e strategie per fronteggiare la “crisi”. Nell'ultimo incontro, la famiglia fa emergere la possibilità di trasformare il salone, per riadattarlo alle esigenze del sistema familiare, in una nuova stanza per G. da dividere e condividere con la sorella; infine, lo psicologo propone l'invio da uno psicoterapeuta.

Trascorse tre settimane, G. viene convocata per un incontro di follow-up. Durante il quale, ella racconta la decisione presa dai genitori, la felicità ritrovata per avere ottenuto un proprio spazio ed un dialogo con la madre. Tuttavia, affiora un certo senso di colpa per l'aver sottratto alla madre “tanto spazio in casa”. Lo psicologo guida G. all'analisi di questo nuovo sentimento vissuto, aiutandola a spiegarlo, neutralizzando il suo senso di colpa, e a comprendere che tutto ciò era finalizzato al benessere della famiglia. In ultima analisi, le è stato chiesto “delle voci”; rispetto alle quali riferisce di non sentirle più e di essersene addirittura dimenticata. La maestra ha confermato un miglioramento generale

della condotta. I risultati ottenuti consentono di identificare precocemente le richieste d'aiuto del gruppo classe, permettendo altresì di qualificarle, distinguerle ed intervenire.

Sembrerebbe, infatti, con cautela, trattandosi di un'indagine pilota di poter avanzare l'ipotesi che la Magic Box consenta di facilitare l'instaurarsi di relazioni con una figura significativa, lo psicologo, che può aiutare, supportare il bambino nella scoperta delle proprie emozioni e nel passaggio esperire/spiegare. In particolare, durante gli anni dell'infanzia i pattern emotivi progressivamente si organizzano sotto forma di rappresentazioni mentali di sé e del mondo (Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Tale schema di funzionamento viene concettualizzato da Guidano e Liotti (1983) come “conoscenza tacita del Sé che è stata progressivamente elaborata durante il corso dello sviluppo”.

In conclusione, il nostro lavoro favorisce la possibilità di individuare precocemente gli schemi cognitivi, emotivi e relazionali disadattivi, al fine di riorganizzarli, spiegarli e conseguentemente di modificare l'attribuzione di significato che essi comportano.

Bibliografia

- **Guidano, V.F., Liotti, G.**, Cognitive processes and emotional disorders. Guilford, New York, 1983.
- **Manno A. et al.**, Percezione e rappresentazione sociale della funzione docente. Come i genitori vedono la scuola?, In corso di stampa.
- **Maturana, H. e Varela, F.**, Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente. Marsilio Editori, Venezia, 1985.
- **Ministero della Pubblica Istruzione** “Indicazioni per il curriculum per la scuola dell'infanzia e per il primo ciclo di istruzione”, Roma, Settembre 2007
- **Solano L.**, Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute, Cortina Raffaello Editore, 2001
- **Young, J. E.**, Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1990
- **Young, J. E.**, Klosko, J. S., Weishaar, M. E., Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003

Il funzionamento “limite” al test di Rorschach: ipotesi cliniche



Simona Corinna Gugliotta - psicologo, M. La Rosa - psicologo

Nel presente lavoro il costrutto di “stati limite” è utilizzato in accordo alla definizione di “organizzazione borderline” proposta da Kernberg (1967): “un’organizzazione stabile che funziona a livelli intermedi fra la personalità nevrotica e quella psicotica”. All’origine vi sarebbe un massivo utilizzo di difese rigide centrate sullo splitting, volte a tenere separati aspetti molteplici, anche se talvolta contraddittori, della medesima realtà oggettuale.

Questo darebbe vita ad un quadro sindromico caratteristico, che sul piano comportamentale si traduce in una pervasiva ambivalenza nelle relazioni interpersonali associata ad instabilità emotiva e vuoto affettivo e sul piano sintomatologico in una significativa altalenanza del tono umorale accompagnata da marcata impulsività.

Da un punto di vista neurofisiologico le disfunzioni cerebrali documentate nei soggetti con disturbo borderline di personalità attengono a tre questioni ancora aperte: 1) una specifica neurobiologia del disturbo, secondo cui la riduzione dell’attività serotoninergica spiegherebbe l’instabilità affettiva e l’insufficiente controllo degli impulsi; 2) alcune specifiche anomalie bioelettriche ed una significativa riduzione dell’onda P300, che spiegherebbero il comportamento aggressivo (cfr. Cornelius, 1986; Kutcher, 1987); 3) un’evidente compromissione a livello fronto-temporale, che spiegherebbe la difficoltà nell’elaborazione e nel processamento emozionale (cfr. Cummings, 1985; Cornelius, 1989; Van Reekum, 1995; Irle, Lange & Sachse, 2005).

Si riscontra inoltre una significativa, per quanto speculativa, concordanza fra le alterazioni neurofisiologiche ora descritte ed alcune ipotesi etiopatogenetiche di carattere psico-

dinamico avanzate nel corso degli anni: la centralità attribuita al “conflitto” (cfr. Kernberg, 1967; 1975; 1984); quella relativa al “deficit” (cfr. Kohut, 1971); l’“ipercoinvolgimento materno” (cfr. Masterson, 1972; Rinsley, 1981); l’incidenza di “fattori traumatici” (cfr. Stern, 1938; Wolf & Alpert 1991).

L’ipotesi qui proposta è che la “stabile instabilità” (Schmideberg,

1967) - ovvero temi emotivamente rimossi che ritornano con una certa ricorrenza. Ciò sembra trovare ampio riscontro in ambito neuropsicologico (cfr. Pally, 2000; Solms & Turnbull, 2002).

Obiettivi

Il presente contributo si prefigge di individuare, attraverso la discussione interpretativa di due protocolli



1959) dell’organizzazione borderline può rappresentare un osservatorio elettivo in merito alla natura ed origine, sviluppo e funzionamento delle istanze psichiche (cfr. Freud, 1922) da un lato e delle strutture cerebrali e correlati neuropsicologici (cfr. Mancia, 2006) dall’altro.

In tale ambito il metodo Rorschach è stato impiegato al fine di raggiungere una comprensione profonda dell’unicità dell’esperienza soggettivamente vissuta. In particolare, gli stimoli percettivi del contenuto manifesto vengono considerati veicoli attraverso cui accedere al mondo fantasmatico interno (cfr. Anzieu, 1985) ed alla riat-

Rorschach, sia alcuni indicatori di processamento degli stimoli ambigui che eventuali connessioni cliniche fra gli aspetti neuropsicologici e le dinamiche psichiche che caratterizzano il funzionamento mentale proprio delle “organizzazioni al limite”.

Metodo

Nel tentativo di coniugare rigore quantitativo ed elementi interpretativi lo strumento Rorschach è stato utilizzato secondo una doppia valenza: come test elettivo di valutazione neuropsicologica e quale metodo volto ad indagare le profonde dinamiche psichiche sottostanti il funzionamento interno della mente (cfr. Anzieu,

1985; Pally, 2000; Solms & Turnbull, 2002), grazie al quale cogliere l'unicità dell'esperienza soggettiva anche all'interno di una specifica organizzazione mentale come quella "al limite".

Case Report

I protocolli Rorschach analizzati si riferiscono a due pazienti di sesso femminile giunte all'osservazione clinica - presso la Clinica Psichiatrica del Policlinico Universitario di Messina - in stato di profonda angoscia.

Dal colloquio si evincono intensi vissuti di aggressività - sia autodiretti (condotte autolesionistiche) che eterodiretti (perlopiù aggressività verbale) - un'importante oscillazione del tono umorale (descritto come un profondo stato di inerzia cui si alternano momenti di euforia e disperazione) - soprattutto in funzione di contingenze esterne - notevole ipobulia e difficoltà nell'addormentamento.

Nella storia clinica di entrambe si rintracciano tentativi di suicidio.

Risultati e conclusioni

In accordo all'ipotesi proposta da Shafer (1954) l'analisi dei due protocolli consente di rintracciare tre indicatori come tipici del funzionamento borderline: 1) Atteggiamenti e comportamenti relativi al test.

La tendenza propria dei soggetti borderline a percepire se stessi e gli altri come totalmente buoni o cattivi si coglie già nel modo in cui questi entrano in relazione con il clinico durante lo svolgimento della prova: ad atteggiamenti volti a negare qualsiasi differenza tra i due protagonisti si alternano condotte manifestanti un esibito disprezzo nei confronti della situazione medesima, del test e del clinico (vedi Tavola I). 2) Modalità di organizzazione del percepito.

Il predominio della scissione nelle organizzazioni borderline comporta la difficoltà ad integrare l'esperienza (e quindi il percepito al Rorschach) in una totalità complessa ed articolata (vedi Tavola II).

Le risposte globali fornite non richiedono cioè un reale sforzo di integrazione e di sintesi degli stimoli percepiti (come avviene nelle globali di tipo combinatorio) ma rappresentano invece la tendenza ad organizzare l'esperienza secondo una tonalità affettiva unica, che si rintraccia nella qualità vaga, arbitraria, impressionistica e/o banale delle risposte medesime

(cfr. Grala, 1990; Sugarman, 1980). 3) Contenuto tematico verbalizzato.

L'analisi tematica consente di cogliere alcune caratteristiche in linea con la tendenza scissionale propria delle organizzazioni borderline (vedi Tavola IX).

Si ha così la possibilità di osservare la coesistenza indisturbata di rappresentazioni contraddittorie (cfr. Grala, 1990) ovvero di imbattersi nella frammentazione dei percetti che, comunemente elaborati in modalità globale, vengono invece colti con connotazioni soggettive ampiamente eterogenee (cfr. Chabert, 1987), che ben informano sulla qualità delle relazioni oggettuali introiettate.

Un'ulteriore analisi consente di cogliere la caratteristica fragilità delle organizzazioni borderline. In una condizione di forte sollecitazione emozionale - come la situazione Rorschach - l'adeguatezza dell'esame di realtà è limitata al dato percettivo; in seguito "il processo di pensiero del soggetto viene travolto dall'aspetto proiettivo e fantasmatico dell'interpretazione" (Passi Tognazzo, 1994) proprio del processo primario (vedi Tavola V).

L'incapacità ad organizzare esperienze emotive positive e negative, sembra inoltre predisporre questi pazienti a difficoltà nell'integrare affetto e cognizione.

Ciò sembra essere frutto dell'incompleto processo di differenziazione (vedi Tavola III), che porta a designare le due generali debolezze dell'Io caratteristiche dei borderline: la bassa tolleranza alla frustrazione e lo scarso controllo degli impulsi.

Ai fini di una connessione fra aspetti neuropsicologici e psicodinamici è stata rilevata l'importanza delle dimensioni strutturale/sensoriale (cfr. Sola, 2006) e manifesto/latente del materiale stimolo proprio delle tavole.

La dimensione strutturale consente di porre l'accento sulla costituzione del sé corporeo: l'aspetto simmetrico delle tavole - costruite attorno ad un asse centrale ben individuabile - sembra richiamare, al di là dell'ambiguità dello stimolo proposto, la struttura corporea; il loro essere realizzate su uno sfondo bianco, presuppone inoltre un lavoro di delimitazione "dentro/fuori", di investimento sui limiti, che rimanda al vissuto di coesione ovvero di fragilità del soggetto.

Le risposte a contenuto anatomico emerse nei due protocolli consentono di rilevare il bisogno delle pazienti di "possedere una struttura", testimoniando quindi un vissuto corporeo non integro che sta alla base di un'identità psichica precaria.

La dimensione sensoriale informa invece sul potere delle tavole di sollecitare reazioni in termini di sensazioni, emozioni ed affetti e di avere quindi accesso al mondo fantasmatico.

Nei protocolli proposti l'aspetto cromatico del nero-grigio-bianco ha indotto reazioni depressive e riattivato sentimenti di vuoto, determinando l'emergere di sensazioni e/o di fantasmi in relazione al vissuto di morte; l'intensità del colore rosso - in particolare il suo legame con la comparsa di moti pulsionali - ha inoltre determinato l'utilizzo di difese rigide (che attestano il rifiuto della pulsione) volte a salvaguardare il fragile sé; i colori pastello, oltre ad attivare movimenti regressivi, hanno promosso la comparsa di reazioni che mostrano la qualità delle relazioni stabilite con gli oggetti esterni.

Quanto detto permette di concludere sul caratteristico deficit di un quadro borderline del fondante passaggio quanti-qualitativo dell'investimento libidico dal sé agli oggetti del mondo esterno (cfr. Settineri, 2003); questi ultimi continuano dunque ad essere investiti ma solo in modalità parziale, testimoniando un'inadeguata capacità di integrazione, ovvero la fragilità degli assi identitari (cfr. Chabert, 1987).

Secondo quest'ottica, all'interno dell'organizzazione borderline la differenziazione delle istanze psichiche - anche in termini di passaggio dal processo di pensiero primario a quello secondario - sembra trovare caratteristica e precoce difettualità nelle prime relazioni oggettuali.

Con il presente lavoro si è inoltre cercato di dimostrare il valido contributo apportato dall'utilizzo del metodo Rorschach al fine di giungere ad una comprensione profonda delle modalità di funzionamento interno della mente.

Il suo impiego nella pratica clinica - al di là di qualunque esigenza di carattere nosografico - dovrebbe dunque possedere finalità conoscitive e porsi al servizio di una progressiva ricerca e produzione di senso.

Colapesce: L'importanza delle fiabe nella psicologia del profondo



Mario Gulli - psicologo

*Maistà... sugnu ccà
'nta lu funnu di lu mari
ca nun pozzu chiù turnari
Vui pregati la Madonna
staiu riggennu la culonna
ca sinnò si spezzerà
e 'a Sicilia sparirà...
(Otello Profazio)*

Le fiabe, essendo un prodotto della psiche, sono state introdotte nelle ricerche sia di S. Freud sia di C. G. Jung.

Era convinzione di Freud che la psicoanalisi era in grado di analizzare tutto ciò che riguarda immaginazione e fantasie e postulò che, queste, sono comandate dal principio di piacere e che le fiabe sono poste oltre il principio di realtà, in esse governa il principio di piacere ed è quasi sempre pre-



sente il lieto fine. Le fiabe possono essere, quindi, interpretate come i sogni, scoprendo le pulsioni celate dietro la narrazione della fiaba e rappresentate dai personaggi, permettono di entrare in contatto con contenuti repressi o rimossi, altrimenti inavvicinabili, con un relativo calo della tensione.

Nel campo psicoanalitico l'autore che si è più occupato di fiabe è B. Bettelheim che ne "Il mondo incantato" considera le fiabe in grado di rappresentare problemi umani universali in forma simbolica, ed in grado di permettere al ragazzo di ricavare dei significati profondi in relazione al suo

stadio di sviluppo, stimolandone l'immaginazione, aiutandolo a chiarire le sue emozioni, rappresentandogli le sue proprie difficoltà e prospettandone delle soluzioni.

Il bambino vive in un mondo che non comprende appieno e a cui fatica a adattarsi. Ha bisogno di "dare ordine alla sua casa interiore", di trovare un significato alla sua vita, di un'educazione morale attraverso l'esempio di concrete situazioni di giustizia. Con le fiabe s'inizia un dialogo tra il contenuto inconscio e le fantasie conscie, con esse lasciamo il mondo della realtà per entrare in un altro mondo "incantato", che ogni bambino esplora e con il quale cresce.

Un esempio d'interpretazione di una fiaba del Bettelheim è quella dei tre porcellini, dove considera il lupo rappresentante dell'Es i primi due porcellini rappresentanti del principio di piacere, il terzo del principio di realtà.

I processi psichici messi in evidenza dai freudiani si riferiscono all'area personalistica della psiche, ed è proprio su questo punto che si pone la differenza tra Jung e Freud.

È interessante che la rottura tra i due avvenga dopo la pubblicazione di "Simboli della trasformazione".

Infatti, nel suo scritto, Jung utilizza le fiabe in modo diverso da Freud, considerandole come qualcosa d'universale che può dare un senso alle fantasie di Miss Miller aprendo nuovi livelli di senso. In quest'opera Jung utilizza una mole impressionante di materiale mitologico e fiabesco interpretati nel contesto di una visione nuova della vita psichica, è proprio in quest'area che Jung si ricaverà un suo spazio indipendente da Freud. Inoltre, Jung, considerava l'immaginazione creativa come un fenomeno autonomo non riducibile ad una funzione delle pulsioni istintuali.

La fiaba è un fenomeno che ha

sempre avuto grande importanza nella psicologia analitica, infatti, non essendo riferibile ad un solo autore le informazioni che fornisce riguardano caratteristiche comuni a tutta una collettività. Si riferisce, quindi, a quello strato mitologico dell'inconscio chiamato da Jung inconscio collettivo di cui la fiaba è una manifestazione. Mancando i personaggi di dettagli molto personali possono emergere i processi inconsci archetipici, mettendo in evidenza l'ordinamento archetipico della vita psichica. La loro reiterata narrazione, come quella di miti e leggende, permette un collegamento tra la coscienza e l'inconscio. Per questo è estremamente importante raccontarle ai bimbi, e ai grandi, perchè sono simboli strumentali tramite i quali i contenuti inconsci possono essere canalizzati nella coscienza e lì integrati e interpretati.

Un altro aspetto delle fiabe è che spesso rappresentano o facilitano il processo d'individuazione, che è uno dei capisaldi della teoresi junghiana.

Uno schema narrativo molto diffuso, che è testimonianza del rapporto esistente tra le fiabe e il processo d'individuazione, è il seguente: il protagonista è davanti ad una difficoltà che poi supera grazie ad uno spirito guida, passando indenne attraverso prove e pericoli.

Naturalmente il processo d'individuazione è diverso per ogni persona, ma molte costanti sono riscontrabili nelle fiabe.

Per esemplificare l'interpretazione junghiana di fiabe e leggende utilizzerò la leggenda messinese di Colapesce.

Colapesce era un ragazzo che passava molto tempo in acqua, al punto da avere piedi e mani palmati. Avendo saputo l'imperatore della sua capacità di passare molto tempo nelle profondità marine lo sfidò a recuperare degli

oggetti, finché Colapesce non tornò più indietro, sembra perché abbia scoperto che una delle tre colonne che sostengono la Sicilia si stesse spezzando.

Nel tentare di analizzare questa fiaba selezionerò alcuni aspetti specifici: il mare, e quindi l'acqua, come sfera del simbolismo attinente al femminile e il distacco dal materno. Da fil rouge farà l'analisi delle peripezie di Colapesce come esemplificazione di un tentativo di processo d'individuazione e come compito eroico di distaccarsi dal materno.

Tra i vari significati simbolici dell'acqua vi è quello che la considera come simbolo della forza vitale della psiche rimandando all'archetipo in se, al motore universale che preme per attivare un processo, per mettere in moto una trasformazione. Tale riflessione è calzante nel caso di Colapesce che, addirittura, subisce una trasformazione anche fisica, oltre che spirituale: nell'elemento acquatico va verso il suo destino.

L'acqua, tra l'altro, può rappresentare la sorgente d'ogni forma di vita, ma è anche elemento di dissoluzione e annegamento. Ha carattere ambivalente perché da un lato dà la vita e rende fertile dall'altro allude ad affondamento e declino. Nella stessa leggenda di Colapesce, pur se l'elemento acquatico è considerato come positivo, nasconde un elemento mortifero.

Altri simbolismi frequentemente associati all'acqua e alle profondità marine sono l'inconscio e il materno, il femminile.

Nel caso specifico di Colapesce il rapporto con il femminile, è ambivalente, infatti, la madre non permette il distacco, non facilita il contatto col femminile archetipicamente rappresentato dalle profondità marine. Per usare una terminologia di Neumann non permette il superamento della fase urobica. Col rischio, che sembra avverarsi, di essere riassorbito dal materno rinunciando alla propria individualità, non riuscendo a riemergere trasformato da questa nekya.

Sono innumerevoli i passi di Jung che affrontano quest'argomento ad esempio "se la libido non fluisce tempestivamente nella vita perviene, regredendo, nel mondo mitico degli archetipi [...]. Se questa regressione avviene nell'uomo in giovane età, il



dramma archetipico degli dei viene a soppiantare la sua vita individuale. [Senza] la possibilità di liberarsi da questo fascino".

Anche qui si è vicini alla vicenda di Colapesce.

Nella teoria junghiana la separazione del figlio dalla madre, avviene non per un intervento esterno, come postulato dal complesso edipico freudiano, ma per una spinta interna alla base, poi, anche del processo d'individuazione. Stessa spinta che sembra "impossessarsi" di Colapesce nel suo anelito verso il mare e le sue profondità.

Come spesso affermato da Jung, uno dei compiti eroici è il distacco dalla Madre, dal regno materno. Con la sua discesa agli inferi variamente rappresentata da Gilgamesh, Pinocchio, Giona o altri, e "con la sua vittoria sulla regressione nel materno, entra nel fondo oscuro del Sé e acquista fiducia nella capacità del Sé di sostenerlo" Giona Pinocchio e Gilgamesh riescono a tornare indietro portando agli altri le visioni e l'arricchimento avuti durante la prigionia nel ventre del mostro, o nell'oltre tomba nel caso di Gilgamesh.

Colapesce, al contrario, sembra più simile a Tammuz, Adone o Attis. Tali personaggi sono tutti eroi la cui esistenza si estingue prematuramente, perché in fondo non sono mai esistiti indipendentemente dalla madre.

Ciò che distingue gli eroi che fanno ritorno dagli inferi da quelli che vi affondano è la capacità di mantenere un barlume di coscienza anche nel

buio più profondo. L'eroe che fallisce il suo compito rischia la non esistenza, il riassorbimento nel materno, sorte che sembra toccare a Colapesce.

In base al ragionamento fatto le peripezie di Colapesce possono essere, quindi, lette come tentativo di sganciarsi dal materno sia reale che simbolico, per "guadagnare" un'esistenza reale ed indipendente, in altri termini di individuarsi.

In conclusione le fiabe possono essere utili anche nel lavoro clinico, ad esempio, la leggenda di Colapesce mi ha spesso ricordato le vicissitudini e le caratteristiche di molti tossicodipendenti: la speranza, la spasmodica ricerca di tornare simbolicamente dentro l'utero materno di molti eroinomani, ad uno stato di totale assenza da stimoli esterni, la sensazione di potere fare a meno di tutto, non avere bisogno di nulla d'esterno, un narcisismo totalizzante; o la sfida contro gli altri, il tentativo di superare i propri limiti, fisici e psicologici, tipica del cocainomane, che quando è sotto l'effetto della cocaina perde di vista il rischio e il pericolo.

Il finale della leggenda col relativo imprigionamento nelle profondità marine ricorda lo stato di dipendenza conclamata.

A differenza di Colapesce il tossicodipendente si può permettere di tornare a galla, di recuperare un ruolo "umano" e non di vittima archetipica, riuscendo in caso d'integrazione dei vari aspetti scissi della sua personalità ad incamminarsi nella via dell'individuazione.

Action research nel mondo dei meninos de rua

Marco Lipera - psicologo

Pensare al fenomeno dei bambini di strada vuol dire rivolgere lo sguardo in America Latina e in particolare in Brasile dove vive la maggioranza dei bambini di strada di tutto il sud America: al momento si stima che siano intorno ai 7 milioni.

Nel luglio del 2005 ha avuto inizio in Brasile una ricerca che ripercorre i passaggi storici che hanno determinato lo sviluppo del fenomeno dei "meninos di rua". Essa trae spunto da un precedente lavoro compiuto nel 1995 dal dott. F. Lo Piccolo in collaborazione con la facoltà di Psicologia dell'Università degli studi di Palermo. L'indagine ci ha condotti all'interno della realtà quotidiana conoscendo le condizioni di vita, la tossicodipendenza e i tanti disagi. È un lavoro che mette in luce le contraddizioni del Brasile (9° potenza mondiale) e le componenti psicologiche che costituiscono le rappresentazioni sociali che guidano i comportamenti di questi bambini.

Obiettivo

L'obiettivo è stato quello di esplorare l'universo mentale dei bambini di strada che vivono nella città di Recife; la conoscenza di come possa strutturarsi la personalità di individui che crescono in condizioni di totale deprivazione; l'impatto sullo sviluppo di condizioni esistenziali e sociali al limite della tollerabilità umana, nonché il mondo delle rappresentazioni sociali rispetto ad alcune aree fondamentali (Di Maria, Lo Verso, 1995).

Alcuni cenni storici...

