Link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/ 2011

Link Volume 1/ 2011 • Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27.02.2004 n. 46) art. 1 comma 2 - DCB – ROMA.Registrazione del Tribunale di Roma n.278 del 7/6/2002.

sommario

rivista scientifica di psicologia

link

VOLUME 1/ 2011

Edit

3 VITO TUMMINO

Focus

5 **Il dolore nella nuova concezione biopsichica**
DAVID LAZZARI

Una storia

17 Kurt Lewin (1890-1947)
GIOVANNI CAVADI

Esperienze

33 **L'approccio ipnotico nella gestione del dolore: casi clinici**
ALESSANDRA DI COLA, MASSIMO CIANFANELLI, PATRIZIA COLOMBARI

46 Borderline: come?
LUCIO DEMETRIO REGAZZO, ALFRIED LÄNGLE, FULVIA GABRIELI

Strumenti

55 **Neuropsicologia clinica: scopi e metodi**
ROBERTO CUBELLI, NICOLETTA BESCHIN, SERGIO DELLA SALA

Ricerche

60 **Analisi del profilo della WISC-R in soggetti con disabilità di apprendimento**
PAOLO SALOTTI

Aggiornamenti

69 **Quando la rabbia parla con il corpo**
LUIGI ARPENTI

Linee guida

79 **Introduzione alle "Linee Guida per la valutazione psicologica dei macchinisti dei treni e dell'altro personale collegato alla sicurezza" nel trasporto ferroviario**
FRANCO AMORE, CLAUDIO SIGNORETTI

Una storia clinica

93 **Il Disturbo Narcisistico di Personalità**
ILARIA BELLAVIA

Recensioni

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Emozioni

103 **Il crisantemo e il garofano**
MARIACETA GANDOLFO

Link

VOLUME 1/ 2011

link

Direttore responsabile
Rinaldo Perini

Redazione
Vito Tùmmino (***Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP)***,
Giovanni Cavadi (***Docente Università Milano Bicocca***)

Sara Accorsi, Veronica Dall'Occhio, Patrizia Dal Pont, Renata Redaelli, Sara Salerno

Segreteria
Veronica Dall'Occhio
(veronica.dallocchio@hsacomo.org)

Comitato scientifico
Adalgisa Battistelli (***Vicepresidente Società italiana psicologia del lavoro e delle organizzazioni***), Alessandro Bruni (***Presidente Società Italiana Psicologi Penitenziari***), Anita Caruso (***Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia***), Michele Cusano (***Presidente SIPEM Società italiana psicologia dell'emergenza***), Isabel Fernandez (***Presidente EMDR***), Maria Clotilde Gislon (***Presidente ISERDIP***), Gioia Gorla (***Presidente Associazione italiana per la psicologia e la psicoterapia***), Maria Grazia Inzaghi, Silvia Lapini (***Presidente S.I.P.Le.S., Società Italiana di Psicologia della Lesione Spinale***), David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso (***Past-President Società Italiana di Psicooncologia***), Pierangelo Sardi, Mario Sellini (***Presidente Società scientifica Form AUPI***), Enzo Spaltro, Isabella Zucchi (***Presidente Società italiana consulenti del linguaggio grafico***)

Redazione Como
DSM Azienda Ospedaliera Sant'Anna,
Unità Operativa di Psicologia
via Napoleona, 60 22100 Como,
tel. 031.5855896,
e-mail: redazione.link@hsacomo.org

Redazione Roma
Sede centrale AUPI,
via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Art director
Andrea Rosso

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como
www.andrearosso.fotocomp.it

Stampa
Edigraf Editoriale Grafica, Roma,
via E. Morosini 17, tel. 06.5814154

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento
postale - D. L. 353/2003
(conv. in L. 27.02.2004 n. 46)
art. 1 comma 2 - DCB - Roma
Registrazione del Tribunale di Roma
n. 278 del 7/6/2002

LINK È UNA PUBBLICAZIONE PRODOTTA GRAZIE AI CONTRIBUTI DELL'AUPI E DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELLA FISSP

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti dell'AUPI e delle Società scientifiche.

VOLUME 1/ 2011

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su ***Link*** devono essere indirizzati via e-mail al Direttore editoriale (Vito Tummino, vitotu@tiscali.it) e al responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it)
I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

NORME REDAZIONALI
La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:
Focus, *Una storia*, *Esperienze*, *Società*, *Strumenti*, *Recensioni*, *Una storia clinica*, *Emozioni*, *Link art*.
Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.
Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.
Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.
Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA
La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:
Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*.The Guilford Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve, Milano, 1993).
Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) D*iscriminant analysis of clinical autpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.
Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (edt), Cancro: percorsi di cura, Meltemi, Roma, 27-49.
Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

edit

Viviamo un periodo di grandi cambiamenti per il futuro della formazione universitaria in psicologia: la legge Gelmini di riordino dell'università impone una ridefinizione dei dipartimenti e dei corsi di laurea. La riforma sancisce la fine delle facoltà di psicologia autonome e nella più grande università italiana, la Sapienza di Roma, la facoltà di psicologia sarà sostituita dalla Facoltà di Medicina e Psicologia, risultato del recente accorpamento deciso dallo Statuto Frati che precede l'attuazione del decreto 1905 approvato il 30/12/2010. Molti colleghi hanno gridato allo scandalo, come se questo significasse la scomparsa della Psicologia e della sua autonomia, altri hanno considerato queste trasformazioni come necessarie misure di razionalizzazione delle risorse a disposizione degli Atenei; altri ancora ritengono che sia un naturale approdo della psicologia, considerando che l'esercizio della professione di psicologo è a tutti gli effetti considerata attività sanitaria che rientra in un campo complementare alla medicina. Forse non tutti ricordano che dobbiamo la nascita della psicologia in Italia a un medico psichiatra docente alla Sapienza di Roma, Sante De Sanctis (Parrano 1862 – Roma 1935), il quale, da psicologo clinico, svolgeva studi sulla psicopatologia umana a partire dalla critica ai modelli organicistici ed era un profondo assertore dell'approccio psicologico all'"alienato". De Sanctis sosteneva che la cura del disturbo mentale potesse essere possibile solo a partire dalla conoscenza delle strutture psicologiche della personalità grazie a rigorose metodiche sia cliniche sia sperimentali. Nel 1910 pubblica un volume interamente dedicato alla metodologia psicologica nell'analisi della salute mentale dal titolo *Patologia e profilassi mentale* e descrive in modo ampio e dettagliato i vari procedimenti di profilassi, medici e psicologici, utili alla prevenzione della patologia mentale. De Sanctis teorizza con sessant'anni di anticipo una nuova prassi nella cura della salute mentale che, a partire dal 1969, inseriva negli ospedali psichiatrici prima e nei servizi di salute mentale poi la figura professionale dello psicologo. Oggi è di fatto patrimonio acquisito nella prevenzione e nella cura della malattia mentale la doppia professionalità psichiatrica e psicologica.

In questo numero troverete i moduli per ottenere il Certificato EuroPsy che sarà concesso sulla base dei requisiti indicati. Il Comitato Nazionale per l'assegnazione di Europsy è composto da: Prof. Marco Guicciardi (Presidente) rappresentante del Consiglio Nazionale degli Psicologi e dai componenti; prof. Marco Depolo (AIP Associazione Italiana Psicologia); Prof. Fiorella Giusberti (Conferenza dei Presidi Facoltà di Psicologia); dr. Mario Sellini (AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani); dr. Vito Tummino (FISSP Federazione Italiana Società Scientifiche di Psicologia). All'accettazione della domanda gli psicologi saranno iscritti in un registro europeo a Bruxelles che attesterà il raggiungimento dello standard europeo di Europsy, riconosciuto in tutta Europa. L'INPA ha anche provveduto a nominare la commissione per il rilascio del certificato Europsy-Psicoterapia. Presidente è il Prof. Nini Dazzi e i componenti sono: Prof. Christa Zimmermann (AIP Associazione Italiana Psicologia); dr. Marilori Zaccaria (Presidente Ordine Psicologi del Lazio); dr. Simona De Simoni (AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani).
Dal 4 all'8 luglio a Istanbul ci sarà il XII Congresso Europeo dell'EFPA e verranno presentati i lavori degli psicologi italiani in una sessione denomiata *Italian Psychology's Day* che

vedrà la partecipazione di psicologi del calibro di Phil Zimbardo, Bernardo J. Carducci, Giuseppe Costantino, Richard Freeman, John Greaney, Luis Primavera, Rafael Art. Javier, Pierangelo Sardi, Michele Liuzzi, Giorgio Blandino e altri.

Apriamo la sezione *Focus* con l'articolo di David Lazzari che riassume la nuova legge votata lo scorso anno sul dolore e le cure palliative. Anche grazie ai progetti per l'Ospedale Senza Dolore (OSD), inseriti negli scorsi anni tra i Progetti della rete regionale *Health Promoting Hospital* (HPH), si è fatta strada una cultura della gestione del dolore che consideri anche gli aspetti psicologici, in una prospettiva di integrazione delle competenze fra differenti figure sanitarie (medici, infermieri e psicologi). È sempre più accreditata e condivisa dagli specialisti medici la necessità nella moderna medicina di sviluppare e costruire una gestione integrata della malattia. La consapevolezza dell'importante fattore relazione medico-paziente e di *compliance* nella cura fanno sì che l'*équipe* curante pone a base della propria operatività la condivisione di contenuti e obiettivi fra gli operatori, la capacità di distribuire i compiti, il coordinamento nel fornire assistenza e la chiarezza di obiettivi e ruoli. Condividere le conoscenze di tipo psicologico permetterà ai medici o agli infermieri non di sostituire la figura dello psicologo, ma di utilizzare le risorse della psicologia per affrontare i propri compiti con una maggiore sensibilità e consapevolezza.
La Storia di questo numero, a cura di Giovanni Cavadi, è dedicata a un grande psicologo americano ideatore della "teoria del campo" che ha dato grande impulso alla psicologia sociale.
Nella sezione *Esperienze* ci sono due contributi: il primo è di Alessandra Di Cola, Massimo Cianfanelli e Patrizia Colombari e descrive il metodo operativo di utilizzo dell'ipnosi del modello integrato, svolto all'interno dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli con la collaborazione della Struttura Complessa di Psicologia e della Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia nella gestione del dolore.
Il secondo contributo è di Lucio Demetrio Regazzo, Alfried Langle, Fulvia Gabrieli e affronta una riflessione sulla clinica e sul vissuto di pazienti con disturbo di personalità di tipo borderline.
In *Strumenti* Roberto Cubelli insieme a Nicoletta Beschin e Sergio Della Sala analizza gli strumenti attuali della neuropsicologia e i compiti del neuropsicologo.
Inauguriamo in questo numero la nuova rubrica *Aggiornamenti*: uno spazio di approfondimento sulla clinica psicologica. In questo numero Ilaria Bellavia ci descrive il disturbo narcisistico di personalità, in relazione alle conoscenze attuali: ma siamo così sicuri che è ancora corretto considerarlo un "disturbo" vista la notevole diffusione del modello positivo del "Narcisista" dipinta nei mass media attraverso talk show, soap opera, serial e reality? Se questa è la norma comportamentale diffusa fra la popolazione italiana, sia giovani sia anziani, forse dovremmo riflettere sulle nostre categorie nosologiche.
Paolo Salotti, nella sezione *Ricerca*, ci descrive i risultati dell'analisi del profilo Wisc-R in relazione ai disturbi dell'apprendimento.
"Quando la rabbia parla con il corpo" di Luigi Arpenti è la *Storia clinica* di questo numero, e riguarda come le tecniche di riduzione dello stress si combinano con l'attenzione del terapeuta nell'introdurre correttivi decisivi per un'evoluzione positiva della sintomatologia psicosomatica.
Un'altra rubrica che introduciamo in Link riguarda le *Linee Guida*, che possono orientare i colleghi nella loro pratica professionale. In questo numero pubblichiamo le *Linee Guida per la valutazione psicologica dei macchinisti dei treni e dell'altro personale collegato alla sicurezza* nel trasporto ferroviario, a cura di Franco Amore e Claudio Signoretti.
In *Emozioni* Mariceta Gandolfo ci descrive le donne di mafia con il loro terribile carico di morte e annullamento dell'amore: l'appartenenza e la devozione alla "famiglia" è di per sé un valore universale coincidente con l'idea stessa di Dio. La Madonna incarna la donna di mafia che non tradisce mai e che è soggetta alla volontà del capo famiglia–dio.
Infine una sezione riguardante la vita associativa pubblica le schede informative di due nuove società aderenti alla FISSP, Associazione Italiana di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera (PSISA) e la Società Scientifica di Psicologia narrativa TEMAS e delle informazioni su come ottenere il rilascio della certificazione Europea EUROPSY.

Vito Tùmmino

link focus

Il dolore nella nuova concezione biopsichica

DAVID LAZZARI

Il dolore nella nuova concezione biopsichica

La gestione del dolore è ancora a livelli inaccettabili nel nostro paese; troppo frequente l'incuranza per il problema, la convinzione che il dolore sia un'esperienza inevitabile, un correlato ineluttabile della malattia. Dietro questi atteggiamenti vi è una cultura inadeguata rispetto al problema, l'idea che il dolore non rientra nell'ambito della cura. L'intervento sul dolore non può essere limitato a qualche specialista più attento o all'iniziativa di pazienti o parenti. Almeno in ogni ospedale dovrebbe esserci un'équipe di sanitari (medici, infermieri e psicologi) che si occupi del dolore: facendo formazione ai sanitari, informazione ai pazienti e loro caregiver e aiutando i medici e infermieri dei reparti nella gestione del problema

DAVID LAZZARI*

La legge italiana sul dolore

Dopo un'attesa di anni il Parlamento italiano ha approvato una legge (legge 15 marzo 2010 n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"), che promuove e regolamenta le cure palliative e gli interventi sul dolore, argomento trascurato e negletto in ambito assistenziale nel nostro Paese. Questa legge, anche se si tratta di una norma di indirizzo che deve trovare applicazione in successivi provvedimenti, rappresenta quindi un elemento di civiltà ed una risposta ai problemi di tante persone sofferenti.

Un aspetto significativo della legge è il riconoscimento degli aspetti psicologici del dolore e del loro ruolo nella terapia. Infatti l'art. 2 della legge (al comma 1 lettera b) fissa la definizione giuridica di "Terapia del Dolore":

«terapia del dolore: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore».

Il successivo art. 5 prevede l'attivazione di "reti" per le cure palliative e la terapia del dolore e l'individuazione delle figure professionali che ne fanno parte:

Art.5. (Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore)

1. Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della salute attiva una specifica rilevazione sui presìdi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

La ricerca ha messo in evidenza che il rapporto tra lesione e dolore non è legato a meccanismi automatici che stabiliscono delle proporzioni universali e matematiche: in realtà il messaggio "nocicettivo" viene non solo trasportato e decodificato ma soprattutto "interpretato" dal sistema cervello-mente

2. Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

Il dolore e le basi fisiologiche

Il dolore è definito dal Comitato per la Tassonomia dell'Associazione Internazionale per gli Studi sul Dolore (IASP) come una «complessa costellazione di penose esperienze sensoriali, percettive ed emotive che si accompagnano a risposte vegetative,psicologiche, emotive e comportamentali». Ci si trova di fronte ad un danno ai tessuti dell'organismo che scatena una reazione di allarme attraverso il sistema nervoso che, come sappiamo, ha terminali diffusi in tutto il corpo ed è in grado di trasmettere il segnale sino ai centri superiori, i quali lo leggono, appunto, come segnale doloroso.

Se il meccanismo è uguale per tutti dal punto di vista fisiologico, la costellazione di reazioni che si scatena e che caratterizza la percezione individuale del dolore è strettamente legata alla persona che ha subito la lesione, il trauma o l'ustione. La ricerca ha messo in evidenza che il rapporto tra lesione e dolore non è legato a meccanismi automatici che stabiliscono delle proporzioni universali e matematiche: *in realtà il messaggio "nocicettivo" viene non solo trasportato e decodificato ma soprattutto "interpretato" dal sistema cervello-mente*.

Le indagini con tecniche di neuroimaging in grado di mostrare l'attivazione del cervello in relazione allo stimolo doloroso hanno evidenziato che, diversamente da altre funzioni sensoriali propriocettive, la valutazione del dolore è un processo diffuso che coinvolge diverse aree cerebrali. L'esperienza dolorosa è così il frutto del coinvolgimento delle aree sensoriali, emozionali, rappresentazionali, attentive e motorie[1]. Il cervello "costruisce" l'esperienza del dolore integrando un insieme di dati, che includono fattori biologici, le esperienze psicologiche presenti e passate, le influenze socioculturali. E, soprattutto, tutti questi aspetti interagiscono in modo bidirezionale, rendendo possibile il fatto che fattori (e interventi) psicologici possano incidere sui processi biologici e viceversa.

Il dolore risulta un'esperienza di tipo globale legata sia a processi *bottom-up* (segnali afferenti) che a processi *top-down* (fattori psicologici di modulazione dei segnali). Il dolore provocato dal danno tissutale è l'effetto di molti e simultanei meccanismi biochimici, fisiologici e psicologici interagenti tra loro, i quali implicano l'attività di più parti del sistema nervoso concernenti processi sensoriali, motivazionali, cognitivi e psicodinamici.

In una review degli studi clinici e sperimentali sul dolore pubblicata dalla prestigiosa rivista "Science" sono state evidenziate le diverse correlazioni tra l'intensità del dolore, la sua sgradevolezza e le emozioni che ne derivano. Queste dimensioni e le loro interazioni sono legate ad una rete di strutture cerebrali:

a) vie spinali che trasportano lo stimolo arrivano alle strutture limbiche ed ai nuclei mediali del talamo che provvedono ad inviare input diretti alle aree cerebrali coinvolte nell'affettività;

b) altre vie spinali portano il segnale al talamo somatosensoriale ed alle aree corticali e così, attraverso un circuito limbico-corticale, integrano gli stimoli nocicettivi con le informazioni sul contesto e la memoria in modo da avere una mediazione cognitiva della emotività (o affettività) legata al dolore;

c) entrambe queste vie convergono nella corteccia anteriore del cingolo e nelle strutture subcorticali collegate, il cui ruolo è quello di supportare le funzioni che assegnano una valenza emozionale all'esperienza e le priorità di risposta[2].

La sensazione di dolore sale al nostro cervello lungo fibre nervose sensitive (che registrano anche sensazioni termiche e tattili). Grazie a tecniche sofisticate, quali ad esempio la tomografia a emissione di positroni (PET), si è potuto dimostrare che i segnali di dolore veicolati da queste fibre non arrivano a un'unica area cerebrale.

Parte dei segnali raggiunge infatti la parte anteriore della corteccia cerebrale (lobi frontali) e parte è convogliata verso i lobi parietali. È quest'ultimo terminale che "registra" l'intensità e la sede d'origine del dolore, mentre l'area frontale "decide" quale importanza assegnare ad esso.
Dopo questa messa a fuoco, il sistema nervoso centrale, oltre che influenzare come già si è detto quello autonomo, reagisce producendo le endorfine. Queste sono composti ad azione morfinosimile capaci di fissarsi sugli stessi recettori cellulari sui quali si fissano anche gli stupefacenti, con conseguente attenuazione più o meno spiccata del dolore.
La prima teoria sistematica realizzata a partire dagli studi sul dolore è la "Gate Control Theory" di Melzack e Wall[3], secondo la quale sia la percezione che la risposta al dolore sono il risultato di un processo complesso e multidimensionale nel quale interagiscono tre dimensioni: 1. *sensoriale-discriminativa*; 2. *cognitivo-valutativa*; 3. *affettivo-motivazionale*. Gli stimoli somatici sono quindi "modulati" da queste diverse dimensioni soggettive, dalle quali discende la valutazione individuale relativa alla minaccia, alle possibilità di controllo ed il livello di attivazione emozionale.

La misurazione del dolore
Il dolore è un'"esperienza privata", nel senso che si può conoscere il dolore di qualcuno solo indirettamente, attraverso i suoi comportamenti, atteggiamenti, parole o con la propria capacità di empatia. In effetti non esistono misure oggettive, magari basate su parametri biochimici, per misurare il dolore. Va detto che, essendo il dolore un'esperienza complessa, che presenta diversi aspetti, di essa si possono rilevare vari e differenti fattori.
L'aspetto più frequentemente misurato è l'intensità, per il quale ci si affida a semplici scale numeriche o verbali, vediamo le più diffuse:
• il cosiddetto "analogo visivo" (la VAS: Visual Analogue Scale)[4] che consiste in una retta lunga 10 cm i cui estremi corrispondono con il minimo (assenza) ed il massimo di intensità. Al paziente (può essere utilizzata dai 5 anni di età in avanti) viene chiesto di indicare a quale punto della scala si colloca il dolore che prova. Nonostante si tratti di un metodo empirico semplice, gli studi sulla scala hanno mostrato la sua validità dal punto di vista psicometrico.
• Le *scale numeriche* (NRS), che chiedono al paziente di graduare il proprio dolore da una scala che può andare da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore immaginabile) o da 0 a 100.
• Le *scale verbali* (VRS), che chiedono al paziente di scegliere tra diverse definizioni possibili (ad es. nessun dolore, dolore lieve, dolore medio, dolore forte) e possono necessitare di adattamenti in relazione all'età, alla cultura ed allo stato cognitivo del paziente. A volte la lista di aggettivi è abbinata ad un numero, creando così una scala mista numerica e verbale.
Esistono poi strumenti (questionari) che valutano l'esperienza di dolore in modo più esaustivo: il più diffuso nel mondo è il *McGill Pain Questionnaire* elaborato dagli psicologi Ronald Melzack e Walter Torgenson della McGill University[5]. Il questionario è stato sviluppato attraverso una lunga analisi delle parole correlate all'esperienza dolorosa e ad una serie di valutazioni sul loro "peso" condotte con campioni di popolazione generale, di sanitari e pazienti. Dopo una serie di verifiche psicometriche è stato messo a punto lo strumento definitivo che valuta tre aspetti del dolore (sensoriale, affettivo, valutativo-cognitivo) e produce un indice generale sulla qualità dell'esperienza dolorosa (*Pain Rating Index*), nonché un valore di intensità attuale (*Present Pain Intensity*). Il MPQ ha mostrato una buona validità ed è stata messa a punto anche una versione ridotta; esiste inoltre una versione italiana[6], che è stata affiancata da un questionario tutto italiano (QUID: Questionario Italiano sul Dolore) che misura gli stessi fattori[7]. Naturalmente gli strumenti di valutazione debbono essere utilizzati in relazione agli obiettivi, clinici o di ricerca, che si hanno ed in relazione alle caratteristiche del paziente (situazione di malattia, capacità di comprensione, disponibilità). La valutazione del dolore è comunque un momento importante sia per avere coscienza della situazione (e quindi per motivare maggiormente gli interventi) che per orientare gli interventi stessi, sia sul piano farmacologico che psicologico.

Dolore acuto e cronico
Le situazioni di dolore sono di tipo "acuto", quando durano meno di tre-sei mesi (spesso dovute a fasi acute di malattie o ad interventi chirurgici), oppure di tipo "cronico"

Gli strumenti di valutazione debbono essere utilizzati in relazione agli obiettivi, clinici o di ricerca, che si hanno ed in relazione alle caratteristiche del paziente (situazione di malattia, capacità di comprensione, disponibilità). La valutazione del dolore è un momento importante sia per avere coscienza della situazione (e quindi per motivare maggiormente gli interventi) che per orientare gli interventi stessi, sia sul piano farmacologico che psicologico

Il dolore cronico può essere definito come un dolore che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto. Tuttavia il fattore temporale non è l'unica differenza rispetto al dolore acuto. Ci sono infatti altre differenze significative: la causa del dolore è in genere conosciuta per il dolore acuto ma spesso non è ben compresa per quello cronico; il dolore cronico spesso non ha più il valore adattivo di segnale di pericolo che ha nelle situazioni acute

quando questa esperienza si protrae per un tempo maggiore. Spesso si ritiene che il dolore acuto sia poco o nulla influenzato dai fattori psicologici ed ambientali, ma la ricerca ha mostrato che si tratta di un pregiudizio[8] .
Una più adeguata gestione del dolore acuto in molte situazioni può impedire che il dolore si cronicizzi. Ad esempio una recente review[9] della letteratura ha analizzato i fattori che favoriscono la transizione dall'acuto al cronico, evidenziando questo passaggio in un numero "allarmante" di pazienti ed il fatto che tale passaggio non può essere impedito soltanto da strategie farmacologiche perché è legato ad una complessa interazione di "fattori biologici, psicologici ed ambientali" e su di essi occorre agire.
Il dolore cronico può essere definito come un dolore che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto. Ci troviamo in questo caso di fronte ad una situazione dolorosa che si protrae nel tempo, tuttavia il fattore temporale non è l'unica differenza, ci sono infatti altre differenze significative: la causa del dolore è in genere conosciuta per il dolore acuto ma spesso non è ben compresa per quello cronico; il dolore cronico spesso non ha più il valore adattivo di segnale di pericolo che ha nelle situazioni acute. Il diffondersi di malattie croniche e l'allungamento della vita ha fatto si che questa situazione sia diventata un problema sempre più diffuso, al punto che si stima interessi circa il 20% della popolazione[10].
Numerosi dati epidemiologici testimoniano come il dolore cronico sia un importante problema di sanità pubblica: l'Associazione Internazionale per lo studio del dolore in una ricerca pubblicata nel corso del 2006 sulla prestigiosa rivista European Journal of Pain, riporta come in Europa il dolore cronico interessi il 19% della popolazione; in Italia questo valore raggiunge il 26% di cui il 56% donne e tra queste, il 49% casalinghe. Si stima una perdita di circa 10 milioni di giornate lavorative in Europa ogni anno a causa del dolore cronico, il che equivale ad un costo di un miliardo di euro.
Il dolore cronico innesca una situazione di logoramento che può condizionare pesantemente l'esistenza della persona e dei suoi familiari, e peggiorare la gestione di molte patologie magari riducendo l'aderenza del paziente ai trattamenti. *Il "circuito del dolore" è un feedback negativo tra il dolore, i livelli di disabilità (riduzione delle capacità e delle possibilità) e lo stress negativo o distress (con ansia, depressione e sintomatologia correlata)*.

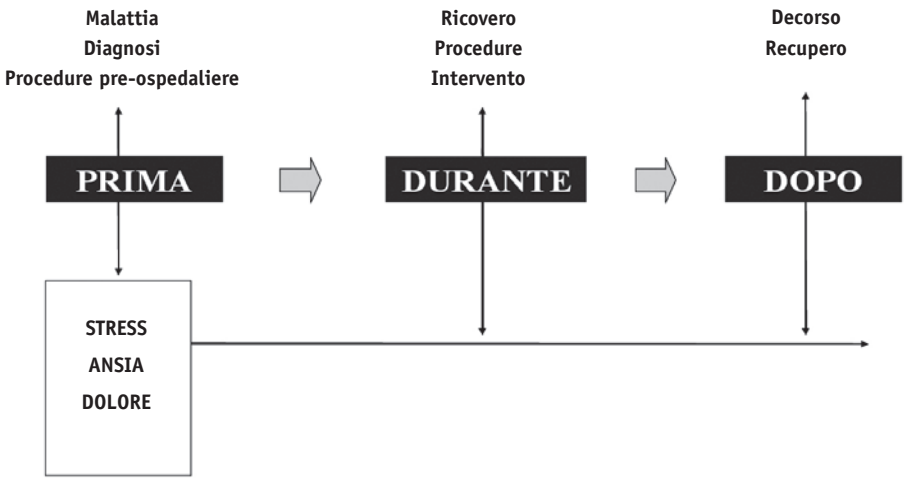
Il dolore nel paziente chirurgico

Un aspetto degno di nota è il dolore legato agli interventi chirurgici che interessa una quota significativa della popolazione ricoverata negli Ospedali e che è stato oggetto di numerosi studi, tali da consegnarci significative evidenze sul ruolo degli aspetti psicologici e sulla necessità di considerarli per ragioni di appropriatezza dell'assistenza (supportate da motivazioni di efficacia clinica, efficienza organizzativa e riduzione dei costi).
Un *follow-up* a 6 mesi dall'intervento in una popolazione eterogenea di pazienti chirurgici sono stati valutati i seguenti outcome: dolore, limitazioni funzionali, recupero e qualità della vita (Madelon et al. 2007). I predittori più importanti di outcome negativi sono risultati: a) la durata dell'intervento, b) elevati livelli di dolore post-operatorio, c) elevati livelli di paura (stress) nel pre-operatorio.
Il ruolo del fattore psicologico primario è confermato dal fatto che – a parità di durata dell'intervento – i soggetti con minore paura pre-operatoria mostravano outcome migliori in tutti i parametri.
Il rapporto tra atteggiamento psicologico e dolore trova conferma in numerose ricerche.
I livelli di ansia preoperatoria (che abbassa la soglia del dolore) sono predittivi dei livelli di dolore postoperatorio e della quantità di analgesici che si rivelano necessari per trattare il tale dolore (Caumo et al. 2002). Così come i livelli di ansia preoperatoria sono predittivi dell'ansia post-operatoria a due giorni dall'intervento, mentre al 4° giorno i pazienti con elevata ansia hanno anche più elevati livelli di dolore e depressione[11]. Una ricerca su 1490 pazienti sottoposti a varie procedure chirurgiche ha evidenziato che i più importanti predittori del dolore post, sono le aspettative sul dolore, la paura dell'intervento e l'idea di non controllo soggettivo sul dolore.
La sostanza di questi dati è stata confermata da una recente review su 48 studi (23.037 soggetti) la quale ha evidenziato che il dolore post-operatorio è legato all'ansia prima dell'intervento e che i livelli di stress sono correlati al consumo di analgesici (Hy et al. 2009).

Appare significativo, a questo proposito, quanto evidenziato da uno studio che ha ampliato la gamma dei possibili predittori del dolore analizzando ben 64 variabili (Mamie et al. 2004): ne è emerso che il fattore più significativo risultava la presenza di croniche difficoltà nel sonno. Al di là del valore fisiologico di questo dato è interessante notare che la presenza di stress elevato si correla con disturbi del sonno. In sostanza ciò che sta emergendo dalla ricerca è che esiste un rapporto significativo tra stress psicologico (ansia, paura), dolore e decorso post-intervento.

Nella gamma dei possibili predittori del dolore il fattore più significativo risulta la presenza di croniche difficoltà nel sonno. Al di là del valore fisiologico di questo dato è interessante notare che la presenza di stress elevato si correla con disturbi del sonno. In sostanza esiste un rapporto significativo tra stress psicologico (ansia, paura), dolore e decorso post-intervento

IL DOLORE NELL'ITER DEL PAZIENTE CHIRURGICO



Da: Lazzari D., La gestione degli aspetti psicorelazionali nel paziente chirurgico, 2010

Tale relazione ha anche un valore economico, potendo essere uno dei volani per il miglioramento del rapporto costi-benefici in Sanità e per la riduzione dei costi personali e sanitari. Il trattamento di disagio psicologico (ansia, depressione) in pazienti chirurgici ha portato (Strain et al. 1991) ad una riduzione media del ricovero di 1,7 giorni, con un risparmio di circa 1,300$ a persona. Una review di 191 ricerche sui risultati di interventi psicologici in pazienti chirurgici ha mostrato una riduzione media, rispetto ai controlli, di 1,5 giorni di degenza equivalente ad un risparmio pro-capite di 180 dollari, il rapporto tra spese psicologiche e risparmio conseguito è di 1 a 10 (Devine, 1992). In uno studio randomizzato controllato o doppio cieco i pazienti chirurgici (335) sottoposti ad un intervento psicologico con supporto di audiocassetta hanno ottenuto il 43% di perdite di sangue in meno durante l'intervento ed un giorno in media di ricovero in meno rispetto ai controlli (Dreher, 1998)[12].

Gli aspetti psicologici nel dolore

Gli aspetti psicologici del dolore sono stati studiati soprattutto in riferimento alle basi neurofisiologiche della modulazione cognitiva del dolore, facendo emergere come l'esperienza dolorifica è "modulata" da complessi meccanismi cognitivi ed emotivi[13].
Le maggiori evidenze sul ruolo fisiologico degli aspetti psicologici riguardano il ruolo delle aspettative, dell'attenzione, del placebo, dell'ansia, dell'ipnosi.
Nel corso del 2005 è stato pubblicato nella prestigiosa rivista statunitense *Proceedings of National Academy of Sciences* (PNAS) un'importante ricerca che chiarisce il ruolo delle aspettative nella percezione del dolore, dall'eloquente titolo: "L'esperienza soggettiva del dolore: dove le aspettative divengono realtà"[14]. L'équipe di ricercatori ha analizzato dieci soggetti sani ai quali è stato applicato un apparecchio in grado di produrre uno stimolo doloroso anche se non nocivo (calore) alle gambe, mentre la loro attività cerebrale era monitorata tramite Risonanza Magnetica Nucleare funzionale (fMRI). Prima dell'esperimento ai soggetti veniva insegnato ad accoppiare l'intensità dello stimolo doloroso (lieve, medio o forte) con l'intensità di un segnale

Una conferma del ruolo che può avere la mente nell'amplificare o nel ridurre il dolore è dato dalle ricerche fatte con l'ipnosi: la letteratura scientifica evidenzia che l'ipnosi è un metodo efficace (una delle metodiche psicologiche più efficaci) nella riduzione del dolore in diversi contesti clinici, come in situazioni sperimentali, in caso di dolore clinico acuto o di dolore legato a malattia cronica

che anticipava lo stimolo. Si è osservato che al diminuire dell'intensità del segnale (e quindi dell' aspettativa di dolore) diminuiva in modo proporzionale l'attivazione di centri cerebrali come il talamo, l'insula,la corteccia prefrontale e la corteccia anteriore del cingolo. Tuttavia,durante l'esperimento, una serie di stimoli dolorosi "forti" sono stati fatti precedere (all'insaputa dei partecipanti) da un segnale di lieve intensità, che normalmente avrebbe dovuto precedere uno stimolo doloroso lieve. In questo caso lo stimolo doloroso più forte produceva sia una attivazione delle aree cerebrali (corteccia somatosensoriale, insula e corteccia anteriore del cingolo) che un'esperienza soggettiva riferita di dolore, inferiori entrambe in media del 28% rispetto a quando lo stesso stimolo (forte) veniva preceduto dal segnale appropriato. *In sostanza, un dolore forte preceduto da un'aspettativa di dolore lieve diminuiva la percezione di dolore di quasi un terzo!*

Una modificazione del dolore in base alla modulazione dell'attenzione è stata descritta in numerosi studi[15], confermando il ruolo dell'ansia nell'aumento dell'attenzione (e quindi dell'anticipazione ed amplificazione del dolore) e, di converso, il ruolo della distrazione nel ridurre l'attività cerebrale innescata dal dolore[16]. Il placebo si è confermato come un buon modello per studiare i processi psicofisiologici nella modulazione del dolore. L'effetto placebo in generale descrive l'azione della psiche sui sistemi biologici[17] e nello specifico dipende dall'interazione fra rappresentazioni mentali (aspettativa e anticipazione di analgesia) e diversi sistemi neuronali: questi ultimi sono simili a quelli attivati dai farmaci, indicando con ciò una similarità di azione tra interventi psicologici e farmacologici[18]. Le tecniche di *imaging* hanno consentito di evidenziare una similarità anatomica fra azione del farmaco ed analgesia da placebo che attivano gli stessi recettori oppioidi: nel caso del pacebo, ovviamente, sono i sistemi produttivi di oppioidi endogeni ad attivarsi e saturare con le loro molecole questi recettori. Si avrebbe in altre parole una analgesia autoindotta ed autoprodotta!

L'efficacia del placebo dal punto di vista antalgico è stata confermata da numerose meta-analisi: non solo vi è una azione attiva prodotta da sostanze prive di effetti farmacologici, ma l'effetto placebo aumenta l'efficacia del farmaco. Per tali ragioni alcune linee-guida internazionali (come le tedesche AWMF-S3) raccomandano l'utilizzo di "strategie capaci di innescare l'effetto placebo e di evitare l'effetto nocebo" nella gestione del dolore[19].

Una conferma del ruolo che può avere la mente nell'amplificare o nel ridurre il dolore è dato dalle ricerche fatte con l'ipnosi: la letteratura scientifica evidenzia che l'ipnosi è un metodo efficace (una delle metodiche psicologiche più efficaci) nella riduzione del dolore in diversi contesti clinici, come in situazioni sperimentali, in caso di dolore clinico acuto o di dolore legato a malattia cronica[20].

Un gruppo di ricercatori delle Università di Londra e di Pittsburgh ha monitorato l'attività cerebrale, con tecniche di *neuroimaging*, sia in un gruppo di persone alle quali sotto ipnosi veniva detto di provare un dolore fisico, che in un gruppo di persone che provavano genuinamente quel dolore. In entrambe le situazioni si attivavano le stesse aree cerebrali[21]. David Oakley dell'Università di Londra, uno degli autori dello studio, ha osservato che *questo dimostra come la nostra mente non solo è implicata nell'esperienza dolorosa ma può attivarla, cioè il dolore può partire dalla mente anziché dal corpo ed essere una esperienza reale di dolore*[22].

La diversa efficacia dell'ipnosi in diversi individui ha consentito di evidenziare il ruolo di fattori soggettivi specifici – inquadrati nell'ambito della voce "suscettibilità ipnotica" – che discriminano i soggetti in base alla propensione ad immaginare, ricordare e rivivere il dolore[23].

L'insieme di questi studi ha fornito la descrizione dei processi neurofisiologici e delle aree anatomiche coinvolte nella modulazione psicologica del dolore, consentendo l'integrazione delle ricerche psicologiche con quelle condotte dalle neuroscienze.

Approccio integrato ed interventi psicologici

Oggi sappiamo che il dolore è l'esito di processi che ne fanno un'esperienza con forti connotazioni soggettive: *più o meno tutti proviamo dolore per le stesse cose ma lo facciamo con intensità e vissuti diversi*.

Questa affermazione è importante perché apre la strada non solo ad una migliore comprensione del problema ma anche alla messa a punto di strategie, interventi e possibilità individuali per ridurre l'esperienza dolorosa. Queste strategie psicologiche dovrebbero affiancarsi ad una adeguata gestione. Nei limiti delle condizioni della malattia l'esperienza di dolore è influenzata dalla percezione delle risorse personali

disponibili (possibilità di controllo, Locus of Control interno od esterno, senso di autoefficacia), dalle possibilità di supporto esterno e dalle aspettative. Potremo così avere differenti strategie di coping, più o meno funzionali rispetto alla situazione. Tutti questi aspetti influenzano il vissuto e la percezione del dolore.
Un approccio appropriato agli aspetti psicologici del dolore si articola su due livelli:
1. la diffusione di una adeguata consapevolezza di questi aspetti da parte degli operatori sanitari e la loro formazione per l'utilizzo di efficaci "strategie antalgiche" che consentirebbero a queste figure, ognuna nel suo specifico ruolo, di essere più consapevoli ed attive nell'azione contro il dolore e di evitare effetti negativi (purtroppo molto diffusi).
2. la disponibilità di interventi psicologici e psicoterapici mirati, nell'ambito di protocolli per la gestione del dolore o, più in generale, di gestione di pazienti con significativa componente algica.

Va qui sottolineato che l'azione "placebo" non è limitata ad un simil-farmaco ma è legata anche alla relazione, alla comunicazione, agli atteggiamenti tenuti dai sanitari nei contesti di cura. Così come recita la "prima legge" della comunicazione ("non si può non comunicare"), è vero che ogni azione assistenziale produce un qualche effetto nel paziente, che può essere positivo o negativo. Una conoscenza più puntuale di questi aspetti potrebbe consentire alle organizzazioni sanitarie di ridurre gli effetti negativi ed aumentare quelli positivi, anche con l'adozione di strategie semplici e facilmente generalizzabili.

Tabella 1 (Strategie ed interventi psicologici per il contenimento del dolore)

Azioni di primo livello	**Richiedono**	**Descrizione**
Medici, infermieri, altri operatori	Conoscenze psicologiche mirate Consapevolezza del proprio potere di contenimento Gestione dello stress, delle emozioni e della comunicazione	Atteggiamento di comprensione e riconoscimento verso il paziente (giusta distanza) Informazioni adeguate per favorire aspettative e controllo del paziente. Gestione del non verbale (gesto, tocco terapeutico, contatto visivo) Ascolto attivo, tono della voce Spostamento dell'attenzione
Interventi psicologici		
Psicologi, psicoterapeuti	Competenze specifiche e specialistiche	Terapie cognitive e cognitivo-comportamentali Tecniche psicofisiologiche (ipnosi, rilassamento, biofeedback, musicoterapia) Psicoterapia per attivazione delle risorse di self-control e self-management

L'incertezza dovuta alla carenza di informazioni su ciò a cui si sta andando incontro (ad esempio le caratteristiche del dolore collegate ad un certo intervento chirurgico ed ai suoi significati) rende problematica l'attivazione delle strategie di autoregolazione e questo comporta un aumento dell'ansia anticipatoria che amplifica il dolore. Questo dato amplifica la sensazione di perdita di controllo, così come in genere accade nel contesto del ricovero ospedaliero (ambiente estraneo, mancanza di riferimenti personali, perdita di autonomia e riservatezza, ecc.). Le abilità personali vanno in tilt, aumenta la disperazione, ci si chiude emotivamente mentre il dolore può essere espresso in modo più drammatico, finendo con l'influenzare negativamente anche i propri vicini

L'incertezza dovuta alla carenza di informazioni su ciò a cui si sta andando incontro (ad esempio le caratteristiche del dolore collegate ad un certo intervento chirurgico e ai suoi significati) rende problematica l'attivazione delle strategie di autoregolazione con un aumento dell'ansia anticipatoria che amplifica il dolore. Questo dato amplifica la sensazione di perdita di controllo, così come in genere accade nel contesto del ricovero ospedaliero

Non è più sostenibile l'idea che il dolore sia qualcosa che può essere affrontato solo con i farmaci o con la rassegnazione, o che sia un qualcosa che "fa male al paziente" ma che non incide su altri aspetti che contano nella cura, nel fronteggiare la malattia, nella riabilitazione, nell'aderenza del paziente. L'esperienza dolorosa attiva feedback negativi su altri parametri psicologici, biologici e comportamentali che incidono complessivamente sulla situazione del paziente e sul processo di cura

(in base al processo di *modeling*: apprendimento, spesso implicito, basato sulla osservazione degli altri). Sia le strategie psicologiche che dovrebbero essere utilizzate dai medici, infermieri, altri operatori e caregiver per ridurre l'esperienza dolorosa, sia gli interventi condotti da psicologi si basano sostanzialmente e rispettivamente sul miglioramento e sulla gestione di questi fattori (tabella 1)[24].
Non è infatti più sostenibile, come abbiamo visto, l'idea che il dolore sia qualcosa che può essere affrontato solo con i farmaci o con la rassegnazione, o che sia un qualcosa che "fa male al paziente" ma che non incide su altri aspetti che contano nella cura, nel fronteggiare la malattia, nella riabilitazione, nell'aderenza del paziente. *L'esperienza dolorosa attiva feedback negativi su altri parametri psicologici, biologici e comportamentali che incidono complessivamente sulla situazione del paziente e sul processo di cura*.
Oltre all'azione di "primo livello" che dovrebbe essere diffusa a cominciare dagli ospedali, ci sono gli interventi che richiedono una competenza psicologica specifica. Lo psicologo clinico dovrebbe essere presente almeno nei principali luoghi che gestiscono il dolore per integrare le sue competenze con quelle degli altri sanitari e per effettuare quella formazione alle strategie antalgiche di cui abbiamo sopra parlato[25].

Interazione stress-dolore: il modello della bilancia
Nella nostra esperienza specifica abbiamo affrontato il tema del dolore, nell'ambito di diversi protocolli di ricerca-intervento, nell'ambito di un'ottica che integra stress e dolore nell'esperienza del malato e nelle strategie di intervento.
Lo stress infatti è una componente ad azione multilivello (psicologica e biologica) legata alla situazione di malattia e di cura, che ha profonde interazioni con il dolore e che, come per il dolore, è legata ad una componente soggettiva di valutazione e risposta[26].
Come è noto lo stress acuto ha una azione antalgica, legata ai meccanismi neuroendocrini attivati nel breve periodo dai sistemi dello stress e dalla produzione di endorfine antidolorifiche. Tuttavia, lo strutturarsi di una situazione di stress prolungato conduce alla situazione opposta, cioè ad un aumento della sensibilità al dolore, in gran parte dovuta a meccanismi come le modificazioni nel SNC e nella neuro modulazione, l'azione proinfiammatoria dello stress (le citochine prodotte dal sistema immunitario interagiscono con i neuroni afferenti primari, specie quelli del vago, con conseguenti ed importanti influenze sul cervello, sull'andamento della malattia, sull'intensità e la durata del dolore) e l'aumento del tono simpatico comporta una vasocostrizione periferica e quindi una ischemia con sensibilizzazione dei nocicettori e maggiore sensibilità allo stimolo doloroso.
Nelle nostre ricerche abbiamo utilizzato il modello della "bilancia"[27] sia per misurare l'atteggiamento del paziente che per strutturare l'intervento. In questo ambito la situazione del paziente, suscettibile di produrre stress e dolore, è vista come la risultante dell'equilibrio tra quattro fattori:
1. le *richieste esterne* (cioè la pressione esterna, le domande che la persona percepisce gli giungono dal contesto in quella determinata situazione);
2. le *richieste interne* (cioè i bisogni e le aspettative che la persona ha in quella determinata situazione);
3. le *risorse interne* (le potenzialità di risposta, le strategie soggettive attivabili, il livello di autoefficacia che la persona si attribuisce);
4. le *risorse esterne* (le possibilità di aiuto – di qualsiasi natura: umano, strumentale, economico – sulle quali la persona può contare).

Nelle esperienze condotte presso l'Azienda Ospedaliera di Terni, in particolare mediante l'adozione di protocolli di ricerca-intervento presso la SC di Chirurgia Toracica e Digestiva e la SC di Cardiochirurgia, ci siamo attenuti alle linee di approccio integrato sopra delineato.
Il nostro protocollo tratta lo stress e la componente psicologica del dolore come due facce di un problema unitario, che dipende dagli equilibri tra i due "piatti" della Bilancia, determinati dalla percezione dei quattro fattori prima citati.
In relazione a questo i momenti della valutazione, dell'intervento psicologico e delle strategie comportamentali degli Operatori sanitari sono finalizzate al miglioramento dell'equilibrio tra i fattori in gioco. Un aspetto significativo delle ricerche-intervento in atto è l'obiettivo di mettere a punto una metodologia che risulti generalizzabile e compatibile con la situazione di un sistema a risorse limitate.

Conclusioni

Purtroppo *la gestione del dolore è ancora a livelli inaccettabili nel nostro paese*. È troppo frequente l'incuranza per il problema, la convinzione che il dolore sia sempre un'esperienza inevitabile, un correlato ineluttabile della malattia, qualcosa che è necessario accettare più o meno supinamente. Certamente non si può condividere un atteggiamento edonista che rifiuta di confrontarsi con il dolore, ed occorre tenere presente che i segnali di dolore possono essere importanti in alcuni momenti per il medico a fini diagnostici e di orientamento terapeutico. Tuttavia questi aspetti non possono giustificare un atteggiamento di indifferenza ed inerzia, soprattutto tenendo conto delle attuali metodiche diagnostiche (che hanno molto meno bisogno del dolore come indicatore) e farmacologiche (che consentono un buon controllo senza grandi effetti collaterali). Ed infatti *spesso dietro questi atteggiamenti vi è una cultura inadeguata rispetto al problema, il peso di visioni ideologiche, l'idea che il dolore non rientra nell'ambito della cura*.

Sarebbe, tra l'altro, il caso di ricordare che buona parte del dolore che provano i pazienti di oggi nei paesi ricchi è, paradossalmente, proprio causato dalle cure: è cioè il frutto dei successi tecnici della medicina che ha reso curabili molte situazioni. Molte malattie acute hanno assunto un decorso molto più lungo, altre sono diventate croniche, l'età media si è allungata: e così il dolore diventa un compagno di viaggio in un numero crescente di situazioni. L'intervento sul dolore non può essere limitato a qualche specialista più attento o volenteroso (come spesso sono gli anestesisti perché si tratta del loro campo di intervento) o alla iniziativa di pazienti o parenti. Almeno in ogni ospedale dovrebbe esserci una équipe di sanitari (medici, infermieri e, se possibile, psicologi) che si occupi del dolore: facendo formazione ai sanitari,informazione (anche in incontri di gruppo) ai pazienti e caregiver, aiutando i medici ed infermieri dei reparti nella gestione del problema.

Non si può condividere un atteggiamento edonista che rifiuta di confrontarsi con il dolore. I segnali di dolore possono essere importanti in alcuni momenti per il medico a fini diagnostici e di orientamento terapeutico. Ciò non deve giustificare un atteggiamento di indifferenza ed inerzia, soprattutto tenendo conto delle attuali metodiche diagnostiche (che hanno molto meno bisogno del dolore come indicatore) e farmacologiche (che consentono un buon controllo senza grandi effetti collaterali)

* David Lazzari. Psicologo Dirigente ASL di Teramo.

NOTE

1. Coghill, 1999.
2. Price, 2000.
3. Melzack e Wall, 1965. 4. Huskisson, 1983.
5. Melzack e Torgenson, 1971.
6. Majani e Sanavio,1985.
7. De Benedittis, 1988.
8. Williams, 2004.
9. Katz & Seltzer, 2009.
10. Gallagher, 1999.
11. Carr, 2005.
12. Ricerche riportate nel volume "Psicologia Sanitaria e malattia cronica" (Lazzari D, in pubbl.).
13. Lazzari, 2007
14, Koyama, 2005.
15. Arthur set al., 2004.
16. Valet et al., 2004.
17. Lazzari, 2007
18. Colloca & Benedetti, 2005
19. Klinger, 2010.
20. Astin, 2004.
21. Derbyshire et al., 2004.
22. Notizia contenuta sulla BBC NEWS Health intitolata "Mistery pain is all in the mind" pubblicata sul sito "www.newsvote.bbc.co.uk".
23. Faymonville et al., 2003.
24. Dworkin,Breitbart,().
25. Per una descrizione degli interventi di "pain management" si rimanda al capitolo sul dolore del volume "Mente & Salute", Franco Angeli 2007).
26. Vedi il volume "La Bilancia dello Stress", Lazzari, 2009.
27. Testo citato ("La Bilancia dello Stress").

BIBLIOGRAFIA

Arora S et al. (2010) *Te impact of stress on surgical performance: a systematic review of the literature, Surgery*, 147(3):318-30.
Astin J. A. (2004), *Mind-body therapies for the management of pain*, Clinical Journal of Pain, 20: 27-32.
Carr E. C. et al. (2005), *Patient experiences of anxiety,depression and acute pain after surgery:a longitudinal perspective*, Int J Nurs Stud, 42(5): 521-30.

Caumo W et al. (2002) *Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery*, Acta Anaestesiologica Scand, 46(10): 1265-71.
Coghill R. C. et al. (1999), *Pain intensity processing within the human brain:a bilateral,distribuited mechanism*, The American Physiological Society.
Derbyshire S.W.G., Whalley M.G., Stenger V.A., Oakley D.A. (2004) *Cerebral activation during hypnotically induced pain*, NeuroImage, 23(1), 392-401
Hy I et al. (2009) *Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review*, Anaesthesiology, 111(3):657-77.
Madelon LP et al. (2007) *Somatic an psychological predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention*, Annals of Surgery, 245(3):487-494-
Mamie C et al. (2004) *Are there reliable predictors of postoperative pain?*, Acta Anaestehesiol Scand; 48(2):234-42.
Melzack R. e Wall P. D. (1965) *Pain mechanisms: a new theory*, Science, 150: 971-79.
Koyama T. et al. (2005) *The subjective experience of pain: where expectations become reality*, PNAS, 36(102): 12950-55.
Lazzari D (2007) *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*, Franco Angeli, Milano.
Lazzari D (2009) *La Bilancia dello Stress*, Liguori, Napoli.
Lazzari D et al (2009) *Protocollo di ricerca-intervento per la gestione dello stress e dolore nella SC Chirurgia Digestiva*, Azienda Ospedaliera Terni.
Lazzari D et al (2009) *Protocollo di ricerca-intervento per la gestione dello stress e dolore nella SC Cardiochirurgia*, Azienda Ospedaliera Terni.
Lazzari D (in pubbl) *Psicologia Sanitaria Evidence-based*.
Pollo A. et al. (2001) *Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance*, Pain, 93: 77-84.
Selye H. (1971) *Hormones and Resistance*, Springer-Verlag, New York.
Sommer M. et al. (2010) *Predictors of acute postoperative pain after elective surgery*, Clin J Pain; 26(2):87-94.
Villemure C. e Bushell M. C. (2002), *Cognitive modulation of pain: How do attention and emotion influence pain processing?*, Pain, 95: 195-199.
Wetzel CM et al. (2006) *The effects of stress on surgical performance*, Am J Surgery, 191(1):5-10.