Agli inizi del Novecento dall'Europa arrivarono emigranti in cerca di fortune e la schiavitù era stata abolita solo da alcuni anni (1888). Si crearono, in tal modo, le condizioni per una società spartita in due realtà, da un lato nuove relazioni commerciali e nuovi consumi e dall'altro miseria e violenza.

I bambini furono impiegati nelle nascenti fabbriche che vennero addirittura previste dalla legge come luoghi di

recupero e spazi educativi per strapparli dalla strada. Allo stesso modo vennero impiegati in attività illegali all'interno delle favelas in attività come borseggio, prostituzione, accattonaggio, ma anche per piccole attività lavorative fatte in strada come vendita di biglietti della lotteria, di caramelle, giornali o come lustra scarpe, attività con le quali i meninos potevano assicurare la sopravvivenza propria e delle loro famiglie.

Grupo Ruas e Praças (ONG)

La ricerca è stata condotta in collaborazione con l'ONG Grupo Ruas e Praças (GRP), che opera nella zona di Santo Amaro all'interno della città. L'organizzazione, presente sul territorio dal 1987, mi ha dato piena disponibilità nell'affiancare gli operatori nel loro lavoro di educativa di strada, permettendo di introdurmi sul campo e toccare con mano la realtà.

È importante tener presente che sul territorio urbano sono numerose le organizzazioni che lavorano sui "meninos de rua", tra le più importanti citiamo il Movimento Nazionale dei meninos e meninas de rua, che copre l'intero territorio Brasiliano.

Contraddizioni

Il Brasile è stato uno dei primi Stati nel mondo ed il primo dell'America Latina ad adottare uno statuto a tutela dei bambini: "O Estatuto da criança e do adolescente"; che prevede misure per la tutela del minore circa standard minimi di reddito, d'istruzione, di alimentazione, di salute e di educazione. Lo statuto considera, inoltre, il minore quale soggetto attivo avente dei diritti, rispetto ai quali deve essere tutelato. Tuttavia di fatto questa idea di welfare in Brasile non trova alcuna seria e concreta attuazione.

Sebbene il Brasile sia la patria di illustri pedagoghi e rientra tra i paesi più avanzati in ambito nella pratica educativa, attualmente le condizioni di vita dei bambini appartenenti alle classi

povere non sono poi cambiate di molto rispetto al passato.

Chi sono questi bambini?

Da una ricerca precedentemente condotta è emersa l'esistenza di due gruppi differenziati di "meninos de rua": un gruppo è composto da bambini e adolescenti che fanno della strada il loro spazio di vita e la loro dimora ove droga e problemi con la legge, sono parte del quotidiano. In questo universo si scopre che alcuni di loro hanno rotto definitivamente il legame con la famiglia, mentre altri mantengono un vincolo, seppur relativo, col nucleo familiare, tornando di tanto in tanto in casa (AA.VV. Grupo Ruas e Praças, 1998).

L'altro gruppo, invece, è costituito da quelli che gli educatori chiamano "meninos e meninas trabalhadores", cioè bambini e bambine lavoratori. Questi trascorrono le giornate in strada svolgendo diverse attività lavorative: lava vetri, auto, lucida scarpe, vengono impiegati nel trasporto di materiali vari, o si occupano di piccole vendite ai semafori: caramelle, gelati, braccialetti ed altro.

Profilo dei meninos

Emerge il profilo di un bambino che va dai 6 ai 16 anni in prevalenza nero e di sesso maschile. Vive in strada e fa uso di droga e alcool. Sono i "cheira colla", ovvero, sniffa colla. È così che vengono etichettati con disprezzo dalla popolazione. La colla è tra le droghe più potenti in grado di combattere la fame e dare una illusoria sensazione di benessere e di potere. L'effetto è allucinogeno, narcotico e anoressizzante ed ha conseguenze devastanti sul sistema nervoso. Inoltre, in strada, tra i giovani circola anche hashish, marijuana, psicofarmaci e crack.

La maggior parte dei bambini che vive per strada e che fa uso di droga non è alfabetizzata. Un piccolo numero frequenta la scuola sporadicamente, tutti hanno comunque avuto un passato



scolastico. Ma è solo tra coloro che lavorano che è possibile incontrare bambini che frequentano la scuola. I luoghi dove dormono sono vari e diversificati, generalmente sono i loro luoghi di ritrovo come piazze, marciapiedi, piccole vie, giardini e luoghi pubblici, altri dormono in casa o in casa di amici.

Profilo delle famiglie

Il quadro che ne viene fuori è piuttosto omogeneo. Sono molti i genitori che fanno uso di droga e alcuni di loro hanno già avuto a che fare con la legge; il rapporto che c'è tra padre e figlio è il più delle volte violento e conflittuale. Si osserva, comunque, che in genere l'assetto familiare è composto per lo più da madri e figli. La figura paterna risulta quasi totalmente assente ed è comune l'esistenza di fratelli, figli di padri differenti.

La ricerca

La ricerca si è concentrata sull'esplorazione delle rappresentazioni sociali. A partire dal contesto è possibile valutare gli elementi interni che sono alla base delle rappresentazioni, permettendo di conoscere e di affrontare le caratteristiche del gruppo al quale ci si riferisce (Abric, 1987). Le rappresentazioni sociali contengono in sé idee, norme e valori del gruppo sociale in cui si producono, configurandosi come strumento di guida per l'azione e modello d'interpretazione della realtà. La nozione di rappresentazione sociale fa uso di concetti psicologici e sociologici, il che comporta una dialettica tra apparato psichico, funzionamento cognitivo e organizzazione sociale.

L'indagine

L'indagine è stata condotta su tre gruppi-criterio composti da elementi di entrambi i sessi, racchiusi nella fascia di età che va dai 12 ai 18 anni, per un totale di 90 interviste, rispettivamente 30 per ogni gruppo. La fascia di età maggiormente indagata è quella dei 16 anni che rappresenta il 27% degli intervistati. I soggetti sono 32 di sesso femminile e 58 di sesso maschile. I gruppi si differiscono per le condizioni socio-economiche.

Il primo gruppo è stato definito "gruppo rua" ed è composto esclusivamente da bambini e ragazzi che fanno della strada il loro unico spazio di vita. Il secondo è stato definito "gruppo favella", composto da ragazzi di classe povera che frequentano la scuola e appartengono a sistemi familiari più o meno strutturati. Infine, il terzo gruppo è com-

posto da ragazzi che frequentano una scuola privata, gestita da suore carmelitane, frequentata da ragazzi appartenenti alla classe medio-alta e proprio per questo definito "gruppo classe media".

Scelta del campione

Riguardo la scelta del campione e le scelte di carattere operativo con le quali si decide "dove, come e quando si raccolgono i dati", mi sono lasciato guidare dallo stile della ricerca qualitativa che contrappone a un disegno di ricerca strutturato anteriormente alla raccolta dei dati (ricerca quantitativa), uno destrutturato, aperto, adatto a catturare l'imprevisto e modellato nel corso della rilevazione. Pertanto, il campione costruito, rappresenta esattamente ciò che è presente sul campo. Per realizzare l'indagine si è fatto uso di una serie di figure create ad hoc e utilizzate come test con valenze semiproiettive (Lo Piccolo, 1996). Avvalendoci del lavoro del Lo Piccolo, come riferimento guida, si è proceduto con la rivisitazione degli strumenti.

Le figure presentano, al loro interno, due immagini dicotomiche, rispetto alle quali viene chiesto al soggetto di narrare una breve storia evocata dalla figura stessa. Le immagini propongono quelle categorie ritenute potenzialmente capaci di coprire tutto l'arco dell'esperienze più significative per i soggetti.

I dati raccolti sono stati elaborati successivamente attraverso un software di elaborazione del testo: il T-LAB (Lancia, 2002). La linguistica e la statistica sono le teorie che regolano il suo funzionamento. Il software non si propone di analizzare i significati o i contenuti, ma la frequenza di presentazione di determinati significati, ovvero, due o più elementi linguistici che co-abitano nel testo. Ed è da considerare un valido dispositivo di supporto all'interpretazione.

"Gruppo rua"

Dal primo gruppo è emerso un linguaggio molto povero complessivamente, pieno di stereotipi e luoghi comuni. L'eccessiva formalizzazione mostrerebbe uno sforzo di lettura oggettivante del materiale nel tentativo di eliminarne l'apporto soggettivo. Per la maggior parte delle elaborazioni l'adesione nei confronti del materiale è massima, le narrazioni sono iper-adattive e conformiste, difficilmente si scostano da ciò che è esplicitamente contenuto nei disegni. Le produzioni sono nel complesso poco abbondanti.

"Gruppo favella"

Nel gruppo favella non si sono registrate differenze tali, rispetto alle elaborazioni dei ragazzi di strada, da far pensare a due gruppi distanti fra loro. Le disuguaglianze si riferiscono ad una migliore proprietà di linguaggio, anche se minima, e ad una visione più distaccata rispetto allo stimolo tale da far emergere contenuti legati alla formazione scolastica e lavorativa personale che essi compiono grazie al centro rieducativo.

"Gruppo classe media"

L'ultimo gruppo è quello che ha fornito il maggior numero di parole. È opportuno sottolineare che, tra quest'ultimo e i primi due gruppi, non vi è solo una differenza socio-economica. Il 90% dei ragazzi del terzo gruppo è di origine caucasica evidenziando così differenze socio-culturali legate alle influenze provenienti dai paesi di origine. Tali riflessioni sono significative in quanto evidenziano, nei ragazzi, la presenza di uno spazio interno che da ampio spazio alle rappresentazioni di articolarsi. Contrariamente ai primi due gruppi, emerge una concezione del tempo che si allunga fino a concepire la dimensione del futuro: studio, imparo, lavoro in funzione di... Caratteristiche queste che ritroviamo pienamente, come solidamente acquisite nel gruppo che si riferisce ai ragazzi più agiati. In questi protocolli si evince la disponibilità dei soggetti a potersi astrarre dai contenuti oggettivi riportati nello stimolo, cogliendo in esse una certa continuità. In questi soggetti le rappresentazioni grafiche non hanno subito una scotomizzazione nell'una o nell'altra dimensione, ma sono state integrate e interpretate secondo l'aspetto più significativo presente nella realtà brasiliana, ovvero, la disuguaglianza sociale. In generale, emerge una chiara consapevolezza del contesto e non si sono registrate parole che potessero lasciare intuire intolleranze.

Riflessione

Lo scopo di questa ricerca prima ancora che conoscitivo è quello di rilanciare la questione. "Tenere alta l'attenzione" significa fare in modo di non assuefarci all'esistenza del fenomeno.

Aprire gli occhi è importante per rendersi conto che i "meninos de rua" non è una realtà, poi, così lontana da noi. Anche le nostre città, ad uno sguardo più attento, tra i semafori e i tavolini dei bar, cominciano sempre più ad essere teatro di "meninos de rua".

Demenza frontotemporale con SLA: descrizione di un caso singolo



Daniel Lina Mancuso - psicologo, Giuseppe Castro - psicologo

La demenza frontale con malattia del motoneurone è un disturbo neurodegenerativo progressivo caratterizzato clinicamente da deficit motori e cognitivi ed anatomicamente dalla degenerazione del I e del II motoneurone e dall'atrofia dei lobi frontali.

Si riporta un caso di un soggetto in cui in un primo momento si manifestano, prevalentemente, i sintomi cognitivi e successivamente (dopo 6 mesi) si assiste all'insorgenza dei sintomi motori.

INTRODUZIONE

La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa progressiva di eziologia sconosciuta (Matsusue, 2007).

La SLA è caratterizzata dalla degenerazione del I e del II motoneurone; si manifesta con ipostenia a carattere progressivo, non associata a sintomi sensitivi, che si estende progressivamente all'interno di una stessa regione e, successivamente, coinvolge le altre regioni muscolari.

La malattia, solitamente, conduce alla morte in 3-5 anni, ma esiste una discreta variabilità di decorso, con forme più lente.

Di solito, nella malattia del motoneurone non si evidenziano alterazioni sensoriali, sessuali e sfinteriali.

Tra i deficit che possono manifestarsi in concomitanza, le alterazioni cognitive hanno per lungo tempo ricevuto scarsa attenzione.

Gli studi neuropsicologici condotti negli ultimi quindici anni hanno però evidenziato che in questi pazienti si può rilevare un quadro dementigeno di tipo frontale (Zago 2004); infatti, soprattutto se la SLA viene diagnosticata intorno alla 6° o 7° decade della vita, si può rilevare una sovrapposizione delle due patologie (Vercelletto, 1998). Brun et al. (1994), sostengono la possibilità che l'insorgere di demen-

za nella SLA rappresenti il continuum clinico-patologico di una entità a sé stante, piuttosto che l'associazione casuale tra diverse forme neurodegenerative.

La demenza frontotemporale (FTD) è anch'essa una patologia neurodegenerativa progressiva in cui si evidenzia un'atrofia dei lobi frontali.

Lavadas (2006) rintraccia i seguenti disturbi neuropsicologici tipici della FTD: incapacità di astrazione, incapacità nei compiti aritmetici, rigidità cognitiva, deficit di rievocazione dell'informazione, sindrome pseudodepressiva con apatia, deficit attenzionali e delle competenze sociali.

È di facile intuizione come queste alterazioni cognitive insieme ai disturbi motori possano incidere negativamente sulla qualità della vita del malato.

METODOLOGIA

Il caso in esame è un uomo di 64 anni, laureato in matematica, di professione informatico.

Non presenta alcuna familiarità per disturbi neurodegenerativi, soffre di ipertensione, diabete mellito e ipercolesterolemia.

Strumenti Utilizzati:

- + Test neuropsicologici: MMSE, FAB, Figura complessa di Rey, 15 parole di Rey, Matrici attentive TMT-A, TMT-B, Giudizi verbali, Wisconsin Card Sorting test, Fluenze Semantiche, Fluenze Fonemiche, clock drawing test, Stroop test, ENPA (Miceli, Capasso), ADL, IADL.
- + Indagini strumentali: - Risonanza magnetica - Elettroencefalogramma (EEG) - Elettromiografia (EMG).

PROCEDURA

Il paziente viene sottoposto a due visite a distanza di 6 mesi.

Prima visita: Il paziente viene ricoverato a causa di difficoltà nell'espressione linguistica insorte da circa un mese.

La moglie riferisce che, oltre ai dis-

turbi del linguaggio (difficoltà nel trovare le parole, raccontare la trama di un film etc), il marito sarebbe meno attento, più lento nel prendere decisioni, maggiormente irritabile rispetto al passato. All'osservazione comportamentale e al colloquio clinico, il paziente si presenta collaborativo, vigile, curato nell'aspetto; il comportamento è adeguato alla situazione.

L'eloquio spontaneo risulta lento ma corretto nella forma e nel contenuto, il tono della voce basso e monocorde; l'umore appare depresso.

Vengono somministrati i seguenti test con i relativi punteggi:

MMSE (P. grezzo= 26, P. corretto= 24,5); FAB (P. E. = 2); Figura complessa di Rey (P. E.= 4); 15 parole di Rey (P.E.= 3); Matrici attentive (P. E.= 2); TMT-A (P. E.= 1); TMT-B (P. E.= 0); Giudizi verbali (P. E.= 1); Wisconsin Card Sorting test (P. E.= 2 - presenza di perseverazioni-); Fluenze Semantiche (P. E. = 2); Fluenze Fonemiche (P. E.= 0); clock drawing test (P. E.= 4); Stroop test (P. E.= 0); ENPA -Denominazione orale di verbi: P. C.: 5,5 cut-off 6,1 - Comprensione visiva di frasi P. C.= 14 cut-off= 11,3 -Comprensione uditiva di frasi P. C. = 14 cut-off=11,6, ADL 6/6; IADL 8/8.

Dal colloquio clinico e dalla valutazione quantitativa e qualitativa della batteria dei test neuropsicologici somministrati si evidenzia:

- Attenzione: moderata difficoltà nel focalizzare l'attenzione su particolari stimoli all'interno di un contesto distraente e direzionarla in modo flessibile.
- Memoria: Adeguata capacità di apprendimento ma compromessa la rievocazione dell'informazione a causa della difficoltà di ricerca e utilizzo di strategie del recupero dell'informazione dai magazzini semantici e lessicali.
- Ragionamento: deficit nella capacità di astrazione: il paziente rimane ancorato alla concretezza e all'imme-

diatezza della situazione; moderata rigidità cognitiva: il paziente è incapace di passare da uno specifico comportamento e/o strategia ad un altro, in relazione alle richieste del contesto, con significativa presenza di perseverazioni ed uno stile comportamentale estremamente "rigido".

- Linguaggio: la denominazione di oggetti risulta lievemente compromessa. La produzione del linguaggio è ridotta ad un linguaggio telegrafico (fig.1: gli viene chiesto come trascorre

Il ALTO
 Ricordi FUCIETTA
 Il SIEDE AL CANTIERE
 Sulle Lascie IDEE
 LA VERA
 FINESTRE
 Il Pote. F. DE. ALLE
 Il SIEDE AL CANTIERE
 Sulle Lascie IDEE
 LA VERA
 Il SIEDE AL CANTIERE
 Sulle Lascie IDEE
 LA VERA

le giornate) adeguata la capacità di lettura e la comprensione sia orale che scritta.

- Abilità visuo spaziale e calcolo: Adeguata le capacità di organizzazione degli elementi visuo-spaziali. Pattern Discalculico che si evidenzia nell'incapacità di ricordare fattori matematici, procedure di calcolo e di usarli in modo appropriato.

Indagine strumentali:

Risonanza magnetica: assenti segni di atrofia ippocampale, assenti segni di vasculopatia.

* Elettroencefalogramma (EEG):

Tracciato lievemente alterato per la presenza di onde theta, di basso-medio voltaggio, in brevi treni, asincrone, diffuse.

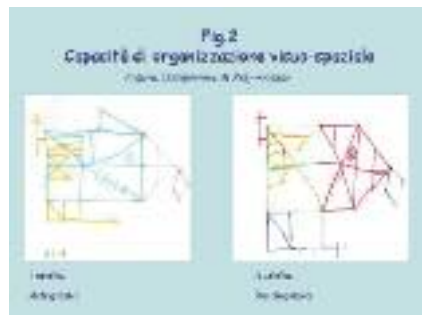
Alla luce della valutazione neuropsicologica e degli esami strumentali, il paziente viene dimesso con la diagnosi di declino cognitivo di grado lieve-moderato a carico delle funzioni fronto-temporali.

Seconda visita: Dopo 6 mesi, il paziente si presenta in ambulatorio per una seconda valutazione neuropsicologica.

Il paziente appare vigile, curato nell'aspetto ma molto dimagrito rispetto alla visita precedente; inoltre, sono comparse fascicolazioni al braccio destro, disfagia e lieve disartria.

La moglie riferisce di frequenti cadute e di mancanza di forza.

Il quadro neuropsicologico si presenta pressochè invariato rispetto alla prima visita al di là di una lieve disartria e una moderata difficoltà nella pianificazione ed organizzazione del mate-



riale visuo-spaziale (Fig.2).

Viene effettuata un'elettromiografia, che da il seguente referto: Segni di denervazione e potenziali di fascicolazioni e fibrillazioni, Sofferenza neurogena diffusa.

Assenti disturbi della conduzione sensitiva.

La valutazione neuropsicologica e gli esami strumentali indicano, quindi, la presenza di SLA con FTD.

DISCUSSIONE

Il seguente studio riporta di un caso di SLA con FTD.

Nella maggior parte dei casi, i pazienti con SLA mantengono le loro abilità mentali.

In questo caso si evidenzia, invece, una sovrapposizione fra le due patologie. Nel caso esposto la sintomatologia frontale precede la comparsa del quadro di malattia del motoneurone, infatti, nella prima visita è stata formulata la diagnosi di FTD di grado lieve-moderato, nella seconda visita, effettuata dopo 6 mesi, insorgono, invece, i disturbi motori, le fascicolazioni, le frequenti cadute.

Il disturbo cognitivo rimane, invece, stabile anche se si riscontra un peggioramento nell'organizzazione visuo-spaziale.

CONCLUSIONI

L'associazione della FTD con la SLA comporta una prognosi peggiore rispetto alla sopravvivenza e alla qualità di vita del paziente, infatti, i disturbi comportamentali e motori e i disturbi di comprensione possono rendere più difficile la comunicazione e la nutrizione ed altre fun-

zioni vitali.

Diviene, quindi, fondamentale diagnosticare precocemente la SLA con FTD ed evitare che alcune forme rimangano sub-cliniche per intervenire sin dai primi momenti le persone colpite da questa patologia. Come detto, nel caso clinico esposto si evidenzia come le manifestazioni cognitive e muscolari non intervengono contemporaneamente, per questo sarebbe necessario valutare:

1. L'aspetto neuropsicologico nei pazienti a cui è stata diagnosticata una malattia del motoneurone, che consiste in una somministrazione di una batteria neuropsicologica per valutare un possibile deterioramento della funzioni cognitive.

2. L'aspetto neuromotorio nei pazienti con FTD. Uno screening elettromiografico potrebbe indicare, precocemente, indici elettromiografici sospetti di una presenza subclinica di SLA.

Bibliografia

- **Brun A. et al** (1994) Consensus statement. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. Lund and Manchester groups. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 57:416-418.
- **Lavadas** (2006). *Neuropsicologia*, Bologna, Il Mulino.
- **Matsusue et al.** "Cerebral Cortical and White Matter Lesions in Amyotrophic Lateral Sclerosis with Dementia: Correlation with MR and Pathologic Examinations" *AJNR Am J Neuroradiol* 28:1505-10, 2007.
- **Vercelletto M, et al.**, "Neuropsychological and scintigraphic aspects of frontotemporal dementia preceding amyotrophic lateral sclerosis *Rev Neurol (Paris)*. 2003 May:529-42.
- **Vercelletto M. et al.**, type dementia amyotrophic lateral sclerosis: a neuropsychological and SPECT study of five clinical case. *European Journal of Neurology* 1999, 6: 295-299.
- **Zago S. et al.**, "Aspetti cognitivi dei pazienti con malattie del motoneurone" *Neurol Sci* (2004) 25:S69-S72.

Alexithimia, Stress e Supporto Sociale nei pazienti con Orticaria Cronica



Giuseppe Maniaci - psicologo

Il presente lavoro, partendo dalle più recenti ricerche sulle relazioni mente-corpo, ha avuto come oggetto di interesse una patologia con un grande rilievo clinico e sociale.

L'orticaria cronica rappresenta, infatti, una delle più frequenti e invalidanti dermatopatie.

Partendo dai costrutti di alexithymia, stress, attaccamento e supporto sociale, si è deciso di confrontare due popolazioni di pazienti affetti da patologie croniche, rinitici e orticarioidi.

L'etiopatogenesi del disturbo rinitico è ben conosciuta dai medici, i quali riescono a diagnosticarla attraverso l'esame clinico e strumentale e a curarla nei sintomi con una buona efficacia.

Nel caso degli orticarioidi cronici, invece, in molti casi non si riesce ad identificare una causa ben precisa che spieghi l'insorgere del disturbo.

La terapia risulta mirata, pertanto, al controllo dei sintomi, senza ottenere a volte un adeguato risultato.

Lo studio è stato condotto su soggetti afferenti alla U.O.C. di Allergologia dell'ARNAS Civico e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli di Palermo.

Obiettivo

Questo studio indaga il ruolo degli eventi stressanti, la percezione del supporto sociale, lo stile di attaccamento e la presenza di un funzionamento mentale Alessitimico nei pazienti con Orticaria Cronica.

Ipotesi

L'ipotesi principale che guida questo lavoro è la considerazione del disturbo orticarioide cronico come un disturbo ad eziologia multifattoriale, in cui giocano un ruolo di primo

piano determinati fattori psicologici, nonché certe modalità di venire in contatto con le proprie emozioni ed esprimerle.

In particolare, nei pazienti con una patologia con componente psic somatica trascurabile (rinitici cronici) ci si aspetta di trovare:

- Più bassi livelli di alexithymia.
- Un maggiore supporto sociale percepito.
- Minore presenza di stili di attaccamento disfunzionali.
- Minore presenza di eventi stressanti nei 6 mesi precedenti l'esordio della sintomatologia.
- Minor numero di eventi stressanti in generale.