Pain in the new biopsychic conception

The handling of pain is still at unacceptable levels in our country; too frequently the recklessness of the problem, the belief that the pain is an unavoidable experience, an inescapable aspect of the illness. Behind those attitudes there is an inadequate culture in relation of the problem, the idea that the pain is not part of the cure. The intervention on pain can't be limited to some more careful specialist or to the initiative of a single patient or caregiver. In each hospital there should be a team of specialists (doctors, nurses and psychologist) which will deal with pain: making education of doctors and nurses, informing the patients and their caregiver and helping the employees of the hospital to take care of the problem.

link
una storia

Kurt Lewin (1890-1947)

GIOVANNI CAVADI

Kurt Lewin (1890-1947)

Kurt Lewin ebbe una vita piena sia in ambito professionale che in ambito privato. Da Berlino agli Stati Uniti, dalla filosofia alla matematica, dalla soggettività del campo alla natura fisiologica del confitto di forze. La sua preferenza per i fenomeni dinamici, piuttosto che per le strutture statiche come chiave per la comprensione dei comportamenti, fa di Lewin uno dei più eminenti psicologi sociali sperimentali, L'eredità lewiniana è ancor oggi enorme. Con pochi rivali nel panorama delle scienze umane e sociali, Lewin è stato un "soggetto plurale" capace di condividere con affabilità, umanità e umorismo le riflessioni di tutti i colleghi e gli allievi con cui ha collaborato contribuendo così ad indirizzare e potenziare il 'laboratorio sociale' in psicologia

GIOVANNI CAVADI

Secondogenito di quattro figli Kurt Lewin nacque nel piccolo villaggio di Mogilno, nella provincia prussiana di Posen (oggi in Polonia) il 9 settembre 1890, in un prospera e agiata famiglia borghese di origine ebraica. Il padre Leopold era proprietario e gestore di un emporio e possedeva inoltre una piccola fattoria nelle vicinanze del villaggio. La madre Recha, che nutriva ambizioni per i figli, lavorava anch'essa nel negozio di famiglia. I Lewin volevano che i loro figli ricevessero un'educazione di altissimo livello e anche per questo motivo nel 1905 la famiglia si trasferì a Berlino dove Kurt fu ammesso al ginnasio. Berlino non era soltanto un'elegante città imperiale, ma anche la capitale della cultura tedesca e un centro scientifico culturale di importanza mondiale. Nel 1909 Lewin entrò all'Università di Friburgo, per studiare medicina, ma dopo il primo semestre passò a Monaco e successivamente all'Università di Berlino dove si iscrisse a filosofia. Qui seguì i corsi di Ernst Cassirer (1874-1945) sulla filosofia delle scienze; in seguito frequentò l'Istituto di Psicologia diretto da Carl Stumpf (1848-1936) che aveva fondato il Laboratorio fin dal 1894 e che diresse sino al 1921. Lewin era un profondo conoscitore della musica ed un esperto violinista e nel 1900 fondò a Berlino un archivio fonografico per la raccolta di documenti sonori sulla musica primitiva.

Cultura e società nella prima metà del '900 a Berlino

Fin dalla fine della prima guerra mondiale a Berlino si formarono i consigli operai. Nelle prime elezioni comunali a suffragio universale del 1919 le sinistre ottennero oltre i due terzi dei voti. Per conto del partito comunista tedesco lo scultore Van Der Rohe M. edificò un monumento ai capi spartachisti assassinati Karl Liebknecht e Rosa Luxemburg. Nacque la prima Repubblica tedesca di Weimar (1919-1933) che fu travolta dalla crisi economica e dalle conseguenze sociali e politiche conseguenti alla prima guerra mondiale. La città fu messa a dura prova dalla grande inflazione del 1923 e dalla recessione mondiale del 1929; la fine della repubblica di Weimar aprì le porte dell'ascesa del nazismo, anche se a Berlino, nelle elezioni del 1932, questo non ottenne oltre il 28,6% dei consensi. All'epoca la "magia" di Berlino era racchiusa nella Alexanderplaz, che divenne un attivo centro commerciale circondato da palazzoni popolari, gli stessi in cui è ambientato il famoso romanzo Berlin Alexanderplatz dello

scrittore ebreo tedesco A. Doblin (1929). Un censimento del 1930 rileva la presenza di quasi quattro milioni di abitanti.
Berlino, nel periodo che va dal dopoguerra all'avvento del nazismo, fu un importante laboratorio culturale per l'intera Germania, come rappresentato nel film di W. Ruttmann del 1927 Berlin die Synphonie einer Grosstadt vi contavano più di 70 teatri. Nel campo della pittura si affermarono G. Grosz ed O. Dix, nella letteratura K. Tucholsky, B. Brecht e il citato Doblin; qui W. Gropius fondò la Bauhaus, la scuola d'arte e di disegno più importante della Germania; nell'architettura ebbero successo E. Mendelsohn e B. Taut, nel teatro M. Reinhardt e E. Piscator, nella musica K Weil e H. Eisler, nel cinema J. Von Sternberg con il film L'angelo azzurro che lancia M. Dietrich, la Lola-Lola creatura demoniaca dal fascino eccezionale e F. Lang, che nel film Asphalt (1929) racconta la tragedia di un vigile urbano per le strade della grande Berlino. Il governo socialdemocratico incoraggiò O. Klemperer a trasformare uno dei teatri d'opera di Berlino in una vetrina di tutti gli esperimenti musicali più avanzati messi in atto fino al 1931. La fisionomia intellettuale della generazione cresciuta negli anni Weimar sarebbe incompleta "se si guardasse solo la reazione nelle università e nelle scuole, nel cinema e nel teatro. Si svolgeva una vasta attività di organizzazioni culturali di sinistra e di scuole serali legate ai due partiti operai quello socialdemocratico e quello comunista" (Abusch,1951).

La scuola e il circolo di Berlino
La prima università berlinese, fondata dal ministro W. Von Humboldt, risale al 1810 e vi insegnarono tra gli altri i filosofi J.G. Fiche e G.W.F. Hegel; qui studiò Karl Marx. L'Humboldt Universitat fu un centro importante per gli studi filosofici. L'anno successivo furono attivate la Kaiser-Wilhelm Gesellschaft e la Tecnische Hochschule Charlottenburg.
Sotto la guida del fenomenologo Stumpf, già allievo di Brentano, studioso di psicoacustica e di psicologia della musica, si formò nella facoltà di filosofia della Humboldt un importante gruppo di ricercatori, tra i quali M. Wertheimer (1880-1943), K. Koffka (1886-1941) e W. Kohler (1899-1967), fondatori della Psicologia della Gestalt, oltre a F. Schumann, N. Ash, J. Von Allesch, A. Gelb, W. Blumenfeld, H. Von Rupp, W. Poppelreuter e Kurt Lewin, che cominciò i suoi studi sulla motivazione e che si distinse per gli interessi e i metodi di ricerca. Egli sviluppò la propria indagine partendo dalla psicologia della Gestalt: "Fortunatamente io ebbi modo a Berlino di seguire l'insegnamento di Wertheimer e di collaborare per oltre un decennio con Köhler. Le tesi fondamentali della teoria della forma costituiscono la base di tutte le nostre indagini nel campo della volontà, della vita affettiva e della personalità" (1935).
La maggior parte di questo gruppo di studiosi diede forma ad un movimento di innovazione teorica radicale nel campo della psicologia sperimentale, la Psicologia della Gestalt, una delle principali scuole della psicologia del Novecento. Il gruppo chiamato "Istituto psicologico di Berlino era un'equipe di amici che lavorarono insieme ed erano interessati a tutti i campi della psicologia che trattarono con gli esperimenti quanto con le teorie" (Lewin, 1936). La ricerca teorica dei gestaltisti non fu solamente riflessione filosofica, ma il fondamento di concrete indagini empiriche, che si fondarono su esperimenti compiuti in condizioni di laboratorio controllate con cura. Un aspetto fondamentale della teoria fu la ricerca di una corrispondenza tra il dato fenomenologico e il processo neurofisiologico. I contributi di questi studiosi furono pubblicati sulla rivista Psychologische Forschung (Ricerca psicologica), dal 1921 al 1938. Con l'avvento del nazismo tutti i fondatori della Gestaltpsychologie emigrarono negli USA.
Nel 1927 si costituì a Berlino, col nome di "Società di filosofia empirica" intorno al fisico H.Reichenbach, un gruppo di studiosi, matematici, epistemologi, fisiologi e psicologi, tra cui lo stesso Lewin, che diede vita al neopositivismo o empirismo logico, il cui scopo fu lo sviluppo di una filosofia scientifica intesa come "un metodo filosofico che trae vantaggio dall'analisi e dalla critica dei risultati delle scienze particolari, per giungere a porre e a risolvere problemi filosofici". I contributi del gruppo furono diffusi mediante la rivista Erkenntnis (Conoscenza). La maggior parte di questi intellettuali, emigrati negli USA, pubblicheranno a Chicago nel 1938, insieme a quelli del circolo di Vienna, l'Enciclopedia internazionale della scienza unificata.

Dall'università al matrimonio
Nel 1914 Lewin entrò come volontario nell'esercito del Kaiser e vi rimase per i quattro

anni di guerra; ferito, ne uscì come luogotenente decorato con la croce di ferro. Nel 1916 si laureò. Nel lungo periodo che trascorse in trincea ebbe il tempo di riflettere su quella esperienza pubblicando nel 1917 l'articolo Il paesaggio di guerra, in cui notava come l'aspetto del paesaggio si trasformi man mano che il soldato si avvicina al fronte: "... l'ambiente fisico appare diverso a causa dei particolari bisogni percettivi dell'osservatore... Sono i bisogni del soldato che lo inducono a vedere il paesaggio in una certa maniera, non diversamente".
Nel 1917 sposò Maria Landsberg, insegnante di tedesco e inglese, dalla quale ebbe due figli: Agnes nel 1919 e Fritz nel 1922. Quest'ultimo portava il nome del fratello minore che era morto al fronte.
Durante il primo anno di vita il figlio presentava enormi difficoltà di crescita: aveva uno slogamento di entrambe le ossa iliache che gli impediva un normale sviluppo motorio; per questo motivo qualche tempo dopo fu sottoposto a due interventi chirurgici. Le ossa si riattivavano molto lentamente e il bambino aveva bisogno di una costante attenzione. Questa situazione creò delle tensioni sia nella figlia di Lewin, che tra i coniugi. Per quanto attaccati ai figli e presenti nella vita familiare, i Lewin non riuscivano ad accordarsi sui modi migliori per affrontare queste difficoltà e l'atmosfera in famiglia era tesa e turbata. Inoltre le frequenti assenze per motivi di lavoro di Kurt e gli orari impossibili in cui rincasava, preso dalle discussioni culturali con gli studenti, irritavano sempre più la moglie, tale disagio nel tempo portò ad uno scioglimento del legame familiare e conseguentemente al divorzio. Una riflessione sul fallimento del matrimonio lo porterà a scrivere in un articolo sul Backgroud del conflitto nel matrimonio che "il matrimonio è molto strettamente correlato ai problemi vitali e allo 'stato centrale' della persona, ai suoi valori, fantasie, al suo stato sociale ed economico... La vita coniugale include permanente prossimità fisica portata al clima nel rapporto sessuale. Esso implica vicinanza in situazione di malattia e il condividere altre situazioni in genere nascoste a terze persone... I conflitti nel matrimonio possono sorgere per mancanza di soddisfazione dei bisogni dei partners ovvero per soprasazietà... la frequenza e la serietà dei conflitti dipendono soprattutto dall'atmosfera coniugale generale che ancora una volta appare come il fattore più importante per la stessa soluzione dei conflitti. Lo sposarsi implica l'abbandono di una certa libertà personale" (1940).
Dopo poco tempo, anche a causa del sorgere del Nazismo, la moglie Maria si trasferì con i due figli in Palestina.
Fin dai primi anni in cui era studente a Berlino Lewin si occupò attivamente dei problemi sociali, partecipando all'organizzazione di 'corsi per lavoratori' e scrivendo articoli sull'organizzazione del lavoro nella fabbriche e nelle fattorie. Esemplare è il saggio su La socializzazione del sistema Taylor (1920) in cui dimostra un certo apprezzamento per l'organizzazione scientifica del lavoro dell'ingegnere statunitense Taylor. L'anno successivo divenne Privatdozent presso l'Università e qui viene a contatto con Koehler, successo a Stumpf alla direzione dell'Istituto di psicologia.

Le ricerche sperimentali a Berlino

Lewin era una persona autonoma e indipendente nelle sue idee ed eccezionalmente tollerante rispetto alla maggior parte dei docenti universitari tedeschi, se i suoi studenti seguivano le loro. Aveva un profondo rispetto per le idee degli altri. Non esitava mai a prendere in esame un suggerimento e di solito vi trovava sempre qualcosa di molto interessante da discutere. Riuscì così a costituire un gruppo di ricerca che era divenuto anche un gruppo di amici noto come "Quasselstrippe (chiacchieroni) che, abituato ad attardarsi nei caffé, discuteva a lungo di politica e di scienza" (Colucci, 2005).
Un gruppo di allievi, soprattutto donne, collaborarono e condussero sotto la supervisione di Kurt delle ricerche importanti nel periodo berlinese. Bluma Zeigarnik, Maria Ovsiankina, Vera Mahler, Sarah Sliosberg, Gita Birenbaum, Tamara Dembo, Anitra Karsten, Sara Fajans e Ferdinand Hoppe (nell'appendice proponiamo un breve profilo di alcune di loro).
È stato osservato che il gruppo di allievi intorno a Lewin era così leale come il primo gruppo intorno a Freud, ma mentre Freud richiedeva una specie di fedeltà e di aderenza alle sue opinioni, Lewin non pretese mai nulla di simile dai suoi studenti e colleghi. Non era sua intenzione creare alcuna scuola psicologica, egli stava semplicemente cercando di sviluppare un linguaggio adatto alla rappresentazione dei fenomeni psicologici.
Nel 1929 Kurt partecipò ad un congresso negli USA presentando una ricerca sul comportamento infantile, documentata da un filmato: "Egli fu uno dei primi ad utilizzare

le riprese cinematografiche come metodo per l'osservazione dei comportamenti" (Colucci, 2005).

L'immigrazione negli USA

Nel 1931 Lewin si risposò con Gertrud Weiss, un'amica di famiglia. Anche da Gertrud ebbe due figli, Miriam e poi Daniel nel 1933. La relazione con Gertrud fu favorevole per la realizzazione dei propri desideri, come dirà nel 1940 "l'individuo ha, fino ad un certo grado, fini suoi personali. Egli ha bisogno di un sufficiente spazio di libero movimento all'interno del gruppo per perseguire quei fini personali e per soddisfare i suoi desideri individuali".

Gertrud fu molto vicina al lavoro del marito e pur dedicandosi alla crescita e all'educazione dei due figli, curò persino una rassegna antologica del marito Studi e ricerche 1935-1946; nella presentazione scriverà che "...egli era così costantemente e in modo predominante preoccupato di far avanzare la rappresentazione concettuale del mondo socio-psicologico e nello stesso tempo era così desideroso di far uso della sua veduta teoretica per la costruzione di un mondo migliore che è difficile decidere quale di queste due sorgenti di motivazioni sgorgò con maggiore energia o vigore" (1948).

Nel 1932 Kurt si recò per la seconda volta negli USA come 'visiting professor' presso la Stanford University. Nel viaggio di ritorno passò in Giappone e da qui in Unione Sovietica. A Mosca fu informato dalla ex allieva Zeigarnik, ora collaboratrice di A. Luria, degli avvenimenti tedeschi.

Nell'agosto del 1933 Lewin lasciò con la famiglia la Germania dove non sarebbe più tornato, convinto che "il popolo tedesco non avrebbe mai né spodestato, né rimpiazzato Hitler, ma che soltanto una guerra e la sconfitta della Germania avrebbe potuto spazzar via la dittatura hitleriana".

Lewin accettò così l'invito della Cornell University, ad Ithaca, dove resterà fino al 1935 come professore di psicologia. Lì cominciò a intraprendere una serie di studi sull'effetto della pressione sociale nelle abitudini alimentari dei bambini della scuola materna. Durante quei due anni abbozzò dei piani, un suo sogno non realizzato, per costituire un Istituto di Psicologia presso l'Università Ebraica di Gerusalemme "un nuovo centro scientifico, anello di congiunzione tra Oriente e Occidente, dove spero possano sorgere nuove esperienze collettive". Il progetto prevedeva le molte difficoltà dell'integrazione dei coloni, i problemi dell'emigrazione ebraica dai paesi europei alla Palestina: "L'integrazione nella vita palestinese comporterà delle avversità e i conflitti saranno tremendi!".

Nell'estate del 1934 e del 1935 i Lewin affittarono una fattoria a Milford, nello Stato di New York, e trascorsero così le ferie con Fritz e Grace Heider aiutandolo nella traduzione in inglese dei Principles of topological psychology, uno dei suoi volumi teorici fondamentali.

Egli trascorse quindi due semestri all'Università di Harvard nel 1938 e nel 1939 svolgendo dei seminari nella Clinica Psicologia diretta da H. Murray. Nel 1939 tenne una serie di conferenze su invito dell'Università di Stanford in California. Nel 1935 la famiglia Lewin si trasferì a Iowa, nella Midwest; lì Kurt rimase come docente di psicologia infantile fino al 1939.

Nel 1940 Lewin fu riconosciuto, nell'ambiente accademico americano, come uno dei più eminenti psicologi sociali sperimentali e fino al 1945 insegnò all'Università di Iowa. Nel 1943 sua madre, che egli aveva invano cercato di portare negli USA, venne deportata per un campo di stermino in Polonia, dove morì nel 1944.

Dopo la guerra Lewin lavorò al MIT (Massachusetts Institute of Technology) dove fondò nel 1945 il *Research Center for Group Dinamic*, in seguito trasferitosi ad Ann Arbor, presso l'Università del Michigan in qualità di direttore, fu ispiratore della *Commission on Community Interrelation* dell'*American Jewis Congress*.

Nel 1947, un anno prima della costituzione dello stato di Israele, morì l'11 Febbraio a Newtonville a soli 57 anni per un attacco cardiaco. La morte prematura tronca le ricerche iniziate nel settore della dinamica di gruppo e soprattutto dell'action-research, che saranno però proseguite da numerosi allievi americani.

La psicologia topologica e vettoriale

Lewin pensava che il compito di ogni psicologo dovesse essere in qualche modo quello di tradurre le osservazioni sulla condotta umana in un linguaggio matematico preciso, adeguato al metodo mediante il quale l'osservatore potesse portarle in laboratorio e misurarle con esattezza.

Egli trovò nella topologia uno degli strumenti matematici più recenti per realizzare questo obiettivo. La topologia o analysis situs ha come oggetto di studio "proprietà delle figure geometriche che persistono anche quando le figure sono sottoposte a deformazioni così profonde da perdere tutte le loro proprietà metriche e proiettive" (Courant & Robbins, 1950).
Lo spazio topologico è uno spazio non metrico in cui figurano tra i concetti basilari quello di relazione parte-tutto e di connessione. Lewin era scherzosamente chiamato dagli allievi "the eggs professor" perché nel corso delle sue lezioni utilizzava il famoso 'uovo', la curva di Jordan, una rappresentazione geometrica (topologica) dei fenomeni psicologici che è presente ripetutamente nei suoi scritti.
Egli continuò ad essere uno strenuo difensore dell'impiego di modelli matematici in psicologia e dedicò il suo maggior sforzo all'elaborazione di sistemi formali adatti alla rappresentazione dei fenomeni psicologici: "Sono persuaso che esista uno spazio sociale che ha tutte le caratteristiche essenziali dello spazio empirico reale e che meriti da parte degli studiosi di geometria e di matematica la stessa attenzione che essi dedicano allo spazio fisico, anche se non è tale. La percezione della dinamica e delle leggi dei processi nello spazio sociale hanno un'importanza teorica e pratica fondamentale" (1939).
Lo spazio psicologico-sociale considera l'evento sociale come qualcosa che è il risultato della coesistenza di un gruppo di proprietà e di variabili, come lo spazio di fase dei fisici: "I fisici molto spesso ricorrono alla rappresentazione di una moltitudine di fattori che influenzano un evento. Prese in considerazione alcune proprietà quali temperatura, pressione, tempo, posizione nello spazio, a ciascuna di esse viene coordinata una dimensione. Tale rappresentazione in fisica prende il nome di "spazio di fase" che è completamente diverso dallo spazio fisico a tre dimensioni in cui si muovono gli oggetti fisici. Nello stesso modo lo spazio psicologico, lo spazio vitale o il campo psicologico, in cui hanno luogo locomozioni psicologiche o mutamenti strutturali, è del tutto diverso da quei diagrammi le cui dimensioni indicano semplicemente gradazioni di proprietà" (1951). In altre parole lo 'spazio di fase' è un sistema di coordinate, ciascuna delle quali corrisponde a intensità diverse di una certa 'proprietà'.
"Nella fisica moderna l'esistenza di un vettore fisico dipende sempre dalle mutue relazioni fra diversi fatti fisici e, in particolare, dalle relazioni fra l'oggetto e l'ambiente in cui si trova. I vettori che determinano la dinamica di un evento non possono essere definiti che in funzione della totalità concreta che comprende, nel contempo, l'oggetto e la situazione. Le sole determinanti del comportamento, in qualunque momento dato, sono le caratteristiche della persona e del suo ambiente psicologico in quel dato momento", espresso con l'equazione $C = f(P,A)$, (1935).

La teoria del campo

La teoria del campo, in analogia col campo di forza della fisica, è un metodo per analizzare le relazioni causali e per edificare costrutti scientifici. Il campo psicologico è uno spazio di vita costituito dalla persona e dal suo ambiente, che rappresentano regioni interdipendenti della totalità del campo psicologico. La previsione globale di un comportamento perciò, in consonanza con la Gestaltheory, non può risultare dalla semplice somma di tutte le parti del campo. Ogni singolo fenomeno psicologico dipende da altri fenomeni ad esso collegati: "Per comprendere o prevedere il comportamento, la persona e il suo ambiente devono essere considerati come una sola costellazione di fattori interdipendenti. Lo spazio vitale include sia la persona che il suo ambiente psicologico". Da qui l'idea di individuare lo spazio odologico in cui cerca di rappresentare le dinamiche dei fenomeni di campo.
Lo spazio vitale è l'ambiente psicologico totale di cui ha esperienza la persona soggettivamente. Lo spazio vitale include tutti i fatti che esistono per la persona ed esclude quelli che per essa non esistono. Esso abbraccia bisogni, scopi, influenze inconsce, ricordi, convinzioni, fattori di natura politica, economica e sociale e tutto ciò che potrebbe avere un effetto diretto sul comportamento: "I vari fattori in un dato spazio vitale sono in qualche modo interdipendenti... per cui i bisogni psicologici sono sistemi di tensione e la loro rappresentazione topologica come insieme di vettori per denotarne il moto". Il comportamento dipende dal campo presente nell'hic et nunc: "Il passato va utilizzato come un modo per capire alcuni dei fattori presenti nelle interazioni correnti piuttosto che come cause primarie del comportamento".
Nell'articolo del 1930 Lewin pose la transizione dal modo di pensare aristotelico a quello galileiano: "Nella scienza l'importanza di un evento non dipende dalla frequenza con

cui ciò si verifica in condizioni naturali né dal suo significato sociale contemporaneo, bensì dalla sua relazione con uno schema concettuale avente un significato generale" e dato che "la scienza progredisce attraverso la ricerca, non attraverso la difesa del proprio punto di vista" si propose di rispondere alle seguenti domande:
1. è possibile determinare leggi generali in psicologia e intraprendere precisi esperimenti per svelare la vita emozionale?
2. é possibile studiare e spiegare i processi emozionali interni con lo stesso tipo di procedimento quantitativo e obiettivo che ha usato la fisica?
La superiorità del metodo sperimentale, rispetto ad altri, sostiene Lewin, si basa esclusivamente su due fatti: è un buon modo per smentire le teorie ed è altamente autocorrettivo. Egli insisteva sul fatto che gli psicologi dovevano condurre la loro ricerca entro la cornice di un sistema teorico, ma la teoria, sosteneva, dovrebbe adempiere a due funzioni principali: "in primo luogo rendere ragione di ciò che è noto, in secondo luogo indicare la strada verso la nuova conoscenza". Gli esperimenti, perciò, dovrebbero essere intrapresi alla scopo di verificare concetti teorici (approccio costruttivo o galileiano) anziché collezionare e analizzare fatti elementari o classificare statisticamente i comportamenti (approccio speculativo e descrittivo o aristotelico): "Le leggi non sono altro che i principi secondo i quali è possibile far derivare un evento attuale dai fattori dinamici della situazione concreta". Egli comprendeva realmente il ruolo della teoria nella scienza e, ancor più, comprendeva la relazione che unisce la teoria ai dati empirici.

La teoria del campo e la psicoanalisi
Lewin dimostrò che i problemi che gli psicoanalisti avevano creduto essere fuori dal regno della ricerca sperimentale potevano invece essere studiati in laboratorio. Nell'articolo del 1937 sottolineava le differenze tra la Psicoanalisi e la psicologia topologica nello studio dei bisogni, della volontà e della personalità umana. "La psicoanalisi -scrive Lewin- è un corpus di idee, piuttosto che un sistema di teorie e di concetti". Pur avendo espresso ammirazione per il lavoro pionieristico di Freud, criticò le deduzioni degli psicoanalisti come prive di fondamento scientifico poiché interamente basate sullo studio di casi singoli e sull'intervento terapeutico, considerando tali fonti metodologicamente scorrette. Lewin sottolineava come la psicologia topologica si "attiene rigorosamente al 'principio di concretezza', secondo il quale solamente i fatti esistenti possono influenzare il comportamento. Questo significa che i processi psicologici attuali non possono essere influenzati dai fatti psicologici passati che al momento attuale hanno un'esistenza altrettanto vaga e sfumata quanto i fatti psicologici del futuro... È necessario distingue i problemi storici (psicoanalisi) da quelli sistematici (psicologia del campo) ed evitare di dare risposte storiche ai problemi sistematici" (1937).
Lewin non credeva nella necessità di ricreare in laboratorio situazioni uguali per intensità a quelle della vita quotidiana, ma credeva nella necessità di ricreare lo stesso sistema dinamico: "Non possiamo unificare i diversi campi della psicologia finché non consideriamo in maniera unitaria volontà, bisogni e personalità".
Come sottolineò la Dembo: "Ciò che egli realizzava favoriva la sviluppo della psicodinamica sperimentale".

I processi educativi e la psicologia del fanciullo
L'influenza di Lewin sull'educazione va posta in relazione con la sua fermissima fede nell'ideale democratico che egli considera fondamento e fine di un'ordinata e libera comunità sociale. Egli pensa che l'educazione non possa cambiare la società, anzi il contrario. "L'educazione progressiva negli ultimi venticinque anni ha sottolineato l'idea di libertà e questo ha significato principalmente due cose: riconoscere i bisogni propri del fanciullo ed evitare troppe restrizioni" (1939). Nello studio sul confronto tra le differenze socioculturali tra la Germania e gli USA rileva che: "Per rispondere a domande come quelle riguardanti l'influenza di una cultura particolare sulla formazione del fanciullo...bisogna considerare la situazione, con tutte le sue implicazioni sociali e culturali, come un tutto concreto dinamico. Occorrerà comprendere le interazioni dinamiche operanti fra le differenti parti e proprietà della situazione, nella quale, e come parte della quale, il fanciullo vive"(1948), e in particolare il clima sociale: "Il Clima sociale in cui vive il bambino è per lui importante come l'aria che respira. Il gruppo al quale appartiene è il terreno su cui dimora. La sua relazione col gruppo e lo status di cui gode in esso sono i fattori più importanti per il suo sentimento di

sicurezza e di insicurezza. Non bisogna meravigliarsi se il gruppo e la cultura di cui il soggetto fa parte determinano in misura molto grande il suo comportamento e il suo carattere". Quest'atmosfera o clima è "qualcosa di intangibile, una proprietà della situazione totale considerata come una totalità e che potrebbe essere misurata scientificamente" (1940). L'atmosfera permissiva, che Kurt riscontra nella cultura americana e la qualità positiva dei rapporti interpersonali sono condizioni fondamentali per la soddisfazione affettiva e per lo sviluppo di personalità integrate; esse svolgono anche una funzione mediatrice di grande importanza ai fini dell'apprendimento e generano anche un mutamento della struttura cognitiva del fanciullo.
Al riguardo è classico l'esperimento condotto con Lippitt e White (1939) sugli effetti di differenti 'climi sociali' in quattro gruppi di cinque bambini per sei settimane seguiti da un animatore (uno psicologo); inoltre ogni gruppo lavorava successivamente con tre animatori differenti, ciascuno dei quali adottava nei confronti del gruppo i seguenti comportamenti:
• Autocratico. L'animatore prendeva da solo le decisioni, incoraggiava o criticava personalmente i membri del gruppo, non partecipava alle attività.
• Democratico. Le decisioni venivano prese in comune. L'animatore faceva solo degli apprezzamenti sui fatti e partecipava alle attività.
• Laissez-faire (permissivo). L'animatore non interveniva, non effettuava alcuna scelta, non forniva alcun commento, non partecipava alle attività.
In generale si è constatato che il clima 'autocratico' comporta delle frustrazioni che fanno aumentare i comportamenti aggressivi. Nel clima 'permissivo' l'aggressività è altrettanto elevata: i bambini che contano sull'aiuto dell'animatore sono frustrati. Nel clima 'democratico' le manifestazioni dell'aggressività sono le meno numerose e l'aggressività si scarica in modo regolare e questo clima è il più produttivo.

La dinamica di gruppo: dalla sperimentazione alla pratica sociale
Le radici delle teorie lewiniane possono essere trovate nello stesso modo di essere di Kurt. La sua vita è stata caratterizzata da due valori essenziali: la libertà e la socialità. La sua fuga dalla Germania e i suoi studi sul cambiamento politico e sulla integrazione razziale sono il frutto di un costante anelito alla libertà e alla democrazia. Lewin fu tra i primi psicologi che capì come la democrazia, prima che sui valori di contenuto, è fondata sui valori di processo. Ciò lo spinse ad occuparsi dei fenomeni di gruppo e il Research Center for Group Dinamic fu da lui fondato, concepito e pianificato come un laboratorio che doveva sviluppare un collegamento fra la ricerca teorica e l'azione pratica.
Il gruppo, dice Lewin, è un fenomeno, non una somma di fenomeni rappresentati dall'agire e dal pensare dei suoi membri, è una unità, come lo è la persona: "Esso è qualcosa di più, o per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha struttura propria, fini peculiari e relazioni particolari con gli altri gruppi. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come una totalità dinamica" (1940).
Lo studio dei fenomeni di gruppo (comunicazione, coesione, influenza, conformità, ecc.) viene focalizzato sulle caratteristiche strutturali del gruppo medesimo ad un dato momento: " Uno strumento fondamentale dell'analisi della vita della collettività è la rappresentazione dei gruppi e della loro sistemazione (setting) in termini di campo sociale" (1948). Egli credeva profondamente all'impegno sociale attivo dello psicologo sociale ed era estremamente interessato ai problemi del cambiamento e quindi agli aspetti dinamici dei fenomeni psicosociali; infatti "generalmente è più facile cambiare gli individui formanti un gruppo che cambiare ciascuno di loro separatamente". Va ricordato che la concezione del gruppo di formazione o training group (T –group) nacque quasi casualmente a Bethel nel 1947 e di cui Kurt non ne poté vedere gli sviluppi a causa della sua morte avvenuta nello stesso anno.
Questa idea innovativa, e per certi versi rivoluzionaria, parte dal concetto fondamentale che "solo vivendo un'esperienza si conosce e ci si conosce e poiché esperienza e cambiamento sono intimamente collegati, ci si cambia e si contribuisce gli altri a cambiare" (Amerio, 1973). Un'altra idea dominante è che i cambiamenti avvengono in uno spirito di automaturazione democratica, positiva per la vita psicologica del singolo e per quella sociale della comunità: "L'efficacia dei campi e dei centri di lavoro nel cambiare l'deologia o la condotta dipende in parte dalla possibilità di creare delle 'isole culturali". Quanto più forte ed isolata è la subcultura accettata dal campo, tanto

più facile sarà superare la resistenza ai mutamenti fondata sulle relazioni esistenti fra l'individuo e i criteri di valutazione prevalenti nell'ambiente in cui vive" (1951).

L'Action-research e il T-group

In termini operativi Lewin ci ha lasciato due fondamentali contributi per la pratica sociale del cambiamento: l'Action-Research e il T-group, due strumenti basati sul principio del superamento della frattura fra Soggetto e Oggetto, con pochi rivali nel panorama delle scienze umane e sociali.

Lewin ha contribuito ad indirizzare e potenziare il 'laboratorio sociale' che è costituito dalla riunione in una stessa équipe (di lavoro) di persone desiderose di provocare nella comunità un certo numero di modificazioni di atteggiamenti, sulla base di uno studio particolareggiato della situazione da influenzare. Il 'laboratorio sociale', che è uno strumento di sperimentazione e di ricerca scientifica sui meccanismi dei cambiamenti di atteggiamenti collettivi, si concretizza in due tecniche di ricerca attiva: il 'seminario' (workshop) e 'l'autoanalisi collettiva' o organizzazionale (community or organizational self-survey). Secondo Lewin il 'seminario' è "uno dei migliori strumenti di cui si disponga per migliorare le tecniche in uso per agire nel campo delle relazioni fra gruppi" (1948). Nell'autoanalisi collettiva tocca agli stessi membri di una collettività studiare lo sfondo psicosociologico di un problema interessante questa collettività, per giungere ad una azione trasformatrice.

L'eredità lewiniana è ancor oggi enorme, anche se raramente sono riconosciuti i nostri debiti verso questo autore. In termini teorici l'attualità di Lewin è affidata a tre concetti: la soggettività del campo, che sottolinea la matrice psicologica dei gruppi e delle loro dinamiche; la natura fisiologica del confitto di forze, non solo intrapsichiche (come già Freud aveva stabilito), ma anche interpersonali e sociali; e, infine, la preferenza per i fenomeni dinamici piuttosto che per le strutture statiche come chiave per la comprensione dei comportamenti.

Una vita passata dentro le relazioni con allievi, colleghi, maestri, tutti considerati e trattati da Lewin come "compagni di ricerca", con i quali condividere con affabilità, umanità e umorismo le riflessioni più importanti. Lewin è stato veramente un "soggetto plurale" e la prova è il grande numero di allievi che ha lasciato. Mentre era ancora in vita decine furono le pubblicazioni di suoi allievi, poi diventati maestri della psicosociologia post-bellica negli USA.

Le allieve del periodo berlinese

Un gruppo di allieve collaborarono e condussero, sotto la supervisione di Kurt, ricerche importanti nel periodo berlinese. Di alcune di loro abbiamo tratteggiato un breve profilo biografico-scientifico.

Zeigarnik Bluma Vulfowna (Prenai 1900 - Mosca 1988)

Zeigarnik nacque a Prenai, in Russia nel 1900. Terminati gli studi superiori si trasferisce in Germania e si iscrive alla facoltà di filosofia all'Università di Berlino divenendo allieva di Lewin e con il quale lavora dal 1924 al 1926. Lavora e si laurea con lui nel 1927. Allieva di Kurt compie delle importanti ricerche sul ricordo di attività completate e non completate. Ella trovò che le attività interrotte vengono ricordate su quelle completate in un rapporto di 1,9 a 1 e che le attività non finite vengono ricordate prima con una frequenza maggiore di più di tre volte rispeto a quelle finite "effetto Zeigarnik". Ella dimostra che la causa di questa migliore ritenzione non è lo shock provocato dall'interruzione, quanto piuttosto lo stato dei sistemi psichici nel momento in cui si chiede al soggetto di ricordare. Studiando dettagliatamente l'influenza delle seguenti variabili: struttura del compito (attività con un termine ben definito o attività di carattere continuativo), interesse per il compito, atteggiamento del soggetto nei confronti dello sperimentatore, differenze tra bambini, adolescenti ed adulti, ella dimostra che i sistemi di tensioni possono essere annullati da sufficienti variazioni di tensione nell'intera persona e che in caso di affaticamento non si forma alcun sistema sufficientemente stabile.

Nel periodo di Berlino si è occupata di atteggiamento, bisogno, collera, conflitto, differenze individuali, fantasia, memoria, problemi di psicologia infantile, sostituzione, struttura dell'ambiente.

Ritornata in Russia diffuse le idee gestaltiste e soprattutto l'opera berlinese del maestro.

Professoressa di psicologia al Dipartimento dell'Università di Stato di Mosca poi

docente di Scienze pedologiche a Mosca, facoltà di psicologia dal 1955 al 1988. Vincitrice del premio Lomonosov si è aggiudicata la medaglia Kurt Lewin. Muore a Mosca nel 1988.

Tamara Dembo (1902–1993)
Nata a Baku da genitori ebrei, il padre Wulf e la madre Sophia Volchkina, soffrì nell'infanzia per malattie che limitarono i suoi primi anni di vita. Terminati gli studi superiori in Russia proseguì all'Università di Berlino, dove nel 1921 si legò ad un gruppo di giovani scienziati sperimentali della psicologia che, sotto la direzione di Lewin, parteciparono allo sviluppo della psicologia sociale. Nel 1931 completò il dottorato con Lewin su Der Anger als Dynamisches Problem. Nello studiare la genesi della frustrazione e della collera scoprì che essa non sempre è la conseguenza del mancato raggiungimento di una mèta desidera. Tra il 1925 e il 1928 intraprese 64 esperimenti su attività che facevano seguito ad una situazione frustrante che comportavano o azioni dirette alla soluzione del compito o movimenti di evasione o aggressività verso lo sperimentatore. Le azioni rivolte al conseguimento della mèta assumevano varie forme come: abbandono del campo (soluzione reale); fughe nella fantasia (soluzioni irreali); azioni sostitutive, strettamente collegate al livello di aspirazione dei soggetti. Quando in una situazione l'obiettivo si rivela irraggiungibile le azioni spontanee hanno un valore sostitutivo che spesso diventa permanente.
Successivamente, a causa degli avvenimenti legati al nazismo, emigra negli USA dove diventa ricercatrice associata di Köhler allo Smith College e ciò giustificherebbe la lontananza dalla sua famiglia. Nel periodo di lavoro con Kofka divenne ricercatrice associata al Worcester State Hospital dal 1932 al 1934. Quando Lewin emigrò negli USA alla Cornell University la Dembo ritornò a collaborare per ben dieci anni con il suo maestro. Qui la Dembo studiò il livello di aspirazione e il rapporto aggressività-regressione. In una ricerca (1941), pubblicata con Barker e Lewin, mostrò che la costruttività del gioco di un bambino di cinque anni e mezzo può regredire ad un livello di un bambino di tre anni e mezzo come risultato di una frustrazione. In un'altra indagine (1944) sul livello di aspirazione, pubblicata con Lewin, Sears e Festinger, indicò che l'esperienza di successo o di fallimento dipende dal livello di prestazione all'interno di un quadro di riferimento. Questa ricerca ha portato alle seguenti generalizzazioni: 1. Le aspirazioni non sono statiche e non stabilite una volta per sempre; 2. Le aspirazioni tendono a crescere con il successo e a diminuire con l'insuccesso; 3. Le aspirazioni sono influenzate da altri componenti del gruppo cui si appartiene e dei gruppi di riferimento; 4. Le aspirazioni sono orientate in senso realistico; nella maggior parte dei casi esse sono leggermente superiori o leggermente inferiori rispetto al livello di realizzazione anziché discostarsene molto.
In uno studio del 1951 nell'ambito delle ricerche svolte per il CIC discute l'identificazione dell'ebreo come parte del problema generale dell'appartenenza al gruppo multiplo. La Dembo ha contribuito in modo significativo sia alla psicologia sperimentale che applicata. Successivamente i suoi maggiori contributi furono nel campo della riabilitazione. Si dedicò allo studio dei bambini con paralisi cerebrale e ai veterani che nel corso della seconda guerra avevano perso un arto o erano diventati ciechi. Queste ricerche trovarono sbocco nel volume Adjustment to misfortune (1956). Nel corso della sua carriera scientifica fornì contributi derivati dalla originaria matrice teoretica con ricerche sperimentali applicandole ai bisogni della riabilitazione e alle sofferenze prodotte dalla paralisi cerebrale.
La Dembo fu professoressa associata dal 1953 al 1961 presso la Clark University, dove divenne Direttrice del progetto di sviluppo psicologico per le paralisi cerebrali. In quegli anni si impegnò alla costituzione della Divisione 22 dell'APA dedicata alla riabilitazione psicologica, della quale fu presidentessa nel 1968-69. Nel 1980 fu premiata quale pioniere di questo campo applicativo ricevendo la Distinguished Service Award dalla Division 22. L'anno seguente ricevette la Kurt Lewin Memorial Award, sponsorizzata dalla Division 9, la Society for the Psychological Study of Social Issues. In uno scritto uscito postumo prefigura il futuro della ricerca qualitativa enfatizzando l'importanza dell'intuizione o "idee sospette e mezze mature" (1993). Morì a Worcester, nel Massachusetts, nel 1993 dopo una breve malattia.

Ovsiankina Rickers Maria Arsenjevna (1898-1993)
Dopo gli studi superiori in Russia si trasferisce all'Università di Berlino dove, sotto la guida di Lewin, svolge il proprio dottorato, discutendo una tesi su un fenomeno

che va sotto il nome di "effetto Ovsiankina". La ricerca dimostra che la formulazione di un proposito o di un'intenzione corrisponde al formarsi di un quasi-bisogno, cioè, dinamicamente al costituirsi di un sistema di tensioni. Ella volle verificare in che misura i soggetti riprendevano ad eseguire quelle attività che, nella fase sperimentale, non erano riusciti a completare a causa delle interruzioni provocate dallo sperimentatore. Ella constatò che in questa situazione sperimentale i soggetti tendevano a riprendere le attività precedentemente interrotte in misura significativamente superiore rispetto alle attività che in precedenza erano state invece portate a termine. La variabile dipendente osservata era costituita da un comportamento di natura motoria, cioè eseguire determinate azioni. Cercò di correlare l'allentamento della tensione al raggiungimento di una meta e a collegare un'intenzione ad un bisogno in uno stato di collera. Creò le condizioni sperimentali per determinare la forza della tensione misurando la ripresa spontanea delle attività da parte dei soggetti. Rilevò che le riprese si verificavano in misura più grande quando l'interruzione avveniva immediatamente prima del completamento dell'attività, inoltre, la ripresa si verificava più prontamente quando il soggetto aveva lavorato sodo all'attività o aveva una speciale attitudine per essa o era estremamente ambizioso. Trasferitasi negli USA divenne professoressa di psicologia presso l'Università del Connecticut. Le sue ricerche si rivolsero alla psicodiagnostica col Rorschach e alla personalità patologica, oltre all'applicazione delle ricerche berlinesi sulle attività interrotte in soggetti schizofrenici.

Mahler Franck Wera (1899-1991)
Studia filosofia e psicologia a Berlino. Entrata nel gruppo di ricercatrici di Lewin ottiene il dottorato nel 1932 studiando le attività sostitutive con diverso grado di realtà. Lavorando sperimentalmente con 155 adulti e 35 bambini dai cinque ai dieci anni, creò un sistema di tensione affidando ai soggetti un'attività che veniva interrotta prima del completamento. Trovò così che un'attività sostitutiva 'concreta', quale un atto fisico, era più efficace nell'allentare la tensione causata dall'interruzione di quanto lo fosse una attività sostituiva 'astratta' come semplicemente parlarne o pensarci.
La Mahler scoprì che il fattore più importante nel determinare il valore sostitutivo di una qualsiasi azione era il raggiungimento dello scopo: un soddisfacimento sostitutivo si verifica soltanto quando lo scopo intrinseco è raggiunto in misura sufficiente attraverso l'attività sostitutiva.
Dal 1933 si trasferisce in Israele dove inizia la sua carriera accademica presso l'Università di Tel-Aviv. Sposata con Franck proseguì le ricerche sui processi psicologici della volontà e della vita affettiva.

Karsten Anitra (1902-1988)
Di famiglia polacca svolse gli studi universitari a Berlino dove studiò con Lewin e concluse con lui il dottorato con un importante studio sugli atti ripetuti. Nel dopoguerra insegnò presso l'Università J.W.Goethe a Francoforte sul Meno. La Karsten ha studiato il problema della saturazione psichica, cioè di come la ripetuta esecuzione di un atto modifica la tendenza ad eseguire ancora tale atto. Nel suo esperimento cercò di confermare l'ipotesi secondo la quale l'allontanamento di un individuo da una certa attività, dopo numerose ripetizioni, era dovuto ad un progressivo abbassamento del livello di tensione che aveva condotto all'azione originale. Innanzitutto scoprì che la saturazione che si manifestava a seguito di una costante ripetizione della medesima attività non era dovuta ad uno sforzo muscolare. Inoltre mise in evidenza che la ripetizione non sempre porta con sé un miglioramento della prestazione. La Karsten dimostrò anche che la noiosa ripetizione di una attività, senza misurarne i progressi, privava il soggetto di un qualsiasi senso di conquista e che tale assenza portava alla disgregazione e all'errore. Notò anche che le azioni ripetute in cui l'Io era minimamente coinvolto (azioni soggettivamente neutre) portavano alla saturazione molto prima di azioni aventi connotati sia piacevoli che spiacevoli. Questo studio permise a Lewin di spiegare perché la moda femminile arriva più rapidamente ad un punto di saturazione psichica e perciò cambia più rapidamente e più frequentemente di quella maschile.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

SCRITTI DI K. LEWIN

1917. *Kriegslandschaft (Paesaggio di Guerra)*. Zeitschrift fur Angewandte Psychologie, 12, 440-447. 1917. Die psychische Tatigkeit bei der Hemmung von Willensvorgangen und das Grundgesetz der Assoziation. (L'attività psichica con l'inibizione di precedente volontà) Zeitschrift fur Psychologie, 77, 212-247.
1920. *Die Verwantschaftsbegriffe in Biologie und Physik*. Abhandlhungen zur theoretischen Biologie, 5, 1-34.
1920. *Die Sozialisierung des Taylorsystems*. Praktischer Sozialisums, 4.
1920. *Kindlischer Ausdruck*, Zeitschrift fur. Padagogísche Psychoogie.
1922. *Die Verwechslung von Wissenschaftssubjekt und Psychischen Bewusstsein in ihrer Bedeutung fur die Psychologie*. Psychologische Forschung, 1, 47-65; 2, 66-140.
1922. *Der Begriff der Genese in Physik, Biologie, und Entwicklungsgeschichte*. J.Springer, Berlin.
1922. *Ueber den Einfluss von Interferenz auf die Intensitat obertonfreier Tone,* Psychologische Forchung. 2, 328-335.
1922. *Ueber einen Apparat zur Messung von Tonintensitaten*. Psychologische Forchung, 2, 317-326.
1922. *Das Problem der Willensmessung und das Grundgesetz der Assoziation*. Psychologische Forchung, 1, 191-302; 2, 65-140.
1923. *Ueber die Umkehrung der Raumlage auf dem Kopf stehender Worte und Figuren in der Wahrnemung*, Psychologische Forchung, 4, 210-261.
1925. *Ueber Idee und Aufgabe der vergleichenden Wissenschaftslehre*. Symposion, 1, 61-94.
1925. (con Sakuma K.) *Die Schrichtung monolularer und binocularer Objekte bei Bewegung und das Zustendekommen des Tiefeneffekts*. Psychologische Forchung. 6, 298-357.
1926. *Vorsatz, Wille und Bedurfnis* (mit Vorbemerkungen ueber die psychischer Krafte und Energien und die Struktur der Seele). Psychologische Forchun, 7, 294-385 (anche Springer, Berlin).
1926. *Idee und Aufgabe der vergleichenden Wissenschaftslehre*. Sonderdrucke des Symposion, 2, 61-93.
1926. *Filmaufnahmen ueber Trieb und Affektausserungen psychopatischer Kinder* (verglichen mit Normalen und Schwachsinnige). Zeitschrift ur. Kinderforschung, 32, 414-448.
1926. *Ein verbesserter Zeitsinnapparat*. Psychologische Forchung,, 7, 273-275.
1926. *Ein zahlender Chronograph*. Psychologische Forchung, 7, 276-281.
1927. *Gesetz und Experiment in der Psychologie*. Symposion, 1, 375-421.
1927. *Gesetz und Experiment in der Psychologie*. Weltkris-Verlag, Berlin.
1928. *Die Entwìcklung der experimentellen Willens-und Affektpsychologie, und die Psychotherapie*. Archiv fur Psychiatrie, 85, 515-537.
1928. *Die Bedeutung der Psychischen Sattigung fur einige problem der Psychotechnik.* Psychotechnische Zeitschrift, 3, 182-188.
1928. (con Rupp H.) *Untersuchungen zur Textil-Industrie*. Psychotechnische Zeitschrift, 3, 8-23; 51-63.
1929. *Die Entwicklung der experimentellen Willenpsychologie und die Psychotherapie*. Herzel, Leipzig.
1929. *Zwei Grundtypen von Lebensprozessen*. Zeitschrift fur Psychologie, 113, 209-238
1929. *Gestalttheorie und Kinderpsychologie*. Werdende Zeitalter , 10, 544-550.
1929. *Die Auswirkung von Umweltkraften*. Proceeding of the 9 International Congress of Psychology, 286-288.
1929. *Les types et les lois de la psychologie*. Pour l'ère nouvelle, 8, 251-252.
1930. *Kindliche Ausdrucksbewegungen*, in W.Stern (ed.) Psychologie der Fruhen Kindheit, Quelle und Meyer, Leipzig.
1931. *Ersatzhandlung und Ersatzbefriedigung*. Bericht uber den XII Kongress der deutscher bes fiur Psychologie, Hambourg, 382-384.
1931. *Relazione al convegno sul metodo Montessori*. Die Neue Erziehung, 2, 99-103.
1931. *Die psychologische Situation bei Lohn und Strage*. Herzel, Leipzig.
1931. *Erziehung zur Realitat. Neue Erziehung*, (Educazione alla realtà, in K. Lewin (1935) Teoria dinamica della personalità. Giunti, Firenze, 183-190.
1931. *Environmental forces in Child Behavior and development*, in C. Murchison (edt.) A Handbook of child psychology. Clark University Press, Worcester, 94-127.
1931. *The conflict between Aristotelian and Galileian modes of thought in contemporary psychology*, Journal of Genetic Psychology, 5, 141-177.
1933. *Théorie des Schwachsinns*. Hommage au Dr. Decroly par les Usines reunites Scheerders van Kerchove à St. Nicholas W., Belgique,194-274.
1933. *Vectors cognitive processes and Mr.Tolman's criticism*. Journal of Genetic Psychology, 8, 318-345.
1933. *The psychological situation attending reward and punishment*. Shr. Psychological Pedagogy, 1, 31-76.
1934. *Der Richtungsbegriffin der Psychologie. Der spezielle une allgemeine hodologische Raum*. Psychologische Forschung, 19, 249-299.
1935. *A dynamic theory of personality*, McGraw-Hill, New York.
1935. *Psycho-sociological problems of a minority group*. Character and Personality, 3, 175-187.
1935. *A dynamic theory of the feeble minded*, in K. LEwlrr, A dynamic theory of personality, 1935.
1935. *Some social psychological differences between the United States and Germany*. Character and Personality , 4, 265-293.
1936. *Principles of topological psychology*, McGraw-Hi11, New York.
1936. *Psychology of success and failure*. Occupations, 14, 926-930.
1937. *Psycoanalisis and topological psychology*. Bulletin of Menninger Clinic, 1, 201-202.
1937. *Carl Stumpf*. Psychological Review, 44, 189-194.
1937. (con Barker R. & Dembo T.) *Experiment on frustration and regression in children*, Psychological Bulletin, 34, 754-755.
1938. (con Dembo T., Frank J.D. & Waring E.B.) *Studies in social pressure*.
1938. *Experiments on autocratic and democratic atmospheres*, The Social Frontier, 4, 316-319.
1938. (con Lippitt R.) *An experimental approach to the study of autocraticy and democracy: A preliminary note*. Sociometry, 1, 292-300.
1938. *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Contribution to Psychological Theory. Duke University Press, 4, 247.

1939. *When facing danger*. Jewish Frontier.
1939. *Reply to Dr. Garrett*, Psychological Review, 46, 591-595.
1939. *Field theory and experiment in social psychology: Concepts and methods*. American Journal of Sociology, 44, 868-896.
1939. *Experiment in social space*, Harvard education Review, 9, n. 1, 21-32.
1939. (con Lippitt D. & White,R.K.) *Patterns of aggressive behavior in experimentally created 'social climates'*. Journal of Social Psychology, 10, 271-299.
1939. *Experiments in social space*. Harvard Educational Review, 9, 21-32.
1940. Lewin et alii. *Liste des publications en allemand de 1926 à 1937 en Psychologische Forschung*; in Studies in Topological and Vectorial Psychology, 1, University Iowa Study Child Welfare, 16, 9-44.
1940. *Bringing up the (Jewish) child*. The Menorah Journal, 1, 29-45.
1940. *Intelligence and motivation*. Yearbook of National Society Study of Education, 39, 1, 297-305.
1940. *Formalization and progress in psychology*, University Iowa Study Child Welfare, 3, 7-42.
1940. *The background of conflict in marriage*, in M. Jung (ed.) Modern Marriage, S.Cross, New York, 52-69.
1940. *Studies in topological and vector psychology I: Formalization and progress in psychology*, University Iowa Study Child Welfare.
1941. *Analysis of the concepts whole, differentiation, and unity*. University Iowa Study Child Welfare, 18, 226-261.
1941. *Personal adjustment and group belongingness*. Jewish Social Service Quarterly, 17, 362-366.
1941. *Self-hatred among Jews*, Contemporary Jewish Record, 4, 219-232.
1941. *Democracy and the school*. Understanding the child, 10, 1-7.
1941. (con Barker R. & Dembo T.) *Frustration and regression: An experiment with young children*, University Iowa Study Child Welfare 18, n.1.
1942. *Time perspective and morale*, in G. Watson (ed.) Civilian morale, Houghoton Mifflin, Boston.
1942. *Changes in social sensitivity in child and adult*. Childhood Education , 19, 53-57.
1942. *A profile measure of morale*. Abstract, Psychological Bulletin, 39, 449.
1942. *Field theory of learning*, in H. N. Nelson (ed.) The psychology of learning, Yearbook of the Natural Society for the Study of Education, Part II, Bloomington (III.), 41, 215-242.
1942. *The relative sectiveness of a lecture method and a method of group decision for changing food habits (mimeo)*, Committee on Food Habits, National Research Council Washington.
1942. (con Bavelas A.) *Training in democratic leadership Journal of abnormal and social Psychology*, 37, 115-119.
1943. *The special case of Germany*. Public Opinion Quarterly, 7, 555-556.
1943. *Cultural reconstruction*. Journal of Abnormal Social Psychology , 38, 166-173.
1943. *Forces behind food habits and methods of change* National Research Council Bulletin, 108, 35-65.
1943. *Psychology and the process of group living* Journal of Social Psychology, 17, 113-131.
1943. *Defining the 'Field at a given time'* Psychology Review, 50, 292-310.
1944. *Dynamics of group action* Educational Leadership, 1, 195-200.
1944. *Jewish education and reality* Jewish Education, 3, 15.
1944. *A research approach to leadership problems* Journal of Educational Sociology, 17.
1944. *The solution of a chronic conflict in a factory*. Proceedings of the 2ed Brief Psychotherapy Council. Institute for Psychoanalysis, Chicago.
1944. *Studies in topological and vector psychology III: Constructs in psychology and psychological ecology*. University of Iowa Studies in Child Welfare, 20, 1-29.
1944. *Studies in topological and vector psychology III: Authority and frustration*. University of Iowa Studies in Child Welfare, 20.
1944. (con Dembo T., Festinger L., Sears P.S.) *Level of aspiration*; in J.Mc. V. Hunt (ed.) Personality and the behavior disorders, Ronald Press, New York.
1945. *The Research Center for Group Dynamics*. Sociometry, 8, 126-136.
1945. (con Grabbe P.) *Conduct, knowledge and acceptance of new values*. Journal of Social Issues, 1, 53-63
1945. (con Grabbe P.) *Problem of re-education*, Journal of Social Issues, 1, 3.
1945. (con A.J. Marrow & C.E. Hendry) *Accent on action: A new approach to minority group problems in America (mimeo)* C.I.C.
1945. (con Lippitt R.,Hendry C., French Jr. J.R.P., Zander A. and alii) *The practicality of democracy*; in G. Murphy (ed.) Human nature and enduring peace, Houghton-Mifflin Dcompany, Boston, 295-347.
1946. *Behavior and development as a function of the total situation*; in L. Charmichel (ed.) Manual of child psychology, Wiley, New York.
1946. *Action research and minority problems*, Journal of Social Issues, 2, 34-46.
1946. *Research on minority problems*. The Technology Review, 48, 3.
1946. *Problems of group dynamic in the integration of the social sciences: I. Social equilibria*. Human Relations.
1946. *Psychological problems in Jewish education*. Jewish Education Committe, New Jork.
1946. *Research program of Group Dynamics*. The Research Center for Group Dynamics at Massachusetts Institute of Technology Sociometry , 2, 126-136.
1947. *Group decision and social change*, in T.M. Newcomb & E.L. Hartley (ed.) Readings in social psychology, Holt, New York.
1947. *Frontiers in Group Dynamics I: Concept, method and reality in social science; Social equilibria and social change*. Human Relations, 1, 1-44;
1947. *Frontiers in Group Dynamics II: Concept, method and reality in social science; Social equilibria and social change*. Human Relations, 2, 1-11.
1947. *Experimental studies of frustration in young children*, in T.M. Newcomb & E.L. Hartley (ed.) Readings in social psychology, Holt, New York, 283-290.
1947. *Studies towards the integration of the social sciences*. Human Relations , 1, 1-140.
1948. *Resolving social conflicts, Harper and Brothers*, New York.
1949. *Cassirer's philosophy of science and the social science*; in P.A. Schilpp (ed.) The philosophy of Ernest Cassirer, Library of Living Philosophers, Tudor, New York.
1949. *Psychological problems in Jewish education*. Published by the Jewish Education Committee. New York.