Strumenti

Ai partecipanti è stata somministrata una batteria di test comprendenti:

1. Intervista semistrutturata.
2. Scala Paykel per gli eventi stressanti.
3. Versione italiana dell'Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR).
4. Toronto Alexithymia Scale a venti item (TAS-20).
5. Versione italiana del Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Soggetti e metodo

Sono stati esaminati 48 pazienti ambulatoriali differenziati per il tipo di patologia presentata:

I° gruppo: 24 pazienti con orticaria cronica.

II° gruppo: 24 pazienti con rinite allergica cronica.

I due gruppi risultano appaiati per sesso, età e livello di istruzione. Per l'analisi statistica è stato utilizzato la T student per con-

frontare le medie dei due campioni.

Risultati

Dei 24 soggetti con orticaria cronica considerati, il **42%** ha ottenuto punteggi alla TAS-20 superiori a 60, che rappresenta la linea di cut-off per l'alessitimia, il **21%** si è situato all'interno di un livello borderline, mentre il **37%** ha ottenuto un punteggio ascrivibile ad un livello di non-alessitimia.

Nei rinitici invece la percentuale di alexitimici è risultata del **8,5%**, quella di alexithymia indeterminata (livello borderline) del **37,5%** mentre quella di non alexithymia è risultata del **54%**.

Inoltre, la differenza delle medie dei punteggi alla TAS-20 tra pazienti con orticaria cronica e popolazione normale è statisticamente significativa, $t(23) = 2,79, p < .05$, a differenza dei pazienti rinitici, i quali invece presentano dei livelli di alexithymia in perfetta media rispetto alla popolazione generale (1), $t(23) = 0,09, p = ns$.

Dalla comparazione dei punteggi ai test dei due gruppi di pazienti cronici è emerso, inoltre, come i pazienti con patologia allergologica a componente psic somatica più elevata (orticarioidi cronici) abbiano riportato in misura maggiore e statisticamente significativa più elevati livelli di Alessitimia totale, più difficoltà a riconoscere le proprie emozioni, un minore supporto sociale percepito nelle aree della famiglia, degli amici e degli altri significativi, un maggiore attaccamento di tipo evitante, un numero maggiore di eventi stressanti presenti nei 6 mesi precedenti l'esordio della sintomatologia e un numero totale di eventi stressanti maggiore, rispetto ai pazienti con patologia cronica a componente psi-

cosomatica trascurabile.

Discussione

Dai risultati ottenuti possiamo trarre qualche conclusione importante.

Nei soggetti da noi esaminati, gli elevati punteggi alla TAS-20 hanno dato testimonianza empirica della centralità del funzionamento mentale Alessitimico per la comprensione delle caratteristiche psicologiche dei soggetti affetti da orticaria idiopatica cronica.

Quindi, concordemente ai dati presenti in letteratura, si può affermare che l'alessitimia rappresenta un importante fattore di rischio, che predispone a sviluppare delle malattie, tra cui possiamo annoverare anche l'orticaria cronica.

Nei soggetti Alessitimici l'emozione, relegata all'interno di sistemi di risposta fisiologici e motorio-comportamentali, rimane priva di regolazione da parte di processi più cognitivi, che ne permetterebbero l'elaborazione e l'espressione verbale e ciò favorisce una iper-attivazione somatica, dannosa per l'organismo.

Lo stress è apparso particolarmente presente nei pazienti orticarioidi, i quali hanno subito un numero nettamente maggiore di eventi stressanti nei 6 mesi precedenti l'esordio sintomatologico.

Questo dato può essere messo in relazione con quello di altre ricerche in cui è stato evidenziato come le strategie di coping usate dagli orticarioidi siano meno efficaci rispetto ad un gruppo di controllo (2).

Pertanto, una elevata presenza di stressors ambientali, unita a delle strategie di coping insufficienti a gestirli efficacemente, può aiutare a spiegare come lo stress possa più facilmente venire somatizzato negli orticarioidi cronici.

Rispetto al costrutto dell'attaccamento, sappiamo che l'attaccamento insicuro può influire negativamente nella regolazione dello stress, aumentare lo stress percepito e aumentare l'intensità e la durata della risposta fisiologica allo stress (3).

Noi abbiamo trovato un'elevata presenza di attaccamento di tipo evitante negli orticarioidi cronici rispetto ai rinitici.

Questo dato è concorde con quelle ricerche che dimostrano che l'attaccamento insicuro può aumentare la suscettibilità a sviluppare dei disturbi della pelle (4).

Il Supporto sociale viene tradizionalmente concepito come un importante fattore protettivo per la salute. Pertanto godere della possibilità di poter contare su una rete di sostegno familiare e/o amicale aiuta ad affrontare efficacemente i vari stressors ambientali.

Di contro, vivere una condizione di isolamento reale o percepito rappresenta un fattore di rischio verso le malattie (5).

Negli orticarioidi cronici, la percezione di poter contare su un sostegno sociale è dimostrata essere notevolmente bassa.

Tale deficit si è manifestato in tutte e tre le aree del supporto sociale indagato, quella familiare, quella amicale e quella relativa ad altre figure significative.

Si può affermare pertanto, che l'orticaria cronica può essere significativamente influenzata, nell'esordio e/o nell'aggravamento dei sintomi, da alcuni problemi nella regolazione degli affetti (alexithymia), da una bassa percezione di poter contare sul supporto di una rete sociale di sostegno, da un attaccamento evitante, e dalla difficoltà nella gestione degli stressors ambientali.

In una patologia che spesso viene definita dai medici "idiopatica" si è identificata la presenza di alcuni aspetti psicologici e/o psicopatologici che in letteratura vengono identificati come predisponenti e/o slatentizzanti una condizione patologica (6).

Anche se non è possibile dire con certezza che l'orticaria cronica sia in certi casi determinata da fattori psicologici, possiamo affermare l'utilità di adottare un approccio bio-psicosociale nella diagnosi e nel trattamento di questa dermatopatia.

I pazienti orticarioidi cronici dovrebbero, pertanto, beneficiare di un approccio terapeutico integrato, medico e psicologico insieme che si occupi di considerare anche le variabili psicologiche che possono a vari livelli influenzare la sintomatologia orticarioide.

Infine, relativamente al sub-

strato fisiologico che regola i rapporti tra emozioni, stress, personalità e orticaria sappiamo che sono implicati dei complessi meccanismi che riguardano le relazioni tra sistema nervoso, endocrino e immunitario (7).

Auspicabile sarebbe condurre delle ricerche che cerchino di valutare, attraverso le più recenti metodologie di indagine fisiologica, i rapporti tra personalità individuale, capacità di gestione dello stress e meccanismi fisiologici sottostanti.

Il famoso e misterioso "salto dalla mente al corpo" potrebbe così finalmente diventare meno misterioso...

Bibliografia

- 1 **Bressi C**, et al, "Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study". *Psychosom Res.* 1996 Dec;41(6):551-9.
- 2 **Maniaci, G., Amoroso S.**, La gestione dello stress e delle emozioni nei pazienti con orticaria cronica, *IT J ALLERGY CLIN IMMUN* 2008; 18:15-17.
- 3 **Maunder RG, Hunter JJ:** Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med* 2001; 63:556-567).
- 4 **Picardi A**, et al "Stressful life events, social support, attachment security, and alexithymia in vitiligo: a case-control study" *Psychother Psychosom* 2003; 72:150-158.
- 5 **Cobb S:** Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38:300-314.
- 6 **Malhotra SK**, et al "Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria" in *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008 Nov-Dec;74(6):594-9.
- 7 **Dyke SM.** Et al "Effect of stress on basophil function in chronic idiopathic urticaria" *Clin Exp Allergy.* 2008 Jan;38(1):86-92. Epub 2007 Nov 1.

I disturbi dell'apprendimento: il gruppo fiaba

Marino Rosaria - psicologo

Il presente studio nasce dalla necessità di creare all'interno della scuola un laboratorio clinico che fosse in grado non solo di distinguere una difficoltà scolastica da un disturbo specifico di apprendimento ma anche quello di aiutare i bambini con tali difficoltà attraverso l'utilizzo della fiaba.

Le difficoltà nel campo dell'apprendimento, infatti, sono molto spesso accompagnate da sentimenti di sfiducia per le proprie capacità globali, bassa autostima, scarsa motivazione allo studio e, più in generale, paura di mettersi in gioco in quelle situazioni che richiedono una dimostrazione delle proprie capacità.

L'uso della fiaba favorisce nei bambini l'espressione di molti aspetti della vita psichica e al contempo promuove processi di crescita sul piano cognitivo, relazionale e comunicativo.

I Disturbi Specifici di Apprendimento DSA comprendono un gruppo eterogeneo di disturbi specifici – dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia - che rendono difficoltoso l'apprendimento e l'uso della lettura, della scrittura, delle abilità di ragionamento e di calcolo compromettendo il normale processo di evoluzione scolastica. In questi disturbi le normali modalità di apprendimento appaiono alterate fin dalle fasi iniziali, prima ancora che il problema possa in qualche modo essere attribuito a una cattiva scolarizzazione, a metodi di insegnamento inadeguati o a carenze motivazionali relative alle attività scolastiche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato il preoccupante allarme sul diffondersi dei disturbi di apprendimento a scuola, considerandoli una vera e propria "epidemia" a livello mondiale poiché interessano un bambino su cinque e rappresentano un fattore di rischio primario per il futuro scolastico degli alunni e uno dei fattori che maggiormente incidono sulla

salute psichica in età adulta. In linea con la nuova cultura della salute promossa dall'OMS volta a migliorare la qualità di vita di ciascuna persona tirando fuori da questa le sue potenzialità, nel presente studio è stata utilizzata una metodologia clinica che guardi al bambino con difficoltà di apprendimento nella sua interezza e non alla singola difficoltà.

È proprio all'interno di un intervento di tipo olistico dei disturbi dell'apprendimento, che negli ultimi anni si è assistito ad un rinnovato interesse della letteratura scientifica verso l'utilizzo della fiaba nei progetti educativi, riscontrandone la validità strumentale per il recupero delle difficoltà evolutive (P. Assenza, 1996; M. G. Del Porto, A. Bermolen, 2004).

La fiaba è un racconto fantastico caratterizzato dalla presenza di situazioni e personaggi legati alla magia, alla sfera dell'immaginario dove tutto è possibile e presenta delle caratteristiche fisse: i protagonisti sono creature umane coinvolte in avventure straordinarie con personaggi dai poteri magici. La fiaba permette di riscoprire la creatività come momento di formazione ed attraverso di essa è possibile agire sulla stimolazione delle funzioni cognitive e sulle capacità di apprendimento nei bambini in età scolare.

Scopo di questo lavoro è dunque quello di verificare l'efficacia della fiaba in un gruppo di bambini con difficoltà di apprendimento. Si ipotizza inoltre che in seguito al potenziamento delle abilità, questo gruppo riduca l'emissione di comportamenti problematici.

Metodologia

L'obiettivo del gruppo fiaba è aiutare questi bambini a provare interesse e curiosità per attività che solitamente creano disagio e sono sempre collegate ad una didattica o sentite come costrittive. Se da una parte si è operato per rinforzare l'area psico-emoziona-

le, dall'altra si è intervenuto affinché i bambini acquisiscano strumentalità e strategie.

Soggetti Il progetto è stato implementato all'interno di due classi elementari (una terza e una quarta) di una scuola primaria di un paese della provincia siracusana (Augusta) ed è stato condotto da una psicologa psicoterapeuta e due pedagogiste cliniche per la durata di un anno (anno scolastico 2006-07) con incontri settimanali di un ora.

Strumenti Nella fase iniziale tutti gli alunni, 17 femmine e 28 maschi, sono stati approcciati attraverso la rappresentazione grafica della propria favola preferita.

Successivamente è stato individuato un sottogruppo di bambini al quale è stato somministrato la Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva (G. Sartori, R. Job, P. E. Tressoldi, 1996) e le prove PRQR-2 (C. Cornoldi, 1992).

L'elaborazione dei dati ha permesso di individuare la presenza di sei bambini, tutti maschi, con difficoltà di apprendimento (due con dislessia, tre con disgrafia e uno con dislessia e discalculia) e disadattamento scolastico. I bambini individuati sono stati inseriti in un gruppo, gruppo-fiaba, all'interno del quale si è utilizzata la fiaba per proporre atteggiamenti e percorsi metodologici alternativi ad una didattica tradizionale.

All'interno del gruppo-fiaba l'intervento è stato suddiviso in due aree.

L'area psico-emozionale con lo scopo di aumentare la fiducia nelle proprie capacità, stimolare interesse per attività specifiche, raggiungere una maggiore autonomia e consapevolezza di sé.

L'area cognitivo-linguistica con il rinforzo dei prerequisiti di letto-scrittura. Sviluppare capacità tali da utilizzare i contenuti appresi, in modo diverso da come sono stati acquisiti, stimolati da



idee originali, sviluppo di ipotesi e ragionamento.

Procedura

Avendo come obiettivo generale il benessere complessivo dei bambini e come obiettivi specifici il miglioramento delle abilità di apprendimento e la riduzione di alcuni comportamenti problematici, si è deciso di utilizzare le seguenti tecniche: l'osservazione diretta, l'uso della fiaba e la sua drammatizzazione, il rilassamento e il riequilibrio psico-emozionale.

I primi incontri iniziano con la lettura da parte degli operatori di fiabe conosciute ai bambini, per poi giungere alla costruzione inventata di una nuova favola collettiva dove ogni bambino contribuisce alla sua realizzazione con sequenze narrative.

Successivamente i bambini creano le sequenze, le organizzano, le trasformano in testo scritto e raffigurato, infine lo drammatizzano.

Grazie alla fiaba e alla sua drammatizzazione il bambino impara a dare ordine a nuove strutture mentali, quali il tempo e lo spazio.

Durante il percorso sono state effettuate con i bambini del gruppo fiaba tre sedute di rilassamento con l'obiettivo di rendere i bambini consapevoli delle sensazioni provate e di attivare un processo di apprendimento all'autoregolazione delle proprie emozioni. Si è ritenuto opportuno estrapolare una parte del metodo educromo, il riequilibrio psico-emozionale, ed adattarlo alla tematica del gioco-fiaba (G. Pesci, S. Alberti, 2002).

Risultati

Al termine del progetto è stato possibile confermare che il gruppo fiaba si è rivelato un utile strumento clinico per favorire e sviluppare l'equilibrio psico-emozionale nei bambini con difficoltà di apprendimento. Nella fase conclusiva del progetto il retest ha permesso di verificare miglioramenti significativi in quasi tutte le aree e in particolare nell'area linguistica. Il linguaggio orale era migliorato sia in produzione che in comprensione; il linguaggio scritto presentava una riduzione significativa del numero medio degli errori. All'interno del gruppo-fiaba i bambini, valorizzati nella loro interezza di persona, non solo avevano sviluppato maggiore fiducia nelle proprie capacità, maggiore consapevolezza di sé ed autonomia, ma avevano sviluppato anche delle capacità cognitive che gli permetteva-

no di utilizzare i contenuti appresi in modo diverso da come erano stati acquisiti. Si è osservata infine una riduzione di alcuni comportamenti problematici legati alle difficoltà di apprendimento: aggressività e impulsività.

I bambini del gruppo-fiaba, nel corso del progetto, hanno elaborato la loro fiaba dal titolo "Dal sogno alla realtà" nella quale si narra delle peripezie che due fratelli molto poveri dovevano superare per raggiungere il loro sogno, quello di conquistare le principesse gemelle. In questa fiaba l'intera trama è permeata dall'idea che tutto è possibile quando si crede nelle proprie possibilità ed i protagonisti vengono premiati per la loro temerarietà e forza d'animo.

Discussione e Conclusioni

I risultati del presente lavoro sembrano confermare che l'esperienza del gruppo fiaba ha permesso ai suoi membri di sperimentare delle trasformazioni, delle esperienze emotive e relazionali agganciate alla creatività che li hanno condotti al superamento delle loro difficoltà. Il gruppo fiaba sembra essere infatti uno strumento valido nel superamento dei disturbi dell'apprendimento in quanto diventa tema di trasformazioni, un luogo di esperienze positive dove i bambini opportunamente aiutati fanno un'esperienza integrativa in cui lo studio non è scisso dal resto ma agganciato alla loro creatività.

Esso ha permesso di abbandonare la logica della competitività sostituendola con quella della cooperazione, favorendo un clima di accettazione, fiducia, collaborazione e comprensione dei propri sentimenti ed emozioni.

Questo studio ha messo in luce che oggi la scuola, riconoscendo la necessità di uscire dalle etichettature delle diagnosi, deve rivolgere i suoi sforzi e le sue energie ad una più preziosa analisi sullo stato di necessità dell'alunno, permettendo di decifrare le sue potenzialità, abilità e disponibilità rendendo olistico l'intervento di recupero.

Sebbene i risultati riscontrati sembrano incoraggianti, appare evidente la necessità di ulteriori approfondimenti per accertare la stabilità dei cambiamenti sul lungo termine.

In effetti una delle principali limitazioni del progetto risiede nell'assenza di un follow up. Si auspica che in futuro la ricerca possa essere replicata su campioni più ampi.

Bibliografia

- **Assenza P.**, Il cerchio della vita. Manuale per l'educazione olistica, MacroEdizioni, 1996.
- **Atz L.**, Psicologia e visione olistica dell'uomo tra Occidente e Oriente, SanBao, Trento, 2007.
- **Canevaro A.**, Pedagogia Speciale. La riduzione dell'handicap, Bruno Mondadori, Milano, 1999.
- **Cazzullo R.**, Ologramma. Il teatro olistico, in atti del Convegno "Benessere è Qualità", Genova 9-10.06.2007.
- **Cianchetti C.** (a cura di), "Linee guida per i disturbi specifici di apprendimento", Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva, 24,1, 179-197, 2004.
- **Consensus Conference** (Montecatini Terme, 2006; Milano, 2007), Disturbi evolutivi specifici di apprendimento: Raccomandazioni per la pratica clinica.
- **Cornoldi C.** (a cura di), I disturbi dell'apprendimento, il Mulino, Bologna, 1991.
- **Cornoldi C.**, PRCR-2 prove di prerequisito per la diagnosi delle difficoltà di lettura e scrittura, OS, Firenze, 1992.
- **Cornoldi C.** (a cura di), I disturbi dell'apprendimento a scuola, il Mulino, Bologna, 1999.
- **Cornoldi C.** (a cura di), Difficoltà e disturbi dell'apprendimento, il Mulino, Bologna, 2007.
- **Cottini L.** Didattica speciale e integrazione scolastica, Carocci, Roma, 2004.
- **De Beni R., Moè A.**, Motivazione e apprendimento, il Mulino Bologna.
- **Del Porto M.G., Bermolen A.**, La fiaba come risveglio dell'intuizione, Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 2004.
- **Di Pietro M.**, L'educazione razionale-emotiva, Erickson, Trento, 1992.
- **Di Pietro M.**, L'ABC delle mie emozioni, Erickson, Trento, 2007.
- **Ianes D.**, La speciale normalità, Erickson, Trento, 2006.
- **Morganti A.**, Una nuova "cultura" della salute, Rivista Vega, n°3, 2007.
- **Pesci.**, De Aliberti S., Educromo, Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 2002.
- **Sartori G., Job R., Tressoldi P. E.**, Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva, OS, Firenze, 1995.

Fuori dal setting, nuove funzioni della psicologia.

Vincenzo Messineo - *psicologo*

Il mio lavoro, che nasce da quattro esperienze da me condotte e ancora in essere, è una proposta di intervento psicologico indirizzata a pazienti perlopiù psicotici o autistici adulti, il cui obiettivo consiste nell'essere per loro un ponte con la realtà, intesa come l'ambiente che li circonda: la famiglia, gli operatori che eventualmente si prendono cura di loro e nella migliore delle ipotesi anche il sistema sociale più allargato.

Tale metodo di lavoro ruota intorno ad attività pratiche, sociali, di routine quotidiana, di dialogo e di svago svolte da psicologo e paziente fuori dai luoghi istituzionali o ufficiali della cura psicologica e in cui lo psicologo assume un ruolo di mediazione e integrazione. Ho avuto modo di constatare che questo tipo di intervento è praticato in varie città da diverso tempo con modalità differenti ma ancora non ufficiali o organizzate.

Purtroppo la richiesta di questo tipo di intervento nasce spesso da situazioni di disagio, causate nel caso di pazienti psicotici dal loro rifiuto totale o quasi nei confronti di qualsiasi forma di cura farmacologica e maggiormente psicologica, il che si somma a forti resistenze ad uscire di casa e a stare in mezzo ad estranei. Il mondo li terrorizza e li fa sentire inadeguati, generando una forte tendenza all'isolamento.

Quindi l'unico intervento possibile, almeno in una fase iniziale è di tipo domiciliare e anche in questo caso bisogna stare bene attenti a far abituare il paziente alla nostra presenza in casa, fino a diventare una figura di routine, prima di provare qualsiasi tipo di approccio. In caso contrario i rischi di scompenso psicotico sono gravi.

A tal proposito in situazioni particolarmente difficili è stato necessario cominciare con incontri rivolti agli altri componenti della famiglia, tra l'altro molto utili per conoscere bene l'anam-



nesi del paziente anche dal punto di vista di chi gli sta più vicino, si prende cura di lui ed è parte in causa di tale storia.

Questo tipo di approccio non solo è stato l'unico possibile in alcuni casi, ma ha il vantaggio di non far sentire il paziente braccato, infatti egli accetta più di buon grado la presenza di uno psicologo in casa se percepisce che non è lì solo per lui.

Durante le narrazioni dei familiari il paziente spesso, pur essendo presente in casa, non interviene stando per lo più in camera sua, ma ascolta e si abitua alla presenza dello psicologo fino ad avvicinarsi per cinque minuti, poi dieci e così via.

Col passare del tempo accetterà gradatamente l'aiuto che gli viene rivolto, capendo che comunque il principale destinatario è lui anche se non è il solo. Dietro le prime diffidenze, anche se difficili da superare, si può nascondere il desiderio di essere ascoltati, ma solo da chi sa sospendere ogni giudizio e quindi ogni tipo di spiegazione.

Un fattore fondamentale che se gestito male può causare serie difficoltà riguarda la consapevolezza da parte del paziente di chi siamo e di quale è il nostro ruolo: non si deve mai cedere alle richieste dei familiari relative al pre-

sentarci come un amico o altro, spesso questo tradisce una modalità di comunicazione all'interno del sistema parentale basata sulle mezze verità che con questi pazienti non solo non può funzionare, ma è fortemente rischiosa e controproducente, alimentando le loro paranoie e la sensazione di essere trattati solo come malati. In merito a questo va anche sottolineato che un setting domestico lascia poco spazio alla privacy, quindi bisogna considerare sempre presente il paziente, anche quando si parla di lui mentre è in un'altra stanza, non gli si può tenere nascosto quasi nulla, si può solo tentare di fargli usare l'ascolto del proprio dramma da una voce esterna a tale dramma, per rileggere la propria vicenda nella speranza di trovare un po' di pacificazione.

L'ostacolo maggiore è far capire tutto ciò ai familiari e si collega alla difficoltà costante di mediare tra il paziente e quest'ultimi per trasmettere che il suo linguaggio e il suo mondo interiore vanno capiti e utilizzati, anche perché ogni tentativo di opposizione e di appello alla razionalità per questi soggetti è quasi incestuoso, cioè altamente limitante la propria libertà intesa anche come libertà di vivere.

Un'altra difficoltà incontrata nella mia esperienza con questi soggetti



riguarda l'atteggiamento di sospensione e quindi di non interpretazione da mantenere quasi sempre nei confronti delle loro azioni e delle loro parole.

Ciò aiuta anche ad evitare di porsi come una guida o peggio come una delle tante figure che impone divieti, prescrizioni e obblighi; rischiando di essere visti come complici della famiglia o di altre figure normative.

L'unica speranza di alleanza con questi pazienti consiste nell'essere garante per loro di uno spazio psicologico in cui chi decide è il paziente stesso; questo va sottolineato costantemente e in vari modi al fine di creare quella minima fiducia necessaria per poter agire insieme.

Riuscire a mantenere tale posizione è reso difficile sia da fattori pratici che ovviamente rendono necessarie certe prescrizioni (almeno in forma di consiglio), sia dalle pressioni dei familiari. Bisogna considerare che questi ultimi sono coloro che hanno richiesto l'intervento e quindi hanno delle aspettative, anche non coscienti, che vanno tirate fuori e spesso rivalutate.

La richiesta reale abitualmente si rileva quella di essere controllori del familiare psicotico, influenzandolo nei comportamenti secondo le direttive familiari, in base a ciò che si ritiene meglio per lui.

In nessun caso un ruolo normativo di tal genere può essere affidato allo psicologo né in studio né fuori, egli può solo essere mediatore e interprete dei diversi linguaggi.

Lo psicologo o l'operatore domiciliare non può essere un prolungamento della volontà di qualche parente e questo va chiarito per garantire il rispetto del proprio ruolo e quel minimo di autonomia necessaria per lavorare bene.

Da tutto questo emerge che l'intervento domiciliare rivolto in primis al soggetto psicotico, in realtà riguarda tutto il nucleo familiare, coinvolgendo ovviamente anche chi ha richiesto per primo tale intervento.

Spesso quest'ultimo è consapevole di ciò e del proprio vissuto fin dall'inizio e quindi chiede aiuto e appoggio nel gestire una situazione emotivamente stressante; ma non è sempre così.

Tenendo presente che atteggiamenti positivi o negativi iniziali non corrispondono necessariamente ai vissuti interiori, bisogna saper essere mediatore in



questo gioco di forze nell'interesse sia del paziente che comunque deve essere il nostro primo referente, sia di chi ci ha contattato, evitando opposizioni controproducenti.

Certe prese di posizione anche se giuste da un punto di vista professionale, rischiano nella realtà di tradursi in un danno del sistema relazionale del paziente che va invece rafforzato e mediato.

Un buon obiettivo da raggiungere sarebbe quello di far capire che la volontà del soggetto psicotico, ovviamente entro certi limiti, va rispettata, considerando le sue scelte di dignità pari a quelle di chiunque altro. Solo così, sentendosi trattato dignitosamente, il soggetto in questione potrà stemperare certi atteggiamenti o fissazioni che rischiano di isolarlo sempre più.

I soggetti psicotici hanno molta diffidenza delle persone, soprattutto se si sentono soffocare psicologicamente. Lo si vede anche dagli atteggiamenti posturali, non amano il contatto fisico eccessivo, in particolar modo se il gesto affettuoso o confidenziale non parte da loro. Ma lo spazio a cui più tengono è quello mentale. Non vogliono sentirsi forzati in nulla, neanche nella parola, la loro questione riguarda un posto che non gli è mai stato dato almeno simbolicamente, quindi si avvicinano solo a chi gli garantisce di non avere nessuna pretesa particolare.

È per questo che se percepiscono un operatore troppo vicino a un familiare si sentono presi in giro, con conseguenze variabili, anche gravi.

Questo tipo di attività domiciliare quando possibile si estende a luoghi esterni come il quartiere.

Nei casi migliori, in cui le capacità sociali e gli interessi sono elevati, i con-

fini si allargano all'intera città generando una varietà di situazioni e possibili incontri davvero eterogenea.

Bisogna rinunciare all'idea di setting protetto con regole rigide tipica delle strutture sanitarie locali o degli studi privati.

Sono necessarie regole flessibili e mutevoli, capaci di adattarsi ai diversi contesti fisici e sociali in cui ci si può trovare.

Per sapersi orientare sono indispensabili delle basi teoriche buone e delle figure di confronto o anche di supervisione, come per esempio operatori, psicologi, psichiatri, assistenti sociali che lavorano in strutture pubbliche o private e che spesso hanno avuto o hanno tutt'ora in cura questi pazienti, creando così una rete che possa sostenerli al meglio nel loro percorso di vita.

È utilissimo il dialogo con chi gestisce lo stesso tipo di attività.

Dal confronto continuo di esperienze diverse possono nascere delle linee guida di questo "setting itinerante" capaci di guidarci nel superare le possibili crisi e soprattutto di fissare obiettivi reali e raggiungibili.

Il rapporto con questi pazienti pur non essendo imbrigliato da luoghi e modalità di intervento che tendono a farli sentire etichettati, resta terapeutico poiché i ruoli sono ben definiti, le regole del setting rimodellate ma presenti e orientate al sapere psicologico.

La funzione regolatrice di tale approccio è riscontrabile nei rapporti con i familiari, con l'ambiente sociale e con gli operatori socio-sanitari.

Mi auguro che si valorizzi sempre più il ruolo di mediatore e traduttore che lo psicologo può assumere per far aderire meglio questi soggetti alla realtà che li circonda.

Intelligenza emotiva e rischio di burnout negli operatori che lavorano con i tossicodipendenti

Antonio Narzisi - psicologo, Rosy Muccio - dott.ssa in psicologia



Per molti anni lo studio dell'intelligenza si è focalizzato principalmente sull'uso adattivo della cognizione (Wechsler, 1939; Piaget, 1972). Sebbene alcuni teorici come Gardner (1983) e Stenberg (1988) hanno proposto un approccio maggiormente esplicativo per comprendere l'intelligenza è la pubblicazione del famoso libro di Goleman (1995), "Intelligenza Emotiva" ad aver reso popolare la visione dell'esperienza e dell'espressione delle emozioni come un dominio della nozione più ampia di intelligenza.

Seppure Gardner (1983) non ha utilizzato il termine intelligenza emotiva, la sua concettualizzazione delle intelligenze intrapersonale ed interpersonale pone le basi per i successivi modelli dell'intelligenza emotiva.

Infatti il fulcro dell'intelligenza intrapersonale è la capacità di capire le proprie emozioni, mentre la base dell'intelligenza interpersonale è la capacità di capire le emozioni e le intenzioni degli altri.

Salovey e Mayer (1990), che per primi hanno usato il termine "intelligenza emotiva", hanno presupposto che essa consiste di tre capacità adattive: (1) valutazione ed espressione delle emozioni; (2) regolazione delle emozioni ed (3) utilizzazione delle emozioni per risolvere i problemi.

Mayer e Salovey (1997) oltre ciò ipotizzano un modello di intelligenza emotiva che rivolge particolare enfasi alle componenti cognitive e la concettualizzano in termini di potenziale per la crescita intellettuale ed emotiva del sé.

All'interno di tale prospettiva, l'intelligenza emotiva può essere considerata una funzione metacognitiva e, a nostro avviso, potrebbe essere definita come una manifestazione del "buon funzionamento" del cosiddetto sé dialogico (Hermans, 1993).

La teoria del sé dialogico (Semerari, Carcione, Dimaggio et al., 2003) suggerisce che la formazione del sé è un processo tutt'altro che dicotomico (interno vs esterno) bensì caratterizzato da dialoghi interni ed esterni del soggetto che gli consentono, al contempo, di distinguere, riconoscere e organizzare i propri stati interni (rappresentazioni ed emozioni) e diversificare e definire le componenti emotive e cognitive degli stati interni delle altre persone (Narzisi, 2008).

L'obiettivo del nostro lavoro è quello di condurre una ricerca osservazionale in merito all'intelligenza emotiva e l'eventuale correlazione con il livello di stress in un gruppo di soggetti che svolgono la loro attività professionale nel settore della tossicodipendenza.

Materiali e Metodi Campione

Lo studio è stato condotto su un campione di 90 soggetti (41M/49F) che svolgono attività lavorativa presso un Ser.T. di un provincia della regione Toscana (N = 44) e presso un circuito di Comunità residenziali situate nel Centro-Nord Italia che si occupano di tossicodipendenza (N = 46).

L'età cronologica dei 90 soggetti è compresa tra i 24 e i 56 anni (media: 33,11; ds: 6,50).

L'intero campione è costituito da 10 (6M/4F) medici con specializzazione in psichiatria (MED); 21 (9M/12F) psicoterapeuti (PSY) (15 con laurea in psicologia e 6 con specializzazione in psichiatria); 37 (16M/21F) educatori (EDU) (17 con laurea in psicologia, 7 con laurea in scienze dell'educazione, 13 con diploma di scuola superiore) e 22 (10M/12F) infermieri (INF).

Tra i gruppi non è stata rilevata una differenza significativa sia per quanto riguarda la distribuzione maschi/femmine ($\chi^2 = 15,51$; $p = .160$) e sia per ciò che attiene l'età media ($p = .056$).

Strumenti

- 33-item Emotional Intelligence Scale (33-item EI scale; Schutte, Malouff et al., 1998).

È un questionario self-report e i soggetti rispondono ai singoli item utilizzando una scala a 5 punti, in cui "1" rappresenta un "forte disaccordo" e "5" un "pieno accordo".

Per quanto concerne i punteggi di cutoff faremo riferimento ai dati normativi dell'articolo originale di Schutte (1998).

- Copenhagen Burnout Inventory (CBI; Kristensen, Borritz et al., 2005)

È diviso in tre sotto-dimensioni: Personal burnout, Work-related burnout e Client burnout.

Nel CBI il nucleo del burnout è delineato dai concetti di "fatigue ed exhaustion".

Questo è in linea con lo sviluppo storico del concetto di burnout e con la definizione di Greenglass (2001) che definisce il burnout come "a state of physical, emotional and mental exhaustion that results from long-term involvement in work situations that are emotionally demanding".

- Toronto Alexithymia Scale - 20 (TAS-20; Taylor et al., 1985).

È uno strumento di autovalutazione su scala Likert e sulla base dei punteggi ottenuti è possibile identificare soggetti "non alessitimici"; "in area limite" e "alessitimici".

Procedure

Abbiamo consegnato un plico con i tre questionari a tutti i dipendenti/collaboratori (del Ser. T e delle Comunità) specificando che al termine della compilazione (entro tre settimane dalla consegna) avrebbero potuto inserire il plico all'interno di un apposito raccoglitore che sarebbe stato successivamente ritirato da chi si occupava della ricerca.

Analisi dei dati

L'analisi multivariata della varianza (MANOVA), l'Eta Square e i tests Post-Hoc sono stati usati per individuare eventuali differenze significative tra i gruppi assumendo come significativo un valore di $p < 0,01$. Il test di Spearman è stato usato per studiare le correlazioni tra i punteggi ottenuti dai soggetti ai questionari proposti.

Risultati

In tabella 1 sono riportati i risultati della MANOVA e dell'Eta Square.

La MANOVA effettuata tra i gruppi ha mostrato differenze significative tra

hanno ottenuto nelle sub-scale "Personal burnout" e "Work burnout" sono inferiori a quelli dei dati normativi di riferimento rilevati grazie allo studio denominato PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction; Kristensen, 2005) condotto su una popolazione di 1914 soggetti.

Alla TAS - 20 i punteggi medi non indicano presenza di alessitimia nei gruppi MED, PSY, EDU ed INF.

Lo studio delle correlazioni ha confermato, come ci si poteva attendere, la tendenza inversamente proporzionale tra alessitimia ed intelligenza emotiva in tutti i gruppi.

Tabella 1. MANOVA ed Eta Square sui punteggi nell'emozione dipendente dai gruppi MED, PSY, EDU ed INF ($p < 0,001$).

Questionari	MED (N = 16)		PSY (N = 21)		EDU (N = 37)		INF (N = 22)		MANOVA p-value	Eta Square
	M	ES	M	ES	M	ES	M	ES		
TAS-20	38,2	4,2	42,1	4,7	41,6	4,2	34,8	3,7	.201	.026
33-item Emotional Intelligence Scale	131,4	7,1	145,4	6,4	135,7	5,8	138,7	6,1	.000	.499
CBI - Personal burnout	32,4	3,2	27,5	4,1	33,2	3,9	37,3	4,3	.001	.457
CBI - Work-related burnout	33,6	3,7	34,6	3,7	33,5	4,1	35,4	3,6	.257	.057
CBI - Client-related burnout	37,1	3,5	35,2	2,9	35,9	3,8	25,6	2,4	.164	.132

i punteggi medi del "33-item EI scale" ed un costrutto del CBI (Personal burnout). In particolare, maggiore varianza tra i gruppi si rileva ai punteggi del questionario 33-item EI scale (Eta Square = .499).

I confronti Post-Hoc evidenziano una significatività ($p = .000$) tra i punteggi del gruppo "PSY", in media i più elevati, vs i punteggi medi dei singoli gruppi MED, EDU ed INF al 33-item EI scale.

Si rileva, in modo analogo, una differenza significativa ($p = .000$) tra i punteggi del gruppo "PSY", mediamente i più bassi, vs i punteggi medi dei singoli gruppi MED/EDU/INF ($p = .000$) nella sub-scala Personal Burnout del CBI.

Correlazioni negative significative mostrano che alti punteggi sulla 33-item EI scale sono associati con punteggi più bassi alla TAS - 20.

Discussione

I risultati ottenuti dai gruppi MED, PSY, EDU ed INF alla 33-item EI scale evidenziano punteggi medi più elevati rispetto a quelli riportati dal campione costituito da operatori socio-sanitari nel lavoro originario di Schuttle (1998).

Al CBI non si rileva la presenza di burnout nei gruppi MED, PSY, EDU ed INF ed inoltre i punteggi medi che essi

Facendo una disamina "fenomenologica" dei nostri risultati il gruppo PSY è quello che mostra una intelligenza emotiva più sviluppata e una quota minore di stress al Personal burnout come rilevato dal CBI.

Questi risultati preliminari potrebbero confermare l'ipotesi di una correlazione negativa tra intelligenza emotiva e burnout, ovvero chi è meno abile a riconoscere le emozioni e a viverle consapevolmente, probabilmente grazie anche ad una sorta di dialogo tra le varie componenti del sé (sé dialogico), potrebbe essere più a rischio di andare incontro ad un esaurimento nervoso.

Valori più elevati dell'intelligenza emotiva, nel gruppo PSY, potrebbero essere, inoltre, attribuiti al training personale (almeno quadriennale) che questi soggetti seguono per specializzarsi in psicoterapia. Infatti l'obiettivo dei percorsi di training è proprio quello di aumentare la consapevolezza dei propri sentimenti e sensazioni.

Con questa riflessione come sfondo concludiamo il nostro breve contributo sintetizzando il quesito tuttora oggetto di ricerca e di studio, ovvero "Cosa c'è veramente dietro l'intelligenza emotiva?

Dotazione, formazione oppure un pò e un pò?".

Bibliografia

- **Gardner H** (1983), Frames of mind: The theory of multiple intelligence. New York: Basic Books.
- **Hermans HJM, Kempen HJK** (1993), The dialogical self. Meaning as movement. San Diego: Academic Press Inc.
- **Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB** (2005), The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout, Work & Stress; 19 (3): 192-207.
- **Mayer JD, Salovey P** (1997), What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York: Basic Books.
- **Narzisi A.** (2008) Teoria della Mente e Tossicodipendenza, Giornale Italiano di Psicopatologia, Vol. 14, Supplement.
- **Piaget J** (1972), The psychology of intelligence. Totowa, NJ: Littlefield Adams.
- **Salovey P, Mayer JD** (1990), Emotional Intelligence, Imagination, Cognition and Personality, 9: 185-211.
- **Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L** (1998), Development and validation of a measure of emotional intelligence, Personality and Individual Differences 25: 167-177.
- **Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, Alleva G** (2003), How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications, Clinical Psychology and Psychotherapy, 10: 238-261.
- **Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM** (1985), Toward the development of a new self-report alexithymia scale, Psychotherapy and Psychosomatics, 44: 195-199.
- **Wechsler D** (1939), The measurements of adult intelligence. Baltimore, MD: William and Wilkins.

Dialisi e trapianto renale in pazienti pediatrici: affetti, emozioni, rappresentazione identitaria e immagine corporea.

Sergio Oteri - psicologo, Angelida Ullo - psicologo



I dati epidemiologici del 2002 indicavano circa 1 milione di persone nel mondo sottoposte a dialisi, con un incremento annuo di oltre il 7%; ciò permette di formulare l'ipotesi secondo la quale nel 2010 il numero di persone sottoposte a dialisi potrebbe giungere a quasi 2 milioni.

Secondo alcuni autori (4) inoltre dovremmo considerare il fenomeno alla stregua di un iceberg in quanto per ogni paziente sottoposto a dialisi ve ne sarebbero almeno altri 200 con patologie renali, non croniche, ma che potrebbero necessitare nel futuro di un trattamento di tipo dialitico.

Attualmente si stima che in Italia vi siano circa 50.000 persone in dialisi, con un'età media di 61,5 anni. Il fenomeno che lega la patologia renale cronica alla dialisi potrebbe di prima acchiappare sembrare interessare esclusivamente una popolazione adulta.

Dobbiamo invece immaginare che l'emodialisi ed il trapianto di rene siano le tappe finali di una patologia diagnosticata spesso molti anni prima, ponendosi quale condizione cronica e progressiva con la quale il soggetto e i suoi familiari hanno dovuto convivere per lungo tempo.

Un altro dato significativo riguarda la mortalità connessa alla nefropatia e alla dialisi; infatti si stima che, nonostante l'Italia sia il secondo paese europeo per durata di vita in dialisi, ogni anno muoiano il 13,8% dei soggetti sottoposti al trattamento; ciò significa che ogni anno si contano più di 6000 decessi tra questi pazienti.

Questi dati numerici devono suggerire, oltre alla portata del fenomeno da un punto di vista sanitario, quanto il vissuto esistenziale di questi pazienti sia intriso di elementi mortiferi con i quali bisogna confrontarsi costantemente.

Inoltre tale terapia, nonostante sia un intervento di life extending, cioè di salva-vita che consente un prolunga-

mento della sua durata, interviene laddove una patologia cronica porterebbe al destino ineluttabile di una morte certa. L'altro aspetto del trattamento della nefropatia cronica è il trapianto renale: in Italia, nonostante il progressivo incremento del numero di trapianti, passando dai 611 nel 1992 a circa 1950 nell'anno 2006, abbiamo annualmente oltre 6000 soggetti in attesa di un trapianto renale che potrebbe non giungere mai. Per di più, sebbene il trapianto venga spesso considerato la soluzione terapeutica completa e definitiva della patologia renale cronica, impone una condizione di non totale guarigione costringendo il soggetto ad un continuo trattamento al fine di garantire il miglior esito possibile e una lunga durata dell'organo trapiantato. Il rene è infatti un organo che una volta trapiantato ha una vita che normalmente non supera i 15-20 anni.

Nonostante tale numero di anni possa apparire sufficiente per garantire una lunga sopravvivenza, soprattutto per quei pazienti che hanno già raggiunto la maturità o addirittura la vecchiaia, per i giovani pazienti trapiantati in età pediatrica tali dati prospettano inevitabilmente uno scenario futuro nel quale si riaprirà la necessità di riprendere il trattamento dialitico ed eventualmente un nuovo trapianto.

Ciò rimanda alla difficoltà emotiva, affettiva e simbolica dei piccoli pazienti e delle loro famiglie nell'affrontare e nell'elaborare psicologicamente la condizione di sofferenza fisica e i fantasmi che aleggiavano dietro di essa.

Dalla patologia cronica renale, in definitiva, non si può mai guarire. Anzi scrive (1): «...un dolore intenso e duraturo disorganizza l'apparato psichico, minaccia l'integrazione di psiche e corpo, intacca la possibilità di desiderare e la capacità di pensiero...il dolore occupa tutto il posto e lo non esisto più in quanto soggetto attivo

(Je): esiste solo il dolore...Il dolore se non curato ed affrontato in maniera adeguata minaccia di distruggere la struttura stessa dell'io-pelle, cioè lo scarto tra la faccia interna ed esterna...». E ancora la Bonino scrive (2) «...in generale la vita del paziente cronico si svolge in un clima d'incertezza e di ansia per il futuro, sul quale pende in continuazione la minaccia dell'aggravamento della patologia, delle complicazioni e della morte».

Alcune ricerche internazionali hanno messo in evidenza le numerose complicanze conseguenti alla nefropatia cronica e al trattamento dialitico: disturbi somatici, disfunzioni sessuali, compromissione dell'assunzione dei ruoli sociali connessi al sesso e all'età d'appartenenza, alterazioni della propria rappresentazione psicocorporea. Le difficoltà connesse alla patologia compromettono l'autosufficienza dell'individuo alimentando invischiamenti dinamiche di dipendenza della famiglia d'origine e ostacolando lo sviluppo della propria autonomia e dell'identità soggettiva.

Quanto più precoce è la diagnosi di nefropatia e l'inizio del trattamento dialitico tanto maggiori saranno gli effetti della patologia cronica sul soggetto.

Le dinamiche familiari vengono così significativamente determinate dalla presenza al suo interno di un soggetto costretto a continue consulenze mediche e ad un trattamento così frequente e invadente quale la dialisi. Spesso gli assetti familiari si strutturano sulla gestione della malattia assumendo connotazioni ambivalenti che oscillano tra la gestione ed il contenimento della sofferenza del piccolo paziente fin verso l'invischiamento totalizzante che impedisce una libera e spontanea crescita verso l'autonomia. Il tempo, lo spazio e le risorse del soggetto, ma anche della famiglia, soprattutto nel caso di pazienti in età pediatrica, vengono scanditi e ritmati dalla necessità

della dialisi.

Ben presto tale terapia, la macchina e anche l'equipe curante vengono proiettivamente investite da elementi simbolici ambivalenti che attengono alla doppia valenza che essi rappresentano: da un lato fonte di vita e sopravvivenza; dall'altro lato vincolo indissolubile dal quale dipendere per poter continuare a vivere. In tale substrato relazionale e simbolico si intessono complesse dinamiche tra i pazienti, le famiglie e gli operatori.

Molto spesso quest'ultimi costituiscono lo schermo su cui proiettare ansie, angosce, aggressività, ma pur sempre rimanendo i contenitori e i custodi dell'integrità psicofisica e della progettualità di questi paziente.

Un ampio studio condotto in Russia ha evidenziato il progressivo incremento di sintomi psichiatrici (ansia e depressione) con l'aumentare del tempo dall'inizio del trattamento dialitico. Inoltre lo stesso studio ha mostrato una correlazione inversa tra l'età e l'incremento di disturbi psichici: quanto più giovani sono i pazienti, tanto maggiore sarà la sofferenza psichica da loro sperimentata.

Nonostante le ricerche sin'ora condotte non sempre mostrano risultati sovrapponibili è possibile rintracciare in modo trasversale la presenza di alcuni elementi sintomatici ricorrenti in misura significativamente superiore rispetto alla popolazione normale: ansia, depressione, insonnia, irritabilità.

Tali dati rimandano all'esperienza di grande sofferenza psicofisica alla quale sono sottoposti i pazienti in dialisi.

Tale esperienza viene vissuta spesso in modo traumatico a tal punto da iscriversi nella storia soggettiva quale ferita psichica difficilmente rimarginabile.

Nella nostra ricerca, effettuata presso il Reparto di Nefrologia Pediatrica del Policlinico di Messina, in collaborazione con l'Associazione A.P.R.O. di Messina (Associazione Pazienti Riceventi Organi), abbiamo coinvolto 21 pazienti con un'età compresa tra i 10 e i 24 anni in trattamento dialitico e dopo il trapianto renale.

La durata del trattamento dialitico dei soggetti intervistati varia da 1 mese a 4 anni, mentre il numero di anni dal trapianto renale variava dai 4 agli 11 anni.

Abbiamo ideato un protocollo testologico costituito dalla TAS 20 (Toronto

Alexithymia Scale), LCB (Locus of Control of Behaviour), POMS (Profile of Mood States), DMI (Defense Mechanism Inventory), Test Grafici (Figura Umana, Albero e Famiglia).

L'utilizzo di tali strumenti ha mirato ad indagare quale fosse la condizione emotivo-affettiva correlata alla patologia renale e al trattamento, quali strumenti difensivi e che stile di coping fosse maggiormente presente e come tale condizione influenzasse la rappresentazione corporea di questi giovani pazienti.

Dall'elaborazione dei dati complessivi non abbiamo rintracciato valori significativi relativamente a tratti alestitimici.

Il locus of control dei pazienti era sostanzialmente di tipo interno, a differenza del gruppo di controllo nel quale vi era una maggiore tendenza ad avere un locus of control di tipo esterno.

I valori ottenuti alla POMS hanno indicato la prevalenza, nel gruppo dei pazienti, di stati emotivi caratterizzati da Rabbia, Stanchezza e Confusione.

Di fronte a tale condizione di forte stress psicofisico i giovani pazienti hanno mostrato di prediligere meccanismi difensivi (DMI) quali la Principalizzazione e il Rovesciamento (Negazione, Formazione reattiva).

Noi riteniamo che tali strategie difensive mirino ad attenuare l'impatto psicologico che la malattia e la sofferenza fisica hanno sull'equilibrio psichico complessivo.

Dalle elaborazioni grafiche eseguite dai ragazzi abbiamo avuto modo di trarre significativi elementi relativi alla loro rappresentazione psicocorporea.