1951. *Field Theory in social science: Selected theoretical papers*. Ed. D. Cartwright, Harper and Brothers, New York.
1951. *Intenton, will, and need*; in D. Rapaport (ed.) Organization and pathology of thought. Columbia University Press, New York.
1952. *Group decision and social change*. Ed. G.E. Swanson, T.M. Newcomb & E.E. Hartley, Holth, New York.
1952. *Comportement et développement comme function de la situation totale;* in L. Carmichael (ed.) Manuel de psychologie de l'enfant. PUF, Paris, vol. 3 , 1254-1337.
1953. *Studies in Group Decision*, in Group Dynamics, Researcb and Theory, a cura di D. Cartwright e A. Zander, Evanston-White Plains, Row, Peterson and Company.
1959. *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Introduction, morceaux choisis et présentés par Cl. Faucheaux, Presses Universitaíres de France, Paris.
1960. (con Lippitt R. & White R.) *Autocracy and democracy: An experimental inquiry*. Harper & Row, New York.

SCRITTI SU LEWIN

Allport G.W. (1947) T*he genius of Kurt Lewin*. Journal of Personality, 16, 1.
Deutsch M. (1968) *Field theory in social psychology*. In G. Lindzey & E. Aronson. The Handbook of social psychology. Addison-Wesley Publishing Compani, Reading (MA), vol.1 412-487.
Tolman E.C. (1948) *Kurt Lewin (1890-1947)* Psychological Review, 55, 1.
AA.VV. (1948) *Numero speciale in memoria di Lewin*. The Journal of Social Issues, supplement 1.
Lewin K. (n.d.) *Philosophy and broader goals of the Commission on Community Interrelations*. CCI Box 20. American Jewish Congress Papers, American Jewish Historical Society Archives, Waltham, MA.
Lewin M. (1992) *The impact of Kurt Lewin's life on the place of social issues in his work*. Journal of Social Issues, 48(2), 15-29.
Schonpflug W. (2007) *Kurt Lewin, Person, Werke, Umfeld, Lang*, Franfurt A.M.
Schonpflug W. (2008) *Psychologie in der Geschichte Berlins*. Report Psychologie, 33,5 28-542.
Schwermer J. (1966) *Die experimentelle Willenpsychologie Kurt Lewin*, A. Hein Verlag, Mesenheim am Glan.

SCRITTI SU LEWIN IN ITALIANO

Allport G. W. (1972) *Introduzione a I conflitti sociali*. Angeli, Milano, 23-31.
AmerioP. (1973) *Fondamenti teorici della psicologia sociale*. Giappichelli, Torino, 121-154.
Atkinson J.W. (1973) *La motivazione*. Il Mulino, Bologna, 161-256.
Baldwin A.L. (1975) *Teorie dello sviluppo infantile*. Angeli, Milano (cap.3 La psicologia infantile di K. Lewin,9 1-150; cap.4 Valutazione e critica della teoria del campo, 151-182).
Becchi E. (1961) *La pedagogia della Gestalt*. La Nuova Italia, Firenze.
Cesa Bianchi M. (1965) *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna, 4-15. Psicologia topologica. Enciclopedia della Scienza e della Tecnica, Mondatori, Milano, 10, 189-191.
Colucci F.P. (2005) *Kurt Lewin. La teoria, la ricerca, l'intervento*. Il Mulino, Bologna, 7-64; 347-365.
Contessa G. (1998) (a cura di) *Attualità di Kurt Lewin*. Cittàstudi,Milano.
Galli G. (1977) *Kurt Lewin:il metodo galileiano in psicologia*. In Lewin K. (1977) Antologia di scritti. A cura di G. Galli. Il Mulino, Bologna, 7-25.
Girod R. (1971) *Atteggiamenti collettivi e relazioni umane. Tendenze delle scienze sociali americane*. La Nuova Italia, Firenze, 85-146.
Hall C.S. & Lindzey G. (1966) *Teorie della personalità* Boringhieri, Torino (cap. 6. La teoria del campo di Lewin, 199-247)
Martindale D. (1972) *Tipologia e storia della teoria sociologica*. Il Mulino, Bologna (cap.19. Il microfunzionalismo: la dinamica di gruppo, 801-834).
Masucco Costa A. (1953) *Le applicazioni in pedagogia e in politica della dottrina di Kurt Lewin*. Il Politico, 18, 33-50.
Marrow A.J. (1977) *Kurt Lewin fra teoria e pratica*. La Nuova Italia, Firenze.
Meandri E. (1967) *Kurt Lewin: psicologia come scienza galileiana*, Rivista di Filosofia, 58, 31-64.
Ossicini A. (1972) *Kurt Lewin e la psicologia moderna*. Armando Ed., Roma.
Palmonari A. (1972) *Teoria di campo e psicologia sociale*, in Teoria e sperimentazione in psicologia sociale. Il Mulino, Bologna, 7-22.
Petter G. (1965) *I motivi conduttori dell'opera di Lewin* (5-36). In Teoria dinamica della personalità. Giunti, Firenze.
Petter G. (19729 Kurt Lewin e lo studio di problemi di psicologia dinamica e sociale. In I conflitti sociali. Angeli, Milano, 9-19.

TRADUZIONI ITALIANE DEGLI SCRITTI DI LEWIN

(la prima data si riferisce all'edizione originale, la seconda,fra parentesi, alla traduzione italiana).

1926 (1965) *La struttura della mente*. In Petter, op.cit. 51-73.
1927 (1977) *Il concetto di legge nella psicologia contemporanea*. In Galli op.cit 29-34.
1931 (1977) *Transizione dalla mentalità aristotelica a quella galileiana in biologia e in psicologia*. In Galli, op.cit. 35-54
1931 (1977) *La collera come problema dinamico*. In Galli op.cit. 77-116.
1931 (1965) *Il conflitto fra una concezione aristotelica ed una concezione galileiana nella psicologia contemporanea*. In Petter,op.cit. 11-50.
1931 (1965) *Educazione alla realtà* In Petter, op.cit. 183-190.
1933 (1965) *Forze ambientali nel comportamento e nello sviluppo del bambino*. In Petter, op.cit. 75-120
1933 (1965) *Le situazioni psicologiche relative al premio ed alla punizione*. In Petter, op.cit. 121-181.
1933 (1965) *Attività sostitutiva e valore sostitutivo*. In Petter, op.cit.191-203.
1934 (1965) *Una teoria dinamica della debolezza mentale*. In Petter, op.cit. 205-250.
1935 (1972) *Problemi psico-sociologici di un gruppo minoritario*. In Lewin, op.cit. 189-202.
1936 (1972) *Psicoanalisi e psicologia topologica*. In Polmonari, op.cit. 119-129.
1936 (1970) *Principi di psicologia tipologica*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
1936 (1972) *Differenze socio-psicologiche fra Stati Uniti e Germani*a. In Lewin, op.cit. 39-69.

1939 (1972) *Esperimenti nel campo sociale*. In Lewin, op.cit. 111-123.
1939 (1972) *Di fronte al pericolo*. In Lewin, op.cit. 203-213.
1939 (1972) *Teoria di campo e sperimentazione in psicologia sociale*. In Polmonari, op.cit.179-207.
1940 (1972) *L'educazione di un bambino ebreo*. In Lewin, op.cit.215-230.
1940 (1972) *Formalizzazione e progresso in psicologia*. In Polmonari,op.cit. 17-49.
1940 (1972) *Il background del conflitto nel matrimonio*. In Lewin, op.cit.125-143.
1941 (1972) *Odio di sé degli Ebrei*. In Lewin, op.cit. 231-245.
1941 (1972) *Analisi dei concetti di totalità, differenziazione e unità*. In Polmonari, op.cit. 381-419.
1941 (1972) *Regressione, retrogressione e sviluppo*. In Polmonari, op.cit.131-178.
1942 (1972) *Teoria di campo e apprendimento*. In Polmonari, op.cit. 87-117.
1942 (1972) *Prospettiva temporale e stato d'animo*. In Lewin, op.cit. 145-167.
1943 (1972) *Ricostruzione culturale*. In Lewin, op.cit. 71-79.
1943 (1972) *Il caso particolare della Germania*. In Lewin, op.cit. 81-94.
1943 (1972) *Definizione di "campo ad un momento dato"*. In Polmonari, op.cit. 67-85.
1943 (1972) *Problemi di ricerca in psicologia sociale*. In Polmonari, op.cit. 209-226.
1944 (1972) *La soluzione di un conflitto cronico in un'industria*. In Lewin, op.cit. 169-185.
1944 (1972) *Costrutti nella teoria del campo*. In Polmonari, op.cit. 51-65.
1945 (1972) *Condotta, conoscenza e accettazione di valori nuovi*. In Lewin, op.cit. 95-108.
1946 (1972) *Ricerca per l'intervento sui problemi delle minoranze*. In Lewin, op.cit. 247-263.
1946 (1972) *Comportamento e sviluppo come funzione della situazione totale*. In Polmonari, op.cit. 307-378.
1947 (1972) *Ecologia psicologica*. In Polmonari, op.cit. 227-248.
1947 (1972) *Frontiere nella dinamica di gruppo*. In Polmonari, op.cit. 249-305.
1951 (1968) *La determinazione di mutamenti permanenti*. In Carbonaro, op.cit. 257-269.
1951 (1953) *Il bambino nell'ambiente sociale*. La Nuova Italia, Firenze.

SCRITTI DI ZEIGARNIK BLUMA

1927 *Uber das Behalten von erledigten und unerledingten Handlunger*. Psychologische Forschung, 9, 1-85.
1928 (con Kaulina) *Il problema della stabilità di forma di sistemi che non si trovano in uno stato di tensione* (non pubblicato), citato da K.Lewin in Teoria dinamica della personalità. Giunti, Firenze, 1965.
1961 *Denkstorungen bei psichiatrischen Krankheitsbildern; eine experimentalpsychologische Untersuchung*. Akademie Ferlag.
1961 *Patologia del pensiero* (in russo) Patologija myslenija. Izd-vo,Mosk. Università di Mosca Press, Mosca (Trad. inglese The pathology of thought.Consultants Bureau, 1965).
1971 *Personalità e patologia dell'attività mentale* (in russo) Moscow University Press, Mosca.
1972 *Experimental abnormal psychology*. Plenum, London.
1973 *Fondamenti di patopsicologia* (in russo) Moscow University Press, Mosca.
1980 *Profilo della psicologia dello sviluppo della personalità anormale* (in russo) Moskow University Press, Mosca.
1981 *La teoria della personalità di Kurt Lewin* (in russo) Moscow University Press, Mosca.
1982 *Teorie della personalità nelle psicologie straniere* (in russo) Moscow Univewrsity Press, Mosca.
1984 *Kurt Lewin and Soviet psychology*. Journal of Social Issues, 40, 181-192

SCRITTI DI DEMBO TAMARA

1931 *Der Anger als dynamisches problem*. Psychologische Forschung, 15, 1-144.
1935 (con Hanfmann E.) *The patient's psychological situation upon admission to mental hospital*. American Journal of Psycholoiy, 47, 381-408.
1937 (con Barker R. & Lewin K.) *Experiment on frustration and regression in children*, Psychological Bulletin, 34, 754-755.
1938 (con Frank J.D. & Waring E.B.) *Studies in social pressure*.
1941 (con Barker R. & Lewin K.) *Frustration and regression: An experiment with young children*. University of Iowa Studies in Child Welfare.
1944 *Letter to Roger Barker* (Dembo papers) Worcester, MA: Clark University Archives.
1944 (con Lewin K., Festinger L. & Sears R.) *Level of Aspiration in J. M. Hunt* (Ed.). Personality and the behavior disorders . Ronald Press, Oxford, 333-378.
1956 (con Leviton, G. & Wright, B.A.) *Adjustment to misfortune: A problem of social psychological rehabilitation*. Artificial Limbs, 3, 4-62.
1993 *Thoughts on qualitative determinants in psychology: A methodological study*. Journal of Russian and East-European Psychology, 31, 15-70.
Leeper D. (1940 January 7) *Letter to Tamara Dembo* (Dembo papers). Worcester MA: Clark University Archives.
Wertch J.V. (1993) *In memoriam*. Journal of Russian and East-European Psychology, 31, 3-4.

SCRITTI DI RICKERS-OVSIANKINA, MARIa

1928 *Die Wiederaufnahme von unterbrochener Handlungen*. Psychologische Forschung, 2, 302-389.
1936 *The Reaction of Schizophrenics to Interrupted Tasks*. Psychological Bulletin.
1937 *Studies on the Personality Structure of Schizophrenic Individuals*. The Journal of general psychology.
1938 *The Rorschach test as applied to normal and schizophrenic subjects*. Britisch Journal of Medical Psychology, 17, 227-257.
1943 *Some theoretical considerations regarding the Rorschach method*. Rorschach research exchange and journal of projective techniques.
1960 *Rorschach psychology* (2nd edition, 1977) Huntington, New York.
1965 (con Kaplan B.& Joseph A.) *An attempt to sort Rorschach records from four cultures*; in B.I. Murstein (ed.) Handbook of projective techniques. Basic Books, New York, 293-305.
1970 *Social accessibility in cross-cultural perspective*. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie.
1976 *The Resumption of Interrupted Activities*, in Field Theory as Human-Science: Contributions of Lewin's Berlin Group.
1977 *Synopsis of psychological premises underlying the Rorschach*.

SCRITTI DI MAHLER WERA
1933 *Ersatzhandlungen verschiedenen Realitatsgrades*. Psychologische Forschung, 18, 26-89.
1989 In memory of my teacher Kurt Lewin.
2000. Pstor J.C., Molla C.C. & Gil F.M.T. (2000) *La mujer en la escuela berlinesa de Psicología de la gestalt: ¿Espacio cedido o conquistado? Wera Mahler (1899-1991): Una Psicóloga alemana y un ejemplo de tesón ante la adversidad*. Revista de istoria de la psicologia, 21, 597-612.
Scritti di Karsten Anitra
1928. *Psychische Sattigung*. Psychologische Forschung, 10, 142-254.
Ihanus J. Anitra Karsten (1902-1988) *A pioneer in the history of European applied psychology*, Gundlach H., Roe R., Sinatra M.& Tanucci G. (2010) European pioneer women in psychology. Angeli,Milano.

Kurt Lewin (1890-1947)

Kurt Lewin had a full professional life, and a full private life too.
From Berlin to the USA, from philosophy to mathematics, from the subjectivity of the field to the physiological nature of the conflict of strenghts. His preference for the dynamics phenomenons rather than for the static structure as a key for behavioural's understanding, makes Lewin one of the great social sperimental psychologist.
Today Lewin's inheritance is still huge. With just a few contenders in the panorama of social and human sciences, Lewin has been a "plural subject" able to share with affability, humanity and humorism the thoughts of all his colleagues and students and in this way he has made a contribution to direct and increase the 'social laboratory' in psychology.

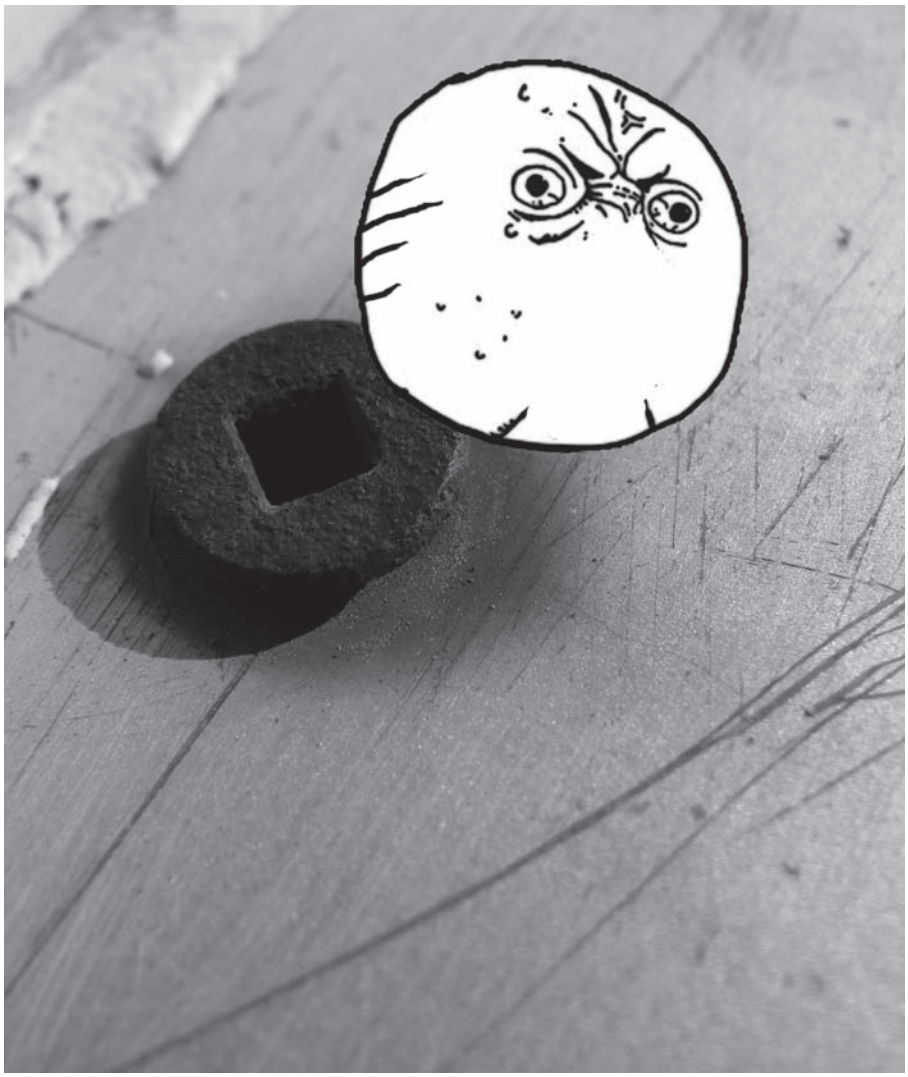
link
esperienze

L'approccio ipnotico nella gestione del dolore: casi clinici

ALESSANDRA DI COLA, MASSIMO CIANFANELLI, PATRIZIA COLOMBARI

Borderline: come?

LUCIO DEMETRIO REGAZZO, ALFRIED LÄNGLE, FULVIA GABRIELI



L'approccio ipnotico nella gestione del dolore: casi clinici

Il dolore rappresenta un'esperienza soggettiva nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici e proprio per questo può avere delle ricadute importanti sulla qualità di vita di una persona. Il presente lavoro si avvale della collaborazione tra la S.C. di Psicologia e la S.C. di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia Antalgica del dolore cronico – dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli e si prefigge di valutare l'eventuale impatto di un intervento psicologico breve e mirato, costituito da una fase psico-educazionale e dall'approccio ipnotico, nel controllo del dolore e sul benessere psicologico di alcuni pazienti con differenti tipologie di dolore afferenti all'ambulatorio. In particolare, sono stati descritti alcuni casi clinici rappresentativi, in cui si è valutato l'effetto dell'intervento sulla qualità di vita, sulla gestione del dolore, sul sonno e sul disagio psicologico, in termini di stati ansiosi e depressivi derivanti dall'eventuale patologia organica in atto

ALESSANDRA DI COLA*, MASSIMO CIANFANELLI**, PATRIZIA COLOMBARI***

Introduzione

Ognuno di noi, nel corso della propria vita, ha sperimentato una qualche forma di dolore e gran parte di essa è volta ad evitarlo. Dolore non è solo una sensazione fisica, un mal di testa, una ferita che brucia, una cicatrice che "tira" dopo un intervento o la cornice di un evento traumatico quale potrebbe essere una malattia; dolore può essere anche una ferita dell'anima derivante dalla perdita di una persona cara, dalla fine di una storia sentimentale che è stata importante o, semplicemente, il "dolore" di crescere e farsi carico di nuove responsabilità.
Il dolore, in ogni sua espressione, sottolinea la propria presenza: entra nel corpo, prende i colori delle emozioni, è presente nelle relazioni e investe la persona nel suo insieme e nelle sue dimensioni.
Il dolore, quindi, rappresenta un'esperienza soggettiva nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici e proprio per questo può avere delle ricadute importanti sulla qualità di vita della persona.
Il presente lavoro si avvale della collaborazione tra la S.C. Di Psicologia e la S.C. di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia Antalgica del Dolore Cronico dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli.
Si è deciso di intraprendere questo lavoro nell'ambito della terapia del dolore spinti dalla "curiosità" di indagare ed inserire una strategia di intervento alternativa o co-adiuvante alla terapia farmacologica. L'obiettivo era infatti di indagare, con l'utilizzo dell'induzione ipnotica, un eventuale miglioramento nella gestione della sintomatologia algica e nella percezione di altri aspetti legati alla qualità di vita.

Se il dolore acuto è una sorta di allarme che ci avvisa che qualcosa non sta andando per il verso giusto e tutti gli riconoscono un ruolo indispensabile per la conservazione della salute, il dolore cronico è una sofferenza inutile e vana, diviene esso stesso malattia, portando con sé significati che fino ad ora erano nascosti, una malattia non tanto del corpo quanto dell'anima.

Come sostengono Ercolani e Pasquini (2007), il messaggio che il dolore cronico vuole comunicare non riguarda tanto il corpo, quanto un malessere che non si riesce a comunicare attraverso categorie psicologiche, verbali, facilmente riconoscibili ma, che si evidenzia attraverso il corpo il quale diviene visualizzatore di ansie, paure, rabbia e risentimenti mal riconosciuti ed elaborati, traumi rimossi e identità malformate. Il corpo parla, dunque, un linguaggio difficile, che pur essendo nel corpo, vuole esprimere una difficoltà dell'essere nel mondo, con se stessi e nelle relazioni. Se ad un messaggio nel corpo rispondiamo con attenzioni rivolte solo al corpo, rischiamo di non cogliere quella richiesta di aiuto, spesso non consapevole, che viene comunque gridata dal corpo stesso.

Il nostro lavoro: casi clinici

Obiettivo
L'obiettivo era quello di valutare l'impatto che hanno i fattori emotivi sull'espressività della sintomatologia algica e, di conseguenza, di un intervento psicologico breve e mirato, costituito da una fase psico-educazionale e dall'approccio ipnotico, nel controllo del dolore e sul benessere psicologico di alcuni pazienti con differenti tipologie di dolore afferenti all'ambulatorio. In particolare, si è valutato l'effetto dell'intervento sulla qualità di vita, sulla gestione del dolore, sul sonno e sul disagio psicologico, in termini di stati ansiosi e depressivi derivanti dall'eventuale patologia organica in atto.

Soggetti, strumenti e intervento
Sono stati reclutati, tramite colloquio individuale, pazienti di età compresa tra i 20 e i 60 anni con differenti tipologie di dolore afferenti all'Ambulatorio per la Terapia Antalgica del dolore cronico. Tra questi, sono stati scelti quattro casi rappresentativi.
Prima di essere inserito nello studio, ogni paziente è stato incontrato individualmente dalla psicologa; le informazioni raccolte durante i colloqui individuali hanno permesso di escludere la presenza di precedenti psichiatrici e altri elementi che potevano interferire con il corretto svolgimento dell'induzione ipnotica.
All'inizio e al termine del ciclo di incontri è stata effettuata una valutazione psicodiagnostica.
L'intervento si è svolto nell'arco di 5 incontri a cadenza settimanale della durata di 60 minuti circa, più un colloquio di follow up a distanza di un mese per verificare il mantenimento dei risultati.
La valutazione psicodiagnostica, allo scopo di verificare l'efficacia di questo tipo di intervento comprendeva, oltre il colloquio clinico, la somministrazione di una batteria testistica.
Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti:
– HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS): breve questionario autosomministrato sviluppato per essere utilizzato in pazienti con patologia organica. I 14 items compongono due sottoscale che misurano ansia (7 items) e depressione (7 items). Il paziente è invitato a valutare la presenza del disagio psicologico durante la settimana corrente su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale dunque varia da 0 (assenza di distress) a 42 (massimo disagio). Si tratta di un test ampiamente utilizzato in ambito oncologico ed anche la versione italiana dello strumento ha buone caratteristiche psicometriche;
– VAS (Scala Visivo – Analogica, PJ Scott e EC Huskisson, 1976): consiste in un segmento lungo 10 cm, alle cui estremità si posiziona, a sinistra, l'assenza del sintomo e, a destra, la sua massima gravità; al paziente viene chiesto di collocare tra queste due estremità la gravità del sintomo. Il punteggio viene espresso dai millimetri che intercorrono tra lo 0 e il punto indicato dal paziente;
– QUID – Questionario Italiano del Dolore (De Benedittis e coll., 1994) che consiste in una lista di 42 aggettivi che il paziente deve scegliere tra quelli che meglio descrivono il suo dolore;
– SF-36 (Short Form 36 Items Health Survey) questionario di autovalutazione multidimensionale, breve, di rapida e facile compilazione; tradotto in numerose lingue in quanto inserito nel progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), tiene in considerazione il punto di vista del Paziente e il Suo "Io" interiore. Composto da una scheda contenente 36 domande che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e

L'obiettivo era quello di valutare l'impatto che hanno i fattori emotivi sull'espressività della sintomatologia algica e, di conseguenza, di un intervento psicologico breve e mirato, costituito da una fase psico-educazionale e dall'approccio ipnotico, nel controllo del dolore e sul benessere psicologico di alcuni pazienti con differenti tipologie di dolore afferenti all'ambulatorio. In particolare, si è valutato l'effetto dell'intervento sulla qualità di vita, sulla gestione del dolore, sul sonno e sul disagio psicologico, in termini di stati ansiosi e depressivi derivanti dall'eventuale patologia organica in atto

Il sintomo doloroso della signora Rosa è esordito nel 2002, in relazione temporale con un intervento odontoiatrico ed è andato peggiorando gradualmente. Successivamente, la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici, tutti di esito negativo. La sintomatologia depressiva è esordita in concomitanza con problemi in ambito familiare. All'esordio dell'episodio depressivo si è verificata un'esacerbazione importante del sintomo algico alla cavità orale. Nel tempo, la paziente ha intrapreso numerose terapie con farmaci antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, neurolettici e farmaci antalgici, tutti senza beneficio

la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il Ruolo e lo stato emotivo, la Salute mentale ed il Cambiamento dello stato di salute. Più il punteggio è elevato più è indicativo del benessere della persona.

Casi clinici
Verrà descritta in dettaglio la storia di Rosa che è stata tra le prime pazienti con dolore cronico protratto nel tempo, ad essere sottoposta a questo intervento innovativo, la quale ci ha permesso di sperimentare l'approccio ipnotico ed ampliare la casistica trattata.

Rosa – un caso di sindrome della "bocca urente"

La signora Rosa accede all'Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore nella zona orale caratterizzato da bruciore intenso e dolore da sfioramento alla guancia destra.
Rosa è una signora dall'aspetto sciupato verosimilmente a causa del profondo disagio che sta vivendo in questo periodo.
La collaborazione è buona. La signora si è da subito dimostrata disponibile al dialogo e ansiosa di poter raccontare quello che l'angosciava così tanto.
Riferisce di non essere più in grado di svolgere le normali attività di sempre a causa del dolore e profondo fastidio alla bocca. Mentre racconta è piuttosto agitata e infastidita.
Attualmente riferisce di 'sentirsi strana', lamenta una stanchezza diffusa ("mi sento sfinita") e la incapacità di reagire ("non so più dove sbattere la testa"; cosa che la preoccupa molto in quanto si ritiene "una donna forte che ha sempre lottato di fronte alle difficoltà"); riporta inoltre inappetenza accompagnata da un forte senso di nausea e progressivo calo ponderale per l'impossibilità di alimentarsi correttamente; disturbi del sonno (in particolare difficoltà di addormentamento e di mantenimento del sonno) e irritabilità.
Mentre parla è visibilmente agitata, cambia spesso posizione sulla sedia, muove nervosamente le mani e talvolta è presente una certa labilità emotiva.
Rosa ha 57 anni ed è figlia unica. È sposata da 25 anni con un uomo più grande di lei di due anni. Non ha figli.
Riferisce di avere un rapporto conflittuale con il marito, soprattutto in questo ultimo periodo, in quanto lo sente un po' distante e "poco accogliente" nelle sue richieste di aiuto.
Attualmente non lavora.
Nell'ultimo periodo ritiene di aver avuto cambiamenti rilevanti soprattutto nella salute.

Storia del dolore
Il sintomo doloroso della signora Rosa è esordito nel 2002, in relazione temporale con un intervento odontoiatrico ed è andato peggiorando gradualmente. Successivamente, la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici, tutti di esito negativo. La sintomatologia depressiva è esordita nel 2004, in concomitanza con alcuni problemi in ambito familiare. All'esordio dell'episodio depressivo si è verificata un'esacerbazione importante del sintomo algico alla cavità orale. Nel tempo, la paziente ha intrapreso numerose terapie con farmaci antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, neurolettici e farmaci antalgici, tutti senza beneficio. Giunge al nostro Ambulatorio nell'Aprile 2010 dopo diversi ricoveri, visite specialistiche e altrettanti vani tentativi di arginare tale sensazione di dolore.
La paziente, alla presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso, tipo intenso bruciore localizzato al cavo orale, in particolare all'arcata gengivale superiore con irradiazione al palato e alle labbra e un dolore da sfioramento alla guancia destra. Il bruciore era presente durante tutto l'arco della giornata e si esacerbava in corrispondenza di ansia e situazioni stressanti. Il tono dell'umore era volto al polo depressivo, con tendenza alla labilità emotiva (presente anche nei colloqui) ma senza idee anticonservative. Il pensiero era polarizzato sul sintomo algico. Erano inoltre presenti sensi di colpa nei confronti del marito. Sono emersi diminuzione dell'appetito e alterazione del ritmo sonno-veglia con insonnia all'addormentamento e di mantenimento. Il funzionamento psico-sociale ne risultava compromesso in maniera importante. Sulla base dei dati emersi, si è formulata la

seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Algico (Sindrome della bocca urente - stomatopirosi) e Depressione maggiore, episodio ricorrente (DSM- IV – Tr).
La stomatopirosi o "sindrome della bocca urente" (burning mouth syndrome) contrariamente a quanto si possa pensare, è una malattia di frequente riscontro nella pratica clinica ma di difficile trattamento. La caratteristica principale dei pazienti che ne sono affetti è che soffrono di un bruciore orale diffuso in assenza di lesioni mucose. I sintomi vengono riferiti come bruciore o dolore di gravità variabile, che può essere associato a secchezza delle fauci e ad un'alterata sensibilità gustativa. Altre volte vengono riportate descrizioni bizzarre come "punture di spilli", "freddo tipo ghiaccio" e "carboni ardenti". Le funzioni sensoriali quali la termica e la tattile rimangono in genere inalterate. Il bruciore colpisce la lingua (specie il dorso e la punta), il palato, le labbra, le superfici mucose in rapporto con protesi mobili e più raramente il pavimento della bocca. Nella maggior parte dei casi il bruciore è generalizzato a tutta la mucosa orale. La sintomatologia può insorgere in maniera improvvisa o graduale. Il bruciore talvolta è già presente al mattino e peggiora con il trascorrere delle ore, raggiungendo un'intensità massima nel tardo pomeriggio. I disturbi solitamente hanno un andamento continuo con temporanee remissioni in coincidenza dei pasti, del sonno o di attività che distolgono l'attenzione del paziente.
Da quanto risulta dagli studi, non esiste un trattamento specifico e risolutivo della stomatopirosi. Di volta in volta, per ogni singolo paziente, vanno individuati i fattori causali e quindi l'approccio terapeutico deve essere consequenziale. Anche la signora Rosa, fino ad ora, non ha mai avuto un trattamento che fosse risolutivo e non ha mai intrapreso un trattamento di tipo psicologico.
Già dai primi incontri ci siamo resi conto che informarla sulla natura dei suoi disturbi è stato fondamentale e, in particolar modo, è stato importante rassicurarla che il bruciore orale non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica. La nostra idea era di valutare l'efficacia di un intervento esclusivamente psicologico di prima scelta, ed eventualmente supportarlo, in un secondo momento, con una terapia farmacologica.

Percorso terapeutico ed esito del trattamento
Tenendo presente gli elementi sopra esposti, si è impostato un percorso terapeutico breve e mirato che lavorasse da un lato, sui sintomi di aumentata attivazione fisiologica (ad esempio, le difficoltà di addormentamento, i frequenti risvegli e lo stato di ipervigilanza ed esagerate risposte di allarme) fornendo alla paziente degli strumenti efficaci per meglio gestire tale attivazione fisiologica e per ridurre l'intensità del dolore percepito e dall'altro, sull'integrazione ed elaborazione cognitiva ed emotiva della situazione.
Nel corso delle prime sedute si è lavorato molto sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, necessaria per poter entrare maggiormente in contatto durante la fase di trance al fine di ottenere dei cambiamenti. È stato di fondamentale importanza, come primo passo, tranquillizzare la paziente e normalizzare la situazione facendole percepire la "base sicura" a cui poteva ancorarsi per fronteggiare il suo disagio. Importante, prima di poter avvicinare la paziente all'ipnosi, è stato infatti l'intervento di psicoeducazione, effettuato insieme al medico, in cui le sono state fornite le informazioni necessarie circa la sua patologia e le modalità di trattamento sia psicologico che farmacologico; ciò ha permesso in qualche modo di ri-attribuire un significato alle reazioni che la paziente stava vivendo. Sempre nel corso della stessa seduta è stata somministrata la batteria testistica di cui si riportano i risultati nella tabella 1.

Per quanto riguarda il QUID si è valutato solamente l'aspetto qualitativo delle risposte riferite dalla paziente; in particolare, Rosa descriveva il suo dolore come persistente, fisso e bruciante, come un cane che morde, assillante, deprimente ed angosciante.
Nel corso della seconda seduta, è stata utilizzata un'induzione ipnotica di rilassamento per mezzo della quale la paziente ha avuto un riscontro obiettivo di quanto fosse potenzialmente in grado di rilassarsi perfettamente e di stare bene dentro al proprio corpo; un'esperienza intensa e diretta che è valsa più di molte parole sentite in tutti gli anni passati a cercare di risolvere il suo problema. Si è approfondito lo stato di trance contando lentamente da 1 a 10, in modo che ad ogni numero la paziente potesse fare un passo verso un luogo sereno – il suo "posto al sicuro" – precedentemente concordato e, a mano a mano, che si sarebbe avvicinata il suo livello di rilassamento si sarebbe fatto più profondo e avrebbe avuto la possibilità di percepire se stessa come

La paziente, fino ad ora, non ha avuto un trattamento che fosse risolutivo e non ha mai intrapreso un trattamento di tipo psicologico. Informarla sulla natura dei suoi disturbi è stato fondamentale e, in particolar modo, è stato importante rassicurarla che il bruciore orale non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica. E la nostra idea era un po' quella di valutare l'efficacia di un intervento esclusivamente psicologico di prima scelta, ed eventualmente supportarlo, in un secondo momento, con una terapia farmacologica

Tab. 1.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)		SF-36			
Ansia	13	Attività fisica	45	Ruolo e stato emotivo	66
Depressione	20	Ruolo e salute fisica	75	Salute mentale	56
Totale	33	Dolore fisico	100	Ind. Sint componente fisica	43,57
VAS (Scala Visuo-Analogica)		Salute in generale	35	Ind. Sint componente mentale	38,93
	9	Vitalità	30		
		Attività sociali	50		

Al termine del trattamento Rosa riferisce di aver ottenuto i seguenti benefici: miglioramento della sensazione di bruciore e della sensibilità e reattività al dolore; riduzione dell'attivazione fisiologica; miglioramento del sonno. Riferisce, inoltre, di "riuscire a dormire tranquilla, avere dei momenti della giornata liberi da dolore, aver ripreso le attività di prima ma soprattutto aver ripreso a gustare i cibi senza più provare quel senso di nausea"

una base sicura e di ritornarvi ogniqualvolta lo desiderasse mediante l'installazione del comando post-ipnotico. Ho poi proseguito con la fase di ri-orientamento dello stato di coscienza ordinario, invitando la signora a lasciare il suo posto al sicuro, rinforzandone la piacevolezza e la preziosità delle abilità che gli consentono di accedere ad una simile condizione di sicurezza psicofisica.
L'obiettivo di questa prima fase del trattamento era quello di ridurre, in primo luogo, lo stato di iperarousal della paziente aiutandola a gestire le sue manifestazioni e attivare una risposta di rilassamento mediante la focalizzazione interna dell'attenzione.
Al contempo, per ridurre le problematiche legate al sonno, sono state fornite delle indicazioni riguardanti l'Igiene del Sonno ed è stato consigliato di ricorrere all'utilizzo di tali tecniche qualora avesse incontrato difficoltà all'addormentamento o nel mantenimento del sonno.
È stata poi invitata ad allenarsi, tra una seduta e l'altra, con gli esercizi effettuati in seduta, lasciando a lei la scelta del momento.
Nel corso delle successive tre sedute si è ripreso il lavoro fatto in precedenza ma l'attenzione si è focalizzata sul dolore percepito alla zona orale, motivo dell'invio. Parlando con la paziente è emerso che, all'esordio della sintomatologia, riusciva a trarre un lieve sollievo dal bruciore se gustava una caramella alla menta. In accordo con lei, decidiamo di utilizzare un'induzione cha sfruttasse proprio il canale percettivo del gusto, invitandola a percepire, in stato di trance, il gusto piacevole di una caramella alla menta lasciandosi incuriosire dal suo lento dissolversi nella sua bocca e lasciandosi trasportare dalle sensazioni di benessere (in termini di detensione del dolore e della sensazione di bruciore) che il contatto di quella caramella le procurava all'interno della sua bocca. Si è poi proseguito con l'installazione del comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente.
L'utilizzo della tecnica ipnotica è stata anche un'ottima occasione per far apprendere alla signora una nuova prospettiva di intervento e gestione del dolore nonchè migliorare le sue abilità di coping in modo da renderla meno vulnerabile ai fattori stressogeni dell'andamento quotidiano e più abile nell'affrontarli.
Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 5 sedute durante le quali la paziente ha lavorato costantemente per il superamento del suo disagio ed ha imparato a valutare in modo adeguato le proprie sensazioni fisiche e a gestire la componente algica. Ha modificato le sue convinzioni disfunzionali relative alla sua patologia e alle ripercussioni sulla quotidianità.
Riassumendo, al termine del trattamento riferisce di aver ottenuto i seguenti benefici: miglioramento della sensazione di bruciore e della sensibilità e reattività al dolore; riduzione dell'attivazione fisiologica; miglioramento del sonno.

Tab. 2.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	13	7	**Attività fisica**	45	65	**Ruolo e stato emotivo**	66	79
Depressione	20	10	**Ruolo e salute fisica**	75	75	**Salute mentale**	56	67
Totale	33	17	**Dolore fisico**	52	100	**Ind. Sint componente fisica**	43,57	61,50
VAS			**Salute in generale**	35	67	**Ind. Sint componente mentale**	38,93	57,92
PRE		**POST**	**Vitalità**	30	50			
9		4	**Attività sociali**	50	75			

La paziente riferisce, inoltre, di "riuscire a dormire tranquilla, avere dei momenti della giornata liberi da dolore, aver ripreso le attività di prima ma soprattutto aver ripreso a gustare i cibi senza più provare quel senso di nausea" (tabella 2).

Dal confronto testistico è possibile notare un abbassamento dei valori, indicativi della buona riuscita dell'intervento terapeutico e del mantenimento dei benefici.
È stato poi esplicitato alla paziente la possibilità di un'eventuale ricomparsa di una reattività fisiologica in concomitanza con possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo. Tuttavia, l'aspetto più rilevante è racchiuso nel ricordare alla paziente come, nel corso della terapia, avesse sviluppato abilità specifiche ed acquisito strategie di gestione del dolore che avrebbe potuto applicare nel momento in cui fossero ricomparsi momenti di difficoltà e di crisi.
Si è condivisa con lei anche la convinzione che, un'eventuale ripresa del trattamento, non solo psicologico ma anche da un punto di vista farmacologico, non avrebbe comunque avuto la valenza di "fallimento".

Degli altri tre casi trattati si è deciso di riportare una breve descrizione del percorso terapeutico e i risultati del confronto testistico.

Daniela – un caso di sindrome fibromialgica

La signora Daniela giunge all'Ambulatorio antalgico per un senso di stanchezza diffusa, dolore localizzato e scarsa sensibilità principalmente agli arti inferiori.
Daniela è una signora di 42 anni, sposata da circa 8 anni con un figlio di 6 anni. Attualmente lavora presso l'edicola del marito da circa 2 anni.
Il sintomo doloroso è esordito circa un anno e mezzo fa, senza un apparente motivo, anche se sembra quasi coincidere, in termini di relazione temporale, con l'acquisizione dell'edicola da parte del marito. Da quel momento ha eseguito diverse indagini, sia di laboratorio che strumentali, come la risonanza magnetica nucleare del cervello e del tratto lobo-sacrale della colonna vertebrale e ha praticato diverse terapie mediche, con prevalente utilizzo di analgesici. La negatività dei referti e la risposta non soddisfacente ai trattamenti farmacologici hanno incrementato, col passare del tempo, la preoccupazione di avere una "malattia grave che non si riesce a capire bene cosa sia".
Dal punto di vista fisico, Daniela ha sempre goduto di discreta salute, fatto eccezione un periodo di depressione insorto dopo il parto e trattato farmacologicamente con antidepressivi per circa quattro mesi con remissione soddisfacente della sintomatologia, tanto da consentire la sospensione del trattamento. Due anni più tardi ha incominciato a sviluppare disturbi gastrici, persistenti e fastidiosi, anch'essi trattati con terapia medica prevalentemente a base di antispastici e benzodiazepine, della durata di circa sei mesi. Segue un periodo di riferito benessere fino ad un anno e

Daniela ha eseguito diverse indagini, sia di laboratorio che strumentali, come la risonanza magnetica nucleare del cervello e del tratto lobo-sacrale della colonna vertebrale e ha praticato diverse terapie mediche, con prevalente utilizzo di analgesici. La negatività dei referti e la risposta non soddisfacente ai trattamenti farmacologici hanno incrementato, col passare del tempo, la preoccupazione di avere una "malattia grave che non si riesce a capire bene cosa sia"

Le sedute si sono basate principalmente sul rilassamento muscolare profondo: inducendo il rilassamento muscolare si riduce l'iperattività neurovegetativa alla base della fibromialgia. Come approfondimento della trance ipnotica e per alleviare il dolore e il senso di affaticamento è stata utilizzata un'induzione derivante da una azione che la paziente definisce "un rituale" – il momento della doccia

mezzo fa quando compaiono i sintomi attuali. La storia della paziente richiama l'attenzione sull'importanza di prendere in considerazione i fattori legati alla personalità nella valutazione di un quadro clinico caratterizzato dall'intrecciarsi di componenti psichiche e somatiche.
La paziente, infatti, al momento della presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso localizzato prevalentemente agli arti inferiori sotto forma di pesantezza, presente per la maggior parte del giorno anche in condizione di riposo. Al colloquio è emersa una deflessione del tono dell'umore sul versante depressivo senza idee anticonservative. Il pensiero era polarizzato sul sintomo algico e sulle sensazioni di affaticamento e debolezza. Erano inoltre presenti sensi di colpa per la sua incapacità momentanea ad occuparsi del suo bambino. Sono emersi diminuzione dell'appetito e lieve alterazione del ritmo sonno-veglia di tipo situazionale. Anche il funzionamento psico-sociale ne risultava compromesso.
Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Algico (Sindrome Fibromialgica) in comorbilità con Disturbo dell'Adattamento, con sintomatologia depressiva.
Le sedute si sono basate principalmente sul rilassamento muscolare profondo: inducendo il rilassamento muscolare si riduce l'iperattività neurovegetativa alla base della fibromialgia. Come approfondimento della trance ipnotica e per alleviare il dolore e il senso di affaticamento è stata utilizzata un'induzione derivante da una azione che la paziente definisce "un rituale" – il momento della doccia. Pertanto, con la paziente in stato di rilassamento ipnotico, le si è suggerito di immaginare di trovarsi sotto il getto di una doccia calda e piacevole e di immaginare che l'acqua che scorreva delicatamente su di lei si portasse via con sé il dolore e la fatica che avvertiva sul suo corpo, insistendo sulle sensazioni e sugli effetti benefici che l'acqua calda, scendendo dalla testa fino alle dita dei piedi, le trasmetteva liberandola dal dolore. Si è, quindi, installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. Gli obiettivi erano riuscire a ridurre e a gestire astenia e dolore attivando una risposta di rilassamento mediante la focalizzazione interna dell'attenzione, nonché far ritrovare nel proprio corpo dei momenti di benessere, calma interiore ed un buon rilassamento muscolare. Nel corso delle sedute la paziente ha riferito un effetto sulla sintomatologia che ha portato ad una attenuazione delle principali manifestazioni (in particolare della astenia e del dolore) ed un miglioramento della qualità del sonno come dimostrato dal confronto testistico riportato di seguito (tabella 3).

Re – test della paziente:

Tab. 3.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			**SF-36**					
	PRE	**POST**		**PRE**	**POST**		**PRE**	**POST**
Ansia	7	4	**Attività fisica**	65	74	**Ruolo e stato emotivo**	68	79
Depressione	10	4	**Ruolo e salute fisica**	60	69	**Salute mentale**	60	73
Totale	17	8	**Dolore fisico**	40	80	**Ind. Sint componente fisica**	37,91	78,24
VAS			**Salute in generale**	45	67	**Ind. Sint componente mentale**	43,45	66,02
PRE		**POST**	**Vitalità**	25	84			
7		3	**Attività sociali**	50	100			

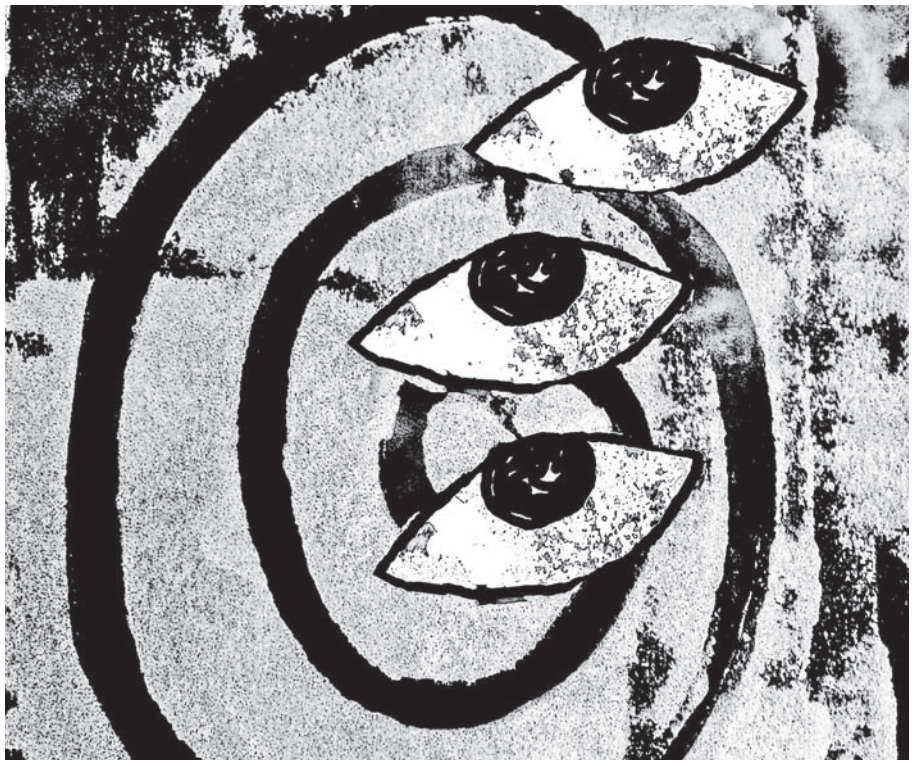
Roberta – un caso di algie toraciche

La signorina Roberta accede all'Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore localizzato alla gabbia toracica sinistra che sembra interferire con la respirazione.
Roberta è una ragazza di 25 anni, figlia unica, che vive con i genitori e frequenta l'ultimo anno di università con un profitto buono.
L'esordio della sintomatologia di Roberta risale ad una ventina di giorni prima e sembra apparentemente non essere il risultato di alcun evento traumatico. La nostra prima ipotesi vista la sintomatologia, ci portava a diagnosticare una frattura o un'incrinatura delle costole, ipotesi scartata con l'esito negativo delle radiografie. La paziente, alla presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso che lei stessa definiva "vivo e trafittivo" e che, per certi aspetti, incuriosiva poiché sembrava arrivare dal nulla. Il dolore era presente per la maggior parte della giornata e si esacerbava in corrispondenza di alcuni momenti o situazioni che la paziente "non sopportava". Il tono dell'umore era in asse. Era presente uno sfondo ansioso che tendeva ad accentuare le difficoltà respiratorie. Il funzionamento psico-sociale non risultava compromesso in maniera importante.
Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Somatoforme NAS (DSM – IV- Tr).
Roberta fino ad allora aveva goduto di buona salute e il fatto di trovarsi in questa situazione e non sapere esattamente la causa del suo malessere la faceva sentire ancora più in ansia. È stato quindi necessario rassicurarla sul fatto che il dolore non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica.
Tenendo in considerazione la sintomatologia esperita dalla paziente, si è pensato di lavorare, in primo luogo, sulla regolarizzazione del respiro, cercando di limitare gli episodi di iperventilazione e, successivamente sul dolore toracico utilizzando la tecnica della traslazione dell'anestesia che prevede la formazione di una zona di anestesia su una parte del corpo diversa da quella colpita da dolore, generalmente una delle mani (nel caso della paziente la mano destra) ed il suo successivo trasferimento sulla zona dolente.
È stato in seguito installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L'obiettivo era quello di distogliere la paziente dal suo dolore suggerendole la sensazione di averlo annientato. Nel corso delle sedute la paziente ha riferito una riduzione del dolore a livello toracico ed una attenuazione degli episodi di iperventilazione.
Nella tabella 4 è riportato l'esito del confronto testistico.