Infatti, nonostante tali elaborati vadano letti all'interno di un quadro soggettivo unico e irripetibile, vi sono delle caratteristiche ricorrenti.

Nei disegni abbiamo spesso rintracciato l'omissione di alcune parti del corpo ed in particolare a carico degli arti superiori. Il braccio tralasciato nel disegno trovava una corrispondenza con il braccio nel quale era stata impiantata la fistola necessaria alla dialisi.

Un'attenzione particolare va riservata alla valenza simbolica della fistola in quanto essa costituisce l'accesso artero-venoso atto a garantire la filtrazione ematica extracorporea e rappresenta il punto cardine del corpo che viene sistematicamente penetrato, offeso, "attaccato" ad ogni seduta al fine di consen-

tere il collegamento al rene artificiale.

È infatti questo il termine utilizzato per sancire l'inizio della seduta dialitica; "attacco", richiamando la doppia valenza costituita dal legame alla macchina, ma anche di aggressione ai confini identitari e all'integrità psicocorporea.

La fistola, soprattutto nei giovani va occultata, negata per non rischiare di apparire diversi e/o malati agli occhi dei coetanei; ma la fistola va anche custodita e protetta per assicurarne la sua efficienza e la sua funzionalità, per garantire la propria sopravvivenza.

Nei disegni della figura umana eseguiti da un ragazzo di 21 anni dopo 4 anni di dialisi, e da una ragazza di 19 anni dopo 7 anni dal trapianto renale, si evidenzia quanto tale ferita sia ancora viva e presente nella rappresentazione corporea di questi due giovani.

L'omissione delle braccia, spesso in coincidenza con l'arto interessato dalla fistola artero-venosa, segnala, presumibilmente, oltre ad una conflittuale simbolizzazione di una parte del corpo particolarmente interessata dalla malattia anche alla difficoltà dei pazienti negli scambi interpersonali.

Le dimensioni dei disegni dei pazienti in dialisi tendono a diminuire con il proseguo del trattamento, esprimendo quindi un processo di coartazione ed inibizione affettiva.

In conclusione dobbiamo considerare la nefropatia cronica e la dialisi una condizione che provoca, soprattutto nei giovani pazienti, una profonda sofferenza psichica, lasciando spesso delle ferite che si inscrivono stabilmente nell'identità psicocorporea soggettiva.

I pazienti, al fine di affrontare l'impatto psicologico che la loro condizione morbosa comporta, tendono ad utilizzare alcune strategie difensive quali la razionalizzazione e il rovesciamento.

Attraverso alcuni strumenti proiettivi è possibile rintracciare alcuni segnali di tale disagio e alcuni elementi di conflitto a carico della rappresentazione corporea.

Riteniamo pertanto che tale patologia vada approcciata attraverso un modello olistico capace di cogliere le sfumature e le complicazioni psicologiche al fine di favorire un supporto che sappia sostenere i pazienti, le famiglie e l'equipe curante nel complesso compito di gestione ed elaborazione della malattia.

Il Modello Pluralistico Integrato (MPI) di intervista di selezione: descrizione di una esperienza professionale.



Mariano Pizzo - psicologo

All'interno del processo di selezione del personale aziendale (reclutamento, valutazione e inserimento del personale), nel momento della valutazione, l'intervista di selezione rappresenta lo strumento principale di incontro e conoscenza fra l'azienda e candidato.

Il Modello Pluralistico Integrato (MPI) dell'intervista di selezione (Giusti E.; Pizzo M., 2003) nasce dall'esperienza degli autori in ambito selettivo, nel tentativo di creare un metodo di intervista standardizzato e guidato (o semi-strutturato) che rappresenti un contenitore del rapporto fra intervistatore e intervistato, in modo tale sia di organizzare in maniera sistematica e coerente le diverse variabili (indipendenti e dipendenti) che intervengono nel processo di conoscenza dell'individuo, sia di creare uno strumento flessibile affinché l'intervistatore lo possa utilizzare a prescindere dal proprio orientamento teorico e tecnico di indagine della personalità.

La finalità del lavoro è quella di descrivere circa 2 anni di esperienza nel campo della selezione del personale dell'Esercito utilizzando come strumento di indagine il MPI di intervista, in particolare, seguendo alcuni suoi parametri di set e setting dell'intervista e il suo grado di strutturazione, descrivere la differenza fra l'applicazione dello strumento nel suo versante clinico, per la valutazione della personalità, e nel suo versante attitudinale, per la valutazione di determinate capacità richieste nei differenti ruoli professionali (Volontari, Ufficiali e Sottufficiali), mettendone in evidenza le differenze strutturali e la flessibilità di impiego.

L'intervista di selezione secondo il Modello Pluralistico Integrato (MPI).

Per MPI di intervista di selezione si intende: "un particolare tipo di colloquio psicologico guidato (o semi-strutturato), con caratteristiche antropologiche, in cui si incontrano psicologo e candidato

(intervista a due) con una modalità partecipativa"; esso si basa su considerazioni fenomenologiche ed esistenziali dell'individuo. Nell'ottica della prevenzione dell'errore, cioè dell'analisi accurata di tutte le varie componenti che costituiscono l'intervista, i parametri fondamentali, che caratterizzano la sua struttura (set e setting), ne rappresentano le variabili indipendenti dal campo relazionale in cui l'intervista si svolge e che condizionano il processo di conoscenza fra intervistatore e intervistato, sono: il contesto o set dell'intervista (es. luogo, luce, distanza fra gli attori, posizione delle sedie, ecc.) e le fasi principali (pre-contatto, dinamica del contatto e post-contatto) della relazione o setting dell'intervista; in particolare, nella fase della dinamica del contatto: i periodi principali, le dimensioni del Sé (Intelligenza, Personalità, ecc.), le aree di indagine (Sociale, Emozionale, ecc.) e l'ascolto attivo. Tali parametri sono standardizzati, coerenti fra di loro e con le teorie gestaltica e rogersiana di indagine e conoscenza della personalità.

Il contesto o set in cui si svolge l'intervista rappresenta il contenitore della relazione o setting fra intervistatore e intervistato; entrambi hanno la necessità di un ambiente sicuro e protetto, accogliente e caloroso, in modo tale che ci si possa rilassare e sentirsi a proprio agio; in questo modo si creano le precondizioni gestaltiche necessarie per instaurare fra di loro un legame di fiducia. In questo senso ogni suo aspetto (es. dimensioni della stanza, la porta, le finestre, ecc.) rappresenta una variabile che concorre a realizzare una coerenza interna e la potenza di indagine dell'intervista. Anche l'abbigliamento e la cura dell'intervistatore fanno parte del set e a tale proposito è consigliabile un abbigliamento decoroso e consono all'ambiente di selezione.

Le fasi principali del processo relazionale o setting dell'intervista, in accor-

do con la teoria gestaltica, sono caratterizzate da tre momenti fondamentali: precontatto, dinamica del contatto (presa di contatto e contatto pieno) e postcontatto (ciclo del contatto-ritiro); esse si differenziano in relazione alle caratteristiche di personalità da indagare previste per il ruolo professionale.

Nella fase di Pre-contatto lo psicologo studia principalmente la cartella del candidato (composta da: test somministrati e questionario biografico in accordo con le caratteristiche di personalità da indagare); formula delle ipotesi da verificare successivamente e, in relazione a queste ipotesi, imposta l'indagine della personalità.

Nella Dinamica del contatto lo psicologo segue soprattutto i periodi principali dell'intervista e indaga le dimensioni del Sé attraverso le aree di indagine, l'osservazione (verbale e non verbale) e il linguaggio (formulazione guidata delle domande).

In particolare i periodi principali dell'intervista secondo l'MPI sono: 1. Accoglienza e presentazione reciproca, 2. Indagine sulla motivazione e analisi della domanda, 3. Indagine sulle caratteristiche di personalità del candidato (es. struttura di personalità, capacità, attitudini, ecc.), 4. Comunicazione (restituzione o feedback) dei risultati testologici al candidato e 5. Saluto finale. Il MPI dell'intervista prevede di seguire i periodi in modo ordinato (da 1 a 5) senza la possibilità di passare al periodo successivo prima di aver concluso quello precedente.

Nella fase di Post-contatto, infine, lo psicologo compila, in modo coerente, le diverse parti della cartella (es. espressione di valutazioni, elementi emersi dalla relazione, dall'indagine dei test o dal questionario biografico).

Per l'intervistatore esiste la necessità, alle volte, di creare differenti interviste psicologiche guidate in relazione ai differenti obiettivi selettivi delineati

dalla committenza (es. differenti profili professionali, specifiche aree e caratteristiche del candidato, ecc.).

È allora necessario adattare l'MPI di intervista ai differenti contesti di selezione. Tale flessibilità del modello si ottiene considerando il grado di strutturazione dell'intervista, rappresentata dai quadranti che si formano dall'intersezione di due assi costituiti da due modalità di conduzione, precisamente: l'asse delle ascisse formato dagli estremi intervista strutturata-intervista non strutturata; l'asse delle ordinate formato dagli estremi profondità-superficie.

In relazione, dunque, al grado di strutturazione si è avuta la possibilità, in sede di selezione per il personale dell'Esercito, di adattare i parametri del MPI dell'intervista ai differenti contesti, clinico e attitudinale, definiti dalla committenza.

L'applicazione del MPI di intervista in ambito di selezione clinica e attitudinale.

Presso il Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito (C.S.R.N.E.) di Foligno è concentrata la selezione del personale della Forza Armata per i suoi diversi ruoli professionali (Volontari, Sottufficiali e Ufficiali). L'iter selettivo generalmente prevede per i partecipanti le seguenti prove: preselezione culturale, visite mediche, valutazione attitudinale ed efficienza fisica; tale iter è previsto e regolato dalla Gazzetta Ufficiale differente per i diversi concorsi banditi dalla Forza Armata. Ogni anno presso il Centro afferiscono migliaia di candidati appartenenti ad ambo i sessi.

In particolare la selezione medica ha come finalità quella di verificare il possesso da parte dei candidati di determinati requisiti psicofisiologici (es. peso, altezza, vista, ecc.), fra cui una struttura di personalità che non pregiudichi l'adattamento del candidato alla vita militare; la selezione attitudinale ha la finalità di verificare la presenza nei candidati di determinate capacità comportamentali richieste dal ruolo professionale e afferenti a diversi aspetti della personalità (es. motivazione, relazione, ecc.). In questi ultimi due anni gli psicologi che operano presso il Centro sono impegnati sia nella valutazione della personalità per la parte medica, sia nella valutazione delle capacità individuali (es. capacità di cooperazione, capacità di risolvere problemi, ecc.) per la parte attitudinale.

Il campione di riferimento del pre-

sente lavoro è rappresentato dal personale che in questi due anni si è avuta la possibilità di conoscere e valutare in entrambi gli ambiti di indagine, medica e attitudinale; si tratta di almeno 2000 candidati (in media n. 5 colloqui per 225 giorni lavorativi l'anno) di entrambi i sessi, di cui circa 500 di sesso femminile e 1500 di sesso maschile, con un'età compresa fra i 18 e i 35 anni, provenienti da diverse regioni dell'Italia.

Per la valutazione della personalità è stata utilizzata l'MPI di intervista ed è stata somministrata precedentemente una batteria di test di personalità per la valutazione clinica, fra cui l'MMPI-2; per la valutazione delle capacità attitudinali è stata utilizzata l'MPI di intervista ed è stata somministrata precedentemente una batteria di test di personalità, fra cui il Big Five Questionnaire, e il questionario biografico.

I risultati dell'impiego indicano che esistono delle differenze fondamentali fra le due modalità di utilizzo dell'MPI di intervista, che riguardano sia i parametri del set e del setting sia il suo grado di strutturazione. In particolare, per quanto riguarda il set, fermo restando gli altri elementi (es. luce, dimensioni della stanza, ecc.), in quello per la valutazione clinica sono stati introdotti due fattori stressanti (o stressor) in più rispetto a quello per la valutazione attitudinale: la scrivania come divisore fra i due interlocutori e la maggiore distanza del candidato dallo psicologo; ciò al fine di far emergere con più facilità eventuali difficoltà di adattamento del candidato.

Per quanto riguarda il setting dell'intervista, fermo restando gli altri elementi, nelle fasi principali emergono le seguenti differenze fondamentali:

- nella fase di pre-contatto la composizione della cartella "clinica" e quella "attitudinale" è differente, in quanto differenti sono la tipologia di test somministrati precedentemente ai candidati e, inoltre, la cartella per la valutazione attitudinale si compone anche del questionario biografico;

- nella dinamica del contatto, per quanto riguarda le dimensioni del Sé indagate nel 3° periodo principale dei 5: mentre in quella di tipo clinico si focalizza l'indagine della struttura della personalità, divenendo più un colloquio di tipo psicodiagnostico, rimanendo sullo sfondo l'indagine delle altre dimensioni; in quella di tipo attitudinale si focalizza l'attenzione più sulle competenze e sulla

motivazione, in particolare per indagare l'espressione del candidato di alcune capacità individuali (es. capacità di lavorare in gruppo, capacità di risolvere problemi, ecc.) stabilite nel profilo professionale del ruolo oggetto di concorso;

- nella fase di post-contatto: mentre nella cartella per la valutazione della personalità è previsto un solo giudizio o la proposta di un approfondimento di colloquio psichiatrico, in relazione alla prospettiva di adattamento della struttura di personalità del candidato all'ambiente militare, nella cartella per la valutazione attitudinale sono previsti diversi giudizi in relazione alle differenti capacità attitudinali oggetto di indagine, oltre che le risultanze del questionario biografico.

Per quanto riguarda il grado di strutturazione, infine, identificato dagli assi intervista strutturata-intervista non strutturata e profondità-superficie, mentre l'MPI di intervista per la valutazione della personalità si trova nel 1° quadrante, l'MPI di intervista per la valutazione attitudinale si trova nel 3° quadrante.

Conclusioni.

La continua esperienza in ambito selettivo, l'esperienza psicodinamica di tipo clinico e il contributo, teorico e tecnico, di diversi approcci epistemologici di conoscenza e indagine dell'individuo (es. Gestaltica, Rogersiana, cognitivo-comportamentale, ecc.), rendono il MPI dell'intervista di selezione uno strumento con solide basi scientifiche e flessibile dal punto di vista dell'impiego, come dimostra l'esperienza descritta in ambito della selezione del personale dell'Esercito. Può essere utile, dunque, mettere a disposizione della comunità scientifica lo strumento e aprire un confronto costruttivo su di esso, in modo tale da perfezionarlo nei suoi aspetti con i contributi di altri ricercatori e poterlo impiegare in altri contesti di selezione del personale (e non solo).

Ringrazio sentitamente l'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana per avermi dato l'opportunità di partecipare al Congresso Internazionale di Oslo.

Bibliografia

- **Bergeret J.** (1984), *La personalità normale e patologica*, Raffaello Cortina, Milano.
- **Giusti E.; Pizzo M.** (2003): *La selezione professionale, intervista e valutazione delle risorse umane con il Modello Pluralistico Integrato*, Ed. Sovera, Roma.

MODIFICAZIONI COMPORTAMENTALI NEI GRAVI OBESI DOPO INTERVENTO DI BENDAGGIO GASTRICO



Antonio Prestidonato - psicologo, Cristina Lanzarone - psicologo, Maria Manto - psicologo

Il presente disegno di ricerca nasce dall'esigenza di valutare i cambiamenti fisici e psicologici in pazienti obesi sottoposti a chirurgia bariatrica.

Da una lettura preliminare dei dati raccolti, è emerso un risultato positivo inteso come un miglioramento sulla qualità di vita percepita da tutti i soggetti della nostra ricerca. In particolare, sono stati verificati un superamento delle difficoltà fisiche legate all'obesità, una migliore qualità delle relazioni interpersonali, nonché un aumento dell'autoefficacia percepita (Bandura, 1977).

In conclusione i dati di questa analisi longitudinale hanno convalidato l'ipotesi iniziale di un cambiamento delle abitudini alimentari che dà origine ad una migliore qualità di vita e anche un significativo apprendimento che produce dapprima una modificazione comportamentale e successivamente una modificazione cognitiva.

INTRODUZIONE

Tra i differenti approcci al trattamento dell'obesità, la chirurgia bariatrica sembra quella che possa rappresentare la soluzione risolutiva e spesso quella finale a cui, oggi, molti pazienti ricorrono per un possibile miglioramento della qualità di vita.

Sono state messe in atto da alcuni anni specifici protocolli di intervento per ridurre la possibilità di ricadute e oggi, tra le varie strategie, gli interventi cognitivo-comportamentali individuali o di gruppo appaiono l'elemento centrale di ogni intervento finalizzato al mantenimento di risultati positivi del trattamento terapeutico.

Il modello cognitivo-comportamentale risulta quello più appropriato ad integrare le modificazioni dei comportamenti alimentari con il processo di ristrutturazione cognitiva (Molinari e Riva, 2004), perché capace di identificare e modificare alcune convinzioni disfunzionali legate alla malattia e che

generalmente implicano il fallimento del programma terapeutico.

Obiettivo generale di questa ricerca diviene la necessità di valutare i cambiamenti fisici e psicologici nei pazienti obesi sottoposti a chirurgia bariatrica.

E grazie alla collaborazione tra il reparto di "Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico" e il "Servizio Interdipartimentale di Psicologia" dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo, è stato possibile effettuare la presente ricerca, da cui ci si aspetta che, in seguito agli interventi chirurgici finalizzati alla perdita di peso, si possano verificare dei cambiamenti comportamentali correlati a un miglioramento della qualità di vita.

I supporti teorici da cui la ricerca trae la sua scientificità fanno riferimento alle Neuroscienze, secondo cui "i processi biologici del cervello danno origine ad eventi mentali e come a loro volta i fattori sociali modulano le strutture biologiche del cervello" (Kandel, 1998).

L'intervento chirurgico a cui i pazienti obesi sono stati sottoposti è il bendaggio gastrico - Il Bendaggio Gastrico Regolabile, introdotto da Kuzmak nel 1986 è un nastro di silicone elastomero (biocompatibile) collegato ad un piccolo serbatoio, si introduce chirurgicamente attorno alla parte più alta dello stomaco. Lo stomaco assume una forma di "clessidra", la parte superiore "tasca gastrica" è di volume molto ridotto, la parte di stomaco al di sotto del bendaggio è più ampia. - laparoscopico che limita l'introito gastrico alimentare mediante la riduzione della capacità gastrica e viene percepito come un aiuto nel raggiungimento dell'obiettivo della perdita di peso (Lang, T., et al., 2002).

Questa limitazione agisce nei confronti del cibo producendo una sensazione sgradevole (nausea o pienezza), che dal punto di vista comportamentale si configura come uno stimolo aver-

sivo, il quale ripetendosi nel tempo produce un cambiamento cognitivo.

La restrizione gastrica provoca nei pazienti una sensazione di pienezza all'atto dell'assunzione del cibo, che comunque va distinta dalla sensazione di sazietà. Infatti, nei periodi appena successivi all'impianto del band gastrico, i soggetti mantengono una sensazione di fame persistente, correlata però ad uno stimolo aversivo che fa percepire lo stomaco pieno ed un conseguente senso di nausea che impedisce loro l'assunzione di altro cibo (Wing R.R., 1998).

Le osservazioni nel tempo su questi pazienti mostrano come la mutazione fisiologica dell'apparato gastrico, prodotta dopo circa 3 settimane, porti a una modificazione della percezione cerebrale del senso di fame.

Infatti, lo stimolo aversivo di pienezza va a sincronizzarsi con il senso di sazietà come un vero e proprio processo di apprendimento. Esso può essere spiegato come una modificazione che consegue o viene indotta da un'interazione con l'ambiente ed è il risultato di esperienze sedimentate nel percorso evolutivo (inteso sia a livello ontogenetico che a livello filogenetico) dell'individuo, come risposte a stimoli esterni (Kandel E.R., et al., 2000).

Nella ricerca in oggetto l'apprendimento di una nuova condotta alimentare crea nell'individuo nell'arco di un tempo di 6 mesi una modificazione comportamentale, che produce una forte riduzione del peso ponderale.

Conseguenzialmente, nell'arco di un anno, il soggetto ottiene un notevole rinforzo prodotto da una migliore qualità della vita percepita. Si tratta di nuovi stili di vita che accrescono la capacità di apprendere nuove condotte alimentari che da un livello puramente comportamentale vengono riportate a un livello cognitivo, che origina a sua volta una maggiore consapevolezza di



benessere che stabilizza stili di vita virtuosi.

MATERIALI E METODOLOGIA

Soggetti:

Il campione analizzato riguarda 30 soggetti di età compresa tra 18 e 60 anni, affetti da obesità grave da almeno cinque anni, di sessi diversi: 15 maschi e 15 femmine.

Tale campione è stato attentamente selezionato in base a criteri di "compliance" del paziente (Poole N.A., et al., 2005).

Infatti, risultano fondamentali per la buona riuscita di un intervento di chirurgia bariatrica, una congrua motivazione al cambiamento, un'adeguata metacognizione sulle difficoltà che l'obesità presenta e la capacità di volere mettersi in gioco, variando le proprie abitudini alimentari (Vallis M.T., Ross M.A., 1993).

Sono stati perciò esclusi dal campione tutti i soggetti che sono risultati positivi ad analisi medica e psicologica per: abuso di alcool e di stupefacenti, presenza di patologie intestinali, epatiche e renali, presenza di cause endocrine, presenza di disturbi del comportamento alimentare (Binge Eating Disorder) presenza di Emotional Eating e Condotte Compensatorie (Powers, 1999).

I soggetti della ricerca sono stati valutati con una metodologia longitudinale in tre differenti fasi:

-T0: fase preoperatoria, considerando la loro situazione come tempo zero, in cui non si sono verificati cambiamenti.

-T1: fase di follow-up dopo sei mesi, considerando la loro situazione come periodo in cui si verificano i primi cambiamenti comportamentali.

-T2: fase di follow-up dopo un anno, in

cui ci si aspetta che oltre ai cambiamenti comportamentali vi sia una modificazione anche dello stile di vita.

Strumenti

Il campione è stato sottoposto nelle differenti tre fasi ai seguenti questionari:

- B. E. S. (Binge Eating Scale di Gormally et al., 1982), una scala adatta ad approfondire le gravità delle abbuffate, i comportamenti e le emozioni ad esse associate, appositamente studiata per i pazienti obesi. Somministrato nel T0, per escludere tale sintomatologia, la cui presenza non permette l'intervento di bendaggio gastrico laparoscopico.

- O.R. Well-97 (Obesity Related Well-Being di Manucci E. et al., 1999): questionario valutativo della qualità della vita nei soggetti obesi, somministrato in tutte le fasi della ricerca (T0, T1 e T2).

- Questionario Monitoraggio Obiettivi Raggiungibili (M. Manto, A. Prestidonato, C. Lanzarone 2005), somministrato nel T1 e T2.

RISULTATI

Analisi dei dati

Dall'analisi dei dati relativi ai punteggi percentuali ottenuti dal campione, suddiviso in maschi e femmine, al Questionario Monitoraggio Obiettivi Raggiungibili, nei due differenti periodi T1 e T2., sono stati analizzati i principali fattori che vanno a sondare l'apprendimento di nuove condotte alimentari in seguito all'intervento chirurgico. Gli indicatori selezionati dagli strumenti mostrano il livello di apprendimento raggiunto dai pazienti come modifica delle proprie condotte alimentari, con conseguente miglioramento della qualità della vita.

In particolare, l'intervento modifica

biologicamente e cognitivamente lo stato del paziente che registra nei primi sei mesi di attività un entusiasmo per le novità apprese. I successivi cambiamenti, percepiti dapprima come repentini ed innovativi per la vita del paziente, generano negli stessi una normalizzazione delle aspettative.

E ciò questo dimostra una sopraggiunta capacità di interiorizzare le nuove condotte alimentari.

Dall'analisi dei punteggi ottenuti all'O. R. Well dal campione suddiviso in maschi e femmine, nei tre differenti periodi T0, T1 e T2. è stato possibile analizzare il miglioramento della qualità della vita e le modifiche delle condotte nel tempo. Il passaggio dalla fase preoperatoria a quella postoperatoria, entro i sei mesi, conferma una accentuata modificazione degli stili di vita dei pazienti, soggetti a normalizzazione nei tempi successivi.

Le fasi postoperatorie, poi, registrano una modificazione del sé corporeo come riappropriazione di comportamenti "normalizzati".

DISCUSSIONE

Gli strumenti hanno rilevato alcune differenze di genere tra i soggetti analizzati. L'obesità risulta per le donne una condizione non socialmente accettata, mentre per i maschi gli indicatori sociali sono meno rilevanti rispetto alle variabili di prestanza fisica.

Nelle fasi post-operatorie le donne sembrano riappropriarsi del sé corporeo e percepiscono in modo piacevole la nuova forma, mentre gli uomini registrano positivamente l'avvenuta normalizzazione di un percorso atteso.

CONCLUSIONE

La presente ricerca conferma l'ipotesi iniziale di un cambiamento delle abitudini alimentari che dà origine ad una migliore qualità di vita a soggetti differenti per sesso sottoposti a bendaggio gastrico. Viene registrato come un significativo apprendimento correlato a un mutato substrato fisiologico (band Gastrico) produca dapprima una modificazione comportamentale e successivamente una modificazione cognitiva.

L'intervento di Bendaggio Gastrico, partendo da uno stimolo aversivo nei confronti del cibo, crea nei soggetti una riappropriazione della capacità di gestire le proprie condotte alimentari, determinando una migliore qualità delle relazioni interpersonali e un aumento dell'autoefficacia percepita.

PSICHE-SOMA-TÈCHNE: una integrazione mancata



Laura Rugnone - psicologo

I“Fino a quando noi possediamo il corpo e la nostra anima resta invischiate in un male siffatto, noi non raggiungeremo mai in modo adeguato ciò che ardentemente desideriamo, vale a dire la verità...Pertanto, nel tempo in cui siamo in vita, come sembra, noi ci avvicineremo tanto più al sapere quanto meno avremo relazioni col corpo e comunione con esso...E così liberati dalla follia del corpo, come è verosimile, ci troveremo con esseri puri come noi e conosceremo, nella purezza della nostra anima, tutto ciò che è puro: questo io penso è la verità”.

In questa citazione, tratta dal Fedone di Platone, possiamo rintracciare il primato dell'idea e dello spirito sulla materia e sul corpo, origine della cultura occidentale così come oggi la conosciamo. Il corpo per il filosofo è solo un ostacolo, un irrilevante ingombro nel percorso verso la verità.

Anche la cultura Cristiana sembra fargli eco vedendo nel sacrificio del corpo una via elettiva per la salvezza.

Questo dualismo platonico-cristiano, sarà la base del pensiero cartesiano che relegando il corpo nella res extensa, lo riduce ad un oggetto che risponde alle leggi fisiche come tutti gli altri corpi.

Artificiose scissioni che nell'epoca storica in cui sono state formulate hanno avuto un ruolo funzionale all'evolversi delle scienze.

Irrealistiche illusioni che ritroviamo estremizzate nei libri di letteratura fantascientifica come il “Neuromante” di William Gibson.

In questo romanzo del 1984 per la prima volta compare il termine “cyber-spazio”; caratteristica distintiva di questo nuovo spazio, reso possibile dalla massiccia diffusione dell'uso del computer e dalla capillare estensione della rete telematica, è l'assenza del corpo; aspetti come il sesso, l'età, l'apparte-



nenza etnica, l'apparenza, non hanno manifestazione in rete.

L'immagine digitale diventa essenzialmente una scrittura, un'operazione linguistica: tramite le parole digitate sulla tastiera costruiamo la nostra immagine in rete.

Ogni attività umana risente dell'influenza di internet e da questa viene sottoposta a ristrutturazione.

L'individuo è chiamato ad una nuova sfida di integrazione con le innumerevoli potenzialità offerte dalla rete che richiedono, per poter divenire vantaggi operativi, notevoli capacità di adattamento, strumenti, competenze e anche voglia di mettersi in gioco.

Internet è risorsa per velocizzare ed implementare gli scambi comunicativi, per superare le frontiere fisiche, è “luogo” dell'interattività, della connettività, dell'allargamento della sfera relazionale ma allo stesso tempo può divenire rifugio da una vita reale vissuta come troppo minacciosa per essere affrontata. Questa infelice eventualità, che trasforma un'occasione di ampliamento delle proprie potenzialità di vita in un appiattimento delle stessa, trova

le sue origini nell'interazione di più fattori, inerenti, in primis, elementi di personalità predisponenti.

La rete può diventare oggetto di dipendenza con gravi ricadute sulla qualità di vita dei soggetti e innestarsi psicopatologicamente in quel complesso e delicato processo di integrazione psiche-soma che non è mai dato, una volta per tutte, ma in continuo divenire.

Le derive psicopatologiche della rete, a fronte di un iperinvestimento del mentale, sembrano togliere voce al corpo ed ai suoi bisogni alterando i cicli di sonno-veglia, il senso di fame-sazietà, la percezione dello scorrere del tempo.

Il corpo postmoderno assoggettato ai valori di perfezione, potere e controllo, oggetto di sperimentazioni artistiche e luogo di spettacolo viene privato dei suoi ritmi bioevolutivi, schiacciati dall'incalzare del progresso tecnologico.

Il corpo contemporaneo è un corpo bionico, un misto di tecnologia e biologia, si lascia invadere dalla tecnologia, è elettronicamente attrezzato, assistito da raffinati congegni e dispositivi, diventa onnipresente e universale

superando il limite spazio-temporale, i confini tra interno ed esterno, tra uomo e macchina, tra io e altro.

La tecnologia ci fornisce la possibilità di essere in più luoghi contemporaneamente, abbatte i limiti spaziali e temporali fino ad espandere il nostro lo psicologico al di là dei limiti della pelle e del corpo dandoci un'illusoria sensazione di controllo onnipotente; aspetto, questo ultimo tipico, delle sostanze che danno dipendenza.

Un utilizzo patologico delle tecnologie e lo sviluppo di una dipendenza da queste presenta le caratteristiche comuni a tutti i disturbi di dipendenza: ricercare uno stato di trance autoindotto, un rifugio mentale il cui scopo è di costruirsi una realtà parallela psicosensoriale differente da quella sperimentata nella realtà ordinaria, di ritirarsi da ogni contatto e di dissociare le sensazioni, le emozioni, le immagini conflittuali non rappresentabili sul piano cosciente.

Un disturbo che sovrainveste così tanto la mente e che correla con fenomeni di incapacità nella verbalizzazione delle proprie emozioni fino al misconoscimento di queste muovendosi lungo un versante dissociativo dell'esperienza, fa ipotizzare scenari in cui sia divenuto difficile, per l'individuo che ne soffre, vivere un rapporto armonico col proprio corpo e con i segnali che questo gli invia.

Ipotesi che sembrano essere confermate dai dati emersi in una prima ricerca esplorativa che ho condotto su un campione di 47 soggetti, non clinici, abituali fruitori di almeno un servizio internet (mail, forum, chat, newsgroup, mailing list), di età compresa tra 21 e i 51 anni, reclutati presso l'università e presso i siti www.flickr.com e www.ondarock.it.

Ai soggetti sono state somministrate 4 scale autosomministrate per valutare il loro utilizzo della rete (IAT), l'alessitimia (TAS-20), la dissociazione (DES II), il loro rapporto col corpo (BUT).

L'IAT, Internet Addiction Test (Young, 1998), è un test di 20 items a scala likert che valuta l'utilizzo di internet. Punteggi ≥ 60 indicano una dipendenza da internet.

La TAS-20, Toronto Alexithymia Scale (Bagby, Parker, e Taylor 1994; Bagby, Taylor, e Parker 1994) è un questionario di autovalutazione a scala likert. Il range dei punteggi complessivi varia da 20 a



100. Punteggi ≥ 61 indicano la presenza di gravi aree alessitimiche.

La DES II, Dissociative Experience Scale (Putnam, Carlson, 1993), è una scala autosomministrata con 28 items, basata sulla definizione DSM di dissociazione. Punteggi ≥ 30 indicano la presenza di una significativa sintomatologia dissociativa.

Il BUT, Body Uneasiness Test (Cuzzolaro, Vetrone, Manaro e Battacchi, 1999), è un questionario autosomministrato di 71 items a scala likert. Un punteggio GSI (media dei punteggi di tutti gli item che rappresenta l'indice globale di gravità) $>1,2$ indica la probabile presenza di un disagio del corpo clinicamente significativo.

Sulla base del cut off del test IAT, i soggetti sono stati differenziati in due gruppi: un primo gruppo 1, con punteggio superiore a 60, composto da 18 soggetti di cui 15 uomini (83,3%) e 3 donne (16,7%) con età media di 29,33 anni (DS = 5,33) e un secondo gruppo 0, con punteggio inferiore a 60, che nella nostra ricerca fungerà da campione di controllo, composto da 29 soggetti di cui 20 maschi e 9 femmine con età media di 30,34 anni (DS = 4,952).

Al fine di evidenziare le differenze tra i due gruppi, i dati sono stati analizzati statisticamente utilizzando un test non parametrico di differenze tra medie per campioni indipendenti, il test di Mann-Whitney.

Le analisi di correlazione tra variabili, sono state effettuate tramite il calcolo dell'indice rho di Spearman.

Il gruppo 1 presenta alla TAS-20 un punteggio medio elevato, collocabile

nell'area borderline per le condizioni alessitimiche (M=51,61 ds=12,23). Mentre il gruppo di controllo 0 ha un punteggio medio notevolmente inferiore (M=43,86 ds=14,41), sotto la soglia di 50 e dunque negativo per l'alessitimia.

Il punteggio ottenuto alla DES II dal gruppo 1 (M=20,60 ds=14,23) seppur non raggiungendo il cut off clinico dello strumento è notevolmente più elevato rispetto quello del campione di controllo 0 (M=11,41 ds=10,29).

Infine il punteggio medio al test BUT del gruppo 1 risulta essere decisamente elevato (M= 1,30 ds=0,76), al di sopra del cut-off clinico dello strumento e significativamente superiore rispetto quello del gruppo di controllo 0 (M=0,75 ds=0,55), presentano dunque un disagio rispetto al loro corpo.

Utilizzando un test non parametrico di differenze tra medie per campioni indipendenti (test di Wilcoxon-Mann-Whitney) è stato rilevato che le differenze tra i due gruppi sono statisticamente significative con $p < 0,01$ per IAT e BUT e $p = 0,01$ per DES II e TAS-20; lo stesso procedimento statistico invece ci consente di affermare che non ci sono differenze statisticamente significative in base al genere.

Le analisi di correlazione, effettuate tramite il calcolo dell'indice rho di Spearman, rivelano una forte correlazione ($p < 0,01$) tra dipendenza da internet e disagio corporeo, dipendenza da internet e dissociazione, dipendenza da internet ed alessitimia. Dall'analisi delle correlazioni risulta anche uno stretto legame tra i punteggi al BUT, alla DES II ed alla TAS-20 ($p < 0,05$ level).

I dati emersi si presentano rilevanti sia per una riflessione sotto il profilo della psicologia di comunità che clinica.

La possibilità di un'integrazione psiche-soma-tèchne sembra essere un processo complesso, data anche l'estrema velocità con cui incedono le innovazioni.

Il cyberspazio come "terra vergine" da esplorare, si offre agli utenti, come un luogo ricco di occasioni ma anche di rischi.

Interventi di prevenzione e di ricerca potrebbero essere utili ad arginare il numero dei naufraghi nell'esplorazione di questo nuovo territorio ed a ripristinare una virtuosa integrazione tra mente e corpo in cui la tecnologia sia alleata e non minaccia.

MAPPE COGNITIVE

UTILIZZO DELLE MAPPE MENTALI

NELLA PSICOTERAPIA



Salvatore Scardilli - psicologo

La tesi di fondo di questa modalità di intervento, all'interno del setting psicoterapeutico, è quella di considerare la percezione e la cognizione come due aspetti non disgiunti tra loro, ma che si integrano; e che la rappresentazione degli aspetti intrapsichici e relazionali, attraverso il disegno della mappa mentale del paziente, possa dare un valido contributo all'intervento psicoterapeutico.

Per la rappresentazione possono essere utilizzati segni grafici come figure geometriche, cerchi, ovali, rettangoli, vettori, linee, tratteggio, punti.

L'utilità dello strumento rappresentativo risiede nella possibilità di "leggere" le immagini della propria vita e gli aspetti su cui si ritiene si debba intervenire.

Il disegno realizzato assume la funzione di canalizzare l'attenzione su alcuni aspetti del paziente ritenuti dal terapeuta inizialmente centrali per l'intervento terapeutico, ma soprattutto è il mezzo attraverso il quale la persona inizia ad esplorare il proprio mondo interno e relazionale, avviando un processo di cambiamento, attraverso la lettura, la comprensione e la trasformazione del materiale prodotto insieme al terapeuta.

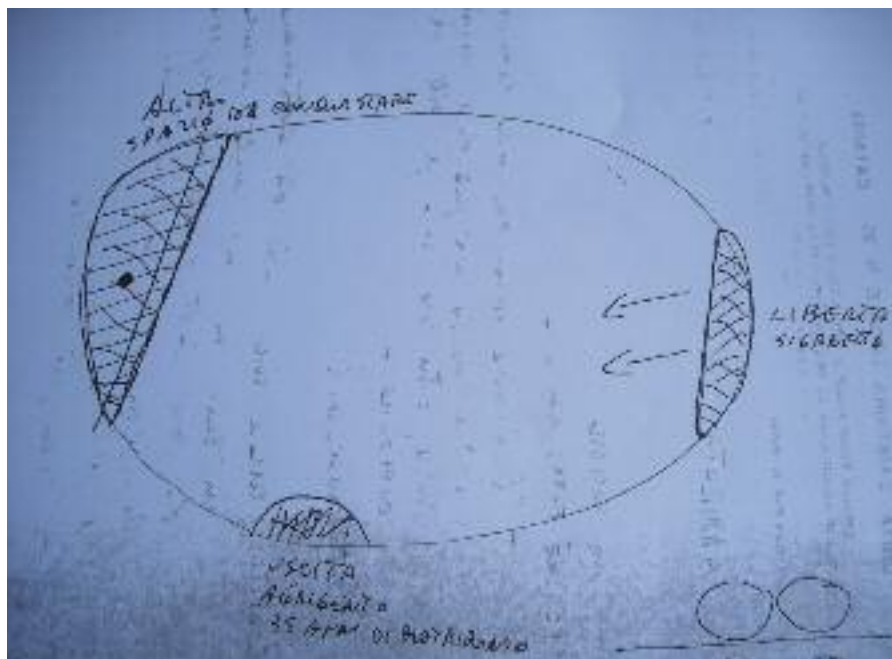
ASPETTI TEORICI DI CORNICE

Il disegno della mappa mentale è un mediatore psicologico che facilita la riflessione personale e il contatto con parti di sé non prese in considerazione o difficili da individuare sia per la persona, sia per il terapeuta.

L'introduzione di elementi nuovi o prima scotomizzati permette di assegnare significati diversi ai problemi vissuti.

Il lavoro di manipolazione, integrazione, interpretazione sul disegno facilita l'uscita dai campi psicologici che implicano comportamenti ripetitivi che creano blocchi emotivi e relazionali.

L'intervento terapeutico sulla rappresentazione diventa un gioco di ricombinazioni, attraverso la modifica degli schemi, degli spazi, delle direzioni che il



cambiamento dovrà intraprendere, facilitando la costruzione di versioni alternative della propria vita.

La mappa contiene al suo interno linee di demarcazione che indicano confini, limiti, barriere, più o meno permeabili. Il lavoro terapeutico sarà incentrato sulla possibilità di modificare ciò che crea separazioni, limiti, realizzando aperture o dove viene ritenuto necessario chiusure nette.

Anche la dimensione del tempo viene presa in considerazione all'interno della mappa: passato, presente, aprendo prospettive nuove rispetto al futuro.

Per Rudolf Arnheim, riferendosi al pensiero di Schopenhauer, ".....la mente, per poter misurarsi col mondo, deve adempiere a due funzioni. Deve raccogliere l'informazione, e deve elaborarla. In teoria le due funzioni sono nettamente distinte; ma lo sono altrettanto in pratica?"

Secondo Arnheim "Percepire visivamente è pensare visivamente..."

Il mondo getta il proprio riflesso sulla mente, e tale riflesso serve come materiale grezzo, da esaminare, filtrare, riorganizzare ed immagazzinare. Si è tentati

di dire che l'organismo integri una capacità passiva di ricezione con una capacità diversa, e attiva, di elaborazione."

Pertanto non sembra possa esistere una separazione netta tra la percezione e il pensiero.

DESTINATARI

Questo è un metodo di lavoro che non ha un paziente di elezione con particolari caratteristiche personologiche o specifiche problematiche, ma piuttosto uno strumento metodologico per rendere efficace l'intervento psicoterapeutico.

Quali obiettivi consente di perseguire

- Accrescere l'adesione all'intervento terapeutico di soggetti con motivazione estrinseca.
- Stimolare la comprensione e la riflessione su se stessi.
- Approfondire la propria storia personale.
- Conoscere i propri limiti e l'aprendere strumenti per stimolare il cambiamento del proprio stile di vita, e i comportamenti ritenuti disfunzionali
- Superare i propri limiti o abbattere le barriere che impediscono un reale cambiamento.

TEMPI PER L'UTILIZZO DELLA METODICA

L'utilizzo di questo metodo necessita di circa 20 minuti, anche utilizzandolo in tempi diversi all'interno del setting.

Durante la seduta il disegno può essere integrato con l'emergere di ulteriore materiale da utilizzare.

STRUMENTI

Durante la seduta occorre avere a disposizione semplici strumenti per disegnare.

- Fogli A4
- Penna o matita

MODELLO APPLICATIVO

Fase iniziale

Come si costruisce lo spazio percettivo

Il terapeuta disegna inizialmente la rappresentazione degli aspetti più rilevanti del paziente dal punto di vista terapeutico (conflitti, ansie, relazioni, comportamenti).

Si delimita la cornice entro cui il sistema relazionale si muove.

Si tracciano confini, limiti, riguardanti le relazioni, le connessioni, i pensieri.

I segni grafici utilizzati sono: punti, linee, tratteggio, figure geometriche possono delimitare lo spazio come il quadrato, il cerchio, l'ellisse.

Le relazioni, le connessioni vengono indicati attraverso l'utilizzo di vettori, di linee che creano contatti, collegamenti. Servono anche a indicare la distanza esistente tra parti del sistema, centralità nelle relazioni, marginalità, invischiamento.

All'utente viene chiesto quali possano essere le distanze "giuste", rispetto a quelle utilizzate e quale dovrebbe essere la direzione dei vettori indicanti la direzione del cambiamento.

Il ruolo dello psicoterapeuta il più delle volte è notarile dopo la fase iniziale.

Il disegno realizzato rappresenta una sorta di "base", per realizzare "costruzioni aggiuntive", creando le premesse per avviare un percorso di approfondimento degli aspetti disfunzionali del paziente.

Le forme grafiche utilizzate dal terapeuta sono generalmente semplici, poco articolate; delineano aspetti essenziali del funzionamento psichico, lasciando al paziente le scelte di ampliare le aree e diversificarle.

La conclusione del processo attivato darà vita a un disegno più complesso di

quello iniziale.

Il paziente osservando criticamente il disegno lo trasforma dentro di sé in parole, interrogandosi sul senso da dare alle parole trovate o ritrovate.

LAVORO DA EFFETTUARE SUL DISEGNO

Dopo aver disegnato la mappa mentale del paziente, il terapeuta stimola l'esplorazione del disegno, l'analisi, la comprensione e le possibili integrazioni, rendendo più complessa la rappresentazione.

Punteggiatura

Su quali aspetti contenuti dal disegno si concentra l'attenzione del paziente. Quali sono i principali problemi, difficoltà che il paziente vive e individua nel disegno. Su quali ritiene sia prioritario intervenire.

Lavoro sui confini

I confini non sono solo separazioni sono anche linee di contatto, forme di unione o lo possono diventare.

Si agisce sui confini accettando i limiti, la loro rilevanza, la necessità di trovare degli equilibri, individuando sfumature tra aree e la loro permeabilità.

Lavoro sulle aree – qualità e quantità (spazio utilizzato)

L'utilizzo delle metafore spaziali facilita la definizione della rilevanza che assumono talune scelte e l'eventuale necessità di ridimensionare alcuni aspetti relazionali, comportamentali, psicologici in senso stretto. Quali aree ampliare o ridimensionare. Le scelte orienteranno il processo di cambiamento da intraprendere.

Lavoro sui vettori /cambiamenti auspicati

Utilizzando delle frecce e dei vettori il paziente o il terapeuta a seconda del processo attivato vengono indicati i percorsi da seguire, quali cambiamenti sono desiderati, quali direzioni intraprendere per superare le difficoltà presentate.

Lavoro sull'apertura/chiusura

Appare importante il lavoro sulla capacità del soggetto in trattamento di modificare la mappa e individuare percorsi di apertura nei confronti di contesti ritenuti minacciosi o pericolosi, o chiusure rispetto a spazi ritenuti non più utili.

Lavoro sulla capacità di simbolizzazione

È uno strumento che dà la possibilità di stimolare la simbolizzazione, favorendo la capacità creativa in senso evolutivo della persona seguita dal

terapeuta.

Lavoro sulle emozioni

Cosa prova il paziente: sorpresa, meraviglia, perplessità, preoccupazione, rabbia per ciò che intravede nella mappa. Cosa gli fa più paura o crea angoscia.

Lavoro sulla fantasia / creatività

Cosa è capace di inserire all'interno del disegno tracciato dal terapeuta, quali sono gli elementi nuovi che per associazione possono essere inseriti.

Quanto riesce a utilizzare il pensiero laterale.

Le eventuali domande saranno aperte per facilitare le verbalizzazioni ed evitare di creare blocchi.

Fase conclusiva – Valutazione intervento

All'utente viene chiesta una valutazione complessiva della mappa e possibili evoluzioni future che riescano ad affrontare efficacemente le problematiche emerse durante la seduta o dopo il lavoro sulle mappe mentali.

A seconda delle trasformazioni della mappa potrà essere ipotizzata un nuovo disegno.

In alcuni casi il paziente viene invitato a portare con sé il grafico e analizzarlo in modo più approfondito, suggerendo ulteriori modifiche o introducendo nuove idee finalizzate al superamento dei problemi che lo hanno portato in terapia.

Conclusione

L'utilizzo delle mappe mentali non offre soluzioni precostituite, ma pone le basi per creare contesti percettivi in cui il paziente possa trovare stimoli per lavorare su "oggetti mentali" che hanno bisogno di interventi.

Con l'aiuto del terapeuta vengono individuate ipotesi, da verificare nella realtà, riguardanti la realizzazione di un cambiamento che riesca a migliorare la qualità della vita.

Bibliografia

- **R. Arnheim** (1969), *Il pensiero visivo*, Einaudi, Torino, 1974.
- **AA.VV.** (2008), *Il lavoro psicoanalitico sul limite*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- **Cella G. P.** (2006), *Tracciare confini*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- **C. Cappellotto** (2009), *Neuroestetica*, Laterza, Roma-Bari, 2009.
- **K. Lewin** (1936), *Principi di Psicologia Topologica*, O.S., Firenze, 1970.

La qualità nei servizi pubblici: un approccio psicologico



Marinzia Sciuto - psicologo

I modelli di qualità basati sulla centralità del cliente e delle sue valutazioni (vedi il Total Quality Management, il modello ISO 9000, e la customer satisfaction o soddisfazione del cliente), sono ormai ampiamente diffusi all'interno dei nostri servizi pubblici. Dall'analisi di tali modelli si evidenziano come elementi centrali nella costruzione e valutazione della qualità di un servizio:

- gli aspetti processuali;
- alcuni concetti come soddisfazione, percezione, aspettative e, dunque, la "soggettività".

L'iniziale concezione di qualità in senso ingegneristico, cioè come risultato di un processo tecnico dove il controllo rispetto a degli standard era centrale, si è progressivamente modificata in senso antropocentrico nella seconda metà del Novecento.

Questo cambiamento ha visto recuperare i significati psicologici della qualità, cioè quelli legati ad un assetto organizzativo centrato più sul soggetto che sull'apparato macchinistico e meccanicistico (Gabassi, 2005).

Se nel passato la qualità era una proprietà del prodotto finale, progressivamente, anche il processo organizzativo e le diverse pratiche utilizzate per ottenere i prodotti o i servizi di qualità sono andati a convergere nel significato di qualità.