La sintomatologia di Roberta sembra non essere il risultato di alcun evento traumatico. La nostra prima ipotesi ci portava a diagnosticare una frattura o un incremento delle costole, ipotesi scartata con l'esito negativo delle radiografie. La paziente presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso che lei stessa definiva "vivo e trafittivo", Il dolore era presente per la maggior parte della giornata e si esacerbava in corrispondenza di alcuni momenti o situazioni che la paziente "non sopportava"

Tab. 4.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	6	4	Attività fisica	76	89	Ruolo e stato emotivo	68	89
Depressione	4	0	Ruolo e salute fisica	67	86	Salute mentale	70	90
Totale	10	4	Dolore fisico	50	100	Ind. Sint componente fisica	57,01	89,28
VAS			Salute in generale	50	82	Ind. Sint componente mentale	63,23	86,00
PRE		POST	Vitalità	55	100			
8		0	Attività sociali	97	100			



Alessia, affetta da distonia cervicale, giunge all'Ambulatorio di Terapia antalgica per valutare l'eventuale possibilità di integrare la terapia iniettiva con la tossina botulinica con altri blocchi neuromuscolari con anestetici locali. Data la complessità e la peculiarità del caso, in accordo con la paziente, si decide di optare in primo luogo per un trattamento di tipo psicologico breve mirato alla detensione del senso di rigidità nel tratto cervicale

Alessia – un caso di distonia cervicale

La signorina Alessia accede all'Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore localizzato al collo accompagnato da rigidità muscolare accompagnato talvolta a senso di nausea e capogiri.
Alessia ha 26 anni, è figlia unica e vive in famiglia con i genitori. Attualmente non lavora.
La sintomatologia di Alessia è esordita nel 2002, senza un apparente motivo di origine traumatica, con un dolore sordo localizzato al collo e piegamento dello stesso da un lato che si protraeva nel tempo e causava limitazioni funzionali. Per diverso tempo le sono stati somministrati farmaci antiinfiammatori con un sollievo nell'immediato ma scarso beneficio sul lungo termine. Successivamente la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici che però non hanno portato ad una diagnosi definitiva. Alessia nel frattempo notava che alcuni fattori sia esterni che interni portavano ad esacerbazione della sintomatologia, in particolare i cambiamenti climatici repentini o alcune posture da un lato, oscillazioni del tono dell'umore o incremento dell'ansia dall'altro. Dopo un periodo di relativo benessere, nel 2006, in seguito ad una riacutizzazione della sintomatologia e ad una insufficiente risposta alla terapia farmacologica, viene effettuata la diagnosi di Distonia cervicale e proposto un programma riabilitativo, a medio termine, finalizzato a migliorare le problematiche acute e croniche derivanti dalla patologia stessa con blocchi neuromuscolari selettivi con tossina botulinica ogni tre mesi, che riducono la contrazione dei muscoli iperattivi, associati all'esercizio terapeutico.
La distonia cervicale - denominata anche distonia focale - è una sindrome neurologica caratterizzata da contrazioni muscolari prolungate con difficoltà di controllo della muscolatura del capo e del collo.
La paziente, giunge all'Ambulatorio di Terapia antalgica per valutare l'eventuale possibilità di integrare la terapia iniettiva con la tossina botulinica con altri blocchi neuromuscolari con anestetici locali. Data la complessità e la peculiarità del caso, in accordo con la paziente, si decide di optare in primo luogo per un trattamento di tipo psicologico breve mirato alla detensione del senso di rigidità nel tratto cervicale.
Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Algico associato ad una condizione medica generale (Distonia cervicale).
Le sedute hanno utilizzato come punto di partenza il rilassamento muscolare profondo

per poi approfondire la trance ipnotica e ridurre la sensazione di rigidità al collo con la tecnica del fascio di luce.
Con la paziente in stato di rilassamento ipnotico, le si è suggerito di concentrarsi sulla parte del corpo che le faceva male e di immaginare di lasciarsi inondare e avvolgere delicatamente da un fascio di luce purificatrice, pacifica e dorata che scioglie lentamente la tensione e la rigidità che avvertiva sul suo collo portando via con sé questa sensazione sgradevole e, lasciandosi raggiungere e toccare dalla luce in ogni parte di lei rinforzando le sensazioni di beneficio che la luce purificatrice, scendendo dalla testa fino alle dita dei piedi, le trasmetteva liberandola dal dolore. Si è installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L'obiettivo era quello di farle apprendere questa tecnica per poterla utilizzare al domicilio in modo autonomo. La paziente ha riportato un elevato grado di soddisfazione per i risultati ottenuti; in particolare, ha notato una "maggiore fluidità nei movimenti dal capo e una diminuzione della contrazione muscolare".
Tali cambiamenti sono riscontrabili anche dal confronto testistico riportato nella tabella 5.

Tab. 5.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	3	3	Attività fisica	75	75	Ruolo e stato emotivo	68	77
Depressione	2	0	Ruolo e salute fisica	67	72	Salute mentale	83	85
Totale	5	3	Dolore fisico	60	90	Ind. Sint componente fisica	62,39	76,89
VAS			Salute in generale	67	79	Ind. Sint componente mentale	74,00	78,35
PRE		POST	Vitalità	73	86			
6		3	Attività sociali	100	100			

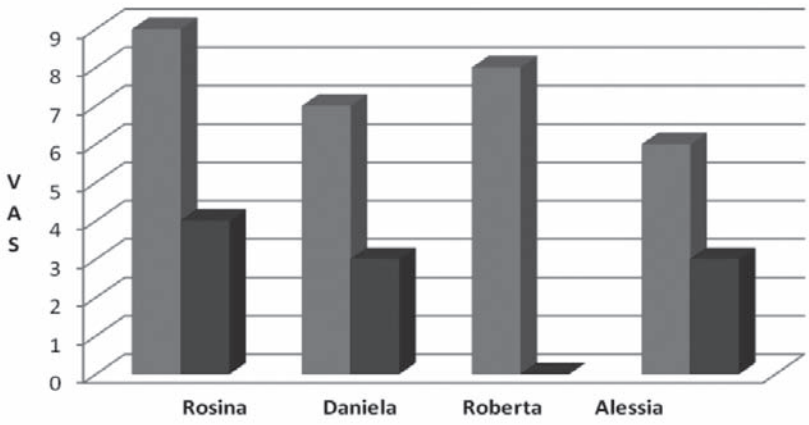
Discussione e Conclusioni

I casi trattati in tale lavoro riguardano aspetti del dolore cronico benigno, il quale rimane un problema di difficile studio, nonostante l'imponente mole di lavori pubblicati.
La scelta di presentare dei casi clinici in cui la componente "dolore" riveste una rilevanza tale da inficiare la qualità di vita e lo svolgimento delle attività quotidiane e porta verso aspetti più nascosti della mente e degli affetti, dei desideri e delle paure, è derivata dalla possibilità di intraprendere un percorso terapeutico che prendesse in considerazione anche un ulteriore approccio di gestione del dolore limitando il più possibile l'utilizzo dei farmaci, al fine di poter valutare la "potenza" dell'ipnosi.
Ed era proprio questo uno degli obiettivi che ci si era prefissati.
L'utilizzo dell'ipnosi presuppone un'integrazione corpo-mente ed un'integrazione paziente-terapeuta; uno degli aspetti essenziali affinchè l'ipnosi possa verificarsi con successo risiede nel fatto che venga stabilita con il paziente una relazione di 'comprensione empatica' che costituisca uno spazio nel quale il paziente si senta riconosciuto ed accettato con i suoi bisogni di rassicurazione, con le sue ansie, le sue paure e la possibilità di esprimere le proprie emozioni.
Tale aspetto di condivisione, all'interno della seduta ipnotica, si concretizza in una sincronizzazione tra paziente e terapeuta. Diviene importante non avere fretta nel

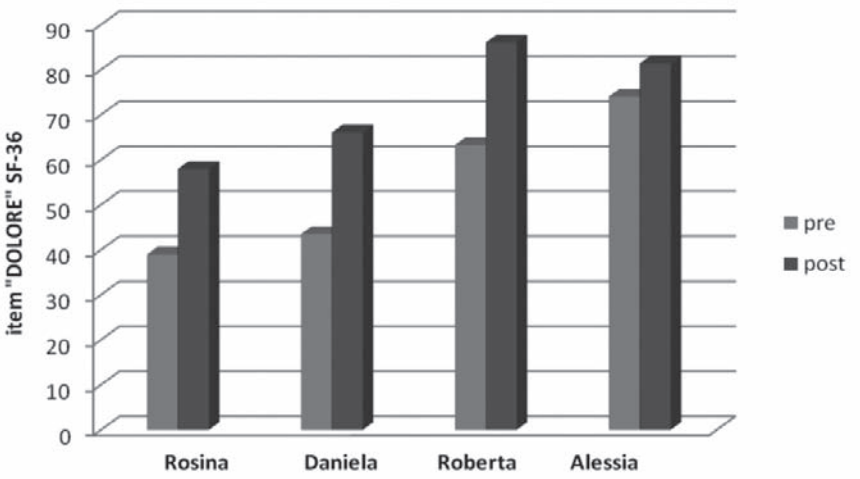
raggiungere dei cambiamenti perché questi arrivano da sé, con i tempi e i ritmi della persona, con le sue caratteristiche di personalità o le sue difficoltà.
Altro aspetto rilevante è che di fronte ad un dolore con una forte componente psicogena l'ipnosi è uno strumento potente, per alcuni casi, nell'estinzione del dolore stesso; quando, invece, si intrecciano componenti somatiche e psichiche è più difficile da estinguere ma l'ipnosi ne facilita la gestione e soprattutto rende il paziente autonomo e "capace di fare qualcosa" per trovare sollievo; non solo vengono dimezzati i tempi di apprendimento, ma si offre alla persona una grande opportunità per gestire i momenti critici o pre-critici, non solo legati all'esperienza di dolore ma più in generale dovuti a situazioni stressanti, in maniera rapida ed efficace con un effetto di beneficio che dura nel tempo e che può essere richiamato ogni volta che la persona ne avverta la necessità.
Ed, inoltre, permette di ritrovare un equilibrio nel rapporto con il proprio corpo, soprattutto quando questo viene negato o tenuto eccessivamente sotto controllo proprio a causa del dolore.
In conclusione, questo lavoro, seppur costituito da un numero ridotto di casi clinici, ha permesso di esplorare in un certo senso la 'reazione' dei pazienti di fronte ad un trattamento "nuovo e sconosciuto", i cui risultati hanno messo in luce un miglioramento della qualità della vita, relativo allo stato generale di salute. Come è stato verbalizzato esplicitamente da alcuni pazienti, durante questo percorso hanno progressivamente abbandonato l'attitudine a crogiolarsi in preoccupazioni e hanno ripreso attività e contatti sociali temporaneamente ridotti a causa della forte imponenza del dolore. In tal senso, si può anche fornire una possibile interpretazione del cambiamento nella sintomatologia ansiosa e depressiva rilevata tramite la HADS.

Per quanto riguarda nello specifico la dimensione dolore, si è riscontrato un abbassamento nella sua intensità percepita dai pazienti al termine dell'intervento psicologico come visibile nei grafici sottostanti.

Confronto VAS PRE/ POST TOTALE



Confronto ITEM "DOLORE" SF – 36 PRE/ POST TOTALE



Il riscontro positivo avuto riguarda proprio l'effetto benefico dell'ipnosi sul controllo del dolore nel corso della giornata favorendo l'apprendimento di nuove strategie da utilizzare in maniera autonoma ed, al contempo, facilitando la costruzione di una nuova relazione con il corpo incrementando il senso di autocontrollo e stimolando il reperimento di risorse individuali.

* Alessandra Di Cola, Psicologa Psicoterapeuta.
** Patrizia Colombari, Dirigente Psicologo Responsabile Struttura Complessa di Psicologia, ASL "VC".
*** Dr. Massimo Cianfanelli, Dirigente Medico Struttura Semplice Terapia Antalgica del Dolore Cronico – Struttura Complessa Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica, Ospedale S. Andrea, Vercelli.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

American Psychiatric Association (2002) *DSM IV – Text Revision*. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, Milano.
Ballantyne J.C. (2006) *Trattamento del dolore. Il manuale del Massachusetts General Hospital*. Lippincott Williams & Wilkins.
Bonica J.J. (1985) *Treament of cancer pain: current status and future needs*. In: Fields H.L., Dubner F., Cervero F., (eds.) *Advances in pain research and therapy,* vol. 9. Raven Press, New York, pagg. 589-616.
Cilia S., Sica C. (1998) *Assessment Cognitivo Comportamentale: le strategie CBA 2.0*. Tecnoscuola, Gorizia
Corli O. (1988) *Che cos'è la medicina palliativa*, in Corli O. (ed.) Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia. Città Nuova, Roma.
Davison G.C., Neale J.M. (2000) *Psicologia clinica*. Zanichelli, Bologna.
De Conno F., Martini C., Zecca E. (1996) *Fisiopatologia e terapia del dolore*. Editore Masson, Milano.
Del Castello E., Casilli C. (2007) *L'induzione ipnotica. Manuale pratico*. Franco Angeli – Psicoterapie, Milano.
D'Zurilla T. J., Goldfried M. R. (1971) *Problem solving and behavior modification*. Journal of Abnormal Psychology, vol. 78, pagg. 107-126
D'Zurilla T. J. (1986) *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. Springer, New York.
Ercolani M., Pasquini L. (2007) *La percezione del dolore*. Il Mulino, collana "Itinerari", Bologna.
Foley K.M. (1979) *Pain syndromes in patients with cancer*. In: Bonica J.J., Ventafridda V. (eds.), Advances in pain research and therapy, vol. 2 Raven Press. New York. 59-75.
Galeazzi A., Meazzini P. (2004) *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti Editore, Firenze.
Granone F. (1989) *Trattato di ipnosi*. Volume 1 e 2. UTET, Torino.
Giusti E. (2007) *Tecniche immaginative. Il teatro interiore nelle relazioni d'aiuto*. Sovera Multimedia s.r.l., Roma.
Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003) *Manuale pratico di Psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
Goldwurm G.F., Sacchi D., Scarlato A. (1993) *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*. Franco Angeli.
Herbert C., Didonna F. (2006) *Capire e superare il trauma*. Centro Studi Erickson, Trento.
Hoffmann Bernt H. (1980) *Manuale di training autogeno*. Casa Editrice Astrolabio, Roma.
Horowitz M. J. (1986) *Stress responses sindrome*. Aronson, Northvale.
Marchi I., (2002) *Teoria e pratica del Training Autogeno*. Demetra, Milano.
Maritano M. (2003) *Dolore e dolori. Manuale di diagnosi e terapia*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
Markham U. (1993) *La visualizzazione. Immagini per dominare la realtà*. Xenia Edizioni, Milano.
Marnati L. (1996) *Il rilassamento*. Xenia Edizioni, Milano.
Mascetti G.G., (1994) *Gli ormoni, i neurotrasmettitori, il sistema immunitario e il comportamento*. Domeneghini Editore, Padova.
Mercadante S., Ripamonti C. (2000) *Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro*. Masson
Pellegrino F. (2008) *Il dolore. Aspetti psicologici e psicopatologici*. Mediserve s.r.l., Milano.
Reitano M.S. (a cura di) (1986) *Psicofisiologia dello stress*. Kappa, Roma.
Regnard C.F.B., Tempest S., Toscani F. *Manuale di medicina palliativa*. 3° edizione italiana. CIS Editore.
Rolla E., Manca M. (1984) *Il rilassamento muscolare secondo Jacobson*. Terapia del comportamento, vol. 1, 95-108.
Sanavio E. (1991) *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. Nis: La Nuova Italia Scientifica, Roma.
Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Zotti A.M. (1997) *CBA 2.0 – Cognitive Behavioural Assessment 2.0*: Scale Primarie. O.S., Organizzazioni Speciali, Firenze.
Schultz H.G. (1968) *Il Training Autogeno. Esercizi Inferiori*. Feltrinelli, Milano.
Torta R., Mussa A. (1997) *Psiconcologia. Basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*. Centro Scientifico Editore, Torino.
Torta R., Mussa A., (2000) *Psiconcologia*. Centro Scientifico Editore, Torino.
Ventafridda V. (1990) *Providing continuity of care for cancer patients*. J. Psychosocial Oncology. Vol. 8(2/3).

Sito http://www.aisd.it/tiengobellucci.php

The hypnotic approach in the management of pain: clinical cases

Pain is a subjective experience in which physical and emotional states are intertwined and as such may have important effects on the quality of people's lives.
This work relies on the collaboration between the S.C. di Psicologia and the S.C. di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia Antalgica del dolore cronico – of Ospedale S. Andrea in Vercelli and aims to assess the possible impact of a brief psychological intervention and targeted, consisting of a psycho-educational phase and hypnotic approach control of pain and the psychological well-being of some patients with different types of pain related the clinic. In particular, we describe some representative clinical cases, in which he evaluated the effect of the intervention on quality of life, pain management, sleep and it has been psychological distress in terms of anxiety and depression arising from any organic pathology in place.
The choice to present clinical cases in which the component of pain is of sufficient magnitude to affect the quality of life and daily activities comes from the possibility of undertaking a course of treatment that would also address another management approach pain as possible by limiting the use of drugs, in order to assess the "power" of hypnosis.
The work, though consisting of a small number of clinical cases, allowed to explore some how, the 'reaction' patient facing a treatment "new and unknown", the results revealed an improvement in the quality of Life on the general state of health also received in the form of resumption of activities and social contacts temporarily reduced due to the strong imposing pain.
As far as specific pain dimension, there was a decrease in its intensity perceived by the patients at the end of the psychological intervention. The positive feedback was just about the beneficial effect of hypnosis to control pain during the day by encouraging the learning of new strategies to be used independently and at the same time facilitating the construction of a new relationship with the body by increasing the sense of self-control.

Borderline: come?

La collocazione nosografica del disturbo borderline presenta aspetti problematici riferibili anche allo specifico approccio a cui viene fatto riferimento. Sono descritti elementi di forza e criticità degli approcci strutturale, categoriale, dimensionale ed eziopatogenetico; sono inoltre delineati i concetti fondamentali dei principali modelli teorici esplicativi, proposti in ambito psicoanalitico, cognitivo-comportamentale e analitico-esistenziale. Sono, di seguito, riportati brani di soggetti borderline o di loro conviventi

LUCIO DEMETRIO REGAZZO, ALFRIED LÄNGLE, FULVIA GABRIELI

La condizione borderline: approcci nosografici e modelli teorici a confronto

Nell'accostarsi all'oggetto di studio "borderline" se ne può ricavare la sensazione di un territorio piuttosto insidioso e di difficile penetrabilità, in cui le mappe che lo descrivono risultano spesso molto diverse tra loro e possono apparire, ad un primo esame, vagamente disorientanti.

Importanti interrogativi sono al centro di un dibattito sempre aperto, tutt'ora in corso, negli studi di clinici e ricercatori impegnati a dare una risposta ad un malessere che nella società si manifesta con frequenza sempre maggiore e che, pur articolandosi in molteplici sfaccettature, sembra tuttavia avere contorni comuni. Una delle domande più rilevanti riguarda la questione se sia possibile una descrizione nosografica di una condizione patologica borderline o se invece questo termine sia utilizzato come una sorta di contenitore vuoto in cui inserire tutti quei casi non meglio diagnosticabili in altro modo. Nell'approfondire tali interrogativi ci si può addentrare in un percorso che si snoda attraverso quattro principali tipi di approccio alla definizione nosografica della fenomenologia borderline: strutturale, categoriale, dimensionale ed eziopatogenetico, ognuno dei quali presenta specifici punti di forza e criticità.

Pilastro fondamentale dell'approccio nosografico strutturale sono le concezioni teoriche di Kernberg (1981, 1984), il quale considera l'"organizzazione borderline" come una possibile struttura della personalità, differenziabile da quella nevrotica o psicotica sulla base di un diverso percorso evolutivo e di differenze nelle dinamiche intrapsichiche riguardanti, in particolare, il grado di integrazione dell'identità, le modalità difensive e l'esame di realtà. La diagnosi strutturale si fonda sui criteri inferenziali del colloquio clinico, teso a verificare la presenza di aspetti specifici e aspecifici di funzionamento psicologico. Nel complesso, se da un lato la classificazione strutturale si presenta coerente e chiara, dall'altro, il fatto di consentire un raggruppamento all'interno di confini troppo estesi di quadri psicopatologici eterogenei tra loro, può rappresentare uno dei principali aspetti problematici. Infatti quelli che attualmente sono classificati nel DSM-IV-TR come Disturbi di Personalità sia di tipo A che di tipo B, secondo la visione strutturale sarebbero accomunati da una stessa sottostante qualità organizzativa definibile come "borderline". È forse questo aspetto che può aver prodotto nel corso del tempo un uso eccessivo e inadeguato di questa etichetta nosografica, nel semplice tentativo di ovviare ad una certa confusione diagnostica.

Si fonda sull'approccio categoriale, invece, la proposta del DSM-IV-TR (APA, 2000), di inserire il Disturbo Borderline di Personalità nel gruppo B dell'asse II. Dei nove criteri diagnostici che lo riguardano, almeno cinque sono sufficienti per includere un

La complessità delle procedure, l'eterogeneità dei modelli teorici e la sostanziale giovinezza della disciplina, hanno fatto sì che a tutt'oggi non sia ancora disponibile un sistema di classificazione dimensionale empiricamente validato e idoneo alle esigenze della pratica clinica. Inoltre i modelli dimensionali fanno generalmente riferimento alle teorie dei tratti, mentre più recentemente si sono sviluppate concezioni della personalità basate su aspetti processuali piuttosto che dimensionali, il che rende estremamente problematico identificare le variabili da studiare, le procedure di rilevazione e le tecniche di analisi dei dati

soggetto in tale categoria: sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono, relazioni interpersonali intense ed instabili caratterizzate alternativamente da iperidealizzazione e svalutazione, alterazione dell'identità, impulsività in almeno due aree (abuso di sostanze, guida spericolata, sessualità promiscua, abbuffate, spese compulsive), comportamento automutilante o gesti suicidari, instabilità affettiva, sentimenti cronici di vuoto, difficoltà di controllo della rabbia, ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori. L'aspetto volutamente ateorico e puramente descrittivo del DSM offre opportunità di ampio scambio di conoscenze tra studiosi di orientamenti teorici diversi, la semplicità della sua struttura dicotomica permette di prendere decisioni chiare e condivisibili, pur tuttavia anche il sistema classificatorio categoriale presenta diversi punti deboli. I criteri stabiliti sono da considerarsi sempre provvisori, frutto di un lavoro in continuo cambiamento. L'alta percentuale di codiagnosi, nel Disturbo di Personalità Borderline in particolare (spesso diagnosticato in comorbilità con altri disturbi di asse II o I, come Disturbi dell'Umore, Disturbi Correlati a Sostanze, Disturbi dell'Alimentazione, Disturbo Post-traumatico da Stress e Disturbo da Deficit d'Attenzione/Iperattività), induce ad interrogarsi sull'adeguatezza delle categorie stesse e dei criteri diagnostici che le definiscono. Inoltre, basandosi su di un sistema di tipo politetico, talvolta i soggetti diagnosticabili come borderline possono risultare talmente eterogenei, da indurre a chiedersi se il fatto di riunirli all'interno di uno stesso confine non sia sostanzialmente un atto artificioso.
Una possibile compensazione delle criticità del sistema categoriale è offerta dall'approccio dimensionale alla diagnosi, una visione che postula una differenza tra salute e malattia di tipo quantitativo anziché qualitativo, riconoscibile, cioè, grazie a "valori di soglia" in grado di segnalare la disfunzionalità di aspetti psichici collocabili lungo un continuum. Se la concezione classificatoria categoriale si fonda sul principio nomotetico, ossia raggruppa individui differenti sotto la stessa etichetta diagnostica purché soddisfino criteri stabiliti, la logica dimensionale, al contrario, basandosi sul principio idiografico, massimizza le differenze interpersonali, collocando ogni individuo in un punto preciso di una dimensione e differenziandolo da tutti gli altri. Diverse ricerche condotte con appositi strumenti testistici avrebbero rilevato la possibilità di riconoscere nei soggetti borderline valori più elevati in alcuni aspetti dimensionali, come la ricerca di novità, l'instabilità emozionale e l'impulsività. Tuttavia la complessità delle procedure, le difficoltà inerenti all'eterogeneità dei modelli teorici (che talvolta propongono un'identica terminologia per definizioni concettuali non sovrapponibili) e la sostanziale giovinezza della disciplina, hanno fatto sì che a tutt'oggi non sia ancora disponibile un sistema di classificazione dimensionale empiricamente validato e idoneo alle esigenze della pratica clinica. Inoltre i modelli dimensionali fanno generalmente riferimento alle teorie dei tratti, mentre più recentemente si sono sviluppate concezioni della personalità basate su aspetti processuali piuttosto che dimensionali, il che rende estremamente problematico identificare le variabili da studiare, le procedure di rilevazione e le tecniche di analisi dei dati.
Sul versante dell'approccio eziopatogenetico, invece, diversi modelli teorici hanno cercato di individuare quello che può essere considerato il "disturbo nucleare" alla base della condizione borderline, cioè un elemento distintivo, da un punto di vista nosografico, capace di renderla distinguibile da altri tipi di psicopatologia.
Ad esempio, nella particolare visione di Marsha M. Linehan (2001), il nucleo patognomico del disturbo sarebbe identificabile nella disfunzionalità del sistema di regolazione delle emozioni. La vulnerabilità emotiva del soggetto, di natura biologica (alta sensibilità agli stimoli ambientali, notevole intensità delle emozioni e lento ritorno allo stato emotivo di base) si troverebbe in interazione reciproca e circolare con un ambiente invalidante, un ambiente cioè in cui l'espressione dei propri stati interni, non solo non viene riconosciuta e validata, ma spesso non considerata o addirittura punita, con conseguenze fortemente perturbanti sulla capacità di riconoscere e gestire il proprio mondo emozionale. A partire da un'impostazione teorica di tipo cognitivo-comportamentale, organizzata sulla base dei postulati fondamentali della filosofia dialettica, M. M. Linehan interpreta le manifestazioni del disturbo borderline come un fallimento nella capacità dell'individuo di sintetizzare aspetti antitetici e paradossali della realtà, e considera compito della terapia quello di contribuire alla costruzione di nuovi significati, in grado di sbloccare e ridare stimolo al percorso evolutivo psicologico della persona.
Ancora, in ambito cognitivo-comportamentale, Beck e collaboratori (1990, 1996) hanno individuato il centro della patologia nell'espressione di tre postulati mentali:

l'idea che il mondo sia malevolo e pericoloso, la convinzione di essere particolarmente fragili e vulnerabili, e infine il pensiero di essere inaccettabili e perciò destinati all'abbandono.
Per quanto riguarda i modelli teorici elaborati in ambito psicoanalitico, mentre Kernberg, come abbiamo visto, descrive il disturbo nucleare come conflitto in grado di attivare la scissione difensiva di rappresentazioni di sé e dell'oggetto in coppie polarizzate, altri autori hanno evidenziato aspetti di deficit alla base della condizione borderline: deficit nello sviluppo narcisistico (Kohut, 1971); mancanza di rappresentazione di un oggetto interno con funzione di holding (Adler e Buie, 1979); carenza nello sviluppo delle funzioni metacognitive (Fonagy e coll., 2002); deficit nelle doti di accoglienza materna come attivatore di un conflitto tra bisogni esplorativi e bisogni di protezione (Masterson e Rinsley, 1975).
Ad una prima analisi, l'approccio eziopatogenetico sembra delineare il disturbo borderline secondo modalità differenti e apparentemente inconciliabili. Tuttavia un'interessante proposta integrativa proviene da G. Liotti (1994), che invita a considerare come, alla base di disturbi nucleari tanto diversi, possa esservi un elemento di sviluppo comune, ossia la modalità di "attaccamento disorganizzato" e i corrispondenti "modelli operativi interni" che ne derivano. Tale tipologia di attaccamento si differenzia da altre possibili forme (attaccamento sicuro, evitante, resistente), per la particolare incoerenza dei vissuti interiori e dei comportamenti del bambino nei confronti della figura di attaccamento, rilevabili attraverso lo strumento della "strange situation" (Ainsworth, 1978).
Alcuni studi hanno evidenziato una correlazione tra lo stile di attaccamento disorganizzato e l'esistenza di lutti o traumi non elaborati nel genitore, che possono renderlo imprevedibile, violento o semplicemente spaventato. Genitori "frightened/frightening", cioè "spaventati e che incutono paura" (secondo la definizione di Main e Hesse, 1990, 1992), possono attivare nel bambino un conflitto insolubile tra il bisogno di vicinanza protettiva e il bisogno di allontanamento dal genitore divenuto fonte di pericolo. I "Modelli Operativi Interni" ("Internal Working Models", Bowlby, 1976), strutture della memoria implicita contenenti la rappresentazione della relazione sé-genitore e responsabili dello specifico stile di attaccamento, oscillano in modo incoerente nello stile di attaccamento disorganizzato fra coppie polari formate da "salvatore", "persecutore" e "vittima". É evidente, dunque, la possibile analogia fra il concetto di scissione delle rappresentazioni oggettuali proposto da Kernberg e lo stile polarizzato e contraddittorio dei modelli operativi interni caratteristici dello stile disorganizzato di attaccamento. Inoltre, alcune ricerche su bambini in età scolare con questo tipo di attaccamento genitoriale, hanno rilevato una correlazione con un ridotto o disfunzionale utilizzo delle capacità metacognitive, funzioni che sono anche il prerequisito della possibilità di regolare le emozioni.
In sintesi, un modello che descriva la condizione borderline individuando il concetto di attaccamento disorganizzato come nucleo eziopatogenetico, sembra essere compatibile tanto con le principali interpretazioni di matrice psicoanalitica, quanto con quelle cognitivo-comportamentali.
Tuttavia, pur potendo essere eletto a disturbo nucleare della patologia borderline, lo stile di attaccamento disorganizzato non è necessariamente l'unico fattore di rischio contemplabile. Alcuni studi sembrano infatti evidenziare complessivamente cinque possibili fattori eziopatogenetici: danni cerebrali, prevalentemente a livello della regione orbito-limbico-frontale, caratteristiche di predisposizione genetica, esposizione a modelli di comportamento disfunzionale in un ambiente familiare problematico, fattori endogeni o esogeni perturbanti il funzionamento cognitivo minimo necessario per la strutturazione evolutiva della personalità, fattori sociali come la disgregazione dei valori tradizionali caratteristica delle società occidentali attuali. É dunque importante sottolineare che, nel parlare di eziopatologia, non si può fare riferimento ad una semplicistica logica di causalità lineare, ma piuttosto ad un'interazione circolare multifattoriale, di tipo bio-psico-sociale (Paris, 1995).
In quest'ottica s'inserisce anche una visione del tutto peculiare della condizione borderline, quella del modello teorico analitico-esistenziale, che offre importanti concettualizzazioni e opportunità di confronto con le teorie a cui si è fatto precedentemente riferimento. Secondo l'approccio analitico-esistenziale di lingua tedesca – "Esistenzanalyse" – che fa capo ad Alfried Längle il DPB è un'entità diagnostica ben definita e distinguibile da altre. Essa si caratterizza primariamente sul piano dell'Io – essere se stesso –: essere una persona con propria autenticità e chiara identità.

I possibili fattori eziopatogenetici sembrano essere cinque: danni cerebrali, caratteristiche di predisposizione genetica, esposizione a modelli di comportamento disfunzionale in un ambiente familiare problematico, fattori perturbanti il funzionamento cognitivo, fattori sociali. Non si può fare riferimento ad una semplicistica logica di causalità lineare, ma piuttosto ad un'interazione circolare multifattoriale, di tipo bio-psico-sociale. In quest'ottica s'inserisce anche una visione del tutto peculiare della condizione borderline, quella del modello teorico analitico-esistenziale

Diversamente dai pazienti isterici, narcisistici, paranoici il soggetto boderline non s'interessa a esprimersi attraverso fatti clamorosi, all'autostima, alla reciproca comprensione in una relazione interpersonale, però s'interessa di poter pervenire a sentire se stesso. Egli è intento a costruire attraverso la relazione con il proprio corpo, con la propria psiche o con altre persone un "self", ma ciò è perseguito impulsivamente

Il soggetto boderline cerca di superare questa mancanza attraverso la relazione con altre persone. La sofferenza della psicopatologia boderline è quella di un dolore insopportabile che crea una tensione vissuta come autodistruttiva in quanto annienta l'identità dell'Io e conseguentemente la sua personalità. Il vuoto esistenziale (dolore, sofferenza) riflette la mancanza di un intimo rapporto con se stesso. Il paziente non riesce a "sentirsi" basandosi esclusivamente su di sé "in modo autogeno" quando è solo e quindi stabilisce relazioni intense distorte e fluttuanti con altri o utilizza metodi autolesivi (es: tagliuzzarsi, ubriacarsi, vomitare). Diversamente dai pazienti isterici, narcisistici, paranoici, al soggetto boderline non interessa esprimersi attraverso fatti clamorosi, l'autostima, la reciproca comprensione in una relazione interpersonale, però gli interessa di poter pervenire a sentire se stesso. Egli è intento a costruire attraverso la relazione con il proprio corpo, con la propria psiche o con altre persone un "self", ma ciò è perseguito impulsivamente. Secondo il modello strutturale dell'analisi-esistenziale si tratta di un disturbo dell'autenticità (terza motivazione fondamentale: il tema dell'essere se stessi), unitamente alla tematica delle relazioni e dei sentimenti (seconda motivazione fondamentale: il tema della relazione con la vita). Al paziente piacerebbe vivere però non si sente legittimato, invitato, amato e in questo si riscontra il perdere se stesso che forma la base della scissione: vivere ma non sentirsi vivendo. La scissione non riguarda solo l'Io rispetto a se stesso ma l'Io rispetto al mondo. Egli riscontra un mondo diviso separato in parti contrapposte e contraddittorie come – a titolo esemplificativo genitori che hanno progetti e modalità educative nei confronti dei figli opposte –. Il suo Io è configurato nello stesso modo della sua rappresentazione della realtà: comunque divisi e inconsistenti. La sua reazione è agire per rispondere alla scissione. Diversamente dalla psicoanalisi la scissione non è motivo per lo sviluppo di una struttura boderline ma contrariamente è conseguenza di un'esperienza primaria di scissione di sé e della realtà. Lo sviluppo del boderline nell'AE non dipende dall'evolversi di strategie di difesa (come sostiene Kernberg) ma inizia da momenti esperienziali in modo fenomenologico. Il paziente vive soprattutto a livello immaginativo e fantasmatico e in questo modo decodifica la realtà; quando la realtà minaccia una sua costruzione immaginativa, sente il "self" in pericolo. Per proteggersi sceglie un'immagine opposta che porta alla ben conosciuta instabilità relazionale.
Anche l'AE ritiene possibili e osservabili concause predisponenti il disturbo: genetiche; malattie encefaliche o dipendenze come l'alcolismo; esperienze traumatiche come la mancanza dell'incontro con l'altro; le manipolazioni nelle relazioni parentali; la perdita di figure di riferimento fondamentali, del dialogo o violenze subite in fase evolutiva.

RACCONTI DI SOGGETTI BORDERLINE[1]

"Io creo sogni, voi li uccidete.
Vorrei morire ubriaca per vomitare
davanti alle portedell'inferno."

"Cercherò di spiegare in maniera molto semplice cosa significa essere borderline.
Borderline è come camminare su un filo sottile... sei in bilico e rischi sempre di cadere.
È autolesionismo, umore altalenante, disturbi dell'alimentazione, pensieri ambivalenti, paura dell'abbandono, scatti d'ira e rabbia repressa, richiesta di conferme continue, richieste di attenzioni, amore. È un gran casino in testa. Prima la pensi in un modo, dopo due secondi la pensi in un altro. E la tua felicità è in balìa degli altri. Borderline è avere un vuoto dentro che nessuna persona e nessuna cosa riuscirà mai a riempirti. É voler dare a tutti i costi un senso all'esistenza, ma non riuscire a trovarlo. É correre senza una meta, e non riuscire mai ad arrivare da nessuna parte, e le poche volte che ci riesci, ti accorgi che non ti basta, e allora continui a correre".

Rabbia, fluttuazione, solitudine

"Il mio amico scoppia solitamente con chi ama. In un certo periodo della sua vita trattava malissimo me e i suoi familiari e, nel contempo, riusciva a essere amabile con i conoscenti."

"Il nostro futuro è restare da soli. Per quanto mi riguarda mi sto già abituando all'idea. Non sto giustificando il mio comportamento, sia chiaro, ma è evidente che per colpa dei nostri problemi (soprattutto gli assurdi sbalzi d'umore) non potremmo mai avere una relazione stabile (sia d'amore che d'amicizia). Chi sarebbe disposto a prendersi la briga di stare dietro a noi e a tutte le nostre paturnie? Nessuno, perché facciamo impazzire anche le persone più pazienti di questo mondo."

"Persino la psicologa mi ha fatto capire che avere a che fare con me era veramente difficile. Allora, che ho fatto, gran testa di cavolo che sono (per non dire altro): invece di riflettere su questa cosa, e vedere di cambiare, me ne sono andato, scomparso, dalla terapia, con gran rammarico, anzi, direi disperazione. Inutile dire che anche nelle relazioni extra-terapia mi sono comportato male, avendo fatto soffrire diverse persone; senza contare i disastri sul lavoro, avendo preso decisioni d'impulso, che adesso non sto a raccontare, e che sono irreversibili. A volte penso che a soggetti come noi, come me, ci voglia un bel trauma, di quelli che gli facciano mettere con i piedi per terra: magari impareremmo a rispettare la gente, ed a rispettare noi stessi".

Manipolazione e antisocialità

"No! La manipolazione, come la chiamate voi, è un bisogno. Un bisogno d'amore. Faccio di tutto per piacere perché ho bisogno di colmare il vuoto che sento nel cuore. Il vuoto che si sente non è altro che una mancanza che si tenta di riempire, in qualunque modo, a qualunque costo. Una volta in una lettera scrissi: ..... se parlaste con un cieco, non potreste mai arrabbiarvi con lui perché non capisce quando provate a descrivergli il sole. È fisiologico non comprendere, almeno fino in fondo, certe situazioni per chi non c'è passato...".

"Il tremendo bisogno d'amore che si ha dentro, porta a fare delle cose estreme. Non credo sia manipolazione. Non manipolo nessuno. Semplicemente ho un comportamento che porta gli altri ad assecondarmi. Non lo so perché. Una persona comune non basta, perché alla fine non si sa più dove si sta andando. Sembra sempre di esser fermi. E poi, il border ha bisogno di coinvolgimento. Se manca questo, allora manca tutto. Si ha sempre bisogno di imput, di stimoli. La gente comune di solito le esprime le proprie emozioni. E io traccio la strada in base a queste".

"Il border ha bisogno/desiderio/voglia di sentirsi diverso dagli altri. Lui non deve sentirsi un numero. Deve avere continuamente certezze, per questo a volte mette gli altri alla prova, manipola (consapevolmente o inconsapevolmente). Per chi è accanto é dura, lo so".

"Io avevo un amico borderline che non faceva altro che descrivermi le sue ubriacature online nonché il suo procurarsi tagli. Un giorno è arrivato a scrivermi: ora mi taglio le vene. Non ci ho più visto e gli ho detto basta; non volevo più assistere a questi suoi momenti e non volevo essere sua complice, tanto quello che dicevo per aiutarlo non serviva a niente. Doveva rendersi conto di quello che stava facendo a me, rendendomi partecipe e impotente nell'osservare il suo momento di autolesionismo da lontano. So di essere stata molto estrema ma ero veramente al limite della sopportazione. Mi rendo conto che essere terapeuti di persone così deve essere molto difficile".

"Non importa se il professor C., quando parla di antisociale sostenga proprio la similitudine tra borderline criminali; per me è fantasiosa. Il tratto peculiare che contraddistingue il paziente antisociale dal paziente borderline è la mancanza di rimorso, del senso di colpa. Un paziente spesso freddo nel racconto dei dettagli anche di eventuali atti violenti se non addirittura di omicidi singoli o seriali. Tendono a mostrare un comportamento irritabile e aggressivo verso gli altri e ad essere cinici e sprezzanti

«Non importa se il professor C., quando parla di antisociale sostenga proprio la similitudine tra borderline criminali; per me è fantasiosa. Il tratto peculiare che contraddistingue il paziente antisociale dal paziente borderline è la mancanza di rimorso, del senso di colpa»

«Sono amico da molti anni di un uomo diagnosticato boderline. Condividiamo un aspetto fondamentale: l'omosessualità. Lui da sempre pronuncia frasi-macigno nei miei confronti per umiliarmi. In molte occasioni si è lasciato sfuggire senza intenzionalità frasi che mi hanno profondamente umiliato. L'avrei preso a schiaffi se non avessi saputo della sua situazione mentale»

nei confronti dei sentimenti e delle sofferenze altrui. Cosa che nel borderline non succede affatto. Ecco, adesso ditemi cosa c'entra l'antisocialità. Prima sull'autobus stavo pensando che siamo sì criminali, ma di noi stessi; facciamo male soltanto a noi. Secondo me".

"Forse gli unici tratti uguali sono l'impulsività e l'irresponsabilità. Ma non mi puoi paragonare un borderline a un criminale. Ok, ma non tutti! Ognuno è un mondo a sé; c'è chi lo fa e chi no.
Io personalmente non mi considero una criminale.... ancora no".

"Puoi mandarmi anche il Papa. Criminale o non criminale, non è questo il punto! Dietro, ti assicuro che c'è molto di più. Ma se ci si fissa su criminale, sì o no?, il resto - che è molto più importante - lo si tralascia."

"Ho avuto una relazione con un ragazzo diagnosticato borderline. Inizialmente: affetto, premura attenzioni continue. Era sempre lui che chiamava e decideva le uscite. La prima volta che gli ho chiesto io di uscire, ha accettato con fatica e durante la serata ha mostrato continue oscillazioni d'umore repentine. Alla fine della serata mi ha detto di non volere niente di serio con me. Dopo un po' di tempo mi ha chiamato e ci siamo riappacificati. Da allora le fluttuazioni sono state quotidiane profonde e dolorose. La gamma delle sue reazioni è stata piuttosto vasta: è colpa tua [epiteti non trascrivibili] devi morire; sinché una notte è piombato a casa mia ed ha iniziato a tagliarsi gambe, schiena e petto. Dopo un ricovero in psichiatria si è riavvicinato a me ma continua ad offendermi pesantemente con i soliti epiteti. Ora non mi vuole più vedere. Smetto di scrivere perché sono sfinita. So che la mia è una domanda sciocca, ma cosa devo fare?".

"Ho conosciuto una donna di 34 anni affetta da questo disturbo e mi sono lasciato trascinare in una relazione. Nei primi mesi nonostante difficoltà e con molta pazienza le cose procedevano abbastanza bene e il suo stesso psichiatra aveva riferito miglioramenti intercorsi alla relazione in quanto non era un codipendente ma una figura importante. Un mese fa mi lascia improvvisamente ed ha via via sviluppato sintomi gravi di depersonalizzazione, depressione e abbuffate giornaliere. Ho cercato di avvicinarmi a lei ma la sua risposta consiste nel dire che la mia presenza nella sua vita le impedisce di ritrovarsi e di imparare ad amarsi. L'istinto di conservazione mi dice di mollare tutto ma poi so che vivrei una vita di sensi di colpa e di rimorso. Quello che non riesco a capire è per quale motivo lei ha interrotto la relazione visto che questa l'aveva migliorata; ho pensato che il motivo fosse il doversi confrontare con una persona che non riusciva a dominare e che però al tempo stesso non dominava lei. Continuo a porgermi mille domande ma non trovo le risposte".

"Sono amico da molti anni di un uomo diagnosticato boderline. Condividiamo un aspetto fondamentale: l'omosessualità. Lui da sempre pronuncia frasi-macigno nei miei confronti per umiliarmi. In molte occasioni si è lasciato sfuggire senza intenzionalità frasi che mi hanno profondamente umiliato. L'avrei preso a schiaffi se non avessi saputo della sua situazione mentale. L'ultimo episodio: ci eravamo dati appuntamento sotto l'organo istituzionale per il quale lavora e quando è arrivato mi ha detto carinamente che sarebbe meglio incontrarci altrove perché i suoi superiori non vogliono che si faccia vedere con gente estranea. Tutto questo scrupolo non gli impedisce di mettere annunci con foto su siti hard e di fare la cronistoria dei suoi incontri sessuali.
Non so più come comportami!".

Il Borderline e gli Psicologi

"Gli psicologi non fanno trasparire quasi nulla. E questo fa inc*. Scioglietevi. Si ha una grande paura di sapere cosa veramente provate, quello che vi suscitiamo. Un po' per narcisismo, un po' per sapere come procedere. È un macello ragazzi. Ora io sto scrivendo un sacco di cose, ma chi lo sa che sia così per tutti. Insomma, le regole del setting con il border bisognerebbe eliminarle. Ecco, appunto... ho estremizzato, non eliminarle ma almeno alleggerirle".

"Secondo me un pericolo per lo psicoterapeuta quando tratta con un soggetto con questo tipo di disagio, è quello di rischiare di andare continuamente fuori pista e magari infrangere anche qualche regola, a volte, senza nemmeno accorgersene. Allora scrivo, senza freni. Però, come L., mi piacerebbe leggere anche il parere di altri che sono stati diagnosticati borderline. L. una volta si domandava e mi chiedeva: come facciamo ad aiutarvi? Dovete venirci incontro. Mi spiego. Parlo per me, però, poi non so se è il pensiero di chiunque. Non basta una psicoterapia normale. Secondo me non serve a niente con i borderline. Si vuole tutto e subito e la psicoterapia normale richiede molto tempo, addirittura anni. Per quanto mi riguarda, se non vedo un miglioramento subito, penso che non serva a niente. Quindi si smette perché ci si stufa. Poi c'è l'incostanza. Una volta si va, un'altra volta no. Dipende come tira il vento. E per questo si conclude ben poco. Poi ci sono le certezze. Ci si aspetta continuamente un segnale del vostro affetto. Bisogna avere la certezza che lo fate perché davvero ci tenete, e non per i soldi. Si ha la presunzione di voler essere unici e quindi si fa di tutto per farsi ricordare e inevitabilmente ci si riesce. Non so come ma si riesce sempre. Perché si esagera e perché in fondo si è davvero particolari. Difficili ma teneri. Anche nell'aggressività. Non lo so cos'è che attrae... ma ci si affeziona sempre. Una psicoterapia normale con questo tipo di paziente non può andare. Ormai ho la certezza. Perché ci si vuole sentire particolare, diversi da tutti gli altri pazienti, ma soprattutto amati al cento per cento. Quindi perché non dare uno strappo alla regola? Che ne so un'uscita a mangiare una pizza insieme. Sai che giovamento? E intanto si parla ma non sembra di essere a un interrogatorio? Sarebbe più soft, non sarebbe così pesante come le sedute. E poi, perché non dite le vostre emozioni? E tutto quello che vi passa in mente. Lasciatevi andare... male che vada ferite; a volte la sincerità smonta, ma fa anche bene perché apre gli occhi. Ecco, si ha bisogno di qualcuno che ci apra gli occhi, ma in fretta, altrimenti passa la voglia. Si ha bisogno di un rapporto speciale, non monotono. Ma così si va contro le regole del setting e allora vaff.*. Non lo so, è veramente un macello. Restano i farmaci, ma c'è chi non li vuole prendere, anche se ne avrebbe bisogno. É dura, me ne rendo conto perché si ha di fronte la bellezza di vari problemi da gestire. Sono tante sfaccettature messe insieme: problemi col cibo, autolesionismo, rabbia, ipersensibilità, problemi d'identità, incostanza, umore altalenante eccetera. Ci si perde. Insieme, purtroppo. Bisognerebbe capire da dove iniziare e dove andare. Ma non è escluso che sistemata una cosa, mentre stai sistemando un altro punto, si sbilancia la parte in precedenza sistemata".

«Non basta una psicoterapia normale. Secondo me non serve a niente con i borderline. Si vuole tutto e subito e la psicoterapia normale richiede molto tempo, addirittura anni. Per quanto mi riguarda, se non vedo un miglioramento subito, penso che non serva a niente. Quindi si smette perché ci si stufa. Poi c'è l'incostanza. Una volta si va, un'altra volta no. Dipende come tira il vento»

NOTA

1 Tutti i resoconti di soggetti borderline riportati sono veritieri e modificati solo a scopo di privacy e per rendere più fluide le strutture delle frasi. Conserviamo copia originale di ogni racconto.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2001), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Text Revision (DSM-IV-TR)*, tr. it. Masson, Milano.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Cancrini, L. (2006), *L'oceano borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Caviglia, G., Iuliano, C., Perrella, R. (2005), *Il disturbo borderline di personalità*, Ed. Carocci, Roma.

Gabbard, G. O., (2007) *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gabrieli, F., (2010) *Disturbi di Personalità e sindromi ansiose, in Regazzo*, L. D. (a cura di), *Ansia che fare? Prevenzione, farmacoterapia, psicoterapia*, ed. Cleup, Padova, pp. 55-57. http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm.

Längle A. (2002) *Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst – eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe*. In: Längle A. (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156.

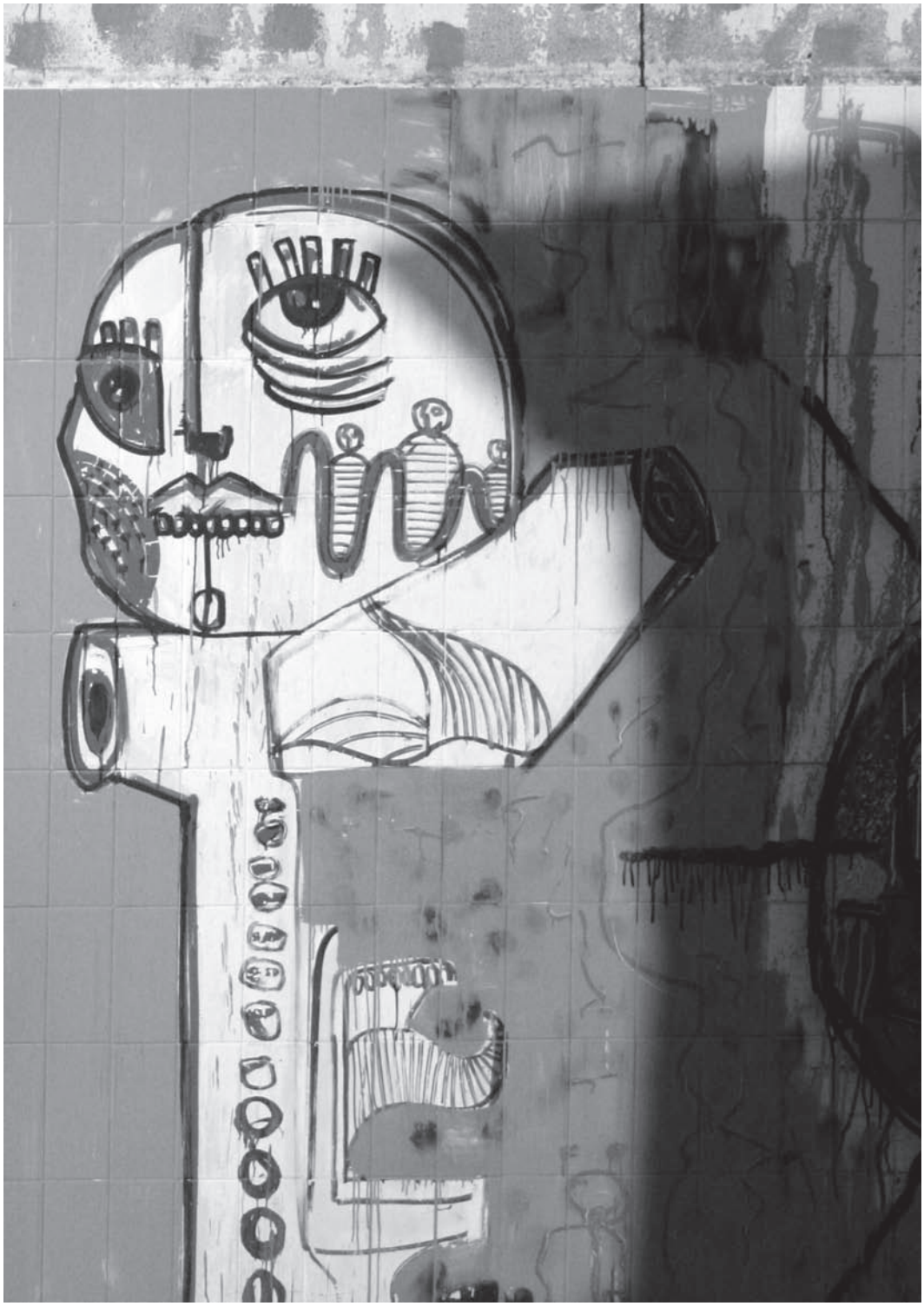
Längle A. (2002) *Das Selbst als Prädilektionsstelle von Dissoziation und Spaltung*. In: Längle A. (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 157-176 rumän.: Sinele ca zonă predilectă a disocierii și scindăr. In: Analiza Existențială Nr. 5, 2006, Anul VIII, "Anxietate și isterie", pp. 33-56.

Linehan, M. M., (2001) *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Liotti, G. (2001), *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionistica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Maffei, C., *Borderline* (2008), Raffaello Cortina Editore, Milano.

Paris, J. (a cura di) (1995), *Il disturbo borderline di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.



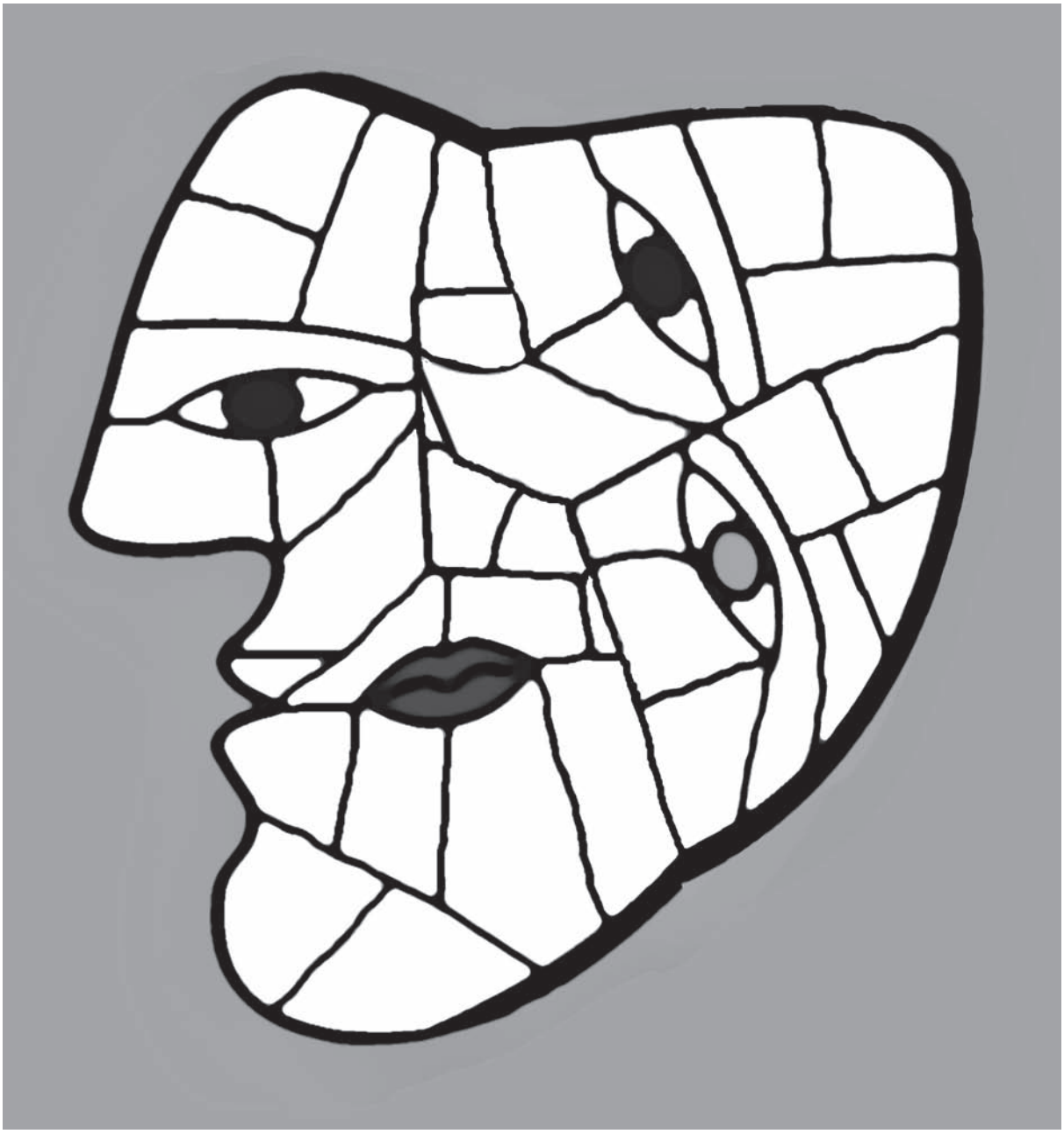
The nosographyc collocation of the borderline disorder

The nosographyc collocation of the borderline disorder presents problematic aspects that can be related to the specific approach which is refered to. Elements of strength and criticism of the structural, categorical, dimensional and etiopathogenetic approach are shown in this article; in added the basilar concepts of the principal theoretical model of explanation, propose in psychoanalytic, cognitive-behavioral and existential-analytic fields are delineated. Following texts of borderline patients or of their relatives are reported.

link
strumenti

Neuropsicologia clinica: scopi e metodi

ROBERTO CUBELLI, NICOLETTA BESCHIN, SERGIO DELLA SALA



Neuropsicologia clinica: scopi e metodi

L'uso di batterie standardizzate è ancora utile per classificare i pazienti in accordo alle svariate tassonomie cliniche. Tuttavia per poter proporre una corretta gestione clinica è necessaria una valutazione più raffinata. La valutazione neuropsicologica è volta ad esplicitare I meccanismi cognitivi deficitari e normali del paziente, fornendo informazioni utili a pianificare un programma riabilitativo individualizzato. Solo una corretta identificazione delle cause funzionali permette di scegliere il programma di trattamento più adatto, sia che si propenda per il recupero dei meccanismi funzionali, sia che si opti per un approccio compensativo

ROBERTO CUBELLI*, NICOLETTA BESCHIN**, SERGIO DELLA SALA***

Gli scopi della neuropsicologia clinica

I neuropsicologi clinici sono chiamati a valutare, nel paziente con lesione cerebrale acquisita, i disturbi a carico dei processi cognitivi. A questo scopo, usano i metodi e le procedure della psicologia sperimentale, cioè test standardizzati che richiedono risposte verbali o non verbali. Agli albori della neuropsicologia moderna, i neuropsicologi clinici si ponevano tre principali obiettivi: identificare il deficit cognitivo, localizzare la lesione cerebrale associata ed infine individuare possibili programmi riabilitativi (Luria, 1967). L'accrescere delle conoscenze sulle complesse relazioni fra strutture cerebrali e cognizione ha reso meno giustificabili gli scopi localizzazionisti della valutazione neuropsicologica. Si è inoltre palesato che la relazione stabilita tra la prestazione ai test individuali ed il funzionamento delle diverse aree cerebrali si basava su un'assunzione ingenua. Il prepotente avvento delle moderne tecniche di neuroimmagine ha inoltre reso inutile questo tipo di approccio. Con queste tecniche, infatti, è possibile rispondere alla stessa domanda evitando le fallacie intrinseche nel metodo probabilistico che contraddistingue la localizzazione effettuata tramite la valutazione neuropsicologica. Un referto neuropsicologico che, dato un particolare profilo cognitivo, si proponga di predire la sede della lesione cerebrale è necessariamente destinato ad essere inadeguato e fallace.

I rimanenti due scopi costituiscono il fulcro della moderna neuropsicologia e beneficiano dal proliferare di modelli cognitivi che permettono a clinici e ricercatori di spiegare le abilità disturbate "in termini di danno a una o più componenti di una teoria o modello di funzionamento cognitivo normale" (Ellis e Young, 1995, p. 4). In pratica, una più precisa diagnosi del deficit funzionale consente di prendere una decisione sull'eventualità di iniziare un trattamento cognitivo e, in questo caso, di esplicitare gli scopi e le procedure del programma riabilitativo. Oltre alla scelta terapeutica, che potrebbe essere dettata da ragioni pragmatiche, una diagnosi dettagliata permette ai neuropsicologi di informare in maniera accurata il paziente ed i suoi famigliari. Per esempio, una scrupolosa valutazione neuropsicologica consente di individuare diverse forme di aprassia degli arti in funzione della tipologia di gesto disturbato. Differenti tipi di aprassia degli arti si ripercuotono diversamente sulle attività della vita quotidiana: specifici problemi con i gesti intransitivi potrebbero compromettere

la comunicazione gestuale; difficoltà nella produzione di gesti transitivi potrebbero produrre deficit nella manipolazione di oggetti; infine, difficoltà con i gesti sconosciuti potrebbero ostacolare l'esecuzione di esercizi di riabilitazione motoria che prevedano l'imitazione di movimenti visti (Cubelli e Della Sala, 1995; Cubelli et al., 2000).
Un'accurata diagnosi neuropsicologica inoltre può facilitare le decisioni relative al re-inserimento nel contesto sociale e rilevare l'integrità delle abilità cognitive che consentono una guida sicura o lo svolgimento senza rischi di un dato lavoro.

Il ruolo dei neuropsicologi clinici
Per raggiungere gli scopi sopraccitati, i neuropsicologi usano prove relativamente semplici (leggere ad alta voce, disegnare, riconoscere oggetti o memorizzare liste di parole) per le quali dispongono di singoli test scelti ad hoc o di batterie standardizzate. L'apparente semplicità degli strumenti di cui dispone il neuropsicologo è ingannevole. La competenza principale del neuropsicologo non è quella di somministrare i test (compito che potrebbe essere eseguito anche da altre figure professionali), ma quella di stabilire il piano individualizzato di valutazione, definire i tempi e le procedure, decodificare i risultati ed infine interpretare il pattern di prestazioni osservato. Centrale è l'interpretazione dei risultati che si ricavano dai test, considerando sia l'analisi quantitativa dei punteggi che l'analisi qualitativa degli errori. Così come ad un medico radiologo essenzialmente si chiede di interpretare una TAC, anche se possiede le competenze per eseguirla, al neuropsicologo è chiesto non di raccogliere risposte ai singoli test, ma di formulare ipotesi sul funzionamento cognitivo dei singoli pazienti. Il processo diagnostico non deve basarsi sull'applicazione di etichette grossolane (ad esempio afasia di Broca, sindrome "disesecutiva", neglect unilaterale, amnesia episodica) ma identificare le componenti danneggiate dei processi cognitivi dei pazienti sottoposti alla valutazione.

L'interpretazione neuropsicologica
Un singolo errore è di per sé insignificante. Si immagini un paziente che legga "pere" per "bere"; questo errore deve essere classificato come errore di sostituzione (una lettera al posto di un'altra), ma può essere interpretato in cinque modi diversi. L'errore può essere (i) percettivo (b → p), rivelando un problema nella codifica dell'orientamento spaziale della forma della lettera, che si dovrebbe manifestare anche con stimoli non-alfabetici; (ii) ortografico (<B> → <P>), dovuto ad un deficit, specifico per le prove di lettura, di elaborazione dell'identità della lettera; (iii) lessicale-semantico (bere → pere), conseguente alla selezione di una parola simile per forma e significato; (iv) fonologico (/b/ → /p/), dovuto alla sostituzione di un unico tratto distintivo, in questo caso la sonorità, e rivelatore di un disturbo che dovrebbe manifestarsi anche nell'eloquio spontaneo; (v) attenzionale (bere → -ere), dovuto ad una difettosa codifica della parte iniziale della parola, come avviene nella dislessia da neglect. L'origine del singolo errore ha sempre bisogno di essere disambiguata e questo è possibile solo facendo riferimento ad un modello cognitivo che consenta di individuare le componenti funzionali risparmiate e quelle danneggiate.
È fondamentale distinguere fra classificazione e interpretazione degli errori. Etichettare un errore come "sostituzione di lettera" significa utilizzare categorie condivise ed esclusive: una risposta è da tutti i neuropsicologi collocata solo ed esclusivamente all'interno di una categoria. Classificare un errore non significa interpretarlo. Perché sia interpretato è necessario analizzarlo all'interno di una valutazione completa e confrontarlo con un accreditato modello cognitivo. Un errore di denominazione, ad esempio tigre → leone, deve essere classificato come parafasia semantica, ma non necessariamente implica un disturbo della conoscenza semantica: potrebbe riflettere un deficit a livello pre-semantico, come nell'agnosia associativa, o rivelare un disturbo post-semantico, come nell'afasia anomica (Caramazza e Hillis, 1990).

La psicometria non è tutto
I buoni test sono quelli dotati di valori normativi che permettono di identificare se le prestazioni deviano da valori quali la mediana, o si collocano sotto una soglia di discriminazione (cut off) calcolata a partire da un campione di riferimento, per esempio il quinto percentile inferiore. Questi criteri arbitrari possono dare origine ad errori diagnostici, sia a falsi positivi, sia a falsi negativi, che potrebbero essere facilmente evitati se ci si ricorda che una prestazione di basso livello non indica necessariamente la presenza di una condizione patologica.

L'accrescere delle conoscenze sulle complesse relazioni fra strutture cerebrali e cognizione ha reso meno giustificabili gli scopi localizzazionisti della valutazione neuropsicologica. Si è inoltre palesato che la relazione stabilita tra la prestazione ai test individuali ed il funzionamento delle diverse aree cerebrali si basava su un'assunzione ingenua. Il prepotente avvento delle moderne tecniche di neuroimmagine ha inoltre reso inutile questo tipo di approccio

Un'approfondita valutazione neuropsicologica permette di andare oltre l'etichetta clinica e oltre una lista poco utile di sintomi; dà informazioni utili a pianificare un programma riabilitativo su misura per gli specifici deficit di un determinato paziente. Invece di partire da un'etichetta del deficit osservato e adottare un set prefissato di esercizi applicabili a tutti i pazienti della stessa generica categoria, il trattamento dovrebbe basarsi su ipotesi dettagliate riguardanti i meccanismi linguistici e cognitivi patologici

Per valutare una funzione cognitiva, un singolo test non può essere sufficiente: la corrispondenza test-funzione è troppo debole. Il Token Test (De Renzi e Faglioni, 1978) è un buon test per la valutazione della comprensione del linguaggio orale, eppure esso include solo un numero limitato di unità lessicali (nomi di forme e di colori) e non valuta processi linguistici quali la conoscenza inferenziale (la frase "Io ho sentito un cane" implica che il cane abbia abbaiato) o l'assegnazione dei ruoli tematici (il ruolo d'agente è assegnato ai sostantivi che occupano posizioni pre-verbali nelle frasi attive ma a quelli in posizione post-verbale nelle frasi passive). Una normale prestazione al Token Test non esclude la possibilità che ci possano essere disturbi linguistici. Al contrario, una prestazione deficitaria non necessariamente è rivelatrice di un disturbo linguistico. Ci sono molte ragioni per cui si può fallire ad un test. Il paziente potrebbe andare male al Token Test non per un'afasia ma per un'agnosia dei colori, che compromette il riconoscimento degli stimoli, o per un deficit della working memory che impedisce l'associazione forma-colore o il tenere in mente l'intera consegna verbale.
La validità di un test infine non dovrebbe essere assunta come assodata definitivamente. Un test potrebbe non valutare esattamente quello per cui è stato costruito. Il test di giudizio di orientamento di linee (Benton et al., 1978), largamente conosciuto come test atto ad evidenziare deficit selettivi visuo-spaziali in cerebrolesi destri, mostra per esempio, un'ineguale distribuzione delle linee stimolo che facilita la prestazione dei pazienti che tendono a privilegiare, o a non ignorare, le linee poste nello spazio sinistro (Treccani et al., 2005).

Struttura della valutazione neuropsicologica
Una corretta valutazione neuropsicologica deve prevedere 4 stadi successivi. Il neuropsicologo clinico comincia con un colloquio che serve per la ricostruzione della storia clinica e personale del paziente e permette di evidenziare e contestualizzare i problemi di cui il paziente si lamenta o che i suoi famigliari denunciano. Il contesto entro il quale si manifestano i deficit è molto rilevante perché permette al clinico di accertare se altri fattori (ad esempio famigliari, socio-economici, lavorativi), non neuropsicologici, possano giocare un ruolo. Questo primo approccio dovrebbe essere seguito da una fase di screening, nella quale va somministrata una batteria di brevi test in grado di indagare l'insieme complessivo delle funzioni cognitive. Il fine di questa seconda fase è duplice. Da un lato, si propone di confermare l'esistenza del problema da valutare, dall'altro consente di orientare la successiva e più approfondita indagine, che deve basarsi sia sugli errori attesi sia sulle osservazioni inaspettate. Fermarsi a questo secondo passaggio serve solo per confermare (o meno) quello che il paziente ed i famigliari hanno riferito, porre un'etichetta puramente descrittiva (come accade al medico quando "diagnostica" come gonalgia un dolore al ginocchio). Il terzo passaggio comporta un approfondimento di indagine sulla base delle informazioni raccolte nelle precedenti fasi dell'esame. A questo livello, gli strumenti del neuropsicologo sono i singoli test o le batterie di test aventi lo scopo di indagare la presenza e la gravità di uno specifico problema (Wilson et al., 2008; Huber et al., 1984) per giungere alla formulazione di una diagnosi clinica. Il processo diagnostico non deve però fermarsi a questo stadio: le diagnosi cliniche infatti includono sotto lo stesso ombrello sindromico un'ampia gamma di disturbi cognitivi diversi. Per esempio, sono state descritte tre diverse forme di dislessia acquisita superficiale (Friedmann e Lukov, 2008) e fenomeni di neglect molto diversi fra loro (Halligan e Marshall, 1992). Identificare il locus preciso del disturbo cognitivo è l'obiettivo dell'ultima fase, durante la quale il neuropsicologo deve usare test sperimentali, derivati dalla letteratura o costruiti ad hoc.

Conclusioni
L'uso della valutazione neuropsicologica come strumento per localizzare la lesione cerebrale è diventato largamente ridondante a causa dello sviluppo delle moderne tecniche di neuroimmagine. L'uso di batterie standardizzate è ancora utile per classificare i pazienti in accordo alle svariate tassonomie cliniche. Tuttavia per poter proporre una corretta gestione clinica di un dato paziente, è necessaria una valutazione più raffinata.
La valutazione neuropsicologica è conclusa quando l'intero quadro di meccanismi cognitivi deficitari e normali di un dato paziente è stato esplicitato. Anche se gli strumenti dei neuropsicologi sono relativamente semplici, come in tutte le procedure

diagnostiche, l'interpretazione dei risultati richiede una notevole esperienza che solo un qualificato neuropsicologo può offrire.
In conclusione, un'approfondita valutazione neuropsicologica permette di andare oltre l'etichetta clinica e oltre una lista poco utile di sintomi; fornisce al contrario informazioni utili a pianificare un programma riabilitativo cucito su misura per gli specifici deficit di un determinato paziente. Invece di partire da un'etichetta del deficit osservato (per esempio usare il termine "alessia" che significa "incapacità di lettura") e adottare un set prefissato di esercizi applicabili a tutti i pazienti che appartengono a quella stessa generica categoria, il trattamento dovrebbe basarsi su ipotesi dettagliate riguardanti i meccanismi linguistici e cognitivi patologici, allo scopo di proporre un'efficace strategia terapeutica. Solo una corretta identificazione delle cause sottostanti i deficit funzionali permette di scegliere il programma di trattamento più adatto, sia che si propenda per un tentativo di recupero dei meccanismi mal funzionanti, sia che si opti per un approccio compensativo, sia infine che si cerchi di ottimizzare la gestione del comportamento deficitario nella vita quotidiana, adottando misure sull'ambiente che riducano l'impatto invalidante dei deficit.

* Dipartimento di Scienze Cognitive ed Educazione, Centro per le Scienze Mente/Cervello, Università di Trento.
** Servizio di Neuropsicologia Clinica, Dipartimento di Riabilitazione, Azienda Ospedaliera S.A. Abate Gallarate, Varese.
*** Human Cognitive Neuroscience, Psychology, Università di Edimburgo, Gran Bretagna.

BIBLIOGRAFIA

Benton, AL., Varney, NR. & Hamsher, K. (1978). *Visuospatial judgement: A clinical test*. Archives of Neurology, 35, 364–367.
Caramazza, A. & Hillis, AE. (1990). *Where do semantic errors come from?* Cortex, 26, 95-122.
Cubelli, R. & Della Sala, S. (1996). *The legacy of automatic/voluntary dissociation in apraxia*. Neurocase, 2, 449–454.
Cubelli, R., Marchetti, C., Boscolo, G. & Della Sala, S. (2000). *Cognition in action: testing a model of limb apraxia*. Brain and Cognition, 44, 144-165.
De Renzi, E. & Faglioni, P. (1978). *Development of a shortened version of the Token Test*. Cortex, 14, 41-49.
Ellis, AW. & Young, AW. (1995). *Human Cognitive Neuropsychology. A Textbook with Readings*. Hove, UK: Psychology Press.
Friedmann, N. & Lukov, L. (2008). *Developmental surface dyslexias*. Cortex, 44, 1146-1160.
Halligan, PW. & Marshall, JC. (1992). *Left visuospatial neglect: A meaningless entity?* Cortex, 28, 525-535.
Huber, W., Poeck, K. & Willmes, K. (1984). *The Aachen Aphasia Test*. Advances in Neurology, 42, 291-303.
Luria, AR. (1967). *Le funzioni corticali superiori nell'uomo*. Firenze: Giunti.
Treccani, B., Torri, T. & Cubelli, R. (2005). *Is judgement of line orientation selectively impaired in right brain damaged patients?* Neuropsychologia, 43, 598-608.
Wilson, B., Greenfield, E., Clare, L., Baddeley, A., Cockburn, J., Watson, P., et al. (2008). *Rivermead Behavioural Memory Test–Third Edition (RBMT–3)*. Toronto: Pearson.

Clinical Neuropsychology: aims and methods

The use of standard batteries is still useful to classify patients according to various clinical taxonomies. However, in order to propose a proper clinical management it's necessary a more refined evaluation.
Neuropsychological assessment is oriented to clarify the patient's cognitive mechanisms deficit and the normal one, providing useful information to plan an individualized rehabilitation program.Only a proper identification of the functional causes allows to choose the most appropriate treatment program, both tended toward the recovery of functional mechanisms or you opt for a compensatory approach.

Analisi del profilo della WISC-R in soggetti con disabilità di apprendimento

PAOLO SALOTTI

Analisi del profilo della WISC-R in soggetti con disabilità di apprendimento

Sono stati esaminati 43 soggetti tra i 6 e i 16 anni con disabilità nell'apprendimento con l'adattamento italiano della WISC-R e confrontati con i risultati del gruppo di standardizzazione. É stato analizzato l'andamento dei punteggi dei subtest, dei QI, dei QI di Deviazione fattoriali e dei Quozienti di Deviazione delle categorie di Bannatyne insieme a tre indici di analisi del profilo della WISC-R: (1) la differenza tra QI verbale e QI di performance; (2) lo scatter dei subtest dalla media; (3) Lo scatter dei QI di Deviazione fattoriali dalla media. Il risultato più interessante riscontrato, in accordo con la letteratura, è sicuramente l'ampio deficit (>1 d.s.) per questo disturbo del fattore di attenzione e concentrazione. Ciò fa ritenere che il tipo di analisi che utilizza i Quozienti di Deviazione fattoriale dovrebbe diventare routinaria in quanto risulta la più utile nel progettare programmi rieducativi e di recupero

PAOLO SALOTTI*

Introduzione

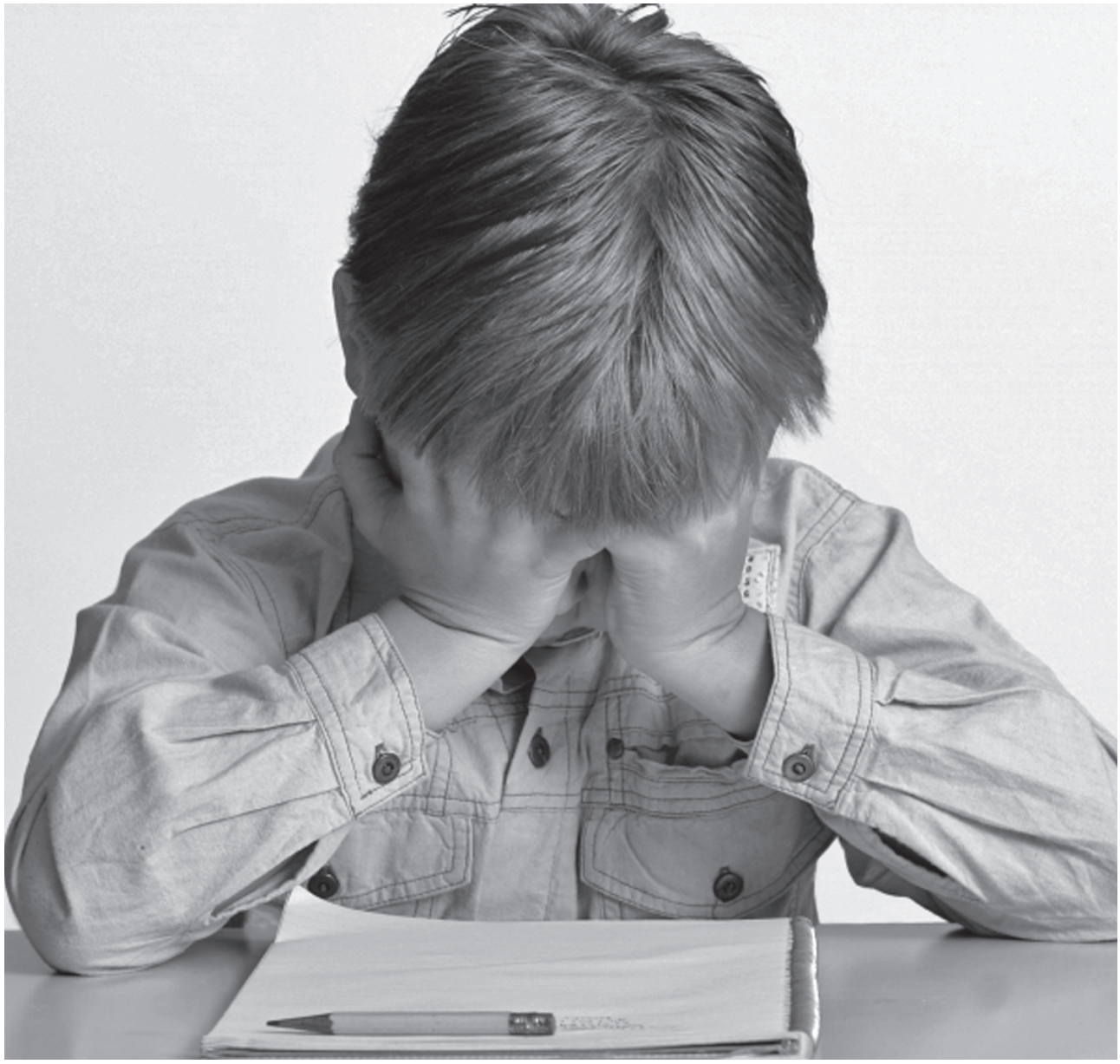
La problematica dell'apprendimento e dei suoi disturbi è sicuramente uno dei campi privilegiati di applicazione dello psicologo all'interno del contesto scolastico, come lo è pure la costruzione e/o l'applicazione di validi strumenti per valutarli . In questo studio si vuole apportare un contributo alla validazione della scala WISC-R in relazione proprio alle tematiche dei disturbi di apprendimento. Secondo il DSM-IV, i disturbi di apprendimento sono dei disturbi insorgenti nella età evolutiva caratterizzati da prestazioni che in base all'età cronologica risultano significativamente al di sotto della media (almeno 2 d.s.) in prove standardizzate di lettura, calcolo, o espressione scritta, nonostante il livello di intelligenza medio o superiore (Q.I.) e in assenza di altre particolari condizioni sfavorevoli, quali per esempio, un disturbo nell'elaborazione sensoriale e cognitiva, un ritardo mentale, una condizione medica generale. Essi vanno differenziati pure dalle normali oscillazioni nei risultati scolastici e dalle difficoltà scolastiche provocate dalla mancanza di opportunità, da un insegnamento scadente, o da fattori culturali. A tali disturbi spesso si associano altre manifestazioni, quali la demoralizzazione, la scarsa autostima, i deficit nelle capacità sociali, i problemi di comportamento o i disturbi dell'umore.

La WISC-R (Wechsler, 1974, 1986) è considerata uno strumento indispensabile per la valutazione di questa disabilità sia in chiave diagnostica che riabilitativa. Questa scala, infatti, alla luce delle ricerche effettuate (Kaufman, 1979; 1981; Orsini, 1993; Silverstein, 1981a,b), consente di acquisire informazioni su tutti e tre i livelli in cui, secondo i paradigmi empirici differenziali (Boncori, 1993; Kline, 1996; Sternberg, 2000), si articola gerarchicamente l'intelligenza: da quello più generale e comprensivo, mediante un punteggio generale o QI totale, a uno o più livelli intermedi, tramite i punteggi del QI verbale e del QI di performance, fino a quelli più specifici e contestualizzati, i punteggi dei singoli subtest.

Il calcolo della proporzione di varianza comune, specifica ed errore, nel campione di standardizzazione italiano della WISC-R (Orsini, 1993), ha mostrato, inoltre, una specificità delle scale verbale, di performance e dei singoli subtest, superiore a quella della scala statunitense, consentendo, anche all'adattamento italiano della scala, di interpretare il punteggio dei subtest come abilità specifica.
Pertanto, sulla base di queste considerazioni è giustificato un utilizzo applicativo di questo strumento che preveda, dopo aver esaminato il valore e il significato del QI totale, l'esecuzione di confronti ipsativi; di confronti, cioè, in cui il soggetto costituisce l'unità di misura di se stesso. Questo tipo di analisi consente di personalizzare l'informazione fornita dal QI totale (basso o alto che sia) e avere una panoramica dei punti di forza e di debolezza della persona valutata offrendo la possibilità di tradurre i punteggi del test in indicazioni e strategie educative o riabilitative.
Le ricerche sulle risposte alla WISC-R di soggetti con disabilità di apprendimento hanno evidenziato punteggi di QI nella media o superiori alla media, accompagnati però da un profilo cognitivo complessivo non omogeneo (Galvin, 1981). Sono stati studiati anche degli indici di dispersione dei punteggi ponderati, quali le differenze fra QIV e QIP e lo scatter dalla media (Gutkin, 1979; Rychman, 1981; Stevenson, 1980; Tabacknick, 1979; Thompson, 1980). In particolare, sono stati trovati QI Verbali inferiori ai QI di Performance. Questo risultato, essendo in comune con altri tipi di disabilità, non si è dimostrato, però, utile per la diagnosi differenziale (Berk, 1982; Nichols, Inglis, Lawson e MacKay, 1988; Saklofske, Schmidt e Yackulik, 1984; Stevenson, 1980; Thompson, 1980).
Confrontando il campione di standardizzazione statunitense della WISC-R con campioni con disabilità di apprendimento, sia le differenze medie fra QIV e QIP, che la dispersione media dei punteggi ponderati, sono risultate più ampie nella popolazione clinica rispetto a quella normale (Kaufman, 1976a, 1976b, 1981; Silverstein, 1987), restando, però, molto elevata la variabilità individuale (Piotrowski, 1978, 1981).
Per quanto riguarda, invece, la frequenza di scatter significativi in queste tipologie di soggetti, essa non differisce da quella dei soggetti normali, similmente a quanto accade per i punteggi dei tre QI (Anderson, Kaufman, Kaufman, 1976; Piotrowski, 1978; Swerdlik, Wilson, 1979).
É stato, inoltre, segnalato in letteratura che gruppi di tali soggetti ottengono punteggi medi più alti nei subtest Completamento di figure, Ricostruzione di oggetti e Storie figurate e più bassi nei subtest Informazione, Somiglianze, Vocabolario, Aritmetica, Memoria di Cifre e Cifrario (Ackerman, Dykman, Peters, 1976; Anderson, Kaufman, Kaufman, 1976; Lutey 1977; Kaufman, 1979, 1981; McManis, Figley, Richert, Fabre., l978; Robeck 1971; Rugel 1974; Sattler, 1988; Silverstein 1968; Smith, 1978; Smith, Coleman, Dokecki e Davis, 1977; Vance, Gaynor e Coleman, 1976).
In ultimo, non è possibile non menzionare l'ipotesi di Bannatyne (1968; 1974) che, nello studio della dislessia genetica, propose dei raggruppamenti di subtest della WISC in modo da ottenere tre punteggi, spaziale, concettuale e sequenziale. Secondo questo autore, la dislessia genetica è caratterizzata da un modello spaziale>concettuale>sequ enziale. Rugel (1974) e Smith, Coleman, Dokecki e Davis (1977) confermarono questo andamento in soggetti disabili della lettura e dell'apprendimento. La categorizzazione di Bannatyne ha trovato riscontro anche in soggetti adulti (Cordoni, O'Donnell, Ramaniah, Kurtz e Rosenshein, 1981; Faas e D'Alonzo, 1990; Katz, Goldstein, Rudisin e Bailey, 1993; Kaufman, 1981; Salvia, Gajar, Gajria e Salvia, 1988).
Questo lavoro si propone di studiare l'andamento delle differenze tra QI, lo scatter dei subtest e dei quozienti di deviazione fattoriale in un gruppo di soggetti con disabilità di apprendimento tramite un confronto con il campione di standardizzazione italiano (Orsini, 1993) tenendo conto sia della significatività di una differenza, sia della sua occorrenza nel campione studiato (Kaufman, 1979, 1981; Orsini, 1993; Silverstein 1987).

Metodo e tecniche

Il campione studiato è composto da 43 soggetti (35 maschi, 8 femmine) di età compresa tra i 6 e i 16 anni (età media=8.5, ds=2.4) con disabilità nell'apprendimento. A tutti i soggetti è stato somministrato, da psicologi clinici esperti, l'adattamento italiano della WISC-R (Wechsler, 1986) secondo la procedura standard prevista dal manuale. Il campione di soggetti normali utilizzato per i confronti con i soggetti disabili dell'apprendimento è il campione di 1944 soggetti dai 6 ai 16 anni utilizzato per la taratura italiana della WISC-R ed è stato presentato in Orsini (1993), alla



quale pubblicazione si rimanda il lettore. Per la trasformazione dei punteggi grezzi in punti ponderati e per il calcolo dei QI e dei QI fattoriali sono stati utilizzati i dati normativi della taratura italiana (Orsini, 1993). Per ciascun soggetto è stata calcolata quindi (1) la differenza tra QI verbale e QI di performance; (2) lo scatter di ciascun subtest dalla media dei dodici subtest; (3) il numero di scatter significativi dalla media utilizzando le soglie di significatività, con la correzione di Bonferroni, riportate nella taratura italiana (per $p<0.05$; Orsini, 1993); (4) i quozienti di deviazione fattoriali di comprensione verbale (QDFCV = Informazione + Vocabolario + Comprensione + Somiglianze), di organizzazione percettiva (QDFOP = Completamento figure + Storie figurate + Disegno con cubi + Ricostruzione oggetti + Labirinti), del terzo fattore di attenzione e concentrazione (QDFAC = Memoria cifre + Aritmetica + Cifrario) e lo scatter dei 3 QI fattoriali dalla loro media; (5) i Quozienti di Deviazione delle categorie di Bannatyne: spaziale (Completamento figure + Disegno con Cubi + Ricostruzione di oggetti), concettuale (Vocabolario + Comprensione + Somiglianze), sequenziale (Memoria cifre + Aritmetica + Cifrario). Sono state, quindi, calcolate, per tutte queste grandezze, le medie e ds del nostro campione di soggetti con disabilità dell'apprendimento e sono stati effettuati confronti (Anova) con le corrispondenti medie del campione di standardizzazione.

Risultati

In tabella 1 sono riportate medie e ds dei punti ponderati dei subtest, dei tre QI, dei Quozienti di deviazione fattoriale e delle differenze QIV-QIP per il gruppo dei soggetti con disturbi di apprendimento e i risultati dell'Anova con i corrispettivi dati del campione di standardizzazione. Ricordando che i valori normativi sono M=10 e ds=3 per i subtest e M=100 e ds=15 per i QI e per i Quozienti di deviazione fattoriale, e M=0.02 e ds=13.92 per le differenze tra i QI, si può osservare che, nel campione studiato, cinque subtest su dodici si discostano dai valori normativi con una flessione significativa nei subtest di Memoria cifre, Aritmetica, Informazione, Cifrario e Disegno con cubi; il Completamento figure presenta valori superiori alla media e i subtest di Comprensione, Ricostruzione oggetti, Storie figurate, Somiglianze, Vocabolario e Labirinti non si discostano, di fatto, dalla media del campione normativo. Il QI verbale del campione clinico è inferiore a quello del gruppo normativo ($F_{1,1985} = 4.5$; $p < 0.034$), mentre risultano normali il QI di performance e il QI totale. Vi sono differenze significative tra i due gruppi per le differenze QIV-QIP ($F_{1,1985} = 3.9$; $p<0.05$), e si osserva una differenza media QIV-QIP<0 nel gruppo dei disabili nell'apprendimento. Le medie dei quozienti di deviazione del fattore di Comprensione verbale e di Organizzazione percettiva sono, di fatto, sovrapponibili a quelle del campione di standardizzazione, mentre la media del quoziente di deviazione del fattore di Attenzione e Concentrazione differisce da quella del campione di standardizzazione di più di 15 punti QI, vale a dire più di una deviazione standard, mostrando un sensibile calo rispetto al campione normativo.

Tabella 1

Medie e ds di subtest, QI e differenze tra i QI per il gruppo dei soggetti con disturbi di apprendimento e confronto con il campione di standardizzazione.

WISC-R	Disabilità di apprendimento		F1,1985	p
	Media	ds		
Informazione	8.3	2.7	13.8	<0.0002
Somiglianze	10.0	3.2	0.001	n.s.
Aritmetica	8.0	3.4	18.5	<0.0001
Vocabolario	9.6	3.3	0.8	n.s.
Comprensione	10.4	3.1	0.9	n.s.
Memoria di cifre	7.2	4.0	39.4	<0.0001
Completamento figure	12.1	3.2	22.3	<0.0001
Storie figurate	10.0	2.9	0.0	n.s.
Disegno con cubi	8.8	3.2	7.0	<0.008
Ricostruzione di oggetti	10.3	2.5	0.4	n.s.
Cifrario	8.4	3.4	12.8	<0.0004
Labirinti	9.3	3.1	1.9	n.s.
QIV	95.1	15.7	4.5	<0.034
QIP	99.3	12.4	0.1	n.s.
QIT	96.7	14.7	2.1	n.s.
QIV-QIP	-4.2	13.4	3.8	<0.05
QDFCV	97.3	15.2	1.3	n.s.
QDFOP	100.0	15.0	0.2	n.s.
QDFAC	84.7	18.8	43.1	<0.0001

Nella tabella 2 sono indicate medie e ds dello scatter dalla media per il campione con disabilità di apprendimento e i risultati dell'Anova nel confronto con gli stessi dati del campione di standardizzazione (Orsini (1993). Troviamo scatter negativi e significativamente inferiori a quelli del campione di standardizzazione nella Memoria cifre, Aritmetica, Informazione e Cifrario e scatter positivi e significativi nei subtest di Completamento figure, Comprensione e Ricostruzione oggetti. Non si discosta dal campione normativo lo scatter di Somiglianze, Vocabolario, Storie Figurate, Disegno con Cubi e Labirinti. É interessante notare che i tre subtest che saturano il terzo fattore, il fattore di attenzione e concentrazione, e cioè Aritmetica, Memoria di cifre e Cifrario, presentano scatter negativi e significativi nel confronto col campione di standardizzazione.

Tabella 2
Medie e ds dello scatter di ciascun subtest dalla media dei 12 subtest per il gruppo dei soggetti con disturbi di apprendimento e per il campione di standardizzazione italiano e risultati dell'Anova.

WISC-R	Disabilità di apprendimento		Campione di standardizzazione		ANOVA	
	Media	ds	Media	ds	F1,1985	P
Informazione	-1.0	2.1	0.0	2.2	10.2	<.001
Somiglianze	+0.7	2.3	0.0	2.2	3.6	n.s.
Aritmetica	-1.3	2.5	-0.0	2.2	14.8	<.0001
Vocabolario	+0.2	2.4	-0.0	2.1	0.4	n.s.
Comprensione	+1.0	2.5	-0.0	2.4	8.3	<.004
Memoria di cifre	-2.2	3.3	0.0	2.5	32.1	<.0001
Completamento figure	+2.7	3.1	-0.1	2.3	60.1	<.0001
Storie figurate	+0.6	2.5	0.0	2.4	2.8	n.s.
Disegno con cubi	-0.6	2.5	0.0	3.0	3.0	n.s.
Ricostruzione di oggetti	+0.9	2.1	-0.0	2.3	6.6	<.01
Cifrario	-1.0	3.4	0.0	2.7	6.2	<.02
Labirinti	0.0	3.0	0.0	2.5	0.0	n.s.

In tabella 3 è riportato lo scatter dalla media dei tre QI fattoriali. Mentre si osservano scatter positivi (e significativi nel confronto con il campione di standardizzazione) del Quoziente di Comprensione verbale e Organizzazione percettiva, troviamo uno scatter molto ampio e negativo del fattore di Attenzione e Concentrazione.

Tabella 3
Medie e ds dello scatter di ciascun QI fattoriale dalla media dei 3 QI fattoriali per il gruppo dei soggetti con disturbi di apprendimento e per il campione di standardizzazione italiano e risultati dell'Anova.

WISC-R	Disabilità di apprendimento		Campione di standardizzazione		ANOVA	
	Media	ds	Media	ds	F1,1985	P
QDFCV	+3.0	9.1	-0.0	8.5	5.4	<0.02
QDFOP	+6.6	9.4	-0.0	8.4	25.5	<0.0001
QDFAC	-9.6	11.8	0.0	8.6	51.2	<0.0001

In tabella 4 sono riportate medie e ds del numero di confronti significativi, per soggetto, dello scatter dei dodici subtest dalla loro media e i risultati dell'analisi della varianza nel confronto con il campione di standardizzazione. Si può notare come i due campioni differiscano riguardo al numero dei confronti significativi (l'88.4% dei disabili dell'apprendimento presenta almeno uno scatter significativo dalla media,

contro il 60.1% dei soggetti del campione di standardizzazione) e che sia le medie che le ds del campione con disabilità di apprendimento risultano essere maggiori rispetto a quelle dei soggetti normali.

Tabella 4
Medie e ds del numero di confronti significativi (per p<0.05 con la correzione di Bonferroni) dello scatter dei 12 subtest dalla loro media.

	Disabilità di apprendimento		Campione di standardizzazione		ANOVA	
	Media	ds	Media	ds	F1,1985	p
Numero confronti significativi	2.1	1.4	1.0	1.1	42.1	<.0001

In tabella 5, infine, sono riportate medie e ds dei Quozienti di Deviazione delle categorie di Bannatyne e i risultati dell'Anova nel confronto col campione di standardizzazione. Anche qui vi è un deficit del Quoziente di Deviazione sequenziale, che corrisponde pienamente al terzo fattore di attenzione e concentrazione. Inoltre il modello teorizzato da Bannatyne, spaziale>concettuale>sequenziale, è presente nel 34.9% di soggetti disabili contro il 17.3% dei soggetti del campione di standardizzazione.

Tabella 5
Medie e ds dei Quozienti di Deviazione della categorizzazione di Bannatyne per il gruppo dei soggetti con disturbi di apprendimento e per il campione di standardizzazione italiano e risultati dell'Anova.

WISC-R	Disabilità di apprendimento		Campione di standardizzazione		ANOVA	
	Media	ds	Media	ds	F1,1985	p
QD spaziale	102.7	13.2	100.0	15.0	1.4	n.s.
QD concettuale	100.1	15.7	100.0	14.8	.002	n.s.
QD sequenziale	84.7	18.8	100.0	15.0	43.1	<.0001

Conclusioni
È stato verificato che, nel campione con disabilità di apprendimento, cinque subtest su dodici presentano punteggi ponderati inferiori alla media.
La media del QI verbale (95.1) è inferiore a quella del QI di performance (99.3) e la differenza QIV-QIP differisce da quella del campione dei soggetti normali. Mentre il QI di performance e il QI totale appaiono nella norma, il valore medio del QI verbale del gruppo dei disabili è inferiore a quello del campione di standardizzazione. Quest'ultimo dato può risultare fuorviante. Infatti, se si analizza l'andamento dei Quozienti di Deviazione fattoriale, si osserva che il Quoziente di Deviazione del fattore di Comprensione Verbale che, di certo, è una misura più pura del fattore verbale, risulta nella norma, e difatti la diminuzione del QI verbale è dovuta essenzialmente al deficit dei subtest di Memoria di Cifre e Aritmetica che saturano il terzo fattore. Il vero deficit investe, infatti, il Quoziente di Deviazione del Fattore di Attenzione e Concentrazione.
Per quanto riguarda lo scatter dalla media insieme al subtest di informazione le differenze negative più ampie riguardano i subtest di Memoria cifre, Aritmetica e Cifrario, che formano quel terzo fattore interpretato in letteratura come memoria a breve termine, memoria di lavoro, attenzione e concentrazione, ed i cui deficit hanno un ruolo nel produrre e manifestare i disturbi specifici di apprendimento. Il profilo cognitivo complessivo del campione con disabilità di apprendimento presenta una maggiore variabilità rispetto ai dati ottenuti dal campione di standardizzazione.
Riguardo, infine, l'utilizzo della categorizzazione di Bannatyne i risultati ottenuti ci dicono che questo modello può risultare utile nello studio delle disabilità dell'apprendimento.

I risultati ottenuti in questo studio concordano con quelli di precedenti studi statunitensi. Forse, l'unica differenza è costituita dal punteggio del subtest di Somiglianze che è risultato nella norma: in letteratura, infatti, il subtest Somiglianze viene indicato assumere punteggi ponderati bassi (Anderson, Kaufman, Kaufman, 1976; Swerdlik, Wilson, 1979; Piotrowski, 1978; Reynolds, 1979) mentre, nel campione qui preso in considerazione, risulta in media con i soggetti normali. Ma il dato che pare più interessante è dato dall'ampio deficit, in questo tipo di disturbo, del fattore di Attenzione e Concentrazione. Si ritiene che questo tipo di analisi, utilizzante i Quozienti di Deviazione fattoriale, dovrebbe essere estesa tanto da diventare routinaria perché è quella che risulta più utile nel progettare programmi rieducativi e di recupero.
I risultati ottenuti confermano la grande utilità delle analisi ipsative nella interpretazione della WISC-R in contesti applicativi, sia clinici che educativi ma è, altresì, importante ricordare l'invito alla prudenza avanzato da Kaufman (1979) e ripreso da Orsini (1993): la ricerca, infatti, ha già confermato che scatter significativi sono presenti in una ampia fascia di soggetti normali e rientrano, quindi, nella normalità. Lo scatter dalla media non consente di eseguire una diagnosi differenziale ma risulta molto utile per interpretare profili individuali (Kaufman, 1979). Attraverso questa tecnica, in una ottica idiografica, è possibile individuare punti di forza e di debolezza di un soggetto, i suoi stili di elaborazione delle informazioni e a focalizzare possibili strategie rieducative e riabilitative (Kaufman, 1979).

* Dirigente U.O.S. Valutazione Psicologica - U.O.C. di Psicologia - AUSL Viterbo.

BIBLIOGRAFIA

Ackerman, P.T., Dykman, R. A., Peters, J. E. (1976), *Hierarchical factor patterns on the WISC as related to areas of learning deficit*, "Perceptual and Motor Skills", 42, 583-615.
Anderson, M., Kaufman, A. S., Kaufman, N. L. (1976), *Use of the WISC-R with learninig disabled populations: some diagnostic implications*, "Psychology in the Schools", 13, 381-386.
Bannatyne, A. (1968), *Diagnosing learning disabilities and writing remedial prescriptions*, "Journal of Learning Disabilities", 1, 242-249.
Bannatyne, A. (1974)., *Diagnosis: A note on recategorization of the WISC scaled scores*, "Journal of Learning Disabilities", 7, 272-274.
Berk, R. A. (1982). *Verbal-Performance IQ discrepancy score: A comment on reliability, abnormality and validity*, "Journal of Clinical Psychology", 38, 638-641.
Boncori, L., (1993). *Teoria e tecniche dei test*. Torino, Bollati Boringhieri.
Cordoni, B. K., O'Donnell, J. P., Ramaniah, N. V., Kurtz J., e Rosenshein, K. (1981), *Wechsler Adult Intelligent Score patterns for learning disabled young adults*, "Journal of Learning Disabilities", 14, 404-407.
Faas, L. A., e D'Alonzo, B. J. (1990), *WAIS-R scores as predictors of employment success and failure among adults with learning disabilities*, "Journal of Learning Disabilities", 23, 311-316.
Galvin, G. A. (1981). *Uses and abuses of the WISC-R with learning disabled*, "Journal of Learning Disabilities", 14, 326-329.
Gutkin, T. B. (1979). *WISC-R scatter indices: useful information for differential diagnosis?* "Journal of School Psychology", 17, 368-371.
Katz, L., Goldstein, G., Rudisin, S., e Bailey, D. (1993), *A Neuropsychological approach to the Bannatyne recategorization on the Wechsler Intelligent Scales in Adults with learning disabilities*, "Journal of Learning Disabilities", 26, 65-72.
Kaufman, A. S. (1976a), *Verbal-Performance IQ discrepancy on the WISC-R*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 44, 739-744.
Kaufman, A. S. (1976b). *A new approach to the interpretation of test scatter on the WISC-R*, "Journal of Learning Disabilities", 9, 160-167.
Kaufman, A. S. (1979). *Intelligent testing with the WISC-R*, New York, Wiley.
Kaufman, A. S. (1981), *The WISC-R and learning disability assessment: State of the art*, "Journal of Learning Disabilities", 14, 520-526.
Kaufman, A. S. (1981a), *Assessment: the Wechsler scales and learning disabilities*, "Journal of Learning Disabilities", 14, 397-398.
Kline, P. (1996). *Manuale di Psicometria*. Roma. Astrolabio.
Lutey C. (1977), *Individual intellegence testing: A manual and sourcebook*, 2nd and enlarged ed. Carol L. Lutey Publishing, Greeley, Colo.
McManis, D. L., Figley, C., Richert, M., Fabre, T. (1978). *Memory for designs, Bender-Gestalt, Trail-Making Test and WISC-R performance of retarded and adequate readers*, "Perceptual and motor Skills", 46, 443-450.
Nichols, E. G., Inglis, J., Lawson, J. S., Mackay, I. (1988), *A cross validation study of patterns of cognitive ability in children with learning difficulties as described by factorially defined WISC-R Verbal and Performance IQs*, "Journal of Learning Disabilities", 21, 504-508.
Orsini, A. (1993). WISC-R. *Contributo alla taratura italiana*, Firenze, Organizzazioni Speciali.
Piotrowski, R. J. (1978), *Abnormality of subtest score differences on the WISC-R*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 46, 569-570.

Piotrowski, R. J. (1981), *Abnormality of the difference and the WISC-R: Comment on Silverstein*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 49, 467.
Reynolds, C. R. (1979), *Interpreting the index of abnormality when the distribution of score differences is known: Comment on Piotrowski*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 47, 401-402.
Robeck, M. C. (1971), *Identifying and preventing reading disabilities in Wilson A. R. (Ed), Diagnosis of learning Difficulties*, New York, McGraw-Hill, 1971.
Rugel, R. P. (1974). *WISc subtest scores of disabled readers: A review with respect to Bannatyne's recategorization*, "Journal of Learning Disabilities", 7, 48-55.
Rychman, D. B. (1981). *Searching for a WISC-R profile for learning disabled children: An inappropriate task?*, "Journal of Learning Disabilities", 14, 508-511.
Saklofske, D. H., Schmidt, H. P., Yackulic, R. A. (1984). *Variations in WISC-R patterns of learning disabled children*, "Perceptual and Motor Skills", 59, 415-421.
Salvia, J., Gajar, A., Gajria, M., e Salvia, S. (1988), *On comparison of WAIS-R profiles of nondisabled college freshmen and college students with learning disabilities*, "Journal of Learning Disabilities", 21, 632-636.
Sattler, J. M. (1988). *Assessment of Children* (III Ed.).San Diego. J. Sattler Publ.
Silverstein, A. B. (1968), *Variance components in five psychological tests*, "Psychological Reports", 23, 141-142.
Silverstein, A. B. (1981a). *Verbal-Performance IQ discrepancies on the WISC-R: one more time*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 49, 465-466.
Silverstein, A. B. (1981b). *Reliability and abnormality of test score differences*, "Journal of Clinical Psychology", 37, 392-394.
Silverstein, A. B. (1987). *Two indices of subtest scatter on Wechsler's intelligence scales: Estimated vs. empirical values*, "Journal of Clinical Psychology", 43, 409-414.
Smith, M. D. (1978), *Stability of WISC-R profiles for learning disabled children*, "Psychology in the Schools", 15, 4-7.
Smith, W., Coleman, M., Dokecki, P., Davis, E. (1977), *Recategorized WISC-R scores of learning disabled children*, "Journal of Learning Disabilities", 10, 444-449.
Sternberg, R. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Piccin.
Stevenson L. P. (1980), *WISC-R analysis: Implications for diagnosis and intervention*, "Journal of Learning Disabilities", 13, 345-349.
Swerdlik, M. E., Wilson, F. R. (1979). *A comparison of WISC and WISC-R subtest scatter*, "Journal of Learning Disabilities", 12, 105-107.
Tabachnik, B. G. (1979), *Test scatter on the WISC-R*, "Journal of Learning Disabilities", 12, 626-628.
Thompson, R. J. (1980), *The diagnostic utility of WISC-R measures with children referred to a developmental evaluation center*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 48, 440-447.
Vance, H. B., Gaynor, P., Coleman, M. (1976). *Analysis of cognitive abilities for learning disabled children*, "Psychology in the Schools", 13, 477-483.
Wechsler, D. (1974). *Wechsler Intelligence Scale for Children Revised*. New York. Psychological Corporation.
Wechsler, D. (1986). *Manuale della Scala di Intelligenza Wechsler per Bambini Riveduta*. Adattamento italiano a cura di V. Rubini e F. Padovani. Firenze, Organizzazioni Speciali.

Analysis of WISC-R profile for learning disabled children

The present study aims at reporting the results of an examination carried out on 43 children with learning disabilities (aged 6 to 16, average age=8.5, ds=2.4), using the Italian version of the WISC-R and comparing the results with those of the Italian standardization sample. The study focuses on the subtest scores, the IQs, the factorial deviation IQs and Bannatyne's deviation quotients, together with three profile analysis indices: (1) the difference between verbal and performance IQ; (2) subtest scatter as compared to the mean value; (3) factorial deviation IQ scatter as compared to the mean value. The most interesting result of the study, in line with the literature, shows a large deficit (>1 d.s.) in the attention/concentration factor in children with learning disabilities. This suggests that the analysis using factorial deviation IQs should become a routine procedure, being the most useful one when designing rehabilitation programmes.

link

una storia clinica

Quando la rabbia parla con il corpo

LUIGI ARPENTI

Quando la rabbia parla con il corpo

"Mens sana in corpore sano" locuzione latina di Giovenale interpretata modernamente nel senso che per avere sane le facoltà dell'anima, bisogna avere sane anche quelle del corpo e viceversa. È questo il campo d'indagine che la "medicina psicosomatica" esplora. Infatti il termine "medicina psicosomatica" sta ad indicare lo studio delle reciproche interazioni tra gli aspetti emozionali e la fisiopatologia umana. In questo ambito l'uomo viene considerato come un'unità in cui la malattia si può manifestare a livello "fisico" come sintomo e a livello "psichico" come disagio. In altre parole il "corpo" è osservato nella duplice articolazione dell'oggettività sensoriale retta dal "codice biologico" e della soggettività dei vissuti caratterizzata dal "codice simbolico"

LUIGI ARPENTI*

Mario (nome di comodo) viene indirizzato all'Unità Operativa di Psicologia Clinica dal suo medico di base per una colite la cui base eziologica è di difficile individuazione. È un giovane uomo di 27 anni, scapolo, ben curato, faccia pulita, longilineo.
Durante il primo colloquio, avvenuto il 14 ottobre, racconta di soffrire di vari disturbi a livello fisico risalenti al 2003 al tempo dell'apertura dell'attività commerciale, disturbi che si manifestano al mattino con nausea e, successivamente dopo qualche anno, durante il giorno con scariche diarroiche. Gli esami clinici non hanno evidenziato patologie di natura organica. Nel 2006 per un'alta febbre viene ricoverato per 4 giorni in ospedale, gli esami clinici accertano una forma acuta di gastroenterite.
La sua attività commerciale lo costringe a lavorare anche 12 ore al giorno. Svolge l'attività da solo anche se riceve un aiuto dal fratello maggiore che di sera cura la parte amministrativa. Ritiene di essere sottoposto a pesante stress lavorativo. Dice di portarsi a casa le preoccupazioni e di tenere tutto dentro, sente paura per le cose nuove. Riandando al passato ricorda di essere stato iscritto al conservatorio all'età di 10 anni poi ha smesso. Si emoziona, piange e racconta che durante le ultime vacanze è stato molto male, ha avuto attacchi di panico ed è stato costretto a ricorrere al medico.
Secondo di due figli, vive in famiglia con i genitori e la nonna materna. Il fratello maggiore vive con la propria famiglia fuori dal nucleo familiare di origine. Definisce "stupendo" il rapporto familiare anche se parla della madre come di un "caterpillar" mentre il padre viene descritto come molto comprensivo. Il padre anni fa è stato affetto da esaurimento nervoso, depressione e disturbi del pensiero.
È stato fidanzato fino ad un anno addietro ma poi è finita pur conservando con la ex fidanzata un bellissimo rapporto. Non ha idea di fidanzarsi, non gli va di render conto ad una fidanzata. Sul piano sociale frequenta amici definiti "stupendi".
Durante i colloqui successivi tento di approfondire quei temi che possano portare elementi utili ad inquadrare i disturbi in un ambito psicosomatico.
I disturbi cominciano a manifestarsi al tempo in cui decide, in accordo con la famiglia, ad iniziare l'attività commerciale di vendita di ricambi di auto e ampliandola con l'at-

tività di trasformazione delle automobili di serie in macchine fortemente modificate nella carrozzeria e nella meccanica.
La valenza dell'attività lavorativa sullo sviluppo della malattia avrà un ruolo rilevante sulla evoluzione della stessa per cui vale la pena descrivere più approfonditamente il percorso fin dall'inizio.
Mario prende il negozio da una società di leasing che ha trasformato un edificio rilevato da un concessionario d'auto, frazionando la struttura muraria in tre parti delle quali una a negozio di parrucchiere e l'altra a ristorante, la terza presa dallo stesso concessionario. Il leasing ha una durata di 18 anni da scontare in rate mensili. I tre negozi affacciano su un spazio interno utilizzato in comune dai tre affittuari.
Il progetto di allargare l'attività oltre la vendita di pezzi di ricambio è ritenuto molto ambizioso anche dal punto di vista burocratico essendo necessario, spesso, produrre un nuova certificazione di circolabilità per le radicali modifiche apportate. Le modifiche sia della parte meccanica che dell'allestimento vengono eseguite da ditte specializzate operanti nella zona.
Le difficoltà del progetto vengono in parte superate con la promessa di un appoggio da parte dall'ex proprietario della concessionaria, ora ristoratore, che prende Mario "sotto tutela" mettendo a disposizione la sua competenza di concessionario di auto. L'amicizia si estende all'intera famiglia concretizzandosi in reciproci inviti a pranzo e in una occasione anche con l'invito, da parte dell'ex concessionario, a trascorrere qualche giorno sul proprio yacht.
Ma durante il proseguo dei lavori di ristrutturazione si verificano le prime difficoltà e le conseguenti incomprensioni tra Mario e l'ex concessionario fino alla rottura totale di ogni rapporto che sfocia in controversie regolate da denunce e contro denunce all'autorità giudiziaria.
Intanto l'attività lavorativa lo assorbe molto. I clienti sono prevalentemente giovani, che come è noto, sono attenti alle mode, avidi di novità e vogliosi di primeggiare sui coetanei dando all'automobile il valore di uno status sociale. Tutto ciò costringe Mario ad un intenso lavoro di ricerca dei prodotti innovativi e di promozione della propria attività su riviste specializzate. Egli cerca di accontentare tutti curando di persona i minimi particolari. Piuttosto che correre il rischio di non accontentare qualcuno si carica di preoccupazione senza esternarle. Afferma: "tengo tutto dentro".
Tra il 2008 e il 2009, probabilmente per questo eccesso di stress, la gastroenterite subisce un viraggio verso la colite manifestandosi con conseguenti improvvise e violente scariche diarroiche. Gli esami del sangue ed una ecografia escludono patologie fisiche. L'aggravarsi dei sintomi culmina con l'insorgenza di emorroidi per cui lo specialista ritiene necessario intervenire chirurgicamente. Ultimamente le emorroidi hanno avuto una recidiva con l'inizio di un prolasso. Ai sintomi appena descritti si associano in particolari circostanze nausea e mal di testa.
L'intero quadro sintomatico si riflette sul piano psichico con timori di varia natura comprendente la paura di frequentare amici o allontanarsi dai luoghi conosciuti per l'ansia di dover andare in bagno improvvisamente.
La decisione di ricorrere ad un aiuto psicologico viene presa in seguito al consiglio di un medico della guardia medica di una località della Sicilia alla quale Mario si rivolge dopo aver trascorso tre giorni a letto durante la vacanza estiva con gli amici.
Egli ammette di non aver mai pensato di dover ricorrere ad un aiuto psicologico dal momento che è sempre stato considerato il "consulente" dal gruppo di amiche ed amici che si rivolgono a lui quando hanno necessità di un consiglio. Specialmente le amiche trovano in lui una persona con la quale potersi confidare.
Mario è stato fidanzato per quattro anni ma da un anno e mezzo è single. È "corteggiato" da una ragazza e dai genitori di lei con i quali tiene buoni rapporti ma lui dice di non provare sentimenti amorosi e di non sentire impellenti esigenze sessuali.
Ad un colloquio successivo riferisce di aver trascorso il fine settimana in ospedale per uno pneumotorace spontaneo. In ospedale hanno dato assicurazione che lo pneumotorace era di lieve entità e quindi riassorbibile spontaneamente. In ospedale si è sentito tranquillo, non è stato preoccupato anche tenendo conto della prospettiva di un eventuale intervento chirurgico.
Gli ho parlato della necessità di ridurre lo stato di ansia ricorrendo ad una delle tecniche di rilassamento che nel suo caso può essere il training autogeno. Ricevuto l'assenso gli assegno il primo gradino di allenamento della pesantezza del braccio destro.
All'incontro successivo riferisce di provare ancora disagio ad uscire con gli amici per il perdurare della sensazione di ansia, stanchezza, vertigini e attacchi diarroici, però

Mario ritiene di essere sottoposto a pesante stress lavorativo. Dice di portarsi a casa le preoccupazioni e di tenere tutto dentro, sente paura per le cose nuove. Riandando al passato ricorda di essere stato iscritto al conservatorio all'età di 10 anni poi ha smesso. Si emoziona, piange e racconta che durante le ultime vacanze è stato molto male, ha avuto attacchi di panico ed è stato costretto a ricorrere al medico

Gli consiglio di interrogare Mario il "saggio" e chiedere di consigliargli la migliore decisione. Si concentra brevemente e dice: "Con chi parlo? Adesso siamo in tre. Il positivo dice di andare, il sabotatore dice di non andare ed io che mi trovo tra queste due soluzioni. Anzi, a ben ascoltare, il sabotatore dice: al mattino ti alzi con il mal di pancia, se hai bisogno di un bagno e sei fuori son problemi". Gli raccomando, al ritorno a casa, di mettersi in poltrona, di rilassarsi come ormai sa fare e dialogare con il Saggio; una volta presa la decisione di non ritornare più sull'argomento

di provare sensazioni nuove nel fare l'esercizio di training autogeno: sente un torpore, un qualcosa che si muove in corrispondenza dei muscoli dell'avambraccio e alla mano e più energia tra il palmo della mano e la superficie di appoggio della stessa.
Man mano riporta di sentirsi meglio, la conferma l'ha ricevuta anche dalla mamma che gli ha detto di vederlo con gli occhi più aperti. Nell'esercizio della pesantezza delle braccia riporta la sensazione di avere la mani enormi e la settimana successiva riporta la sensazione di non essere a contatto sul letto, di levitare.
Lo psichiatra gli ha prescritto Cipralex gocce 10mg al giorno. Nei primi giorni prova nausea e modificazioni nel ritmo sonno veglia.

La prima svolta coincide con l'invito rivoltogli da un amico a trascorrere l'imminente capodanno in una località montana insieme alla fidanzata dello stesso e una ragazza amica dei tre. L'invito gli procura grande turbamento, non sa decidere, teme di sentirsi male. Gli chiedo di rievocare i recenti successi provati quando, pur timoroso, ha accettato di mangiare con tranquillità un tiramisù offertogli da un'amica e di non aver avuto alcuna scarica diarroica. Gli consiglio di interrogare Mario il "saggio" e chiedere di consigliargli la migliore decisione. Si concentra brevemente e dice: "Con chi parlo? Adesso siamo in tre. Il positivo dice di andare, il sabotatore dice di non andare ed io che mi trovo tra queste due soluzioni. Anzi, a ben ascoltare, il sabotatore dice: al mattino ti alzi con il mal di pancia, se hai bisogno di un bagno e sei fuori son problemi". Gli raccomando, al ritorno a casa, di mettersi in poltrona, di rilassarsi come ormai sa fare e dialogare con il Saggio; una volta presa la decisione di non ritornare più sull'argomento.
Già nello stesso pomeriggio del 29 dicembre decide di far parte del gruppo. Dopo due giorni, il 31 di dicembre, appena arrivati nella località di montagna dice: "ho spento tutto, non ho pensato al lavoro, alla famiglia". Si è lasciato andare. E qui avviene, per la prima volta da anni a questa parte, che la colite gli passa: "era una vita che non facevo le feci solide" dice con una punta di orgoglio. Con la ragazza dice di aver fatto un'esperienza molto bella, stando insieme ha potuto conoscere bene il suo carattere, dormendo nella stessa camera in letti separati. Non ha provato desiderio sessuale.
Gli chiedo se ha delle fantasie sessuali. Dice di non sentirne il bisogno, come non sente il bisogno di innamorarsi. Di tanto in tanto c'è un'amica sposata che lo provoca con qualche bacio ma lui dice di non provare nulla di "questo istinto animalesco".
Quest'ultima espressione mi stupisce, gli chiedo di formulare meglio il pensiero e lui racconta di aver avuto per amica una ragazza pulita, onesta e sincera e il pensiero sessuale che lo assaliva gli faceva provare disagio.
Ho avuto per un istante il pensiero che potesse essere omosessuale, anche se non in maniera conclamata. Gli ho accennato questa possibilità e lui molto onestamente ha ammesso che anche qualche amico gli ha prospettato questa eventualità.
Si ferma a riflettere su quanto appena detto e avanza l'ipotesi che questo malinteso possa essere stato generato dal suo atteggiamento remissivo messo in atto inconsapevolmente fin dall'inizio della sua attività lavorativa e poi esteso alla vita di tutti i giorni. Racconta che in passato ha fatto parte della protezione civile e ricorda di essere stato un ribelle, sempre pronto a criticare l'organizzazione, il lavoro e i comportamenti degli altri volontari tanto che l'hanno affiancato ad un volontario anziano che ben sopporta queste sue intemperanze. Oggi riconosce che ha compresso questa parte ribelle, probabilmente per dimostrare senso di responsabilità ai suoi genitori che tanto hanno investito nella sua attività.
A questo punto del percorso tento un bilancio: Mario, grazie anche alla sua forte motivazione può vantare un successo sul fronte della colite e un miglioramento sul fronte della consapevolezza. Egli continua ad eseguire gli esercizi del training autogeno ma da questo momento gli propongo il primo esercizio tratto dalla Psicoterapia Immaginativa Integrata ad Espressione Corporea (PIIEC), tecnica elaborata dal dott. Parietti e collaboratori dell'Istituto Riza. Trattasi della Contrazione/Distensione agita nella quale al paziente viene chiesto di contrarre e successivamente decontrarre i muscoli dei vari distretti corporei.
Dopo qualche settimana Mario riporta che quest'ultimo esercizio eseguito a letto prima di dormire gli dà il controllo del corpo, gli regolarizza il respiro, gli permette di addormentarsi subito.
L'aumento della consapevolezza porta Mario a fare alcune riflessioni come quella volta che, a piedi, si è trovato a sorpassare una persona che camminava con passo normale, Mario lo ha sorpassato e a questo punto si è reso conto di star camminando

velocemente senza averne necessità. Questa consapevolezza gli ha fatto rallentare il passo e provare tranquillità. Riporta di essersi reso conto che nel corso di questi anni ha vissuto in una sorta di sdoppiamento. In passato non gli sarebbe mai venuto in mente di camminare velocemente senza averne un motivo.
L'altra riflessione l'ha esternata al padre. Avendo avuto una sera la possibilità di avere un colloquio molto sereno con il genitore, gli ha parlato del sesso e del fatto che alcuni amici ritengono che lui possa essere omosessuale. Il padre, che lo conosce bene, gli dice che qualsiasi persona nelle sue condizioni lavorative - rese molto pesanti per la defezione di quella persona che diceva essere un secondo padre e che prima si era detta disponibile a supportarlo totalmente dal punto di vista professionale e parzialmente dal punto di vista economico ma che poi si è allontanato lasciando l'intero leasing sulle sue spalle - avrebbe avuto gli stessi suoi comportamenti. Gli ha ancora detto che se le donne non gli procurano stimoli sessuali non deve farsi problemi per queste dicerie perché è possibile che il suo disinteresse possa dipendere dall'eccessivo rispetto per le donne e in genere per le altre persone. Fa parte del suo carattere.
Indubbiamente l'attività lavorativa assorbe buona parte delle sue energie, specialmente a livello di pensiero. Spesso pensa ai genitori che hanno investito tutti i loro risparmi nel nuovo negozio privandosi di altri acquisti. È pervaso da un lieve senso di colpa. Tutte le persone che lo hanno conosciuto, e ci tiene a dirlo, è conosciuto a livello nazionale – lo ritengono molto bravo. Ma questo non gli dà "pienezza". Il negozio l'ha costretto ad ingenti cambiamenti nel comportamento: per mantenere il cliente è costretto ad essere accondiscendente anche contro la propria natura. È consapevole che nel suo lavoro il cliente è importante e a maggior ragione nel suo settore dove il tipo di servizi offerto non è essenziale, è uno sfizio che il cliente è disposto a pagare bene pur ammettendo che prevalentemente sono clienti esigenti e capricciosi.

L'incontro successivo viene dedicato ai sogni che si sono presentati durante le settimane precedenti: sogni devastanti. In particolare riporta un sogno molto vivo che gli è rimasto impresso per più giorni:
"Mi sveglio sudato. Sono io che agisco in prima persona, picchio, corro. Sono giù in garage dove c'è mia madre. Le chiedo dove sia mio padre, è di sopra con la porta chiusa e si sente che parla con una donna. Torno giù vedo mia madre che piange. Tornato su, spacco la porta urlando e picchio mio padre."
Un'altra notte: "Un lago, e nel sogno dire alla persona che mi sta accanto che il lago sognato qualche tempo fa era più bello del lago visto nel sogno attuale".
All'accentuarsi dell'attività onirica trascorre, contemporaneamente, delle nottate insonni il cui pensiero ricorrente è su una notizia di cronaca che riporta l'arresto di una decina di persone che operano nello stesso settore lavorativo di Mario; costoro hanno falsificato i documenti relativi alla circolabilità delle auto modificate. L'insonnia gli permette comunque di elaborare una serie di nuovi progetti: "con la mente che lavora a ritmo continuo" riguardanti l'attività lavorativa.
Ma in questo periodo si registra un cambiamento molto significativo: riguarda una pesante manifestazione di psoriasi nell'incavo fra le dita sul dorso di entrambe le mani, poca sul petto, sul collo, sotto il naso, sulla faccia. E tutto questo nel periodo di miglioramento dei disturbi provocati dalla colite. Effettivamente fa una certa impressione vedere le mani di Mario unte di pomata, arrossate e con tagli sottili sul dorso tra un dito e l'altro.
Al momento registro mentalmente questo mutamento e decido di portare avanti la tecnica della Psicoterapia Immaginativa Integrata ad Espressione Corporea compiendo un ulteriore passo in avanti con l'esecuzione della distensione immaginativa che consiste nell'eseguire gli stessi passaggi della distensione agita ma solo con l'immaginazione, escludendo cioè il movimento muscolare. Per l'insonnia di questo periodo gli vengono suggerite alcune strategie combinate di rilassamento e immaginazione attiva.
I rapporti con la madre, il padre e il fratello sono buoni specialmente dopo che la nonna è stata trasferita nel meridione da una zia. Fa attenzione a quello che mangia. La distensione immaginativa produce le stesse sensazioni prodotte dalla distensione agita. Sente la tensione e la distensione nella parte del corpo in quel momento immaginata. Dice di essere maggiormente concentrato.
I risultati raggiunti gli infondono una tale fiducia che non vede l'ora di poter smettere di assumere il farmaco per verificare che il miglioramento dipende per la maggior parte dagli sforzi ai quali sta aderendo. Ricorda che negli ultimi 4, 5 anni aveva degli alti e bassi ma ne veniva fuori da solo. È confortato che il sabato precedente è riuscito ad

L'attività lavorativa assorbe buona parte delle sue energie, specialmente mentali. Spesso pensa ai genitori che hanno investito tutti i loro risparmi nel nuovo negozio privandosi di altri acquisti. È pervaso da un lieve senso di colpa. Tutte le persone che lo hanno conosciuto, e ci tiene a dirlo, lo ritengono molto bravo. Ma questo non gli dà "pienezza". Per mantenere i clienti, esigenti e capricciosi, è costretto ad essere accondiscendente anche contro la propria natura. È consapevole che nel suo lavoro il cliente è importante e a maggior ragione nel suo settore

«Mi ritengo abbastanza creativo, ho tante idee: ora sto rifacendo la mia Smart ricolorandola completamente... Ho anche colorato la camera come volevo io: soffitto marrone, pareti bianco avorio tendente al salmone. Mio padre mi ha dipinto due quadri: uno astratto con un punto bianco in mezzo rappresentante la nascita di una persona pura contornato da linee di colore che vanno dal chiaro allo scuro rappresentanti cose belle e brutte che segnano il nostro cammino. Il mio amico falegname mi ha fatto dei quadretti in legno. Cerco di dare un senso a tutto quello che mi circonda»

andare a ballare con gli stessi amici con i quali ha trascorso il capodanno riuscendo a gustare di nuovo le sensazioni di sano benessere. È consapevole che questa fase "positiva" è da ascrivere anche al "clima" creato dai suoi amici più intimi: "mi adorano, me lo dicono più volte, cercano la mia amicizia". Sta riprendendo gusto per il lavoro: "mi piace, spesso faccio da paciere per sistemare le inadempienze altrui".
Riporto il discorso sul recente disturbo della psoriasi notando il passaggio del sintomo dalla colite alla psoriasi, sembra quasi uno spostamento del sintomo dal profondo alla superficie.
Si, mi risponde, la psoriasi si è manifestata alle mani, soprattutto nell'incavo tra le dita, poco sul viso e sul collo, sul cuoio capelluto. Non mi dà particolarmente fastidio. La tengo sotto controllo con la crema che mi è stata prescritta. Quando devo stringere la mano a qualcuno lo avverto che la mano può essere unta. In alcuni momenti la pelle si spacca mostrando il rosso sottostante ma non sanguina.
Osservo che sembra quasi che il fuoco della creatività voglia emergere.
"Mi ritengo abbastanza creativo, ho tante idee: ora sto rifacendo la mia Smart ricolorandola completamente comprendendo anche i cerchi delle ruote colorati in oro e nero. Ho anche colorato la camera come volevo io: soffitto marrone, pareti bianco avorio tendente al salmone. Mio padre mi ha dipinto due quadri: uno astratto con un punto bianco in mezzo rappresentante la nascita di una persona pura contornato da linee di colore che vanno dal chiaro allo scuro rappresentanti cose belle e brutte che segnano il nostro cammino. Il mio amico falegname mi ha fatto dei quadretti in legno. Cerco di dare un senso a tutto quello che mi circonda."

L'incontro successivo mette in mostra un Mario inedito: "Sono molto arrabbiato con l'Italia e le sue leggi assurde e con il proprietario del negozio. Lo ammazzerei e non me ne pentirei. Questo è quel padre che mi aveva preso sotto la sua protezione. Alla fine si è rivelato per quello che è."
Questo inaspettato sfogo di Mario mi coglie di sorpresa.
Avevo sempre avuto di fronte un giovane uomo misurato nelle parole e nei gesti. Lui stesso si era definito persona esente dagli odi e dai rancori.
Alla fine dello sfogo mi astengo da qualsiasi giudizio ma non posso astenermi dal consigliare Mario di fare il possibile per stare lontano dalle azioni giudiziarie e dalle liti di qualsiasi genere, principalmente per un principio utilitaristico: salvaguardare la propria salute fisica e mentale.
Durante l'incontro successivo chiedo a Mario se il consiglio della volta scorsa di tenersi lontano dalle azioni giudiziarie gli avesse suscitato qualche riflessione.
E lui: "Mi sento nervoso, agitato, iperattivo, dico troppe cose in un solo istante e brucio le parole. Mi sento frenetico e molto stanco, suscettibile."
Evidentemente il consiglio di tenersi lontano dall'attività giudiziaria gli ha provocato qualche tensione, anche per il fatto che le azioni giudiziarie sono partite dalla controparte.
Gli parlo dell'aggressività come forza necessaria alla vita e all'utilizzo di questa forza in modo modulato e costruttivo. Per chiarire meglio il concetto di modulazione utilizzo l'esempio della diga del Vajont che era stata progettata per raccogliere nel bacino formato dalla stessa una grande quantità di acqua che, attraverso canalizzazioni, azionano delle turbine che a loro volta muovono generatori per la produzione dell'elettricità. Quindi grande energia potenziale modulata a seconda delle necessità. Ma nel giorno che una frana staccatasi dal monte Toc invade il bacino permettendo all'acqua di fuoriuscire violentemente dal proprio alveo, quell'energia senza più controllo produce distruzione e morte nelle valli circostanti.
Ma nonostante la metafora della diga del Vajont il discorso ritorna sempre sul dissidio con l'ex concessionario: "giovedì scorso avevo intenzione di affrontarlo poi il mio papà mi ha dissuaso e ha cercato di tranquillizzarmi. Ma il pensiero ritorna sempre sugli stessi punti: mi sento offeso, calpestato, amareggiato di aver dato fiducia e aver ricevuto solo del male. Mi vengono in mente le lettere mandate da lui al mio avvocato e alla società di leasing tendenti a screditare il mio operato, a svilire la mia attività."
Ricostruisce ancora la progressione della lite iniziata durante i lavori di ristrutturazione dell'immobile. Nel rimodellare la rampa che porta al box, essendo la stessa in curva si accorge a lavori completati di riuscire con molta difficoltà a raggiungere il box per un'errore di inclinazione del pavimento e per analogo errore di modellamento della rampa non riesce a montare un portone di quattro ante già costruito ad hoc. Questo episodio genera un successivo litigio per una pubblicità sul giornale locale, concordata

solo verbalmente, sul quale si uniscono i due marchi per promuovere i prodotti delle rispettive attività. Dopo l'episodio appena descritto l'ex proprietario denuncia Mario accusandolo di voler utilizzare il suo marchio per farsi una indebita pubblicità. Ma quello che ha fatto precipitare la situazione è stata l'ultima denuncia ricevuta per non aver voluto pagare un terzo della spesa della corrente elettrica per l'illuminazione del parcheggio, parcheggio di proprietà dell'ex concessionario. Alla fine del colloquio Mario ha espresso rammarico per il suo stato d'animo che lo ha portato a dare una lieve sberla per scherzo alla sua ex fidanzata che lei invece ha sentito come una sberla che le ha fatto male. Mostra la lettera inviatagli dall'ex concessionario affinché , dopo averla letta, mi renda conto con quale tipo di persona lui è costretto a relazionarsi.
"Per me la vita è correttezza, per quale motivo gli altri devono permettersi di comportarsi in maniera così incivile? Non accetto essere provocato, sono disponibile a fargliela pagare".
Consiglio di mettere da parte, fare scivolare questi torti per evitare di essere presi in un vortice di aggressività ma Mario non ci sta, non riesce ad accettare il consiglio.
"Centinaia di persone mi ammirano, ma se una persona mi fa uno sgarro.... tutto questo schifo è successo da un anno e mezzo. Ho cercato di sfogarlo sul mio lavoro e sono certo che quando lui vede le mie macchine si tortura il cervello. Non mi sono mai dato arie e faccio con piacere tutti questi sbattimenti. Ieri sera mi sono arrabbiato perché una cliente mi ha fermato l'invio della sua macchina alla fiera di Rimini. Ieri ci ho rimesso 800 Euro per il costo di una omologazione non preventivata correttamente, Questo perché, per me, il cliente deve rimanere soddisfatto. Tutti questi ostacoli moralmente mi ammazzano".

Al 15 aprile sono trascorsi 6 mesi di colloqui con la cadenza di un colloquio a settimana quando Mario irrompe nello studio e mostrando entrambe le mani mi dice che la psoriasi è andata via completamente. Gli chiedo di raccontarmi come è avvenuto tutto ciò.
"A fine marzo c'è stata l'udienza sulla causa che il concessionario ha intentato accusandomi di aver utilizzato il suo marchio e fatto pubblicità sul giornale locale. Al giudice ho dato la mia versione dei fatti. Lui con la solita prosopopea ha descritto la sua carriera sempre esemplare e giù con questi toni trionfalistici. Io ero molto nervoso. Poi sono tornato al negozio e ci sono rimasto fino a tarda ora a sbrigare il lavoro. Il pensiero riandava all'udienza e alle parole del concessionario, questo mi ha fatto aumentare la rabbia. Sono uscito fuori, ho visto quell'orribile palma finta che lui ha installato nel piazzale interno, non ho resistito, mi sono avvicinato e ho cominciato a strapparla. Essendo la parte esterna in plastica dura, mi sono anche ferito i palmi delle mani. Ero animato da una furia calcolata.
Questa palma io la odiavo, ho spesso chiesto al concessionario di rimuoverla ma lui quasi per farmi un dispetto non ha mai voluto rimuoverla.
Dopo questo sfogo, era ormai passata l'una di notte, sono ritornato a casa e ho dormito serenamente la restante parte della notte".
Questa esperienza gli consente di adottare un diverso atteggiamento sul lavoro: "sono sempre molto attento alle esigenze dei clienti ma mentre prima subivo le richieste ora cerco di aderire alle loro proposte con maggior distacco e reagire quando qualcosa è palesemente in contrasto con il buon senso e con il mio modo di vedere".
In questa fase di euforia e super attività ho consigliato Mario a non perdere di vista il suo benessere psicofisico e tenere sempre presente il detto di Gurdjiff "Ricordati di te".
A questo punto del percorso conveniamo che gli obbiettivi siano stati, di massima, raggiunti. Concordiamo di abbandonare la cadenza degli incontri settimanali e vederci per ancora un paio di volte con cadenza mensile.

Gli incontri successivi vengono dedicati all'analisi delle tappe del percorso. Ciò determina in Mario una maggiore consapevolezza nelle proprie possibilità e la formulazione di nuovi propositi.
È di questo periodo l'approccio con una ragazza con la quale è uscito una sera. Racconta che a differenza di quando era fidanzato si è sentito molto rilassato e contento di essere uscito con lei: "abbiamo avuto una bella serata conclusasi innocentemente senza neanche un bacio, a me stava bene così, non è necessario seguire un copione. Lei dopo qualche giorno mi ha scritto chiedendomi se in quell'occasione la mia aspettativa fosse diversa, cioè se la serata doveva essere conclusa con un approccio più intimo.

«Centinaia di persone mi ammirano, ma se una persona mi fa uno sgarro.... tutto questo schifo è successo da un anno e mezzo. Ho cercato di sfogarlo sul mio lavoro e sono certo che quando lui vede le mie macchine si tortura il cervello. Non mi sono mai dato arie e faccio con piacere tutti questi sbattimenti. Ieri sera mi sono arrabbiato perché una cliente mi ha fermato l'invio della sua macchina alla fiera di Rimini. Ieri ci ho rimesso 800 Euro per il costo di una omologazione non preventivata correttamente, Questo perché, per me, il cliente deve rimanere soddisfatto. Tutti questi ostacoli moralmente mi ammazzano»

«Interrogandomi sul passato mi sono reso conto dello stress che avevo accumulato. La svolta è avvenuta in gennaio (...). Sono riuscito a capire la mia natura e a non comprimere i miei stati d'animo. In quel periodo stavo molto male e mi sono determinato a seguire tutti i suoi consigli, perfino leggere prima di dormire, cosa che non sono mai riuscito ad amare fin dai tempi della scuola dove studiare mi pesava molto»

Le ho risposto che ero contento della serata così come si era svolta".
L'approccio successivo è con una sua cliente: "donna bellissima, formosa come piace a me di età poco più che trentenne, a differenza di tutte le altre volte ci siamo lasciati andare ad un rapporto sessuale completo e di grande soddisfazione. Non assumendo ella la pillola, ho usato un preservativo che per l'occasione avevo preso con l'effetto ritardante. Sarà stato il preservativo o il clima disteso ho avuto l'eiaculazione in un tempo sufficientemente lungo da portare entrambi alla massima soddisfazione. Anche con questa ragazza abbiamo chiarito di aspettarci nulla da questa relazione se non la soddisfazione reciproca fin quando ne abbiamo voglia".
Anche negli altri ambiti relazionali sente di avere una posizione autonoma, non si identifica con la massa, si sente estraneo a tutti quelli che si perdono in discussioni infinite sul calcio e su altri argomenti del giorno. Questo non gli impedisce di avere discussioni e di mantenere la posizione quando sente di aver ragione.
Con orgoglio mi mostra la foto di un'auto con l'allestimento da lui progettato e il logo della nuova società.
«Ho messo la foto della macchina su facebook e un giorno un ragazzo riconoscendo la macchina ha detto: "Quello è Mario"».
Quest'ultima parte del racconto mi permette di verificare l'alto grado di autostima raggiunto da Mario; ad evitare l'allontanamento dalla realtà gli racconto dei tre "colpi" all'orgoglio che l'umanità ha dovuto subire negli ultimi tempi. Il primo quando l'uomo si rese conto di non essere al centro dell'universo e questo avvenne quando scoprì che la Terra che ruotava intorno al Sole e non il contrario, il secondo quando Darwin dimostrò che l'uomo discende dalla scimmia, il terzo quando Freud mise in evidenza che l'uomo in massima parte non è padrone dei propri comportamenti ma che questi sono diretti per massima parte dall'istanza "inconscio".
Per cui la frase "vivo delle situazioni che si presentano man mano" è proprio indicata per mettere l'io un po' sullo sfondo e avere fiducia delle forze inconsce che sicuramente hanno una saggezza che spesso l'Io non ha.

Mario negli incontri successivi continua a raccontare la sua autoanalisi. Vuole mantenere il buon risultato raggiunto facendo a meno dell'apporto farmacologico, per cui chiede ed ottiene dallo psichiatra di poter ridurre il Cepralex da 10 a 8 gocce al giorno. Questo calo dal dosaggio si fa sentire: "Per tre giorni ho avuto il disturbo di stomaco, sono andato in bagno per tre volte al giorno e ho sentito un po' di ansia. Comunque ho ripreso a lavorare con grande lena al progetto del marchio. Riesco a rilassarmi soltanto la sera".
Gli faccio presente che il rilassamento non è mai una perdita di tempo.
Successivamente ottiene di ridurre il Cipralex a 6 gocce.
Continua l'autoanalisi: «Interrogandomi sul passato mi sono reso conto dello stress che avevo accumulato. La svolta è avvenuta in gennaio e la riflessione sul passato è iniziata a febbraio – marzo; sono riuscito a capire la mia natura e a non comprimere i miei stati d'animo. In quel periodo stavo molto male e mi sono determinato a seguire tutti i suoi consigli, perfino leggere prima di dormire, cosa che non sono mai riuscito ad amare fin dai tempi della scuola dove studiare mi pesava molto. Tra qualche giorno andrò in Slovacchia con una persona molto importante nel mio campo.
In famiglia va tutto bene.
Con l'avversario non va bene ma ho preso l'iniziativa di denunciarlo per danni alla mia attività, ho fatto intervenire anche le banche che mi hanno dato il leasing e sono determinato a vederlo sotto dieci metri di terra. Essere schifoso che non merita di vivere su questa terra. Ho visto piangere due persone per colpa sua.
Tutte queste cose non ci vorrebbero ma mi stimolano. A sera quando vado a letto faccio gli esercizi di distensione che mi permettono di dormire tranquillo».
A questo punto decidiamo di porre termine agli incontri. Ho rivisto Mario una sola volta, su mio invito, in occasione della autorizzazione a poter scrivere sulla sua esperienza. Ho ricevuto in occasione delle feste natalizie un messaggio:"Buone feste dottore! Io sono al top e quest'anno vado ancora in montagna senza alcun ripensamento! A dirla tutta però mi è ritornata la psoriasi sulle mani... ma sono più forte io adesso! Buone cose!

Interpretazione secondo il modello psicosomatico
"Mens sana in corpore sano" locuzione latina di Giovenale interpretata modernamente nel senso che per avere sane le facoltà dell'anima, bisogna avere sane anche quelle del corpo e viceversa. È questo il campo d'indagine che la "medicina psicosomatica" esplora. Infatti il termine "medicina psicosomatica" sta ad indicare lo studio delle reciproche interazioni tra gli aspetti emozionali e la fisiopatologia umana. In questo ambito l'uomo viene considerato come un'unità in cui la malattia si può manifestare a livello "fisico" come sintomo e a livello "psichico" come disagio. In altre parole il "corpo" è osservato nella duplice articolazione dell'oggettività sensoriale retta dal "codice biologico" e della soggettività dei vissuti caratterizzata dal "codice simbolico".
In tempi recenti, all'affacciarsi della psicologia come scienza, Freud si interrogava sul "mistero del salto dalla mente al corpo".
All'opposto, un saggio dei nostri tempi, Baba Bedi, ha studiato a fondo la relazione tra psiche e soma, riuscendo a scoprire la sottile ma potente rete della energia emotiva e mentale che agisce sul corpo, determinando l'insorgere dei più svariati squilibri. Si tratta di una descrizione accurata ed analitica di come questa energia legata alle emozioni produca dei precisi effetti fisici che spesso sono delle vere e proprie malattie.
Ritornando alla nostra analisi il caso descritto è un chiaro caso di sintomo psicosomatico. Il paziente manifesta una colite refrattaria ad ogni intervento farmacologico al punto di dover ricorrere all'intervento chirurgico di rimozione delle emorroidi insorte, presumibilmente, in seguito ai ripetuti attacchi diarroici.
Il giovane Mario si presenta come una persona reattiva, motivata, seria ed esuberante. Il profondo disagio si manifesta con un pianto contenuto durante il racconto. Si rende conto di non riuscire a capire e di conseguenza non riuscire a risolvere un problema che gli pone grosse limitazioni e circolarmente grosse ansie al punto da mettere in dubbio la propria adeguatezza nello svolgere l'attività lavorativa.
Mi colpiscono alcune frasi, più volte ripetute nella prima parte dei colloqui come ad esempio la frase "tengo tutto dentro" pronunciata quando descrive i rapporti con i suoi clienti improntati alla massima soddisfazione degli stessi anche a costo di "mandare giù bocconi amari". È questo il periodo della gastroenterite.
Ma la caratteristica saliente del periodo successivo, cioè quando i sintomi della colite

La sostituzione del sintomo, non infrequente in un percorso psicoterapeutico, la interpreto in modo positivo. Il sintomo da interno, quindi nascosto, è diventato visibile a tutti. Mi colpisce la frase riportata da Mario: «una mia amica, vedendo le mani, mi ha chiesto se tiravo di boxe»

diventano più invasivi, sono le affermazioni sull'ubbidienza ai genitori, soprattutto alla mamma che lui definisce "un caterpillar", i discorsi sulla purezza e quando gli chiedo se ha fantasie sessuali risponde con l'affermazione di non provare nulla di "questo istinto animalesco".
A questo punto discutiamo sugli istinti e sulla loro importanza per l'equilibrio dell'intera personalità.
Gli faccio presente di evitare di allontanare dalla mente desideri ritenuti sporchi perché questi fanno parte di noi e riusciamo ad essere noi stessi solo quando accettiamo tanta ombra, tanto inferno, quanta luce possediamo.
Sono proprio i sensi di colpa generati da questi pensieri che si riflettono sull'intestino che al pari della mente cerca di espellere le parti ritenute sporche.
È recente la scoperta che l'intestino non solo "somiglia" al cervello per le sue circonvoluzioni ma oltre ad essere collegato alla rete neuronale cerebrale possiede una propria rete neuronale indipendente. Del resto quanto scoperto recentemente dalla scienza era già stato intuito dai saggi dell'antichità: nella tavola smeraldina, la cui iscrizione è attribuita a Ermete Trismegisto, si leggono i primi versi: "È vero senza menzogna, certo e verissimo. Ciò ch'è in basso è come ciò ch'è in alto, e ciò ch'è in alto è come ciò ch'è in basso, per fare i miracoli della cosa una." Ciò è sicuramente valido anche per il corpo umano.
A questo punto del percorso la colite degrada man mano permettendo a Mario di svolgere una vita sociale più intensa. Ma quasi contemporaneamente si presenta all'orizzonte una psoriasi localizzata principalmente sul dorso delle mani, nell'incavo delle dita, lieve sul collo, sul petto, sotto il naso, sulla faccia. Anche in questo caso la psoriasi resiste alle cure farmacologiche.
Questa sostituzione del sintomo, non infrequente in un percorso psicoterapeutico, la interpreto in modo positivo. Il sintomo da interno, quindi nascosto, è diventato visibile a tutti. Mi colpisce la frase riportata da Mario: "una mia amica, vedendo le mani, mi ha chiesto se tiravo di boxe"
Mi è venuta in mente la metafora utilizzata in alcune parti d'Italia quando si vuole rappresentare qualcuno che ha voglia di menar le mani si dice :"gli prudono le mani". Ho associato questa voglia di "menar le mani" al contenzioso che il concessionario aveva attivato nei confronti di Mario.

Credo di essere nel giusto a pensare che il sintomo è sparito quando l'emozione è stata agita permettendo all'energia di fluire liberamente.

Luigi Arpenti* Psicologo.

Interactions between emotional aspects and the human physiopathology

"Mens sana in corpore sano" latin expression of Giovanale which means, in a modern interpretation for having healthy soul faculties you need to have healthy body faculties, and vice versa. This is the investigation field of the "Psychomatic Medicine". In fact, the term "Psychomatic Medicine" indicate the study of reciproc interactions between emotional aspects and the human physiopathology. In this sense the person is considered as a unit in which the ilness can manifest itself at the physic level as a symptom and at the psychic level as a disconfort. In other words, the "body" is observed in the double joint of sensoriality objectivity of "biological code" and of subjective experiences of "symbolic code".

link

linee guida

Introduzione alle “Linee Guida per la valutazione psicologica dei macchinisti dei treni e dell’altro personale collegato alla sicurezza” nel trasporto ferroviario

FRANCO AMORE, CLAUDIO SIGNORETTI

Introduzione alle "Linee Guida per la valutazione psicologica dei macchinisti dei treni e dell'altro personale collegato alla sicurezza" nel trasporto ferroviario

Questo articolo desidera portare a conoscenza dei colleghi un cambiamento attualmente in corso che definisce meglio la nostra possibilità di intervento in uno specifico ambito diagnostico, quello relativo al trasporto ferroviario. Siamo infatti prossimi al recepimento in Italia della Direttiva della Comunità Europea n. 59 del 2007 nella quale si prevede, all'art.11, che l'idoneità psicologica ai compiti di macchinista possa essere valutata da uno psicologo. Questa norma segue la Decisione della Commissione n. 3593 del 2006, relativa all'interoperabilità ferroviaria, ed è utile sottolineare, oltre alla futura ricaduta in termini occupazionali, l'importanza della presenza della nostra figura professionale, accanto a quella del medico, nelle due normative comunitarie ora citate che ne valorizzano il ruolo in questo tipo di esami. Ma proviamo, per chiarezza, a riassumere sinteticamente la questione in modo da rendere comprensibile l'esigenza delle Linee Guida poi presentate e brevemente commentate

FRANCO AMORE, CLAUDIO SIGNORETTI

La Direttiva 2007/59/CE

In Europa è in atto un'importante trasformazione finalizzata a permettere il libero accesso delle società di trasporto alla rete ferroviaria nazionale di ogni Stato della Comunità. Per raggiungere questo obiettivo si è reso necessario un progressivo processo di integrazione degli aspetti tecnici e normativi che devono acquisire la caratteristica di poter essere facilmente operabili tra gli Stati. Questo complesso lavoro di condivisione di strumenti e procedure (Interoperabilità), attuato sia per le diverse compagnie di trasporto (persone e merci) sia per le società che gestiscono le infrastrutture (binari, stazioni, etc.), trova le sue radici nelle prima Direttiva Europea di armonizzazione emanata già nel 1991 e si è rafforzato con quelle successive. In questo processo è stata dedicata attenzione ai requisiti di salute, medici e psicologici, del personale coinvolto nelle attività direttamente connesse con la circolazione dei treni come per esempio macchinisti, agenti per il servizio alla clientela sulle carrozze, verificatori del materiale rotabile. Dal 1999 l'Associazione Europea delle Compagnie di trasporto ed Infrastrutture ferroviarie, CER (Community of European Railway and Infrastructures Companies), ha ufficialmente collaborato con le istituzioni Europee, Parlamento e Commissione, per la definizione di molti aspetti tra i quali i criteri comuni per la salute del personale. Ricordiamo che la CER rappresenta 76 tra compagnie ed operatori (grandi e piccoli)

del trasporto ferroviario tra le quali quelle dei maggiori stati europei; rappresenta quindi i loro interessi presso le Istituzioni Europee e punta alla creazione di un sistema integrato di trasporto sostenibile ed efficiente. Dal 2001 sotto la sua guida sono stati attivati due gruppi di lavoro, uno costituito da medici, per i requisiti fisici, ed uno formato da psicologi per la definizione di quelli psicologici: i partecipanti sono professionisti inviati dalle rispettive compagnie ferroviarie nazionali. Tali lavori sono stati successivamente integrati nelle bozze di Specifiche Tecniche di Interoperabilità elaborate per conto della Commissione Europea dagli esperti riuniti presso l'European Association for Railway Interoperability (AEIF) e successivamente accolti nella Decisione della Commissione Europea n. 3593 del 11 agosto 2006 che definisce parte delle Specifiche Tecniche di Interoperabilità (STI) relativa al sottosistema "Esercizio e gestione del traffico del sistema ferroviario transeuropeo convenzionale", poi estesa anche alle linee ad alta velocità. Al punto 4.7 (Health and safety conditions) delle STI sono elencati i criteri per l'approvazione degli psicologi che dovranno svolgere gli accertamenti, il dettaglio dei contenuti valutati, sostanzialmente riferiti ad aspetti psicomotori, cognitivi e di personalità, ed infine alcune indicazioni sull'utilizzo degli strumenti. La successiva Direttiva del Consiglio dell'Unione Europea, n. 59 del 23 ottobre 2007, relativa alle norme per il rilascio della licenza di guida europea per i macchinisti dei treni all'art.11 prevede che l'esame psicoattitudinale possa essere condotto o supervisionato da uno psicologo o da un medico, in funzione della decisione dello Stato membro; ai punti 2.1 e 2.2 dell'allegato II° vengono indicati, se pur in modo più generico delle STI, i contenuti dell'esame stesso relativi comunque alle aree psicomotoria, cognitiva e di personalità. I documenti sono consultabili sul sito della ANSF, Agenzia Nazionale per la Sicurezza Ferroviaria, alla voce "Normativa di sicurezza ed interoperabilità", seguendo le indicazioni per il collegamento a RFI e poi alla voce "Normativa Comunitaria (Decisioni e Direttive)". In attesa delle eventuali ulteriori revisioni ufficiali dei documenti, il gruppo degli psicologi della CER ha elaborato delle linee guida condivise che si pongono come punto di riferimento per l'approccio alla valutazione in questo campo. Infatti, si è cercato da un lato di colmare alcune differenze interpretative tra i contenuti dei due testi dianzi citati e dall'altro è sembrato utile indicare, sulla base dell'esperienza decennale maturata nei rispettivi paesi, comuni riferimenti che non potranno che favorire il mutuo riconoscimento tra gli Stati europei dei risultati degli esami condotti in ognuno di essi. Prima di lasciarvi alla lettura dei punti salienti, qui presentati, delle Linee Guida (il testo integrale in lingua inglese è pubblicato sul sito del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi sotto la voce Linee Guida e sul sito dell'European Federation of Psychological Association sotto la voce Traffic Psychology) ci sembra utile precisare alcuni aspetti che ci possono stimolare ad una ulteriore riflessione.

Nella lettura dei contenuti si può notare come alcune parti avrebbero potuto essere maggiormente dettagliate; si deve però considerare che si è inizialmente partiti da realtà nazionali, professionali e strumentali, diverse tra loro e quindi una sintesi comune è giunta fin dove è stato possibile arrivare per avere convergenze metodologiche e concettuali condivise da tutti gli psicologi provenienti dalle diverse Compagnie di trasporto e Gestori delle Infrastrutture ferroviarie. In tal senso il documento qui presentato è certamente l'importante punto di arrivo di un decennale lavoro che per la prima volta in ambito ferroviario integra e condivide esperienze nazionali diverse nel campo della Psicologia ma, al contempo, deve essere considerato come la base di partenza da dove i nostri più giovani colleghi potranno approfondire e affinare gli esami di idoneità psicoattitudinale che sono effettuati nel mondo dei trasporti.

In secondo luogo dobbiamo ricordare che l'introduzione della figura del medico nella valutazione psicoattitudinale è stata accettata, dopo un dibattito avvenuto nel Parlamento Europeo, perché non tutti i paesi della Comunità hanno pienamente riconosciuto la nostra professione; in Italia, invece, le norme in vigore individuano chiaramente lo Psicologo come titolare della Diagnosi Psicologica, L.56/89 art.1, anche per gli aspetti psicoattitudinali, e titolare dell'utilizzo di test ed altri strumenti standardizzati per "l'idoneità psicologica a specifici compiti e condizioni", L.170/2003 art.3 punto1-quinquies. Quindi ne consegue la chiara consapevolezza che, pur essendo nel nostro paese sufficientemente tutelati, senza forti e coordinati interventi da parte di rappresentanze accreditate nelle appropriate sedi europee, anche per la mancata estensione del riconoscimento della nostra professione in ogni paese, si rischia nel tempo una penalizzazione a vantaggio di gruppi professionali più attivi e radicati in ambito lavorativo.

In terzo luogo è bene sottolineare come gli obiettivi di questa valutazione siano mirati non ad evidenziare chi mostra le migliori prestazioni in un gruppo di candidati od a verificarne le competenze possedute ma, piuttosto, ad escludere solo i soggetti i cui deficit psicologici possono limitare la corretta esecuzione dei compiti in relazione alla sicurezza ferroviaria. Quindi l'accertamento in questione si differenzia dalle pratiche seguite nella selezione del personale sia nella scelta ben definita degli aspetti psicologici da saggiare, sia nella non eludibile chiara definizione dei livelli di cut-off adottati. Così sia il metodo che gli strumenti presentano più similitudini con quelli già individuati dalla Psicologia del Traffico, pertanto è in questo ambito utile, oltre che auspicabile, approfondire la materia in modo da trovarvi una convergenza di interessi e la condivisione di obiettivi.
Veniamo ora ai principali contenuti delle Linee Guida.

LE LINEE GUIDA

Quella che segue è la traduzione dei capitoli delle Linee guida elaborate dal CER effettuata dagli autori di questo articolo. Le linee guida originali, alle quali fare comunque riferimento, sono riportate sui siti sopra menzionati.

1 Introduzione - Finalità delle linee guida

1.1 I motivi dell'effettuazione della valutazione psicologica durante la selezione dei macchinisti

I metodi di valutazione psicologica sono utilizzati per identificare qualcuno che ha le appropriate conoscenze, competenze ed abilità per diventare macchinista. Un rigoroso processo di selezione è importante per garantire un servizio ferroviario sicuro ed efficace.
C'è una lunga storia che fornisce evidenza empirica dell'efficacia di un approccio psicologico per la valutazione. Principalmente perché l'assessment psicologico ha il vantaggio di essere un modo oggettivo e scientifico per valutare conoscenze, competenze ed abilità. Nel ruolo critico per la sicurezza, qual è quello di macchinista, è importante considerare le conseguenze di impiegare qualcuno che non soddisfi gli standard richiesti.

Un requisito fondamentale è garantire che questi metodi siano equi per tutti i candidati e discriminino solo sulla adeguatezza al ruolo. L'uso efficiente di un processo di valutazione deve tenere in considerazione i seguenti punti:
• soddisfare le specifiche esigenze per una operatività sicura in accordo con i requisiti nazionali per la sicurezza e la salute psicologica;
• soddisfare la necessità della società che ciò sia fatto in modo economico.

1.2 Campo di applicazione delle linee guida

Questo documento tratta i seguenti aspetti della selezione dei macchinisti:
• le competenze delle persone che intraprendono l'assessment psicologico
• il ruolo connesso alla sicurezza dell'assessment psicologico nel processo di assunzione
• il processo di valutazione dei criteri connessi alla sicurezza:
  – definizione dei criteri di selezione
  – uso degli strumenti di selezione
  – valutazione dei candidati
  – decisioni di selezione
  – feedback al candidato e al cliente
• link utili e riferimenti

Il presente documento ha lo scopo di migliorare il quadro comune di riferimento per la valutazione psicologica per armonizzare le prassi tra gli Stati Europei. Esso è parte del Risk Management connesso ai fattori umani e ai compiti di sicurezza.

1.3 Destinatari delle linee guida

Queste linee guida stabiliscono i requisiti per la valutazione psicologica dei macchinisti in conformità con le condizioni dettate dalle direttive europee: 96/48/CE, 2001/16/CE, 2004/49/CE, 2004/50/CE, 2004/0048 (COD) e la Direttiva 2007/59/CE relativa alla certificazione dei macchinisti addetti alla guida di locomotori e treni sul sistema ferroviario della Comunità.
Le linee guida sono utili per coloro che sono incaricati di definire le modalità di selezione dei macchinisti e l'insieme dei principi psicologici possono essere utilizzati come orientamento nell'assessment di altro personale che svolge mansioni di sicurezza (ad es. deviatori, dirigenti movimento...).
I principi contenuti in questo documento sono validi per la selezione di tutti i macchinisti appartenenti alle società che sono rappresentati dal CER.

2. Il ruolo dell'assessment psicologico connesso con la sicurezza all'interno del processo di assunzione dei macchinisti

2.1 Definizione

Le mansioni del macchinista sono senza dubbio psicologicamente impegnative.
Il macchinista deve interagire con le informazioni in entrata, sia stimoli uditivi sia visivi, sia interni che esterni alla cabina di guida, discriminarle ed elaborarle, per preparare e guidare un locomotore e per prendere decisioni nel rispetto delle procedure.
Nelle ferrovie l'affidabilità umana è quindi uno degli aspetti critici per la sicurezza. L'interazione con le regole del traffico ferroviario, le dotazioni tecniche di sicurezza e la gestione della sicurezza forma una miscela di fattori di rischio. L'affidabilità umana dipende da molti fattori, uno di questi è l'assunzione dei macchinisti che hanno le richieste abilità cognitive, psicomotorie e comportamentali.
L'assessment psicologico, all'interno del processo di reclutamento dei macchinisti, è una parte della valutazione generale delle capacità del lavoratore che comprendono, oltre a quella psicologica, altri tipi di capacità (fisica, tecnica, speciale, ecc.). La valutazione dello stato psichico (status praesens psychicus) all'interno di un esame fisico (se praticato) non sostituisce la sicurezza dell'assessment psicologico all'interno del processo di assunzione dei macchinisti. L'assessment psicologico relativo alla sicurezza cerca di scoprire se i criteri psicologici richiesti per ricoprire il posto di macchinista sono soddisfatti.

2.2 Obiettivi

Dal punto di vista della competenza per lavorare come macchinista, la capacità psicologica è intesa come parte integrante e unità dinamica delle personalità. Queste capacità sono impostate e riconosciute in base alle richieste del lavoro, imponendo ai candidati particolari requisiti, competenze e caratteristiche.
L'assessment psicologico è previsto come fondamento per entrambe le abilità operative di macchinista e per lo sviluppo di carriera all'interno della società. L'obiettivo è quello di stimare l'affidabilità delle persone valutate con la massima precisione. Solo lo studio approfondito delle caratteristiche dell'uomo (oltre che quelle fisiche, tecniche, ecc.) può avere effetto per la prevenzione degli incidenti. I dati raccolti dall'assessment psicologico relativo alla sicurezza possono funzionare come un valido ed utile indicatore del comportamento futuro del macchinista durante il servizio in condizioni di reale circolazione ferroviaria.

2.3 Contenuto

La valutazione psicologica si concentra sui criteri psicometrici, le qualità cognitive, sulla personalità e sul comportamento. Per ognuna di queste caratteristiche una vasta gamma di strumenti di valutazione psicologica è usata per stimare le prestazioni legate alla sicurezza. Gli strumenti di valutazione che vengono utilizzati devono essere inerenti ai requisiti del lavoro di un macchinista.

3. Definizione delle competenze dei professionisti che conducono assessment psicologici relativi alla sicurezza

3.1 Premessa

Il confronto dei compiti*, intrapreso tra le strutture ferroviarie europee, mostra diversi ruoli e competenze professionali, nel rispetto delle norme e delle prassi di ogni paese.
Allo stesso tempo, l'assessment psicologico relativo alla sicurezza definisce un quadro comune di riferimento pertinente al livello di responsabilità e di qualificazione dei soggetti che gestiscono la valutazione.

* L'attività di confronto si riferisce al lavoro svolto durante gli incontri del sottogruppo degli Psicologi delle ferrovie appartenenti al CER ed è congruente con gli orientamenti internazionali in materia di test.

3.2 Lo specialista di assessment psicologico nell'ambito lavorativo

In riferimento alla direttiva 2007/59/CE, capitolo 11.3, psicologi o medici devono essere accreditati o riconosciuti in conformità dell'articolo 20.
Al fine di perfezionare i criteri di riconoscimento, gli esperti coinvolti nell'esame psicologico in ambito lavorativo e secondo il modello delle Specifiche Tecniche di Interoperabilità (TSI) su questo tema, il sottogruppo degli Psicologi del CER raccomanda:
- l'applicazione delle legislazioni nazionali in materia di professione dei rispettivi esaminatori e
- che gli esaminatori abbiano:
  - le competenze e l'esperienza richieste per esercitare in psicologia del lavoro;
  - conoscenza dei pericoli sul lavoro e dell'ambiente ferroviario;
  - comprensione di come le misure intendono eliminare o ridurre i rischi derivanti da quei pericoli che potrebbero essere determinati dalla mancanza di idoneità psicologica al lavoro.

Questi professionisti determinano i contenuti dell'assessment, la scelta degli strumenti psicologici, la procedura di standardizzazione, la valutazione ed il giudizio, sono in grado di formare e guidare altro personale coinvolto nell'esame, allo stesso modo possono amministrare e interpretare strumenti psicologici.

Conoscenze e qualifiche professionali richieste:
- metodi di descrizione e di analisi del lavoro;
- metodi di selezione del personale;
- una gamma di strumenti di valutazione attinenti;
- osservanza del codice etico di condotta, come indicato dal relativo ordine professionale psicologico di ogni paese;
- osservanza delle regole e delle leggi nazionali del rispettivo paese;
- principi psicometrici e procedure di statistica descrittiva e inferenziale;
- requisiti tecnici dei test (attendibilità, validità, standardizzazione, ecc);
- teorie e tecniche dei test attitudinali e di personalità;
- linee guida sui test eseguiti con il computer;
- principi e tecniche del colloquio occupazionale
- come effettuare studi di validità e affidabilità

• principi per la formazione dei valutatori e dei tecnici
• ambiente ferroviario e mansioni di sicurezza
• procedure per i ricorsi ed il riesame dei candidati

In genere, questa persona sarà uno psicologo del lavoro esperto (in base alla descrizione degli specialisti nell'uso dei test, EFPA), che si è specializzato nell'uso di strumenti di assessment psicologico e avrà completato una serie di corsi di formazione relativi a una varietà di diversi tipi di strumenti di valutazione.
Lo specialista dell'assessment psicologico in ambito lavorativo ha la responsabilità (o può delegare tale responsabilità) per la decisione della valutazione e può delegare compiti particolari ad operatori formati e/o controllati in un ambito ben definito.
Secondo le norme e le prassi del paese in cui l'impresa ferroviaria o il gestore dell'infrastruttura hanno la licenza o sono registrati, questi professionisti possono provenire da professioni correlate, a condizione che essi abbiano acquisito le necessarie conoscenze e competenze supplementari in psicologia attraverso la loro pratica professionale in materia di valutazioni in ambito ferroviario. Essi devono essere in grado di fornire perizie in casi giudiziari.

4. Processo di valutazione dei criteri psicologici relativi alla sicurezza

4.1 Definizione e decisione di attitudine

L'attitudine psicologica o "idoneità" ha una relazione con i domini delle capacità psicomotorie e cognitive e del comportamento in situazioni di stress (vedi sotto la definizione dei critieri, 4.2). I requisiti per ognuno di questi settori devono essere soddisfatti.
I valori limite tra "idonei" e "non idonei" / abili-non abili sono così definiti: se i requisiti minimi per uno o più dei settori richiesti non sono soddisfatti, la sicurezza della circolazione nel traffico non è più sufficientemente garantita e gli esaminati sono ritenuti non idonei.
• Idoneo significa che i requisiti minimi psicologici sono soddisfatti, vale a dire nei tre settori (delle capacità psicomotorie, delle capacità cognitive e del comportamento sotto stress) che sono determinativi per la sicurezza e rilevabile con una diagnosi psicologica.
• Non Idoneo significa che i requisiti minimi non sono soddisfatti.
Limitazioni o condizioni, potrebbero essere usate.

4.2 Definizione dei criteri

In conformità con il cap. 2.2 dell'allegato II della direttiva 2007/59/CE "l'esame deve stabilire che l'aspirante macchinista non abbia deficit psicologici individuati ai fini lavorativi, specie a livello di attitudini operative o fattori importanti della personalità".
Pertanto, il sottogruppo degli Psicologi CER raccomanda che i valutatori devono valutare comportamento e fattori della personalità, psicomotricità e criteri cognitivi. Tale valutazione porterà ad una interpretazione e diventerà un insieme integrato, il cui prodotto finale sarà una valutazione integrata dell'individuo nel contesto lavorativo. Questa valutazione è utilizzata per determinare la capacità del candidato (performance nel ruolo di macchinista) e per evitare determinati deficit psicologici che possono interferire con la prestazione sicura e l'idoneità psicologica lavorativa.

I fattori rilevanti e i criteri necessari per valutare i candidati macchinista sono definiti qui di seguito (in riferimento alla relativa STI, 2006/920/CE):

Comportamento e personalità
• Autocontrollo (la capacità di mantenere lo stesso livello di prestazioni, quando esposti ad eventi stressanti);
• affidabilità del comportamento (esecuzione delle procedure e norme di sicurezza);
• coscienziosità (attenzione alla propria performance di sicurezza);
• autonomia (capacità di lavorare in modo indipendente).

Psicomotori
• velocità di reazione (risposta rapida e adeguata agli stimoli visivi ed acustici semplici e complessi) e la qualità delle prestazioni connesse;
• coordinamento gestuale (movimenti appropriati e controllati in risposta agli stimoli complessi).

Cognitivi
• attenzione (percezione attiva e riconoscimento di stimoli e di informazioni)
• concentrazione (capacità di ricevere e gestire gli stimoli selezionati sotto la pressione del tempo)
• capacità di percezione (essere in grado di mantenere in memoria una presentazione istantanea di stimoli visivi complessi);
• ragionamento (la capacità di gestire informazioni percettive e verbali e di dedurre conclusioni);
• memoria (capacità di conservare informazioni numeriche e verbali nel corso di un breve periodo di tempo e dopo una distrazione);
• comunicazione (capacità di produrre un messaggio chiaro e preciso volto a uno scopo ben definito).
Se il valutatore omette uno dei criteri di cui sopra, la decisione deve essere giustificata e documentata.

4.3 Livello di prestazioni richiesto

Il sottogruppo Psicologi del CER raccomanda che i livelli di prestazione richiesti adattati alle categorie A e B dei macchinisti (Direttiva 2007/59/CE, capitolo II, articolo 4, paragrafo 3) devono essere definiti in un sistema trasparente che comprende:
a) la definizione di fattori e dei criteri indicati ai punti 4.1 e 4.2
b)la definizione dei livelli di prestazioni per ogni criterio psicomotorio, cognitivo e comportamentale così come i fattori di personalità per evitare determinati deficit psicologici che possono interferire con la prestazione sicura e l'idoneità psicologica al lavoro.
Secondo la letteratura scientifica psicologica, i livelli di soglia delle prestazioni devono essere stabiliti a seconda dei metodi e delle procedure scelti, poiché i punteggi di valutazione dipendono dalla scelta di strumenti (ad esempio test o l'intervista), dai contenuti della valutazione, dal campione utilizzato per la standardizzazione degli strumenti ecc.

4.4 Selezione degli strumenti

Il sottogruppo Psicologi del CER raccomanda che la valutazione debba includere unicamente strumenti che siano basati su principi psicologici e scientifici (oggettività, attendibilità, validità). Questi devono essere progettati per valutare i criteri di selezione necessari e i fattori menzionati al punto 4.1.
Ad esempio, il sottogruppo degli Psicologi del CER può raccomandare i seguenti metodi utilizzati per valutare i macchinisti, prevedendo che essi soddisfino gli standard scientifici di base:
• Computer-based (o altri) test di intelligenza e test attitudinali specifici;
• Interviste strutturate;
• Inventari di Personalità;
• Simulazioni di attività legate al lavoro.

4.5 Esempi di strumenti/metodi di valutazione cognitiva, psicomotoria e della personalità, nonché criteri di comportamento dei macchinisti

La selezione degli strumenti/metodi di valutazione è effettuata dal contraente, che è il responsabile del test. Essa dovrebbe essere basata sui dati attuali in materia di validità, affidabilità e obiettività degli strumenti di valutazione/metodi (vedi allegato 6.1 per maggiori dettagli). Questa responsabilità non può essere delegata. Di seguito sono elencati alcuni strumenti di valutazione/metodi adatti:

Criterio	Definizione	Strumenti di valutazione e metodi utilizzabili
Velocità di risposta	Rapida ed adeguata reazione a stimoli visivi ed acustici semplici e complessi	Computer-based motor tests
Coordinamento gestuale	Movimenti opportuni e controllati in risposta a qualsiasi situazione di stimoli complessi	Computer-based motor tests
Attenzione	Percezione attiva riconoscimento di stimoli e informazioni	Computer-based sensory test
Concentrazione	Capacità di ricevere e gestire stimoli selettivi sotto la pressione temporale	Computer-based sensory test
Capacità di percezione	Essere in grado di mantenere in memoria una veloce presentazione visiva di stimoli complessi	Computer-based sensory test
Ragionamento	Capacità di ragionamento per gestire le informazioni percettive e verbali, al fine di dedurre o inferire	Computer-based o test mentali carta e matita
Memoria	Capacità di mantenere mentalmente, per un breve periodo, le informazioni numeriche e verbali dopo una distrazione	Computer-based o test mentali carta e matita
Comunicazione	Capacità di comunicare attraverso la produzione di un messaggio chiaro e preciso rivolto a un ben definito scopo	Test mentali al computer, interviste
Autocontrollo	Capacità di autocontrollo per mantenere lo stesso livello di prestazioni, quando esposti ad eventi stressanti	Intervista e Inventari di Personalità
Affidabilità comportamentale	Comportamento affidabile nell'esecuzione di norme e procedure di sicurezza	Intervista e Inventari di Personalità
Coscienziosità	Consapevolezza delle proprie prestazioni di sicurezza	Intervista e Inventari di Personalità
Autonomia	Capacità di lavorare in modo indipendente intervista	Intervista e Inventari di Personalità

In media un assessment psicologico professionale dura 4 ore.

4.6 Strumenti e metodi innovativi

Nel caso di utilizzo di strumenti e metodi innovativi gli specialisti dell'assessment psicologico devono sostenerli con principi psicologici scientifici e studi.
Questi nuovi strumenti e metodi devono essere congruenti con i principi etici e le regole del paese in cui lavorano.
Gli assessor ed i tecnici saranno formati sugli stessi.

4.7 Rapporto di valutazione

Il sottogruppo Psicologi del CER raccomanda che i valutatori che gestiscono la valutazione devono indicare in un documento i criteri e il loro livello di performance. Questo documento dovrebbe contenere i seguenti punti:
• l'ambiente e il personale coinvolto nella valutazione psicologica;
• l'elenco dei fattori e dei criteri rilevanti (cfr. 4.1 e 4.2);

• l'elenco dei fattori e dei criteri rilevanti omessi (cfr. 4.1 e 4.2) e le ragioni per l'omissione;
• gli strumenti utilizzati per valutare i fattori e i criteri rilevanti (vedi 4.3, ad esempio test, intervista strutturata, osservazione in materia di formazione professionale da parte di valutatori qualificati);
• le regole con cui viene presa la decisione sull'attitudine di sicurezza (v. 4.3, a / b);
• la procedura seguita (ad esempio inserimento dei risultati in altre relazioni, la conservazione dei dati, ecc);

4.8 Periodo di validità dei risultati dei test (durata della validità del risultato)

I risultati della valutazione psicologica del lavoro resta valido per 5 anni, finché la formazione non è completa e finché il conducente mantiene la sua licenza.
Ciò significa, in particolare, che, quando le persone iniziano la formazione, l'ultima valutazione professionale positiva psicologica non può risalire a più di 5 anni. Se durante questo periodo hanno avuto luogo significativi cambiamenti nel lavoro del macchinista (ad esempio evoluzione dei posti di lavoro susseguenti a modifiche tecnologiche), che portano ad una variazione significativa degli elementi di valutazione e dei criteri o si verifica un evento significativo della vita, una nuova valutazione è raccomandata.
Un candidato macchinista che non supera una valutazione psicologica occupazionale deve aspettare almeno 6 mesi prima di intraprendere una nuova valutazione.

4.9 Feedback / report delle conclusioni della valutazione al richiedente e al cliente

Le conclusioni della valutazione sono comunicati al candidato e al richiedente e la conclusione è espressa chiaramente dall'esito "idoneo" o "non idoneo".
La conclusione deve essere presentata in modo che dia tutte le garanzie di non discriminazione e di riservatezza.

4.10 Richiesta di ricorso

Una valutazione può essere impugnata dopo la consegna della conclusione (il limite del ricorso deve essere fissato dalle leggi nazionali e dalle regole societarie).
In caso di ricorso l'intera documentazione deve essere fornita al nuovo esaminatore.

4.11 Contenuto minimo dell'esame psicologico dopo l'assunzione; verifiche periodiche e valutazione psicologica supplementare

Come previsto nel capitolo IV della direttiva 2007/59/CE, art. 16, controlli periodici, "Affinché la licenza conservi la sua validità, il titolare deve superare gli esami e/o i controlli periodici relativi ai requisiti di idoneità di cui all'articolo 11 (2) [fisica] e 11 (3) [idoneità psicologica]. Per quanto riguarda i requisiti medici, la frequenza minima deve essere garantita in conformità con le disposizioni di cui al punto 3.1 dell'allegato II ".
Il sottogruppo degli psicologi del CER desidera sottolineare che nella sezione 3.1 dell'allegato II non vi è alcuna menzione della frequenza e del contenuto dei periodici controlli psicologici.

• Per motivi economici, e sulla base della pratica e l'esperienza degli specialisti delle imprese ferroviarie europee, il gruppo di psicologi del CER raccomanda che, se non vi sono ragionevoli motivi per dubitare dell'idoneità psicologica di un macchinista, non c'è bisogno di un periodico esame professionale psicologico. Al contrario, soprattutto dopo un incidente o un incidente causato da un errore umano da parte dell'individuo, una valutazione supplementare psicologica è raccomandata. Inoltre, il sottogruppo di psicologi del CER raccomanda che, nel caso particolare del personale che nello svolgimento della mansione di condotta dei treni è coinvolto in incidenti traumatizzanti che hanno causato morte o lesioni gravi a persone, siano soggetti a cure adeguate da parte del datore di lavoro (STI, 4.7.6.6 trauma counselling).

5 Assessment dei candidati

5.1 Norme generali

Gli attori nel campo della valutazione psicologica dovrebbero comportarsi secondo i principi etici della European Federation of Psychologist's Association (vedi bibliografia).

5.2 Doveri dell'esaminatore

Garantire un trattamento equo di tutti gli esaminandi durante il test.
Tutti gli esaminandi devono avere la stessa opportunità di dimostrare la loro competenza sul concetto elaborato che il test ha lo scopo di misurare, il che implica:
I. standardizzare le condizioni di prova (somministrazione del test, il punteggio e il reporting) e l'uso delle interviste semi-strutturate;
II. pari opportunità di trovarsi a proprio agio con le prove.

Garantire parità dei risultati dei test per sottogruppi definito da razza, etnia, genere, disabilità o altre caratteristiche.
Nell'applicazione di test dove la competenza linguistica o di lettura non fa parte del costrutto di interesse, le esigenze linguistiche o di lettura del test devono essere ridotte al minimo necessario per la valutazione del previsto costrutto.
Dove la prestazione lavorativa richiede la capacità di comunicare nella lingua del test, le persone che non dispongono di adeguate competenze in tale lingua possono avere scarsi risultati nel test, sul lavoro o entrambi. In questo caso, i test utilizzati per la previsione delle future prestazioni di lavoro dovranno essere opportunamente somministrati nella lingua del posto di lavoro, purché il livello di conoscenza linguistica necessaria per la prova non superi il livello necessario per soddisfare le esigenze del lavoro di un macchinista.
Nel caso di chiara evidenza che una persona sottoposta a test ha serie difficoltà con la gestione del computer, l'obiettivo è di vedere se la persona testata ha le competenze volute, quindi l'uso di altri strumenti o metodi psicologici alternativi è possibile (es. test carta e matita, valutazione qualitativa delle prestazioni).

Garantire il trattamento riservato dei risultati della prova.
Specificare chi avrà accesso ai risultati, definire i livelli di riservatezza e limitare l'accesso ai risultati a quelli che ne hanno il diritto.
Spiegare i livelli di riservatezza ai soggetti prima che i test vengano somministrati e ottenere il relativo consenso prima di rilasciare i risultati ad altri.
Se i risultati vengono utilizzati per scopi di ricerca, per lo sviluppo di norme o per altri scopi statistici, rimuovere i nomi e altri identificativi personali dai database dei risultati archiviati.

Garantire la conservazione sicura dei materiali dei test.
Garantire la conservazione sicura e controllare l'accesso ai materiali dei test.
Rispettare il diritto d'autore e gli accordi che esistono nei confronti di un test comprendendo gli eventuali divieti di copia o trasmissione di materiali in forma elettronica o altre forme ad altre persone, sia qualificate o meno.
Definire chiare linee guida per quanto tempo i dati dei test devono essere conservati in archivio.

Garantire i risultati delle prove rispettosamente e in tempo.
I risultati dei test dovrebbero essere annunciati in un definito tempo limite. Quando questi potrebbero essere in ritardo, al candidato deve essere notificato il ritardo ed il motivo.
I risultati e le sue implicazioni devono essere annunciati in modo rispettoso e in un linguaggio che sia comprensibile al candidato.

5.3 Diritti e doveri degli esaminandi

Tutte le persone testate hanno il diritto di essere informate correttamente e in modo uniforme sul luogo, la data e l'ora esatta dell'esame e sul cosa portare (occhiali, calcolatrice...).
Prima del test l'esaminando è informato sui contenuti e gli scopi del test, i materiali utili, i principi etici, i suoi diritti e la riservatezza dei risultati. L'esaminato viene invitato a porre domande in caso di dubbi.
Tutti i partecipanti sono invitati a seguire le istruzioni del somministratore del test. Essi sono informati sulle conseguenze di un possibile lavoro scorretto che può causare sanzioni (ad esempio esclusione dal test o altro).
Gli esaminandi devono rappresentare se stessi onestamente nel test ed informare le persone appropriate se credono che i risultati dei test non riflettano adeguatamente se stessi.
Gli esaminandi non devono interferire con le prestazioni degli altri.
Prima della prova i partecipanti devono compilare un modulo di dichiarazione, in cui si dichiara che lui/lei è perfettamente in grado di sottoporsi alla visita psicologica (non essere psichicamente e mentalmente spossato, non essere sotto l'influenza di alcool, farmaci o di altre sostanze che possono influenzare la cognizione, indisposto o malato...). Se l'esaminando non è in grado di firmare questa dichiarazione, per qualsiasi motivo sopra elencato, sarà accordato un nuovo momento per l'esame.
I risultati dell'assessment completo dovrebbero essere forniti ai responsabili della selezione in forma riservata, in linea con le considerazioni etiche e legali. In questo caso gli esaminandi o il legale rappresentante hanno il diritto di ottenere copia di tutti questi documenti. I partecipanti devono essere informati su chi accede ai risultati. Se un terzo inoltra una richiesta di informazioni il candidato deve dare il suo consenso.
Se l'esaminando è risultato non idoneo ha diritto di fare un appello e gli può essere consentito di sottoporsi ad un nuovo esame psicologico.

Seguono gli allegati sui principi della valutazione psicologica e sugli strumenti che, per brevità, rimandiamo alla consultazione sui siti prima indicati.

Dopo aver presentato il corpo principale del lavoro svolto in questi ultimi anni dal Gruppo degli psicologi della CER, concludiamo con l'auspicio che queste Linee Guida proprio per la loro caratterizzazione sopranazionale possano aiutare in futuro i colleghi ad attuare pratiche che trovano ampio riscontro in Europa, in modo da rendere sempre più professionale e necessario il loro intervento che ricordiamo deve essere finalizzato ad elevare, attraverso pratiche affidabili e scientificamente fondate, la sicurezza nell'ambito del trasporto.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI A TESTI NORMATIVI ED ALTRI DOCUMENTI UFFICIALI

Agreement concluded by the European Transport Worker's Federation (ETF) and the Community of European Railways (CER) on the European Licence for drivers carrying out a cross-border interoperability service (original in French). Brussels, 27 January 2004.
COMMISSION DECISION. August 2006, Technical Specifications of Interoperability (TSI) Operations and Traffic Management (2006/920/EC), Official Journal of the European Union.
Codice deontologico per gli psicologi, Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Roma 2006.
Deontologische code voor Belgische Psychologen (BFP, 2004).
Directive for the psychological ability assessment, Czech railways, j.s.c.
DIRECTIVE 2007/59/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 23 October 2007 on the certification of train drivers operating locomotives and trains on

the railway system in the Community European Directive on the Train Driver Licence, Official Journal of theEuropean Union.
Directive 2005/47/EC of 18 July 2005 on the Agreement between the Community of European Railways (CER) and the European Transport Workers' Federation (ETF) on certain aspects of the working conditions of mobile workers engaged in interoperable cross-border services in the railwaysector, Official Journal of the European Union.
Ethics European Federation of Psychologist's Association (http://www.efpa.be).
International Guidelines on Computer-Based and Internet Delivered Testing. The British Psychological Society, 2005.
International Guidelines for Test Use (International Test Commission, 2000).
Linee guida per la valutazione psicologica e la selezione del personale. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Roma 2005.
Meeting of the CER psychologists' Subgroup - 15/16th Sep. 2005 Paris. CER SNC.
International guideline on test application, International Test Commission, 2000.
Psychological Testing: A User's Guide. The British psychological Society.
Selection of safety personnel – 1st European Congress of Railway Psychology 1992 Lyon. SNCF UIC.
Professional Code of ethics for psychologists of the French Society of Psychology.
The Standards of Educational and Psychological testing. American Psychological Association, 1999 (http://www.apa.org/science/standards.html).
Standards for educational and psychological testing (American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education, 1999).

Working group: interoperability of personnel. CCFE CER GEB 1999.

Autori delle Linee Guida:

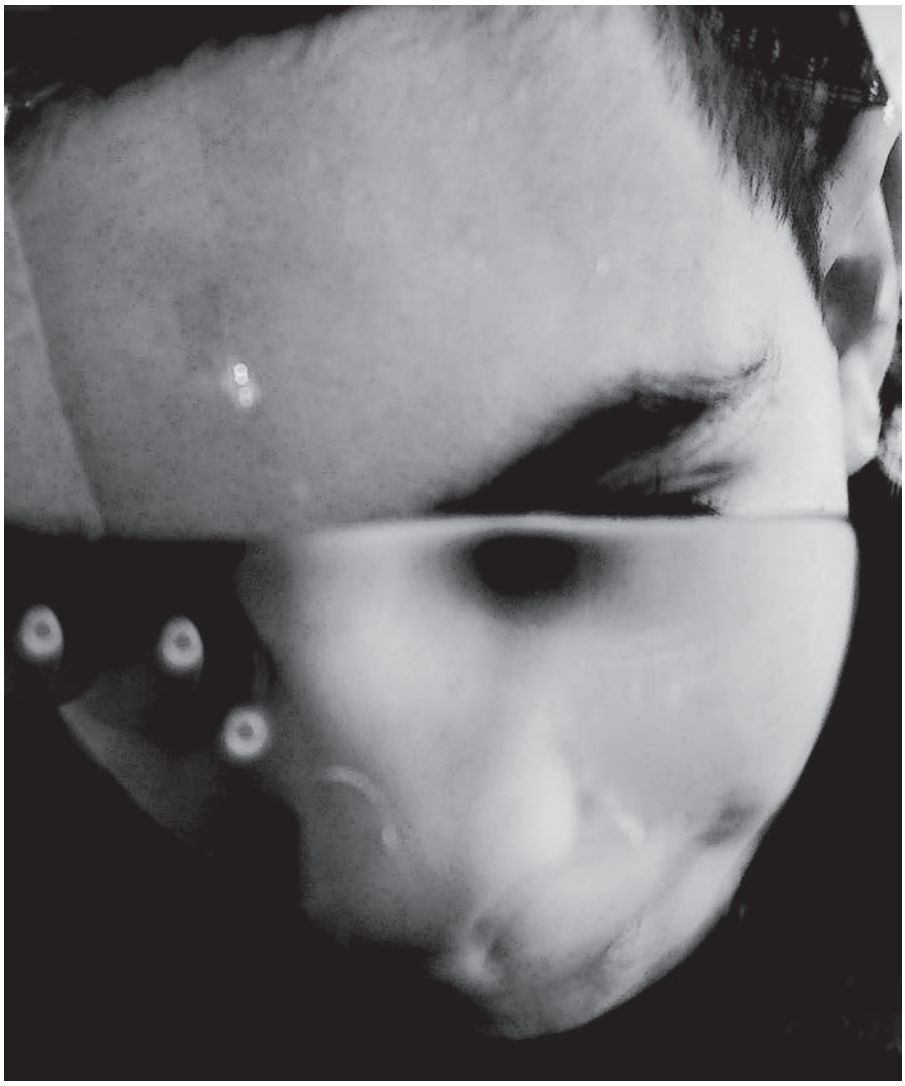
AMORE Franco – RFI/ FS Group (Italy)
BONSALL Kate – RSSB (United Kingdom)
CECIL Gerhard – OBB (Austria)
DECLERCQ Erik – SNCF (France)
EHMAN Saskia – Deutsche Bahn (Germany)
ELATRI Sophie – SNCF (France)
EVANS Sian – RSSB (United Kingdom)
FROESCHL Thomas –Deutsche Bahn (Germany)
FUCHS HARDEGGER Mirjam – SBB (Switzerland)
GIGER Michael – SBB (Switzerland)
HOLDER Veronique – CFL (Luxembourg)
KALLEVIK Svein Arthur –BHTNSB (Norway)
KRALOVA Pavlina – DVI (Czech Republic)
PETURSSON Sigurdur – BHTNSB (Norway)
ROELS Richard – RSSB (United Kingdom)
SIGNORETTI Claudio – RFI/ FS Group (Italy)
SOINI Pirjo – VR Group (Finland)
STEVOVIC Dragana –Serbian Railways (Serbia)
VALCHEV Ivan – BDZ-EAD (Bulgaria)
VERNELEN Roeland – CPS (Belgium)
VERNEZ Ingrid – SNCF (France)
WITPAS Nelle – CPS (Belgium)

The next changes in the psychological assessment of train drivers

This work has the aim to introduce the colleagues into the next changes in the psychological assessment of train drivers. New European rules call the psychologists to play an important role in psychological examination for train drivers and other safety related staff involved in railway traffic between European countries. The group railway-psychologists of CER (Community of European Railways) worked about technical proposals to prepare the European rules and has written these Guidelines to adopt common best practices (whole text is available in EFPA web site under "Traffic Psychology"). The Guidelines, here published, aim to the evaluation of drivers but are well usable as a reference for all the railway personnel involved in safety tasks. In the first paragraph of guidelines there are introduction and purpose to this type of examination. The second shows its role in the staff selection process. The third paragraph indicates the need skills to manage the examination. The fourth defines the process, and the psychological variables tested and the performance levels required. In the fifth tasks of test givers, rights and responsibilities of test takers are detailed. At the end, in the sixth paragraph, scientific rules shall be accompanied by observation and briefly described the types of instruments. Normative and literature references, list of authors, conclude the work.

Il Disturbo Narcisistico di Personalità

ILARIA BELLAVIA



Il Disturbo Narcisistico di Personalità

Il disturbo narcisistico di personalità è un disturbo della personalità il cui sintomo principale è un deficit nella capacità di provare empatia verso altri individui. Il concetto di narcisismo è un termine teorico che nella psicoanalisi indica un meccanismo o funzione primitiva del Sé; precisamente è la funzione che distingue il "Sé" dalla realtà esterna nelle prime fasi del suo sviluppo. La diffusione di questa patologia non sembra ubiquitaria, bensì fortemente influenzata - perlomeno nelle modalità di manifestarsi - dai contesti culturali. Studi psicoanalitici hanno a lungo affermato, non solo l'importanza di un attaccamento sicuro come fattore di protezione per disturbi psicopatologici in età adulta, ma anche la necessità di operare sul piano dei Modelli Operativi Interni del soggetto e sulla capacità riflessiva dell'individuo.

ILARIA BELLAVIA

Introduzione

Il disturbo narcisistico di personalità è un disturbo della personalità il cui sintomo principale è un deficit nella capacità di provare empatia verso altri individui. Questa patologia è caratterizzata da una particolare percezione di sé del soggetto definita "Sé grandioso". Comporta quindi un sentimento esagerato della propria importanza e una forte idealizzazione del proprio sé – ovvero una forma di amore di sé che, dal punto di vista clinico, in realtà è fasulla. La persona manifesta una forma di egoismo profondo di cui non è di solito consapevole, e le cui conseguenze sono tali da produrre nel soggetto sofferenza, disagio sociale o anche significative difficoltà relazionali e affettive. La nozione di disturbo narcisistico di personalità è stata formulata da Heinz Kohut nel 1971 e introdotta dietro sua proposta nel manuale Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Il quadro clinico che descrive è una particolare forma di disturbo del narcisismo. Ciò che distingue questi pazienti, ovvero la struttura psicologica ipotizzata da Kohut, e per la quale coniò il termine "Sé grandioso", è una sorta di cosiddetto "Falso Io" o "Falso Sé", che conserva alcune delle caratteristiche primitive dell'Io infantile, un'immagine interiore eccessivamente idealizzata ed "onnipotente" che l'individuo percepisce come il vero "Io". I soggetti affetti sono spesso caratterizzati da un bisogno affettivo specifico, quello di essere ammirati, in misura superiore al normale o che appare inappropriato ai contesti. Tuttavia non è un sintomo che compare necessariamente. Infatti alcune persone possono ritenere in qualche modo di essere "speciali" o superiori, esprimere in modi diversi aspettative di soddisfacimento di un'idea di sé irrealistica e tendenzialmente onnipotente. Il concetto di narcisismo è un termine teorico che nella psicoanalisi indica un meccanismo o funzione primitiva del Sé; precisamente è la funzione che distingue il "Sé" dalla realtà esterna nelle prime fasi del suo sviluppo. Si ritiene generalmente che il narcisismo, cioè il suo malfunzionamento, abbia un ruolo centrale nell'origine di molte patologie psichiatriche. Il disturbo di personalità narcisistico è una manifestazione di narcisismo patologico particolare, oggi generalmente considerata come un quadro riconoscibile a sé stante, e codificata dall'esame oggettivo dei sintomi.

Il criterio diagnostico DSM-IV TR
La diagnosi secondo il criterio DSM IV richiede che almeno cinque dei seguenti sintomi siano presenti in modo tale da formare un pattern pervasivo, che rimane tendenzialmente costante in situazioni e relazioni diverse:
– senso grandioso del sé ovvero senso esagerato della propria importanza;
– è occupato/a da fantasie di successo illimitato, di potere, effetto sugli altri, bellezza, o di amore ideale;
– crede di essere "speciale" e unico/a, e di poter essere capito/a solo da persone speciali; o è eccessivamente preoccupato da ricercare vicinanza/essere associato a persone di status (in qualche ambito) molto alto;
– desidera o richiede un'ammirazione eccessiva rispetto al normale o al suo reale valore;
– ha un forte sentimento dei propri diritti e facoltà, è irrealisticamente convinto che altri individui/situazioni debbano soddisfare le sue aspettative;
– approfitta degli altri per raggiungere i propri scopi, e non ne prova rimorso;
– è carente di empatia: non si accorge (non riconosce) o non dà importanza a sentimenti altrui, non desidera identificarsi con i loro desideri;
– prova spesso invidia ed è generalmente convinto che altri provino invidia per lui/lei;
– modalità affettiva di tipo predatorio (rapporti di forza sbilanciati, con scarso impegno personale; desidera ricevere più di quello che dà, che altri siano affettivamente coinvolti più di quanto lo sia lui/lei).

Il disturbo narcisistico di personalità è caratterizzato da una particolare percezione di sé del soggetto definita "Sé grandioso". Comporta quindi un sentimento esagerato della propria importanza e una forte idealizzazione del proprio sé – ovvero una forma di amore di sé che, dal punto di vista clinico, in realtà è fasulla

Diffusione
Secondo i dati riportati dall'American Psychiatric Association (APA) il disturbo narcisistico di personalità è diagnosticabile in circa l'1% della popolazione adulta. Esistono tuttavia stime più elevate, che collocano il dato tra il 2% e il 4%. Tra i pazienti ricoverati la diffusione del disturbo aumenta molto (tra il 2% e il 16%). La diffusione di questa patologia non sembra ubiquitaria, bensì fortemente influenzata - perlomeno nelle modalità di manifestarsi - dai contesti culturali. Secondo alcuni osservatori, essa è diffusa (con queste caratteristiche) quasi esclusivamente in paesi capitalistici occidentali. Il disturbo sembra avere una componente sessuale o di genere per cui la diffusione non è uguale fra i due sessi: i maschi affetti sono più numerosi delle donne, di una quota compresa tra il 50% e il 75%. Alcuni tratti narcisistici appaiono nel corso dello sviluppo dell'individuo e in un certo grado sono normali. Questi tratti del carattere sono molto diffusi tra gli adolescenti, senza che necessariamente l'esito sia una personalità patologica in età adulta.

Studi sul narcisismo

1. Sigmund Freud
Sigmund Freud, che presenta il suo primo saggio sul narcisismo nel 1914 (Introduzione al narcisismo), ne amplia il significato introducendo i concetti di narcisismo primario e di narcisismo secondario o protratto. Il narcisismo primario è inizialmente, per Freud, lo stadio intermedio tra l'autoerotismo e l'alloerotismo (o fase dell'amore oggettuale), nel quale il bambino investe tutta la sua carica erotica su se stesso prima di rivolgerla verso altre persone. Nella fase del narcisismo primario l'appagamento è ancora autoerotico, ma riferito ad un'immagine unificata del proprio corpo o ad un primo abbozzo di Io e non più puramente sessuale. Un arresto allo stadio autoerotico disporrebbe alla schizofrenia. Successivamente Freud pone tale narcisismo primario in una fase della vita antecedente a qualsiasi costruzione dell'Io, senza alcuna relazione oggettuale, come nella vita intrauterina e nello psichismo protomentale.

2. Melanie Klein
Melanie Klein non concorda con questa seconda versione, intendendo la relazione con la propria immagine come impossibile in un ambiente privo di relazioni. Secondo la Klein, infatti, anche il neonato è capace di sperimentare relazioni oggettuali d'amore e di odio e non può creare alcuna immagine se privato di esse. Il narcisismo secondario o protratto è invece il concetto di narcisismo nell'età adulta, e si riferisce come termine al ripiegamento sull'Io della libido, sottratta alle relazioni oggettuali. Sempre per Freud, l'Io è una forte carica di libido o energia psichica che può essere emanata verso gli oggetti esterni o rivolta verso se stessi, creando in quest'ultimo caso tali

Secondo Kohut, lo stato narcisistico della mente è un investimento libidico del Sé che non ha caratteristiche patologiche ma rappresenta un'organizzazione che esprime un tentativo di affrontare quelle situazioni maturative irregolari che inevitabilmente si verificano nello sviluppo infantile e che tendono a idealizzare l'imago genitoriale. Da questa operazione nascono quell'amore e attrazione che caratterizzano l'ideale dell'Io, che ha il compito di gestire il mondo delle pulsioni

disturbi psicotici di tipo narcisistico. Il concetto di narcisismo include inoltre altre terminologie, come la carica narcisistica e la ferita narcisistica. La carica narcisistica sono le rassicurazioni sul proprio valore e potenzialità che ogni bambino attende dai genitori ed ogni adulto dalla società. La ferita narcisistica è invece un'offesa all'autostima e all'amor proprio di una persona.

3. Studi recenti

Tra gli psicoanalisti più vicini ai nostri giorni va annoverato tra i maggiori studiosi del narcisismo lo psicoanalista statunitense Heinz Kohut (1971) considerato tra i principali promotori delle più recenti tendenze di pensiero in seno alla psicoanalisi che vanno dalla psicoanalisi relazionale all'elemento intersoggettivo presente nella relazione che è appunto la psicoanalisi intersoggettiva. In «narcisismo come quete du sens» Kohut (1971; 1978, in PSICHE, Torino, Einaudi, 2007) definisce lo stato narcisistico della mente come un investimento libidico del Sé che non ha caratteristiche patologiche ma rappresenta un'organizzazione che esprime un tentativo di affrontare quelle situazioni maturative irregolari che inevitabilmente si verificano nello sviluppo infantile e che tendono a idealizzare l'imago genitoriale. Da questa operazione nascono per Kohut, quell'amore e attrazione che caratterizzano l'ideale dell'Io, che ha il compito di gestire il mondo delle pulsioni. Ne deriva che il "dio della mitologia" kohuthiana è questo oggetto idealizzato che contiene immagini idealizzate del Sé e degli oggetti-Sé. In Italia Sassanelli (1982; 1989) si collega al pensiero di Kohut e vede il narcisismo come la dimensione di un'area della personalità coesiva che partecipa alla creazione di una trama organizzatrice, o connettore psichico, che fa da sostegno e contenimento alle esperienze mentali dell'uomo. Naturalmente, in modo parallelo alla strutturazione coesiva, può svilupparsi nel bambino un'organizzazione simbiotica e parassitaria che può rendersi responsabile di forme difensive e antilibidiche del narcisismo stesso che possono condurre a forme di sadismo e distruttività. Kernberg (1984) distingue tra il narcisismo normale, che riflette un investimento libidico del Sé che favorisce l'integrazione di componenti libidiche e aggressive, da quello patologico, che tende all'investimento libidico di una struttura patologica del Sé permeata da onnipotenza e distruttività. Green (1982) differenzia quindi il narcisismo a partire dalle categorie antropologiche vita e morte nelle versioni originarie dell'Eros e Thanatos freudiane, ma per quanto concerne il percorso clinico tendono a ridurne il significato causale. Dunque soltanto nelle patologie gravi troviamo la psicosi e la personalità Borderline. Il narcisismo individuale si connette spesso a quello culturale, Jean Baudrillard, così in una società consumata l'individuo tende a fuggire verso una consumazione della propria immagine, con forme di negazione dell'alterità affogandola in compiacimenti autoreferenziali. L'equipaggiamento interno di ogni individuo non va visto come espressione di una pulsione, bensì di una funzione mentale collegata al patrimonio genetico indispensabile al soggetto nelle sue componenti affettive, emozionali e cognitive per affrontare la realtà. Quando l'equipaggiamento è inadeguato, l'oggetto è particolarmente frustrante e traumatico e l'ambiente violento e distruttivo (una sorta di sequestro di persona diceva un noto poeta spagnolo), e se costretto il soggetto si ritrova ad introiettare serie di oggetti "cattivi", violenti e persino persecutori cui può solo rispondere con una difesa proiettiva o con una riparazione. Nel primo caso si costituiscono oggetti interni (concetti di mondo o dell'altro) di tipo autarchico, violento e fragile al tempo stesso che appaiono scissi rispetto ad una realtà "buona". Nel secondo riuscirà attraverso la risorsa genetica positiva costruita attorno a sé a impostare questo altro nella direzione del riconoscimento, della reciprocità e della pluralità, restituendo altresì un'idea di corpo esperienziale che discende da aspetti di buona forma espliciti e regolati. Se grave, per gli autori di cui sopra (Klein, Rosenfeld) questo soggetto può scoprire delle situazioni rischiose che, innestando sistematiche condizioni di aggressione al suo Io, lo riportano alla mancanza di strumenti, alla privazione, ad ambienti negativi, e quindi non sapendo trovare risposte alla situazione, cade nel delirio più o meno scomposto, cui segue l'unica riparazione pulsionale possibile che è il dissolvimento dell'aggressività rifiutata. Talvolta questa situazione scomposta è scambiata per personalità patologica narcisitica e invece è atletica – segue un tentativo di restituire sempre lo sforzo massimo cui ambisce l'atleta nel conquistare una meta - in questo tipo di tensione, il soggetto può incontrare una contrazione spasmodica, una specie di crisi epilettica, non necessariamente cronica e contestualizzata. Certo la psicologia non è senza incertezze e quindi la personalità è un'architettura relativamente stabile di tendenze comportamentali (tratti), stili

cognitivi, preferenze (o motivi), disposizioni valutative (o atteggiamenti) che permettono di riconoscersi e di distinguersi dagli altri. È possibile che in una persona si possano stratificare alcune tendenze più o meno personalizzate, le quali non sono altro che l'ingrediente specifico della personalità unica di ognuno.

La funzione riflessiva come precursore di un adeguato adattamento alla realtà esterna

Secondo Fonagy (1996) il primo ambiente relazionale è fondamentale, per l'individuo non tanto come elemento plasmante per le successive relazioni, quanto perché fornisce un sistema di elaborazione mentale che successivamente produrrà rappresentazioni, incluse rappresentazioni di relazioni. La realizzazione di questo sistema rappresentazionale è presumibilmente, per l'autore, la funzione evolutiva più importante dell'attaccamento al caregiver. In altre parole, osserva Fonagy "la funzione evolutiva del sistema di attaccamento nella specie umana può dunque non essere quella di suscitare una risposta di protezione da un adulto - come Bowlby riteneva. Piuttosto i rischi che i processi di attaccamento comportano per l'organismo sono giustificati dal vantaggio che l'esperienza di contenimento offre in termini dello sviluppo del Sé coerente e capace di simbolizzazione." La funzione biologica del processo di attaccamento sarebbe, dunque, quella di creare un particolare ambiente intersoggettivo legato ad un accudimento "sensibile" e alla comprensione della natura degli stati mentali.

Come sottolinea Ammaniti (1999) la capacità di mentalizzazione riguarda la capacita di vedere se stessi e le altre persone in termini di stati mentali (sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri) e di pensare ai propri e altrui comportamenti in termini di stati mentali, attraverso un processo che viene normalmente definito riflessione. La solidità di questa capacità determina non solo la natura della realtà psichica dell'individuo, ma anche la qualità e la coerenza della parte riflessiva del Sé, che si ritiene ne costituisca il nucleo strutturale. Secondo Fonagy il Sé psicologico si sviluppa attraverso la percezione di Sé come persona che pensa e prova sentimenti, nella mente di un'altra persona. Per Fonagy, il fattore determinante è la capacita della madre di contenere mentalmente il bambino e di rispondergli, in termini di cure fisiche, in un modo che mostra la sua consapevolezza dello stato mentale di questi ed al tempo stesso la capacità di farvi fronte.

La capacità di esplorare il significato delle azioni altrui è connessa in maniera cruciale alla capacità del bambino di etichettare e dare significato alla propria esperienza. Questa capacità può dare un contributo decisivo alla regolazione affettiva – controllo degli impulsi, automonitoraggio – e all'esperienza di Sé come soggetto agente, e permette di distinguere la realtà interna da quella esterna, la finzione dai modi "reali" di funzionamento.

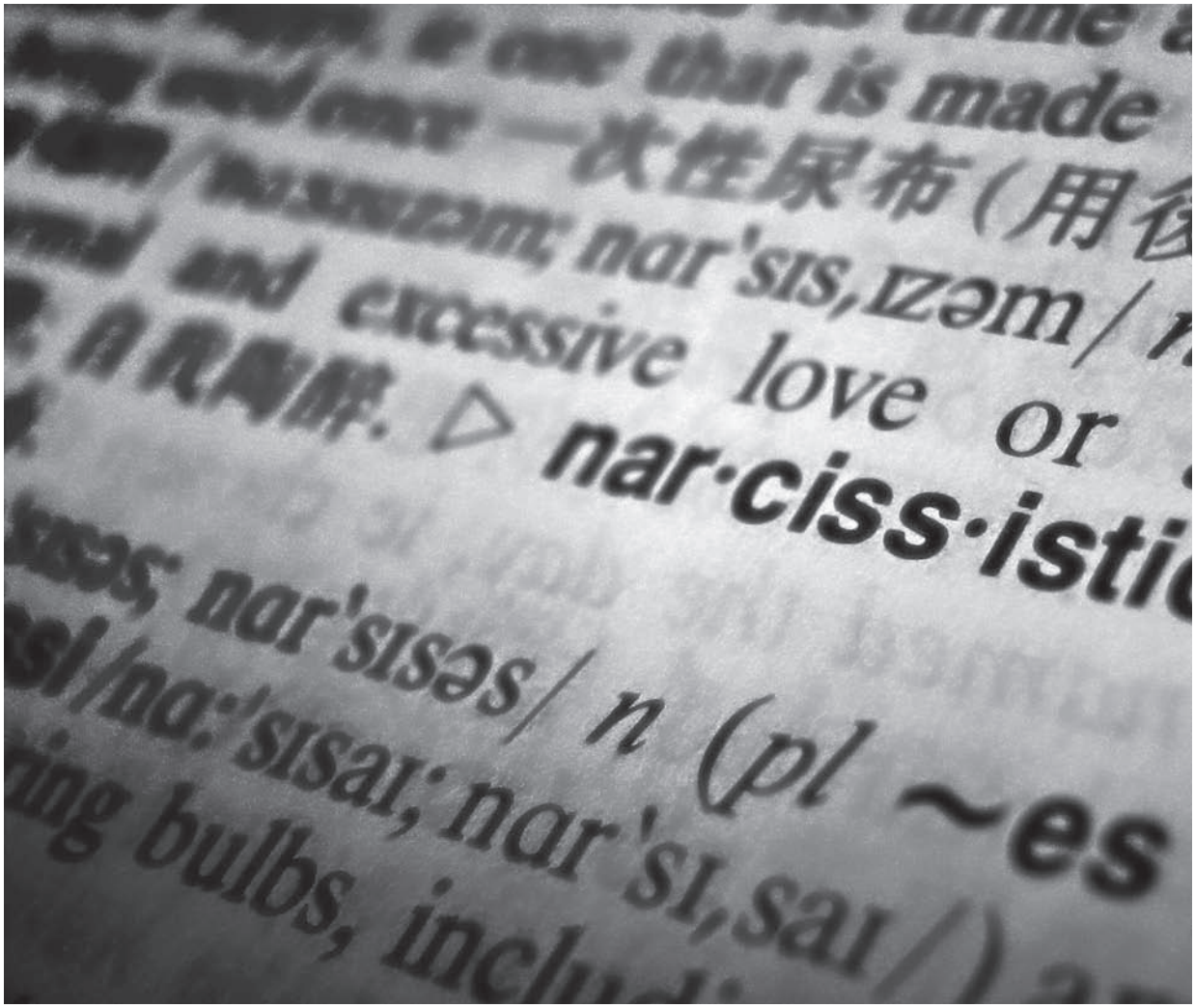
Si può ipotizzare che il bambino si nutre, per la sua crescita emozionale, anche delle fantasie inconsce dei genitori cosicché, una volta metabolizzate, tramite lo specifico lavoro interno di elaborazione, esse costituiscono un apporto all'organizzazione o all'impalcatura del suo Sé e del suo mondo interno, un apporto, per cosi dire, non visibile perché trasformato (in senso bioniano). È evidente quanto queste capacità di mentalizzazione possano aiutare a vivere esperienze più profonde con gli altri e in definitiva a sperimentare la vita come maggiormente dotata di significati. Lo stesso Bowlby aveva già messo in luce che l'acquisizione delle capacità metacognitive che consente di fronteggiare meglio le esperienze negative nel campo dell'attaccamento, proprio perché il riconoscimento della differenza fra realtà e finzione, aiuta a comprendere le altre persone in modo più complesso, riconoscendogli, ad esempio, caratteristiche e qualità positive, anche se al momento non percepibili. La mentalizzazione comprende sia componenti autoriflessive sia componenti interpersonali; e mentre Main e Goldwyn (autori aventi come retroterra teorico quello di Flavell, secondo cui "la conoscenza metacognitiva ha a che fare con quell'ambito della conoscenza che considera le altre persone come individui dotati di cognizione") hanno dato maggior risalto alla dimensione metacognitiva, come capacità di riflettere sui propri processi metacognitivi, Fonagy e collaboratori hanno sviluppato in modo particolare gli aspetti intersoggettivi della metacognizione .

La funzione riflessiva è strettamente collegata all'attaccamento: secondo le nuove ricerche essa sembra essere il fattore che più incide nel determinarne il pattern. La frequenza con cui padri e madri fanno riferimento a stati mentali nei racconti della propria esperienza infantile d'attaccamento durante la somministrazione dell'A.A.I

Il bambino si nutre, per la sua crescita emozionale, anche delle fantasie inconsce dei genitori; una volta metabolizzate, tramite lo specifico lavoro interno di elaborazione, esse costituiscono un apporto all'organizzazione o all'impalcatura del suo Sé e del suo mondo interno, un apporto, per cosi dire, non visibile perché trasformato (in senso bioniano). È evidente quanto queste capacità di mentalizzazione possono aiutare a vivere esperienze più profonde con gli altri e in definitiva a sperimentare la vita come maggiormente dotata di significati

Se l'attaccamento sicuro è il prodotto di un contenimento efficace, allora l'attaccamento insicuro può essere visto come l'identificazione del bambino con il comportamento difensivo del caregiver. Un caregiver distanziante può non riuscire a rispecchiare lo stato di malessere del bambino, mentre un caregiver preoccupato può rappresentare lo stato del bambino con eccessiva chiarezza. In entrambi i casi, il bambino ha perso l'opportunità di interiorizzare una rappresentazione del suo stato mentale

ha un forte valore predittivo rispetto alla probabilità con cui i figli svilupperanno un attaccamento sicuro nei loro confronti.
Diversi dati empirici vanno a favore della relazione fra sicurezza dell'attaccamento e funzione riflessiva. La sicurezza dell'attaccamento è un buon predittore della capacità metacognitiva, cosi come è stata sintetizzata dalla Main: La "capacità metacognitiva" fa riferimento ad un pensiero che ha come obiettivo dichiarato ed esplicito la conoscenza del pensiero stesso, negli ambiti della memoria, della comprensione e della comunicazione.
Recenti studi hanno evidenziato che la sicurezza dell'attaccamento nei confronti della madre si è rivelato un buon predittore del ragionamento desiderio-credenza in bambini di età compresa fra i 3 anni e mezzo e i 6 anni. Sulla base di tali scoperte, risulta chiaro che l'acquisizione della capacità riflessiva da parte del bambino, la tendenza a incorporare attribuzioni di stati mentali in Modelli Operativi Interni di relazioni Sé-altro, dipende dall'opportunità di osservare ed esplorare la mente del caregiver primario che egli ha avuto nei primi anni di vita. Il genitore del bambino sicuro s'impegna in comportamenti quali giocare "a far finta di" che stimola il bambino a contemplare l'esistenza di stati mentali. L'accurata lettura dello stato mentale del bambino da parte del caregiver, moderata da indicazioni che l'adulto è stato in grado di far fronte al disagio del bambino, sottende la simbolizzazione dello stato interno che a sua volta porta ad una regolazione affettiva d'ordine superiore. L'attaccamento sicuro offre una base relativamente stabile per l'acquisizione di una piena comprensione della mente dell'altro.
Se l'attaccamento sicuro è il prodotto di un contenimento efficace, allora l'attaccamento insicuro può essere visto come l'identificazione del bambino con il comportamento difensivo del caregiver. Un caregiver distanziante può non riuscire a rispecchiare lo stato di malessere del bambino, mentre un caregiver preoccupato può rappresentare lo stato del bambino con eccessiva chiarezza. In entrambi i casi, il bambino ha perso l'opportunità di interiorizzare una rappresentazione del suo stato mentale. La vicinanza con il caregiver è, in questo caso, mantenuta a scapito di una compromissione della funzione riflessiva.
Il bambino evitante sfugge lo stato mentale dell'altro, mentre il bambino resistente si concentra sul proprio stato di disagio finendo per escludere scambi intersoggettivi. I bambini disorganizzati possono rappresentare una categoria a parte: ipervigili nei confronti del comportamento del careviger, possono sembrare acutamente sensibili al suo stato mentale e tuttavia non riescono a generalizzarlo in un proprio stato mentale (organizzazione del Sé) che rimane sprovvisto di regolazione coerente.
Fonagy individua la "radice" concettuale della funzione riflessiva in varie formulazioni fatte da diversi autori; in quest'ottica, secondo l'autore l'indagine sui processi di mentalizzazione prende l'avvio dai concetti iniziali di Freud che si riferiscono ai compiti relativi alla trasformazione mentale delle esperienze concrete, rilette ed integrate più recentemente da Bion con il concetto di "funzione alfa". La nozione di funzione riflessiva o mentalizzazione esiste già, quindi, nella nozione freudiana di bindung o legame. Il termine "bindung" si riferisce al mutamento qualitativo iscritto nel passaggio da un legame di tipo fisico (immediato) ad uno di tipo psicologico (associativo).
Bion mette in evidenza la trasformazione ("funzione alpha") di eventi interni sperimentati come concreti ("elementi beta") in esperienze tollerabili, pensabili. La formulazione Bioniana fa riferimento a quella di un genitore capace di assimilare e restituire l'esperienza psicologica del bambino in una forma "metabolizzata". Il bambino può reinteriorizzare ciò che è stato proiettato e trasformato, creando, in questo modo, una rappresentazione tollerabile di contenuti altrimenti alieni. Con l'andare del tempo, ipotizzava Bion, i bambini interiorizzano la funzione di trasformazione e divengono capaci di regolare i propri stati affettivi negativi. La natura di questo processo indica come essenziale la vicinanza psicologica del caregiver. Secondo Fonagy le idee di Bion possono offrirci una visione alternativa della radice psicobiologica del bisogno che il bambino ha di stare vicino al proprio caregiver psicologico, la mente adulta avente funzione di "trasformazione". Winnicott nel riconoscere l'importanza, ai fini dell'emergere del vero Sé, della comprensione psicologica che il caregiver ha del bambino e nel riconoscere gli aspetti dialettici di tale relazione, è forse l'autore che più si è avvicinato alle idee della teoria dell'attaccamento. Winnicott sosteneva che il bambino quando guarda il viso della madre, che sta riflettendo lo stato del figlio, coglie nell'espressione di lei lo stato del proprio Sé. Dunque, la funzione di rispecchiamento della madre è vista come essenziale perché il bambino possa costruirsi una



rappresentazione del Sé. Il Sé psicologico si sviluppa attraverso la percezione di Sé, come persona che pensa e prova sentimenti, nella mente di un'altra persona. Genitori che non riescono a riflettere in maniera comprensiva sull'esperienza interna dei figli e non sono capaci di rispondere adeguatamente deprivano il bambino di una struttura psicologica centrale che è necessaria per costruire un vitale senso di Sé.
Lo psicoanalista le cui formulazioni, secondo Fonagy, si accordano più strettamente con la teoria dell'attaccamento, per l'interesse riservato al comportamento del caregiver, è Erikson, il quale riteneva che la fiducia di base prendesse origine "Dallo sperimentare la persona che si prende cura del bambino come essere coerente, che soddisfa i suoi bisogni fisici ed emotivi e merita perciò di essere oggetto della sua fiducia, l'essere il cui volto riconosce ed è riconosciuto." La non intrusività del genitore è concepita da Erikson come la capacità della madre di non esercitare un controllo esagerato sull'interazione, mentre la sincronia interattiva è molto simile alla descrizione Eriksoniana di "reciprocità" o di "regolazione reciproca". Secondo Fonagy, la fruttuosa integrazione di questa classica idea con i costrutti relazionali della teoria dell'attaccamento serve ad illustrare le potenzialità dell'utilizzo delle idee psicoanalitiche a sostegno della teoria dell'attaccamento e viceversa.

Conclusioni

In questo contributo si è voluto individuare alcuni punti chiave che riguardano il legame tra DNP e Deficit di Mentalizzazione. Studi psicoanalitici (Target, 1997) hanno a lungo affermato non solo l'importanza di un attaccamento sicuro come fattore di protezione per disturbi psicopatologici in età adulta, ma anche la necessità di operare sul piano dei Modelli Operativi Interni del soggetto e sulla capacità riflessiva dell'individuo.
In tal senso, la letteratura sul tema ancora fa fatica a chiarificare i nessi tra insorgenza dei disturbi di personalità e acquisizione di modelli di mentalizzazione come base

per una adeguata strutturazione del sè dell'individuo. Questo articolo vuole in fin dei conti avviare un processo di studio e di ricerca che si orienti in una direzione nuova nell'ambito della psicologia clinica e della psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

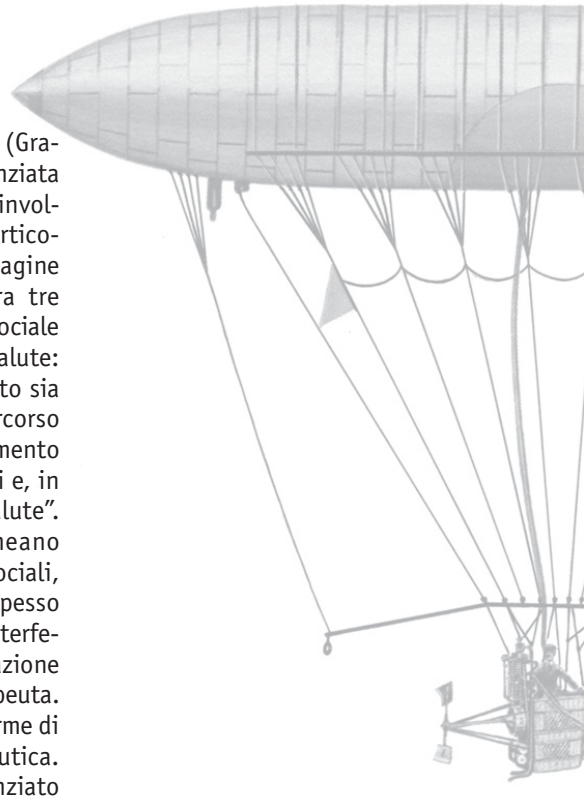
M. Ammaniti., N. Dazzi. (1999), *Attaccamento e processi di mentalizzazione*, in Psicologia Clinica dello Sviluppo, v.3. n.1; pag. 101-107.
Fonagy, P., Target, M. (1996), *Lo sviluppo normale nell'adolescenza e il breakdown dell'adolescente*.
Fonagy, P.,Target T. (1997), *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé,* in "Attaccamento e funzione riflessiva", Cortina, Milano.
Beniamino V., Di Renzo M.A., Giannotti A., *Le fantasie inconscie dei genitori come fattori ego-alieni nelle identificazioni del bambino*, in Rivista di psicoanalisi, (1993), 39, 4; 681-708.
Flavell, J.H. (1979). *A new area of cognitive-developmental inquiry*, in American Pychologist, 34, 10, pag. 906-911.
Fonagy, P., Steele, M. e Steele, H. (1991), *Maternal representations of attachment during pregnancy predict infant-mother attachment patterns at one year*, in Child Development, 62, 891-905.
Gergely, G., Watson, J. (1996), *The social biofeedback model parental affect-mirroring*, in "International Journal of Psycho-Analysis", 77, pp. 1181-1212.
Fonagy, P. (1999), *Psychoanalysis's and attachment theory*, in "Cassidy J, Shaver P (Hrsg) 2Handbook of Attachment". New York: Guilford, pp 595-624.
Bion, W. R., (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma (1972).
Klein, M. (1945), *Il complesso edipico alla luce delle angosce primitive*, in "Scritti 1921-1958", Boringhieri, Torino (1978)
Bion, W.R. (1967), *Second Thoughts*. Heinemann, London.
Winnicott, D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.
Winnicott D. W. (1974) *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, in "Gioco e realtà", Armando, Roma.
Erikson, E.H. (1964), *Introspezione e responsabilità*. Armando, Roma (1972).
Erikson E.H. (1950), *Infanzia e società*. Armando, Roma 1966, p. 120.
Malatesta, C.Z., Grigoryev, P., Lamb, C., Albi, N.M., Culver, C. (1986), *Emotional socialisation and espressive development in pre-term and full-term infant*, in Child Development, 57, pp. 316-330.
Isabella, R., Belsky, J. (1991), *Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: Areplication study*, in Child Development, 62, pp. 373-384.

The Narcissistic Personality Disorder

The Narcissistic Personality Disorder is a personality disorder whose main symptom is a deficit in the ability to feel empathy for other people. The concept of narcissism is a theoretical term that in psychoanalysis indicates a mechanism or a primitive function of the Self;It's precisely the function that distinguishes "self " from the external reality in the early stages of its development.The spread of this disease does not seem ubiquitous, but strongly influenced - at least in the way it reveals - from cultural contexts. Psychoanalytic Studies have long argued, not only the importance of secure attachment as a protective factor for psychopathological disorders in adulthood, but also the need to operate in terms of internal working models of the subject and on the person's reflective capacity.

RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI



Psicoterapia. Rivista semestrale diretta da Marco Casonato. Fascicolo monografico in memoriam di Jerome D. Frank, 2006, anno 10, vol. 32-33, pp.291. Arti Grafiche Editoriali, Urbino, s.i.d.p.

Il numero monografico è dedicato a J. Frank (1910-2005) psicoterapeuta, già allievo a Berlino di Lewin, che dichiarò «le psicoterapie funzionano non perché le loro sottostanti teorie sono provate o 'vere', ma perché esse sono plausibili e stimolano processi di guarigione nei pazienti». Il numero curato da S. Blasi e M. Casonato raccoglie i contributi di oltre trenta psicoterapeuti italiani e stranieri, appartenenti a vari indirizzi, che si confrontano sui fattori curativi della psicoterapia e le modalità di ricerca ch supportano i risultati delle psicoterapie medesime (G.C.).

Paolo Rigliano e Margherita Graglia (a cura di), *Gay e lesbiche in psicoterapia*. Cortina, Milano, 2006, pp. 341, euro 29,00.

Il volume è una riflessione critica sulla relazione tra psicoterapia e omosessualità, sui GLBT (gay, lesbica, bisessuale, transessuale) abbreviazione che accomuna una particolare cultura o un particolare fenomeno relativo a un certo numero di persone. Come scrivono i curatori «mentre le persone gay e lesbiche si sono rese sempre più visibili e fanno coming out, gli psicoterapeuti e gli psichiatri sono rimasti in silenzio e al buio nel ripostiglio, in the closet, come si diceva un tempo dei gay e delle lesbiche. L'ironico ribaltamento delle posizioni segnala una variazione di potere».

Il libro vuol rompere l'assordante silenzio sul tema della omosessualità e vuol contribuire, con gli scritti di diciassette psicoterapeuti, a superare l'assenza di pensiero sul tema e per questo si rivolge a tutti gli psicologi e psichiatri psicoterapeuti, di ogni scuola e indirizzo, che «operano all'interno dei setting e delle istituzioni più diverse».

Il volume riporta anche una ricerca (Graglia & Chiari) svolta nel 2005 e finanziata dal Ministero della Sanità che ha coinvolto 8000 persone omosessuali in particolare del Nord Italia. Scopo dell'indagine era di analizzare la relazione tra tre variabili: autodefinizione, isibilità sociale e relazione con gli operatori della salute: "I dati quantitativi mostrano quanto sia ancora complesso e difficile il percorso di svelamento del proprio orientamento sessuale nei diversi contesti sociali e, in particolare, in quelli legati alla salute". Altre ricerche riportate sottolineano l'influenza delle rappresentazioni sociali, degli stereotipi e dei pregiudizi, spesso condivisi anche dagli 'esperti' che interferiscono nell'interazione e nella relazione terapeutica fra paziente e psicoterapeuta. Ciò in parecchi casi ha portato a forme di mal pratica o inadeguatezza terapeutica. Un' altra indagine ha anche evidenziato che il tema della visibilità gay e lesbica «possa essere problematica anche per i terapeuti, come possa suscitare spesso reazioni emotive intense quali perplessità, disagio e, a volte, anche fastidio!». Una selezionata bibliografia accompagna ognuno dei contributi (G.C.).

***Formazione alla psicoterapia. Ricerca con i diplomati della scuola di specializzazione COIRAG del 1998 al 2003*, a cura di Alessandra Simonetto. Presentazione di Ermete Ronchi. Quaderno CSR COIRAG n° 8, 2006, pp. 94, s.i.d.p.**

Sono rare le Scuole di formazione alla psicoterapia che rendono pubblici i dati sulla valutazione della formazione ricevuta e soprattutto sulle opportunità di lavoro per i giovani terapeuti.

L'indagine della COIRAG, formazione alla psicoterapia di gruppo, è stata condotta mediante un questionario autocompilato nelle sedi di Milano, Palermo, Roma e Torino alla quale hanno aderito 76 'allievi gruppoanalisti'.

Il volumetto si sviluppa su una precisa statistica descrittiva corredata da tabelle e grafici relativi alle risposte fornite. In

RECENSIONI

appendice viene riportato il questionario utilizzato per l'indagine (G.C.).

Piera Serra Il giudice onorario minorile. In appendice un Prospetto sulle fonti normative del diritto minorile di ElisaCeccarelli e un Glossario a cura di Luciano Spina. Postfazione di Piercarlo Pazé. Franco Angeli, Milano, 2006, pp.223, euro 22,00.

L'Autrice ci fornisce un quadro puntuale e completo della identità e ruolo del giudice onorario minorile nel processo civile e penale, figura istituita nel 1934 con il Tribunale dei minorenni. Il volume descrive questa figura professionale che compendia funzioni giudiziarie e competenze psicologiche nonché sociopedagogiche. Il volume, partendo dai criteri metodologici e dalle condizioni dell'incarico, si sviluppa su l'ascolto del minore (il bambino straniero, adottabile, vittima di violenza o conteso) per giungere al profilo tipologico dei genitori sia naturali che affidatari: «per quanto riguarda le famiglie che adottano -ci ricorda l'Autrice- risulta illuminante l'esperienza delle associazioni che si occupano di adozione internazionale».

È un libro molto operativo ricco di suggerimenti e di criteri metodologici per svolgere, in modo corretto, questo delicato compito di consulenza. Interessante ed utile il prospetto delle fonti normative del diritto minorile arricchito in appendice dal glossario della terminologia giuridica definita e commentata puntualmente.

Una nutrita bibliografia accompagna il volume (G.C.).

Andrea Spinello. La psicologia dell'emergenza a supporto della polizia stradale. Prefazione di Antonio Manganelli. Città del Sole Edizioni,Ravagnese (RC), 2007, pp. 125, euro12,00

L' Autore è un funzionario di Pubblica sicurezza che dirige il compartimento della Polizia stradale per la Basilicata, con interessi e sensibilità ai problemi psicologici per i problemi dell'emergenza riferiti in particolare alla sicurezza stradale.

Il volumetto si articola in tre parti: l'emergenza nei sui risvolti psicologici, le esperienze riferite ai risultati riportati da un gruppo di quindici agenti della Polizia stradale e gli interventi e le tecniche di supporto ai soccorritori (*Defusing*, *Debriefing*, *Counselling*).

L'Autore conclude che "vi è uno spazio per una discussione sulla possibilità di impiego di alcune tecniche di sostegno psicologico da parte di altre figure che non siano gli psicologi, gli psicoterapeuti e gli psichiatri".

Il libro è corredato da fotografie che rappresentano lo scenario di un grave incidente stradale,f onte Polizia stradale.

In appendice al libro vi sono una intervista ad uno psicologo esperto in psicologia dell'emergenza (Giannantonio), la normativa in tema di soccorso stradale e le statistiche ISTAT sugli incidenti stradali 2005. Un bibliografia selezionata completa il volumetto (G.C.).

Psicologi a confronto. Rivista dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, anno 1, n°1, ottobre 2007. Tipografia Gravinese, Torino, pp.116, s.i.d.p.

Come indicato nel quarto di copertina "Questa rivista nasce con l'obiettivo e la speranza di costruire un luogo in cui i colleghi che lavorano nel Piemonte e nei vari contesti professionali e scientifici che lo popolano possano riflettere, concettualizzare e condividere le esperienze, le innovazioni, le idee, nonché i problemi e le criticità che ioncontrno nel loro operare quotidiano: un'occasione per dare voce a iniziative attuate, progetti intrapresi, conclusi o falliti, spunti polemici, modelli di intervento prodotti a partire dal lavoro sul campo e dagli scambi con altre professioni e con le discipline contigue". Un 'manifesto' ricco e sostanzioso! La rivista si articola in cinque sezioni: esperienze, dibattito, ricerche, notizie e recensioni (G.C.).

link
emozioni

Il crisantemo e il garofano

MARIACETA GANDOLFO

Il crisantemo e il garofano

Cultura di morte e cultura di vita nelle storie contrapposte delle donne di mafia e di antimafia

MARICETA GANDOLFO *

Fresco era il mattino e odoroso di crisantemi.
Ricordo soltanto il suo viso violaceo
e fisso nel vuoto, il pianto delle donne,
il singhiozzo della campana e una voce amica:
"è andato in paradiso a giocare con gli angeli,
tornerà presto e giocherà a lungo con te".
(Peppino Impastato)

Quando accosto nella mente le due parole 'donna' e 'mafia' non posso non evocare immediatamente la figura di una ragazza giovanissima Rosaria Schifani, quasi una bambina, la moglie di uno degli agenti della scorta di Giovanni Falcone, che, nella chiesa gremita per i funerali di Stato,grida "mafiosi inginocchiatevi!". Chiunque come me era presente quel giorno ricorda l'emozione fortissima della scena : il cardinale Pappalardo, allora arcivescovo di Palermo, ha appena pronunciato la sua durissima omelia contro le debolezze e connivenze dello Stato, paragonando Palermo a Sagunto "mentre a Roma si discute Sagunto cade" ed ora abbraccia Rosaria esortandola a dire qualche parola di perdono cristiano nei confronti degli assassini del marito; ma Rosaria si ribella, scuote violentemente la testa, quasi si sottrae all'abbraccio del cardinale, no, no, non le si può chiedere anche questo, non può perdonare i mostri che le hanno portato via il marito, quel suo uomo così giovane bello e innamorato, le bestie che hanno reso orfano il suo bambino. Tutta la chiesa tace, le autorità, i giornalisti, il popolo di Palermo trattengono il fiato davanti a questa scena, che ha tutto il pathos di una tragedia greca; il cardinale dice qualche parola all'orecchio di Rosaria, la incoraggia a dominarsi, la ragazza sembra sottrarsi, ma poi prende una decisione, si fa avanti al microfono e con voce rotta dalle lacrime,ma fermissima, grida "mafiosi io vi perdono, ma voi dovete inginocchiarvi. Mafiosi inginocchiatevi e chiedete perdono!". Oppure ricordo Agnese Borsellino, compostissima nel suo immenso dolore, che si è sempre sottratta alla curiosità dei media, lasciando alla cognata Rita l'eredità morale di portare avanti pubblicamente il messaggio di Paolo, ma continuando in silenzio il lavoro del marito ed educando i figli agli stessi valori del padre, uno dei quali Manfredi è entrato in polizia. Ancora ricordo Saveria Antiochia, la madre del giovanissimo agente Roberto, uno dei più validi collaboratori degli ispettori Montana e Cassarà e come loro caduto in un agguato mafioso, la quale ha dedicato il resto della sua vita a tener vivo il ricordo del lavoro del figlio, come pure ha fatto Laura, la giovane vedova di Ninni Cassarà, o Rita Bartoli e Pina Maisano che hanno trasfuso nell'impegno politico il dolore per la perdita dei mariti, il giudice Gaetano Costa e l'imprenditore Libero Grasso. E la memoria mi va a quella donna di Palermo, che una mattina di quella terribile estate del '92, l'estate delle stragi, non ne poté più di restare ad assistere passivamente, prese un lenzuolo, ci scrisse sopra ADESSO BASTA! e lo appese al suo balcone, e dopo un po' sul balcone del palazzo di fronte comparve un altro lenzuolo con la scritta LIBERIAMOCI DALLA MAFIA, e in pochi giorni tutta Pa-

lermo fu un bianco fiorire di lenzuoli per dire sì alla vita e alla legalità. Ecco, ho ricordato questi episodi e queste donne, scusandomi con le tantissime che non ho potuto citare, perché finora questo è stato il mio orizzonte: il mondo dell'antimafia, il mondo dei cortei, delle manifestazioni, della celebrazione delle ricorrenze, dell'impegno educativo con i giovani, un mondo popolato di donne magistrato, poliziotte, insegnanti, assistenti sociali, psicologhe, con cui ho sempre condiviso valori e progetti. Mentre le altre, le donne nate e vissute in famiglie mafiose, restavano una massa indistinta, il 'nemico', confuse in un'unica identità con i loro uomini, tranne alcune eccezioni come Rita Atria e Felicia Impastato, di cui parlerò più diffusamente in seguito. Cosa sapevo di loro, cosa pensavano, avevano problemi di coscienza, quali sentimenti ed emozioni provavano nell'accogliere nel loro letto un marito che aveva appena assassinato un uomo, quanto erano complici e quanto erano tenute all'oscuro? Mi ha aiutato in questa ricerca un interessante libro "Mafia – Donna. Le vestali del sacro e dell'onore" (1997) di Teresa Principato, componente della Direzione Distrettuale Antimafia presso la Procura di Palermo e Alessandra Dino, sociologa della Comunicazione presso l'Università di Palermo, che hanno messo a fuoco l'universo femminile mafioso,in una lettura complementare dall' esterno,attraverso gli atti giudiziari e dall'interno, attraverso l'analisi della 'cultura' mafiosa. In quest'ultima direzione fondamentali sono stati anche gli studi di Lo Verso e del suo gruppo di lavoro formato da psicologi e magistrati, confluiti nel bel volume "La Mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo" (1998). Nell'immaginario collettivo per tanto tempo le donne dei mafiosi non avevano volto: figure insignificanti, sempre vestite di nero, impenetrabili nei loro silenzi, assolutamente schiacciate dietro le figure prorompenti dei maschi della 'famiglia'. Si sapeva che la struttura di 'Cosa Nostra' era assolutamente maschilista e mai una donna era entrata nell'organizzazione come membro effettivo. Di questa insignificanza erano convinti gli stessi magistrati, che in diverse sentenze avevano inflitto pene molto ridotte a mogli, madri, figlie di mafiosi, anche di fronte a prove inoppugnabili della loro partecipazione o complicità in reati anche molto gravi. Per esempio nel caso di Saveria Benedetta Palazzolo, la convivente di Bernardo Provenzano, dal quale aveva avuto due figli, condividendone la latitanza, risultava intestataria di beni immobili per centinaia di milioni di lire, pur esercitando ufficialmente il mestiere di camiciaia, il Tribunale di Palermo non ritenne di dover emettere provvedimento restrittivo per associazione mafiosa, motivando così la sentenza: "Gli elementi probatori raccolti non portano a ritenere l'imputata organicamente inserita nell'organizzazione mafiosa Cosa Nostra... in quanto gli atti da lei commessi sono giustificati dal vincolo di convivenza col Provenzano" (Sentenza-ordinanza emessa dal G.I. del Tribunale di Palermo del 23/10/1989). Il convincimento dei magistrati, in questo come in decine di casi analoghi, si basava soprattutto sulle parole dei pentiti Buscetta, Contorno e Calderone, che per primi avevano squarciato il velo di omertà mostrando il volto segreto di Cosa Nostra, da cui erano rigorosamente escluse le donne. Ma se tali rivelazioni erano concordi nell'escludere che le donne potessero essere formalmente affiliate, tuttavia rivelavano come il ruolo delle donne fosse importantissimo nella famiglia mafiosa. Dice un altro pentito Gaspare Mutolo: "Le donne hanno un ruolo molto, molto più importante dell'uomo nella famiglia mafiosa. La donna capisce l'importanza che ha il marito fuori e di questa importanza anche la donna ne va orgogliosa... e lo trasmette anche ai figli" (Principato & Dino, 1997). "Le promesse di matrimonio si fanno quando la donna è ancora una bambina – conferma anche un altro pentito Leonardo Messina – Si vuole che i figli crescano nell'ambiente di Cosa Nostra. Ci riteniamo diversi da tutti. Riteniamo giusto che le nostre figlie sposino un uomo d'onore. La donna è fondamentale per trasmettere il pensiero del padre". (Principato & Dino, 1997). Partendo dal presupposto, ormai ampiamente condiviso, che la mafia sia non solo un sistema criminale, ma anche un compiuto e articolato sistema antropo-psichico, il 'sentire mafioso', nel quale l'organizzazione criminale affonda le sue radici, e che questo sistema sia un fondamentalismo, che pretende di permeare di sé ogni aspetto della vita dei suoi affiliati, alla donna spetta il compito importantissimo di perpetuare il sistema attraverso l'educazione dei figli. Le figlie femmine vengono educate alla fedeltà, all'obbedienza, al segreto: "La donna non si è mai seduta intorno al tavolo per una riunione – dice il pentito Leonardo Messina – ma c'è sempre stata lo stesso. Molte riunioni si sono svolte in casa mia, o in quella di mia madre o di mia sorella. Sentono tutto ma non possono dire nulla. Le donne sono portatrici di segreti"(Principato & Dino,1997). Ma la donna del mafioso ha un altro importantis-

«Le donne hanno un ruolo molto, molto più importante dell'uomo nella famiglia mafiosa. La donna capisce l'importanza che ha il marito fuori e di questa importanza anche la donna ne va orgogliosa... e lo trasmette anche ai figli»

La funzione di garante della reputazione dei propri uomini svolta dalle donne di mafia è indispensabile all'esercizio del potere mafioso: solo l'uomo d'onore che dia dimostrazione di poter esercitare un potere totale sulla famiglia di sangue, un autentico diritto di vita e di morte, è legittimato ad imporre efficacemente il suo potere sul territorio. All'universo femminile il mafioso guarda con diffidenza: la capacità di provare sentimenti, emozioni, simpatia umana viene vista come segno di debolezza e quindi di inaffidabilità

simo compito: ella è la vestale dell'onore e della vendetta. La funzione di garante della reputazione dei propri uomini svolta dalle donne di mafia è indispensabile all'esercizio del potere mafioso: solo l'uomo d'onore che dia dimostrazione di poter esercitare un potere totale sulla famiglia di sangue, un autentico diritto di vita e di morte, è legittimato ad imporre efficacemente il suo potere sul territorio. La struttura di Cosa Nostra è modellata sulla struttura della famiglia di sangue (non a caso i termini che indicano l'organizzazione sono mutuati dal linguaggio familiare,come 'famiglia', 'mammasantissima', 'padrino',ecc.), l'onore è l'origine del potere, solo dall'onore della sua famiglia il mafioso può attingere la consapevolezza del proprio valore: "Nel pensare mafioso l'onore è l'organizzatore psichico del Sé familiare,il nucleo della sua identità strutturata in forma narcisistica, l'onore è la coscienza del Sé familiare, è ciò che si presenta all'esterno, che viene ammirato e si ha bisogno di far ammirare. È la maschera dietro cui si celano i segreti familiari, che si mostra spavaldamente quando è integra, ma che si può frantumare a causa del comportamento di un familiare" (Di Fiore,1998). Di fronte alla perdita dell'onore anche i più stretti legami di sangue passano in secondo piano: Rosalia Pipitone, figlia di un boss,venne uccisa su ordine del padre perché aveva tradito il marito che lui le aveva imposto; Giuseppina Lucchese, sorella di un noto killer, venne uccisa proprio dal fratello per punirla di aver intrattenuto una relazione adulterina con il cantante Pino Marchese, il quale venne a sua volta ucciso e fatto trovare con i genitali in bocca. Riferisce il pentito Franco Marino Mannoia che, avendo chiesto proprio al Lucchese se sapeva perché fosse morta la sorella, questi gli avesse risposto con aria di profonda mestizia: "Franco, si tratta di cose personali !". La famosa morale sessuale vigente all'interno di Cosa Nostra con l'assoluto divieto di adulterio sia per l'uomo che per la donna, ha però due pesi e due misure: se tale regola per l'uomo d'onore subisce frequenti deroghe ed è sostanzialmente limitata al formale rispetto per la madre dei propri figli e al divieto di abbandonarla per un'altra donna (colpa di cui si sarebbe macchiato Tommaso Buscetta lasciando la famiglia siciliana e creandosene una nuova in Brasile), per la donna, come abbiamo detto, l'innamorarsi di un altro uomo può costare la vita. Ma può esserci un autentico sentimento d'amore all'interno di una coppia mafiosa? Dice lo psicanalista palermitano Di Forti (1982): "Il mafioso non sa amare, ma fottere... la sua sessualità è meramente genitale e consumistica, l'immaginario mafioso è sessuofobico... Per l'uomo, che deve essere 'uomo', niente sbavature, non c'è posto per la comunicazione erotica. In ambiente mafioso, e di questo parlano anche i collaboranti, l'inquietudine sentimentale è segno di inaffidabilità, la sessualità, anche quella mercificata, comporta una regressione, un ritorno a se stessi, un cedimento al principio del piacere; la sessualità è vita e come tale in antagonismo alla mafia, che è morte". Ridurre la comunicazione erotica a sessualità genitale richiede un grosso sacrificio all'individuo, che viene ricompensato,almeno parzialmente, dall'ideologia mafiosa dell'omineità. "Il disprezzo per esempio – sottolinea Di Forti – che accompagna l'espressione 'fottere', testimonia ancora una volta la paura delle donne, la paura della propria componente femminile, la paura della forza anarchica di Eros... I mafiosi sembra che temano la forza dirompente di Eros, la promessa di felicità,di regressione amorosa,di tenerezza...". All'universo femminile il mafioso guarda con diffidenza: la capacità di provare sentimenti, emozioni, simpatia umana viene vista come segno di debolezza e quindi di inaffidabilità, ecco perché nessuna donna può entrare a pieno titolo nell'organizzazione. Alla base di tutto questo vi sarebbe, sempre secondo Di Forti,una grandissima paura di accettare la propria parte femminile,di essere preso per 'finocchio': il primo pentito di mafia Leonardo Vitale, che soffriva di evidenti problemi psichici e fu sottoposto a varie perizie psichiatriche da parte degli inquirenti, aveva il terrore della propria latente omosessualità e per questo aveva idealizzato la figura del padre prima e dello zio poi, sottoponendosi a cruente prove di iniziazione pur di essere ammesso nell'organizzazione e dimostrare così di essere un 'vero' uomo. Ma una donna come può accettare di condividere un'ideologia così deviata, violenta, carica di disprezzo per gli altri, comprese le donne stesse? Sono sempre i pentiti che ci aprono uno spiraglio nel chiuso universo di Cosa Nostra: sappiamo che i mafiosi preferiscono sposare donne cresciute in famiglie di sicura ascendenza mafiosa, mentre le donne che provengono da fuori o le amanti non danno sufficienti garanzie di omertà e ubbidienza. Queste donne sono state quindi educate fin da bambine ad accettare i 'valori' della cultura mafiosa e la mafia è un'ideologia totalizzante, che si sovrappone e supera qualsiasi altra ideologia, compresi gli stessi valori familiari. I mafiosi non si considerano delinquenti comuni, sono convinti di

essere superiori a tutti gli altri, di essere gli autentici interpreti del volere divino. L'omicidio è giustificato dal fatto che la vittima 'ha sbagliato', ha sovvertito l'ordine naturale voluto da Dio, di cui il mafioso si sente il naturale esecutore. La legge del mafioso non è la legge dello Stato e neanche quella della Chiesa, anche se si professano cattolici praticanti. La Chiesa, troppo acquiescente nel passato, è stata strumentalizzata dalla mafia, perché le ha fornito la copertura pubblica: i mafiosi sono religiosissimi, mandano i figli al catechismo, sono sempre in prima fila nelle processioni, sovvenzionano largamente le feste religiose. Sarebbe riduttivo però interpretare solo come tornaconto e apparenza la loro fede religiosa: ci sono mafiosi che sul comodino tengono la Bibbia, che hanno allestito un altarino privato nel loro covo di latitanti, che si appellano continuamente alla giustizia divina quando la giustizia umana li raggiunge e condanna, solo che il loro Dio non è Cristo, è Javhè, la loro morale è 'occhio per occhio'; un mafioso ha candidamente confessato di non aver mai capito perché Gesù abbia scelto di sacrificare se stesso per salvare gli uomini, invece di fulminarli per i loro peccati! E quando si imbattono in un prete che, come don Pino Puglisi, vive autenticamente il Vangelo, non lo riconoscono come tale, ma come un nemico, che va eliminato perché minaccia di 'rovinargli'i figli. Quindi il mafioso vive in un proprio mondo chiuso, contrapposto al mondo esterno, in cui le uniche regole che riconosce sono le regole della mafia, che lo domina fino ad ottundere la sua coscienza individuale. Diversi studi (Siebert,in Lo Verso,1998) hanno colto un'attinenza fra gli aderenti a Cosa Nostra e gli aderenti al Nazismo: al pari di altri totalitarismi, la mafia è come un'Entità superiore, che garantisce l'identità dei suoi membri, infondendo in loro un senso di aristocratico disprezzo verso tutti gli altri uomini comuni, fino ad arrogarsi il diritto di vita e di morte. Le donne partecipavano, fino ad un recente passato, della stessa aura di prestigio e di soggezione che rivestiva i loro uomini. Lo si è visto nell'atteggiamento di queste donne quando è esploso il fenomeno del pentitismo, che ha messo in crisi l'organizzazione più di ogni altro evento precedente. Ebbene, in queste circostanze, mogli, madri, sorelle si sono scagliate con inaudita violenza contro i loro uomini: "lui non è un pentito, è un infame – dice Giuseppa Mandarano,quando si è diffusa la notizia del pentimento del marito - la sera stessa quando l'ho saputo, ho aperto l'armadio, ho preso tutti i suoi vestiti e li ho bruciati. Qui in casa non c'è più niente di suo, nemmeno una camicia, nemmeno un fazzoletto." (Principato & Dino,1997). Inesorabile anche la reazione di Agata Di Filippo al momento della notizia della collaborazione con la giustizia dei due fratelli Pasquale ed Emanuele: "Ci dissociamo completamente dall'operato di quegli esseri infami. Siamo chiusi in casa per la vergogna. Mio padre e mia madre sono distrutti. Mia madre si è sentita male e ho dovuto chiamare un'ambulanza" (Principato &Dino, 1997). Giusy Spadaro e Angela Marino, mogli di due pentiti, dichiarano con una telefonata congiunta all'Ansa: "Siamo le ex mogli di quei due pentiti bastardi. Per noi loro sono morti". Giusy Spadaro continua: "Meglio se lo avessero ammazzato, meglio morto, invece è un infame pentito... Ai miei tre figli ho detto: non avete più un padre, rinnegatelo, scordatevi di lui "(Principato& Dino, 1997). La violenza di queste esternazioni ha fatto pensare che esse obbedissero ad una precisa strategia della mafia stessa, che dopo secoli di obbligo al silenzio ha spinto queste donne a prendere parola per fiaccare la decisione dei loro uomini; ed infatti alcuni hanno ritrattato le loro confessioni dopo aver avuto un colloquio con la moglie. A prova di questa ipotesi il fatto che alcune di queste donne si siano in seguito ricongiunte ai mariti, instaurando per la prima volta un rapporto autentico d'amore. Proprio Giusy Spadaro dichiarerà: "Cosa Nostra ha due parole che significano morte e distruzione e solo oggi, grazie ai magistrati e al Servizio Centrale di Protezione ho potuto riabbracciare mio marito e ho capito quanto è bello vivere lontano... ho dovuto ripudiare pubblicamente mio marito per paura"(Principato & Dino, 1997). Osserva lo psicologo Di Fiore (1997): "Proprio nel momento del pentimento si mostra in modo inequivocabile il potere che le donne esercitano sui loro uomini. All'esterno esse appaiono totalmente dipendenti dai loro uomini, mentre all'interno del nucleo familiare esercitano un potere che solo le loro reazioni al pentimento riescono a mostrare in tutta la sua valenza condizionante... La riuscita o meno del processo di pentimento molto dipende dallo schierarsi delle donne a favore o contro". Il caso estremo è quello della madre di Rita Atria: questa ragazza giovanissima, cresciuta in una famiglia mafiosa, dopo che le hanno ammazzato il padre e il fratello, prende coscienza della necessità di distaccarsi dalla cultura di morte in cui è stata educata ed insieme alla cognata Piera, nata in una famiglia normale, invece di ricorrere alla vendetta privata, decide

«Proprio nel momento del pentimento si mostra in modo inequivocabile il potere che le donne esercitano sui loro uomini. All'esterno esse appaiono totalmente dipendenti dai loro uomini, mentre all'interno del nucleo familiare esercitano un potere che solo le loro reazioni al pentimento riescono a mostrare in tutta la sua valenza condizionante... La riuscita o meno del processo di pentimento molto dipende dallo schierarsi delle donne a favore o contro»

Distribuivi garofani rossi le mani levate nel pugno e il gesto restituiva valori dimenticati come bandiere colorate di primavera che dovevano ancora nascere. Ora da morta potrai spalancare le finestre con mani più sicure di quelle che ti reggevano da viva. Ora nessuno potrà dire di non sentire la tua voce levata a condannare i carnefici e a maledire i vigliacchi. È più forte il tuo silenzio di questi rumori che giungono da un mondo che non ha imparato a viversi

di collaborare con la legge per chiedere giustizia. Rinnegata dalla madre, trova nel giudice Paolo Borsellino la figura di riferimento che con sollecitudine paterna l'aiuta nel suo difficile percorso; alla notizia della morte del 'suo' giudice, Rita si suicida, gettandosi dal balcone dell'appartamento in cui viveva segretamente sotto protezione. Ebbene questa madre non ha un solo moto di pietà nei confronti della figlia infelice, anzi arriva con ferocia barbarica a profanarne la tomba. Di contro a questo mostro si staglia la figura nobilissima di Felicia Bartolotta, la madre di Peppino Impastato, la cui vicenda ormai è nota a tanti, grazie anche al film "I cento passi" di Marco Tullio Giordana. La storia della famiglia Impastato mostra nella sua tragicità tutte le reciproche dinamiche che possono scatenarsi in una famiglia mafiosa per la presenza di un elemento dissonante, Peppino appunto, colto, di estrema sinistra e fermamente determinato a combattere la mafia con un mezzo nuovo: la radio. Insieme ad un gruppo di amici, alcuni dei quali provengono anch'essi da famiglie mafiose, Peppino matura politicamente e crea una piccola radio locale "Radio out", seguitissima in tutta la provincia, attraverso la quale denuncia i loschi affari e le connivenze politiche del 'padrino' della zona Gaetano Badalamenti, ma soprattutto lo sbeffeggia, chiamandolo per esempio "Tano Seduto". Scoppiano violentissimi i conflitti con il padre, a cui sono arrivati precisi avvertimenti di mettere in riga il figlio, e che arriva a cacciarlo fuori di casa. Ma Peppino tiene duro, sostenuto dall'amore materno di Felicia, che gli dà da mangiare e lo accoglie segretamente quando il padre è fuori, non tentando mai di cambiarlo e di farlo desistere dalla sua strada. Il padre, nel disperato sforzo di salvare il figlio,va a New York, per chiedere l'intermediazione dei parenti americani, ma il suo tentativo sarà inutile se poco dopo la sua morte,come avevano tutti lucidamente previsto, arriva l'esecuzione per Peppino, il quale viene rapito, tramortito a colpi di pietra, disteso sui binari della ferrovia e fatto saltare in aria con una carica di tritolo. Erano i tempi del terrorismo e le indagini prendono la piega sbagliata, ma grazie alla tenacia incrollabile di Felicia, dell'altro fratello Giovanni e degli amici, dopo anni di lotta si riescono a trovare le prove che Peppino non era un terrorista, saltato in aria in corso di un fallito attentato, ma la vittima della ritorsione di un capomafia, che aveva un preciso nome e cognome, Gaetano Badalamenti. E quel nome Felicia lo pronuncia chiaramente al processo, in cui ha scelto di

presentarsi come parte civile, rifiutando la logica arcaica della vendetta del sangue e vedendo finalmente dopo quattordici anni trionfare la verità e la giustizia. In tutti questi anni Felicia è stata un punto di riferimento e la sua casa è diventata una sorta di santuario laico per migliaia di persone, dalla Sicilia a ogni parte d'Italia, soprattutto giovani, a cui distribuiva garofani rossi, i fiori di Peppino, e diceva: "Non abbassare mai la testa, tenere la schiena dritta, non piegarsi mai". Distribuivi garofani rossi le mani levate nel pugno e il gesto restituiva valori dimenticati come bandiere colorate di primavera che dovevano ancora nascere. Ora da morta potrai spalancare le finestre con mani più sicure di quelle che ti reggevano da viva. Ora nessuno potrà dire di non sentire la tua voce levata a condannare i carnefici e a maledire i vigliacchi. È più forte il tuo silenzio di questi rumori che giungono da un mondo che non ha imparato a viversi. [Umberto Santino]

Nota
La poesia all'inizio (i crisantemi) è di Peppino Impastato, la poesia finale (i garofani rossi) è di Umberto Santino.

* Mariceta Gandolfo,docente di filosofia e referente per la cultura della legalità presso il liceo classico di Bagheria (PA).

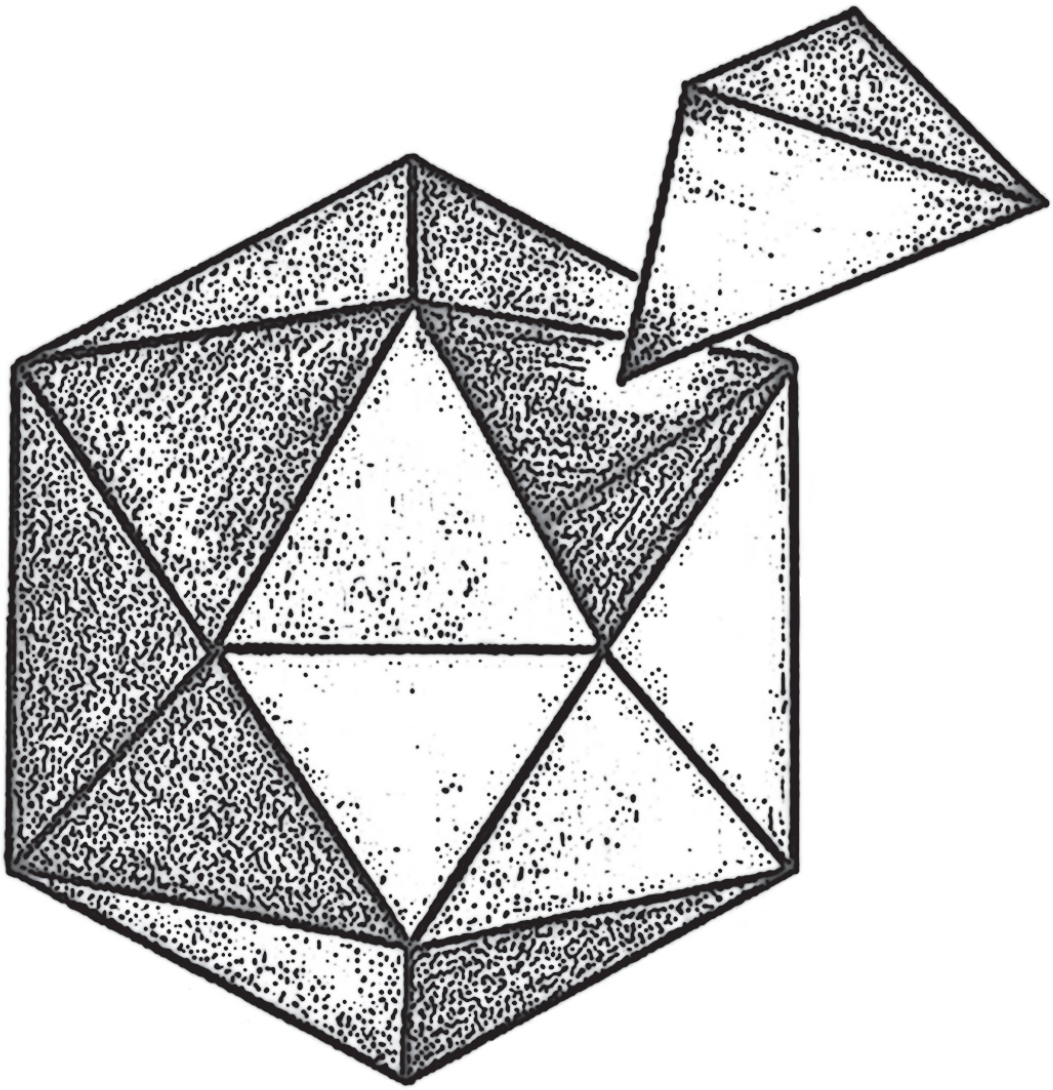
BIBLIOGRAFIA

Cavadi A.(2009) *Il Dio dei mafiosi*. San Paolo ed.,Milano.
Di Forti F. (1982) *Per una psicoanalisi della mafia*. Bertani,Verona.
Di Fiore (1997) *Le radici inconsce dello psichismo mafioso*. Angeli,Milano.
Impastato G. (2005) *Lunga è la notte. Poesie, scritti, documenti*, a cura del Centro di documentazione Peppino Impastato. OFFSET studio, Palermo.
Lo Verso G. (a cura di) (1998) *La mafia dentro.Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*. F. Angeli, Milano.
Pilati G. (2008) *Le Siciliane. Quindici storie vere*. Coppola ed., Palermo.
Principato T. & Dino A. (1997) *Mafia Donna.Le vestali del sacro e dell'onore*. Flaccovio ed., Palermo.
Puglisi A. & Santino U. (2005) *Cara Felicia*, a cura del Centro di documentazione Peppino Impastato. OFFSET studio, Palermo
Viberti P.G. (1995) *Conoscere la mafia*. Edisco ed.,Torino.

The chrysanthemum and the carnation

Mafioso's woman has a very important role: the function to act as underwriter for the reputation of his own men essential for the mafioso power practice. Only man of honour that demonstrate to be able to wield authority on the household family, a real right of life and dead, justify to impose his power in his country effectively.
So those women have been educated since they were very young to accept the "values" of mafia culture and mafia it's a total ideology, that overlap any other ideology, even the same household family values. Men that still work for the mafia don't consider themselves commons criminal, but they're confident to be outclass to the others, to act as the real divine power's interpreter.
In the mafia underworld, sexuality (even the commodify one), bring a breakdown to the pleasure value; sexuality is life and as such it's in antagonism with the mafia, that it's dead.

link associazioni



EUROPSY: LA CERTIFICAZIONE EUROPEA IN PSICOLOGIA

La Certificazione europea in psicologia, EuroPsy, promossa dall'European Federation of Psychologists' Associations (EFPA), è finalizzata a sviluppare in Europa un quadro di riferimento comune per la formazione, accademica e professionale, degli psicologi, secondo standard condivisi di qualificazione. La Certificazione europea in psicologia rende noto a clienti, datori di lavoro e colleghi che uno psicologo ha acquisito le competenze necessarie per fornire prestazioni psicologiche di qualità. Per questi motivi EuroPsy può facilitare la mobilità e il mutuo riconoscimento delle competenze professionali degli psicologi in Europa.
È opportuno sottolineare che EuroPsy non rappresenta un'autorizzazione formale all'esercizio professionale e non intende sostituire le regolamentazioni nazionali, come ad esempio il nostro Albo. Diversi sono i presupposti che ne giustificano l'utilizzo e pertanto sarebbe erroneo ritenere la certificazione europea una forma di autorizzazione all'esercizio della professione fondata su scala più ampia. Piuttosto può essere considerata una forma di accreditamento volontario, basata su standard condivisi a livello europeo.
Punti di riferimento a latere sono il "processo di Bologna" teso ad armonizzare il sistema formativo universitario, rendendolo più omogeneo e competitivo e la Direttiva 2005/36/CE, che ha proposto una radicale revisione del sistema di riconoscimento delle qualifiche professionali, al fine di promuovere la libera circolazione dei professionisti in Europa.
La Direttiva 2005/36/CE stabilisce regole omogenee per svolgere nell'Unione Europea la professione per la quale si è studiato nel Paese d'origine e prevede che il riconoscimento dei titoli avvenga secondo standard minimi di formazione. Per il principio di sussidiarietà ogni Governo ha la facoltà di decidere quali siano i livelli di cultura e di formazione minima per l'accesso alle professioni, chi deve autorizzarne l'esercizio e controllarne lo svolgimento.
Nel caso in cui non ci sia perfetta corrispondenza tra la qualifica conseguita nel Paese d'origine e quella richiesta per esercitare la professione nel Paese ospitante, ogni Stato può, inoltre, richiedere provvedimenti di compensazione, come il tirocinio d'adattamento o le prove attitudinali. Al fine di semplificare i meccanismi di compensazione, l'articolo 15 della suddetta Direttiva, concernente "Dispensa da provvedimenti di compensazione in base a piattaforme comuni", prevede proprio la creazione di "piattaforme comuni" definite come "l'insieme dei criteri delle qualifiche professionali in grado di colmare le differenze sostanziali individuate tra i requisiti in materia di formazione esistenti nei vari Stati membri per una determinata professione". Tali piattaforme potranno essere progettate sia dagli Stati membri che da associazioni o organismi professionali rappresentativi a livello nazionale ed europeo, e sottoposte alla Commissione Europea. Lo scopo delle piattaforme non è quello di costringere gli Stati membri a modificare la legislazione nazionale, ma quello di "predefinire" criteri di qualificazione in modo da superare le differenze fra i diversi percorsi formativi e quindi dispensare il richiedente dalle misure di compensazione. Europsy rappresenta sicuramente una buona base di partenza per impostare una piattaforma per gli psicologi europei da far riconoscere all'UE (Tonzar, 2009). (Marco Guicciardi, Presidente NAC-Italy)

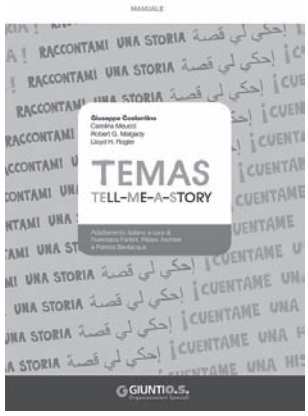
— **INFO** www.inpa-europsy.it

Associazione Italiana di Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera (PSISA)

Nasce da un rapporto di collaborazione, attuato tramite progetti di ricerca-intervento, tra Psicologi operanti in ambito ospedaliero o comunque nel campo della salute. Da questi confronti e momenti di lavoro è emersa la comune esigenza di costruire un punto di riferimento per favorire lo sviluppo e la qualità degli interventi psicologici, con la convinzione che si tratti di un'area di grandi prospettive ed impegno per la Psicologia e gli Psicologi.
La finalità è quindi quella di dare un contributo in questi campi:
promozione della ricerca in Psicologia Sanitaria ed Ospedaliera e diffusione delle evidenze scientifiche in questa area, ed in particolare sull'interdipendenza mente-corpo, sul ruolo dei fattori psicologico-sociali nella salute e nella malattia, nella gestione della sicurezza, del benessere organizzativo e dei processi aziendali nel contesto dei sistemi sanitari. Ciò al fine, in particolare, di migliorare la centralità della Persona e l'integrazione degli approcci nei processi e sistemi sanitari, la personalizzazione, relazione e comunicazione nelle cure, il benessere degli operatori e delle organizzazioni.
Anche se al momento la società è impegnata soprattutto a portare avanti progetti interni di ricerca, lo spirito è quello della massima apertura e collaborazione con gli psicologi e le realtà psicologiche che si occupano a vario titolo di queste tematiche o di temi affini o di confine, come pure con le altre professionalità sanitarie, manager del settore, decisori delle politiche per la salute, cittadini-utenti e associazioni rappresentative di questi soggetti.
Nel corso del 2011 la PSISA promuove un convegno su "Esperienze e prospettive in Psicologia Sanitaria ed ospedaliera" (Terni, 1 aprile 2011), la pubblicazione di un volume su "Psicologia Sanitaria e malattia cronica: interventi evidence-based e disease management" (Pacini Medica 2011), l'organizzazione di due simposi ("Gestione integrata del dolore" e "Malattie croniche") nell'ambito del Congresso SIPNEI di Orvieto (27-30 ottobre 2011).
La PSISA ha protocolli di collaborazione con la SIPNEI, con l'AMD (Associazione Medici Diabetologi) e con l'AISD (Ass. Italiana per lo Studio del Dolore).
Si può aderire alla PSISA sia come socio ordinario che come aderente alla PSISA Community.

— **INFO** www.psisa.it.

Temas



Una nuova Società Scientifica di Psicologia di nome TEMAS è stata accolta nella Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia. La società è nata per iniziativa del creatore del Test T-E-M-A-S (*Tell Me A Story*, Raccontami una Storia), il Prof. Giuseppe Costantino, psicologo italiano che vive e lavora a New York, che l'ha fondata a Teramo nel marzo 2009 insieme ad un gruppo di allievi e psicologi italiani.
Il TEMAS è sia un test multiculturale di valutazione della Personalità per bambini e adolescenti, sia uno strumento di Terapia Narrativa di gruppo per bambini. Il TEST proiettivo narrativo dà informazioni sulle funzioni di personalità, affettive e cognitive di ciascun esaminato, evidenziandone i punti di debolezza, ma anche i punti di forza. La terapia narrativa di gruppo per bambini, che a New York è stata utilizzata all'interno di una ricerca per il trattamento di bambini traumatizzati dagli attacchi terroristici dell'11 Settembre 2001, si presenta come una valida tecnica abilitativa-riabilitativa multiculturale.
Il TEMAS é uno strumento creato per essere utilizzato con bambini e adolescenti appartenenti a minoranze e non, di età compresa tra 5 e 18 anni (in Italia la taratura è stata effettuata su un campione di bambini italiani, arabi e latinoamericani tra i 6 ed i 10 anni), incrementando la propria validità multiculturale e diminuendo gli errori ai danni delle minoranze. Il TEMAS presenta un'impostazione teorica cognitivo sociale-narrativa, derivata dai seguenti modelli teorici: la psicologia interpersonale; l'approccio cognitivo-sociale; la psicologia cognitiva e la psicologia narrativa .
L'American Psychological Association (APA) ha riconosciuto il TEMAS come test valido sul piano multiculturale nelle "Linee guida sull'educazione multiculturale: training, ricerca, pratica e cambiamento organizzativo per gli psicologi" (maggio 2003).
La SPA - *Society for Personality Assessment* (Società per la Valutazione di Personalità) ha definito il TEMAS come una "procedura narrativa culturalmente rilevante" e il contributo di G. Costantino come "una crescita consapevole e un cambiamento, che influenzeranno la nostra pratica nell'incontrare meglio i bisogni valutativi di una società pluralistica".
L'*American Psychological Association* (APA) ha inoltre riconosciuto il TEMAS come uno strumento di valutazione culturalmente informato e basato empiricamente per bambini culturalmente diversi (marzo 2008).
Il Test TEMAS è il primo test proiettivo-narrativo pensato e validato per dare attenzione alla dimensione multiculturale, superando procedure obsolete ed etnocentriche. Il TEMAS offre l'occasione di riflettere sull'entità della domanda di aiuto di bambini ed adolescenti migranti e sulla loro fatica di appartenere a due mondi culturali. Il TEMAS è uno strumento capace di sollecitare l'espressione di queste problematiche tramite valutazioni psicologiche *culture-fair*, favorendo percorsi terapeutici idonei a conciliare in modo creativo e competente il conflitto bi-culturale.

L'associazione è apolitica, non ha finalità di lucro e si propone di promuovere, favorire e divulgare una corretta cultura e conoscenza sul TEMAS, sia come strumento valutativo, sia come trattamento narrativo di gruppo.
Il Test TEMAS è stato recentemente pubblicato nella versione italiana dall'OS Giunti di Firenze.

— INFO Potete contattare la coautrice della versione italiana, nonché la Responsabile della Segreteria della Società Scientifica di Psicologia Narrativa TEMAS, dr.ssa Carolina Meucci, cmeucci@johncabot.edu, oppure consultare il sito: www.temas-test.eu.

Editor-in-Chief: *Rainer K. Silbereisen*

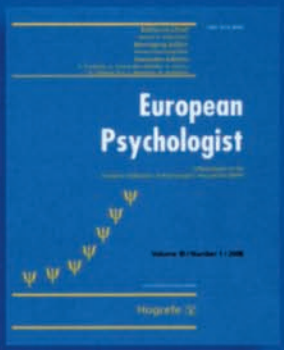
European Psychologist

Official Organ of the European Federation of Psychologists' Association (EFPA)

www.hhpub.com/journals/ep

Official Organ of EFPA

Editor-in-Chief: *Rainer K. Silbereisen*, University of Jena, Germany
Managing Editor: *Verona Christmas-Best*, University of Jena, Germany
Founding Editor: *Kurt Pawlik*, Hamburg, Germany
Associate Editors: *Adrian Furnham*, University College London, UK
Anastasia Efklides, Aristotle University of Thessaloniki, Greece
Gün R. Semin, Free University Amsterdam, The Netherlands
Katariina Salmela-Aro, Helsinki University Collegium for Advanced Studies, Finland
Lars Bäckman, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Norman Anderson, American Psychological Association, Washington, DC, USA
EFPA News Editor: *Katharina Althaus*, Bern, Switzerland



Order form

Yes, I would like to subscribe. *European Psychologist* (ISSN 1016-9040) appears in 4 issues per annual volume. Subscriptions are only available on a calendar-year basis:

- ❑ Libraries/Institutions: US $ / € 103.00
- ❑ Individuals: US $ / € 49.00
- ❑ Members and affiliates of the organizations supporting EP, including members of EFPA and APA: US $ / € 39.00 (+ $ / € 12.00 postage and handling)

Subscriptions delivered in the EU will be priced in €, subscriptions outside of the EU will be priced in US $.

❑ Please send me a free sample copy of *European Psychologist*

Date Signature

I understand that I may cancel this subscription by writing to the publisher within 10 days (date of the postmark) of the above order.

2nd Signature

[ ] Please charge my credit card:
[ ] Visa [ ] MC [ ] AmEx

Card # _____

ID # (= 3 or 4 digit # on the card) _____

Expiry date _____

Cardholder's name _____

[ ] Check enclosed (made out to Hogrefe & Huber)
[ ] Please bill me.

Shipping address:

Name _____

Address _____

City + Zip/Post code _____

Country _____

Phone/Fax _____

E-mail _____

Order online at: **www.hhpub.com**

Hogrefe & Huber Publishers • Rohnsweg 25 • D-37085 Göttingen • Tel: +49 551 49 609-0 • Fax: +49 551 49 609-88
Hogrefe & Huber Publishers • 875 Massachusetts Avenue, 7th Floor • Cambridge, MA 02139 • Tel: (866) 823-4726 • Fax: (617) 3 54-6875
E-Mail: custserv@hogrefe.com

HOGREFE