In questo senso, l'attuale prospettiva di studio che sposta l'attenzione dalle caratteristiche del prodotto alle necessità, ai bisogni, alle richieste esplicite- implicite del cliente, può essere considerata un gran passo in avanti nella definizione del fenomeno qualità.

In tale contesto diventano importanti le aspettative verificate, misurate o supposte dell'ipotetico cliente, la cui visione può essere sistematicamente essere spostata in avanti (miglioramento continuo).

La prospettiva psicologica, pertanto, è sempre più implicata visto che "divengono centrali variabili come la soddisfazione, la rilevazione delle aspettative delle persone, la determinazione dei bisogni esterni ed interni all'organizzazione" (ibidem p.9).

La letteratura sulla qualità dei servizi è uniformemente d'accordo nell'utilizzare la soddisfazione del cliente come criterio principale di verifica della qualità ed il concetto di aspettativa riveste in tale contesto un ruolo fondamentale.

All'interno del modello degli scarti secondo cui il soggetto che ha usufruito di un servizio ne è soddisfatto solo se la percezione di esso, collegata ad un'esperienza concreta, ha incontrato le aspettative pregresse, ciò che viene indicato come aspettativa può essere letto, nella sua genesi attraverso il modello psicologico-clinico. In questo caso possono essere utili quindi i costrutti di simbolizzazione affettiva e di rappresentazione sociale i quali sottendono una categorizzazione della realtà legata a vissuti di incertezza.

Quando domandiamo "quale è il servizio atteso?" infatti, non otteniamo

solo delle semplici descrizioni di ciò che il cliente pensa di ottenere, ma anche implicazioni circa la rappresentazione sociale che egli condivide, del servizio a cui si è rivolto (Cavalieri, 1996).

"Lo studio delle rappresentazioni condivise da coloro che partecipano effettivamente e potenzialmente al servizio (committenti, clienti, operatori, dirigenti) e l'analisi della domanda come metodologia fondante la lettura dell'incontro con l'utente costituiscono una possibilità di rilevazione e intervento circa quei fenomeni collusivi che caratterizzano il funzionamento (sia interno che esterno) del Servizio" (ibidem p.89). "Il modello psicologico-clinico consente" quindi "di ipotizzare la presenza di categorie emozionali e di proposte collusive alla base di ciò che il cliente richiede (e l'operatore offre) in un certo contesto e di metterlo in relazione con la cultura del Servizio e con l'immagine che quest'ultimo veicola all'esterno", considerando che "...tanto minore è la definizione di ciò che viene offerto, tanto maggiore è l'utilizzo di dimensioni collusive nell'incontro del Servizio con i suoi utenti."



(ibidem p.90)

La psicologia, dunque, può e deve occuparsi concretamente di soddisfazione e di qualità (Kaneklin, 2000).

“Da un lato, appare evidente come il tema della qualità percepita rimandi a contenuti, dimensioni, costrutti di chiara natura psicologica: si fa riferimento a percezioni, rappresentazioni, aspettative, atteggiamenti, giudizi.

Da un altro lato, si osserva la marginalità - se non l'assenza - della psicologia quale disciplina in grado di strutturare sul piano della teoria e della prassi adeguate prospettive di ricerca e intervento. In altre parole, si è di fronte all'emergere di una domanda che appare implicitamente psicologica nei contenuti, ma che non chiama esplicitamente in causa competenze psicologiche per trovare una risposta.

Né d'altra parte, la psicologia sembra percepire e cogliere la sfida della qualità.

Di fatto il tema della qualità percepita appare prevalentemente affrontato sulla base di competenze e professionalità di tipo economico o ingegneristico.”(ibidem p.88).

In tale contesto, le dimensioni più immateriali ed intangibili rimangono relegate nell'area dell'implicito perché ciò che viene ricercato è un supporto tangibile con cui materializzare la valutazione.

Pertanto “la valutazione del prodotto-servizio rischia di essere ricondotta nella prassi a semplificazioni ispirate da atteggiamenti di accanimento ideologico o tecnicistico sorretti dal luogo comune per il quale la pensabilità stessa della valutazione è resa possibile dall'individuazione e concentrazione su elementi di materialità ed oggettività”(ibidem p.88).

L'alternativa consisterebbe nello spostarsi all'interno di una dimensione che invece intende la valutazione come costruzione di senso all'interno della relazione che si instaura con un utente concreto, in un'ottica in cui sia il “fornitore” che l'utente co-costruiscono il prodotto-servizio.

Grazie al processo di analisi della domanda, può, infatti, essere garantita l'attivazione di pensiero (inteso come ricorsività tra azione e conoscenza), strumento necessario quando il problema dell'utente non è dato per scontato e considerato qualcosa di predefinito e definibile.

L'utente, infatti, dovrebbe essere sempre considerato una persona concreta portatrice di domande connesse alle sue emozioni ed ai suoi sentimenti oltre che influenzate dal suo contesto “culturale” in senso lato.

Solo a partire da una simile premessa, infatti, è possibile avviare un processo colloquiale capace di garantire la messa a fuoco di rappresentazioni mentali di congruenza tra bisogni/desideri dell'utente e offerta del servizio.

Il percorso di valutazione della qualità del servizio, quindi, potrebbe avere avvio dalla presa di contatto con la difficoltà a pensare e rappresentarsi l'oggetto del lavoro, il processo produttivo, il prodotto.

Si tratta di una tappa fondamentale affinché il servizio non si rapporti più all'utente in modo autoreferenziale e la valutazione del processo produttivo diventi asse metodologico e strumentale per la costruzione del valore del servizio.

Ciò equivale ad affermare la necessità di non scindere nell'operatività progettazione, produzione, prodotto e valutazione e di andare oltre l'idea di valutazione come istanza superiore o esterna alle parti che deve procedere con un linguaggio quanto più numerico e statisticamente possibile anche a costo di sacrificare la soggettività dei due poli della relazione.

Nei contesti in cui le rilevazioni di qualità e soddisfazione sono orientate alla promozione di cambiamenti idonei a sostenere politiche di miglioramento continuo, anche l'approccio psicosociale può fornire significativi contributi (Venza et al, 2006).

All'interno di questa prospettiva andrebbero realizzati periodici e ripetuti momenti di elaborazione dell'esperienza concreta maturata dentro i servizi, tenendo comunque presenti i rilevanti legami tra questi e le iniziative di dialogo e concertazione con le altre parti sociali coinvolte.

Solo attraverso tale tipo di percorso sarebbe possibile, infatti, avviare un reale processo di partecipazione di un utente-cliente-cittadino, “interlocutore dal riconosciuto ruolo di influenzamento attivo ed intenzionale nei processi decisionali che riguardano la sua vita e quella della sua comunità.” (ibidem p.71).

Considerando quanto su esposto



possiamo affermare dunque che gli psicologi possono con le loro competenze svolgere un ruolo indispensabile per la costruzione della qualità dei servizi, a patto però che questa venga intesa come processo che coinvolge i vari attori favorendone consapevolezza, partecipazione e quindi empowerment.

Bibliografia

- **Cavaliere P.** (1996), La competenza psicologica nella gestione della qualità nei servizi di assistenza sanitaria, *Psicologia Clinica*, 1, 87-103.
- **Gabassi P. G., Garzitto M.L., Perin G.** (2005), *Psicologia e Qualità*, Raffaello Cortina.
- **Kaneklin C.**, Valutazione e qualità nei servizi. Valutare il valore del servizio, in Regalia C., Bruno A. (2000), *Valutazione e qualità nei servizi*, Unicopli, Milano.
- **Venza et al.** (2006), Verso un approccio psicosociale alla customer satisfaction in sanità: teorie, modelli e pratiche a confronto, *Psicologia della salute*, 1, pp.65-79.

Fattori psicologici in pazienti cardiopatici ischemici giovani: Uno studio empirico



Massimiliano Terzo - psicologo, Benedetto Tumminello - psicologo

Il seguente lavoro ha avuto l'obiettivo di indagare la relazione tra mente e salute cardiaca in una modalità nuova, affrontando il problema di tale relazione sotto una spinta metodologica votata all'individuazione di relazioni tra più fenomeni psichici già studiati e posti in relazione con la salute cardiaca.

Il lavoro integra il modello del comportamento di tipo "A" nell'eziologia delle cardiopatie con quello che vede nel disturbo della regolazione affettiva il nucleo esplicativo centrale delle malattie psicosomatiche.

Si è indagata la presenza di tratti collerici, Alessitimici, e di un funzionamento difensivo arcaico in giovani cardiopatici ischemici.

Al gruppo, costituito da 125 soggetti con età media di 36,3 anni [111 uomini (88,8%) e 14 donne (11,2%) (il numero di donne è molto basso a causa della scarsa percentuale di donne affette da cardiopatia ischemica in queste fasce d'età), di età compresa tra i 20 e i 48 anni, con una età media di 35,8 anni e una deviazione standard di 7,69 anni, di stato sociale eterogeneo, tutti affetti da cardiopatia ischemica giovanile, nelle sue varie forme, (angina pectoris ed infarto del miocardio)], sono stati somministrati TAS-20 (Taylor, Bagby, Parker, 1992), STAXI-2 (Spielberger, 1988) e DSQ (Andrew, Pollock, Stewart, 1989).

La scelta di un campione di soggetti giovani è stata fatta in primo luogo perchè i giovani, per ovvie ragioni anagrafiche, risultano essere esposti da relativamente poco tempo a tutti quei fattori di rischio quali aterosclerosi, fumo, obesità, diabete, ipertensione, etc, universalmente ritenuti come responsabili della malattia cardiaca; in secondo luogo e conseguentemente a quanto



Al centro il Prof. Philip Zimbardo

detto sopra, i giovani rappresentano spesso un quadro patologico molto più puro rispetto ai soggetti più anziani, non soffrendo generalmente di patologie legate a quelle cardiache; infine, i giovani sono soggetti di più facile approccio dal punto di vista psicologico.

Entrando nello specifico della ricerca è fondamentale sottolineare come la letteratura internazionale ha storicamente indagato le relazioni esistenti tra psiche e salute cardiaca alla ricerca di relazioni tra la stessa e alcuni profili di personalità (Comportamento di tipo A), alcuni tratti caratteriali (rabbia, aggressività, reazione allo stress, etc.), alcuni costrutti psicologici (Alessitimia), lasciando alla ricerca da un lato, risultati incoraggianti e numerosi spunti di riflessione, ma, dall'altro, una mole di dati spesso contrastanti e di difficile interpretazione clinica e metodologica.

Sono state invece poche le ricer-

che empiriche condotte sulla relazione tra Alessitimia e malattie cardiache, in generale, e tra Alessitimia, comportamento di tipo A (e in particolare la componente ostile di tale comportamento) e le malattie cardiache in particolare. Studi recenti hanno, comunque, dimostrato correlazioni significative tra i due fenomeni nonostante le critiche metodologiche poste dalla comunità scientifica (Defourny, Hubin e Luminet, 1976/1977; Keltikangas-Jarvinen e Jokinen, 1989; Bogdanovic et al. 1989; Kauhanen et al. 1994).

Il nostro lavoro si colloca, per l'appunto, all'interno di questa linea metodologica rappresentando, dunque, un contributo scientifico che mette in luce le correlazioni tra due mondi troppo spesso separati "mente e corpo".

Nello specifico, lo studio si è posto come obiettivo quello di indagare i seguenti fenomeni psichici:

1. La presenza del sentimento della

rabbia, nonché le modalità di espressione e di controllo della stessa.

2. La potenziale presenza concomitante di alessitimia (costrutto psichico caratterizzato da difficoltà ad identificare i sentimenti e a distinguerli dalle sensazioni corporee che accompagnano le emozioni stesse, difficoltà a descrivere ad altri i propri sentimenti, e uno stile cognitivo legato agli oggetti piuttosto che a se stessi).
3. L'esistenza di relazioni tra rabbia e alessitimia, al fine ultimo di ipotizzare una relazione tra i due fenomeni, nonché la possibilità che dietro il sentimento della rabbia in questa tipologia di pazienti, spesso riportata in letteratura, si nasconda in realtà una più subdola difficoltà a provare e a modulare le emozioni in modo corretto.

Da un punto di vista metodologico, abbiamo cercato i fenomeni appena esposti attraverso l'ausilio e la somministrazione di scale psicologiche valide e attendibili che misurino la presenza dei tratti psichici sotto esame (STAXI-2 per la misurazione della rabbia, TAS-20 per la misurazione dell'alessitimia e DSQ per l'analisi degli stili difensivi).

Inoltre, si è proceduto, attraverso l'utilizzo di un software statistico (SPSS) ad analizzare le correlazioni esistenti tra i gli strumenti testologici, nonché dei fenomeni che essi stessi misurano.

I soggetti dello studio sono stati sottoposti ai questionari, in regime ambulatoriale e dopo almeno due mesi dal malessere cardiaco, al fine ultimo di evitare risposte influenzate dal trauma psichico che spesso colpisce le persone affette da infarto nei giorni immediatamente successivi all'evento.

Dall'analisi dei risultati ottenuti ed in base alle ipotesi di ricerca precedentemente formulate, il primo dato che risulta degno di attenzione e in linea con le ipotesi, è la forte prevalenza di soggetti fortemente collerici.

In particolare, un dato interessante è il fatto che la maggior parte dei soggetti (l'89,6% del campione) mostra una preponderante rabbia di tratto, quindi si tratterebbe di indivi-

dui fortemente irascibili per indole e, teoricamente, inclini all'espressione dei propri sentimenti collerici; il 44,8% tende a sentire la rabbia fisicamente, quindi con possibili disturbi somatici conseguenti l'emozione negativa.

Questi risultati, letti in relazione alla patologia dei soggetti del gruppo sottoposto a indagine, ci danno degli interessanti spunti, replicando in qualche modo, i risultati riportati in letteratura (Bishop e Quah 1998; Mendes e Leon 1992).

All'analisi dei punteggi dello strumento utilizzato per la rilevazione dell'alessitimia, soltanto su 29,6% dei soggetti non si sono riscontrati particolari tratti alessitimici; questo dato è un importante indicatore; infatti, nonostante il fatto che la letteratura internazionale non sia riuscita, ancora, a dare una risposta esauriente sul fenomeno dell'alessitimia in popolazioni cardiopatiche, il dato riscontrato è in linea con quelli dello studio di Bogdanovic e coll. (1989), che attestano come nelle popolazioni affette da infarto del miocardio la prevalenza di soggetti alessitimici è di gran lunga superiore rispetto alla popolazione normale, il che potrebbe indicare come un disturbo delle regolazioni degli affetti possa rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie cardiache a eziologia ischemica (Taylor, Bagby, Parker, 1997).

Entrando maggiormente nello specifico delle ipotesi di ricerca la lettura dei risultati degli indici correlazionali ci fa presumere che nel gruppo sottoposto a indagine empirica, esiste una correlazione positiva tra l'alessitimia e la rabbia; è stato possibile notare facilmente come il costrutto dell'alessitimia correli positivamente con tutte le forme del sentire il sentimento della rabbia.

Tutto ciò, se da un lato conferma quasi per intero le ipotesi di ricerca, dall'altro apre la strada a numerosi interrogativi sulla presenza ed esistenza delle relazioni riscontrate.

Il fatto stesso che nei pazienti, oggetto di indagine, si riscontri una forte componente collerica e una altrettanto importante componente alessitimica, induce a riflettere sull'effettivo ruolo che l'alessitimia riveste in questa relazione.

Se si considera l'alessitimia come un generale disturbo delle regolazioni affettive, in linea con le recenti formulazioni teoriche e ricerche empirica del gruppo di Toronto (Taylor, Bagby, Parker, 1997), diventa allora possibile formulare delle ipotesi sul perché sussista, nel nostro gruppo di soggetti affetti da cardiopatia ischemica giovanile, una siffatta correlazione tra alessitimia e rabbia. Infatti, è possibile ipotizzare, solo in linea teorica, che la forte componente collerica, decisamente sopra la media, riscontrata in questo gruppo di soggetti cardiopatici giovani, non costituisca solo un tratto caratteriale o una componente di una più generale struttura di personalità, quale quella di tipo A, ma rappresenti, invece, una modalità altamente disregolata di provare le emozioni.

Quindi, sempre in linea ipotetica, si può supporre che il comportamento di tipo A, o meglio, la componente collerica dello stesso, non costituisca l'unico possibile fattore eziopatogenetico nell'insorgenza delle cardiopatie ischemiche. Infatti, vista la presenza di una concomitante alta percentuale di soggetti alessitimici, e dato che l'alessitimia costituisce un disturbo della regolazione degli affetti, è possibile pensare che la rabbia sia, in un tale sistema, un'emozione disregolata all'interno di un sistema disregolato e che il fattore maggiormente predisponente l'insorgenza di affezioni cardiopatiche ischemiche non sia da ricercare nella rabbia, o nelle emozioni negative, viste in quanto tali, e interessanti per la loro stessa presenza nel quadro clinico del paziente, ma nel fatto che queste emozioni sono emozioni disregolate e disregolative, sia sul versante intrapersonale che, in quanto eterodirette, su quello interpersonale.

Queste ipotesi possono costituire un importante spunto di riflessione sul quale le future ricerche possono concentrarsi per cercare di fare maggiore chiarezza, con l'aiuto delle scienze psicofisiologiche, sull'effettivo ruolo eziologico che le disregolazioni affettive svolgono nell'eziologia di una malattia, quale quella cardiaca, ancora oggi fitta di troppi misteri.

Fibromialgia e Depressione: analogie e differenze cliniche

Angelida Ullo - psicologo, Sergio Oteri - psicologo, E. Aguglia, C. Amato - psicologo



Solo negli ultimi due decenni la medicina ha cominciato a prendere coscienza che, da sola, non è in grado di determinare la qualità della vita ma può soltanto aiutare gli individui a raggiungere uno stato di salute tale da consentire loro di coltivare l'arte della vita, ma ciascuno alla propria maniera.

È così che idealmente, la medicina ha rispolverato gli insegnamenti di Seneca ed ha incominciato a prendere in considerazione, come elemento di giudizio dell'efficacia della sua azione, la valutazione della Qualità della Vita (Quality of Life-QoL).

Se, infatti, è importantissimo salvare o prolungarla la vita delle persone, risulta altrettanto importante che queste persone siano messe nelle condizioni di vivere bene (o almeno dignitosamente) la loro vita e, laddove possibile, esercitino il loro diritto di vedere alleviata la propria sofferenza.

Da qui l'esigenza di una diagnosi corretta e tempestiva per fronteggiare adeguatamente l'esordio patologico e il dovere, di noi psicologi di integrare le nostre conoscenze con quelle più tecnicamente mediche al fine di permettere al nostro assistito il raggiungimento del suo benessere psico-fisico. Da queste considerazioni nasce il nostro lavoro!

Sia la Fibromialgia che la Depressione, sono due patologie molto invalidanti, purtroppo oggi sempre più diffuse, anche se la prima poco conosciuta, difficili talvolta da riconoscere e da trattare efficacemente. I pazienti affetti spesso sono costretti a intraprendere lunghi iter diagnostici, da specialisti di diversa natura e formazione, prima di ricevere una diagnosi corretta ed un trattamento efficace.

La Fibromialgia appartiene, principalmente, alla sfera delle malattie reumatologiche, ma della quale, però, si fanno carico anche neurologi, psichiatri e, ultimamente, anche se più raramente, noi psicologi per la sua frequente comorbidità con disturbi psico-patologici, in prevalenza di tipo ansioso depressivi (Rooks

D.S., 2008).

La seconda realtà patologica presa in considerazione, in quanto si associa frequentemente alla Fibromialgia, è appunto la Depressione, oggetto d'attenzione di molti medici e psicologi.

La presenza di questa sintomatologia è importante da considerare non solo per la diagnosi, ma per la valutazione di una corretta strategia terapeutica che deve tener conto dei sintomi nella loro complessività, della qualità della vita del paziente e della disabilità che la malattia determina nella persona che ne è affetta. La prevalenza della Sindrome Fibromialgica nella popolazione generale è del 2-3%. (Cazzola, 2007).

Si tratta di una "Sindrome Dolorosa Cronica", comune e polimorfa, ad eziologia sconosciuta, condizione clinica di frequente riscontro nella pratica clinica, caratterizzata da dolore muscolare-scheletrico diffuso e altri sintomi clinici quali: ansia, depressione, cefalea, alterazioni del sonno, astenia, rigidità mattutina, parestesie agli arti, etc. (Bennet R., 2004).

La diagnosi si fonda sulla ricerca della presenza di un dolore muscolo-scheletrico presente da almeno 3 mesi e sulla dolorabilità evocata dalla digito-pressione di specifici "Tender Points".

I Criteri diagnostici per la Fibromialgia (ACR sono):

- Dolori da oltre 3 mesi.
- Dolori a tutto il corpo (simmetrici). $\geq 11/18$ punti (tender points).

Inoltre:

- Parestesie o sensazione di freddo alle mani o ai piedi.
- Dolori articolari.
- Rigidità mattutina.
- Sensazione di restringimento nel respirare.
- Disturbi del sonno, stanchezza, disturbi di concentrazione, paure, stato depressivo.

La Fibromialgia non è una malattia psichica ma è naturale che, essendo una patologia che possiede un peso

così grande nella vita quotidiana dell'individuo, abbia conseguenze sullo stato psichico del paziente e sulla sua Qualità della Vita.

Come la maggior parte delle malattie croniche, anche la Fibromialgia provoca uno stato di abbattimento, di tristezza o depressione. Si tratta di un complesso circolo vizioso nel quale lo stato psichico rappresenta uno dei tanti fattori contribuenti, ma non l'origine prima della malattia in causa.

Per favorire la diagnosi differenziale, è bene riconoscere la sintomatologia comune alla SF e alla Depressione, più nello specifico: sbalzi d'umore, astenia, disturbi del sonno, cefalea, disturbi gastrointestinali, secchezza delle fauci, disturbi cardiaci, facile affaticabilità, calo della libido etc.

Esistono, comunque, segni evidenti capaci di distinguere la SF dalla Depressione:

- 1) I sintomi fisici nel paziente depresso sono il più delle volte variabili, migranti e meno definibili che non nel paziente fibromialgico.
- 2) Assenza di dolore nei tender points nel paziente depresso, tipica invece nel paziente affetto da SF.

Una cospicua parte di letteratura suggerisce che la relazione tra SF e EDM sia molto complessa.

Una buona comprensione di questa relazione permetterebbe di fornire, in termini clinici, una più accurata valutazione e possibilità di trattamento per entrambi i disturbi.

Sostanziali risultano le similarità nelle anomalie neuroendocrine, nelle caratteristiche psicologiche, nei sintomi fisici ed anche nel trattamento sia della SF che della Depressione. (Pae Cu. et al., 2008). Recenti dati statistici suggeriscono che: nel 20-80% dei pazienti FM si riscontra un Disturbo depressivo; nel 13-63.8% dei pazienti FM si rilevano Disturbi d'ansia; ancora, la prevalenza dei DP è significativa-

mente più alta in soggetti fibromialgici, rispetto alla popolazione generale, con un'incidenza del 7%, rispetto alla popolazione normale (Fietta P et al., 2007).

Ecco di seguito riportate le ipotesi validanti la comorbidità tra SF e Disturbi Psichiatrici, validate da un recente studio italiano:

1. "I PD potrebbero essere una conseguenza della fibromialgia".
2. "La Fibromialgia potrebbe essere un effetto di un sottostante disturbo psichiatrico".
3. "Sia la SF che i DP potrebbero avere una causa comune, attualmente sconosciuta": più nello specifico, si ipotizza un'alterazione a carico dei neurotrasmettitori della serotonina e della noradrenalina ("Iperattività del Sistema Nervoso Neurovegetativo"). (Fietta P et al., 2007).

Prima di descrivere lo studio nel dettaglio, risulta importante delineare le caratteristiche psicologiche della personalità fibromialgica individuate da Keller et al., in uno studio del 2004: bassa autostima; sentirsi indifesi; pessimismo; dipendenza e passività; vulnerabilità psicologica; negazione dei problemi psicosociali; attribuzione del disagio a soli fattori somatici.

Il nostro studio osservazionale

Sono stati presi in esame 20 pazienti donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni, che afferite all'Ambulatorio di Reumatologia dell'Ospedale "G. Garibaldi" di Catania e all'U.O. di Psichiatria dell'A.O.U. "G. Rodolico" Policlinico di Catania con diagnosi di Fibromialgia secondo i criteri dell'American College of Rheumatology (Wolfe, 1990).

L'indagine psicologica, mediante il colloquio e la somministrazione di una batteria testologica, è stata orientata ad indagare l'eventuale comorbidità tra Sindrome Fibromialgica e Depressione e in che termini viene intaccata la Qualità della Vita dei pazienti affetti da SF.

I test psicometrici utilizzati sono stati:

- HAM-D (Hamilton Rating Depression Scale) a 21 items con valore soglia = 14.
- HAM-A (Hamilton Anxiety Scale) a 14 item con valore soglia = 18.
- FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) a 10 item per confermare la diagnosi di Fibromialgia.
- VAS (Scala Analogica Visiva), VRS (Scala valutazione verbale) e NRS (Scala numerica) per la

quantificazione del dolore.

- SF-36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire): per la misurazione dello stato di salute e la QoL.

Il punteggio medio al test per la misurazione della depressione HAM-D è di 16.95 (range 7-26): 15 pazienti (75%) hanno ottenuto un valore superiore a 14, che rappresenta la soglia indicativa di un lieve disturbo depressivo; 9 di questi (45%) hanno riportato un punteggio superiore a 18, indicativo di un episodio depressivo classificabile da moderato a grave.

Score Depressione alla Hamilton Rating Scale for Depression

- Grave (score > 25) = 1 5%
- Moderato (score 18 - 24) = 8 40%
- Lieve (score 14 - 17) = 6 30%
- Assente (score 0 - 13) = 5 25%

Il punteggio medio al test HAM-A, per la misurazione dell'ansia, è di 16.85 (range 7- 41): 11 pazienti (55%) hanno ottenuto un valore superiore o uguale a 18, che rappresenta la soglia indicativa di un disturbo d'ansia d'interesse clinico.

L'SF 36 è il test al quale maggiormente abbiamo prestato la nostra attenzione in quanto capace di indagare le ripercussioni sulla vita quotidiana delle pazienti affette da SF.

I punteggi ottenuti in ogni singola area indagata sono stati convertiti su di una scala da 0 a 100 in cui i punteggi più bassi corrispondono ad una condizione di vita peggiore.

Esclusa l'area del "Dolore fisico" in cui punteggi maggiori corrispondono ad un maggior impatto del dolore sulla vita quotidiana.

Ecco di seguito riportate le aree maggiormente intaccate dalla Fibromialgia:

- 1) Dolore fisico
- 2) Attività fisica
- 3) Ruolo e stato emotivo
- 4) Attività sociali

Conclusioni dello studio

Il 75% del nostro campione di riferimento risulta affetto da stati depressivi da lievi a gravi; 11 pazienti su 20 (55%), soffre di stati ansiosi di lieve o media gravità; la QoL dei pazienti fibromialgici considerati risulta compromessa per le limitazioni delle attività fisiche quotidiane dovute al dolore cronico e per la riduzione delle attività sociali con ricadute a livello emotivo.

Nell'ambito del trattamento, l'attuale letteratura suggerisce che il succes-

so terapeutico può essere ottenuto solo grazie all'interazione tra terapia farmacologica e non farmacologica. (Auquier L. et al., 2008). L'Approccio multifattoriale nel trattamento della SF e della Depressione prevede, dunque:

- L'educazione del paziente.
- La descrizione delle caratteristiche della malattia.
- La descrizione del programma terapeutico.
- Le modificazioni delle abitudini di vita che potrebbero determinare e/o perpetuare la sintomatologia fibromialgica e depressiva.
- La programmazione di un'attività fisica moderata ma continuativa.
- Il supporto psicologico o la Psicoterapia per elaborare programmi educativi volti ad aiutare il paziente a comprendere la patologia, imparare a convivere, ridurre la disabilità derivante e migliorare la qualità di vita.
- La terapia farmacologica: farmaci che diminuiscono il dolore e migliorano la qualità del sonno (Analgesici) e farmaci antidepressivi (SSRI e SNRI). Oggi risultano molto utilizzati i farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI), i quali agiscono su un più ampio spettro di neurotrasmettitori rispetto agli SSRI e, sono risultati particolarmente efficaci, oltre che per la sintomatologia depressiva, nel ridurre il dolore nelle donne affette da SF (Russell IJ. et al., 2008; Winfried H. et al., JAMA, 2009).

In conclusione, da un punto di vista prognostico, la Fibromialgia è una malattia cronica che ha un decorso di anni, spesso associato a sofferenze di lunga durata, ma non porta ad alcuna alterazione delle articolazioni o di altri organi.

È difficile prevedere la durata della malattia in ogni singolo caso. Studi basati su grandi numeri hanno rilevato un periodo di presenza dei sintomi che va dai 15 anni in su. Una diagnosi tempestiva e corretta, insieme ad un adeguato trattamento terapeutico multidisciplinare risultano fondamentali per la prognosi: quanto più il paziente si comporta in maniera attiva e consapevole nei riguardi della propria malattia, tanto più riesce a ridurre il decorso complessivo, le ripercussioni sulla sua Quality of Life e ad orientare efficacemente l'intervento clinico multidisciplinare.

For football fan and not against! Tifo PRO! Progetto per l'educazione ad un tifo non violento rivolto a giovani tifosi



Graziella Zitelli - psicologo

In Italia, dopo gli episodi violenti occorsi alle manifestazioni calcistiche, sono stati adottati provvedimenti legislativi (emanati per cavalcare l'onda emotiva, perdendo d'impatto quando scemava l'allarmismo sociale) e la gestione del problema è stata delegata alle Forze dell'Ordine, considerandolo un problema unicamente di ordine pubblico.

Per tale motivo si è cercato di progettare un'azione sociale-formativa ritenendo le iniziative in atto inadeguate (una delle reazioni che i provvedimenti presi hanno prodotto è stata la crescente opposizione tra Ultras e Forze dell'Ordine, elemento trasversale che accomuna i gruppi di tifosi organizzati).

Si intende approfondire il problema con i gruppi direttamente coinvolti e portare una critica costruttiva, mantenendo il focus sul problema e non sulle persone.

La nostra idea è quella di coinvolgere attivamente tutte le parti in causa, per un confronto diretto, in modo di portare a una riflessione e ad un conseguente cambiamento.

Si affronta la "violenza" nel mondo dello sport non solo come fenomeno sugli spalti di cui sono protagonisti i gruppi di tifosi organizzati, ma anche come comportamenti violenti in campo, il gioco eccessivamente duro, volto solo a colpire e ferire un avversario e che va ben oltre la sana competizione.

Il progetto nasce a Catania prima dei fatti del "2 febbraio", (2007) data memorabile per lo scontro tra tifosi e Forze dell'Ordine durante la partita Catania Palermo con l'idea di entrare nella realtà in oggetto per individuare i diversi attori in gioco, le zone bianche su cui intervenire e le leve più adeguate per farlo; prevede il coinvolgimento di differenti gruppi per i quali sono stati pensati percorsi diversificati, che in alcuni momenti si andranno a intrecciare nella costruzione di nuove reti



personali e sociali. Inoltre, è stato pensato e stilato con contenuti ed obiettivi elaborati anche in armonia con i dettami per l'educazione alla Convivenza Civile, relativamente all'Educazione alla Cittadinanza.

Il conflitto sociale è un'esperienza soggettiva che comporta diverse modalità d'affrontare la situazione conflittuale: ognuno è portatore di una personale soglia percettiva ed emotiva. Riuscire a pensare, riflettere e verbalizzare il conflitto (emozioni, reazioni) e le proprie teorie implicite può aiutare il soggetto ad aumentare la soglia di tolleranza e di sostenibilità personale al conflitto. In questi percorsi è fondamentale darsi il tempo necessario per favorire la decantazione delle emozioni che nell'immediato portano ad essere reattivi. Ci siamo discostati dalla "teoria dell'escalation della violenza", che vede il conflitto come la tappa di un processo che ha inizio debole, ma porta inevitabilmente alla violenza (**discussione** → **scontro** → **conflitto** → **aggressione** → **violenza** → **guerra**); questa idea induce talvolta i soggetti

ad assumere un atteggiamento di rifiuto del conflitto, e di conseguenza alla violenza.

Riteniamo che questa causalità non sia assoluta e scontata, ma che un conflitto, se ben gestito (la risoluzione è impossibile, infatti parliamo di gestione), possa essere anche un'occasione di crescita, che non sfoci in violenza; imparando a riconoscere il conflitto, a dargli un senso e a gestirlo si può evitare di arrivare alla violenza.

Apprendere a "so-stare" nel conflitto permette di arrivare alla capacità di dire "No" quando occorre, di staccare la spina, evitare un'adesione conformista (fenomeni tipici di alcuni gruppi, soprattutto di giovani), assumendosi quindi una responsabilità adulta, un atteggiamento opportuno nei contesti adeguati.

L'intervento si prefigurava i seguenti **Obiettivi specifici**:

- Lavorare con i giovani, bacino d'utenza per futuri sportivi e tifosi, per riacquisire valori di sportività, rispetto, tolleranza, legalità, in un'ottica di limitazione delle

- tensioni presenti nella società civile.
- Favorire il confronto tra realtà diverse per favorire la comprensione dei fenomeni sociali e del comportamento individuale.
- Limitazione l'aspirazione di prestazioni e competizioni.
- Sviluppare competenze d'espressione e gestione delle proprie emozioni, imparando a considerare le conseguenze delle azioni proprie e altrui, riuscendo a tenere presenti i diversi punti di vista.
- Fornire strumenti di analisi per l'acquisizione di competenze utili al superamento di copioni violenti.
- Coinvolgere attivamente i soggetti nel percorso formativo che li vede protagonisti.
- Proporre attività per la sensibilizzazione della società rispetto i temi trattati. Per quanto concerne i destinatari sono stati coinvolti i seguenti attori sociali:
 - Studenti.
 - Atleti del settore giovanile.
 - Società Catania Calcio (allenatori, giocatori, accompagnatori, dirigenti, steward, etc).
 - Ultras.
 - Agenti di Polizia.
 - La società.

Si è cercato di raggiungere la società tutta attraverso campagne d'informazione di sensibilizzazione al tema.

La metodologia utilizzata è stata di tipo partecipativo, con momenti espositivi ed attivazioni (role playing, simulate, giochi di gruppo, visione di video creati ad hoc con relativa discussione di gruppo). Il gruppo era al tempo stesso obiettivo da raggiungere, strumento di apprendimento e catalizzatore delle diverse dinamiche in gioco.

Quattro fasi d'intervento:

- 1) Informazione/formazione.
- 2) Formazione ed intervento in classe.
- 3) Valutazione (in itinere, finale, follow up).
- 4) Realizzazione del convegno finale.

Nella prima fase, la messa a punto del percorso formativo con l'attivazione di contatti necessari per far partire il progetto, incontri con insegnanti ecc.

Nella seconda fase, l'attuazione dell'intervento formativo; attraverso metodologie attive (gruppi di discussione, studio di casi, utilizzo di tecniche proiettive, attivazioni, role playing, etc.) ed interventi di relatori esterni (esperti, ultras, giocatori, rappresen-

tanti del Catania Calcio etc), con i seguenti contenuti:

- Violenza e conflitto: rappresentazioni, vissuti, copioni comportamentali.
- La legislazione in merito allo stadio.
- Il punto di vista del proprio gruppo: esperienze e vissuti su fenomeni di violenza (ultras, poliziotti, atleti, FIGC, studenti, addetti ai lavori di società sportive).
- Il fenomeno della violenza negli stadi: una visione sistemica dei diversi punti di vista.
- Comunicazione efficace: saper/poter comunicare i propri vissuti e le proprie esigenze (livello cognitivo).
- Dar voce alla rabbia: acquisire competenze d'utilizzo della comunicazione assertiva per la gestione della propria aggressività (livello emotivo).
- Gestione del conflitto: riflessioni teoriche, personali e tecniche (livello relazionale).

Rappresentare il tifo attraverso un disegno e metodologie partecipative; i partecipanti hanno ideato elaborati creativi sugli argomenti trattati nella precedente fase del processo formativo. Inoltre, i ragazzi hanno avuto l'opportunità di fare una sperimentazione attiva del tifo ed una gita d'istruzione all'interno dello stadio.

Nella terza fase, è stata prevista una valutazione in itinere, sia formale che informale, volta alla condivisione delle aspettative, dei nodi critici, dei vissuti e dell'andamento del percorso.

La valutazione costituisce sia feedback continuo (sugli effetti dell'azione formativa, la problematica, il gradimento, i vissuti, ecc.), sia possibilità per ritrarre il progetto se necessario.

Infine, una valutazione finale principalmente su 2 focus:

- La qualità erogata.
- La qualità percepita.

Attraverso il dialogo con i giovani si è confidato in una forte assimilazione di principi e valori, tale da prevenire le degenerazioni dello sport, che riguardano violenza o discriminazioni.

Allo stesso modo, il coinvolgimento di gruppi di tifosi e rappresentanti della Società Catania Calcio, nella comune riflessione su tali tematiche, è risultata rilevante, sia per la riduzione delle tensioni del tifo calcistico nella realtà etnea, sia per favorire l'integrazione tra le varie comunità presenti nel territorio

ed evitare l'isolamento di gruppi sociali territoriali.

La quarta fase; un evento finale in cui è stata presentata l'esperienza formativa maturata da parte dei soggetti coinvolti, attraverso la restituzione alla popolazione etnea dei diversi lavori prodotti dai partecipanti; dibattiti e proiezioni, per favorire una diffusione della riflessione critica sul tema, utilizzando uno scambio di pratiche e riflessioni tra gli attori sociali coinvolti nel fenomeno, studiosi, associazioni, istituzioni, giornalisti.

Il percorso formativo è iniziato con l'analisi della rappresentazione del tifo dei partecipanti (alunni di scuola elementare e media inferiore) attraverso l'elaborazione di un disegno.

È stata fatta una suddivisione dei disegni secondo alcune categorie dicotomiche:

- Connotazione positiva/negativa (per l'88% del tutto positiva).
- Fenomeno individuale/di gruppo - Il 62% dei disegni rappresenta il tifo come fenomeno di aggregazione (38% individualità).
- Presenza/assenza di persone - Solo il 45% dei disegni rappresenta delle persone, mentre nel 55% sono presenti ambientazioni, simboli, oggetti, slogan ma anche pensieri e riflessioni.
- Presenza/assenza dell'elemento "stadio" - l'elemento stadio è presente solo nel 29% dei disegni.

Nel 20% dei disegni emerge la presenza di elementi della Società Calcio Catania.

Particolarmente incisiva è stata la scoperta che il tifo, per i ragazzi etnei, non è malato per definizione ma la violenza è solo una DEGENERAZIONE e non una COMPONENTE del fenomeno.

Alla fine dell'intervento, sono stati somministrati ai ragazzi dei brevi questionari, in cui si è chiesto di evidenziare gli aspetti positivi e negativi del progetto.

La maggior parte delle risposte riguardavano i temi del progetto (novità, immedesimarsi nel tifoso) e il rapporto con i compagni (lavoro di gruppo, il senso dell'unione, la collaborazione, la libertà d'espressione).

È nota d'orgoglio che il progetto è stato inserito come percorso rieducativo nei giovani sottoposti all'istituto della messa alla prova dal Tribunale dei Minori di Catania, per reati da stadio.

L'ELABORAZIONE DI UNA NUOVA CATEGORIA DEL DANNO RISARCIBILE ECONOMICAMENTE: DANNO ESISTENZIALE



Santa Muscuso - psicologo

Colleghe e colleghi, nell'ambito dei lavori dell'11° Congresso Europeo degli Psicologi ho pensato fosse utile e opportuno approfondire, chiarire ulteriormente lo sviluppo teorico dell'elaborazione di una nuova categoria del danno risarcibile economicamente.

Vorrei brevemente parlarvi del danno "esistenziale", ovvero di una nuova categoria della responsabilità civile che comincia a trovare una forte e robusta impostazione dottrinale, sulla falsariga dell'ordinamento giuridico anglosassone fondato sulla "common law" (diritto comune) e sicuramente molto più avanti del sistema giudiziario italiano nella difesa dei diritti della persona, per lo meno per ciò che riguarda l'uguaglianza dei cittadini, innanzi alla legge, contrariamente a quello che avviene in Italia, dove il diritto codificato impedisce la valutazione analogica in due casi simili (possono essere emesse e, spesso lo sono, due sentenze diverse in casi simili).

Bisogna francamente affermare che appariva poco coerente un siffatto ordinamento, che tutela solo la sfera relativa al danno biologico o materiale prodotto da terzi e non considerare, invece, gli effetti del danno sull'intero complesso dell'esistenza.

Quindi non solo si va oltre il danno patrimoniale come danno emergente e lucro cessante, ma si comincia a valutare seriamente negli "accadimenti drammatici" della vita, causati da terzi, l'importanza ai fini del risarcimento del pentimento di una grande sofferenza interiore, del detrimento subito alla vita di relazione della "vittima" di un incidente, dai suoi familiari, da coloro che si definiscono congiunti.

E questo è sicuramente l'inizio di una grande speranza per un mondo del dolore umano non considerato "adeguatamente" e da sempre trascurato.

Si comincia a considerare il "pre-tium doloris" di coloro che subiscono

amarezze, penombre, sofferenze psichiche che intaccano l'animo umano irreversibilmente dopo un evento dannoso. Questi stati d'animo costringono coloro che subiscono un incidente a modificare drasticamente la propria vita, cambiando abitudini, togliendo il piacere di passioni, hobbies, interessi su cui si ricrea lo spirito e si rilassa il corpo.

Oltre i danni fisici, la beffa di una vita alterata che l'evento traumatico trasforma in un inferno, togliendo quella serenità interiore, turbando la mente che vive nel ricordo ossessivo del momento drammatico in cui un congiunto ha perso la vita o è rimasto gravemente ferito. Si devia sostanzialmente dai normali percorsi quotidiani minando seriamente la razionalità e la logica degli individui e reprimendo la naturale creatività umana. Subentra, in parole povere, un grave danno che coinvolge i congiunti in un vortice di effetti spesso di incalcolabile portata.

Quindi si deve valutare la nuova realtà di fondo, che cominciano a vivere penosamente i "congiunti", che imparano a sacrificarsi materialmente e moralmente per la vittima dell'incidente.

Altresì si impongono alla vita nuove modalità organizzative, nuovi ritmi con conseguenze evidenti quali notti in bianco, claustralità, week-end perduti, appiattimenti, funzionalizzazioni, restringimenti di orizzonti.

Allora non si tratta di sole perdite patrimoniali (conti in banca dimezzati, guadagni compromessi), ma si grimeisce la vita di una nuova fisionomia alterata e compromessa non solo sotto il profilo morale (malinconie, ansie, lamenti notturni, pianti). Si comincia a percepire nettamente l'idea di rinunciare a sacrificare la gran parte dei propri impegni dell'esistenza quotidiana.

Per valutare questo nuovo danno occorre un approfondimento più attento e meticoloso delle "condizioni esisten-

ziali" di coloro che sono rimasti vittime di incidenti e bisogna dare spazio a specialisti che possano enucleare e rappresentare in quale modo sia stata intaccata la personalità e quale incidenza tale evento ha avuto sulla sfera della creatività.

È evidente come lo stravolgimento della vita, a seguito di un fatto dannoso, determina inevitabilmente una perdita del bene essenziale della vita: la propria capacità di essere liberi.

Dunque insieme alle vittime "primarie" da un punto di vista psicologico e umano vi sono anche vittime "secondarie" da proteggere e da tutelare. Anch'esse pagano personalmente un prezzo molto alto e salato sul versante delle sofferenze umane.

Da anni mi imbatto in situazioni drammatiche di interi nuclei familiari distrutti dal dolore per la perdita o per il ferimento di un proprio caro in un incidente automobilistico e in seguito a questi eventi luttuosi emergono, affiorano stati depressivi, disturbi psicosomatici, ansie, isterie e la casistica potrebbe continuare, a dimostrazione che gli effetti traumatici di un evento dannoso si riverberano nel tempo come una catena di Sant'Antonio da cui è difficile uscire a costo anche di perdere la ragione. Anche quando non vi è la morte del congiunto si registra lo stesso una gravissima difficoltà a "relazionare il tutto" e questo nuovo staus quo diventa primario ostacolo impedendo una vera esistenza densa di significati autentici.

La vita è bella quando può essere vissuta completamente, ma quando vi è una modificazione peggiorativa della qualità della vita e quando sono venuti meno quel fascio di relazioni umane, si assiste ad una menomazione e ad un impoverimento della persona che ne impedisce il libero sviluppo, sia come singolo individuo, sia nelle formazioni sociali in cui necessariamente o volontariamente si svolge la sua personalità.

Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia

PRESIDENTE

Paolo Bozzaro

VICEPRESIDENTE

Melita Ricciardi

CONSIGLIERE SEGRETARIO

Roberto Pagano

CONSIGLIERE TESORIERE

Ilenia Adamo

*Ammirata Michele
Attinà Alice (sez. B)
Chianese Rita
Ciavarella Sebastiano
Di Martino Giovanni
Marù Antonino*

CONSIGLIERI

*Noto Maria Teresa
Smirni Daniela
Spitale Giuseppe
Tinti Barraja Sonia
Zarcone Vincenza*

SEDI E RECAPITI

Paolo Bozzaro	Catania	presidente.oprs@psypec.it	347 4846834 Telefax: 095 536082
Melita Ricciardi	Palermo	vicepresidente.oprs@psypec.it	338 8515317
Ilenia Adamo	Piazza Armerina (EN)	tesoriere.oprs@psypec.it	340 8946307 348 0356221 0935 682231 Fax: 0935 1866660
Roberto Pagano	S.G.La Punta (CT)	segretario.oprs@psypec.it	349 5745814
Michele Ammirata	Palermo	consiglio.oprs.ammirata@psypec.it	347 1122507 327 4440066
Alice Valeria Attinà	Bronte (CT)	consiglio.oprs.attina@psypec.it	328 8215399 095 7721202
Rita Chianese	Marsala (TP)	consiglio.oprs.chianese@psypec.it	347 1961694 377 5061418 Fax: 0923 762260
Sebastiano Ciavarella	Messina	consiglio.oprs.ciavarella@psypec.it	Telefax: 090 344480 Studio: 338 1760938 Studio: 329 6733305
Giovanni Di Martino	Modica (RG)	consiglio.oprs.dimartino@psypec.it	339 6966451 0932 234931 0932 448606
Antonino Marù	Ragusa	consiglio.oprs.maru@psypec.it	347 2602807 Fax: 0932 256855
Maria Teresa Noto	Palermo	consiglio.oprs.noto@psypec.it	338 5862168
Daniela Smirni	Catania	consiglio.oprs.smirni@psypec.it	347 4739207
Giuseppe Spitale	Avola (SR)	consiglio.oprs.spitale@psypec.it	Ab.: 0931 823811 330 852394
Sonia Tinti Barraja	Palermo	consiglio.oprs.tinti@psypec.it	347 4929867
Vincenza Zarcone	Palermo	consiglio.oprs.zarcone@psypec.it	338 5240379

Ψ Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

La Segreteria è attiva presso la sede dell'Ordine che si trova in:
viale Francesco Scaduto, 10/B - 90144 Palermo

Orario di ricevimento in sede:

- lunedì e venerdì dalle ore 10,00 alle ore 13,00
- martedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30
- giovedì dalle ore 12,00 alle ore 17,00

L'accoglienza telefonica è attiva tutti i giorni, escluso il sabato, dalle ore 10,00 alle ore 12,30, martedì e il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,00.

Tel. 091 6256708 - **840 500290, al costo di un singolo scatto urbano, da tutta la rete fissa in Italia, quindi con esclusione dei cellulari.**

Fax: 091 7301854 (attivo 24 ore / 24 ore)

Web site: www.oprs.it

E-mail: sede@oprs.it

Il Presidente, il Vicepresidente, il Segretario e il Tesoriere ricevono in sede gli iscritti previo appuntamento tramite la segreteria.

Tramite la segreteria è possibile:

- iscriversi all'Albo
- richiedere certificati
- ricevere informazioni sulle iniziative del Consiglio dell'Ordine
- ottenere informazioni sulle procedure da seguire e sulle istanze presentate
- comunicare variazioni di domicilio e/o residenza
- richiedere tesserino d'iscrizione, facendo pervenire presso la sede dell'Ordine la richiesta, allegandovi due fotografie



**Psicologi & Psicologia
in Sicilia**



Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia