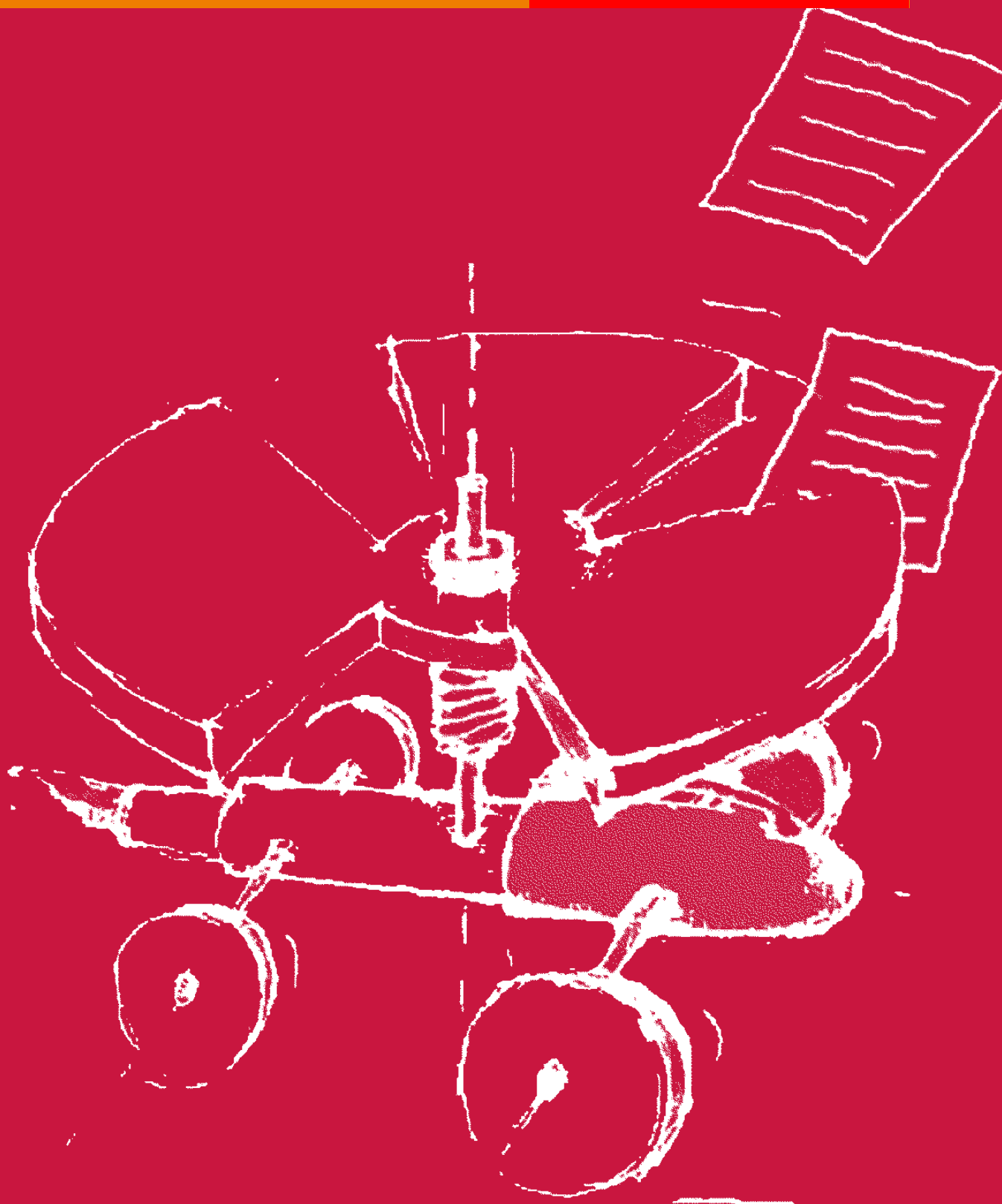


# link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/ 2019



# sommario

rivista scientifica di psicologia



VOLUME 1/ 2019

## *Edit*

- 5 Editoriale  
VITO TUMMINO

## *Focus*

- 9 L'eterna storia del disagio giovanile nell'era di Internet.  
Come evolvono le dipendenze patologiche  
PAOLO DI BIAGIO

## *Una storia*

- 24 Mary Cover Jones (1896-1987)  
Una antesignana della Behavior Therapy  
GIOVANNI CAVADI
- 29 Mamie Phipps Clark (1917-1983)  
GIOVANNI CAVADI

## *Strumenti*

- 34 Costrutti e cambiamento in psicoterapia. Il versante libertà-determinismo  
SARA SCACCHETTI

## *Esperienze*

- 48 Lo psicologo di base. L'esperienza dell'Ambito Territoriale Sociale di Galatina  
GIUSEPPE LUIGI PALMA, ELISA GIANNACCARI
- 56 Progetto di presa in carico multidisciplinare dei pazienti con Sclerosi  
Multipla: presentazione di un modello di integrazione in ambito ospedaliero  
ANTONIO PEPOLI, FRANCESCA DE LUCA, FRANCESCO PASSANTINO, LUIGI RUIZ

## *Ricerche*

- 67 Psicoterapie di tipo cognitivo-comportamentale evidence-based: presentazione  
di alcuni trattamenti brevi rivolti al paziente a rischio suicidiario  
MARTINA RIGNANESE, RAFFAELLA CALATI
- 77 L'uso dei Social in un campione di studenti universitari:  
emozioni e stili d'attaccamento  
AMBRA BERETTI, GIOVANNI CAVADI, ELEONORA RIVA

## *Una storia clinica*

- 83 Un caso di dipendenza affettiva  
VELIA PLATTO, ELEONORA RIVA

## *Società*

- 90 Percorsi migratori e violenza  
FULVIO FRATI, VERONICA NERI

## *Intervista*

- 107 Il lavoro: dal malessere al benessere, al benessere e alla gioia  
A cura di GIOVANNI CAVADI

## *Emozioni*

- 112 Il Profumo di quella Primavera ovvero l'emozione  
di dedicarsi alla politica vera  
MARICETA GANDOLFO

## *Recensioni*

- 118 a cura di GIOVANNI CAVADI

## *Convegni/ Congressi*

122

## *Link art*

- 124 Leonardo: lo sguardo acuto del Rinascimento  
ROSA DE ROSA

# Link

VOLUME 1/ 2019



**Direttore responsabile**  
Mario Sellini

**Redazione**

Vito Tummino (Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISP),  
Giovanni Cavadi (Docente Università degli Studi di Brescia), Eleonora Riva, Sara Scacchetti,  
Erica Segat

**Segreteria**

Eleonora Riva, Sara Scacchetti

**Comitato scientifico**

Anita Caruso, Isabel Fernandez, David Lazzari,  
Antonio Loiacono, Francesco Macri (Segretario nazionale della FISM, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche), Lorraine Mangione (Department of Psychology Antioch University, New England, USA), Mario Sellini (Presidente Società scientifica Form AUPI)

**Redazione Como**

Studio di Psicologia  
Via Rusconi 21  
22100 Como  
e-mail: redazionelink2@gmail.com

**Redazione Roma**

Sede FormAupi  
Via Arenula 16, 00186 Roma,  
tel. 06.6873819,  
fax 06.68803822

**Art director**

Andrea Rosso  
(andrearossocomo@gmail.com)

**Grafica e impaginazione**

Natura e comunicazione/ Como

**Amministrazione**

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

**Stampa**

Poligraf Srl Pomezia  
tel. 06.9106822

**ISSN 2611-6758**

Link

**Link Volume 1/ 2019** – Poste Italiane SpA –  
Spedizione in abbonamento postale – 70% - C/  
RM/DCB

Editore: Associazione Unitaria Psicologi Italiani  
A.U.P.I. *Link* rivista scientifica di psicologia  
- 1/2019. Redazione e sede legale: Roma, via  
Arenula 16 – Tel.06.6873819 – Fax 06.68803822.  
Tipografia: Po.li.graf Srl – via Vaccareccia 41 –  
00040 Pomezia (RM). Registrazione del Tribunale di  
Roma n.278 del 7/6/2002. Direttore Responsabile:  
Mario Sellini



## Rivista della Società Scientifica FormAupi in collaborazione con la FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia

*Link* non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre Società scientifiche FISP.

### VOLUME 1/ 2019

#### **NORME PER GLI AUTORI**

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail a Vito Tummino (vitummino@gmail.com) 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.

#### **CODICE ETICO**

La rivista adotta il Codice Etico secondo le linee guida del COPE.

#### **NORME REDAZIONALI**

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

*Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Sperimentazioni, Riflessioni, 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) *Discriminant analysis of clinical outpatients 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. (ed), *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.

**P**iù di 20 anni fa il Sunday Times pubblicava a caratteri cubitali: «Centinaia di pazienti uccisi dai medici perché seguono linee guida vecchie!». Era una denuncia di ciò che avveniva nella sanità inglese rispetto all'aggiornamento scientifico dei medici. Da allora qualcosa è cambiato e importanti istituzioni governative hanno iniziato a chiedere alle società scientifiche di produrre linee guida per orientare i sanitari nel loro lavoro. Ma questo non è ancora sufficiente. Solo nel 2017 lo Stato italiano si è dotato di una legge per uniformare e chiedere alle Società Scientifiche di pubblicare linee guida italiane. Nella letteratura scientifica internazionale ogni giorno vengono pubblicati circa settantacinque studi e undici revisioni sistematiche: come si può mai tenere il passo? Si stima, da una media degli ultimi 17 anni presi in esame, che solo il 14% delle nuove scoperte scientifiche viene inserito nella pratica clinica quotidiana. Nel panorama internazionale appare eloquente un esempio relativo alle linee guida nel campo della cardiologia per ictus: il caso in esame riguarda quali farmaci utilizzare dopo 3-4-5 ore dall'evento e troviamo che 9 linee guida di Società scientifiche indicano di utilizzare il farmaco Alteplase quale altamente raccomandato; 3 linee guida ritengono che il farmaco Alteplase sia scarsamente raccomandato; 1 linea guida ritiene che il farmaco Alteplase abbia una bassa evidenza scientifica e 4 linee guida non lo considerano neppure. Complessivamente, una stima prudente prevede che il 50% delle attuali linee guida basate sull'evidenza soffrono di falle metodologiche ed hanno un contenuto discutibile riguardo alle evidenze fondamentali alle quali fanno riferimento. In media, le linee guida supportate dalle Società Scientifiche delle specialità mediche erano e sono ancora considerate di livello più basso se paragonate a quelle supportate dai Sistemi Sanitari nazionali. Il Ministero della Salute ha deliberato un primo elenco di Società Scientifiche, di cui 4 appartengono alla FISP ([www.fisppsicologia.it](http://www.fisppsicologia.it)): Form-Aupi, EMDR, SIPO e SITCC, inserite nell'elenco delle Società Scientifiche abilitate a definire le linee guida riguardanti le discipline specialistiche di Psicologia e Psicoterapia.

Apprendo questo numero troverete in *Focus* l'articolo di Paolo Di Biagio dal titolo "L'eterna storia del disagio giovanile nell'era di internet. Riflessioni sul fenomeno delle dipendenze patologiche e il suo evolversi nel tempo".

Di Biagio ci accompagna in un viaggio lungo la storia e la letteratura, focalizzato sull'eterno conflitto genitori/adolescenti, arrivando a suggerirci scenari nuovi di interpretazione dei miti: nella collettività non domina più il mito di Ares distruttore ma quello di Narciso. L'Ideale dell'Io ha più spazio nella dimensione psichica della persona rispetto al "vecchio" Super-Io; eppure, nonostante tutto, la frattura resta, resta l'incomprensione fra adulti e adolescenti e persiste un disagio evidente vissuto da questi ultimi.

L'adolescente deve affrontare la sua fame di vita, la sua assenza di esperienza e quindi di maturità, deve riuscire a cogliere l'ineluttabilità di una condizione che lo vede ancora vincolato agli adulti, ma che può e deve elaborare attraverso la riflessione sui suoi stati interiori, sulle sue emozioni e sui suoi affetti. L'adulto, dal canto suo, non deve lasciarsi condizionare dal timore di un confronto con chi ha più energia, con chi dovrà sopravvivergli, con chi ha un appetito invidiabile, rispetto al rischio dispeptico al quale l'adulto è esposto, per ovvie ragioni legate al ciclo vitale.

Nella sezione *Storia* in questo numero Giovanni Cavadi ci parla in realtà di due storie: la prima è di una scienziata della psicologia, Mary Cover Jones che, sulle orme di Watson, mise a punto una procedura tecnica per affrontare le fobie infantili: la

desensibilizzazione. A seguito di una carriera brillante come ricercatrice psicologa, dedicata alla ricerca sui cambiamenti dello sviluppo nel corso del ciclo di vita, Mary fu eletta, nel 1970, presidente della divisione di Psicologia dello sviluppo dell'APA. La seconda storia si riferisce a Mamie Clark Phipps, ricercatrice psicologa nera, che ha avuto un ruolo importante nel movimento per i diritti civili in quanto il suo lavoro, svolto in collaborazione con il marito, dimostrò che il concetto di "separati ma uguali" forniva una formazione tutt'altro che uguale ai giovani neri. Le sue indagini sul concetto di sé tra le minoranze ha ispirato ulteriori ricerche sul tema e ha aperto nuove aree di lavoro nel campo della psicologia dello sviluppo. Nei suoi esperimenti a cui sottoponeva bambini neri dimostrò i danni provocati dalla segregazione, al punto che la Corte Suprema riconobbe i risultati della ricerca presentata dalla Clark, sentenziando nel 1954 che «la segregazione razziale nelle scuole degli Stati Uniti è incostituzionale».

In *Strumenti* troviamo il lavoro di Sara Scacchetti sui costrutti e i cambiamenti in psicoterapia. I costrutti compongono il sistema individuale di percezione e lettura della realtà. Viene messo in luce il ruolo essenziale del terapeuta nella relazione Io-Tu e l'emergere del problema della propria congruenza e capacità empatica: in che cosa consiste la sua congruenza? È l'aderenza al proprio sistema di costrutti, alla propria forma di adattamento psicologico? Come coniugare i concetti di congruenza, concetto del sé e coerenza del sé nell'ambito del setting terapeutico?

Quali sono gli effetti sul processo terapeutico? Il lavoro di Carl Rogers ha portato in primo piano il concetto di "vissuto organismico", la base viscerale ed emotiva sulla quale impostare un autentico processo di cambiamento, affidando al terapeuta il compito di impegnarsi in un percorso continuo di autoconoscenza e autovalutazione, di apertura e comprensione.

Nella sezione *Esperienze* ospitiamo due articoli: il primo, "Lo Psicologo di Base. L'esperienza dell'Ambito Territoriale Sociale di Galatina" di Giuseppe Luigi Palma e Elisa Giannaccari, e il secondo, "Progetto di presa in carico multidisciplinare dei pazienti con Sclerosi Multipla: presentazione di un modello di integrazione in ambito ospedaliero" di Antonio Pepoli, Francesca De Luca, Francesco Passantino, Luigi Ruiz. Entrambi gli articoli si muovono nella direzione del lavoro d'équipe e portano a conoscenza dei lettori di *Link* i risultati clinici del lavoro interdisciplinare, smentendo la convinzione che nel nostro paese non si sia ancora realizzata la logica del gioco di squadra tra i professionisti della Sanità. Spesso la comunicazione tra specialisti e sanitari non è tarata sul lavoro di squadra e tutto ciò mostra il lato debole della comunicazione positiva ed efficace verso il cittadino ed il paziente.

Nel primo articolo il lavoro congiunto medico-psicologo consente una risposta più completa al disagio del paziente con l'integrazione delle reciproche competenze, favorendo lo scambio formativo tra i due specialisti. L'articolo riporta un'esperienza realizzata presso l'Ambito Territoriale Sociale di Galatina, con il progetto sperimentale "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale". Un dato molto interessante è che nei 12 mesi di progetto, dei 280 pazienti visitati solo 18 sono stati inviati ai Servizi di Salute Mentale, confermando che la maggior parte delle situazioni di disagio si risolvono all'interno della co-presenza con il medico (79%), o nel rapporto a due con il paziente.

Il secondo articolo descrive un modello nell'ambito della cura dei pazienti affetti da Sclerosi multipla; in esso ci si pone l'obiettivo di avviare un confronto sistematico sui modelli di lavoro attuabili in ambito ospedaliero, per avviare il miglior rapporto di aderenza alle cure e di aiuto al paziente. Il modello di lavoro presentato propone l'utilità di un affiancamento sistematico medico-psicologico negli ambulatori di prima visita per la diagnosi di sclerosi multipla. Il dialogo medico-psicologo ha come risultato la conoscenza del paziente, relativamente a come vive la patologia, come questa si intreccia alla sua storia personale, al vissuto e alle rappresentazioni della malattia.

Nella sezione *Ricerche* troviamo due interessanti articoli: il primo di Martina Rignanes e Raffaella Calati "Psicoterapie di tipo cognitivo-comportamentale evidence-based: Presentazione di alcuni trattamenti brevi rivolti al Paziente a rischio suicidario" e il secondo di Ambra Beretti, Giovanni Cavadi e Eleonora Riva sull'uso dei Social tra studenti di Medicina e Ingegneria.

Il primo articolo tratta un'interessante ricerca con la descrizione di alcuni interventi psicoterapeutici brevi di tipo cognitivo-comportamentale per i quali è stata comprovata un'efficacia evidence-based in termini di riduzione del rischio suicidario. Nel secondo articolo gli autori descrivono quanto l'intensità del continuo utilizzo dei social media possa incidere sugli stili di attaccamento nell'adulto e nelle relazioni di coppia, e sulle emozioni correlate.

In *Un caso clinico* Velia Platto ed Eleonora Riva ci portano in un contesto che per molti psicoterapeuti rappresenta la resistenza al cambiamento: come affrontare la dipendenza affettiva. L'essere lasciati dal partner, che, per tanti versi, rappresenta la persona che per prima li ha abbandonati, fa riemergere nei dipendenti affettivi tutto il terrore e il senso di vuoto dei primi traumi infantili. Il tema della dipendenza affettiva o relazionale è quanto mai attuale sia per motivi psicopatologici che culturali. La dipendenza affettiva è una condizione mentale tipica del nostro tempo, in quanto rappresenta un'importante fonte di sicurezza sostitutiva delle certezze dei valori che oggi sono in crisi. Viviamo in un mondo che ci ha abituati a preferire certezze anche se imposte piuttosto che cercare di sperimentare nuove e migliori opportunità.

Nella sezione *Società* ospitiamo l'articolo di Fulvio Frati e Veronica Neri che affronta un tema di grande attualità riguardante l'immigrazione. Si tratta di uno studio condotto presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma su percorsi migratori e violenza.

Il 20 Ottobre 2011, dopo circa otto mesi di guerra civile, la Libia conobbe la fine del regime del Colonnello Mu'ammar Gheddaf che fu catturato ed ucciso; una morte che ha segnato non solo la fine della guerra civile e di un regime dittatoriale, ma anche il crollo di una forma di governo sociale. Il controllo sul territorio è passato dalle Forze dell'Ordine governative a milizie armate di svariata matrice ed origine, prive di qualunque regolamento normativo a cui fare riferimento. In tale contesto, le migliaia di migranti che da quel momento si sono trovati sul suolo libico – sia uomini che donne – sono rimasti assolutamente privi di qualunque forma di tutela dei propri diritti umani e oggetto di violenze ed abusi mai accaduti in quella regione.

I dati dei servizi di salute mentale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma rivelano come i disturbi psicopatologici più frequenti tra i migranti siano, anche se non nel medesimo ordine, il Disturbo Post-Traumatico da Stress, il Disturbo da Ansia generalizzata e i Disturbi Depressivi o dell'Umore. La correlazione tra esperienze di violenza subita in prima persona e la manifestazione di disturbi psicologici significativi appare evidente, manifesta, inequivocabile, poiché episodi di violenza significativa si registrano in più di due terzi (99 vs. 42, su un totale di 141) dei pazienti con diagnosi di disturbi psicologici conclamati tendendo, in genere, a far sviluppare specifiche forme di psicopatologie e, in particolare, il Disturbo Post Traumatico da Stress, il Disturbo d'Ansia generalizzata e il Disturbo da Disadattamento Sociale.

Inauguriamo con questo numero la sezione *L'intervista* che riporta un incontro di Giovanni Cavadi con Enzo Spaltro, nostro grande maestro della Psicologia del lavoro, dal titolo suggestivo "Il lavoro: dal malessere al benessere, al benessere e alla gioia". È un manifesto per il futuro del lavoro che indica una strada da seguire: "dalla distruzione degli altri alla costruzione di noi stessi, cioè all'agire per noi e non contro di voi", perché le due cose non sono compatibili.

Nel capitolo *Emozioni* troviamo un contributo di Mariceta Gandolfo, "Il Profumo di quella Primavera ovvero l'emozione di dedicarsi alla politica vera", il vibrante racconto di una stagione di rinascita civile, la "primavera di Palermo", che vide emergere un movimento giovane, pieno di speranze, fiducioso nella possibilità di rinnovamento. Rosa De Rosa in *Link Art*, ci descrive il dipinto della Vergine delle Rocce attraverso "lo sguardo acuto del Rinascimento" nel cinquecentenario della morte di Leonardo

VITO TUMMINO

# link **focus**

**L'eterna storia  
del disagio giovanile  
nell'era di Internet.  
Come evolvono le dipendenze  
patologiche**

PAOLO DI BIAGIO





# L'eterna storia del disagio giovanile nell'era di Internet. Come evolvono le dipendenze patologiche

## The never-ending story of adolescents' uneasiness at the time of the Internet. A few reflections on the occurrence of pathological dependencies and its evolution in time

**Il termine "adolescente" – considerandone la matrice etimologica - è colui che si sta "nutrendo" (alere). Il termine "adulto", provenendo dalla stessa parola latina, è colui che si è "nutrito". Questa semplice distinzione terminologica già ci offre la possibilità di un confronto fra due mondi che non possono essere sintonici, in quanto condizionati da bisogni troppo diversi: l'adolescente ha "fame" di esperienza, è animato da una voracità psicologica che lo spinge a vivere la sua realtà esistenziale con irruenza, una realtà che vive con la percezione di non esserne mai sazio; l'adulto, invece, ha bisogno di "digerire", ovvero di accettare la sua dose di esperienza assimilata per renderla conforme a una realtà che scopre essere "altro da sé", una realtà di cui non può disporre in modo indiscriminato, onnivoro: l'adulto che non riesce in questo adattamento, restando adolescente, ancora "affamato", è esposto al rischio di sviluppare patologie della personalità**

PAOLO DI BIAGIO\*

PAROLE CHIAVE Adolescente, ciclo di vita, progetto

---

Due mondi, abbiamo detto, che non possono essere sintonici. Da tale mancanza di sintonia, forse, si determina quella forma di storicismo che rende alla mente umana diverso il suo mondo a seconda della fase del suo ciclo vitale. La natura umana non muta con l'evoluzione, si resta "umani", con la medesima struttura psichica, così come resta medesima la formula di dna che ci rende quello che siamo biologicamente (il dna muta nel tempo, ma non nelle epoche, ci vogliono ere geologiche per un suo cambiamento). Eppure, l'adulto ha spesso la sensazione che il mondo sia cambiato rispetto a quella che è stata la sua infanzia e la sua adolescenza. Il cambiamento soggettivo dell'adulto rispetto alla sua adolescenza, la sua fase di "digestione" dell'esperienza, sembra risolversi in una proiezione all'esterno che gli fa apparire come cambiata tutta l'umanità non ancora giunta al suo livello di maturazione; ciò capita

sia all'uomo comune, di bassa alfabetizzazione, come alla persona di media cultura, o anche a chi in una data epoca ha raggiunto livelli di conoscenza superlativi. Possiamo a tale proposito citare il prof. Franco Nembrini, educatore, pedagogista e scrittore, il quale compie un esperimento durante un convegno, citando quattro considerazioni avanzate da persone adulte, pensatori e scrittori passati alla storia, riferite ai giovani, agli adolescenti e anche ai bambini:

1. La nostra gioventù ama il lusso, è maleducata, si burla dell'autorità e non ha alcun rispetto per gli anziani, i bambini di oggi sono dei tiranni, non si alzano quando un vecchio entra in un stanza, rispondono male ai genitori, in una parola sono cattivi.
2. Non c'è più speranza per l'avvenire del nostro paese se la gioventù di oggi prenderà il potere domani, poiché questa gioventù è insopportabile, senza ritegno, terribile.
3. Il nostro mondo ha raggiunto uno stadio critico, i ragazzi non ascoltano più i genitori, la fine del mondo non può essere lontana.
4. Questa gioventù è marcia nel profondo del cuore, i giovani sono maligni e pigri, non saranno mai come la gioventù di una volta, quelli di oggi non saranno capaci di mantenere la nostra cultura.

Si leggono delle opinioni che possono sembrare contemporanee, invece il conferenziere fa notare che la prima è di Socrate (470 a.C.), la seconda di Esiodo (720 a.C), la terza di un sacerdote dell'antico Egitto (2000 a.C.) e l'ultima è un'incisione rinvenuta su un vaso babilonese (3000 a.C). In questo convegno, visualizzabile sui social network insieme ad altri dello stesso prof. Nembrini, si evidenzia quanto il problema del rapporto fra adulti e adolescenti sia difficile, e soprattutto quanto esso sia sempre stato difficile. Non si tratta di cadere quindi nel luogo comune che conia la frase "non c'è più religione", tanto pronunciata dagli adulti degli anni '60 e '70 nel nostro paese. L'idea che i "giovani di oggi" non hanno più valori, e che i bei tempi che furono i nostri – di noi adulti – sono miseramente finiti, sono distorsioni che la nostra psiche adulta, sazia di esperienza, produce solo perché non si riconosce più in una posizione esistenziale che era stata anche la sua, quando si era adolescenti, quando non si appariva adeguati agli occhi di chi allora era per noi l'"adulto". Si potrebbe dire che "l'umanità entra in crisi ad ogni nuova generazione" (Giani Gallino, 1972).

Potrebbe essere istruttivo a tale proposito leggere la descrizione che Aristotele fa degli adolescenti, nel *Politico*: troveremmo un ritratto di giovanissimi incredibilmente attuale, come fosse stato tracciato da un filosofo dei giorni nostri, meno severo di quelli citati dal prof. Nembrini, ma comunque utile per comprendere quanto gli adolescenti siano ancora, oggi come ieri, delle persone in formazione, fragili, affamate, e in quanto tali bisognose di cure e di nutrimento – e non solo dal punto di vista psicologico.

Sarebbe anche il caso di valutare l'atteggiamento difensivo dell'adulto, il quale, una volta "digerita" la sua esperienza, non si troverà più gli stessi appetiti: il ciclo vitale può avere una circolarità in quanto la psiche può tornare verso dimensioni precedenti – l'inconscio è atemporale – ma di fatto la sua forma è parabolica: c'è una nascita, una crescita, poi il declino, e forse un'inconscia invidia per chi può avere ancora fame rende severo e acritico l'adulto, come se Laio continuasse ad avere timore di Edipo, non essendo stato da questi assassinato, ma solo spodestato del suo potere.

Quanto finora espresso non vuole escludere la componente culturale che condiziona lo sviluppo della personalità umana. È sicuramente vero, infatti, che ciò che la collettività umana produce, sia esso considerato progresso o involuzione, si risolve in variazioni del contesto sociale, che influenzeranno in modo diverso, anche se non sempre sostanziale, lo stato della psiche e quindi lo strutturarsi delle personalità. La letteratura pullula di ricerche su tali tematiche. Basta osservare il ridimensionamento che ha avuto il concetto di Super Io, concepito nelle società totalitarie e punitive degli inizi del secolo scorso, a favore di un Ideale dell'Io oggi molto più determinante nella strutturazione dell'identità e della personalità contemporanea, almeno nella cultura occidentale.

All'epoca di Freud era immediato inquadrare la figura paterna come dispotica e tirannica. L'educazione dell'infanzia e dell'adolescenza era basata sulla punizione

*Il cambiamento soggettivo dell'adulto rispetto alla sua adolescenza, la sua fase di "digestione" dell'esperienza, sembra risolversi in una proiezione all'esterno che gli fa apparire come cambiata tutta l'umanità non ancora giunta al suo livello di maturazione; ciò capita sia all'uomo comune, di bassa alfabetizzazione, sia alla persona di media cultura, o anche a chi in una data epoca ha raggiunto livelli di conoscenza superlativi.*

*Da alcuni decenni il mito dominante in Occidente, e ormai dovremmo dire in tutto il pianeta, è quello di Narciso. L'Ideale dell'Io ha più spazio nella dimensione psichica della persona rispetto al Super-Io. L'adolescente, distratto da uno scontro con un adulto che non si oppone alla sua individuazione con la forza, si specchia nel confronto intenso con i suoi pari.*

corporale, sulla violenza. La personalità in formazione si doveva conformare alla volontà imposta dagli adulti. Gli adolescenti di un secolo fa, pur apparendo ribelli e indisciplinati agli occhi degli adulti, venivano da questi ridotti alla sottomissione, al rispetto della volontà dei padri imposto con la forza. Il padre picchiava il proprio figlio quando ne rilevava un'intemperanza o l'indisciplina, e il padre che non agiva con determinazione veniva biasimato per assenza di carattere, per debole temperamento. Nelle scuole, soprattutto nei collegi, vigeva una sorte di legge marziale, e le punizioni e i castighi che si infliggevano agli adolescenti e anche ai bambini potrebbero ricordare quelle che si mettono in atto nei campi di addestramento per le forze militari speciali, come raccontava Charles Dickens nel romanzo *David Copperfield*.

Il valore da interiorizzare era il rispetto della gerarchia, la sottomissione alla volontà dei genitori e ad un'entità androgina, un padre (pater) al femminile, la Patria, al quale si devono sottomettere tutti i suoi figli. E di fatto questi figli arrivavano alla sottomissione, interiorizzando un'affermazione della violenza come regola, con il risultato di perpetuare tale modus operandi educativo, e facendo della violenza la regola, del conflitto con l'altro una normalità, esprimendo un agire distruttivo e condiviso – Laio ed Edipo alleati contro un altro tiranno – che si risolveva sempre con la guerra fra i popoli. La storia contemporanea ci riferisce di tragedie immani, accadute fino ad alcuni decenni fa, ancora testimoniate da tanti reduci che ci raccontano di quanto un certo modello di gestione della collettività, e del rapporto degli adulti con i loro figli, potesse arrivare a conseguenze aberranti.

Il rapporto fra gli adulti e gli adolescenti, e quella discrepanza che è sempre stata denunciata dagli adulti, come testimoniano le citazioni prima riportate, venivano risolte costringendo l'adolescente ad interiorizzare l'autorità che gli veniva imposta, con una vessazione che iniziava con l'infanzia; la "fame" di esperienza che sopraggiungeva con lo sviluppo sessuale, con il definirsi della personalità, risultava essere tutta condizionata da un' "eucarestia", neologismo che coniamo in affinità con quello cattolico di eucaristia, da intendersi non solo come un ringraziamento ad un Padre vissuto come onnipotente, e al quale si deve un sacrificio massimo, ma anche e soprattutto come un "buon digiuno", una rinuncia ad un'autenticità della propria dimensione affettiva ed emotiva, che veniva repressa portando a forme di aberrazione sociale che oggi ci scandalizzano, ma che al loro tempo erano condivise dalla collettività. La frattura fra il mondo degli adulti e quello degli adolescenti, quindi, veniva semplicemente ignorata. Tutta l'esperienza dell'adulto veniva fatta assorbire in modo acritico e costrittivo all'adolescente, e ciò che si otteneva era una "sazietà" psicologica che finiva con il risolversi in una indigestione collettiva.

È opportuno citare il racconto di una donna del '32, che all'entrata in guerra dell'Italia aveva quindi otto anni, e che ha vissuto la sua infanzia in un piccolo paese nell'entroterra del centro Italia: ricorda di aver visto un ventenne uscire di corsa dal negozio del barbiere, dove in molti andavano anche solo per ascoltare la radio, e iniziare a gridare a gran voce "evviva evviva è scoppiata la guerra", prendere la bicicletta ed iniziare a correre per le strade del paese, con altri giovani che si univano al giubilo, felici di quanto stava accadendo.

Oggi le dinamiche sono molto cambiate. Pur con le inevitabili imperfezioni, il nostro contesto culturale poggia su un'assiologia diversa: la guerra è un disvalore, la Patria si regge su una Costituzione che ripudia la guerra come mezzo di risoluzione delle incomprensioni fra gli stati; e gli stati europei, pur con le critiche pertinenti o meno che si possono avanzare alla loro unità economica e statutaria, non si fanno più la guerra armata. Nelle scuole è impensabile l'uso della violenza, gli insegnanti non sono più dotati di bacchette da usare sulle mani degli alunni, i genitori che mandano i figli segnati dalle cinghiate vengono segnalati ai servizi sociali, e questi cambiamenti si possono considerare acquisiti, anche se non certamente realizzati in modo concreto, in tutto il contesto della cultura occidentale.

Nella collettività non domina più il mito di Ares distruttore. Da alcuni decenni il mito dominante in occidente, e forse dovremmo dire in tutto il pianeta, è quello di Narciso. Non possiamo dilungarci su questa mutazione culturale; non mancano trattazioni sull'argomento, da cui si afferma che l'Ideale dell'Io è la funzione psichica che ha più spazio nella strutturazione della personalità, rispetto a quella del Super-Io. L'adolescente, distratto da uno scontro con un adulto che non si oppone alla sua individuazione con la forza, si specchia nel confronto intenso con i suoi pari. Vivono insieme la loro crescita, non più ristretti nel contesto familiare, il cui confine è di-

ventato sempre più impermeabile, danno sfogo alla loro fame di esistenza, vivono le loro emozioni, i loro sentimenti, condividono la loro energia vitale senza più le forme repressive dell'epoca precedente, quando l'espressione della sessualità era tollerata negli uomini e condannata nelle donne, eppure... la frattura resta, resta l'incomprensione fra adulti e adolescenti, e persiste un disagio evidente vissuto dagli adolescenti, e condiviso, per l'ovvietà del legame affettivo, anche con gli adulti di riferimento. Potremmo dire che Edipo si è ormai impossessato del potere di Laio, senza più arrivare al crimine. Laio ha accettato la resa, ma il conflitto resta, Giocasta rimane una madre, non può essere una moglie ed un amante di suo figlio. In due parole, la frattura fra adulti e adolescenti resta presente, come al tempo di Socrate e Ippocrate, dei sacerdoti egiziani, dei babilonesi. Su questa ultima constatazione è opportuno soffermarsi.

Del passaggio da una società caratterizzata da una cultura del dovere, severa con l'infanzia e l'adolescenza, ad una società animata da una cultura del piacere e della felicità, edonistica e disimpegnata, si hanno già studi esaustivi (vedasi bibliografia, Prof. Gustavo Pietropolli Charmet, il centro "Il Minotauro" di Milano). In questa divagazione ci si sofferma invece su quello che ancora rende simili gli adolescenti di oggi a quelli di ieri, e di come gli adulti si sentano impreparati e irritati di fronte all'incomprensione che nutrono in relazione alla fame degli adolescenti. La tesi sta nella persistenza di un contrasto generazionale, malgrado i cambiamenti culturali della società che si risolvono in cambiamenti formali nello stile relazionale fra adulto e bambino-adolescente.

Gli adolescenti, di ieri e di oggi, sono quindi in conflitto fisiologico con gli adulti e con il mondo che gli adulti gestiscono per loro. È facile che il conflitto possa comportare un disagio, più o meno grave, ma comunque fisiologico.

L'adolescente può arrivare a non sentirsi sazio, a non raggiungere quella "maturità" che già Shakespeare considerava essere "tutto" ciò di cui la persona ha bisogno. La conseguenza di questa difficoltà, di questo conflitto, si risolve nelle tante espressioni del disagio giovanile che oggi, come ieri, tanto preoccupano i genitori e portano spesso – ma non abbastanza – gli adolescenti a rivolgersi a psicologi e psicoterapeuti.

Anche il disagio non è dissimile nelle varie epoche storiche, e spesso ciò che oggi consideriamo psicopatologico veniva visto ieri come un'espressione iperbolica della vitalità giovanile, e della sua passionalità.

Un esempio potrebbe chiarirci quanto affermato.

Sappiamo che oggi la prima causa di decesso negli adolescenti, dopo gli incidenti stradali, è il suicidio, fermo restando che gli agiti spericolati alla guida di motociclette o attività estreme – come il consumo smodato di sostanze tossiche – sono da considerare agiti para-suicidari inconsci. Tale drammatico fenomeno allarma, giustamente, noi adulti, e ci potrebbe far pensare che la gioventù ha perso completamente il senso dell'esistenza, divenendo incomprensibile il loro modo di porsi nei confronti della vita e irraggiungibile la complessità della loro dimensione psicologica. Eppure, le cronache ci riferiscono di una vero e proprio allarme epidemiologico per l'alta incidenza di suicidi, scoppiato in Europa a partire dalla Germania, per estendersi in tutto il continente, a cavallo fra il settecento e l'ottocento.

Oggi il senso comune, o dovremmo dire il perbenismo dei conservatori ad oltranza, tende ad incolpare spesso modelli artistici, o presunti tali, che estremizzerebbero il disagio istigando forme altrettanto estreme del suo ipotetico evitamento, come il ricorso alle sostanze psicoattive, o lo stesso suicidio, se lo interpretiamo come una fuga assoluta dalla realtà. Bisogna allora notare che alla fine del Settecento il romanzo di Goethe *I dolori del giovane Werther* riscuoteva un successo di portata europea, divenendo altresì famigerato per il numero inquietante di suicidi che i giovani lettori commettevano, identificandosi con il protagonista, tanto che si parlò di "epidemia dei suicidi". Il successo del romanzo tedesco ispirò anche Foscolo, che ne scrisse una versione italiana con il personaggio di Iacopo Ortis, suggestionato dalla vicenda di uno studente di Pordenone, Gerolamo Ortis, suicidatosi nel marzo del 1796, e le cui "Ultime lettere" immaginate dal poeta sono da sempre nei programmi ministeriali per le nostre scuole superiori. I romanzi di Goethe e di Foscolo oggi sono riconosciuti come patrimonio culturale e letterario dell'Europa. L'età romantica si affermava pervasa da un senso di esaltazione, vissuta soprattutto dai giovani, gli adolescenti di un'epoca che, come quelli della contemporaneità, erano affamati di esperienza, di

*Oggi il senso comune, o dovremmo dire il perbenismo dei conservatori ad oltranza, tende ad incolpare spesso modelli artistici, o presunti tali, che estremizzerebbero il disagio istigando forme altrettanto estreme del suo ipotetico evitamento, come il ricorso alle sostanze psicoattive, o lo stesso suicidio, se lo interpretiamo come una fuga assoluta dalla realtà.*

*Se sottoponessimo la personalità di Giacomo Leopardi a un'analisi clinica del suo stato, probabilmente dovremmo parlare di un disturbo depressivo di personalità – per usare l'inquadramento diagnostico del DSM-IV R – ma anche di un disturbo evitante di personalità. È risaputo, infatti, che il poeta si ritirò nella fornitissima biblioteca paterna, e vi restò per dieci anni di studio “matto e disperatissimo”.*

passioni, facevano fatica a comprendere la complessità della loro condizione psicologica, ed erano preda di uno “Sturm und Drang” che non li rendeva molto dissimili dai profili psicologici che oggi possiamo tracciare degli adolescenti contemporanei, pur con le dovute differenze formali. Soprattutto, il loro profilo psicologico non rendeva facile la relazione con gli adulti, i quali probabilmente vedevano come eccessivi i loro temperamenti. Probabilmente i genitori degli adolescenti di inizio Ottocento non volevano che i loro figli leggessero Goethe: spesso accade, oggi come ieri, che i modelli letterari e artistici contemporanei non vengano visti come costruttivi dagli adulti.

Se teniamo presente che l'innamoramento adolescenziale è forse una delle manifestazioni più evidenti dell'intemperanza giovanile – Edipo cieco, perso nel bosco delle Eumenidi –, quale esempio avevano gli adolescenti europei, quando si parlava di amore? La coppia di amanti indissolubili per antonomasia è quella di Giulietta e Romeo, che ci rimanda indietro di altri due secoli.

Sappiamo che Shakespeare si ispirò a due adolescenti di quindici e quattordici anni, già al loro tempo circondati e condizionati dalla mitizzazione. Si trattava di figli di due famiglie nobili, immaginate indigene del territorio lombardo veneto, e precisamente collocate a Verona. Pare che in realtà le due famiglie fossero presenti nella Siena del Trecento – due secoli prima – e sarebbero citate da Dante, nel VI canto del *Purgatorio*, come composte da persone “tristi”. La tragica storia dei due giovani era già stata raccontata da Masuccio Salernitano nel 1476, quindi da Luigi da Porto nel 1529; venne almanaccata ancora da Matteo Bandello nel 1554, tradotta in francese da Pierre Boaistuau nel 1559, se ne conosce una prima versione in inglese di Arthur Brooke, quindi si ispirò la più celebre opera drammatizzata da Shakespeare.

Ciò che è opportuno sottolineare è il dato di realtà che si cela dietro la trama shakespeariana: lo scrittore, ispirandosi ad altre trame dei classici, come quella di Piramo e Tisbe nelle *Metamorfosi* di Ovidio, crea un intreccio narrativo nel quale la morte dei due amanti sopraggiunge come un'avversione del destino, un incidente fatale utile a rendere di maggiore effetto il dramma. Ci sembra invece più plausibile che si sia trattato di un suicidio a due. I due adolescenti andarono contro la volontà delle famiglie, ritrovandosi inconsciamente nell'oppositività verso l'autorità paterna, allacciando un legame tanto solido quanto solida era l'autorità paterna, superegoica in modo estremo – si poteva ancora parlare di *pater familias* – e alla quale non seppero ribellarsi con un atto di rottura, come una fuga. Le loro personalità, ancora in formazione, non riuscirono ad andare fino in fondo nella ribellione, finendo per soccombere ad un'autorità titanica interiorizzata, la cui presenza tirannica, amplificata dall'eruzione libidica eterodiretta, li vincolava al loro desiderio punendoli per il tradimento della loro origine, del loro oggetto primario.

Tornando nell'epoca moderna, ci sono altri due esempi di personaggi ottocenteschi europei, che possono testimoniare su quanto sia atemporale il disagio adolescenziale, e anche quanta potenzialità ci sia nell'elaborazione creativa di tale disagio.

Il primo esempio ci è dato dalla vicenda biografica di Giacomo Leopardi. Sappiamo che il poeta era di famiglia nobile e quindi agiata, per quanto si racconti che il padre fosse una persona molto avara, o potremmo dire “anale”, condizione tipica in un contesto affettivo alienato dalla freddezza dei modi relazionali che caratterizzavano le dinamiche familiari di quell'epoca e di quella classe sociale. Primo di tre figli, passa alla storia delle lettere italiane per essersi rivelato geniale, un prodigio di intelligenza, ma anche e soprattutto per una visione della vita estremamente pessimistica, pervasa da un esplicito senso di morte, che invoca direttamente nei suoi versi (*e tu, che già dal cominciar degli anni sempre onorata invoco, Bella Morte, pietosa...*) che elabora in una filosofia dell'esistenza tanto critica quanto profonda. Se sottoponessimo la personalità di Leopardi ad un'analisi clinica del suo stato, probabilmente dovremmo parlare di un disturbo depressivo di personalità, ma anche di un disturbo evitante di personalità, o forse anche una comorbidità con un ipotetico disturbo di Asperger. È risaputo, infatti, che il poeta si ritirò nella fornitissima biblioteca paterna, e vi restò per dieci anni di studio “matto e disperatissimo”.

Si potrebbe parlare di un caso di isolamento sociale, simile a quello che nelle epoche precedenti quella moderna si metteva in atto nella contemplazione di un'unica idea assoluta, quella della divinità monoteista che aveva sacralizzato l'intera Europa: tanti erano i casi di eremitaggio, di esclusione dalla collettività, attuati spesso anche da persone giovani, come accadde a Francesco D'Assisi. Leopardi non si isola nella

contemplazione dell'idea di Dio; figlio del suo tempo, si rifugia nell'esercizio della ragione, nello studio dello scibile, nell'affermazione della sua intelligenza. Attraverso l'acculturazione, acquisendo sempre più sapere, affronta la sua adolescenza nutrendosi psicologicamente della sapienza dei libri, alimentando la sua capacità creativa. Sul piano psicologico, dovremmo parlare di un adolescente in difficoltà, che si isola, per usare una sua famosa metafora, come un uccello fuori dallo stormo, perché non riesce a reggere il confronto con una realtà relazionale nella quale non è facile, anche se non impossibile, mettere in discussione l'autorità di un nobile di rango superiore quale il padre – il genitore a cui dà del voi –. Il mondo di Leopardi è fatto di formalismi troppo asettici, la nobiltà ha regole e rituali rigidissimi, non ammette timidezze o debolezze, il profilo da tenere è sempre alto, e la personalità che il poeta ha sviluppato non lo mette in condizione di affrontarne le ambiguità, o la freddezza. Pare che la madre del poeta fosse arida di affetti, come di sorrisi, quindi respingente, inibente l'affettività e la sua espressione. Leopardi non affronta il suo mondo, o almeno non lo fa per tutta l'adolescenza. Si isola nella biblioteca, e divora libri, con una voracità che lascia immaginare una dipendenza dal piacere della lettura e della conoscenza (nelle lettere il fratello minore racconta che spesso veniva svegliato di notte, dalla luce della candela e dal rumore della penna sul foglio, e trovava Giacomo chino sullo scrittorio, incapace di smettere di studiare).

Il caso di Leopardi ci appare come unico, in quanto la sua genialità lo ha fatto emergere dal contesto culturale del suo tempo rendendolo un esempio per la profondità del suo pensiero e la grande umanità raccontata nella sua opera. Ma quanti furono gli adolescenti nell'era romantica a vivere un'esperienza esistenziale simile? La sublimazione nell'intellettualità per gli adolescenti ha sempre rappresentato un meccanismo di difesa, un modo per mediare con il mondo degli adulti, e anche una forma di evasione, la fantasticheria creativa, tramite la quale eludere il disagio del trovarsi ancora nelle vesti di Edipo, quando Laio è ancora sul trono, e Giocasta è un amore irraggiungibile, come lo è Lotte per Werther o Teresa per Ortis. Leopardi, nella sua epoca, non sarà stato l'unico caso di un adolescente che si isola socialmente per nascondersi nella divagazione e nell'esercizio della creatività (...e il naufragar m'è dolce in questo mare); ce ne saranno stati molti di adolescenti con simili problematiche, pur non con le peculiarità personologiche di Leopardi, e pur non arrivando ad essere poeti illustri, ma vivendo l'isolamento sociale, eludendo le difficoltà relazionali rifugiandosi nell'esercizio intellettuale, dipendenti dai libri.

Da tre decenni, in tutto il mondo occidentale, si è affermato un fenomeno nuovo, del tutto originale. Ovviamente, non si può sperare di sintetizzare quanto avvenuto con l'avvento dell'era tecnologica – in questo caso è opportuno parlare di "era", e non di "epoca" –; quel che ci interessa sono i risvolti psicologici e relazionali legati o conseguenti a tale fenomeno.

L'evoluzione tecnologica ha reso reale il magico. Quello che è accaduto con l'informatizzazione delle conoscenze rappresenta una rivoluzione senza precedenti nella storia dell'umanità, e la possibilità di comunicare che si è attivata con l'avvento del digitale ha abbattuto ogni confine geografico, mettendoci in comunicazione con l'intero mondo: le potenzialità di ogni singolo individuo di entrare sempre più in contatto con la collettività attraverso l'uso della rete informatica aumentano costantemente. Oggi ci si può chiudere in una stanza, e comunicare con il resto del mondo per ore, giorni. Non è certo tale forma di comunicazione una vera e completa risorsa per la relazione, dato che la relazione vera si mette in atto con l'analogico, mentre il digitale limita la relazione, spesso illudendo di mantenere una relazione effettiva. Sottrarsi alla relazione reale non può essere psicologicamente considerato un sintomo di benessere. Anche nella comunicazione via web l'analogico è presente, in misura parziale, quanto basta per poter essere usata anche per fare psicoterapia, dato che fra paziente e psicoterapeuta resta un filtro nella relazione che non può essere oltrepassato, se non si vuole compromettere la natura e la funzione della relazione stessa. Quel limite nelle relazioni interpersonali della vita non esiste sempre, e nelle relazioni più importanti, quelle affettive, sessuali, amicali profonde, deve essere superato se si vogliono avere relazioni soddisfacenti, utili al benessere psicologico della persona.

Oggi si parla molto di *hikikomori*. Il fenomeno ha preso piede in Giappone, ma si è ormai affermato anche in Europa, in Italia, e credo ormai in tutti i paesi del mondo occidentale. Sembrerebbe che il clima estremamente competitivo delle società mo-

*L'evoluzione tecnologica ha reso reale il magico. Quello che è accaduto con l'informatizzazione delle conoscenze rappresenta una rivoluzione senza precedenti nella storia dell'umanità, e la possibilità di comunicare che si è attivata con l'avvento del digitale ha abbattuto ogni confine geografico, mettendoci in comunicazione con l'intero mondo: aumentano costantemente le potenzialità di ogni singolo individuo di entrare sempre più in contatto con la collettività attraverso l'uso della rete informatica.*

*Se nella cultura occidentale il suicidio viene visto come una sciagura sconcertante, un atto di follia estrema, un "peccato mortale" – ai suicidi in passato non veniva celebrato il funerale cattolico, essendo la persona deceduta con il peccato più grave, quello dell'omicidio –, in Giappone esso rappresenta un gesto nobile, anche se drammatico.*

derne, dove l'affermazione sociale è un target non negoziabile, dove si può essere solo "vincenti", altrimenti si rischia di venire denigrati, spinga sempre di più gli adolescenti a rinunciare alla competizione. Piuttosto che il trauma della sconfitta e dell'umiliazione, un numero crescente di ragazzi si sta sottraendo alla lotta, rifugiandosi in un mondo solipsistico, che sembra soddisfare i bisogni, anche se in modo palliativo. Una forma di suicidio sociale, quindi, nel quale la persona rimane in vita, dipendente però dai genitori che provvedono alla sua alimentazione, e dalla tecnologia che anestetizza i veri bisogni, dando l'illusione di un contatto con gli altri tramite i social network, come la possibilità di distrarsi e anestetizzarsi per evitare un confronto diretto con se stessi, oltre che con gli altri.

La società giapponese è caratterizzata dalla presenza del suicidio rituale. La competitività della cultura nipponica è estrema, come la sua collocazione geografica sul planisfero. Il termine "kamikaze", oggi di uso comune in occidente, è uno dei pochi termini importati dalla lingua giapponese, insieme a "harakiri": entrambi i termini rimandano al suicidio, al suo rito e al valore che l'atto in sé contiene, come sacrificio massimo. Se nella cultura occidentale il suicidio viene visto come una sciagura sconcertante, un atto di follia estrema, un "peccato mortale" – ai suicidi in passato non veniva celebrato il funerale cattolico, essendo la persona deceduta con il peccato più grave, quello dell'omicidio –, in Giappone esso rappresenta un gesto nobile, anche se drammatico. Il suicida, come il samurai, riscatta il suo onore anche nella resa tramite il gesto dell' harakiri; il kamikaze fa altrettanto esorcizzando la sconfitta morendo insieme al nemico. In un simile scenario, sembra quasi che il fenomeno dell'hikikomori abbia una valenza utile alla riduzione del tasso di suicidi nel sol Levante: i giovani che non si sentono in grado di affrontare la competitività estrema del loro sistema sociale, invece di suicidarsi, si isolano, e questo, forse, sarebbe un effetto utile sul piano psicologico, dato che si tratterebbe di un suicidio sociale, non fisico, e in quanto tale reversibile. Si dovrebbero consultare le casistiche della sanità giapponese per avere conferma di questa ipotesi.

Gli hikikomori sono una realtà psicologica e sociologica anche in Europa e in Occidente. I ragazzi si chiudono in una stanza, rinunciano al confronto con il mondo. Preferiscono il filtro di un monitor alla relazione diretta con il mondo. I bisogni primari sono garantiti, la massificazione del benessere, soprattutto in occidente, non mette in discussione il soddisfacimento dei bisogni alimentari, anzi, l'obesità aumenta (la denutrizione, anch'essa presente, è la conseguenza di un'altra tendenza all'annullamento, più pericolosa e sempre più concentrata come patologia nelle fasce di età giovanili e polarizzata sul sesso femminile, ma non è questa la sede per trattare dell'anoressia).

Anche per questo fenomeno la bibliografia inizia ad essere copiosa, e la casistica ci riferisce di estremi inquietanti, come ragazzi che accettano il cibo solo se lasciato fuori dalla loro stanza, e mettono fuori dalla porta buste con i loro escrementi, tanto radicale è il loro isolamento.

Edipo si chiude nella sua stanza, in una cecità relazionale che lo rende partecipe solo dall'esterno alle cose del mondo; Laio è risuscitato, e Giocasta muore ogni giorno preoccupandosi per un figlio che sembra essersi rinchiuso nell'utero di una camera nell'appartamento di famiglia.

Proviamo a paragonare l'hikikomori al giovane nobile dell'ottocento isolato in una biblioteca privata. Entrambi non hanno problemi di sussistenza economica; entrambi hanno un legame molto solido con la famiglia, anche se conflittuale; entrambi si sentono in difficoltà nel confronto con gli altri – la società ottocentesca, classista e rigida, non induceva certo minore competitività rispetto alle società capitaliste contemporanee –; entrambi si isolano socialmente, comunicano mantenendo una distanza dall'interlocutore, il primo tramite mail, il secondo con il carteggio, ed entrambi sviluppano una dipendenza dal rifugio psicologico nel quale si nascondono. La differenza sussiste solo a livello epidemiologico: sviluppare una dipendenza da internet è molto più facile rispetto ad una dipendenza dai libri e dalla conoscenza, dal momento che la fruizione del medium tecnologico è alla portata di tutti, mentre per sviluppare una dipendenza dallo studio ci vuole un quoziente intellettuale spostato quantomeno al di sopra della media.

Come dicevamo poc'anzi, c'è un secondo esempio di adolescente ottocentesco illustre, la cui vicenda biografica può essere messa a paragone con quella degli adole-

scenti contemporanei, anche rispetto all'inquietudine di fondo che pervade la loro fase del ciclo di vita.

Arthur Rimbaud fu un adolescente geniale che nella seconda metà dell'Ottocento rivoluzionò la visione poetica, artistica e culturale francese, venendo ad essere nei decenni successivi un esempio per tutta la cultura occidentale, influenzandone il progresso. A differenza di Leopardi, la sua personalità non tendeva principalmente all'isolamento e alla melanconia. La sua vicenda biografica, presto mitizzata per la sua tendenza all'avventura estrema, ci mostra un adolescente inquieto, spinto dall'ossessiva ricerca dell'esperienza, dell'emozione iperbolica. Lo studio più che un effetto consolatorio aveva per lui una valenza esaltante. Nei suoi versi, nelle sue lettere, come nella sua sfrenata ricerca di esperienze straordinarie, si ritrova quell'e-suberanza, mista di inquietudine e disfunzione nel controllo delle emozioni e della libido, che spesso si rileva, in forme più o meno accentuate, nel colloquio psicologico con l'adolescente.

Rimbaud, dopo una preadolescenza da *enfant prodige*, premiato per meriti letterari dal college che frequenta, a sedici anni sembra mostrare l'esordio di un disturbo di personalità grave: lascia gli studi per formarsi da autodidatta nella biblioteca delle sua città, Charleville; fuma, beve, trascura la sua igiene, si lascia andare nell'aspetto, diventa sempre più intrattabile, si chiude in un fienile per scrivere, diventa sempre più ingestibile per la madre, il cui marito è sempre meno presente in quanto ufficiale colonialista, e presto sparirà dalla famiglia.

La biografia di Rimbaud pullula di aneddoti estremi: il vagabondaggio, ovvero fughe ripetute da casa, per raggiungere Parigi a piedi, d'inverno – circa 240 chilometri –, per perdersi in una grande città e vivendo da clochard, per conoscere, fare esperienza, cercare ispirazione; la sua igiene è pessima: riferiscono che era affetto da pediculosi cronica, ed era solito indossare sempre la stessa camicia, giorno e notte, per arrivare a cambiarla solo quando era logora e non più utilizzabile; la sua genialità attrae intellettuali e poeti adulti, che lo invitano, lo cercano, sono affascinati dalla sua personalità, ma non riescono neanche loro a contenere la sua impulsività, a tollerare le sue intemperanze estreme, le sue provocazioni intellettuali che finiscono per scandalizzare, degenerano in aggressioni, e che spesso lo portano a venire allontanato dai contesti sociali nei quali si ritrova. Mentre la sua mente non smette di produrre pensieri e visioni tradotte in poesia con uno stile poi riconosciuto come rivoluzionario e rappresentativo della modernità, la sua personalità non trova un assetto stabile, portandolo ad un vagabondaggio senza sosta, verso mete indefinite, arcaiche e selvagge: vivrà in Africa fino alla malattia fatale, morendo trentasettenne.

Rimbaud si propone allora come prototipo dell'adolescente inquieto e problematico, che non ha consapevolezza del suo disagio, completamente proiettato con modalità alloplastica ad agire all'esterno, incapace di contenere la complessità affettiva ed emotiva del suo mondo interiore. La stessa genialità ha un effetto catartico relativo, meno efficace, forse, di quello di Leopardi, dato che scrive e compone dai quindici anni fino ai venti, poi smette completamente, se non scrivendo lettere alla sorella dai suoi vagabondaggi.

Nomadismo, rifiuto radicale di ogni regola, oppositività relazionale verso il mondo degli adulti, impulsività e disfunzione emotiva, abuso di sostanze psicoattive, sfrenata intemperanza sessuale, abbandono della cura di sé: tali caratteristiche le troviamo come tratti indicativi dei disturbi di personalità del cluster B (abbiamo sempre come riferimento il DSM IV R). Un simile tipo di persona sembra corrispondere a quello che oggi viene definito, nel gergo giovanilistico, un "punkabbestia".

La persona "Rimbaud", ovviamente, va oltre ogni stereotipo, o riduzione al luogo comune, o ad un'etichetta sociale o diagnostica. Ogni persona, nella pratica clinica e psicoterapeutica, deve essere accolta e ascoltata nella sua originalità e nella specificità della sua persona e del suo vissuto.

Quello che è interessante, per questa riflessione, è la presenza di problematiche adolescenziali simili a quelle che possiamo ritrovare nella contemporaneità, in un ragazzo vissuto un secolo e mezzo fa. Come per Leopardi, dobbiamo chiederci se anche Rimbaud era un caso unico, divenuto celebre per la sua genialità, o se anche tanti e tanti altri ragazzi della sua epoca, meno intelligenti e creativi, non avessero vissuto stati emotivi e affettivi simili, rimanendo anonimi e non divenendo celebri nel tempo; è nostra opinione che ve ne siano stati molti, anche in quell'epoca, nelle

*Nomadismo, rifiuto radicale di ogni regola, oppositività relazionale verso il mondo degli adulti, impulsività e disfunzione emotiva, abuso di sostanze psicoattive, sfrenata intemperanza sessuale, abbandono della cura di sé: sono caratteristiche che troviamo come tratti indicativi dei disturbi di personalità del cluster B. Un simile tipo di persona sembra corrispondere a quello che oggi viene definito, nel gergo giovanilistico, un "punkabbestia".*



*L'adolescente  
Dostoevskij si muove  
in un mondo dove non  
trova certezze, dove  
le passioni emergono  
con tanta irruenza da  
non essere gestibili.  
La patologia più nota  
dello scrittore, il gioco  
d'azzardo patologico,  
è predominante  
nel personaggio  
di Dolgoruki, e ci  
porta ad ipotizzare  
che l'esordio della  
patologia nella  
persona dello scrittore  
si sia avuta appunto  
nell'adolescenza.*

nascenti metropoli europee: adolescenti in conflitto generazionale con i loro padri, incapaci di gestire la loro intemperanza giovanile, e che probabilmente finivano per soccombere alla disgregazione, divenendo quindi casi sociali, alcolisti, vagabondi, i "miserabili" raccontati da Victor Hugo in quegli stessi anni, privi di sostegno in una società ancora priva di alternative e di interventi sociosanitari adatti ai loro bisogni. D'altro canto, dobbiamo anche ipotizzare che molti riuscivano, nella crescita, a conformarsi al contesto, ad elaborare le inquietudini e a compensare le irruenze di una personalità difficile da contenere, anche senza fare ricorso ad uno psicoterapeuta, ma trovando risorse nella loro realtà relazionale; anche nell'Ottocento vi saranno stati genitori più sensibili, più portati al dialogo, meno giudicanti; oppure gli adolescenti trovavano risorse relazionali alternative in figure di riferimento positive e meno coinvolte nella loro vita affettiva – adulti mentori, insegnanti, educatori – e trovavano il modo di sviluppare una personalità sufficientemente strutturata, o almeno sufficientemente strutturata per adattarsi a quello che era il loro contesto socioculturale, che richiedeva prerogative alla personalità differenti da quelle richieste dal contesto attuale.

Torniamo a quanto si diceva prima rispetto alla funzione psichica che si attiva con il Super-Io, conseguenza di una necessaria adesione ad un contesto culturale e relazionale connotato da un'estrema rigidità. Ribadendo che esula da questa trattazione l'analisi del complesso fenomeno costituito dalla relazione della persona con il suo contesto culturale di appartenenza, citiamo invece un altro esempio utile a sostenere l'ipotesi di un'adolescenza che mantiene una costante conflittualità con l'età adulta di riferimento, prescindendo dalle dimensioni spaziotemporali, ovvero dai luoghi geografici e dalle epoche.

Fedor Dostoevskij pubblica il romanzo *L'adolescente* nel 1875. Ormai cinquantenne, lo scrittore si immerge nell'osservazione di quell'età della vita per lui ormai lontana, e l'osserva nella realtà sociale e relazionale della Russia europea del suo tempo. Ne risulta un ritratto, anche in questo caso, straordinariamente attuale: il protagonista è il ventenne Makar Ivanov Dolgoruki, che vive in una dimensione familiare oggi considerabile come "ricostituita", ovvero è figlio morganatico di un uomo che ha altri figli e un'altra famiglia. Una situazione oggi molto comune: tante coppie si formano coinvolgendo nella loro convivenza anche figli avuti da precedenti matrimoni. Dostoevskij, probabilmente, rievoca il suo vissuto adolescenziale, ritrovandolo ancora presente nella sua dimensione psicologica di adulto; fa parlare in prima persona il protagonista ventenne, ed esprime tutte le inquietudini di un giovane di quella età e in quella situazione relazionale complicata.

Il saggio di Freud sulla personalità e la patologia di Dostoevskij ha già, a suo tempo, disegnato il profilo della conflittualità dello scrittore con la figura paterna, una conflittualità che esprimerà in modo estremo ne *I fratelli Karamazov*, ma che è già presente nell'adolescente Dolgoruki. Lo scrittore sembra allora raccontarci quella che fu la sua problematicità di adolescente impulsivo, inquieto, che sviluppò una personalità disturbata, stando a quella che fu la sua vicenda biografica.

Ciò che racconta potrebbe essere interpretato come la costruzione di un falso sé:

«Scrivo senz'altro questa parola: 'rinchiudermi nella mia idea', perché quest'espressione può indicare quasi tutto il mio pensiero principale, quello per cui vivo al mondo... Ha divorato tutta la mia vita, Anche prima di averla concepita, ero vissuto fra i sogni, ero vissuto fin dall'infanzia in un regno trasognato...ma con l'apparizione di quest'idea principale che ha divorato in me tutto, i miei sogni si sono rinsaldati e fusi di colpo in una data forma, da stupidi si sono fatti sensati».

Questa idea alla quale lo scrittore allude, che custodisce gelosamente e che anima la sua esistenza, scaturisce direttamente dal conflitto con il padre: vuole diventare ricco più del padre, con il quale non riesce ad avere un rapporto definito, continuamente lacerato fra l'odio e l'amore. L'adolescente Dostoevskij si muove allora in un mondo dove non trova certezze, dove le passioni emergono con tanta irruenza da non essere gestibili. La patologia più nota dello scrittore, il gioco d'azzardo patologico, è predominante nel personaggio di Dolgoruki, e ci porta ad ipotizzare che l'esordio nella persona dello scrittore si sia avuta appunto nell'adolescenza. Didascalici sono allora alcuni passaggi, che indicano alcuni sintomi patognomici di tale patologia, quali la convinzione di arrivare a vincere, e la convinzione di poter smettere quando si vuole: «Vincere si può, perché ho giocato senza calcolo, alla cieca, come un im-

becille, mentre ora tremerò per ogni rublo... Non sarò io se non vincerò! Non mi ci sono appassionato; non è la cosa principale, è solo passeggera, ti assicuro! Sono troppo forte per non smettere quando voglio... Smetterò mamma, oggi ci vado per l'ultima volta... In quella sera avevo deciso di sperimentare per l'ultima volta la fortuna e...oltre la fortuna, avvertivo una terribile esigenza di giocare: diversamente sarebbe stato impossibile».

Il saggio di Freud resta esemplare per quanto riguarda la teorizzazione del parricidio inconscio, e del senso di colpa che ne conseguirebbe: Dostoevskij vide uccidere il padre da dei contadini, un padre probabilmente severo e inflessibile, come erano i padri nella società classista e monarchica zarista, simile a quelli del citato romanzo di Dickens; il trauma del lutto lo perseguiterà per tutta la vita, costituendo l'eziologia della sua dipendenza patologica. Ma quello che ci interessa, è che nel racconto della sua adolescenza, trasfigurata nel personaggio di Dolgoruki, il gioco è presente come volontà di sfida al padre, dato che il protagonista vuole diventare più ricco di suo padre, più "forte". Edipo che combatte contro Laio, consapevole della sua identità, consapevole di volerlo battere, ma non con l'intenzione di ucciderlo.

Anche in Dostoevskij troviamo quelle espressioni edipiche che oggi sono conosciute quasi come un dato di cultura generale; anche lui, nell'adolescenza, si era opposto al padre, divenendo un giovane che si oppone all'autorità di un pater populi quale lo zar, abbracciando i nascenti ideali socialisti, finendo in conflitto con il mondo degli adulti del suo tempo, arrivando a rischiare la condanna a morte, poi commutata in anni di lavori forzati. Con la crescita, il suo disagio e la debolezza della sua personalità (Freud parla di nevrosi isterica in riferimento all'epilessia dello scrittore, che considera conseguenza dei traumi subiti) sembreranno stabilizzarsi, abbracciando la fede cristiana e accettando l'appartenenza ad uno Stato monarchico, per quanto rimarrà cronica e persistente la sua addiction per il gioco d'azzardo, sempre contenuta a fatica. La scrittura creativa resterà una sublimazione per il rapporto con una figura paterna opprimente, di cui non elaborerà mai in modo sufficiente la componente interiorizzata.

Tornando all'attualità, si tratta a questo punto di trovare un aggancio con la dimensione adolescenziale quale la possiamo osservare nel presente.

L'adolescente-narciso di oggi ci appare molto differente dall'adolescente-ares dell'epoca bellica. La figura dell'adolescente nazionalista ed esaltato dall'amore di patria contrasta notevolmente con quella dell'adolescente che vuole vivere la comodità del mondo tecnologico, giocare e divertirsi o isolarsi. L'adolescente dell'Ottocento ci può ancora apparire "altro" dall'adolescente "digitale", informatizzato, che conosce il mondo virtuale meglio di quello reale. In effetti, tale differenza sussiste, ed è sostanziale, nell'accezione aristotelica del termine "sostanza".

Dobbiamo spostare l'osservazione dall'adolescenza come fenomeno individuale, ad un'adolescenza da intendersi come momento particolare della relazione della persona in crescita con chi lo ha aiutato a crescere, cioè l'adulto. Prendiamo allora in considerazione il binomio adolescente-adulto: tale fenomeno relazionale acquisisce una "forma" che sarà predominante e stabile nella realtà umana, a prescindere dal contesto storico culturale, che appare come la "materia" che può costituire tale "sinolo", ma che di fatto avrà una valenza relativa per quel che riguarda la sostanziale natura del fenomeno osservato.

La statua di un efebo la riconosciamo nella sua "forma": può essere di legno, di marmo, di bronzo o di cera, noi di fronte all'immagine di un efebo riconosceremo il concetto espresso dalla sua valenza formale. Non vedremo una sagoma umana di età anagrafica giovanile scolpita in un blocco di marmo, o di legno, o almeno non la vedremo se non andando ad analizzare la sua natura oggettiva, andando oltre ciò che il campo fenomenico ci offre, in termini relazionali, ponendoci di fronte tale oggetto. Le materie che la compongono possono essere diversissime nella loro natura, ma ciò che dà senso all'oggetto è il significato della sua immagine. Aristotele lo aveva già chiarito, parlando dell'importanza della forma delle cose.

Qualcosa di simile accade nell'osservazione delle relazioni umane: a secondo dei contesti storici, culturali, ma anche geografici, possiamo osservare dinamiche, fenomeni, modi di essere sostanzialmente molto diversi l'uno dall'altro, ma di fatto la

*L'adolescente-narciso di oggi ci appare molto differente dall'adolescente-ares dell'epoca bellica. La figura dell'adolescente nazionalista contrasta notevolmente con quella dell'adolescente che vuole vivere la comodità del mondo tecnologico, giocare e divertirsi o isolarsi. L'adolescente dell'Ottocento ci può ancora apparire "altro" dall'adolescente "digitale", informatizzato, che conosce il mondo virtuale meglio di quello reale. In effetti, tale differenza sussiste, ed è sostanziale, nell'accezione aristotelica del termine "sostanza".*

*Con l'avvento della rivoluzione informatica e nell'era di Internet, sembra si stia delineando l'archetipo dell'adolescente isolato, eremitico, chiuso in se stesso, dalla personalità tendente allo schizoide. L'espressione del disagio aveva avuto già una forte connotazione esistenzialistica e pessimistica a partire dagli anni Ottanta. Con Internet e l'alternativa comunicazionale rappresentata dai social, l'adolescente si è sempre più impermeabilizzato nei confronti di un contesto sociale divenuto troppo complesso e competitivo.*

componente primaria della realtà psicologica che osserviamo resta costante. Possiamo anche provare a cogliere una tendenza all'iterazione di alcuni modi di essere dell'adolescenza.

A tale proposito, tornando agli esempi letterari proposti, quello di Leopardi e quello di Rimbaud, con Dostoevskij posto come via di mezzo fra i due, sarebbe interessante il confronto con le realtà contemporanee e anche quelle più attuali del presente.

Sembrerebbe allora, da un'osservazione anche sociologica, che il prototipo, o se preferiamo l'archetipo, dell'adolescente ribelle, oppositivo, che vuole rivoluzionare il mondo, che mostra un aperto rifiuto verso la società dei padri, dissacrante e provocatorio, quello bene incarnato dall'adolescente Rimbaud, sia stato molto presente, nella società occidentale, dagli anni Cinquanta fino alla fine degli anni Settanta. Nel 1951 usciva un romanzo che esaltava la fuga nel vagabondaggio, nell'alterazione degli stati mentali, nella trasgressione delle regole vigenti, nell'alterazione dei costumi sociali, nella ricerca di un'esperienza assolutamente nuova, originale ed originaria, tramite la quale reinventare il mondo: *On the road* di Jack Kerouak travalica facilmente i confini statunitensi, e offre l'affresco di una gioventù post bellica che vuole tagliare i ponti con il mondo belligerante dei padri, degli adulti. Le espressioni di dissenso nei confronti del mondo degli adulti, di rifiuto della cultura ricevuta dai padri, si moltiplicano, echeggiando nella cassa di risonanza dei nuovi media – radio, televisione, cinema – diventando costume condiviso fra i giovani; e gli adulti si agitano, si preoccupano, gridano allo scandalo e alla necessità di affrontare il problema di una gioventù che sembra perdere sempre di più il controllo.

Nel 1955 esce un film che farà molto discutere, gridando appunto l'allarme di una gioventù che si sta perdendo inesorabilmente, proprio come nei casi riferiti dal prof. Nembrini all'inizio di questa divagazione. Il film mostra tutta la difficoltà di dialogo fra gli adolescenti e i loro genitori, una frattura che gli adolescenti subiscono maggiormente, manifestando condotte considerate semplicemente "immorali" in quegli anni, ma che oggi inquadrriamo in un profilo scientifico come espressioni sintomatiche di un disagio che può diventare disturbo patologico. I giovani nel film sono violenti, irriverenti, isterici, ansiosi, e autolesionisti fino all'estremo; i genitori appaiono disarmati, di fronte a dei ragazzi che vedono privi di quelli che sarebbero per loro, adulti, i valori di riferimento: la famiglia, l'ubbidienza alla gerarchia, l'ordine e la disciplina.

*Gioventù bruciata* – il titolo emblematico del film – è allora un'ulteriore testimonianza dell'incomprensione profonda che sussiste fra gli adolescenti e i loro genitori, a prescindere dal periodo storico e dall'ambiente culturale. La vicenda biografica dell'attore protagonista, poi, rende ancora più suggestivo il messaggio: James Dean diventa un mito per i giovani, incarnando lo stereotipo del "bello e dannato", vivendo i pochi anni della sua gioventù fra eccessi di tutti i tipi, ed esponendosi in condotte a rischio, spericolate, come i protagonisti del suo film più celebre, morendo in un incidente stradale pochi mesi dopo la sua uscita nelle sale cinematografiche.

Nei tempi attuali, invece, con l'avvento della rivoluzione informatica e nell'era di internet, sembra si stia delineando l'archetipo dell'adolescente isolato, eremitico, chiuso in se stesso, dalla personalità tendente allo schizoide. L'espressione del disagio aveva avuto già una forte connotazione esistenzialistica e pessimistica a partire dagli anni Ottanta. Con internet e l'alternativa comunicazionale rappresentata dai social, l'adolescente si è sempre più impermeabilizzato nei confronti di un contesto sociale divenuto troppo complesso e competitivo. Il prototipo leopardiano del ragazzo curvo sui libri, al lume di una candela, intento a leggere e studiare o a scrivere lettere ad amici lontani e versi ad un mondo al quale non sente di appartenere, viene oggi ad essere emulato dal liceale curvo sullo smart phone, intento a seguire video di svariato tipo, o a giocare, o a chattare con una coetanea che non è emotivamente capace di invitare ad un vero incontro. Si potrebbe obiettare che Leopardi acquisiva conoscenza nel suo isolamento, ma non si può negare che gli adolescenti, nella loro dimensione di nativi digitali, conoscono molto meglio dei loro genitori il mondo informatico, e acquisiscono conoscenze differenti da quelle canoniche, classiche, delle generazioni precedenti.

Negli anni della rivoluzione giovanile, i genitori conservatori, cresciuti negli anni bui della guerra e in quelli severi del dopoguerra, facevano fatica a contenere l'irruenza e l'impulsività di figli estroversi e motivati al confronto dialettico acceso, spinto

fino ad un'eristica spesso sterile, indicativa solo di un'oppositività conseguente a cambiamenti culturali troppo evidenti per entrambi, figli e genitori; oggi osserviamo quegli adolescenti divenuti adulti, essere genitori permissivi e tolleranti, portati a dare molta libertà ai loro figli, che non si capacitano di come non riescano ad avere un dialogo con i loro figli, adolescenti di oggi, portati al mutismo, espulsivi e non oppositivi, evitanti, tendenti ad eludere un confronto diretto, selettivi fino ad arrivare all'inquietante solipsismo di esserci solo attraverso il filtro di una webcam, un sms, un post su facebook.

Possiamo chiederci a questo punto quale può essere la ricaduta sul piano clinico e psicoterapeutico di questa digressione, che sembra più pertinente alla psicologia sociale, o alla sociologia, che non alla psicologia clinica.

Il senso di questa osservazione sta nell'approcciare l'adolescente e la sua famiglia che chiedono un aiuto e un intervento per risolvere il loro disagio, con un lavoro euristico che consenta ad entrambi – adolescenti e genitori – di non considerare la difficoltà come dovuta ad un'impossibilità di comprensione reciproca determinata da mutazioni culturali e sociali. Il conflitto e il disagio sono nella relazione, e nell'incapacità della singola persona di arrivarne ad essere consapevole. Riuscire a tranquillizzare i genitori sul fatto che il confronto con l'adolescente è sempre impegnativo, in ogni epoca e in ogni latitudine, è già di per sé un buon prologo per un lavoro terapeutico soddisfacente. L'adolescente deve affrontare la sua fame di vita, la sua assenza di esperienza e quindi di maturità, deve riuscire a cogliere l'ineluttabilità di una condizione che lo vede ancora vincolato agli adulti, ma che può e deve elaborare attraverso la riflessione sui suoi stati interiori, sulle sue emozioni e sui suoi affetti. L'adulto, dal canto suo, non deve lasciarsi condizionare dal timore di un confronto con chi ha più energia, con chi dovrà sopravvivergli, con chi ha un appetito invidiabile, rispetto al rischio dispeptico al quale l'adulto è esposto, per ovvie ragioni legate al ciclo vitale.

Può essere utile un ultimo rimando a Sofocle e Freud.

Se Dostojevskij scrisse "L'adolescente" facendo riemergere il suo vissuto adolescenziale interiorizzato, usufruendo della creatività come mezzo per esprimerlo in modo proiettivo, Sofocle, secondo l'interpretazione freudiana, fece qualcosa di analogo rispetto al suo vissuto infantile. Forse Freud si identificò troppo, però, con il protagonista, e forse era troppo concentrato sulla componente infantile reclusa nel suo stesso inconscio, rimanendo focalizzato ad una prima lettura dell'Edipo re, probabilmente avvenuta prima di diventare lui padre, e rimasta una lettura assorbita dalla psiche di un "figlio" che non aveva avuto con suo padre un rapporto limpido e risolto.

Edipo, nel mito, non è un bambino. Edipo è un adolescente. Non uccide il padre nella camera da letto, lo uccide nella strada, ad un bivio, lo scontro avviene nel mondo, lì dove sono entrambi persone adulte: Laio saturo di potere, Edipo in cerca di un suo potere, di una sua autonomia, in fuga da un destino che non può accettare perché gli altri lo hanno deciso per lui, mentre lui cerca una sua realizzazione, non vuole prendere il posto del genitore. Edipo non vuole uccidere il padre che lo ha aiutato a crescere.

Anche Laio ha voluto eludere il suo destino, lui per primo ha ucciso il figlio, o ha ordinato di ucciderlo, e lo ha fatto deliberatamente, per tutelare se stesso; non si è mostrato in grado di affrontare la sfida dell'essere genitore; non riconoscerà il figlio: l'erede, che pure aveva cercato, gli diventa nemico.

Laio teme il figlio perché immagina che verrà da questi spodestato, privato dei suoi poteri, come se non fosse naturale una simile evoluzione, come se fosse evitabile l'invecchiamento concomitante alla crescita di un figlio, che diventando adulto, autonomo, mostrerà il suo potere sul padre con l'inversione dei ruoli, prendendosi cura dei genitori; e non certo per colpe attribuibili all'individuo, ma solo per la dinamica dell'esistenza, per quello che è la parabola della vita biologica che inconsciamente facciamo tutti fatica ad accettare.

Edipo uccide il padre inconsapevolmente, arrivando alla disperazione una volta conosciuta la verità. Epido-adolescente avverte la colpa per un omicidio che avrebbe voluto evitare, e avverte tutto il dramma della perdita di un padre che avrebbe voluto tutelare, tutelando colui che credeva essere il suo padre naturale. Edipo è proteso verso il padre, ma Laio non riesce ad esserlo altrettanto verso il figlio. Se parliamo di "complesso di Edipo", allora forse è ancora più pertinente parlare del complesso di Laio.

*Lo psicologo-psicoterapeuta, come un oracolo dei giorni nostri – il professionista al quale ricorrono, genitori e figli per avere risposte ai propri disagi e alle loro incertezze – avrà come obiettivo preliminare l'elaborazione di un conflitto che la persona – adolescente o adulto – ha innanzitutto con se stessa: il conflitto scaturito dall'insicurezza di un futuro ineluttabilmente incerto, e dalla difficoltà del riuscire a revisionare il proprio passato, per renderlo conforme al presente che stiamo vivendo.*

Il senso di un lavoro terapeutico, del resto, è centrato su tale bisogno di consapevolezza: Laio ed Edipo ricorrono all'oracolo, non riescono ad accettare l'ontologia della loro realtà interiore; vorrebbero vedere nel futuro, non riuscendo ad accettare l'ineluttabilità del presente; sono condizionati dal passato, e queste incertezze generano l'ansia, l'angoscia, la difficoltà del riuscire ad individuarsi e a costruirsi un proprio destino.

Lo psicologo-psicoterapeuta, come un oracolo dei giorni nostri – il professionista al quale ricorrono, genitori e figli per avere risposte ai propri disagi e incertezze – avrà come obiettivo preliminare l'elaborazione di un conflitto che la persona – adolescente o adulto – ha innanzitutto con se stessa: il conflitto scaturito dall'insicurezza di un futuro ineluttabilmente incerto, e dalla difficoltà del riuscire a revisionare il proprio passato, per renderlo conforme al presente che stiamo vivendo.

\* Psicologo-Psicoterapeuta, Pavia [paolodibi@virgilio.it]  
A.S.S.T. Ser. D. Pavia.

## BIBLIOGRAFIA

- Aristotele (384 – 382 A.C.) *Politica* – Bari, Laterza 2007.
- Ammaniti M. (2002) *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza* – Milano, Cortina 2002.
- Ammaniti M. (2018) *Adolescenti senza tempo* – Milano, Cortina 2018.
- Bagnato K. (2017) *L'hikikomori: un fenomeno di autoreclusione giovanile* – Roma, Carocci 2017.
- Cirillo L. Pietropolli Charmet G. (2014) *AdoleScienza. Manuale per genitori e figli sull'orlo di una crisi di nervi* – Milano, San Paolo Edizioni 2014.
- Cooper D. (1972) *La morte della famiglia* – Torino, Einaudi, 1972.
- Marcuse H. (1970) *L'autorità e la famiglia* – Torino, Einaudi, 2008.
- Dickens C. (1850) *David Copperfield* – Milano, Rizzoli, 2007.
- Dostoevskij F. (1875) *L'adolescente* – Torino, Einaudi 2017.
- Dostoevskij F. (1879) *I fratelli Karamazov* – Torino, Einaudi 2014.
- Freud S. (1927) *Shakespeare, Ibsen e Dostoevskij* – Torino, Boringhieri 1981.
- Freud S. (1906) *Gravida* – Torino, Boringhieri 1977.
- Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* – Torino, Boringhieri 1983.
- Giacolini T. Leonardi C. (2016) *Adolescenza e dipendenze* – Roma, Fioriti 2016.
- Giani Gallino T. (1977) *Il complesso di Laio* – Torino, Einaudi 1978.
- Goethe J. W. (1774) *I dolori del giovane Werther* – Milano, Feltrinelli 2014.
- Leopardi G. (1812-1835) *Opere* – Milano, Mondadori 1997.
- Marcelli D. Bracconnier A. (2006) *Adolescenza e psicopatologia* – Milano, Masson 2006.
- Maggiolini A. (2014) *Senza paura, senza pietà. Valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali* – Milano, Cortina 2014.
- Maggiolini A. Di Lorenzo M. (2018) *Scelte estreme in adolescenza. Le ragioni emotive dei processi di radicalizzazione* – Milano, Angeli 2014.
- Pietropolli Charmet G. (2010) *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi* - Bari, Laterza 2010.
- Pietropolli Charmet G. (2000) *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida* – Milano, Cortina 2000.
- Pietropolli Charmet G. (2010) *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente* – Milano, Angeli 2015
- Pietropolli Charmet G. (2010) *Adolescente e psicologo. La consultazione durante la crisi* – Milano, Franco Angeli 2009.
- Pietropolli Charmet G., Riva E. (2003) *Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà. Come capire e aiutare tuo figlio negli anni difficili* – Milano, Angeli 2016.
- Rimbaud A. (1975) *Opere* – Milano, Mondadori 1999.
- Pietropolli Charmet G. (1999) *Segnali d'allarme* – Milano, Mondadori 2001.
- Ricci C. (2016) *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione* – Milano, Angeli 2016.
- Sagliocco G. (2010) *Hikikomori e adolescenza. Fenomenologia dell'autoreclusione* – Milano, Mimesis Edizioni 2011.
- Shakespeare W. (1596) *Romeo e Giulietta* – Milano, Feltrinelli 2014.
- Shatzman M. (2018) *La famiglia che uccide. Un contributo psicoanalitico alla discussione sul caso Schreber* – Roma, Pgrecò editore 2019.
- Sofocle (2013) *Edipo re* – Milano, Feltrinelli 2013.
- Spiniello R. Piotti A. Comazzi (2015) *Il corpo in una stanza. Adolescenti ritirati che vivono di computer* – Milano, Angeli 2016.
- Starkie E. (1981) *Jean-Arthur Rimbaud* – Milano, Rizzoli 1981.
- Tonioni F. (2013) *Psicopatologia web-mediata* – Milano, Springer 2013.
- Urraro R. (2015) *“Questa maledetta vita”. Il “romanzo autobiografico” di Giacomo Leopardi* – Verona, Olshky 2015.
- Watslawick P. (1998) *Il codino del Barone di Munchhausen* – Milano, Feltrinelli 1991.



## **The never-ending story of adolescents' uneasiness at the time of the Internet. A few reflections on the occurrence of pathological dependencies and its evolution in time**

The article explores the world of the adolescents and their conflicts with the adults in different ages of history. The results of the survey are astonishingly similar: the adolescent needs to seek new experience; the adult needs to give sense and order to the experience he/she has achieved.

Will they ever be able to meet and understand each other?

**KEYWORDS** Adolescent, life cycle, project

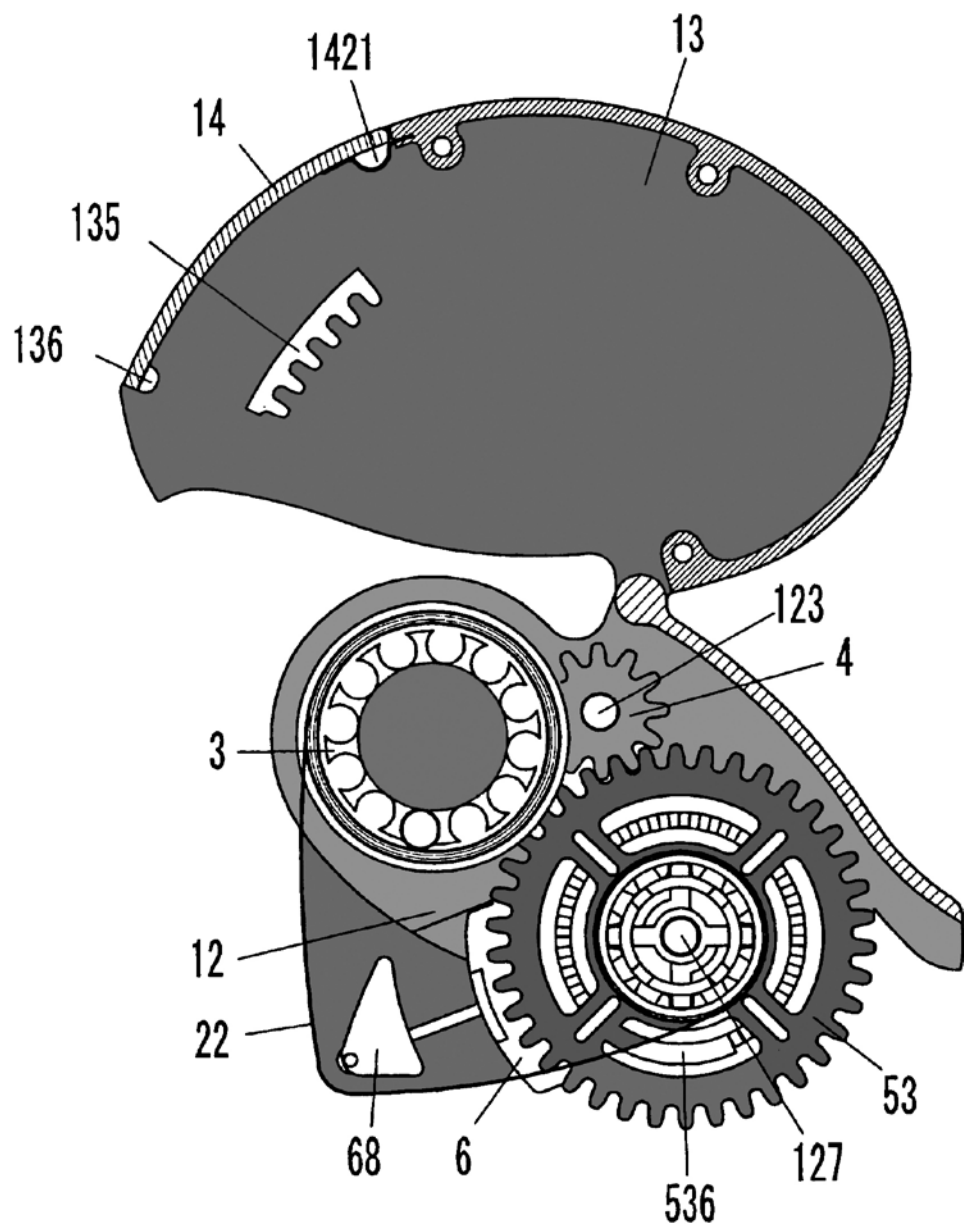
# link **una storia**

**Mary Cover Jones (1896-1987).  
Una antesignana della Behavior Therapy**

GIOVANNI CAVADI

**Mamie Phipps Clark  
(1917-1983)**

GIOVANNI CAVADI



# Mary Cover Jones (1896-1987). Una antesignana della Behavior Therapy

## Mary Cover Jones (1896-1987) Foreshadowing the Behavior Therapy

GIOVANNI CAVADI\*

PAROLE CHIAVE Paura, incondizionato, stimolo, fobia

---

Mary Cover nasce a Johnstown, Pennsylvania, nel 1897; studia al Vassar College presso il quale si diploma nel 1919. Nel settembre dello stesso anno si immatricola alla Columbia University di New York. Nel corso degli studi lavora nei campi estivi con bambini poveri e, durante le vacanze accademiche, nelle colonie.

Nel 1919 John B. Watson (1878-1958) pubblica *Psychology from the standpoint of a behaviorist* in cui è impegnato a combattere «l'impostazione istintualistica in psicologia e si pone come paladino delle tesi ambientalistiche» (Meazzini, 1980) e, nello stesso anno, *A schematic outline of the emotions*, dove formula la teoria secondo la quale nell'infanzia «i modelli originali di risposte emozionali sono molto pochi in quanto consistono solo della paura, rabbia ed amore... per cui la complessità della vita emozionale dell'adulto... è determinata dai fattori legati al riflesso condizionato» (1919).

La Cover subì, quando era studentessa, l'influenza della lettura degli scritti di Watson. Dirà in seguito: «egli scosse dalle fondamenta la tradizionale ben educata psicologia europea ...e indicò la strada da una psicologia in poltrona all'azione che riformò e fu salutato quindi come una panacea» (1974).

Mary aveva una cara amica e compagna di college conosciuta al Vassar, Rosalie Rayner, laureata alla Johns Hopkins University, a Baltimora nel Maryland, dove insegnava Watson.

La Rayner divenne assistente di Watson e con lui svolgerà uno studio su un bambino, il piccolo Albert, studio che verrà pubblicato nel 1920 col titolo *Conditioned emotional reactions*. La continua frequentazione tra Rosalie e John dette origine ad una passionale storia d'amore che portò Watson a divorziare dalla moglie Mary Ickes, che era stata sua allieva quando era lettore all'Università di Chicago e che aveva sposato nel 1904. Quando la Ickes scoprì le lettere d'amore ricche di particolari piccanti scritte dal marito a Rosalie, Watson decise di divorziare e di sposarsi con la Rayner. Questi fatti generarono uno scandalo nell'ambiente universitario per cui Watson, nel 1920, fu costretto a dimettersi e a trasferirsi a New York, dove lavorò presso l'agenzia pubblicitaria J. Walter Thompson, dapprima in qualità di consulente e successivamente di vice-direttore; uno dei pochi colleghi accademici che lo sostenne in quel drammatico frangente fu Titchener (Larson & Sullivan, 1965).

Nel 1920 Watson e Rayner condussero una ricerca sperimentale per verificare l'ipotesi che la paura sarebbe determinata dai fattori legati al riflesso condizionato, per cui avrebbe potuto essere prodotta sperimentalmente in condizioni di laboratorio. La ricerca fu condotta su un solo bambino, Albert, allevato fin dalla nascita in ospedale





dove sua madre, infermiera, lavorava nella Harriet Lane Home per bambini invalidi. I due ricercatori provocarono in Albert una grave fobia per i ratti, dimostrando che prima dell'esperimento il bambino non aveva assolutamente paura di animali come conigli e ratti bianchi; tuttavia, se questi animali gli venivano presentati associati ad un forte rumore (SI) Albert reagiva con un sussulto e cominciava a piangere e ad agitarsi (RI). Quando lo Stimolo Incondizionato, forte rumore, si presentava nello stesso istante in cui il bambino allungava la mano per prender il ratto bianco, egli reagiva nei confronti dell'animale con la stessa risposta di paura, tipico esempio di condizionamento classico rispondente. La fobia inoltre si generalizzò in quanto il bambino cominciò ad avere paura anche dei conigli, della pelliccia bianca di sua madre, del cotone idrofilo, ecc.

Quando Albert fu dimesso anticipatamente dall'ospedale, gli sperimentatori non avevano ancora potuto togliergli le fobie generate, come essi stessi riferiscono: «sfortunatamente Albertino ritornò a casa...pertanto non ci fu possibile elaborare una tecnica sperimentale mediante la quale eliminare le risposte emozionali condizionate...Se avessimo avuto la possibilità di avere Albertino per un tempo più lungo avremmo messo alla prova diversi metodi» (1920).

Watson, dopo aver lasciato la Johns Hopkins, e mentre lavorava nella pubblicità a New York, tenne a Baltimora una conversazione pubblica sulla propria ricerca. Tra i presenti c'era una studentessa, la Cover, che rimase molto colpita dall'ipotesi che la tecnica di condizionamento avrebbe potuto essere utilizzata per togliere le paure infantili.

Mary chiese all'amica Rosalie di presentarla a Watson il quale riconobbe le capacità e il grande interesse della studentessa e stimolò la Cover a proseguire gli studi per conseguire la laurea con una tesi in psicologia. Sotto la guida di Watson, Mary svolse uno studio osservativo dello sviluppo di comportamenti infantili come il sorriso, la coordinazione visiva, l'inseguimento visivo e altre variabili percettive.

Alla Columbia University la Cover incontrò e successivamente sposò uno studente borsista, Harold Ellis Jones, con interessi di ricerca nel campo infantile. Dalla loro unione nacquero due figlie e il loro felice matrimonio fu rinsaldato da una produttiva collaborazione scientifico-professionale che durerà sino alla morte di Harold, avvenuta nel 1960.

La ricerca sulla paura fu condotta, su suggerimento di Watson, presso la Columbia University, ed ebbe come oggetto di studio Peter, un bambino sano di quasi tre anni, ben adattato, ma con la paura di un ratto bianco che si estendeva anche ad un coniglio, ad una pelliccia, alle piume e al cotone idrofilo. La Cover Jones, dopo aver documentato minuziosamente le caratteristiche della risposta del bambino e le condizioni che sollecitavano la paura più intensa, quella verso un coniglio bianco, si propose di determinare se era possibile "decondizionare" la risposta di paura a quello stimolo e se, inoltre, un tale decondizionamento poteva essere successivamente generalizzato ad altri stimoli.

Il procedimento di 'decondizionamento' consisteva nel far giocare, in laboratorio, Peter insieme ad altri tre bambini, scelti perché non avevano paura del coniglio nel momento che questi faceva la sua comparsa. «Il coniglio era sempre presente per un po' di tempo durante il gioco»: il resoconto minuzioso riportato dalla Cover Jones (1924) ci fornisce i seguenti gradi di tolleranza progressiva di Peter:

1. Il coniglio, chiuso nella gabbia, in qualsiasi parte della stanza provoca reazioni di paura.
2. Peter tollera il coniglio in una gabbia a distanza di 3, 5 m circa.
3. Peter tollera il coniglio in una gabbia a distanza di circa 1, 5 m.
4. Peter tollera il coniglio in una gabbia a distanza di 90cm.
5. Tollera il coniglio chiuso in gabbia vicino a sé.
6. Tollera che il coniglio resti libero nella stanza.
7. Tocca il coniglio mentre la sperimentatrice tiene fermo l'animale.
8. Tocca il coniglio mentre è lasciato libero nella stanza.
9. Provoca il coniglio con sputi, lanciandogli oggetti, scimmiettandolo.
10. Lascia stare il coniglio sul ripiano di una sedia alta.
11. Peter si accovaccia dietro il coniglio senza paura.
12. Peter aiuta la sperimentatrice a portare il coniglio in gabbia.
13. Tiene il coniglio in braccio.

14. Resta solo nella stanza con il coniglio.
15. Gioca con il coniglio nella stanza da gioco.
16. Fa delle moine al coniglio.
17. Lascia che il coniglio gli annusi le dita.

Subito dopo questo intervento Peter andò in ospedale perché malato di scarlattina e ritornò in laboratorio solo dopo due mesi. La Cover Jones segnala che la paura del bambino era tornata ai livelli iniziali, e spiega la regressione con un evento accaduto a Peter al ritorno a casa dall'ospedale dove aveva trovato un clima non favorevole alla sua condizione psicologica. Dovendo registrare questa ricaduta, la ricercatrice non garantiva la remissione del sintomo.

Nel 1924 la Cover aveva anche dimostrato che la sorpresa è un fattore particolarmente attivo nella produzione della paura.

In una ricerca successiva seguì sette bambini di età compresa fra i 3 mesi e i 7 anni che avevano delle paure simili a quelle di Peter. I piccoli furono sottoposti da 1 a 7 tipi differenti di trattamento con il preciso scopo di eliminare le paure e per studiare le tecniche di indagine.

L'autrice passa in rassegna diversi metodi di trattamento, cinque dei quali si sono prospettati come molto promettenti: condizionamento diretto, imitazione sociale, distrazione sistematica, risposte di nutrizione e risposte affettive. Dei sette metodi utilizzati due soli produssero un significativo successo: il metodo del condizionamento diretto (associazione del cibo in presenza dello stimolo fobico) e il metodo dell'imitazione sociale.

Gli studi della Cover Jones sul trattamento di bambini affetti da fobie dimostrarono il valore del 'decondizionamento' diretto dell'ansia e prepararono la via allo «sviluppo di metodi più progrediti per il trattamento dei sintomi caratterizzati dall'ansia» (Meyer, 1976). La Jones aveva compreso come «la presentazione ripetuta di un oggetto temuto, senza nessun tentativo ausiliario di eliminare la paura, producesse più facilmente un effetto di sommazione piuttosto che un adattamento» (Wolpe, 1972). È per aver capito questo, sottolinea Wolpe, che la sua opera ha un posto d'onore nella storia dell'evoluzione delle tecniche della terapia comportamentale precorrendo di oltre trent'anni alcuni metodi della behaviour therapy.

Mary proseguì le sue ricerche studiando lo sviluppo emotivo dei bambini in età prescolastica. Nello studio del 1925 riscontrò che nei piccoli c'è anche un accrescimento irregolare delle manifestazioni giornaliere della paura per gli animali, la paura di essere abbandonati o lasciati soli, di quella dei pericoli associati a creature immaginarie e all'oscurità, dei dolori corporali, di annegare, del fuoco, degli incidenti della circolazione stradale, degli incidenti fisici, eccetera e queste paure variano con l'età: dai 2 anni fino al periodo prescolare questi stimoli continuano a provocare paura; verso la fine del periodo prescolastico e nelle prime classi elementari i bambini tendono a piangere a seguito di insuccessi o umiliazioni ricevute dagli adulti. L'anno successivo la Cover effettuò uno studio sul riso che, a suo parere, avrebbe più possibilità di scatenarsi con una attività fisica, ma particolarmente nelle attività sociali del bambino.

Nel 1926 conseguì il Ph.D. portando a termine un esteso studio normativo relativo allo sviluppo emotivo di 365 bambini.

Nel 1927 la famiglia Jones si trasferì a Berkeley presso l'Università di California dove Harold fu nominato professore associato di psicologia e direttore di ricerca dell'Institute of Child Welfare. Qui i coniugi iniziarono una ricerca presso l'appena istituito Institute.

Entrambi avevano interessi a tutto raggio sullo sviluppo umano e insieme progettarono e implementarono l'Oakland Growth Study, uno dei primi e più ampi studi longitudinali. Inoltre proseguirono per parecchi anni le ricerche sulle paure dei bambini.

In uno studio sulla paura pubblicato nel 1928 avevano osservato nei bambini l'aumento della suscettibilità emotiva con il crescere dell'età. Registrarono le reazioni di adulti e bambini alla vista di un serpente totalmente innocuo: i soggetti non avevano mai avuto contatti con serpenti prima di allora. I bambini di cinque anni non mostrarono alcuna paura, i soggetti di mezza età dimostrarono interesse misto ad una certa apprensione, e i soggetti più anziani una forte ripugnanza. Basandosi

sui risultati di questa ricerca i Jones sostennero che nei bambini la paura per i serpenti non è innata.

Nel rapporto finale scrivono che «il risveglio della paura non dipende soltanto dai cambiamenti della situazione, ma anche dal livello generale dello sviluppo individuale... Quando un bambino si sviluppa, nuovi oggetti lo spaventano, lo terrorizzano, in ragione della sua nuova percezione e per il danno possibile generato da una situazione, ma se non sono intervenute esperienze negative, la situazione mutata è del tutto compresa e controllata».

Harold Jones (1930) sottopose parecchi bambini a delle stimolazioni elettriche, lievemente dolorose, combinate con rumore da percussione: il rumore arrivava a produrre una risposta emozionale. Poi per parecchie volte di seguito, per un periodo di varie settimane, si limitò a produrre il rumore senza ricorrere contemporaneamente allo stimolo elettrico e finalmente il rumore cessò di provocare la paura. I timori condizionati che Jones cercava di estinguere erano molto lievi; egli fece presente che le sue stimolazioni elettriche non facevano piangere nessuno dei bambini.

Nel 1931 sottopose a più di una prova l'ipotesi di A. Adler sul rapporto tra ordine di genitura e struttura della personalità, riscontrando che, in base alla maggior parte dei suoi risultati, non era possibile sostenerla.

Nel 1933 i coniugi Jones, con Conrad, svolsero uno dei più completi studi trasversali e mapparono il trend del pensiero intelligente nel corso della vita adulta. Nel New England, somministrarono l'Army Alpha Test ad un campione di 1200 soggetti dai 10 ai 60 anni, un campione relativamente omogeneo per livello di istruzione e status economico, e suddividendo i soggetti interamente nativi da quelli parzialmente nativi. Una buona partecipazione all'indagine fu offerta da oltre il 95% delle persone sopra i 40 anni, mentre con i più giovani ci furono delle difficoltà.

In seguito i coniugi Jones focalizzarono l'attenzione sullo sviluppo emozionale degli adolescenti, dimostrando che molte differenze sembrano sparire quando diventano adulti rispetto ai sentimenti di insicurezza, e all'aggressività, a favore di un significativo senso di indipendenza. In un altro studio riscontrarono che caratteristiche psicologiche quali senso di dominanza e indipendenza associate ad una maturazione anticipata nei ragazzi, si risolvevano in una modalità tranquilla quando gli individui raggiungevano i tredici anni (1957).

L'anno successivo la Cover Jones pubblicò lo studio longitudinale condotto con Mussen nell'arco di 20 anni su soggetti dai 12 ai 33 anni, l'Oakland Growth Study, che faceva parte del Growth Study dell'Università di California, sviluppato dal marito, e che coinvolgeva un'ampia serie di misure psico-fisiologiche rilevate nel corso di un ampio periodo. Nel 1960 lo studio dei Jones fu arricchito da un altro studio longitudinale di Berkeley, lo studio Guidance. I dati raccolti in questi studi furono alla base della pubblicazione di centinaia di libri, monografie e articoli, parecchi dei quali considerati dei classici. Inoltre il successo e i vantaggi di questi studi ebbero un forte impatto nel promuovere e dimostrare l'utilità del metodo longitudinale.

Per molto tempo associata all'Institute of Child Welfare presso l'Università di California, Berkeley, Cover Jones ricevette nel 1968 il premio G. Stanley Hall per il suo rilevante contributo alla psicologia dello sviluppo.

In riconoscimento della brillante carriera come ricercatrice psicologa, dedicata alla ricerca sullo sviluppo nel corso del ciclo di vita, fu eletta, nel 1970, Presidente della Divisione di Psicologia dello Sviluppo dell'APA.

Nel 1974, in occasione della *First Temple University Conference in Behavior Therapy and Behavior Modification*, il suo lavoro pionieristico nell'ambito della terapia comportamentale fu riconosciuto come precursore della Behavior Therapy. In quella sede Mary Cover Jones presentò una relazione, pubblicata nel 1975, *1924 pioneer looks at behaviour therapy*, che descriveva la prima ricerca di Watson e la correlava alle pratiche di terapia del comportamento. Morì nel 1987 all'età di 91 anni.

\*Psicologo e docente di Psicologia del Lavoro Università di Brescia [cavadi@libero.it].

## BIBLIOGRAFIA

- Conrad H.S. & Jones H.E. (1940) A second study of familial resemblance in intelligence. University of Chicago Press, Chicago.  
Harris B. (1979) Whatever happened to little Albert? American Psychologist, 34, 151-160.

- Jones Cover M. (1924) The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.
- Jones Cover M. (1924) A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315. Trad. it. Una ricerca di laboratorio sulla paura: il caso di Peter. In E. Sanavio (a cura di) *Le nevrosi apprese*. Milano, Angeli, 1978, 17-30.
- Jones Cover M. (1925) A study of the emotions of pre-school children. *School and Society*, 21, 775-780.
- Jones Cover M. (1926) The development of early behavior patterns in young children. *Pedagogical Seminary*, 31, 537-585.
- Jones Cover M. & Jones H.E. (1928) A study of fear. *Childhood Education*, 5, 136-143.
- Jones Cover M. (1933) Emotional development. In C. Murchison (Eds) *A handbook of child psychology*. Worcester, Clark University Press, 271-302.
- Jones Cover M. & Burks B.S. (1936) *Personality development in childhood*. Monography of Society Research Child Development, 1, 1-205.
- Jones Cover M. (1938) Guiding the adolescent. *Progressive Education*, 15, 605-609.
- Jones Cover M. (1957) The later careers of boys who were early- or late-maturing. *Child Development*, 28, 115-128.
- Jones Cover M. & Mussen P.H. (1957) Self-conceptions, motivations, and interpersonal attitudes of late and early maturing boys. *Child Development*, 28, 245-256.
- Jones Cover M. (1958) The study of socialization patterns at the high school level. *Journal of Genetic Psychology*, 93, 87-111.
- Jones Cover M. & Mussen P.H. (1958) The behavior-inferred motivations of late- and early-maturing boys. *Child Development*, 29, 491-501.
- Jones Cover M. (1965) Psychological correlates of somatic development. *Child Development*, 36, 899-912.
- Jones Cover M. (1967) A report on three growth studies at the University of California. *The Gerontologist*, 7, 49-54.
- Jones Cover M. (1968) Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult male. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 32, 2-12.
- Jones Cover M. (1974) Albert, Peter, and John B. Watson. *American Psychologist*, 29, 581-583.
- Jones Cover M. (1975) 1924 pioneer looks at behaviour therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 181-187.
- Jones H.E. (1928) Conditioned psychogalvanic responses in infants. *Psychological Bulletin*, 25, 183-184.
- Jones H.E. (1929) Emotional factors in learning. *Journal of General Psychology*, 2, 263-272.
- Jones H.E. (1930) The retention of conditioned emotional reactions in infancy. *Journal of Genetic Psychology*, 37, 485-488.
- Jones H.E. (1931) Order of birth in relation to the development of the child. In C. Murchison (ed.) *Handbook of child psychology*. Clark University Press, Worcester Ma. 204-241.
- Jones H.E. (1931) Dextrality as a function of age. *Journal of experimental Psychology*, 14, 125-143.
- Jones H.E. (1939) Principles and methods of the adolescence growth study. *Journal of Consulting Psychology*, 3, 157-159.
- Jones H.E. (1943) *Development in adolescence*. Appleton Century Crofts, New York.
- Jones H.E. (1954) The environment and mental development. In L. Carmichael (Ed.) *Manual of child psychology*. Wiley, New York, 631-696.
- Jones H.E. (1959) Intelligence and problem-solving. In J.E. Birren (Ed.) *Handbook of aging and the individual*. University of Chicago Press, Chicago.
- Jones H.E. & Bayley N. (1941) The Berkeley Growth Study. *Child Development*, 12, 167-173.
- Jones H.E., Conrad H.S. & Blanchard M.B. (1932) Environmental handicap in mental test performance. *University California Publications Psychology*, 5, 63-99.
- Logan D.D. (1980) Mary Cover Jones: Feminine as asset. *Psychology of Women Quarterly*, 5, 103-115.
- Meyer V. & Chesser E.S. (1976) *La terapia comportamentale nella clinica psichiatrica*. Torino, Boringhieri.
- Meazzini P. (1980) *Il comportamentismo: una storia culturale*. Pordenone, ERIPI Editrice.
- Meazzini P. & Galeazzi A. (1978) *Paure e fobie. Analisi, teoria e trattamento terapeutico*. Giunti, Firenze.
- Meazzini P. (cur.) *La terapia del comportamento: la tradizione S-R. Terapia del Comportamento*, 39-40, 1993.
- Mussen P.H. (1997) Jones Mary Cover. In Sheehy N., Chapman A.J. & Conroy W.A. (Eds.) *Biographical dictionary of psychology*. London, Routledge, 410-411.
- O'Connell A.N. & Russo N.F. (Edt) (1990) *Women in psychology: A bio-bibliographic sourcebook*. New York, Greenwood Press.
- Sanavio E. (a cura di) (1978) *Le nevrosi apprese*. Milano, Angeli.
- Watson J.B. (1919) *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia, Lippincott.
- Watson J.B. (1919) A schematic outline of the emotions. *Psychological Review*, 26, 165-196.
- Watson J.B. (1976) *Antologia degli scritti*, a cura di P. Meazzini. Bologna, Il Mulino.
- Watson J.B. & Rayner R. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wolpe J. (1972) *Tecniche di terapia del comportamento. Esperienze e casi clinici*. Milano, Angeli.

## Mary Cover Jones (1896-1987) Foreshadowing the Behavior Therapy

The article provides a rich report of the pioneer work of Mary Cover Jones, a forerunner of behaviorism, whose research work and interest were focused on mental development and on children's and adults' fears and phobias.

**KEYWORDS** Fear, unconditioned, stimulus, phobia

# Mamie Phipps Clark (1917-1983)

## Mamie Phipps Clark (1917-1983)

GIOVANNI CAVADI\*

PAROLE CHIAVE: Segregazione razziale, diritti civili, psicologia dello sviluppo, minoranze

---



Mamie Phipps nacque a Hot Springs, località turistica dell'Arkansas, il 18 aprile del 1917. Suo padre, Harold, era medico e sua madre, Katie, si impegnò attivamente per aiutare il marito nella gestione di un centro benessere per negri. Grazie al reddito del padre, la famiglia poté raggiungere lo status di classe media e questo consentiva loro l'accesso ad alcune aree della città normalmente aperte solo ai bianchi. Tuttavia Mamie frequentò la scuola elementare pubblica e l'istruzione secondaria presso scuole segregate. Nel 1934 si diplomò presso la Scuola superiore di Langston anche se vi erano poche opportunità per l'istruzione superiore per gli studenti neri. Incoraggiata dai genitori a proseguire gli studi, decise di iscriversi alla facoltà di matematica e fisica. Le furono offerte due borse di studio, alla Fisk University di Nashville, Tennessee, e alla Howard University di Washington, DC. Mamie scelse quest'ultima, perché era situata nella capitale della nazione e per la presenza di numerosi neri da lei visti come modelli di ruolo. Iniziò così i suoi studi di matematica per diventare insegnante di quella materia. Alla Howard University incontrò quello che sarebbe divenuto suo marito, Kenneth Clark, studente di un master in psicologia. Kenneth ben presto la convinse a trasferirsi allo studio della psicologia, perché era una disciplina affascinante con migliori prospettive di impiego e la possibilità di esplorare il suo interesse per bambini. La presentò al capo del dipartimento di psicologia a Howard, il dottor Sumner, e al dottor Meenes (che sarebbe diventato un futuro collega). Entrambi i docenti incoraggiarono e sostennero gli interessi accademici della giovane. Mamie si laureò magna cum laude nel 1938. Dopo la laurea trovò lavoro come segretaria presso lo studio legale William Houston, coinvolto nella pianificazione del contenzioso relativo alla sfida delle leggi segregazioniste razziali. Nella pratica delle cause legali Mamie poté conoscere casi di desegregazione e incontrare importanti avvocati difensori dei diritti civili. Ella stessa fu testimone in prima persona degli effetti dannosi della segregazione razziale; infatti constatò che trovare buone occasioni di lavoro era difficile. Dirà in seguito: «Anche se mio marito mi aveva già assicurato un posto di insegnante presso il City College di New York, dopo la mia laurea divenne presto evidente per me che una femmina nera con un dottorato di ricerca in psicologia era un'anomalia indesiderata a New York nei primi anni 1940». Mamie ebbe due figli ma proseguì gli studi per ottenere il PhD. Il suo lavoro di tesi era stato incentrato sulla formazione dell'identità razziale e l'autostima e questa sua ricerca ha contribuito a spianare la strada per ulteriori indagini sul concetto di sé tra le minoranze. Nel 1943 conseguì il PhD presso la Columbia University: era l'unica donna di colore in tutto il programma e divenne il secondo afro-americano a ottenere un dottorato presso la Columbia: il primo era stato il marito. Dopo un breve lavoro di analisi dei dati per l'American Public Health Association, Mamie si trasferì per un posto di psicologo di ricerca presso l'Istituto delle Forze

Armato degli Stati Uniti. Mentre lavorava come psicologa testista si occupò di una organizzazione per senzatetto di ragazze nere, e in questa occasione notò come fossero limitati i servizi di salute mentale per i bambini appartenenti alle minoranze. Nel 1946, Mamie e il marito fondarono il Centro di Northside for Child Development, la prima agenzia ad offrire servizi psicologici a bambini e famiglie che vivevano nella zona di Harlem, che continuò a seguire in qualità di direttore del Centro fino al suo ritiro nel 1979. Mamie Clark muore nella sua casa di New York l'11 agosto del 1983.

### **Il test Doll Clark**

In un esperimento classico, la Clark mostrò a dei bambini neri due bambole che erano identiche in tutto tranne che nel colore della pelle: una bambola era bianca e l'altra nera. Ai bambini furono poi rivolte una serie di domande tra cui con quali bambole avevano preferito giocare, quale bambola era "bella", quale era una "bambola cattiva". I ricercatori scoprirono che non solo molti dei bambini identificavano la bambola nera come "cattiva", quasi il 50 per cento aveva scelto la bambola bianca come quella che assomigliava loro di più. Quando gli studenti neri delle scuole segregate furono confrontati con quelli dei distretti scolastici integrati, i risultati rivelarono che i ragazzi delle scuole segregate erano più propensi a descrivere la bambola bianca come quella "bella". L'esperimento ebbe un ruolo importante nella causa Brown contro il Board of Education di Topeka, il cui caso servì a dimostrare gli effetti nocivi della segregazione sui bambini. La Suprema Corte sentenziò nel 1954 che «la segregazione razziale nelle scuole degli Stati Uniti era incostituzionale». La Corte Suprema riconobbe i risultati della ricerca presentata dalla Clark, osservando quanto segue in merito agli effetti della segregazione sui bambini neri: «Separar[li] dagli altri della stessa età e con le stesse qualifiche per il solo fatto della loro razza genera un senso di inferiorità per il loro status nella comunità che può influenzare i loro cuori e le menti in modo tale che risulti improbabile [gli effetti] possano essere annullati ....». Mamie Phipps Clark ha svolto un ruolo importante nel movimento dei diritti civili, in quanto il suo lavoro, svolto in collaborazione con il marito, dimostrò che il concetto di "separati ma uguali" forniva una formazione tutt'altro che uguale ai giovani neri. Le sue indagini sul concetto di sé tra le minoranze ha ispirato ulteriori ricerche sul tema e ha aperto nuove aree di ricerca nel campo della psicologia dello sviluppo. Purtroppo, i suoi importanti contributi sono stati spesso trascurati, in passato, nei corsi di storia della psicologia, e i libri di testo citano il suo contributo solo di passaggio. Nel suo libro *Storia della Psicologia*, David Hothersall osserva che le minoranze, tra cui gli psicologi afroamericani, maschi e femmine, sono stati a lungo dimenticati nelle storie della psicologia ufficiale.

### **Il Centro Northside**

Mamie Phipps trovò un posto di psicologo presso la Casa Riverdale per bambini, un rifugio per ragazze nere senzatetto. Il lavoro in quel contesto le garantì una grande crescita professionale e la rese consapevole della mancanza di servizi psicologici per bambini neri nella zona di Harlem. Mamie e Kenneth presentarono una petizione alle agenzie di servizi esistenti per offrire ai bambini delle minoranze i servizi psicologici necessari. Entrambi decisero di donare gratuitamente il proprio tempo e la propria competenza. Dopo essersi scontrati con l'apatia o la resistenza da parte delle agenzie esistenti e delle chiese, decisero di creare una propria agenzia e fondarono il Centro Northside for Child Development, una delle prime agenzie che forniva servizi psicologici a bambini neri poveri. Mamie lavorò come direttore esecutivo del Northside dal 1946 fino al suo pensionamento nel 1979. La famiglia di Mamie fornì i fondi per arredare il Centro e diversi amici psicologi e assistenti sociali si offrirono di fare volontariato. Originariamente, all'apertura nel marzo 1946, il Center for Child Development comprendeva la sperimentazione Northside e il Centro di consultazione, ed è stato «il primo centro di orientamento a tempo pieno che offriva servizi psichiatrici, psicologici e studio di casi a bambini e famiglie nella zona di Harlem» (Clark, in O'Connell & Russo, 2001, p. 273). I residenti nella Comunità temevano inizialmente la stigmatizzazione sociale ed avevano paura ad utilizzare il Centro. Una maggiore consapevolezza della malattia mentale e le esigenze dei malati di mente cominciarono a cambiare questa percezione nella cultura americana. Fin dal 1940, molti bambini delle minoranze frequentanti le scuole pubbliche erano stati inseriti in programmi per ritardati mentali, nonostante l'opposizione dei genitori. Un gruppo di questi genitori fece appello al Centro per l'aiuto nella fornitura

di test per i loro figli e il personale del Centro fu in grado di stabilire che la maggior parte dei bambini dichiarati con ritardo mentale avevano un QI superiore. Un grande vantaggio per i residenti della comunità divenne il servizio di analisi del Centro per la valutazione dell'intelligenza. Il personale del Centro operò per il corretto posizionamento di questi bambini e per rendere illegale la pratica della valutazione dei bambini appartenenti a una minoranza svolta dalle scuole. Molti altri genitori portarono i loro figli al Centro per la verifica della valutazione: la reputazione del Centro risultò essere una risorsa preziosa per la comunità. Come risultato di questa interazione, e constatata la mancanza di sostegno didattico per i bambini delle minoranze, la Clark, fin dal suo primo anno di servizio, istituì un programma di recupero di matematica e di lettura presso il Centro. Oltre al suo lavoro al Northside, fece parte del Consiglio di Amministrazione della Società americana Broadcast, del Mount Sinai Medical Center, del Museo d'Arte Moderna e della New York Public Library, così come di altre organizzazioni. Fu anche consulente dell'Associazione Harlem Youth e della Commissione nazionale di pianificazione Headstart.

### **Le ricerche sulla formazione dei pregiudizi**

Sono importanti le ricerche condotte da Clark sulla formazione dei pregiudizi, ad es. sulla distinzione fra bambini bianchi e neri e di diversa età negli USA. Essi constatarono che già a 3 anni i bambini percepivano la differenza del colore della pelle. Tuttavia, a loro parere, la designazione di 'negro' veniva connessa chiaramente con il colore della pelle soltanto più tardi, a circa 6 anni di età. La separazione fra il gruppo in cui il bambino vive e il gruppo estraneo può avvenire più presto o più tardi, secondo l'educazione ricevuta. Per quanto riguarda i bambini ebrei, questa operazione si manifesta chiaramente prima nei bambini del gruppo maggioritario. Il bambino nero percepisce se stesso come respinto socialmente dagli elementi prestigiosi della società e sviluppa per questo un senso proprio di inutilità (1965). Kenneth e Mamie illustrarono il fenomeno per cui una persona appartenente ad un gruppo di basso rango sociale tende a nutrire una certa ostilità verso il proprio gruppo e dimostrarono che i bambini neri dai 3 ai 7 anni di età preferivano le bambine bianche e dimostravano solo una qualche attenzione per le bambole brune. Sottolinearono che l'autoaggressività sembrava prevalere presso tutte le minoranze etniche, ma era particolarmente diffusa presso i negri. Ad esempio uno dei risultati ben documentati fu l'emergere all'interno della comunità nera di una gerarchia di prestigio basata sulla tonalità di colore della pelle, ovvero quanto più chiara è la pelle tanto maggiore è il prestigio.

In uno studio del 1944 Mamie scelse gruppi di ragazzi di 11, 13 e 15 anni con una distribuzione del QI e riscontrò un declino nella media delle intercorrelazioni al test Primary Mental Abilities da .488 a .393.

In un ampio studio estensivo (1947) che coinvolgeva 253 bambini neri di età compresa fra i 3 e i 7 anni che frequentavano le scuole interrazziali nel Massachusetts o segregati nelle scuole in Arkansas, i due ricercatori non solo trovarono che la consapevolezza razziale si verifica originariamente e cresce con l'età, ma che il tipo di scuola frequentata dai bambini negri non ha un effetto apprezzabile sull'estensione del pregiudizio al quale pervengono in merito alle differenze razziali. Nello studio sulla preferenza dei bambini di giocare con altri bambini, i neri preferivano i coetanei neri nel 60% dei casi, mentre i bianchi nel 10%; a un test corrispondente, effettuato con figure, i risultati erano, rispettivamente, il 18% e il 72 %.

Kenneth, in un lavoro citato da Harding et al. (1969) su pregiudizio e relazioni tra etnie, sottolineò il peso eccessivo giocato dal ruolo dei genitori nella trasmissione degli atteggiamenti interrazziali. Egli sostenne che i simboli della discriminazione razziale, come la segregazione residenziale, le scuole e le chiese segregate (che implicavano l'inferiorità dei neri) agirebbe come un maggior potere educativo nelle vie interrazziali, e che, inoltre, i bambini spesso sviluppano atteggiamenti etnici ostili di fronte ai genitori, così come alle ammonizioni alla tolleranza e alla fratellanza del clero. Modelli opposti di comportamento si verificano altrettanto frequentemente, nei quali i bambini sviluppano atteggiamenti democratici rispetto all'ostilità etnica in famiglia. I bambini neri percepirebbero se stessi come socialmente respinti dagli elementi più prestigiosi della società e svilupperebbero un senso della propria inutilità.

\* Psicologo e docente di Psicologia del Lavoro Università di Brescia [cavadi@libero.it].

## BIBLIOGRAFIA

---

- Abbott, Shirley. "Mamie Phipps Clark, a Hot Springs Woman Who 'overcame the odds.'" *The Record* 47 (2006): 15-22.
- Butler, S. (2009). Mamie Katherine Phipps Clark (1917-1983). *The Encyclopedia of Arkansas History & Culture*. Retrieved Jan. 25, 2012.
- Clark, MP (1939). Lo sviluppo della coscienza di sé e l'emergere di identificazione razziale nei bambini in età prescolare negri. *Journal of Social Psychology*, 10, 591-599.
- Clark K.B. (1940). Some factors influencing the remembering of prose material. *Archives of Psychology*, 36.
- Clark Mamie P. (1944) Changes in primary mental abilities with age. *Archives of Psychology*, n° 291. 30.
- Clark, KB, e Clark, MP (1947). Identificazione razziale e la preferenza nei bambini negri. Nel TM Newcomb & EL Hartley (a cura di), *La lettura in psicologia sociale*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Clark, KB e Clark, MP (1950) Fattori emotivi in Identificazione razziale e Preferenze nei bambini negri. *Journal of Negro Istruzione*, 19, 506-513.
- Clark, KB e Clark, MP (1980) Cosa ne neri pensano di se stessi? *Ebano*, novembre 1980
- Martin, J. (1994). Clark, Kenneth B. 1914-. *Contemporary Black Biography*. Retrieved Jan. 25, 2012.
- Clark K.B. (1950) Emotional factors in racial identification and preference in Negro children. In M. Grossack (Edt.) *Mental health and segregation*. Springer, New York.
- Clark K.B. (1953) Desegregation: an appraisal of the evidence. *Journal of Social Issues*, 9,n°4
- Clark K.B. (1955) *Prejudice and your child*. Beacon Press, Boston.
- Clark K.B. (1963) Educational stimulation of racial-disadvantaged children. In A.H. Passow (Edt.) *Education in depressed areas*. Teachers College Columbia Bureau of Publications, New York, 142-162.
- Clark K.B. (1974). *The pathos of power*. Harper & Row, New York.
- Clark K.B. & Clark M.P. (1939) Development of consciousness of self and the emergence of racial identification in Negro preschool children. *Journal of Social Psychology*, 10, 591-599.
- Clark K.B. & Clark Mamie P. (1947). Racial identification and preference in Negro children. In T.M. Newcomb & E.L. Hartley (Eds.) *Reading in social psychology*, Holt, Rinearth and Winston, New York, 169-178.
- Tussman, Joseph, ed. *The Supreme Court on Racial Discrimination*. New York: Oxford University Press, 1963.



### Mamie Phipps Clark (1917-1983)

Well-known psychologist Mamie Phipps Clark had a prominent role in the negro communities' fight against segregation in the USA. Phipps was able to demonstrate to the American Court that prejudice and discrimination affected the Negro children in terms of racial disadvantage and sense of self.

KEYWORDS Racial segregation, civil rights, development psychology, minorities

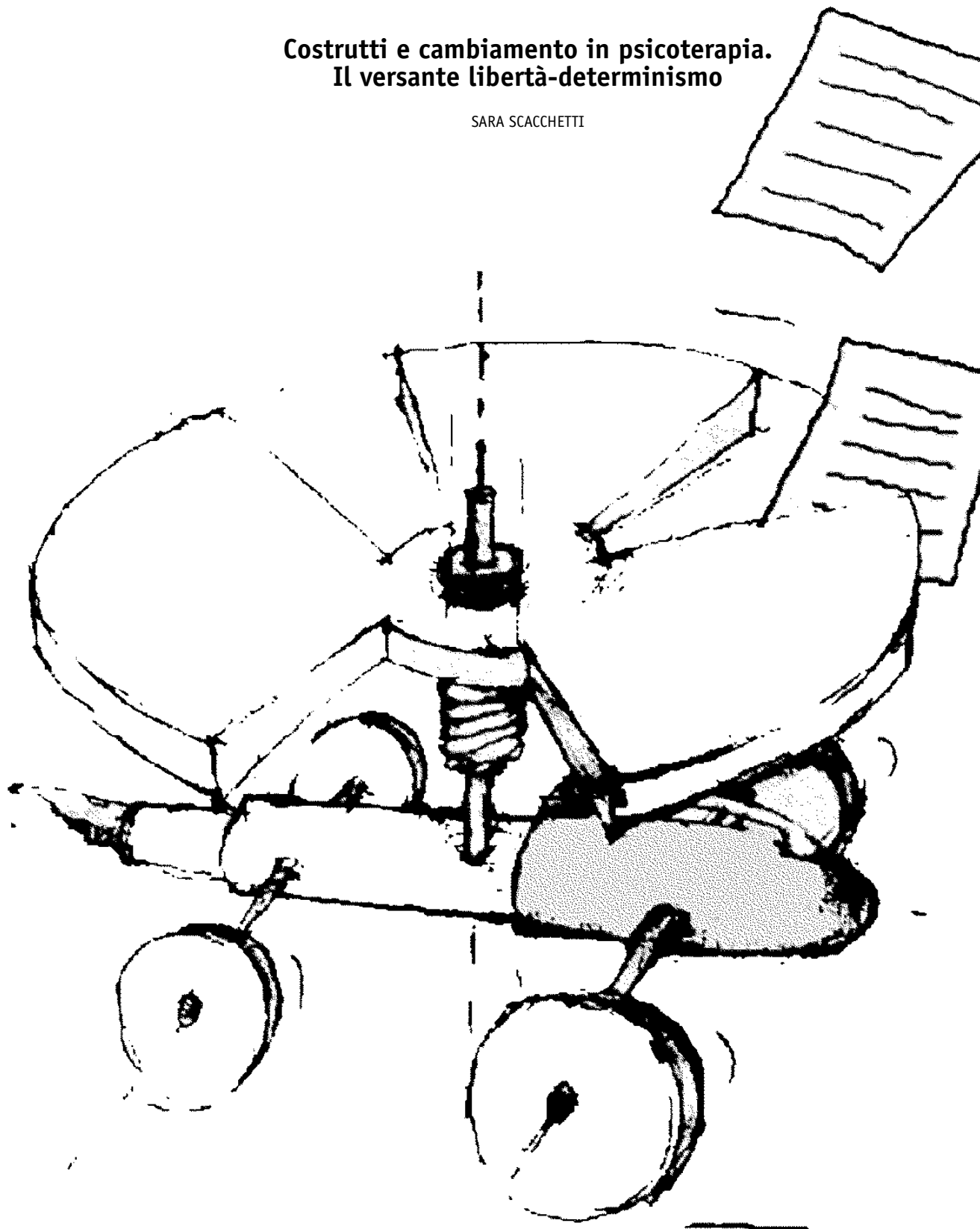
---



# link **strumenti**

**Costrutti e cambiamento in psicoterapia.  
Il versante libertà-determinismo**

SARA SCACCHETTI



# Costrutti e cambiamento in psicoterapia. Il versante libertà-determinismo

## Personal constructs and change in psychotherapy. From determinism to freedom

**La presenza di strutture cognitive profonde deputate a organizzare, anticipare e rappresentare l'esperienza era stata riconosciuta da Freud nella teoria del transfert (Semerari, 1996, p. 106). Rogers ne parla dapprima negli anni '30, basandosi sulle proprie intuizioni cliniche e, in seguito, nella sua teoria della personalità (1951); Kelly ne fa l'oggetto del suo lavoro più famoso *The Psychology of Personal Constructs* (1955). La stessa concezione è rintracciabile negli scritti di Bowlby (1969), quando descrive il sistema motivazionale dell'attaccamento, e i sistemi individuali anticipatori, *internal working models*. Con il termine costruttivismo, si intende «la posizione filosofica secondo cui la realtà conosciuta non precede la conoscenza, ma viene a qualche livello costruita, o ri-costruita, dal soggetto conoscente» (Kelly, 1955/2004, p. XI).**

SARA SCACCHETTI\*

PAROLE CHIAVE Percezione, concetto del Sé, congruenza, realtà

---

### **I costrutti: George A. Kelly e Carl Rogers**

Per Kelly (1955) e Rogers (1951), i costrutti sono punti prospettici dai quali osservare il mondo.

In *The Psychology of Personal Constructs* (G. Kelly, 1955), il costrutto è descritto come 'schema di lettura' degli eventi (per predirli, controllarli, dare loro un significato) e si crea a seguito di esperienze vissute, stimoli provenienti dal proprio ambiente familiare, sociale, culturale.

Il concetto cardine della psicologia dei costrutti personali, cioè che: «esistono molteplici modalità alternative ugualmente valide per interpretare la realtà» (Kelly, 1955/2004, p. XI), appare rivoluzionario se si considera che negli anni Cinquanta il modello prevalente era quello comportamentista, basato sulla dinamica stimolo>risposta. La proposta di Kelly intendeva restituire un proprio spazio alla sfera soggettiva: «lo scopo precipuo dell'uomo è predire e controllare gli eventi, ossia attribuire ad essi un significato» (*ibidem*, p. XII), e sostenere l'ipotesi dell'uomo-scienziato, «motivato da ragioni epistemiche, in grado di adattare attivamente a sé il proprio ambiente, grazie alla capacità creativa di rappresentarsi l'ambiente e non semplicemente di rispondere ad esso».

In senso generale, un costrutto è «una rappresentazione dell'universo, elaborata da una creatura vivente e poi verificata rispetto alla realtà di quell'universo» (Kelly, 1955/2004, p. 9); viene utilizzato dal soggetto per fare previsioni che, alla prova

*Il concetto cardine della psicologia dei costrutti personali, cioè che: «esistono molteplici modalità alternative ugualmente valide per interpretare la realtà» (Kelly, 1955/2004, p. XI), appare rivoluzionario se si considera che negli anni Cinquanta il modello prevalente era quello comportamentista, basato sulla dinamica stimolo>risposta.*

dei fatti, risulteranno adeguate o non adeguate, con conseguente adattamento e revisione del costrutto originario.

Anche il 'concetto di sé' è un costrutto sovraordinato, costituito da attributi e attribuzioni che il soggetto riferisce a se stesso, e dalle valutazioni provenienti dall'ambiente esterno. Kelly lo definisce 'ruolo nucleare' e, riprendendo Lecky (1945), afferma che la principale motivazione al comportamento è appunto il bisogno di mantenere il senso di coerenza del sé.

È quindi attraverso il sistema dei costrutti che il soggetto percepisce la realtà: essi vengono validati o non validati dall'esperienza e, secondo il grado di flessibilità del sistema, possono essere modificati o sostituiti. «I costrutti sono gerarchicamente organizzati in sistemi e sono soggetti a verifica rispetto alla loro utilità nell'aiutare la persona ad anticipare il corso degli eventi che costituiscono l'universo... Nella struttura di un sistema, determinismo e libertà rappresentano gli aspetti direzionali del sistema stesso... un costrutto è determinato da quegli elementi con i quali l'individuo ritiene di dover essere sempre coerente ed è libero rispetto a ciò che lo stesso individuo ritiene di dover sempre considerare come subordinato» (Kelly, 1955, p. 38).

Un costrutto sovraordinato, più stabile rispetto ai costrutti periferici o subordinati, rappresenta i valori ritenuti essenziali dall'individuo, importanti per l'identità personale. Le relazioni gerarchiche fra costrutti servono a garantire la coerenza interna del sistema, a limitare il rischio di incompatibilità predittiva tra i costrutti, a mantenere un certo livello di flessibilità e la possibilità di cambiamento.

L'approccio terapeutico al disagio psichico presuppone una diagnosi del sistema dei costrutti del paziente, un percorso di rieducazione e un processo di cambiamento dei costrutti disfunzionali.

Kelly morì nel 1967 a Boston, dove era stato invitato da Maslow alla Brandeis University: la sua opera si diffuse in Europa, negli anni '60 grazie all'iniziativa di due psicologi costruttivisti inglesi, Don Bannister e Fay Fransella, e dell'olandese Hans Bonarius, ma la pubblicazione completa dei suoi lavori, curata da Bannister e Fransella, uscì con l'Editore Routledge a Londra nel 1991.

Il tema ricorrente e fondamentale è il cambiamento: l'obiettivo della buona psicoterapia è la conquista di modalità più libere di approccio alla realtà; il paziente può scegliere se modificare/sostituire i propri costrutti, «ri-costruendo la propria vita» (Kelly, 1955, pag. 17). Un passaggio importante è l'incontro con il Sé, uno dei più determinanti costrutti personali, un Sé differenziato dalle altre individualità: «la gran parte della vita sociale di una persona è controllata dai confronti che essa giunge a vedere fra sé e gli altri... Quando una persona inizia ad usare se stessa come un dato nel formare costrutti... scopre che i costrutti che forma funzionano come controlli rigorosi del proprio comportamento» (*ibid.* p. 121).

Kelly parla di libertà e indipendenza anche per lo psicoterapeuta: «Lo psicologo dovrebbe... mantenere sempre una certa indipendenza rispetto alla propria teoria... Anche i risultati sperimentali non forniscono mai una prova definitiva della sua verità» (*ibid.* p. 39).

Come sviluppare nuovi e più efficaci costrutti? Il modo più semplice suggerito da Kelly è quello di sperimentare elementi nuovi e diversi. Il terapeuta può essere di grande aiuto al paziente, per esempio fornendogli nuovi elementi verbali.

L'Autore ha potuto verificare personalmente la validità e l'efficacia nell'ambito della psicoterapia infantile della parola nello sviluppo di storie costruite con i piccoli pazienti: i nuovi costrutti, elaborati attraverso la storia, sostituivano gradualmente i costrutti inadeguati. Un altro valido strumento di cura è il role-playing, che permette al paziente di sperimentare ruoli nuovi, anche se artificiali, e lo sollecita a cambiare, nei limiti del possibile, la propria rappresentazione della realtà. Kelly sottolinea quanto sia arduo il compito del terapeuta e quanto sia importante possedere specifiche capacità verbali; è necessaria inoltre una capacità di attenzione a quanto accade nel paziente per non correre il rischio di confermare, invece di sostituire, i costrutti disfunzionali, e per evitare che elementi nuovi, se contrari a uno o più costrutti personali o se richiamano esperienze traumatiche, possano risultare intollerabili per il paziente.

Il cambiamento amplifica l'esperienza, presentando aspetti di novità all'apprendimento del soggetto. L'apprendimento è sinonimo e costruttore di esperienza: «L'esperienza è quella porzione dell'universo che accade a noi – cioè che noi costruiamo in tempi successivi – e l'aumento di esperienza... è funzione delle successive revisioni del nostro sistema costruttivo nella direzione di un incremento della sua validità» (*ibid.* p. 160).

Numerosi richiami alla teoria costruttivista di G. Kelly sono presenti nella teoria della personalità di Carl Rogers (Rogers, 1951/2007), formulata sulla base dell'esperienza clinica e di intuizioni originali maturate negli anni '30. Per Rogers, sostenitore di un approccio non-direttivo nella relazione con il 'cliente', lo strumento della cura è la qualità della relazione terapeutica. Il ruolo più significativo è riservato alle emozioni (Rogers, 1951/1989/2007), non trascurate neppure da Kelly. Il terapeuta deve essere capace di empatia e di accettazione incondizionata, avere fiducia nelle risorse riparatrici del cliente ed essere congruente rispetto al proprio sentire.

A sostegno della sua teoria, Rogers precisa che: «È una teoria fondamentalmente fenomenologica e utilizza il concetto di sé come costrutto esplicativo» (Rogers, 1951/2007, p. 393). Il più recente approccio cognitivo-costruttivista si è progressivamente avvicinato alle posizioni rogersiane. Ciò che distingue l'approccio rogersiano dall'approccio cognitivo-costruttivista è la centralità dell'esperienza organismica. Rogers affida la verità dell'esperienza ai 'fatti' e considera l'esperienza organismica l'unico affidabile 'dato di realtà': la distorsione o negazione di esperienze organismiche che contrastano con il concetto del sé possono creare disfunzioni e disagio psichico. Individua nello stadio evolutivo del bambino la fase del ciclo di vita nella quale si possono instaurare fenomeni psichici come distorsione o rimozione dell'esperienza, che possono essere «determinanti per il successivo svilupparsi di forme di disadattamento psicologico» (*ibid.* p. 361); sottolinea che la prima e più importante esperienza del bambino è «essere amato dai genitori», e che, quando è amato, «Egli percepisce se stesso come amabile, come degno d'amore e percepisce la sua relazione con i genitori come una relazione di affetto. Il bambino vive tutto questo con soddisfazione. Questo è un nucleo importante della struttura del sé agli inizi del suo sviluppo» (p. 361). Questa esperienza diventa uno schema, un costrutto nucleare, al quale si agganceranno, con il proseguire della crescita, altre esperienze e valutazioni. Si deve dunque a Rogers, oltre all'introduzione della terapia non direttiva, la formulazione di una teoria del concetto del sé e della coerenza del sé fondata sull'esperienza organismica: il disagio registrato a livello viscerale è causato dall'incongruenza tra concetto del sé ed esperienza vissuta.

Il lavoro terapeutico è un percorso di ricerca e di approfondimento dell'esperienza organismica del soggetto, del significato e ruolo delle sue credenze e dei suoi costrutti, della loro influenza sul *sense of coherence* e sul comportamento individuale. I dati raccolti sono necessari per instaurare un processo di consapevolezza, definibile come 'processo terapeutico' e anche 'promozione del cambiamento', nel corso del quale l'obiettivo dell'azione terapeutica è l'integrazione e armonizzazione di elementi di conoscenza, aspetti cognitivi, stati emozionali, mentali ed organismici. Il terapeuta può aiutare il paziente a modificare i propri costrutti disfunzionali e a costruire varianti ed alternative più efficaci.

Gli strumenti del terapeuta rogersiano sono empatia, accettazione incondizionata, congruenza, in un processo del quale numerose ricerche hanno dimostrato la validità (Rogers, 1951/89/2007; Rogers & Kinget, 1965-66/1970).

Nell'ottica della 'promozione della salute' (Carta di Ottawa, 1986), lo studio dei fattori di resilienza ha messo in luce la capacità dell'essere umano di riorganizzare positivamente la propria vita nonostante le criticità.

### **Attività mentale e costrutti: il Cognitivismo-costruttivismo**

Walter Mischel, un allievo di Kelly, affermò: «Molto prima che la psicologia cognitiva esistesse, Kelly creò una teoria della personalità realmente cognitiva» (Mischel, 1980, p. 86). Gli psicologi cognitivisti riconoscono a Kelly il merito di aver aperto nuovi orizzonti alla psicoterapia: «una visione della conoscenza come processo di costruzione e ricostruzione ricorsiva dell'esperienza è alla base della psicoterapia dei costrutti personali (Kelly, 1955; Epting, 1984) che può essere considerata l'antesignana degli approcci costruttivisti al cambiamento» (Chiari e Nuzzo, 1996, pp. 37-38).

Gli Autori identificano come costrutti anche la mente e il corpo, «deputati a segmentare, per ben delimitati fini cognitivi, una realtà soggettivamente costruita» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 38).

Tuttavia molti altri autori (Fransella e Neymeyer, 2003; Chiari e Nuzzo, 2003; Castiglioni, 2004) non condividono questa attribuzione ed evidenziano come Kelly non ponesse quella frattura fra cognition ed emotion, fra cognizione ed emozione, ri-

*Il lavoro terapeutico è un percorso di ricerca e di approfondimento dell'esperienza organismica del soggetto, del significato e ruolo delle sue credenze e dei suoi costrutti, della loro influenza sul *sense of coherence* e sul comportamento individuale. I dati raccolti sono necessari per instaurare un processo di consapevolezza, definibile come 'processo terapeutico' e anche 'promozione del cambiamento', nel corso del quale l'obiettivo dell'azione terapeutica è l'integrazione e armonizzazione di elementi di conoscenza, aspetti cognitivi, stati emozionali, mentali ed organismici.*

*I cognitivisti dichiarano di avere come «oggetto privilegiato di studio le strutture e i processi con cui si organizzano e si elaborano le conoscenze e gli scopi» e che il termine 'cognitivo' «non va inteso nel senso di 'mentale... ma come sinonimo di 'conoscitivo'». A supporto, riferiscono che il sistema cognitivo è un sistema relativamente coerente e che «le categorie costitutive dell'attività mentale, conoscenze e scopi, possono essere formalizzate in "motivazioni, credenze, obiettivi, desideri, intenzioni" e "stati mentali condivisi"».*

scontrabile invece nell'ambito delle teorie cognitive, almeno fino a tempi relativamente recenti. Castiglioni vede la posizione di Kelly molto vicina a quella di Bruner (1990), il quale polemizzò contro la metafora computazionale cognitivista a favore di una visione dell'uomo come 'ricercatore di significato'. Nella recensione all'opera di Kelly, Bruner (1956) aveva infatti sottolineato come, attraverso le dimensioni semantiche dei costrutti personali, l'uomo possa dare senso a se stesso, al mondo, alle relazioni interpersonali.

Un altro elemento di diversità rispetto al cognitivismo, individuato dagli psicologi costruttivisti Fransella e Neimeyer, è quello della value free orientation: nella terapia costruttivista i significati personali del cliente vengono accettati così come sono, e il terapeuta cerca di comprenderne il punto di vista (Fransella e Neimeyer, 2003). A loro volta gli scienziati e i ricercatori cognitivisti dichiarano di avere come «oggetto privilegiato di studio le strutture e i processi con cui si organizzano e si elaborano le conoscenze e gli scopi» (Mancini, 2002, p. 10) e che il termine 'cognitivo' «non va inteso nel senso di 'mentale'... ma come sinonimo di 'conoscitivo'» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 38). A supporto, riferiscono i risultati delle ricerche, le quali evidenziano come il sistema cognitivo sia un sistema relativamente coerente (Castelfranchi e Miceli, 2002, p. 55) e che le «categorie costitutive dell'attività mentale, conoscenze e scopi» (Mancini, 2002, p. 11) possono essere formalizzate in «motivazioni, credenze, obiettivi, desideri, intenzioni» e «stati mentali condivisi» (Bara e Cutica, 2002, cap. 9). È stata inoltre rilevata una caratteristica di resistenza al cambiamento insediata nel sistema, confermando le intuizioni/ipotesi dei costruttivisti. L'assunto di base del cognitivismo afferma che «i pensieri, i comportamenti, gli atteggiamenti» sono regolati «dalla mente della persona, dal suo sistema di significati» (Mancini e Gangemi, 2002, p. 201). Il concetto di mente sottintende l'attività, e/o l'apparato ad essa preposto, di regolazione finalistica del comportamento sulla base di rappresentazioni. L'apparato mentale «costruisce, elabora, mantiene rappresentazioni al fine di regolare sulla loro base, in modo orientato ad uno scopo, il comportamento di un sistema agente, un sistema che modifica il suo ambiente» (*ibidem*).

Le categorie costitutive dell'attività mentale sono, in questa prospettiva, «le conoscenze (assunzioni, credenze) e gli scopi» (*ibidem*).

I clinici cognitivisti (Beck, 1976; Ellis, 1962; Guidano, 1987) tracciano una linea di continuità tra atteggiamenti normali e atteggiamenti psicopatologici: entrambi sono regolati dal sistema di conoscenze e scopi dell'individuo, costruttore attivo della propria esperienza, il quale sperimenta emozioni per il significato che attribuisce ai fatti, avendo sempre la possibilità di costruire significati alternativi (Kelly, 1955; Ellis, 1962; Beck, 1967; Guidano e Liotti, 1983; Reda, 1986). Kelly (1955) definiva 'disfunzione psichica' qualunque costruzione che continuasse ad essere utilizzata nonostante ripetute e consistenti invalidazioni.

Il cognitivismo clinico assume che «gli stati mentali, le emozioni e le linee di condotta dell'individuo siano da spiegare sulla base delle sue assunzioni e dei suoi scopi» (Mancini, 2002, p. 10).

Le ricerche sulle funzioni mentali e gli studi sulla teoria della mente hanno introdotto nuovi modelli di analisi, per esempio il nuovo modello dell'autismo (Baron - Cohen, 1995), definito in termini di deficit metacognitivo, una categoria estesa alla schizofrenia (Frith, 1992) e ai disturbi di personalità (Semerari, 1999).

La psicologia cognitiva ha potuto verificare che il sistema cognitivo umano elabora la realtà attraverso simboli e rappresentazioni. Tuttavia «... rifiuta la possibilità di una corrispondenza ultima con la realtà» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 31), e condivide una posizione di realismo critico: «esiste una realtà esterna, avente una sua struttura ben definita, ma la possibilità di conoscere tale realtà è limitata, almeno nel senso della completezza, se non della veridicità... la relazione tra conoscenza e realtà è nei termini di una corrispondenza incompleta» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 31). Per i cognitivisti-costruttivisti la 'conoscenza' può essere invenzione, rispecchiamento e rappresentazione: credenze e costrutti sono parte del processo di conoscenza.

Piaget aveva delineato un'epistemologia radicale, ipotizzando che il processo di conoscenza comportasse l'assimilazione e l'accomodamento a strutture preesistenti. Più recentemente, con il termine 'costruttivismo epistemologico', Chiari e Nuzzo (1996) hanno evidenziato la natura del rapporto fra intenzionalità (soggetto conoscitivo) e realtà, il cui prodotto non è il rispecchiamento di una realtà ontologica oggettiva, ma «un ordinamento e un'organizzazione di un mondo costituito dalla nostra esperienza» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 35).

Successivi sviluppi della psicologia cognitiva, che recepiscono la concezione della conoscenza postulata dalla filosofia fenomenologica ed ermeneutica di Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Gadamer, Foucault, Habermas, dagli studi dei biologi Maturana e Varela (1980, 1987) e dalla cibernetica, fanno intravedere la possibilità di un costruttivismo ancor più complesso, «un vero e proprio *tertium datur*» (*ibidem*) rispetto ai poli tradizionali che oppongono realismo, secondo il quale gli oggetti esterni esistono indipendentemente da noi, ed idealismo, che sostiene che solo i fenomeni mentali sono reali. «Un agente cognitivo è un agente che basa le sue decisioni, le sue intenzioni e azioni sulle sue credenze» (Castelfranchi e Miceli, 2002). Allo stesso modo Sigmund Freud aveva parlato di inconscio e di conoscenze inaccessibili all'esperienza che tuttavia influenzano il comportamento.

Le credenze hanno un ruolo importante nell'alimentare la sofferenza psichica, un fenomeno che viene di solito descritto in termini di «specifiche forme di disagio, conflitto, fattori di stress o emozioni negative» (Miceli e Castelfranchi, 2002, p. 57). Gli stati mentali ed emotivi correlati vengono spesso raggruppati sotto il termine *distress* o *discomfort* e includono tristezza, depressione, ansia e rabbia (Barnett, Brennan et al., 1995; D'Angelo, Weinberger e Feldman, 1995; Mirowsky e Ross, 1995; Prévile, Potvin e Boyer, 1995; Zahn-Waxler, 1995).

Inoltre, sottolineano i cognitivisti, le credenze intrattengono legami con gli scopi della persona: «le conoscenze» (termine utilizzato per sottintendere motivazioni, obiettivi, desideri, credenze, intenzioni), «sono funzionali al raggiungimento degli scopi, e quindi il loro legame con questi interferisce con l'acquisizione, il mantenimento, e il cambiamento delle credenze» (Castelfranchi e Miceli, 2002, p. 60). La qualità, l'intensità e la rilevanza del legame giocano un ruolo nella resistenza al cambiamento: «l'agente cognitivo preferisce rigettare le credenze meno rilevanti... e quelle sgradite» (*ibidem*). Il principio descritto è alla base dei meccanismi di difesa «volti ad evitare la sofferenza ingenerata da credenze» (*ibidem*, p. 57). Le strategie di difesa possono riguardare anche gli scopi, soprattutto quelli non tollerabili o non raggiungibili e perciò dolenti; di conseguenza: «per attaccare uno scopo bisogna sostanzialmente lavorare sulle credenze» (*ibidem*, p. 61). Stimolare il cambiamento è un obiettivo comune a diversi orientamenti teorici e assume in questo contesto il significato di demolire credenze: però, per «demolire una credenza è necessario demolire le credenze ad essa connesse» (Miceli e Castelfranchi, 2002, p. 58). L'operazione richiede quindi la 'demolizione' della credenza forte, e l'attacco alle premesse inferiori, e può causare disagio di varia intensità.

Gli psicologi cognitivo-costruttivisti concordano sull'ipotesi che gli organismi dotati di regolazione cognitiva costruiscono rappresentazioni del mondo interno ed esterno e che il 'contenuto' psichico, formato da scopi, desideri, motivazioni, sensazioni, emozioni, percezioni, ecc. entra in gioco e si confronta con il raggiungimento o il non raggiungimento degli scopi/obiettivi. Gli autori ribadiscono che il set-point, ossia lo scopo da raggiungere, è «costituito da una rappresentazione (stato regolatore)» e che questa rappresentazione viene «confrontata con un'altra rappresentazione, lo stato percepito, il mondo com'è» (Miceli e Castelfranchi, 2002, p. 65). Lo 'stato regolatore' è il prototipo dell'oggetto mentale fondamentale chiamato 'scopo', che in realtà è costituito da una complessa famiglia di desideri, bisogni, aspirazioni, intenzioni, mentre lo 'stato percepito' è il prototipo dell'altro oggetto mentale fondamentale, costituito dalle conoscenze, cioè percezioni, credenze, opinioni, previsioni, le quali fungono da filtro attraverso cui passano gli stimoli provenienti dall'esterno, quello che chiamiamo 'realtà'.

Qual è l'esito del confronto? «L'azione del sistema, basata su tale stato percepito, tende ad adeguare il mondo allo stato regolatore» (*ibidem*).

Gärdenfors (1978), Harman (1986) e altri ricercatori hanno postulato la presenza nel sistema cognitivo di una 'resistenza' a modificare le proprie credenze, e di un principio economico di 'cambiamento minimo' nel caso in cui il cambiamento sia necessario. Questi elementi sembrano rafforzare l'ipotesi che esista un metascope, il cui obiettivo sia il mantenimento delle proprie credenze, a tutela della stabilità e coerenza del sistema complessivo. La frustrazione di una o più unità del sistema, di una o più credenze, comporta una forma di disagio cognitivo che è stato etichettato come 'disagio epistemico'. Numerosi esempi di questo disagio sono stati registrati nel corso della storia dell'umanità come conseguenza di eventi straordinari: la scoperta che la terra non è piatta, che il mondo non è stabile, conoscibile, prevedibile, ecc.

In sintesi, lo studio della coscienza e i dati relativi al funzionamento della mente

*Le credenze possono svolgere tre ruoli in relazione alle emozioni. Un primo gruppo comprende le credenze di attivazione: le emozioni sono attivate da rappresentazioni endogene, per esempio immagini, proposizioni, valutazioni positive o negative; ci sono poi credenze di attribuzione causale, mediante le quali l'agente cognitivo stabilisce un nesso tra l'arousal, o reazione somatica, e l'emozione; il terzo gruppo riguarda le credenze di categorizzazione, quelle cioè che portano il soggetto ad interpretare, riconoscere ed etichettare i propri stati d'animo come l'una o l'altra emozione.*

*Secondo i cognitivisti, le credenze intrattengono legami con gli scopi della persona: «le conoscenze» (termine utilizzato per sottintendere motivazioni, obiettivi, desideri, credenze, intenzioni), «sono funzionali al raggiungimento degli scopi, e quindi il loro legame con questi interferisce con l'acquisizione, il mantenimento, e il cambiamento delle credenze». La qualità, l'intensità e la rilevanza del legame giocano un ruolo nella resistenza al cambiamento: «l'agente cognitivo preferisce rigettare le credenze meno rilevanti... e quelle sgradite».*

evidenziano la modernità del pensiero di G. A. Kelly: «secondo la scienza cognitiva... la consapevolezza di qualcosa viene costruita, non è un dato di fatto» (Bara, 1999, p. 93). La posizione cognitivista viene chiarita nell'introduzione al Manuale di Psicoterapia Cognitiva (Bara, 1996): «Percorre il volume uno spirito pienamente cognitivista, che finalmente non paga più debiti al comportamentismo – e alla psicoanalisi – ma tranquillamente cerca di filtrare quanto hanno generato. Ciò significa affrancarsi da pratiche sempre più stancamente legate ai sintomi, per imboccare la strada della comprensione di emozioni e stati mentali, e della relazione che tutto lega... una posizione radicalmente innovativa... costruttivista ed evolutiva» (Bara, 1996, p. 15). Bara fa inoltre riferimento alla funzione autopoietica presente in «qualunque entità – biologica, mentale e relazionale» (*ibidem*), e aggiunge che «il sistema uomo aggiusta se stesso sulla base sia delle esperienze vissute, sia della riflessione sulle esperienze stesse» (*ibidem*).

Per quanto riguarda le emozioni, l'atteggiamento dei cognitivisti è cambiato nel tempo (Chiari e Nuzzo, 1985, 1987, 1988). Dapprima del tutto ignorate, esse vengono attualmente considerate parte del processo conoscitivo: «una parte centrale e relativamente più stabile, che si manifesta come sensazione nell'imminenza di un riordinamento profondo dell'esperienza personale» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 38). Questa posizione richiama le ipotesi di Kelly sulle dimensioni emotive, sulla loro insorgenza in prossimità di ristrutturazioni del sé e del ruolo nucleare, e sulla profonda risonanza prodotta nella struttura nucleare dalle minacce al mantenimento della coerenza del sé.

Le emozioni vengono descritte come «un complesso stato soggettivo» costituito «dall'integrazione di componenti somatiche e mentali, cognitive e motivazionali» (Miceli e Castelfranchi, 2002, p. 96). L'emozione è il prodotto di una «struttura integrata di credenze e scopi, legata alla sua natura funzionale, determinante per la sua natura intensionale e per la sua categorizzazione, ed esplicativa della sua attuazione e motivazione» (*ibidem*). Le emozioni sono definite 'intensionali', cioè vertono su qualcosa, hanno un oggetto, un destinatario. I loro costituenti sono le credenze e gli scopi. In particolare, le credenze possono svolgere tre ruoli in relazione alle emozioni (Miceli e Castelfranchi, 2002). Un primo gruppo comprende le credenze di attivazione: le emozioni sono attivate da rappresentazioni endogene, per esempio immagini, proposizioni, valutazioni positive o negative; ci sono poi credenze di attribuzione causale, mediante le quali l'agente cognitivo stabilisce un nesso tra l'arousal, o reazione somatica, e l'emozione; il terzo gruppo riguarda le credenze di categorizzazione, quelle cioè che portano il soggetto ad interpretare, riconoscere ed etichettare i propri stati d'animo come l'una o l'altra emozione, per esempio: «sono furioso con mio fratello», «sono triste», ecc.

Nell'ambito della resistenza al cambiamento, un esempio eclatante di conflittualità tra credenze ed emozioni è il paradosso nevrotico (Mancini e Gangemi, 2002). La psicopatologia offre un'ampia casistica di resistenze al cambiamento che appaiono chiaramente paradossali (Eysenck, 1979; Liotti e Guidano, 1984; Seligman, 1988). I risultati delle ricerche sui disturbi di personalità svolte da vari autori (Gardner, Mancini e Semerari, 1988; Guidano, 1987, 1991; Pretzer e Beck, 1996; Reda, 1986; Semerari, 1999, 2000) evidenziano casi in cui il paziente stesso riconosce l'opportunità e la possibilità del cambiamento, tuttavia non lo realizza, e costruisce attorno al proprio atteggiamento patologico un percorso esistenziale di frustrazione e sofferenza. In un'altra ricerca (Trope e Liberman, 1993), sono state studiate le modalità mediante le quali il ragionatore pragmatico controlla la validità delle proprie ipotesi. I ricercatori hanno evidenziato i processi cognitivi che si attivano necessariamente per decidere se e come perseguire i propri obiettivi, partendo dall'articolazione di due fasi principali: generazione e controllo. Tuttavia, nella vita di ogni giorno assistiamo alla messa in atto di atteggiamenti e comportamenti paradossali ed è evidente che non tutti sono patologici: basti pensare a chi fuma sapendo che il fumo nuoce alla salute, o a chi affronta costi e rinunce per conformarsi ai dettami di credenze superstiziose, pur sapendo che tali credenze non hanno fondamento. Nei casi patologici, gli effetti di comportamenti e atteggiamenti paradossali diventano più pervasivi e nocivi e il cambiamento, che sembrerebbe a portata di mano, non viene realizzato, nonostante gli alti costi in termini di sofferenza personale.

Alcuni autori sono convinti che la patologia sia «un processo attivamente costruito dal soggetto, piuttosto che l'estrinsecazione di una struttura fissa... gli atteggiamenti paradossali si spiegano ricorrendo a scopi e credenze» (Mancini e Gangemi,

2002, p. 203). Come sintetizzano Pretzer e Beck (1996, pag. 56): «Gli schemi individuali alterano la percezione degli eventi in modo che le esperienze in contraddizione con le convinzioni del paziente vengono fraintese, trascurate o ridimensionate, mentre nello stesso tempo la sua interpretazione degli eventi e il suo comportamento interpersonale si traducono in esperienze che sembrano confermare i suoi schemi disfunzionali». Le informazioni vengono così interpretate «in modo da favorire la creazione di una coesione interna piuttosto che la veridicità esterna» (Panzarella, Alloy et al, 1999).

Una spiegazione analoga era stata fornita dai costruttivisti (Kelly, 1955; Bannister e Fransella, 1971; Villegas, 1992; Winter, 1990,1992) e dai cognitivisti post-razionalisti (Guidano, 1987, 1991; Reda, 1986): la coerenza interna è il corrispondente concetto/costrutto stabile e continuativo di identità personale e senso di sé. I dati mettono in luce come lo stato emotivo possa influenzare l'apprendimento, la selezione delle informazioni e dei ricordi (Semerari, 1999).

### **Una psicoterapia cognitivo-costruttivista**

Per quanto riguarda il processo psicoterapeutico, i cognitivisti-costruttivisti hanno elaborato modelli formali per leggere specifici pattern patologici. Un esempio è il modello strutturalista proposto da Guidano e Liotti (1979), i quali evidenziano il ruolo delle modalità di attaccamento disfunzionali nella formazione di pattern personali di conoscenza rigidi e paradossali, «caratteristici di 4 sindromi cliniche: depressione, agorafobia, pattern ossessivi compulsivi, disturbi alimentari» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 39). Sviluppi successivi del percorso teorico e sperimentale porteranno Guidano ad elaborare un approccio sistemico processuale alla psicopatologia, con modalità che vedono il terapeuta impegnato nel ruolo di perturbatore di sistemi cognitivi rigidi, avversi al cambiamento terapeutico (Guidano, 1991). Liotti seguirà un percorso alternativo, focalizzato sulla qualità delle relazioni interpersonali nell'ambito di una visione cognitivo-evolutiva (Liotti, 1991, 1994).

Kelly (1955) consigliava al terapeuta di attivare tutta la propria arte nel rapporto con il paziente; allo stesso modo Chiari e Nuzzo giudicano il ruolo del terapeuta simile a quello di un «artista conversazionale», di un «architetto del processo dialogico» la cui abilità consiste «nella creazione di uno spazio che faciliti una conversazione dialogica» e specificano che «Il terapeuta esercita la sua arte attraverso l'uso di 'domande conversazionali', ovvero di domande che partono da una condizione di 'non conoscenza' anziché di domande informate da un metodo e che richiedono specifiche risposte» (Chiari e Nuzzo, 1996, p. 40).

L'obiettivo della terapia cognitiva è il cambiamento «del vissuto interno del paziente» e «del suo agire nel mondo» e comprende «sia la sfera cognitiva – pensieri, credenze, ricordi – sia quella emotiva: affetti ed emozioni» (Bara, 1996, pp. 44-45). Le indicazioni per il terapeuta cognitivista-costruttivista sono simili a quelle raccomandate al terapeuta rogersiano.

Il terapeuta cognitivista infatti «non deve affatto mettersi nei panni del paziente, proiettando in lui il proprio modo di essere nel tentativo di trovare una soluzione: anche se ci riuscisse, sarebbe una soluzione adatta a sé, non... costruita su misura per il paziente. È quest'ultimo a dover tracciare il percorso, pur con il supporto di una persona competente» (Bara, 1996, p. 51). Il risultato della psicoterapia deve essere effettivamente «di proprietà del paziente, conquistato da lui» (*ibidem*). E il terapeuta non deve dimenticare che «la scommessa sta proprio nel dare fiducia al paziente e alla sua capacità di inventarsi una soluzione originale» (Bara, 1996, p. 52). Viene stigmatizzato un altro, possibile, elemento della relazione terapeuta-paziente: si tratta dell'esperienza di 'affetto incondizionato': «un terapeuta troppo desideroso di guarire gli altri può penalizzare i pazienti che insistono nello star male, perché non migliorano in modo corrispondente ai suoi sforzi e alle sue aspettative. Così facendo li priva della possibilità di vivere un affetto incondizionato, esperienza di infinito valore umano» (Bara, 1996, p. 52). Bara sottolinea inoltre che: «l'abilità clinica consiste primum nell'aiutare il paziente a realizzare il proprio desiderio di guarire, secundum nel non cercare di cambiare se non chi è già pronto dentro di sé» (Bara, 1996, p. 52). Se il terapeuta è molto bravo, «può addirittura riuscire a far maturare una motivazione acerba di guarigione» (*ibidem*). Serve fare molta attenzione però: la capacità del terapeuta potrebbe suscitare nel cliente/paziente la percezione di un terapeuta potente, che vede cose che l'altro non riesce a vedere e ne possiede la vera storia, anche quando il paziente stesso non è pronto a riconoscerla e ad accettarla.

*I concetti cardine della psicoterapia cognitivo-costruttivista sono: il Sé, la coerenza del sé, i costrutti, la fiducia nelle capacità di cambiamento del paziente, l'affetto incondizionato del terapeuta, una relazione empatica come strumento privilegiato dell'azione terapeutica, il divieto di proiezioni del terapeuta sul paziente.*



*L'obiettivo della terapia cognitiva è il cambiamento «del vissuto interno del paziente» e «del suo agire nel mondo» e comprende «sia la sfera cognitiva – pensieri, credenze, ricordi – sia quella emotiva: affetti ed emozioni».*  
*La descrizione del ruolo del terapeuta cognitivista-costruttivista presenta indicazioni simili a quelle dell'approccio rogersiano.*

Bara è molto esplicito nei riguardi della capacità e del potere del terapeuta: «A tale rara capacità, bene si accompagna la liberatoria perdita del desiderio di potere sull'altro, che nei terapeuti senza più speranza di salvezza diventa vera e propria sensazione di onnipotenza» (*ibidem*); aggiunge che «la relazione fra terapeuta e paziente è il luogo dove ha inizio qualunque cambiamento significativo, è il motivo profondo per cui il paziente accetta i rischi di costruire e liberare un sé diverso e più felice» (*ibidem*).

La relazione fra terapeuta e paziente e l'abbandono di ogni forma di potere sull'altro sono elementi fondamentali nella psicoterapia.

In conclusione, i concetti cardine della psicoterapia cognitivo-costruttivista sono: il Sé, la coerenza del sé, i costrutti, la fiducia nelle capacità di cambiamento del paziente, l'affetto incondizionato del terapeuta, una relazione empatica come strumento privilegiato dell'azione terapeutica, il divieto di proiezioni del terapeuta sul paziente.

Liotti definisce i modelli operativi interni descritti da Bowlby (1969) alla base dei diversi pattern dell'attaccamento, «costrutti interpersonali, rappresentazioni di sé-con-l'altro, schemi cognitivi interpersonali» (Liotti, 1996, p. 69) e rimanda alla capacità di risposta del terapeuta la possibilità per il paziente di fare «un'esperienza emotiva correttiva che conduce al cambiamento dei modelli operativi interni di attaccamento» (Liotti, 1996, p. 77).

È opportuno segnalare che tutti gli elementi sopra descritti sono presenti nell'approccio e nella teoria della personalità di Carl Rogers (1951).

Il cognitivismo-costruttivismo dispone di un apparato teorico e applicativo complesso, che permette al terapeuta di essere «colui che è in grado di gestire a freddo una situazione calda» (Bara, 1996, p. 57), e al paziente di percepire la fine della psicoterapia come «la conquista di un equilibrio dinamico che permetta di muoversi liberamente, nella consapevolezza che si posseggono ora gli strumenti per uscire da qualunque crisi» (Bara, 1996, p. 58). È il momento in cui il paziente esce dalla 'necessità' per concedersi la 'possibilità'.

### **TCC: l'uomo è un 'animale epistemologico'. E i costrutti?**

Nelle note introduttive al suo lavoro *La Complessità del Sé*, pubblicato in Italia nel 1988, V.F. Guidano, uno dei fondatori della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, traccia una sintesi dei risultati degli studi e delle ricerche sviluppate fino a quell'anno. Superata la metafora computazionale, i dati testimoniavano «l'emergere di una concezione dei sistemi viventi basata su una metodologia d'indagine di tipo evoluzionistico, olistico e processualmente orientato» (Guidano, 1988, p. 19); in particolare, il sistema conoscitivo umano «dovrebbe essere inteso come una complessità organizzata autoreferenzialmente» (p. 19), con capacità di autorganizzazione (Atlan, 1981; Bocchi e Ceruti, 1985; Ceruti, 1986; Jantsch, 1980; Jantsch e Waddington, 1976; Lazlo, 1972, 1983; Nicolis e Prigogine, 1977; Varela, 1979; Weimer, 1982, 1983). Secondo questa prospettiva, la capacità di organizzazione autoreferenziale costituisce un vincolo evolutivo di base che, nel corso delle fasi di sviluppo, «prende forma... attraverso la graduale ascesa verso i processi cognitivi superiori» (Guidano, 1988, p. 19), verso un pensiero epistemologico. L'Autore commenta: «L'immagine dell'essere umano che ne risulta non è quella di un 'animale edonistico' (il cui comportamento viene regolato... da un gioco di premi e punizioni) ma piuttosto quella di un 'animale epistemologico', la cui adeguatezza adattiva coincide con l'efficacia della sua comprensione di se stesso e della realtà» (*ibidem*). Se un sistema conoscitivo è un sistema autoreferenziale, di conseguenza i processi conoscitivi rivestono un ruolo di assoluta centralità «nella costruzione di quell'ordinamento della realtà che comunemente denominiamo 'esperienza personale'» (Guidano, 1988, p. 20). La realtà non arriva al soggetto come dato oggettivo, ma è costruita dal soggetto conoscente «in una serie di regolarità prevedibili» (*ibidem*) e quindi comprensibili. È il sistema conoscitivo che, «plasmando un suo ordine all'interno di un fluire di stimoli continuamente mutevole e imprevedibile, definisce contemporaneamente la sua individualità e la sua identità» (*ibidem*). In questa prospettiva, l'adattamento non è più progressivo modellamento delle risposte del sistema alle pressioni dell'ambiente, ma «conservazione della propria coerenza interna a spese dell'ambiente» (p. 21). Se si amplia la riflessione in un'ottica sistemica compare il concetto di coerenza interna quale nucleo fondamentale dell'unità percettiva: «la

differenza tra mente e computer è... netta: i sistemi organizzati autoreferenzialmente, come l'essere umano, sono le unità della realtà... Le strutture di conoscenza corrispondono a schemi evolutivi per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni» (p. 23). La conoscenza appare come un processo in continua evoluzione e «consiste... nella progressiva strutturazione di schemi rappresentativi del mondo» (p. 23). I costrutti e le credenze fanno parte di questi schemi rappresentativi del mondo. L'analisi di Guidano (1988) evidenzia l'andamento a spirale della conoscenza, che non procede in modo lineare verso una realtà certa, ultima e definitiva, piuttosto esprime una specifica relazione tra conoscente e conosciuto (Sameroff, 1982). Grazie alle relazioni fra le componenti del sistema conoscitivo, l'organismo vivente può raggiungere un equilibrio dinamico e prospettarsi una crescita dialettica, conseguenza della capacità del sistema di «trasformare in ordine autoreferenziale l'aleatorietà delle perturbazioni provenienti ora dall'ambiente ora dalle oscillazioni interne» (Guidano, 1988, p. 27). Il sistema si evolve «verso livelli di maggiore complessità e ordine interno, attraverso l'assimilazione delle sue stesse incongruità e contraddizioni» (*ibidem*, p. 28), uno sviluppo di natura intrinsecamente dialettica.

### **Verso il cambiamento**

L'esperienza è il banco di prova, il test di verifica e di validazione sul campo del sistema dei costrutti personali attivati.

Secondo gli Autori cognitivo-costruttivisti, come abbiamo visto, il sistema dei costrutti e delle credenze costituisce il filtro cognitivo ed emotivo attraverso il quale il soggetto umano percepisce la realtà esterna, contaminando la 'realtà', che assume sostanzialmente i contorni di una costruzione individuale, personalizzata e vincolante, che regola il comportamento e che può indurre specifici stati mentali ed emotivi quali, per esempio, il senso di impotenza, la delusione, l'ansia, la depressione, svolgendo un ruolo attivo anche in ambito interpersonale.

Come si può promuovere il cambiamento entrando in relazione con il sistema di riferimento individuale dell'Altro, portatore di una struttura/visione più o meno aperta agli stimoli esterni, più o meno limitata alle sole istanze interne? Qual è il grado di flessibilità, quanti sono i 'gradi di libertà' concessi al soggetto che chiede aiuto al terapeuta? Come concretizzare la possibilità di cambiamento in presenza di costrutti e/o credenze disfunzionali, causa di disagio psichico e di comportamenti inefficaci, inadeguati allo scopo essenziale del benessere psicofisico personale?

Rogers (1951) sottolinea la necessità della presenza nella relazione terapeutica di alcune caratteristiche imprescindibili quali: una modalità empatica nell'incontro Io-Tu, accettazione positiva incondizionata, fiducia nelle capacità del cliente e nella sua tendenza attualizzante, congruenza fra reazioni organismiche e concetto di sé/ senso di coerenza del sé.

Ritroviamo gli stessi concetti negli scritti dei cognitivisti-costruttivisti (Guidano e Liotti, 1983) i quali enfatizzano le interazioni significative per lo sviluppo del concetto di sé, convergenza di pattern viscerali, pattern senso-motori, stati emotivi, rappresentazioni e immagini, frammenti di memoria episodica. Si assiste quindi ad una graduale ricomposizione della visione dell'essere umano, non più limitata alle sole funzioni ed attività mentali.

L'approccio rogersiano e quello cognitivo-costruttivista non sono però sovrapponibili: il concetto rogersiano di 'consapevolezza' dei propri vissuti organismici trova solo parziale corrispondenza nel significato che allo stesso termine danno i cognitivisti, i quali lo collocano tra «i processi con i quali un sistema costruisce una rappresentazione di sé atta ad incrementare la sua efficacia adattiva» (Guidano, 1996, p. 48). La 'consapevolezza' di Rogers ha a che fare con la sensazione organismica originaria, assunta al ruolo di conoscenza, bypassando la percezione così come è intesa dai costruttivisti, cioè come riconoscimento dello stimolo attraverso il filtro di un sistema di costrutti. La consapevolezza di cui parla Rogers ha origine nella «parte viscerale fondamentale costituita da bisogni, sensazioni ed emozioni» (Nocito e Pascale, 2014) e non solo collega la parte viscerale e le sue sensazioni al sistema conoscitivo, ma anche assegna all'esperienza organismica la priorità del sentire, la base su cui si formeranno le concettualizzazioni e la presenza. L'aspetto fenomenologico dell'esperienza è dunque regolativo, influenza la formazione dei costrutti, amplia il concetto di sé, è l'aspetto distintivo qualificante dell'approccio centrato sulla Persona.

Lo strumento più efficace nella psicoterapia è la relazione e molte ricerche lo hanno

*Il ruolo essenziale della relazione Io-Tu pone al terapeuta il problema della propria congruenza e capacità empatica, di come coniugare i concetti di 'vissuto organismico', congruenza, concetto del sé e coerenza del sé nell'ambito del setting terapeutico. In che cosa consiste la sua congruenza? È l'aderenza al proprio sistema di costrutti, alla propria forma di adattamento psicologico? L'empatia è, in parte, proiezione? Quanto incide la resistenza del cliente sul senso di concetto del sé e coerenza del sé del terapeuta? Con quali effetti sul processo terapeutico?*

*L'analisi della psicologia dei costrutti personali sottintende una domanda relativa a come si possa promuovere il cambiamento entrando in relazione con il sistema di riferimento individuale dell'Altro, portatore di una struttura/visione più o meno aperta agli stimoli esterni, più o meno limitata alle sole istanze interne. Qual è il grado di flessibilità, quanti sono i 'gradi di libertà' concessi al soggetto che chiede aiuto al terapeuta? Come determinare la possibilità di cambiamento in presenza di costrutti e/o credenze disfunzionali, causa di disagio psichico e di comportamenti inefficaci, inadeguati allo scopo, essenziale, del benessere psicofisico personale?*

dimostrato (Strupp, 1995; Suh, O'Malley e Strupp, 1986; Suh, O'Malley et al., 1989). Altri studi (Antonovsky, 1987; Frankl, 1972) ripropongono una riflessione sul Costrutto del Sense of Coherence, e ne definiscono le dimensioni: cognitiva (capacità di prevedere e spiegare gli eventi), di fiducia nelle proprie risorse, cioè del proprio potere personale sugli eventi, e motivazionale, dimensioni comuni a quella che Rogers definisce 'tendenza attualizzante'.

Negli ultimi decenni è maturato un interesse e si sono sviluppate iniziative mirate alla promozione della salute (Carta di Ottawa, 1986). Si è affermata una visione positiva della natura umana e la ricerca è stata indirizzata allo studio dei fattori di resilienza, termine che sottintende la capacità dell'essere umano di riorganizzare positivamente la propria vita nonostante le criticità (Cyrulnik e Malaguti, 2005, p. 7). La resilienza è appunto la prova che «l'essere umano non è semplicemente un oggetto aperto ad influenze deterministiche, ma un soggetto in continuo divenire che determina ciò che egli è» (Bottari e Lazzari, 2014, p. 33; Fizzotti, 1974), cioè capace di libertà.

La riflessione scientifica e culturale in corso nella società contemporanea include la totalità dell'esperienza soggettiva (Zucconi e Howell, 2003) e va oltre l'applicazione dei parametri della prospettiva bio-psico-sociale; richiama infatti quella dimensione di ricerca di senso che accompagna l'individuo nel corso della propria vita, che fu introdotta negli anni '60 nella filosofia e fenomenologia esistenzialista con il costrutto di 'significato esistenziale': «coscienza sicura di un andare, di un compito della propria esistenza personale, la ricerca e il raggiungimento di mete meritevoli di essere perseguite e come senso permanente di compimento» (Reker e Wong, 1988, p. 21). Frankl la definì 'volontà di significato' (1972), concetto presente nella definizione del Sense of Coherence di Antonovsky (1987), che assegna alla motivazione un ruolo centrale, cioè quello di indicare il senso del proprio andare.

La modernità e la capacità di visione delle intuizioni di Carl Rogers e di Kelly sono state accolte dai diversi mondi, sociale, culturale e scientifico contemporanei e recepite nell'ultima revisione del Codice deontologico degli Psicologi (1998).

Un ultimo interrogativo riguarda il processo terapeutico, il passaggio dal disagio psichico a un grado maggiore di benessere e libertà.

La psicologia umanistica realizza il cambiamento in termini di ristrutturazione cognitiva ed emotiva: la terapia dei costrutti si accompagna ad una profonda accettazione di sé che permette al cliente di conquistare consapevolezza dei propri vissuti. Le emozioni guidano l'individuo verso la dimensione della propria motivazione centrale e del senso della vita e grazie all'intervento del terapeuta si possono affacciare elementi nuovi, nuovi punti di vista, aperture...

Il ruolo essenziale della relazione Io-Tu pone al terapeuta il problema della propria congruenza e capacità empatica, di come coniugare i concetti di 'vissuto organismico', congruenza, concetto del sé e coerenza del sé nell'ambito del setting terapeutico. In che cosa consiste la sua congruenza? È l'aderenza al proprio sistema di costrutti, alla propria forma di adattamento psicologico? L'empatia è, in parte, proiezione? Quanto incide la resistenza del cliente sul senso di concetto del sé e coerenza del sé del terapeuta? Con quali effetti sul processo terapeutico?

Queste ed altre domande che il terapeuta si pone avranno una risposta soggettiva e individuale, che, per essere autentica, richiederà un processo continuo di autoconoscenza e autovalutazione, di apertura e comprensione.

\* Psicologa psicoterapeuta.

## BIBLIOGRAFIA

- Angyal, A. (1941) Foundations for a science of personality, Commonwealth Fund, New York.  
 Antonovsky, A. (1987) Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay Well, Jossey-Bass, San Francisco.  
 Atlan, H. (1981) Hierarchical Self-Organization in Living Systems, in Zeleny, M. (ed.) Autopoiesis: A Theory of Living Organization, North Holland, New York.  
 Bannister, F. e Fransella, H.G. (1971) Inquiring Man, Penguin, Harmondsworth. Trad.it. L'uomo ricercatore, Martinelli, Firenze, 1986.  
 Bara, B.G. (a cura di) (1996) Manuale di psicoterapia cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino.  
 Bara, B.G. (1999) Pragmatica cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino.

Bara, B.G. e Cutica, I. (2002) La comunicazione, in Castelfranchi C., Mancini F. e Miceli M. (a cura di), *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*, Bollati Boringhieri, Torino.

Barnett, R.C., Brennen, R.T. & al (1994) Gender and the relationship between parent role quality and psychological distress, *Journal of Family Issues*, 15, 229-252

Baron-Cohen, S. (1995) *An Essay on autism and theory of mind*, Cambridge, MIT Press.

Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International Universities Press, New York. Trad. it. *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma, 1988.

Bocchi, G. e Ceruti, M. (a cura di) (1985) *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.

Bottari, S. e Lazzari, C. (2014) Dalla crisi alla crescita attraverso la ricerca del senso. In *Da Persona a Persona*, Rivista di Studi Rogersiani, Aprile 2014, pp. 29-46.

Bowlby, J. (1969/1982) *Attachment and Loss*, vol. I, Attachment, Hogarth Press, London. Trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol. I, *L'Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

Bruner, J. (1956) A cognitive theory of personality. In *Contemporary Psychology*, I, 355-357, 1956.

Bruner, J. (1990) *La ricerca del significato*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Castelfranchi, C., Mancini, F. e Miceli, M. (a cura di) (2002), *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*, Bollati Boringhieri, Torino.

Ceruti, M. (1986) *Il vincolo e la possibilità*, Feltrinelli, Milano.

Chiari, G. e Nuzzo, M.L. (1985) La ragione dell'emozione. La conoscenza individuale in una concezione costruttivista monista. In Mancini, F. e Semerari, A. (a cura di) *La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G.A. Kelly*, Franco Angeli, Milano.

Chiari, G. e Nuzzo, M.L. (1987) "Mind-body problem": un problema per quale psicologia? In Chiari, S. (a cura di) *Cervello e mente. Un dibattito interdisciplinare*, Franco Angeli, Milano.

Chiari, G. e Nuzzo, M.L. (1988) Embodied minds over interacting bodies. A constructivist perspective on the mind-body problem. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 91-100. [A special issue edited by V. Kenny on Radical constructivism, autopoiesis & psychotherapy].

Chiari, G. e Nuzzo, M.L. (1996) Le basi epistemologiche delle psicoterapie cognitive. In Bara, B.G. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Chiari, G. e Nuzzo, M.L. (2003) Kelly's philosophy of constructive alternativism. In Fransella F. (ed.), *International Handbook of Personal Constructs Psychology*, Wiley, Chichester, 2003.

Cyrlunik, B. e Malaguti, E. (2005) (a cura di) *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Edizioni Erickson, Trento.

Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, Secaucus.

Epting, F.R. (1984) *Personal construct counseling and psychotherapy*, Wiley, New York. Trad. it. *Psicoterapia dei costrutti personali*, Martinelli, Firenze, 1990.

Eysenck, H.J. (1979) The Conditioning Model of Neurosis, *Behav.-Brain Sci.*, vol. 2, 155-66, 1979.

Fizzotti, E. (1974) *La logoterapia di Frankl: un antidoto alla disumanizzazione psicanalitica*, Rizzoli Editore, Milano.

Frankl, V.E. (1972) *Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Zur Rehumanisierung der Psychotherapie*. Herder, Freiburg. Trad. it. *Alla ricerca di un significato nella vita. Per una psicoterapia riumanizzata*, Mursia, Milano, 1998.

Fransella, F. (1995) *George Kelly*, Sage Publications, London.

Fransella, F. e Bannister, D. (1977) Trad. it. *La tecnica delle griglie di repertorio. Manuale per l'applicazione della teoria dei costrutti personali*. Giuffrè, Milano, 1990.

Fransella, F. e Neymeyer, R.A. (2003) *George A. Kelly: the man and his theory*. In Fransella, F. (ed.), *International Handbook of Personal Constructs Psychology*, Wiley, Chichester, 2003.

Frith, C.D. (1992) *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, Erlbaum, Hillsdale. Trad. it. *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*, Cortina, Milano, 1995.

Gadamer, H.G. (1960) *Warheit und Methode*. Trad. it. *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano, 1983.

Gardenfors, P. (1978) Conditional and Changes of Beliefs, *Acta phil. Fenn.*, vol. 30, 381-404, 1978.

Gardner, G.G., Mancini, F. e Semerari, A. (1988) Construction of Psychological Disorders as Invalidation of Self-Knowledge, in Fransella F. e Thomas I. (ed.), *Experimenting with Personal Constructs Psychology*, Routledge, London, 1988.

Goldstein, K. (1940) *Human nature in the light of psychopathology*, Harvard University Press, Cambridge (Ma.).

Guidano, V.F. (1987) *The Complexity of the Self: a Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*, Guilford, New York. Trad. it. *La complessità del Sé: un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

Guidano, V.F. (1991) *The Self in Process: toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*, Guilford, New York. Trad. it. *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalistica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Guidano, V.F. (1996) Lo sviluppo del sé. In Bara, B.G. (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Guidano, V.F. e Liotti, G. (1979) *Elementi di psicoterapia comportamentale*, Bulzoni, Roma.

Guidano, V.F. e Liotti, G. (1983) *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Guilford, New York.

Habermas, J. (1979) *Communication and the evolution of society*, Heinemann, London.

Harman, G. (1986) *Change in View: Principles of Reasoning*, MIT Press, Cambridge, Mass.

Jantsch, E. (1980) *The Self-Organizing Universe*, Pergamon Press, New York.

Jantsch, E. e Waddington, C.H. (ed.) (1976) *Evolution and Consciousness: Human Systems in Transition*, Addison-Wesley, Reading.

Kelly, G.A., (1955) *The Psychology of Personal Constructs*, Norton, New York. Trad. it. *La Psicologia dei costrutti personali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004.

Lazlo, E. (1972) *Introduction to Systems Philosophy: Toward a New Paradigm of Contemporary Thought*, Gordon & Breach, New York.

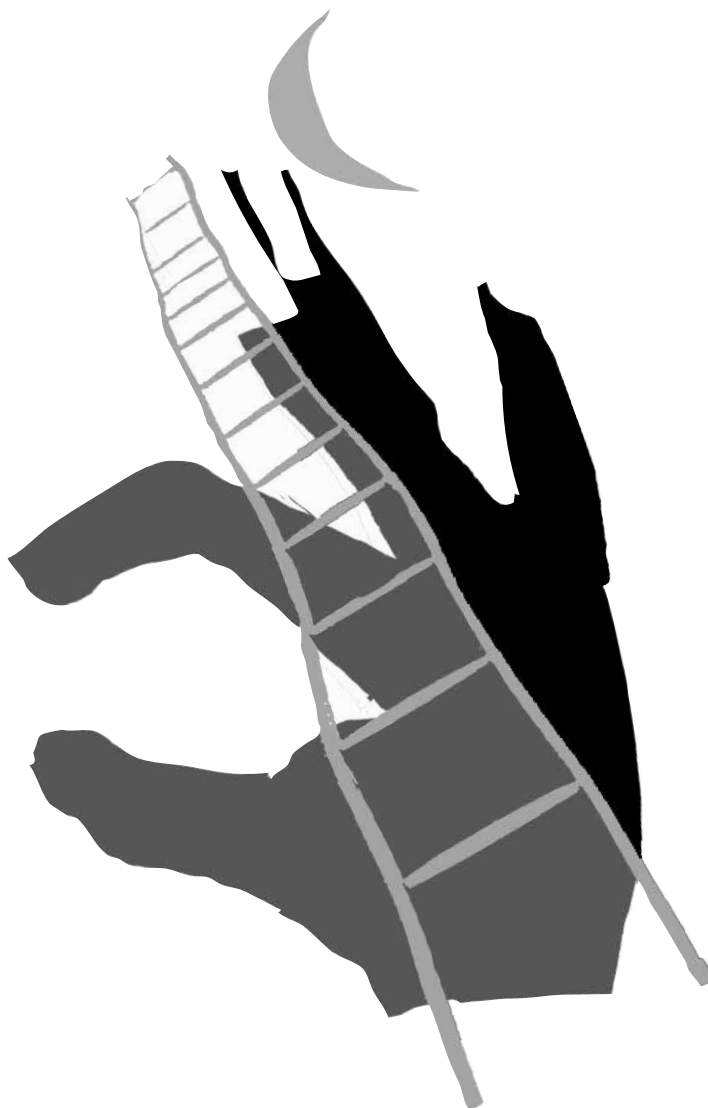
Lazlo, E. (1983) *Systems Science and Word Order*, Pergamon Press, Oxford.

Lecky, P. (1945) *Self-consistency: A Theory of Personality*, Island Press, New York.

Liotti, G. (1991) Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 105-115.

Liotti, G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Liotti, G. (1996) *L'attaccamento*, in Bara, B.G. (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.



- Liotti, G. e Guidano, V.F. (1984) Organizzazione e stabilità della conoscenza individuale nelle nevrosi, in Chiari, G. e Nuzzo, M.L. (a cura di), *Crescita e cambiamento della conoscenza individuale*, Angeli, Milano, 1984.
- Mahoney, M.J. (1991) *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Mancini, F. (2000) Persistence of weakly Justified Beliefs. Relazione all'International Congress 'Cognitive Psychotherapy toward a New Millennium', Catania, 20-24 giugno 2000.
- Mancini, F. e Gangemi, A. (2002) Il paradosso nevrotico, ovvero della resistenza al cambiamento, in Castelfranchi, C., Mancini, F. e Miceli, M. (a cura di), *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Mancini, F. e Semerari, A. (a cura di) (1990) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Maturana, H. e Varela, F.J. (1980) *Autopoiesis and Cognition: The realization of the living*. Reidel, Dordrecht. Trad. it. *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia, 1985.
- Maturana, H. e Varela, F.J. (1987) *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. New Science Library, Boston – London. Trad. it. *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano, 1987.
- Mirowski, J. e Ross C.E. (1995) Sex Differences in Distress, *Am. Sociol. Rev.*, vol. 60, 449-68, 1995.
- Mischel, W. (1980) George Kelly's appreciation of psychology: a personal tribute. In Mahoney M.J. (ed.) *Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions*, Plenum Press, New York, 1980.
- Nicolis, G. e Prigogine, I. (1977) *Self-Organization in Nonequilibrium Systems. From Dissipative Structures to Order through Fluctuations*, Wiley, New York.
- Niemeyer, R.A. e Feixas, G.R. (1990) I disturbi di costruzione, in Mancini e Semerari, 1990.
- Nocito, R. e Pascale, A. (2014) Psicoterapia Intellettualizzata. La recensione di C. Rogers dell'opera di G. Kelly "La teoria dei costrutti personali", in *Da Persona a Persona, Rivista di Studi Rogersiani*, Aprile 2014, pp. 15-28.
- Panzarella, C., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. e Klein, K. (1999) Cognitive Contributions to Mental Illness and Mental Health, in Durso, F.T., Nickerson, R.S, Schvaneveldt, R.W., Dumais, S.T., Lindsay, D.S. e Chi, M.T.H. (ed.) *Handbook of Applied Cognition*, Wiley, New York, 1999.
- Popper, K.R. (1982) *The Place of Mind in Nature*, in Elvee, R.Q. (ed.) (1982) *Mind in Nature*, Harper & Row, San Francisco.
- Pretzer, I.I. e Beck, A.T. (1996) Cognitive Theory of Personality Disorders, in Clarkin, J.F. e Lenzenweger, M.F. (ed.) *Theories of Personality Disorders*, Guilford, New York, 1996. Trad. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*, Cortina, Milano, 1997.
- Prévile, M., Potvin L. e Boyer, R. (1995) The Structure of Psychological Distress, *Psychol. Rep.*, vol. 77, 175-93, 1995.

- Reda, M.A. (1986) Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Reker, G.T. e Wong, P.T. (1988) Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J.E. Birren & V.L. Bengtson (eds) *Emergent theories of aging* (pp. 214-246), Springer, New York.
- Rogers, C.R. (1939) Clinical treatment of the problem child, Houghton Mifflin, N.Y.
- Rogers, C.R. (1940) The Process of Therapy, in *S. Consult. Psychol.* 4, pp. 161-164
- Rogers, C.R. (1951/1981) *Client-Centered Therapy*, Houghton Mifflin Company, Boston. Trad. it. *Terapia centrata sul cliente*, Edizioni La Meridiana, 2007.
- Rogers, C.R. (1956) Intellectualized Psychotherapy, *Contemporary Psychology: APA Review of Books*, vol. 1, 1956.
- Rogers, C.R. (1961) On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Rogers, C.R. (1980) A way of being, Houghton Mifflin Company, Boston. Trad. it. *Un Modo di Essere*, Martinelli, Firenze, 1983.
- Rogers, C.R. e Kinget, G.M. (1965-66) *Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Edition Nauwelaerts, Lovanio. Trad. It. *Psicoterapia e relazioni umane*, Boringhieri, Torino, 1970.
- Sameroff, A.F. (1982) Development and the Dialectic: The Need for a Systems Approach, in Collins, W.A. (ed.) (1982) *The Concept of Development*, Erlbaum, Hillsdale.
- Seligman, M.F.P. (1988) Competing Theories of Panic, in Rachman, S. e Maser, J.D. (ed.), *Panic: Psychological Perspectives*, Erlbaum, Hillsdale, 1988.
- Semerari, A. (1996) La relazione terapeutica. in Bara, B.G. (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Semerari, A. (a cura di) (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*, Cortina, Milano.
- Semerari, A. (2000) *Storia, teoria e tecniche della terapia cognitiva*, Laterza, Bari.
- Snygg, D. e Combs, A.W. (1949) *Individual behaviour: a new frame of reference for psychology*, Harper & Bros., New York.
- Strupp, H.H. (1995) I programmi di ricerca Vanderbilt sulla psicoterapia. *Psicoterapia*, I, 39-44.
- Suh, C.S., O'Malley, S.S. e Strupp, H.H. (1986) The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS), In Greenberg, L.S. e Pinsof, W.M. eds., *The psychotherapy process: A research handbook*, Guilford, New York.
- Suh, C.S., O'Malley, S.S. et al. (1989) The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS), *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 3, 123-154.
- Trope, Y. e Liberman, A. (1993) Trait Conceptions in Identifications of Behavior and Inference about Persons, *Personality soc. Psychol. Bull.*, vol. 19, 553-62, 1993.
- Varela, F.J. (1976) Not One, Not Two, *CoEvol. Q.*, autumn 1976.
- Varela, F.J. (1984) *The Creative Circles: Sketches on the Natural History of Circularity*, in Watzlavick, P. (ed.) (1984) *The Invented Reality*, Norton, New York.
- Varela, F.J. (1979) *Principles of Biological Autonomy*, North Holland, New York.
- Villegas, M. (1992) *Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia*, *Rev. Psicoter.*, N. 3, 5-16, 1992.
- Weimer, W.B. (1982) Hayek's Approach to the Problem of Complex Phenomena: An Introduction to the Theoretical Psychology of the Sensory Order, in Weimer e Palermo, 1982.
- Weimer, W.B. (1983) *Spontaneously Ordered Complex Phenomena*, relazione presentata alla International Conference on the Unity of the Sciences, Chicago, Nov. 1983.
- Weimer, W.B. e Palermo, D.S. (ed.) (1974) *Cognition and the Symbolic Processes*, vol. 1, Erlbaum, Hillsdale
- Weimer, W.B. e Palermo, D.S. (ed.) (1982) *Cognition and the Symbolic Processes*, vol. 2, Erlbaum, Hillsdale.
- Winter, D.A. (1990) *Disturbi di costruzione: psicopatologia e strategia*, in Mancini e Semerari, 1990.
- Winter, D.A. (1992) *Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications*, Routledge, London.
- Zahn-Waxler, C. (1995) Parental Depression and Distress, *Dev. Psychol.*, vol. 31, 347 sg, 1995.
- Zucconi, A. & Howell, P. (2003) *La promozione della salute*, Ed. La Meridiana, Molfetta (Bari).

## Personal constructs and change in psychotherapy. From determinism to freedom

The hypothesis that personal constructs determine the individual's perception of 'reality', that is his/her experience, dates very far back in time. The most famous well-organized theory was conceived by George Kelly in 1955, Rogers spoke about 'constructs' when he was building his theory of personality in 1951. Freud himself had focused on the unconscious frames which influence our apprehension of the world. The crucial question in psychotherapy is how to confront personal constructs and release a more free outlook on the outside world, and on existence itself.

KEYWORDS Perception, concept of self, congruence, reality

# link **esperienze**

**Lo psicologo di base. L'esperienza dell'Ambito  
Territoriale Sociale di Galatina**

GIUSEPPE LUIGI PALMA, ELISA GIANNACCARI

**Progetto di presa in carico multidisciplinare dei pazienti  
con Sclerosi Multipla: presentazione di un modello  
di integrazione in ambito ospedaliero**

ANTONIO PEPOLI, FRANCESCA DE LUCA, FRANCESCO PASSANTINO, LUIGI RUIZ



# Lo psicologo di base. L'esperienza dell'Ambito Territoriale Sociale di Galatina

## The primary care psychologist. The project of the Local Social Unit - Galatina

**Le richieste inviate al Medico di Medicina Generale (MMG) sono spesso in una fase molto precoce. Solano (2015) propone il supporto di uno psicologo al MMG, perché le richieste portate al Medico di base, sebbene espresse come sintomi fisici, spesso derivano da problemi relazionali/esistenziali. Il lavoro congiunto consente una risposta più completa al disagio del paziente, anche attraverso l'integrazione delle reciproche competenze, favorendo lo scambio formativo tra i due specialisti. L'articolo riporta un'esperienza realizzata presso l'Ambito Territoriale Sociale di Galatina, con il progetto sperimentale "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale". Questo prevedeva una collaborazione congiunta e diretta tra i medici di base e gli psicologi attraverso la presenza dello psicologo nello studio del medico durante le consultazioni. L'esperienza, per un periodo di 18 mesi, ha coinvolto 3 psicologi nello studio del medico e 3 psicologi nella raccolta dei dati. La collaborazione congiunta appare fattibile, sebbene richieda diversi mesi di "rodaggio"; i pazienti hanno accolto con favore la presenza dello psicologo e, come previsto, hanno adottato un approccio più ampio nel denunciare il proprio disagio**

GIUSEPPE LUIGI PALMA\*, ELISA GIANNACCARI\*\*

PAROLE CHIAVE Medicina di famiglia, psicologia, cure primarie, Medico di Medicina Generale

---

### Introduzione

Lo stigma sociale legato alla figura dello psicologo e alla possibilità di rivolgersi ad esso è ancora molto elevato. Il contatto tra soggetto e psicologo avviene, spesso, solo se il disagio è in una fase acuta e, molte volte, solo in una fase tardiva del disagio stesso. Un'analisi recentemente effettuata sui dati dello studio ESEMeD (*The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) al fine di valutare il ritardo nel trattamento di soggetti affetti da disturbi mentali conferma tale supposizione (Wang et al., 2007).

Contemporaneamente, i medici, il medico di medicina generale soprattutto, si trovano con una quantità esorbitante di richieste, spesso non tutte di carattere specificatamente medico ma mascherate come tali. Lo studio ESEMeD mostra che il 38% delle persone si rivolge per un disagio psichico (chiaramente riconosciuto) soltanto al Medico di Medicina Generale e un altro 28% si rivolge ad un professionista della salute mentale ma anche al MMG (totale 66%).



Le richieste che arrivano nello studio del Medico di Medicina Generale nascono spesso da situazioni complesse e delicate che necessitano di un approccio biopsicosociale che possa dare risposte appropriate alla “domanda di salute”. Balint (1957) e numerose ricerche successive (ad es. Katon, 1985; Magill e Garrett, 1988), hanno confermato che almeno il 50% delle richieste che giungono ai Medici di Medicina Generale esprimono un disagio di tipo relazionale/esistenziale più che un problema somatico. Le ricerche sulla psicosomatica (Solano, 2013) rivelano che anche il disagio che prende forme somatiche (comprese quelle organiche) nella maggior parte dei casi riconosce cause anche (o soprattutto) psicosociali, relazionali, intrapsichiche, storico/traumatiche, legate al ciclo di vita. Appare, quindi, evidente come la richiesta che perviene al Medico di Medicina Generale necessiti di un accoglimento anche ad un livello diverso da quello somatico. In mancanza di questa risposta, i sintomi possono persistere o peggiorare, o, come dimostrano gli studi epidemiologici, avere un ritardo di trattamento di svariati anni.

Come offrire un ascolto più funzionale, mirato e globale? Come intervenire più precocemente?

Il disagio psicosociale che giunge allo studio del MMG è spesso allo stato nascente. L'individuo che sente dentro di sé la necessità di confrontarsi su dubbi formula una richiesta d'aiuto. In molti casi, però, come detto sopra, la risposta – per mancanza non di impegno professionale ma di competenza – è di tipo biologico.

In questo scenario si colloca la proposta di Solano (2015) dello Psicologo di base presso lo studio del Medico di Medicina Generale.

L'inserimento di uno psicologo a fianco del MMG consente di offrire risposte dove emerge la domanda (Solano, 2015). Ogni forma di disagio portato al medico di Medicina Generale può trovare una risposta più completa al disagio più o meno esplicitato dai pazienti, attraverso le integrazioni delle reciproche competenze, favorendo altresì l'interscambio formativo tra i due professionisti. Si offrirà una soluzione che, oltre ad essere considerata in termini biologici, viene inquadrata nel contesto relazionale e nel ciclo di vita del paziente.

Falanga e Pillot (2016) riassumono gli obiettivi del lavoro congiunto tra MMG e psicologo in:

- Esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e nel contesto del suo ciclo di vita;
- Garantire un accesso diretto ad uno psicologo a tutta la popolazione assistita dal Mmg, senza il rischio di essere etichettati come “disagiati psichici”;
- La possibilità di intervenire in tempo reale su crisi accidentali (crisi coniugali o lavorative, perdita o malattia di figure significative) oltre che di intervenire in momenti significativi dal punto di vista evolutivo (es. adolescenza, inizio dell'università, matrimonio, genitorialità, pensionamento);
- Intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico, anche senza una specifica richiesta da parte del paziente;
- Favorire un interscambio tra Medicina e Psicologia, integrando le reciproche competenze;
- Limitare la spesa per analisi ematochimiche, accertamenti strumentali, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico, quindi richieste che a volte possono essere inappropriate di fronte a chiari disturbi funzionali;
- Favorire interventi di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e sostegno psicologico, per migliorare la qualità di vita di ogni assistito;
- Migliorare la comunicazione, l'autostima, la qualità di vita per la crescita personale dell'individuo.

La collaborazione congiunta permette, quindi, di offrire un approccio globale senza la necessità di un invio né di una domanda specifica psicologica (entrambe di difficile realizzazione considerato lo stigma sociale), con lo scopo di esplorare il significato di qualunque disturbo, fisico o mentale, portato da qualunque paziente nel contesto

della sua situazione relazionale presente e passata e nel contesto del suo ciclo di vita (Solano, 2011).

### **L'esperienza dell'ambito territoriale sociale di Galatina**

A partire dal 2000, inizialmente ad Orvieto, poi in diverse località di Roma e del Lazio, la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza di Roma ha organizzato la presenza di uno psicologo specializzando nello studio di Medici di Medicina Generale, come forma di tirocinio. Gli Psicologi specializzandi hanno garantito la loro presenza per 3 anni ciascuno presso lo studio di un medico di medicina generale, non solo a Roma ma in diverse città d'Italia.

Il progetto è stato descritto in diverse pubblicazioni nazionali e internazionali, il resoconto più completo è contenuto nel volume *Dal Sintomo alla Persona* (Solano, 2011).

Prendendo a modello la figura dello psicologo di base così come proposta in questo volume, dal 01 Marzo 2017 fino al 30 Agosto 2018 si è svolto presso l'Ambito Territoriale Sociale di Galatina un progetto relativo allo "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale".

Il progetto, nato all'interno delle azioni di implementazione degli interventi di prevenzione in materia di dipendenze patologiche inseriti nel Piano di Azione per le Dipendenze, ha previsto la partecipazione di 3 psicologi psicoterapeuti che hanno espletato la loro attività affiancando i medici di medicina generale presso i loro studi e 3 psicologi che si occupavano della raccolta dati e del monitoraggio del lavoro.

Supervisori: Giuseppe Luigi Palma, Antonio Dell'Anna.

Referente del progetto: Ornella Gidiuli.

Medici: Antonio Antonaci (MMG, Galatina); Luigi Stifani (MMG Neviano); Antonio Vaglio (MMG Aradeo).

Psicologi-psicoterapeuti presso gli studi: Angela Antonaci, Federica Zizzari, Elisa Corrado.

Psicologi raccolta dati: Irene Stefanizzi, Antonio Giglio, Roberta Dolce.

Tale progetto è il primo in Italia che ha previsto dei finanziamenti pubblici per lo svolgimento di tale attività. La convenzione con l'Ambito è stata stipulata il 20/05/2016. A seguito di tale data si è svolto il bando pubblico con l'inizio ufficiale delle attività il 01 Marzo 2017. I primi sei mesi del progetto hanno previsto per tutti gli psicologi coinvolti attività di formazione e supervisione, incontri con i MMG dell'ambito di riferimento per verificare la disponibilità rispetto alla realizzazione della collaborazione. I 12 mesi successivi hanno visto l'espletamento delle attività nelle mansioni precedentemente indicate.

### **Metodologia**

Gli assistiti vengono informati della copresenza dello psicologo all'interno dello studio del MMG, attraverso un avviso in cui vengono specificate le modalità di svolgimento della collaborazione. Il cartello in sala di attesa, quindi, comunica l'iniziativa ai pazienti, indica il turno di presenza dello psicologo, e chiarisce la possibilità, ove lo si desidera, di essere ricevuti solo dal proprio medico. Si informano gli assistiti anche che la presenza dello psicologo non prevede da parte dell'utenza nessun compenso per la collaborazione fornita all'interno dello studio medico e che, come professionista, è tenuta alla riservatezza e al segreto professionale.

Lo psicologo presente nello studio del medico è seduto alla stessa scrivania, per un turno di ambulatorio a settimana, per i 12 mesi indicati. Lo psicologo accoglie ogni paziente insieme con il medico, ponendo attenzione al contenuto della richiesta e al modo di instaurare la relazione con il medico da parte di ogni assistito. Interviene già in questo contesto con interventi di esplorazione-chiarificazione sui problemi portati, e in generale sulla vita personale e lavorativa del paziente. Appena possibile, dopo la singola visita o in spazi appositamente concordati, chiede al medico ulteriori notizie disponibili, tenendo in considerazione che spesso si tratta di persone che

frequentano lo studio da diversi anni, per un inquadramento psicosociale dell'assistito, intercettando, ove presenti, eventuali disagi psichici allo stato iniziale insieme al MMG.

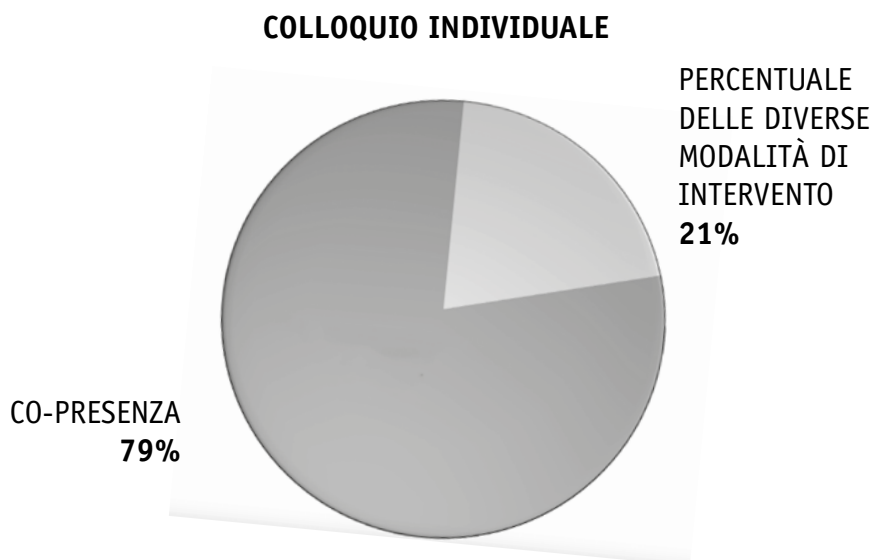
In molti casi l'intervento dello Psicologo rimane confinato all'interno della consultazione medica, nelle varie occasioni in cui capita di rivedere il paziente, o anche programmando degli appuntamenti. Nel momento in cui emerge una tematica di chiara competenza psicologica e non più soltanto fisica (ad es. un conflitto coniugale, un lutto, un problema legato all'indipendenza dell'adolescente) lo Psicologo, in accordo con il Medico, propone al paziente uno o più incontri a due, sempre all'interno dell'ambulatorio, in orari diversi dal turno in cui è presente con il Medico. A seguito di questo approfondimento, laddove emerga l'indicazione di un trattamento psicologico a lungo termine, il paziente può essere inviato ad uno specialista della Salute Mentale, presso strutture pubbliche o del privato sociale.

I singoli casi e l'andamento generale dell'iniziativa sono stati discussi in riunioni mensili, coordinate dal dott. Giuseppe Luigi Palma e dal Dott. Antonio Dell'Anna, cui partecipano tutti gli psicologi parte integrante del progetto.

## Risultati

Gli utenti che hanno usufruito del progetto presso i 3 studi medici coinvolti sono stati 280, di cui 176 utenti di sesso femminile e 104 di sesso maschile, per un totale di 322 interventi.

La maggior parte degli interventi si è svolta in copresenza (79%); nelle situazioni particolari in cui si è valutata l'opportunità assieme al medico e al paziente di uno spazio individuale con lo psicologo, per poter approfondire ciò che era emerso ed esplorare meglio gli aspetti psicosociali e relazionali del paziente, sono stati proposti interventi individuali (da un minimo di un colloquio ad un massimo di 5).



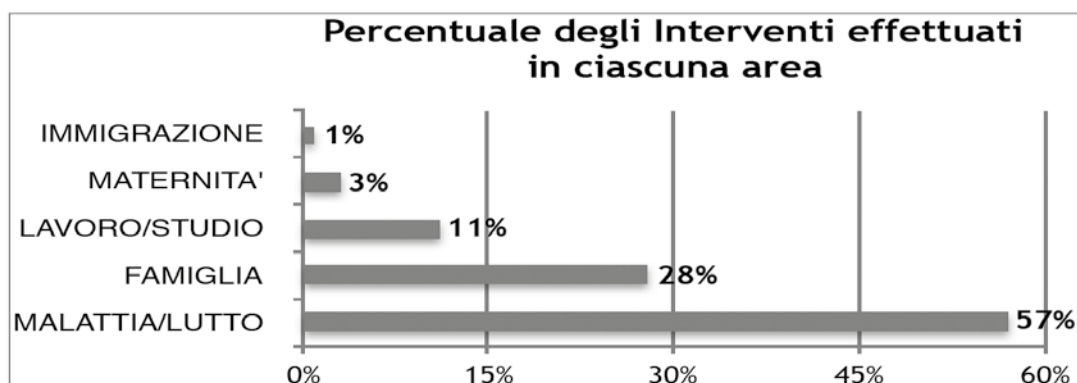
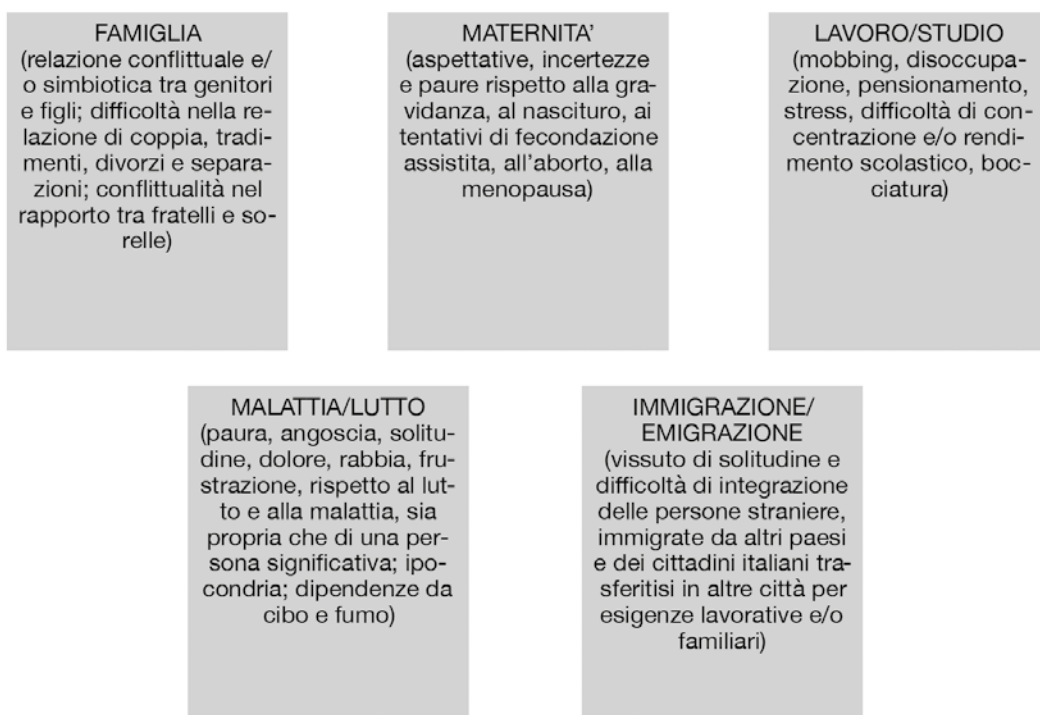
Dei 64 colloqui individuali (21%) soltanto 6 sono stati effettuati tramite richiesta diretta al medico di base di accedere al colloquio con lo psicologo senza essere preceduti dalla copresenza.

La risposta dei pazienti è stata positiva, la copresenza con le psicologhe in tutti e 3 gli studi è stata ben accolta, ha richiesto un periodo iniziale di "rodaggio", necessario soprattutto a giungere ad un livello sufficiente di sintonizzazione e di reciproca comprensione tra Medico e Psicologo. La maggior parte dei pazienti ha dimostrato di apprezzare l'iniziativa. Infatti, solo 3 pazienti, nei 12 mesi di progetto, hanno richie-

sto di essere ricevuti dal solo medico (va specificato che queste specifiche situazioni richiedevano una visita fisica più approfondita e la richiesta potrebbe essere stata dovuta ad un imbarazzo legato al genere della psicologa, più che ad un rifiuto del ruolo o della presenza).

Nei 12 mesi di progetto, dei 280 pazienti solo 18 sono stati gli invii verso un servizio di Salute Mentale, questo per confermare che la maggior parte delle situazioni si risolve all'interno della copresenza con il medico (79%), o nel rapporto a due con il paziente, nei termini di trovare un senso alle difficoltà e ai disturbi portati, promuovendo le risorse personali già possedute, accompagnando nei passaggi evolutivi ed evitando un'acutizzazione o la cronicità di alcuni aspetti. È, quindi, evidente che l'obiettivo non è "psichiatrizzare" la popolazione (Solano, 2015), inoltre, se si considera l'esiguo numero di invii non si sovraccaricano i servizi territoriali con richieste inappropriate ed elevate.

#### AREE DI DISAGIO PSICOSOCIALE



Per descrivere e dare una panoramica generale del tipo di disagio rilevato sul totale degli interventi effettuati, sono state utilizzate le aree del disagio psicosociale (Solano, 2013) utilizzate anche per le esperienze del Lazio, come la difficoltà nell'affrontare o gestire le malattie, o la paura di esse. A seguire la tematica coinvolta riguarda l'area della Famiglia con il 28% degli interventi.

Nell'ultimo mese sono stati somministrati dei questionari di gradimento, sebbene il numero raccolto sia esiguo a causa del tempo ristretto (29 questionari), le informazioni raccolte sono state significative anche perché sono confermate dai vissuti dei medici partecipanti così come sono state riferite a voce dai pazienti che hanno usufruito del servizio pur non avendo compilato il questionario.

Il questionario è stato compilato in forma anonima.

La DOMANDA 1 ha misurato quanti utenti hanno usufruito della collaborazione tra mmg e psicologo e con che frequenza. Sebbene con una frequenza differente, il 94% degli utenti che hanno compilato il questionario si è avvalso almeno una volta della collaborazione. Il che ci permette di affermare che la quantità di persone che si raggiunge e che si trova almeno per una volta di fronte ad un ascolto anche psicologico è nettamente superiore a qualsiasi altro dato. Alcune di queste persone non sarebbero mai state in grado di formulare una domanda autonoma in tal senso, per timore di uno stigma sociale, per motivi economici, ma diremmo soprattutto per un vissuto di estraneità culturale. Si pensi, inoltre, che l'effettiva collaborazione ha avuto durata annuale e che un servizio di questo tipo nel tempo permetterebbe un'azione preventiva su quasi tutta la popolazione.

La DOMANDA 2 ha calcolato, secondo i pazienti, l'utilità della presenza dello psicologo accanto a quella del medico. Nessuno ha ritenuto che questa presenza sia stata inutile, e solo il 3% l'ha ritenuta poco utile, il 72% l'ha valutata molto utile e il 25% abbastanza. Questo dato ci conferma non solo che la copresenza è stata ben accolta ma che si è compresa la specificità della funzione dello psicologo rispetto al medico. La DOMANDA 3 e la DOMANDA 4 rilevavano la qualità dell'esperienza nel vissuto del paziente: il 96% si è sentito a suo agio nella relazione con lo psicologo a dispetto del 4% che ha provato disagio e l'83% pensa che questa esperienza sia stata positiva insieme al 17% che la ritiene positiva sebbene con delle riserve.

Con la DOMANDA 5 i pazienti indicano nella totalità (100%) che fruire del progetto è un'azione che consiglierebbero ad altri. Così come la totalità dei pazienti che hanno compilato il questionario (100%) alla DOMANDA 7 ritiene che questo tipo di servizio debba essere riproposto nei prossimi anni.

Gli stessi medici il 10 maggio 2018 nel workshop, tenutosi per tirare le somme sull'attività svolta ed esprimere le considerazioni personali degli attori coinvolti in un clima di scambio e di lavoro, avevano espresso parere favorevole ed entusiasta riferendo una soddisfazione da parte dei pazienti e una ricerca della presenza dello psicologo nello studio. Infatti, la DOMANDA 6 determina che il 63% giudica come molto positiva e il 64% come molto utile la collaborazione professionale tra mmg e psicologo.

Un'ulteriore testimonianza dell'apprezzamento da parte dei pazienti e dei medici coinvolti è la richiesta da parte di entrambi alle psicologhe di trovare una modalità di proseguire con l'attività. Questo oltre ad essere gratificante rispetto alla qualità del servizio offerto e della proposta progettuale presentata, ci dà un'informazione culturale importante rispetto alla professione dello psicologo, ossia che lo stigma sociale può ridursi e che lo stereotipo e il pregiudizio legato alla funzione dello psicologo si può modificare, con un effetto preventivo a vantaggio di tutta la popolazione.

Nel tempo, l'esperienza nel territorio dell'Ambito Sociale Territoriale di Galatina, come quelle realizzate grazie al tirocinio degli specializzandi in Psicologia della Salute, hanno confermato che la semplice presenza dello psicologo nello studio di Medicina Generale, evidentemente accettata e organizzata dal medico, ha modificato in modo sostanziale le aspettative dei pazienti su quali argomenti si potessero portare e discutere in quella sede e quindi la loro disponibilità ad approfondire tematiche non legate solo ai sintomi fisici. Inoltre i pazienti si sono sentiti incoraggiati a narrare la storia dei loro disturbi, anche se di lunga data, in un modo diverso, con l'aggiunta di nuovi elementi, non solo per il diverso ruolo professionale della nuova figura, ma anche per la presenza comunque di un "terzo" nel rapporto medico paziente. I medici spesso hanno affermato di sentire l'atmosfera dello studio "alleggerita". Alleggerita, possiamo ipotizzare, dal peso di una relazione strettamente duale. Il punto di svolta rispetto alla relazione medico-psicologo è stato non sentirsi più come due professionisti seduti dietro la stessa scrivania, ma un team multidisciplinare.

Nello specifico, la figura dello psicologo insieme al medico di medicina generale è apparsa particolarmente adatta per la tendenza ad approcciare le situazioni in termini di problemi da risolvere e non di patologie da identificare, e sulle quali intervenire soprattutto in termini di promozione della risorse personali.

## Considerazioni e conclusioni

Il lavoro congiunto medico di base/psicologo appare efficace nel fornire ai pazienti la possibilità di esplorare e chiarire il significato di disturbi fisici o di altri problemi portati all'attenzione del medico.

C'è, inoltre un costante e dinamico dialogo di due figure professionali che intrecciano i loro saperi e le loro conoscenze mettendosi al servizio della persona e offrendo un servizio che si occupa di corpo e mente. In questo modo, viene restituita al paziente una visione di sé più completa e integrata.

La presenza dello psicologo all'interno dello studio modifica il vecchio assetto dello studio medico, porta a cambiamenti nella relazione con il paziente e permette nuove narrazioni, sia quelle dei pazienti ma anche quello del medico che si trova a rinarrare anche a se stesso la storia del paziente, offrendosi nuove letture possibili.

Nello stesso tempo, lo psicologo vive nel riflesso della fiducia che ogni paziente attribuisce al proprio medico di base. È grazie al mandato di rispetto e considerazione costruito nel tempo nella relazione medico-paziente che la figura dello psicologo viene accolta con meno pregiudizio.

In sostanza, si è venuta a creare una base comune tra MMG e psicologo, fatta di rispetto, fiducia, stima e complicità. Da una parte lo psicologo ha avuto la possibilità di farsi accettare meglio dai pazienti in quanto ha tratto vantaggio dall'autorevolezza della professione medica; dall'altra il medico ha trovato sostegno adeguato per quei pazienti per i quali una reiterazione di soluzioni esclusivamente mediche avrebbero potuto portare, con il tempo, ad una cronicizzazione delle problematiche.

Questi due aspetti hanno condotto il paziente a sentirsi più autorizzato a parlare in modo più ampio di sé e dei suoi vissuti emotivi, hanno favorito una maggiore disponibilità a percepire il proprio disagio e ad affrontarlo senza etichettamenti. È stato possibile inquadrare il sintomo non solo come qualcosa da eliminare ma come un segnale d'allarme, un movimento evolutivo, un attivatore di risorse rispetto ad una situazione di vita molto problematica e insoddisfacente, e questo è stato un segnale di efficacia della presenza dello psicologo all'interno degli studi medici. La quotidianità della presenza dello psicologo ha permesso una riduzione dello stigma sociale, inducendo con il progredire del tempo gli stessi assistiti a richiedere la presenza dello psicologo anche a termine del progetto, facendo nascere l'idea nei medici di un servizio da poter offrire a loro carico.

È stato possibile rendere più consapevoli quei pazienti che, come la letteratura dimostra, esprimono le loro difficoltà in forma somatica.

La maggior parte delle persone incontrate non avrebbe cercato un sostegno psicologico, considerando il ricorso ad uno psicologo una possibilità lontana, nonostante magari una consapevolezza del disagio. Invece è sembrato via via più naturale rivolgersi allo psicologo presente, disponibile per tutti i pazienti.

Sapere che lo psicologo è presente nello studio per un tempo prolungato, poterlo incontrare più volte anche a distanza di mesi, ha dato la possibilità ad ogni paziente di avvicinarsi a questo ruolo professionale con i propri tempi, e allo stesso tempo allo psicologo la possibilità di seguire nei mesi gli sviluppi e gli esiti delle varie situazioni incontrate. Il paziente sa dove incontrare lo psicologo qualora lo desideri, avendo, in questo modo, la possibilità di utilizzare anche in futuro, qualora vi fosse un momento complesso o delicato, uno strumento/aiuto adeguato per superare una fase difficile della vita.

\* Psicologo psicoterapeuta [giuseppeluigi.palma@gmail.com].

\*\* Psicologa psicoterapeuta [e.giannaccari@gmail.com].

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd. trad. it. *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.

Carollo, M., & Bogoni G. (2013). Il servizio di psicologia delle cure primarie alla Persona, tra medicina di gruppo e équipe psicologica: l'esperienza all'UTAP del Comune di Carmignano di Brenta. Intervento al Convegno Ordine Psicologi del Veneto: Lo Psicologo del Territorio, Padova, 9 Novembre.

Clark, D.M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 375-384. DOI: 10.3109/09540261.2011.606803

Derksen, J. (1982). *Psychologische hulp in de eerste lijn* [Psychological care in the first line]. Nelissen,

Baarn, the Netherlands.

Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Pro-fessional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501. Falanga, R., Pillot L., (2016). Medico di Medicina Generale e Psicologo insieme nelle cure primarie. *Italian Journal of Primary Care*, 6, 43-49.

Gigantesco A., Lega I., Picardi A. Il progetto European Coordination Action for Policy Research on Mental Disorders (EPREMED) e The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed).

Katon, W. (1985). Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*, 21, 257-258.

Magill, M.K., & Garrett, R.W. (1988). Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed., pp. 534 - 562), New York: Springer - Verlag.

Solano, L. (2011). Dal sintomo alla persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base. Franco Angeli, Milano.

Solano, L. (2013). Tra Mente e Corpo: come si costruisce la Salute. Nuova Edizione, Milano: Raf-faello Cortina Editore.

Solano, L., Di Trani M., Renzi A., (2015). Offrire risposte dove emerge la domanda: lo Psicologo di Base nell'Assistenza Sanitaria Primaria. *Ricerche di Psicologia*, 244-261.

Solano, L., Pirrotta, E., Boschi, A., Cappelloni, A., D'Angelo, D., & Pandolfi, M.L. (2010a). Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? *Italian Journal of Primary Care*, 2, 93-100.

Tomassoni, M., & Solano, L. (2003). Una Base più Sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi. Milano: Franco Angeli.

Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Brown MA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Chatterji S, Ustün TB. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 85-177.

Zennaro, A. (2013). Per una psicologia della cure primarie. Simposio presentato al X Congresso Nazionale SIPSA, La ricerca delle buone pratiche in Psicologia della Salute, Orvieto 10-12 Maggio.

## The primary care psychologist. The project of the Local Social Unit - Galatina

The requests addressed to the General Practitioner (GP) are often submitted at a very early stage. Solano (2015) introduces the support of a psychologist together with the GP, because requests brought to GPs, even if supported by physical symptoms, often derive from relational/existential problems. The joint work allows a more complete response to the patient's distress, also through the integration of the mutual competences, helping the formative interchange between the two specialists. The paper reports an experience implemented at Ambito Territoriale Sociale, Galatina, with the experimental project "Psicologo di base presso lo studio di Medicina Generale". This project, entailing joint, direct co-operation between GPs and psychologists, focused on the presence of a psychologist in the doctor's study during consultations.

Over a period of 18 months, this experiment involved 3 psychologists working in the doctor's study and 3 psychologists working at the collection of data. Although it required several months for adaptation, this joint collaboration appears feasible. As a result, it seems that patients welcomed the presence of the psychologist and, as expected, they took a freer approach in reporting their distress.

**KEYWORDS** Family medicine, psychology, primary care, General Practitioner (GP)

# Progetto di presa in carico multidisciplinare dei pazienti con Sclerosi Multipla: presentazione di un modello di integrazione in ambito ospedaliero

## A multidisciplinary project for multiple sclerosis patients: a hospital integration model

**Il rapporto di fiducia che si stabilisce tra il paziente e il clinico che con lui affronta una diagnosi di malattia demielinizzante comporta riuscire ad affidare e condividere un complesso di esigenze e criticità della persona, rispetto alla specifica fase del ciclo di vita e al suo contesto. La realizzazione di questa alleanza consente il massimo del risultato. L'articolo si pone l'obiettivo di avviare un confronto sistematico sui modelli di lavoro operabili in ambito ospedaliero, per avviare il miglior rapporto di aderenza alle cure e aiuto del paziente. Il modello di lavoro presentato propone l'utilità di un affiancamento sistematico, medico-psicologico, negli ambulatori di prima visita per la diagnosi di sclerosi multipla. Questi formati di intervento assolvono al duplice obiettivo di garantire un sostegno formativo continuo a favore del medico verso una lettura condivisa e integrata dei vissuti del paziente, da un lato, oltre ad una prima accoglienza professionale degli elementi psicologici presenti in un momento particolarmente critico della persona come può essere la diagnosi di malattia**

ANTONIO PEPOLI \*, FRANCESCA DE LUCA \*, FRANCESCO PASSANTINO \*, LUIGI RUIZ \*\*

PAROLE CHIAVE Aderenza, sclerosi multipla, modello clinico integrato.

---

### Introduzione

La scienza medica ha raggiunto livelli di conoscenza e utilizza strumenti per il controllo dei processi in grado di guidare prassi sempre più sicure e spingere sempre più avanti gli obiettivi di cura.

Progressivamente, l'atto medico si è trasformato da strumento artigianale, variabile indipendente che metteva in interazione il corpus di conoscenze prestabilito con un determinato paziente, a variabile dipendente ed estensione tecnologica (nel senso più ampio del termine) del sistema organizzativo: ad esempio piani diagnostico tera-



*Senza il poter mettersi in discussione rispetto alla ricerca di senso del paziente, al suo potere di autodeterminazione nelle scelte che andranno stabilite, alla sua capacità di affrontare una malattia come attore del proprio sviluppo, non può esistere un rapporto di cura all'interno delle patologie croniche.*

peutici, gruppi tecnici interdivisionali, linee guida, protocolli ecc.

La medicina tecnologico-dipendente sembrerebbe sempre più estranea alla logica dell'oggetto di cura: la persona, la sua integrità di fronte alla malattia, gli orientamenti, i sentimenti.

La medicina, che è stata per lungo tempo spazio privilegiato per donare senso alla sofferenza umana, ai momenti di passaggio, alle fragilità, alle perdite e rinascite, oggi, ancor più di ieri, è un'istituzione totale, che ci accompagna dalla vita alla morte, pur rischiando di perdere, progressivamente, il potere di significare la complessa dimensione esperienziale rappresentata per l'uomo dalla malattia.

Tuttavia l'adesione dipendente e salvifica agli imperativi tecnologici non può e non potrà mai ridurre l'esigenza degli individui di dotare di senso la propria esistenza ancor più di fronte a una diagnosi di malattia.

Quando si riceve una diagnosi di malattia cronica si determina un cambiamento di prospettive esistenziali che, in una complessità temporale che dipende da molteplici fattori, comporterà faticose modificazioni, riordinamenti, nuovi orientamenti esistenziali.

E non parliamo solo di "vissuti", parliamo di obiettivi e scelte, di adeguamento di stili di vita o, a volte, di vere e radicali trasformazioni conseguenti alla malattia: perché di fronte a una malattia è il malato stesso che deve adeguarsi alle prescrizioni, e che deve cambiare.

Si tratta di una ricerca di senso che il paziente dovrà affrontare tra progressioni, peggioramenti, stabilizzazioni, a volte miglioramenti insperati ma che andrà sempre migliorata per far capo alla progressione del quadro sintomatico. Coprire il varco tra le opposte istanze, della tecnica e dei bisogni delle persone, rappresenta la sfida dell'odierna prassi clinica.

La domanda che ci si pone, in un sistema di cure sempre più paritario, appare pleonastica: "esiste un livello di psichicità, di coinvolgimento personale, una riflessione sul sé, autobiografica, che coinvolge il personale curante nella relazione terapeutica?"

La risposta, ovvia, è: "certo che esiste una riflessione sul sé in relazione all'Altro del clinico".

Senza il poter mettersi in discussione rispetto alla ricerca di senso del paziente, al suo potere di autodeterminazione nelle scelte che andranno stabilite, alla sua capacità di affrontare una malattia come attore del proprio sviluppo, non può esistere un rapporto di cura all'interno delle patologie croniche.

Questa storia, che potremmo chiamare semplicemente "rapporto di fiducia" inizia, e, spesso, si caratterizza fortemente nel momento della prima comunicazione diagnostica, vero e proprio "punto di svolta" nell'esistenza delle persone che incorrono in una malattia cronica.

Alcuni anni fa ebbe una vastissima eco la pubblicazione del modello SPIKE, un insieme di istruzioni operative ragionate per l'applicazione di una buona comunicazione medica in situazioni critiche. Tuttavia, chiunque abbia esperienza clinica, sa che adeguare la propria comunicazione all'ascolto del nostro prossimo, implica riconoscerne e dividerne oltre alla profonda individualità psichica, anche le fragilità, le paure, le rabbie che la malattia comporta.

Qualsiasi clinico sa riconoscere la complessità del compito e si apre al bisogno di condivisione e, anche nell'interesse del cittadino, è portato a una definizione tecnica dei piani di intervento e delle possibilità di prestazioni sanitarie.

Il medico ospedaliero ha bisogno dei suoi pazienti per capire, per orientare una conoscenza, per definire un percorso di cure. Il malato ha bisogno del medico per affidarsi, per costruire sicurezze, per condividere un percorso.

Come affrontare dunque questi imperativi clinici, proprio negli anni in cui si fa più difficile il rapporto tra l'istituzione ospedaliera e i cittadini, dove le distanze sono sempre più mediate dai mezzi di comunicazione, spesso impreparati ai temi tecnici dell'aderenza alle cure, dove il fallimento dell'iper-tecnicità degli interventi, delle prassi evidence based (basate sulle prove), è diventato ormai un triste luogo comune nella mente dei cittadini?

Con questo articolo riportiamo una classica esperienza di resilienza organizzativa: nel momento in cui il carico e la complessità dei compiti in rapporto alle risorse in larga parte delle istituzioni appaiono critici, grazie al dialogo costante tra specialisti in area medica e psicologica si è riusciti ad attivare un'esperienza di crescita dell'operatività clinica.

Si è trattato di un vero scatto d'orgoglio verso quella visione olistica dell'uomo, scienza umana prima ancora che scienza di natura, arte, oltretutto tecnica.

Presentiamo il modello di intervento e l'esperienza introdotta in modo sistematico nel 2018, nel reparto di neurologia di un'azienda ospedaliera nazionale: l'introduzione di un'integrazione professionale tra psicologo e medico nella gestione della presa in carico del paziente che riceve diagnosi di sclerosi multipla.

Come sappiamo esiste ormai una lunga e consolidata tradizione di ricerca e studio attorno al paradigma epistemologico che sottende le logiche di integrazione medico-psicologica. In Italia a partire dai primi lavori pionieristici sul finire degli anni 70 sono state condivise esperienze e formati di intervento. Certamente l'impegno di condivisione progettuale, di costituzione di un corpus teorico di riferimento in grado di orientare protocolli e linee guida risente ancora di disomogeneità nel panorama sanitario. Mentre in ambito psiconcologico, di terapia antalgica, dei trattamenti psicologici inseriti in ambito riabilitativo, la costituzione di reti interdisciplinari regionali consente una discreta diffusione di modelli, protocolli, financo linee guida, risulta diversamente molto più frammentato il confronto e la produzione di modelli di lavoro sulla gestione psicologica del paziente che affronta un iter diagnostico in relazione ad una patologia.

In ambito neurologico, sicuramente, l'operatività del clinico deve compiere lo sforzo di comprendere la multidimensionalità dell'esperienza di malattia: le singolarità, le spazialità e temporalità degli eventi che si intrecciano con gli esordi sintomatici e le fasi evolutive dei sistemi (i ruoli da svolgere, i tipi di legame, l'ambito di sicurezza lavorativa) in cui le persone sono inserite.

Ricordiamo a titolo di esempio la grande lezione del celebre neurologo Oliver Sacks che ha saputo trarre dalle storie dei suoi pazienti spunti di riflessione diagnostica e riabilitativa inaspettati.

Nei suoi testi le descrizioni non sono solo analisi di deficit cognitivi o motori, ma sono reconditi intimi del paziente, della vita prima e dopo l'insorgenza della malattia, dell'impatto fisico e sociale che la malattia ha avuto sul paziente, e quindi una vera e propria narrazione scientifica che cerca di spiegare tutte quelle piccole componenti che sono però significativamente importanti per il paziente.

Un caso di medico ricercatore che viene letto come un saggista, mentre i suoi libri sono a pieno titolo indagini cliniche e terapeutiche.

E non è un caso che, all'interno dei percorsi formativi e applicativi in medicina narrativa condotti nell'Ospedale di Alessandria, negli ultimi cinque anni sia stata ideata la collocazione di una stanza per la scrittura autobiografica, e questa sia stata voluta e pensata proprio dai colleghi neurologi.

Lo specifico del modello qui presentato colloca il dialogo medico-psicologo, le azioni e i prodotti della riflessione psicologica, le interviste sui casi, il coinvolgimento emotivo reciproco e con il paziente, all'interno di un percorso formativo che, mentre garantisce la tutela del malato, verifica sul campo gli apprendimenti progressivi del medico nella comunicazione con il paziente.

In alcune patologie dalla variabilità e complessità non riducibile a norme generali, l'obiettivo di un ascolto storico e individuale del paziente non può essere delegato all'introduzione meccanicista di regole: concetti come autoregolazione, motivazione al cambiamento, autoefficacia, coping, locus of control, distress, non possono essere oggetto di semplici lezioni. Pur nella loro specificità come possibile oggetto di un confronto e una elaborazione da attuare con lo specialista psicologo, devono poter venir compresi, con la dovuta supervisione, attraverso l'ascolto dei loro pazienti, da tutti i medici.

Il dialogo medico-psicologo produce conoscenze del paziente, relative a come vive la patologia, come questa si intreccia nella storia personale, il vissuto e le rappresentazioni di malattia. Il miglioramento delle conoscenze, soprattutto l'elaborazione emotiva di queste, si lega alla costruzione di nuove competenze del paziente, al sostegno dei suoi sforzi di aderenza alla cura.

La malattia demielinizzante rappresenta una realtà complessa, nella quale non esistono terapie risolutive ed è più che normale che il malato, esasperato dall'incertezza, porti un'infinità di interrogativi. L'essere umano ha bisogno di risposte ai propri perché e la valenza emotiva di questi, nel caso dell'esperienza di malattia, richiede ascolto.

Non si può certo chiedere a un medico di fornire ascolto e supporto sufficiente a tutti

*La compilazione di una scheda condivisa assolve alla funzione di costruire con il paziente una traccia narrativa per l'identificazione idiografica del suo racconto, dal quadro generale di salute, sia medica che psicologica, la presenza o meno di supporto sia in ambito familiare sia sociale, l'aderenza e la qualità della relazione medico-paziente, il tono dell'umore ed eventuali indicatori generali o specifici che motivino l'invio ad una presa in carico.*

*Lo specifico del modello qui presentato colloca il dialogo medico-psicologo, le azioni e i prodotti della riflessione psicologica, le interviste sui casi, il coinvolgimento emotivo reciproco e con il paziente, all'interno di un percorso formativo che, mentre garantisce la tutela del malato, verifica sul campo gli apprendimenti progressivi del medico nella comunicazione con il paziente.*

i perché e, per quanto in questo campo i professionisti manifestino una capacità di relazione di qualità superiore e riescano a porre un'adeguata enfasi sulla soggettività del malato, l'integrazione con un supposto psicologico spesso diventa fondamentale. Più semplicemente, l'obiettivo formativo sollecita quella posizione "ponte", quel lavoro di andirivieni tra i propri riferimenti scientifici e la narrazione del paziente che dà senso a ciò che il paziente reputa opportuno per sé in quella determinata situazione.

E la costruzione comune di significati condivisi può essere certo anche una questione di tempo, ma non è una questione di tecniche di comunicazione, anche se le indicazioni dei vari decaloghi di regole e prassi (vedi SPIKE) ci possono aiutare, per localizzare la storia del paziente, per ricordarci di lui, delle sue criticità esistenziali che si collegano alla patologia.

Più propriamente la negoziazione intersoggettiva dei significati attorno a una malattia implica mantenere risposte emozionali anche di fronte alle frustrazioni, i limiti, i fallimenti di una terapia. Anzi, è proprio nei momenti difficili che si consolida il rapporto di fiducia.

L'obiettivo formativo di ogni intervento psicologico consiste nel migliorare la tenuta emozionale del clinico e dei pazienti, e questo, il nostro senso di sicurezza, come ciascuno di noi sa e ha imparato fin dalla sua infanzia nei momenti difficili, si può ottenere unicamente garantendo percorsi di riflessione intersoggettiva.

### **Applicazione del modello**

L'esperienza alla quale facciamo riferimento è stata condotta con sistematicità negli ultimi sette mesi del 2018. Il lavoro è stato declinato secondo quelli che abbiamo identificato come i reali bisogni dell'utenza in ambito ospedaliero. In primis ci siamo occupati dell'affiancamento del neurologo in regime ambulatoriale; abbiamo ritenuto importante costruire una scheda osservativa, mutuata da precedenti esperienze di cure integrate condotte nello stesso ospedale, suddivisa in quattro sezioni differenti, che potesse riassumere le informazioni principali (di tipo anagrafico, anamnestico, medico e psicologico) rispetto alla condizione clinica generale del paziente. La compresenza in ambulatorio veniva organizzata con cadenza settimanale, della durata di 3 ore, periodo in cui venivano visitati una media di 6 pazienti. La compilazione di una scheda condivisa il compito di costruire con il paziente una traccia narrativa per l'identificazione idiografica del suo racconto, dal quadro generale di salute, sia medica che psicologica, la presenza o meno di supporto sia in ambito familiare sia sociale, l'aderenza e la qualità della relazione medico-paziente, il tono dell'umore ed eventuali indicatori generali o specifici che motivino l'invio ad una presa in carico. La scheda osservativa ha come finalità anche quella di aprire varie possibilità di presa in carico: dal supporto psicologico, ai percorsi di psicoterapia e infine alle valutazioni neuropsicologiche. Riteniamo sia importante definire i vari livelli di presa in carico psicologica della malattia, sempre sottolineando un coinvolgimento attivo da parte del paziente fin dall'inizio e direttamente condiviso dallo specialista neurologo. Restituire una dimensione di équipe che si parla rappresenta un'eccellenza nei modelli di presa in carico integrata. Ricevere una diagnosi di Sclerosi Multipla obbliga il paziente a fare una serie di considerazioni che non erano state fatte fino a quel momento. Il più delle volte chi riceve diagnosi di SM è una persona giovane, spesso all'inizio o nel pieno della propria vita affettiva e lavorativa e la diagnosi entra in contrasto con le progettualità prossime o future del paziente. Inizia con il primo sintomo (qualsiasi esso sia) un nuovo percorso di vita che conduce la persona con SM ad una nuova conoscenza di sé. Ne segue un periodo di ristrutturazione non solo del rapporto con se stessa, ma anche rispetto alle relazioni con gli altri (Roscio et al., 2004). Durante lo svolgimento delle nostre attività quotidiane, in una condizione di assenza di diagnosi di malattia organica, il nostro corpo non viene quasi avvertito, come se la nostra esistenza venisse fatta coincidere col nostro patire e sentire corporeo. Si tratta di una consapevolezza pre-riflessiva e tramite essa afferriamo nel mondo il nostro esistere; il mio corpo afferma la mia esistenza sia per me che per gli altri e insieme troviamo un limite a ogni pretesa assolutistica (Lorenzi, 2009, p. 71). La possibilità di passare dal corpo che *sono* al corpo che *ho* avviene secondo gradi progressivi di autocoscienza riflessiva. Questa differenza si manifesta, ad esempio, nel corso della malattia fisica, oppure quando il nostro corpo diventa

motivo di attenzione da parte degli altri. Nel corso di una malattia si può assistere ad un repentino passaggio dall'indifferenza per il corpo che sono alla focalizzazione enterocettiva (Liccione, 2011). Questo aspetto può emergere in modo particolare in soggetti che hanno già una predisposizione ad ascoltare i propri segnali viscerali in maniera esasperata. Occorre inoltre porre l'attenzione su un concetto filosofico importante che può sensibilizzare l'approccio al singolo individuo. La diagnosi di Sclerosi multipla riguarda un corpo, inteso come "carne", che vive e patisce (Husserl, 1911) e quindi non è una malattia che si aggiunge, in senso riduzionistico, ad un organismo, ma una condizione attraverso la quale il paziente si definisce e percepisce. Questo ci spinge, perentoriamente, a considerare l'individuo nella sua interezza e complessità. Il momento della diagnosi determina una reazione psicologica molto intensa ed è uno dei più difficili da affrontare, sia per le persone interessate, sia per chi sta loro vicino. Alcuni dei sentimenti più comuni che le persone provano sono: paura, rabbia, frustrazione, sconcerto, impotenza, colpa, insieme al desiderio di negare ciò che sta accadendo (Bonino, 2009). Durante le fasi iniziali del percorso diagnostico prevalgono sentimenti di ansia e di angoscia, legati sia all'incertezza della diagnosi sia alla prognosi. Da uno studio abbastanza recente condotto su neo-diagnosticati è emerso che l'ansia è molto presente nel periodo che accompagna la scoperta della diagnosi (è presente in 4 persone su 10), particolarmente nelle donne, con una piccola ma significativa riduzione dopo 6 mesi dalla diagnosi. I sintomi depressivi, invece, non sono così comuni e sono stabili nel tempo. È probabile che questi ultimi compaiano più in là nel tempo, quando la malattia e i relativi sintomi si manifestano più frequentemente (Giordano et al., 2011). Il ruolo dello psicologo in affiancamento al neurologo si è rivelato utile per varie ragioni. In sede ambulatoriale il paziente che mostra una domanda o manifesta un malessere conoscendo direttamente lo psicologo si mostra più motivato e ingaggiato fin da subito: si possono discutere insieme le reali necessità di una eventuale presa in carico, esprimere il senso di un percorso psicologico affinché venga compreso dal paziente o semplicemente rimanere un punto di riferimento per una ipotetica domanda futura.

In generale una valida competenza psicologica o, nel nostro caso, la compresenza medico-psicologica, ha un valore essenziale nella comunicazione di una nuova diagnosi, aspetto molto delicato che richiede un percorso caratterizzato da indagini cliniche medio-lungo periodo, durante il quale il paziente rimane sospeso in attesa di comunicazioni più o meno infauste. La diagnosi va comunicata direttamente al paziente, accompagnato o meno da persone per lui significative, che possano fornire un supporto emotivo e aiutarlo a comprendere meglio le spiegazioni del medico. È sempre importante rispettare le scelte del paziente: un buon rapporto medico-paziente si fonda su fiducia e rispetto reciproci ed è necessario per instaurare un buon rapporto terapeutico. Una partnership efficace può migliorare la consapevolezza del paziente, l'aderenza alla terapia, la soddisfazione del paziente, del medico e gli esiti. Il medico deve essere sempre in grado di valutare le caratteristiche della persona che ha di fronte per intervenire nel modo più consono e scegliere le parole più adatte a quello specifico caso. Il rispetto della questione principale su quanto sia giusto sapere, per la persona neo-diagnosticata o che segue il suo sviluppo, si apre a una complessa declinazione di domande. Va sempre garantita una risposta su tutto ciò che è utile per prendere coscienza della malattia, nel rispetto dei limiti di elaborazione di quel preciso momento, riorganizzare ed adattare la propria vita e prendere decisioni adeguate rispetto al proprio futuro. Le parole del medico dovrebbero includere un sentimento di incoraggiamento e di speranza evitando di minimizzare la serietà di una malattia come la SM. Conoscere la propria malattia significa saperla combattere meglio; il medico e tutti gli altri operatori professionali coinvolti hanno il compito di concedere alla persona con sclerosi multipla tutto il tempo necessario perché essa si senta pronta ad accogliere informazioni rispetto alla diagnosi e alla prognosi della malattia. Fondamentale che gli operatori coinvolti condividano i contenuti trattati al momento della diagnosi in modo da non veicolare messaggi contraddittori. I requisiti essenziali per una comunicazione efficace della diagnosi di SM sono risultati essere la personalizzazione, un setting appropriato e la continuità della cura (Bonino, 2009).

Rispetto alla comunicazione della diagnosi, tra i vari professionisti in tutta Italia, è emerso che:

- Le informazioni fornite al momento della diagnosi devono essere formulate su misura per rispondere ai bisogni del singolo paziente;

*I pazienti presi in carico avevano una diagnosi nosografica-descrittiva differente, spesso piuttosto sfumata. Si è mostrato utile aver creato uno spazio in cui il paziente potesse elaborare la propria sofferenza e la propria condizione di vita individualmente, cercare di migliorare le risorse residue, ampliare le progettualità di vita coerentemente con le possibilità reali, implementare l'autonomia e il supporto sociale ed affettivo qualora fosse carente, ed infine lavorare su quei modi di fare esperienza che da dis-identitari, generando sofferenza, diventano maggiormente identitari.*

*La compresenza medico-psicologica, ha un valore essenziale nella comunicazione di una nuova diagnosi, aspetto molto delicato che richiede un percorso caratterizzato da indagini cliniche medio-lungo periodo, durante il quale il paziente rimane sospeso in attesa di comunicazioni più o meno infauste. La diagnosi va comunicata direttamente al paziente, accompagnato o meno da persone per lui significative, che possano fornire un supporto emotivo e aiutarlo a comprendere meglio le spiegazioni del medico.*

- i contenuti e l'ordine della presentazione vanno decisi a partire dalla storia e dalla situazione presente della persona;
- aspetti nodali vanno discussi sempre, includendo il fatto che una diagnosi anticipata non è possibile;
- il linguaggio deve essere semplice, diretto e adatto alla situazione specifica;
- il flusso delle informazioni non dovrebbe andare in una sola direzione;
- i punti di maggiore importanza vanno ripresi e sottolineati più volte con espressioni diverse;
- le condizioni pratiche in cui avviene il colloquio (setting) devono garantire riservatezza, tempo e, se richiesto, anche il supporto di altre professionalità;
- il momento informativo della diagnosi non deve essere un momento a sé stante, ma parte di un percorso integrato che deve garantire continuità (Solari et al., 2007; Bonino, 2009).

Un altro aspetto che viene affrontato frequentemente in regime ambulatoriale è l'aderenza ai farmaci, l'impatto degli effetti collaterali e l'aderenza alle raccomandazioni mediche. Il malato è il vero esperto della malattia e per questo deve essere ascoltato non solo in riferimento ai suoi sintomi, ma all'esperienza globale e soggettiva di malattia, e su come questa incida sulla sua vita personale, affettiva e sociale (Turkett et al., 1985). Per *shared decision making* si intende la condivisione di competenze tecniche e valori personali che sono possibili solo attraverso l'interazione tra il paziente e il personale sanitario (Charles et al., 1997). Ai fini del rafforzamento del grado di aderenza, il modello che offre maggiori garanzie di efficacia è quello condiviso in cui il concetto di partnership implica uguaglianza nel potere, ma anche nella responsabilità. Una terapia contrattata è probabile che sia meno efficace di una non contrattata, ma l'alternativa potrebbe essere che il paziente non segue la terapia e non lo dichiara (Moja e Vegni, 1997). Ogni terapia è accompagnata da una serie di effetti collaterali ed è sempre importante renderli noti al paziente in modo che possa valutarli insieme al medico. Durante questi mesi è capitato frequentemente di dover rivedere la terapia dei pazienti durante la visita di controllo e si è rivelato importante discutere e riflettere insieme ed essi i pro e i contro di un farmaco, trovando un accordo per affrontare serenamente la cura con gli eventuali effetti collaterali. Ad un giovane ragazzo, asintomatico, attento all'aspetto estetico e nel pieno della sua attività lavorativa, era stato proposto un farmaco, candidato come il più efficace per quella specifica forma SM, che comportava la possibilità dell'assottigliamento/perdita di capelli, aspetto che il paziente in questione non era pronto ad accettare. È importante ricordare che il paziente rimane un individuo che affronta un'ardua sfida, che tenta ogni giorno di mantenere integra l'immagine di sé in un continuo trasformarsi e divenire di possibilità.

L'avvio di un supporto psicologico può partire da una domanda spontanea del paziente o essere consigliato dal neurologo/psicologo conseguentemente all'individuazione di indicatori che motivano l'invio. In questi mesi, oltre al lavoro di affiancamento e intervizione con il neurologo, sono stati presi in carico 12 pazienti, seguiti con una cadenza inizialmente settimanale e successivamente quindicinale, per una media di 12 incontri. I pazienti presi in carico avevano una diagnosi nosografica-descrittiva differente, spesso piuttosto sfumata. Si è mostrato utile aver creato uno spazio in cui il paziente potesse elaborare la propria sofferenza e la propria condizione di vita individualmente, cercare di migliorare le risorse residue, ampliare le progettualità di vita coerentemente con le possibilità reali, implementare l'autonomia e il supporto sociale ed affettivo qualora fosse carente, ed infine lavorare su quei modi di fare esperienza che da dis-identitari, generando sofferenza, diventano maggiormente identitari. Il supporto psicologico individuale si è mostrato efficace, nonché uno spazio più intimo e riservato, per tutte quelle persone che non si sentono di appartenere a una dimensione associazionistica. I centri associazionistici, indiscutibilmente utili ai fini di ricerca, possono essere un grande sostegno a livello sociale per individui con scarso supporto familiare o semplicemente per chi apprezza la condivisione degli aspetti di malattia traendone beneficio, ma possono anche venire appositamente evitati da persone che preferiscono sganciarsi da contesti che tendono a rimarcare loro la condizione di malattia. Qualche volta risulta importante anche il coinvolgimento dei caregiver, soprattutto nei casi più disabilitanti. I caregiver sono un aspetto molto importante della patologia perché vengono necessariamente coinvolti nei diversi livelli di accudimento. Per trovare un buon equilibrio tra l'autonomia del paziente e il carico fisico/emotivo del caregiver è fondamentale che il paziente verbalizzi le

proprie necessità e difficoltà in modo che i familiari conoscano le richieste evitando di sostituirsi a lui nelle attività quotidiane. Così facendo, i caregiver rimangono punti di riferimento e stimolo ad una maggiore autonomia. Un modello di presa in carico integrata risulta poi oltremodo efficace nella misura in cui riesce ad integrare, all'interno di una stessa "regia" l'insieme delle necessità diagnostico-terapeutiche utili. Specificamente, le competenze dello psicologo in questo campo, si declinano anche in ambito delle valutazioni neuropsicologiche. Effettuare una valutazione in fase diagnostica è importante per confrontare i risultati iniziali con quelli futuri, per valutare quindi ipotetiche involuzioni. In questo caso, viene condiviso l'utilizzo della *Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Tests* di Stephen Rao (Rao and Cognitive Function Study Group, 1990). La tempestiva ed esauriente identificazione del disturbo neuropsicologico permette di definire programmi di riabilitazione cognitiva il cui scopo è quello di guidare e regolare i fattori perturbanti in grado di modulare la riorganizzazione della funzionalità cerebrale, da un lato favorendo le capacità neuroplastiche e dall'altro inibendo eventuali cambiamenti disfunzionali (Grobberio et al., 2006; Mazzucchi, 2001).

Per concludere, possiamo dire che è importante aiutare il paziente affinché non si viva come malato ma sempre come un individuo con delle possibilità e delle progettualità, nell'ottica non di una condizione di malattia ma di vita.

Raccontare il percorso delle cure consente al paziente di interiorizzare e condividere, di ricollocare i fatti come esperienze realizzate in prima persona, con tutti gli sforzi e le capacità di affrontarli messi in campo, anziché mera delega passiva del proprio destino all'esterno.

Ma la raccolta del racconto, anche per noi clinici, necessita, almeno ogni tanto, di spazi di riflessione. L'esperienza, nel racconto, si interiorizza, viene mentalizzata. Il medico da solo può non riuscire a cogliere tutti i livelli del discorso della persona: poter avere uno spazio di condivisione evita la frammentazione dei dati.

Ed è in questo senso che, in un momento di particolare fatica ad affrontare le complessità diagnostico-terapeutiche con le attuali risorse dei settori sanitari, raccontare gli sforzi di cura e dividerli, ci è sembrata la strada giusta per recuperare energie.

\* Psicologi-psicoterapeuti: SSD Psicologia Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria [antonio.pepoli@libero.it] [francescadeluca.psy@gmail.com]

\*\* Neurologo: SOC Neurologia Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baile W.F., Buckmanb R., Lenzia R., Globera G., Estela A. (2000) SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, *The Oncologist* August, vol. 5 no. 4 302-31.
- Bonino, S. (2012) Aspetti psicologici nella sclerosi multipla. Dalla diagnosi alla gestione della malattia. Springer, Milano.
- Bonino, S. (2009) Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia. Laterza, Bari.
- Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?, *Soc Sci Med* 44:681-692.
- Giordano A, Granella F, Lugaesi A et al, on behalf of the SIMS-Trial group (2011) Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis, *J. Neurol Sci* 307:86-91.
- Istituto Nazionale di Sanità: "Manuale di valutazione della comunicazione in ambito riabilitativo" ISTISAN 2013.
- Liccione, D. (2011) Psicoterapia cognitiva neuropsicologica. Bollati Boringhieri, Torino.
- Liccione, D., & Liccione, D. (a cura di) (2016). Il primo colloquio in psicoterapia. Libreria universitaria, Padova.
- Moja A, Vegni E (1997) La relazione e la comunicazione fra medico e paziente nella medicina patient centered, In: Cesa Bianchi M (edt) Ricerche di psicologia, Franco Angeli, Milano.
- Roscio M, Falautano M, Possa MF (2004) Il sostegno psicologico. Le tappe del percorso riabilitativo, in Ghezzi A, Comi G (edt), il management della persona con sclerosi multipla, Ellebore, Torino.
- Sacks, O. (1985) The man who mistook his wife for a hat (trad.it L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello, Adelphi, Milano, 1986).
- Turkett DA, Boulton M, Olson C (1985) A new approach to the measurement of patients' understanding of what they are told in medical consultations, *J Health Soc Behav* 26(1):27-38.

*La raccolta del racconto, anche per noi clinici, necessita, almeno ogni tanto, di spazi di riflessione. L'esperienza, nel racconto, si interiorizza, viene mentalizzata. Il medico da solo può non riuscire a cogliere tutti i livelli del discorso della persona: poter avere uno spazio di condivisione evita la frammentazione dei dati.*

## SCHEDA OSSERVATIVA PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA

(Collaborazione tra Psicologo e Neurologo)

DATA:

### Anagrafica

Cognome .....

Nome .....

Sesso .....

Età .....

Stato civile .....

Attività lavorativa/studio .....

Anni di scolarità .....

Presenza di supporto

☐ sì

☐ no

Se sì, di che tipo?

### Anamnestica

Tipo di diagnosi:

☐ Prima diagnosi

☐ Follow up

☐ primitivamente progressiva (SMPP)

☐ secondariamente progressiva (SMSP)

☐ recidivante-remittente (SMRR)

☐ recidivante-progressiva (SMRP)

Esordio di malattia:

Centro di riferimento

☐ stabili

☐ in miglioramento

☐ in peggioramento

Tipo di farmaco

Eventuali effetti collaterali

Comorbilità

☐ psichica

☐ cognitiva

☐ altro

Specificare.

Precedenti prese in carico Neuro-Psicologiche

☐ sì

☐ no

In atto Trattamento Psicofarmacologico

Specificare

Trattamento Psicoterapico

☐ in atto

☐ concluso

☐ mai avviato

☐ stabili

☐ in miglioramento

☐ in peggioramento

## Condizioni Cliniche generali

Scala EDSS

.....

Fase di osservazione del Clinico e Paziente  
(a cura dello Psicologo in integrazione con il Neurologo)

Il paziente è a conoscenza della diagnosi/prognosi?  
Come viene comunicata la diagnosi al paziente?

.....

Come viene gestita la comunicazione della diagnosi dal paziente?

.....

Richiesta di informazioni da parte del paziente (richiede completezza ed onestà, ha bisogno di tempo, non vuole conoscere le conseguenze/prognosi)

.....

Qual è il feedback del clinico in merito?

.....

Grado di consapevolezza del paziente

.....

.....

Presenza di difficoltà a rassicurarsi?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Alto/basso impatto emotivo?

.....

Richiesta di aiuto da parte del paziente? Se sì, di che tipo?

.....

Come viene accolta dal clinico la richiesta di aiuto?

.....

Indicatori generali di area psicologica che motivano l'invio:

- ☐ importanti variazioni dell'appetito
- ☐ disturbi del sonno
- ☐ disturbi dell'umore/ansia
- ☐ iperattività/agitazione/disturbi comportamentali
- ☐ disturbi cognitivi e del linguaggio
- ☐ pensieri intrusivi sulla malattia
- ☐ evitamento del pensiero circa la malattia o la cura
- ☐ scarsa compliance
- ☐ esplicita richiesta da parte del paziente
- ☐ rete di supporto fragile o inesistente
- ☐ modificazione dell'immagine di sé e interruzione dei progetti di vita

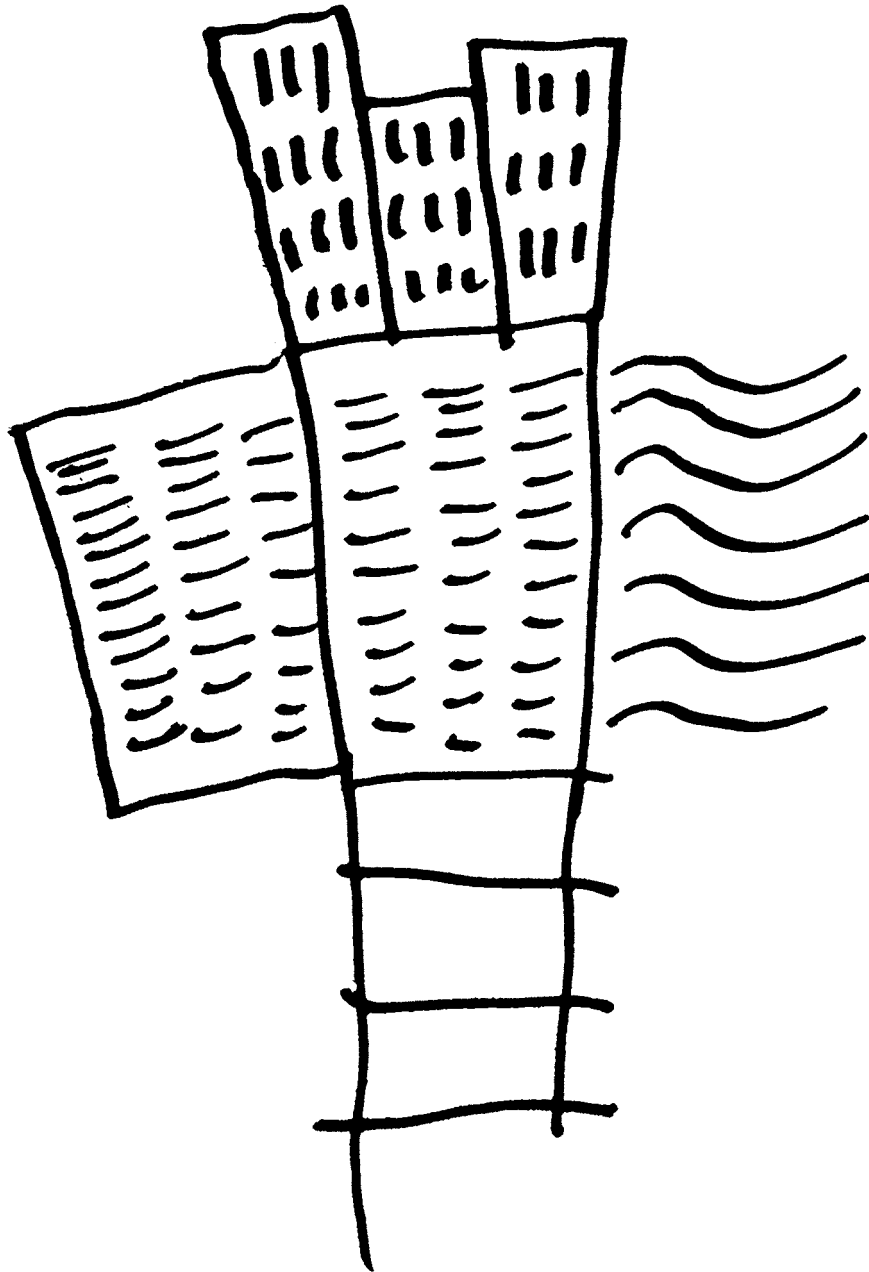
Indicatori Specifici:

Altro: .....

.....

.....





## A multidisciplinary project for multiple sclerosis patients: a hospital integration model

The relationship of trust established between the clinician and the patient when facing a diagnosis of demyelinating disease, must lead to comprehend, entrust and share a set of needs and drawbacks of the patient in this specific complex phase of his life. The realization of this alliance leads to the optimization of therapeutic efficacy.

This article aims to analyze workable models in the hospital environment, to get the best possible compliance with the treatment by the patient, supported by the help of the clinician.

The model presented here envisages the systematic presence of the psychologist with the clinician during the phase of the communication to the patient of the diagnosis of multiple sclerosis. These intervention models have the dual objective of guaranteeing continuous training support for the clinician towards a shared and integrated reading of the patient's experience, as well as the professional reception of the psychological elements present in a particularly critical moment of the patient's life, as is the communication of disease.

**KEYWORDS** compliance, multiple sclerosis, integrated clinical model

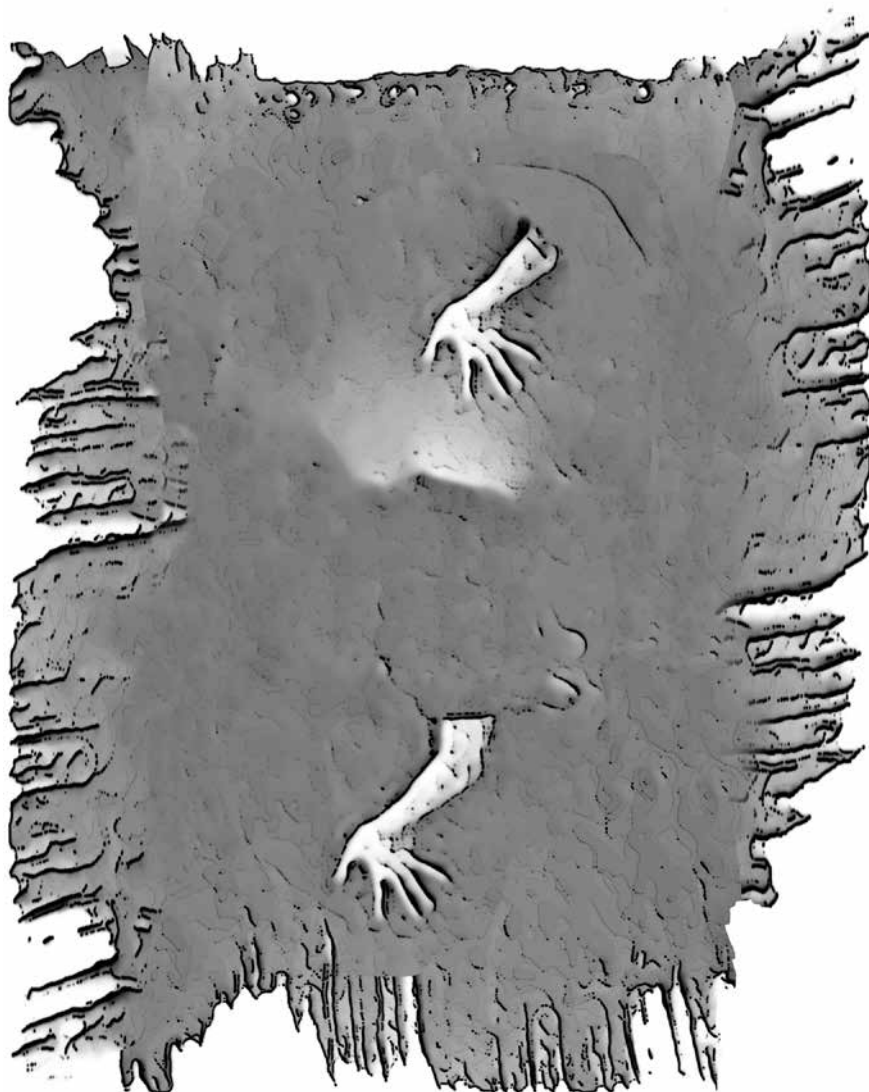
# link **ricerche**

**Psicoterapie di tipo  
cognitivo-comportamentale evidence-based:  
presentazione di alcuni trattamenti brevi rivolti  
al paziente a rischio suicidario**

MARTINA RIGNANESE, RAFFAELLA CALATI

**L'uso dei Social in un campione  
di studenti universitari:  
emozioni e stili d'attaccamento**

AMBRA BERETTI, GIOVANNI CAVADI, ELEONORA RIVA



# Psicoterapie di tipo cognitivo-comportamentale evidence-based: presentazione di alcuni trattamenti brevi rivolti al paziente a rischio suicidario

## Evidence-based cognitive behavioural psychotherapies: a few short-term treatments of patients at risk for suicidal behaviours

MARTINA RIGNANESE \*, RAFFAELLA CALATI \*/ \*\*

PAROLE CHIAVE psicoterapia, suicidio, prevenzione, terapia cognitivo-comportamentale.

**Oltre alla conosciutissima terapia dialettico comportamentale (DBT) di Marsha Linehan, ci sono altri interventi psicoterapeutici utili per la prevenzione dei comportamenti suicidari. Lo scopo di questo articolo è quello di descrivere due interventi brevi che sembrano essere efficaci in base a risultati di studi randomizzati controllati. In particolare presenteremo due terapie cognitivo-comportamentali (CBT) rivolte alla gestione della crisi suicidaria: la Cognitive Therapy for Suicide Prevention (CT-SP) di Gregory K. Brown e Aaron T. Beck, e la Brief CBT (BCBT) di Craig J Brian e M. David Rudd**

### Introduzione

In un recente contributo, pubblicato nel giugno del 2019 da JAMA Psychiatry, Brent, Oquendo e Reynolds hanno ribadito quelli che sono gli elementi fondamentali nel trattamento dei pazienti a rischio suicidario (Brent et al., 2019).

Questi 7 elementi evidence-based comprendono:

- Lo screening dei pazienti a rischio, che deve essere effettuato periodicamente e utilizzando uno strumento standardizzato (come la Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS);
- Il trattamento di possibili disturbi psichiatrici sottostanti, che contribuiscono all'esperienza del distress da parte del paziente (come ansia o depressione), alla mancanza di autocontrollo (ad esempio nell'uso di sostanze) o ad entrambe (come avviene negli stati misti del disturbo bipolare e nell'insonnia);
- La valutazione e il trattamento di condizioni mediche che possono contribuire al distress, come il dolore somatico, l'insonnia e la dispnea;
- Una collaborazione tra il clinico, il paziente e la sua famiglia, al fine di rendere

l'ambiente circostante il più possibile sicuro e libero da agenti potenzialmente letali (come medicinali o armi);

- Tenere in considerazione il contesto in cui il paziente è inserito, con una particolare attenzione al supporto sociale, che può essere, quando è presente, un importante fattore di protezione, mentre la sua assenza può fungere da fattore precipitante per condotte suicidarie;
- Un attento coordinamento tra i vari elementi del sistema sanitario, che comprende la possibilità di un rapido accesso ai servizi, studi di follow-up sui pazienti con scarsa aderenza al trattamento, l'utilizzo di elementi measurement-based ed evidence-based, la formazione continua del personale, ed infine interventi di supervisione riguardo all'assegnazione e al trattamento dei pazienti a rischio suicidario;
- L'utilizzo di interventi terapeutici specifici per i quali è stata dimostrata una significativa riduzione del rischio suicidario. Si fa riferimento qui sia al mantenimento dei contatti con il paziente (attraverso, ad esempio, cartoline o lettere) nel periodo critico che segue la dimissione dal reparto, sia a trattamenti evidence-based tra cui interventi psicoterapeutici (come la terapia dialettico-comportamentale e la terapia cognitivo-comportamentale) ed interventi brevi focalizzati che permettono la formulazione di un Safety Plan.

Il presente articolo è tratto da una Keynote Lecture tenuta da Raffaella Calati allo European Congress of Psychology (ECP), tenutosi in Russia, a Mosca, dal 2 al 5 luglio 2019, dal titolo Psychological approaches to the treatment of emotional crisis patients. L'obiettivo è la descrizione di alcuni interventi psicoterapeutici brevi di tipo cognitivo-comportamentale per i quali è stata comprovata un'efficacia in termini di riduzione del rischio suicidario.

### **Lo stato dell'arte**

Negli ultimi anni gli studi che si sono focalizzati sugli interventi psicoterapeutici per la prevenzione del suicidio hanno raggiunto un numero tale da poter essere analizzati a livello meta-analitico.

In particolare, nel 2016 sono state pubblicate alcune meta-analisi di studi controllati randomizzati (randomized controlled trials, RCTs) che hanno evidenziato dei dati interessanti. Calati e Courtet hanno analizzato 32 studi RCTs, che includevano 4114 pazienti randomizzati a una psicoterapia ( $n = 2106$ ) o al trattamento abituale (treatment-as-usual, TAU) ( $n = 2008$ ) (Calati e Courtet, 2016). I risultati mostrano come i pazienti che hanno ricevuto un intervento psicoterapeutico sono meno propensi a mettere in atto tentativi di suicidio (suicide attempt, SA) rispetto a quelli del gruppo di controllo. Il number needed to treat (NNT) stimato è di 15, il che significa che, affinché questo intervento possa prevenire un SA, è necessario che vengano trattati circa 15 pazienti. Non sono state invece rilevate evidenze significative per i soggetti che avevano messo in atto comportamenti di autolesionismo non suicidario (non-suicidal self-injury, NSSI). Nonostante alcuni limiti, come la possibile presenza di bias dovuti all'eterogeneità degli studi inclusi o la mancanza di tempi sufficientemente lunghi di follow-up, questa analisi evidenzia l'efficacia della psicoterapia nella prevenzione dei tentativi di suicidio.

Un altro interessante studio di meta-analisi, pubblicato da Cochrane, è quello del team di ricerca di Keith Hawton (Hawton et al., 2016). Esso si focalizza sull'efficacia di interventi di tipo psicosociale, rispetto a TAU, in pazienti adulti che hanno messo in atto comportamenti di autolesionismo (self-harm, SH), ovvero che si sono intenzionalmente auto-inflitti delle lesioni o che hanno tentato il suicidio. Questo tipo di comportamenti sono considerati fra i maggiori predittori di rischio suicidario. Sono stati inclusi 55 studi per un totale di 17,699 partecipanti. Diciotto di questi trials hanno indagato l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), 9 invece si sono focalizzati su interventi diretti a persone che hanno messo in atto ripetutamente atti di SH, tra cui la psicoterapia di gruppo basata sulla regolazione delle emozioni, trattamenti basati sulla mentalizzazione e la terapia dialettico-comportamentale (DBT). Ancora, 4 studi hanno esaminato l'efficacia del case management mentre 11 quella del mantenimento dei contatti attraverso, ad esempio, chiamate telefoniche o lettere. Questa meta-analisi ha evidenziato come gli interventi CBT-based si siano rivelati significativamente più efficaci in termini di riduzione del numero dei partecipanti che mettevano in atto comportamenti di autolesionismo, rispetto agli interventi di tipo TAU (odds ratio (OR) 0.70, 95% in-

tervallo di confidenza (CI) 0.55 a 0.88; numero di studi  $k = 17$ ;  $N = 2665$ ).

Un'altra meta-analisi dello stesso team è apparsa contemporaneamente su *Lancet Psychiatry* (Hawton et al., 2016). In questo studio, però, diversamente dal precedente, il campione è composto da pazienti che hanno messo in atto un SA nei sei mesi precedenti. I risultati di follow-up hanno confermato l'efficacia della CBT in termini di riduzione del numero di pazienti che ripetono comportamenti di SH nei 6 (OR 0.54, 95% CI 0.34-0.85;  $k=12$ ;  $N=1317$ ) e nei 12 mesi (0.80, 0.65-0.98;  $k=10$ ;  $N=2232$ ) successivi al trattamento. Sono stati riscontrati rilevanti miglioramenti anche in problematiche secondarie, come depressione, hopelessness, ideazione suicidaria e scarse capacità di problem solving. Gli interventi basati sulla DBT, invece, sembrano contribuire alla riduzione nella frequenza di comportamenti di SH.

Quindi, riassumendo, queste prime meta-analisi hanno evidenziato dei risultati promettenti rispetto alla capacità dei trattamenti psicoterapeutici, in particolare CBT-oriented, di prevenire comportamenti suicidari.

### **La terapia dialettico-comportamentale**

La terapia dialettico-comportamentale (DBT), introdotta da Marsha M. Linehan nel 1991, è il trattamento evidence-based più studiato per il trattamento di pazienti a rischio suicidario. L'assunto teorico su cui si fonda è che, alla base del comportamento suicidario, ci sia una pervasiva disregolazione emotiva che porta il soggetto a mettere in atto comportamenti impulsivi e maladattivi sia auto-diretti che all'interno della relazione con gli altri, rendendo la gamma di risposte agli eventi di vita molto meno ampia, meno flessibile e meno dialettica. Secondo la Linehan, la via principale per il trattamento consiste nell'aiutare il paziente a sviluppare abilità (skills) specifiche che gli consentano di far fronte in maniera adattiva alle situazioni che elicitano questa disregolazione. Questo tipo di trattamento comprende quattro specifiche componenti, ovvero: un'ora a settimana di terapia individuale, due ore e mezza a settimana di skills training groups, interventi di telephone coaching ed un team di consultazione per i terapeuti. DeCou e collaboratori hanno recentemente pubblicato un lavoro di meta-analisi che include 18 studi clinici controllati (non randomizzati) nei quali è stata studiata la DBT (DeCou et al., 2019). I risultati mettono in evidenza come questo tipo di trattamento si sia dimostrato efficace in termini di riduzione della violenza auto-diretta ( $d = -.324$ , 95% CI = da  $-.471$  a  $-.176$ ) e di accesso ai servizi di intervento per crisi psichiatriche ( $d = -.379$ , 95% CI =  $-.581$  a  $-.176$ ). Al contrario, non sono stati rilevati effetti significativi della DBT sull'ideazione suicidaria ( $d = -.229$ , 95% CI = da  $-.473$  a  $.016$ ). Tuttavia, l'effect size è piuttosto modesto.

Prada e collaboratori, inoltre, si sono occupati di indagare nello specifico l'efficacia di ciascuna delle quattro componenti della DBT. È risultato evidente come siano necessari ulteriori studi per comprendere meglio quale specifica fase del trattamento sia la più efficace nella riduzione dei comportamenti suicidari, in quale modo e per quali pazienti (Prada et al., 2018). La Linehan stessa ha confrontato diverse forme di applicazione della DBT, in particolare la DBT-S (che comprende skills training e case management), la DBT-I (composta da terapia individuale e attività di gruppo) e la DBT standard (che include terapia individuale e skills training) (Linehan et al., 2015). Al contrario delle aspettative dei ricercatori, tutte e tre le versioni della terapia si sono dimostrate equivalenti dal punto di vista dell'efficacia in termini di riduzione dell'ideazione suicidaria, dei tentativi di suicidio, della gravità medica delle lesioni auto-inflitte, dell'utilizzo di servizi anti-crisi e anche per quanto riguarda l'aumento delle ragioni per vivere.

Ma veniamo a quello che è l'obiettivo principale del presente articolo: gli interventi psicoterapeutici cognitivo-comportamentali brevi evidence-based per il trattamento del paziente a rischio suicidario. Due interventi sembrano essere particolarmente efficaci: la Terapia Cognitiva per la Prevenzione del Suicidio (CT-SP), introdotta da Gregory K. Brown e Aaron T. Beck e la Terapia Cognitivo Comportamentale Breve (BCBT) di Craig J. Bryan e M. David Rudd. Ci proponiamo qui di presentarli brevemente, sperando di suscitare interesse, nel qual caso rimandiamo ai manuali, per ora solo in lingua inglese: rispettivamente "Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications" (Wenzel et al. 2008) e "Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention" (Bryan e Rudd, 2018).

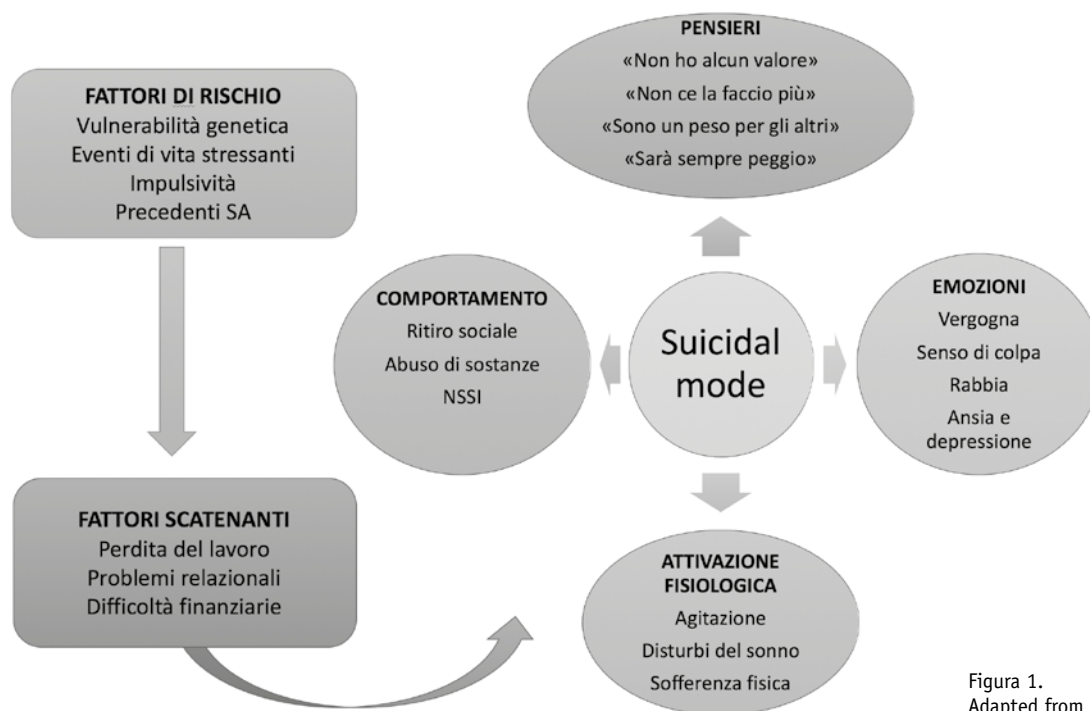


Figura 1.  
Adapted from Craig J. Bryan

### La Terapia Cognitiva per la Prevenzione del Suicidio

La CT-SP si basa sul concetto teorizzato da Beck nel 1996 di "Suicidal Mode" (Figura 1) per descrivere le interazioni sincrone che avvengono tra le diverse componenti del sistema di personalità, che includono la sfera cognitiva, emotiva, fisiologica, comportamentale e motivazionale, e che possono portare all'attivazione del Suicidal Mode. Come sappiamo, i fattori di rischio più rilevanti associati al rischio suicidario sono una vulnerabilità genetica, una storia personale di abuso, la presenza di tratti di impulsività e l'aver già precedentemente messo in atto uno o più SA. A partire da questi fattori predisponenti, alcuni eventi di vita come la perdita del lavoro, problemi relazionali o finanziari possono fungere da fattori scatenanti che possono innescare il cosiddetto Suicidal Mode. A livello cognitivo si può attivare nel soggetto il pensiero di essere inutile, un fallimento ed un peso per le persone che lo circondano. A livello affettivo può sperimentare sentimenti di vergogna, colpa, ansia, preoccupazione, rabbia o depressione. Si riscontra anche una disregolazione a livello fisiologico che si manifesta attraverso disturbi del sonno, agitazione e dolore somatico. Tutto questo si traduce in varie problematiche, che possono includere l'abuso di sostanze, l'isolamento sociale o episodi di NSSI. A titolo esemplificativo, possiamo immaginare il caso di un paziente che in passato ha sofferto di depressione maggiore ed in giovane età ha tentato il suicidio in seguito alla fine della relazione con la propria fidanzata dell'epoca. A 38 anni viene licenziato dall'azienda per cui lavora da diverso tempo, ritrovandosi ad avere grosse difficoltà economiche che lo costringono a tornare a vivere con i propri genitori. Durante questo periodo sperimenta un profondo senso di fallimento e di perdita. Questi pensieri lo portano a sperimentare ansia, disperazione e senso di colpa per non essersi dimostrato all'altezza delle proprie ed altrui aspettative. Inizia a credere che gli altri vivrebbero meglio se lui non ci fosse. Si sente costantemente agitato, non riesce più ad uscire di casa e comincia a fare un uso eccessivo di farmaci (ansiolitici ed antidepressivi). È possibile che questo concatenarsi di elementi inneschi un circolo vizioso che lo porti a desiderare nuovamente di togliersi la vita.

La CT-SP è un intervento destinato a chi ha in precedenza tentato il suicidio o ha sperimentato intensa ideazione suicidaria. Lo scopo di questo intervento è quello di insegnare al paziente delle strategie di pensiero e di comportamento alternative da mettere in atto durante gli episodi di crisi e costruire insieme a lui una migliore rete di supporto sociale per prevenire futuri tentativi di suicidio (Brown et al., 2005). Il protocollo di trattamento è stato descritto per la prima volta a metà degli anni

2000 e prevede un numero di sedute che può variare da 10 a 16, della durata di cinquanta minuti ciascuna con una frequenza mono o bi-settimanale a seconda dei bisogni del paziente. Le sedute si articolano in 3 fasi: iniziale, centrale e finale.

Nella fase iniziale (sedute 1-3) viene presentato al paziente il trattamento e il modello cognitivo su cui si fonda. Fornire informazioni puntuali al paziente consente di farlo sentire maggiormente coinvolto nel processo terapeutico, così come infondere in lui la speranza che le cose potranno cambiare, o trasmettere fiducia riguardo al fatto che i propri problemi possono essere condivisi e discussi all'interno di un setting sicuro e protetto, con il supporto di un professionista che offre un ascolto realmente interessato e non giudicante (Wenzel e Jager-Hyman, 2012). Durante questa fase, inoltre, il terapeuta chiede al paziente di raccontargli il più dettagliatamente possibile un recente episodio di crisi suicidaria in cui il paziente ha tentato o pensato al suicidio. Sulla base di questa narrazione, terapeuta e paziente stilano insieme una lista delle problematiche e degli obiettivi da raggiungere attraverso la terapia, oltre che sviluppare un Safety Plan (Stanley et al., 2018).

Nella seconda fase del trattamento (sedute 4-7) il compito del terapeuta si concentra sull'identificazione di strategie cognitive alternative per far fronte ai pensieri suicidari e prevenire futuri tentativi di suicidio. Questa attività di skill building si concentra sul problem solving, il controllo degli impulsi, la regolazione delle emozioni, la capacità di sperare, la ricerca di un supporto sociale, e un'ottimizzazione dell'aderenza al trattamento. Si tratta di un intervento di ristrutturazione cognitiva: il focus è rivolto alla modifica di quei pensieri impulsivi e maladattivi che si attivano durante una crisi suicidaria, come la convinzione che il futuro non potrà essere migliore del presente, che il dolore esperito sia insostenibile o che non si abbia alcun valore. Tra le tecniche che vengono maggiormente utilizzate per far fronte a questi pensieri distorti troviamo il "dialogo socratico" (che consiste nel richiedere le prove a favore e le prove contro determinate affermazioni), specifiche strategie comportamentali e tecniche immaginative (ad esempio, lo sviluppo di una concreta rappresentazione mentale del futuro tra 5 o 10 anni) (Wenzel e Jager-Hyman, 2012). Tuttavia, diversi pazienti riportano una certa difficoltà nel mettere in atto autonomamente le skills apprese in terapia quando si ritrovano ad essere nel pieno della crisi. Per far fronte a questa problematica possono essere utilizzate le Coping Cards, ovvero delle card che possono essere consultate nel momento del bisogno e che raccolgono alcuni degli aspetti più salienti che sono emersi e su cui si è lavorato nel corso delle sedute. Esse possono essere utilizzate anche come rapido promemoria delle ragioni per vivere (Reasons For Living, RFL), i motivi per cui il paziente sente che valga la pena rimanere in vita. Ad ogni modo, in alcune occasioni le Coping Cards possono rivelarsi un deterrente non sufficiente per disinnescare una crisi. Un'altra possibilità è la costruzione di un Hope Kit personalizzato, che include alcuni elementi che possono fungere da promemoria più tangibile a livello visivo e/o tattile delle ragioni per vivere. Spesso vengono utilizzate fotografie di persone care, lettere di amici, poesie o preghiere (Wenzel e Jager-Hyman, 2012).

La terza ed ultima fase (sedute 8-10), invece, prevede il consolidamento delle abilità apprese nelle fasi precedenti in vista dell'evitamento di una ricaduta. Vengono inoltre elencati i successi e gli obiettivi raggiunti grazie alla terapia, e vengono poste le basi per un eventuale trattamento futuro. Il protocollo di prevenzione della ricaduta prevede una serie di esercizi durante i quali il paziente visualizza e descrive dettagliatamente, ponendo un particolare accento su pensieri ed emozioni, la serie di eventi che lo hanno portato alla crisi suicidaria, a causa della quale si è presentato in terapia. A questo punto al paziente è richiesto di rivivere una seconda volta questa rappresentazione, aggiungendo però delle considerazioni personali su quale tipo di strategia avrebbe messo in atto in un determinato momento, ed in quale modo. Questo serve al soggetto per convalidare le specifiche abilità apprese, che sarebbe in grado di utilizzare autonomamente in maniera corretta, qualora ne avesse bisogno.

Uno studio RCT condotto da Brown ha evidenziato l'efficacia della CT-SP in un campione di 120 pazienti adulti che avevano tentato il suicidio nelle 48 ore precedenti (Brown et al., 2005). In particolare, nei pazienti che avevano ricevuto questo tipo di terapia è stata riscontrata una riduzione del 50% di SA rispetto ai pazienti che avevano usufruito di una tipologia di trattamento standard, come si può evincere dai follow-up effettuati a 6, 12 e 18 mesi dalla fine della terapia. Dai controlli effettuati dopo 18 mesi emerge che 13 soggetti fra quelli assegnati alla terapia cognitiva

(24.1%) e 23 fra quelli assegnati al TAU (41.6%) avevano messo in atto almeno un SA. I livelli di depressione auto-riferita erano significativamente più bassi nei pazienti che avevano seguito la CT-SP a 6 mesi, 12 mesi, e 18 mesi. Infine, questi pazienti riportavano un senso di hopelessness significativamente inferiore rispetto al gruppo di controllo a 6 mesi. Tuttavia, non sono state rilevate differenze significative tra i due gruppi riguardo all'ideazione suicidaria.

### **La Terapia Cognitivo Comportamentale Breve**

Nel contesto dell'Università dello Utah, in particolare all'interno del Centro Nazionale di Studi sui Veterani, un gruppo di lavoro guidato da Bryan e Rudd ha introdotto una seconda tipologia di intervento psicoterapeutico breve, la Brief Cognitive-Behavioral Therapy (BCBT) for Suicide Prevention, che si sviluppa a partire dalla medesima cornice teorica della CT-SP, della quale condivide gli assunti di base ("Suicidal Mode"). Essa consta di 12 sedute complessive, le quali vengono effettuate con frequenza mono- o bi-settimanale e che sono suddivise in tre fasi differenti, ognuna delle quali è caratterizzata da obiettivi terapeutici ben precisi. Il progresso del trattamento viene valutato proprio sulla base del livello di padronanza di determinate abilità raggiunto dal paziente: se il soggetto dimostra di aver acquisito determinate skills si procede con la fase successiva, altrimenti si torna indietro.

La fase 1 si focalizza sulla capacità del paziente di gestire i momenti di crisi e sulla tolleranza allo stress, pertanto si lavora sull'acquisizione di strategie di regolazione emotiva. Queste prime sedute si articolano nel seguente modo:

- Il terapeuta presenta le modalità di trattamento al paziente, descrivendo la struttura delle sedute, la suddivisione in tre fasi del trattamento ed il ruolo che rivestono i membri della famiglia o altre persone di supporto. Avere un'idea il più precisa possibile di come si svolgerà la terapia e di quali saranno gli obiettivi del percorso, infatti, aiuta il paziente a ridurre la propria ansia;
- Viene richiesto al paziente, attraverso l'utilizzo di domande dirette, di descrivere in ordine cronologico gli eventi, le emozioni ed i pensieri che si sono succeduti durante l'episodio di crisi suicidaria per il quale si è presentato in terapia. Si discute anche di eventuali SA precedenti, focalizzandosi sugli intenti del paziente (ad esempio domandando: "Cosa sperava che sarebbe accaduto?") e classificando i vari tentativi in: il primo, il peggiore ed il più recente;
- Si spiega al paziente, in un linguaggio per lui facilmente comprensibile, cosa si intende per "Suicidal Mode", riadattando il diagramma che lo descrive (corrispondente Figura 1) in base alle informazioni che vengono riferite dal soggetto. Gli viene anche richiesto di disegnare una "tabella della terapia" su cui potrà annotare ciò che ha appreso in ciascuna seduta;
- Si costruisce un Crisis Response Plan, aiutando il paziente a riconoscere i propri warning signs, identificare delle strategie auto-calmanti e ricercare un supporto sociale. In seguito, il terapeuta gli fornisce delle indicazioni su come agire in caso di crisi;
- Si definisce un preciso piano di trattamento, creando una gerarchia dei sintomi sui quali bisogna lavorare e ponendosi degli obiettivi specifici e facilmente osservabili, quindi misurabili;
- Infine, risulta di fondamentale importanza costruire un'alleanza terapeutica con il paziente per assicurarsi un certo tipo di impegno da parte sua nei confronti del trattamento.

A questo punto, il terapeuta propone al paziente uno skills training per migliorare la capacità di regolazione delle emozioni. È importante che venga spiegata la logica che sta dietro ad ogni abilità che gli viene insegnata, facendo anche esplicitamente riferimento al modello del Suicidal Mode. Inoltre, è necessario che il soggetto possa esercitarsi su ogni skill durante le sedute e che venga aiutato a riconoscere in quale modo le strategie siano utili per attenuare la propria sofferenza. Tra le abilità che vengono insegnate troviamo:

- Esercizi di rilassamento;
- Esercizi di mindfulness;
- Una lista delle Reasons For Living: viene chiesto al soggetto di pensare a dei motivi per cui secondo lui vale la pena vivere e di annotarli su un foglio. Il terapeuta propone, inoltre, degli esercizi specifici in cui ad esempio chiede al paziente di immaginare una situazione di stress e poi, subito dopo, di pensare alle proprie RFL;



- Il Survival Kit: un contenitore (ad esempio una scatola delle scarpe) in cui il paziente deve riporre degli oggetti che rievocano stati emotivi positivi, come fotografie, regali o citazioni. Questo kit deve essere portato in terapia in modo che il clinico possa discutere di ciascun elemento con il paziente e possa eliminare quelli potenzialmente pericolosi o iatrogeni;
- Sviluppare un'igiene del sonno e una capacità di controllo degli impulsi: il paziente viene istruito riguardo a delle sane abitudini del sonno, cercando di lavorare su quei comportamenti che vengono identificati come disfunzionali e tenendo un diario su cui possa annotare i propri progressi.

La seconda fase di trattamento è incentrata sull'apprendimento di abilità cognitive e di problem solving. Si tratta di un intervento di ristrutturazione cognitiva rivolta a quei pensieri e credenze che portano la persona a mettere in atto un SA. In questa fase il terapeuta si avvale dell'utilizzo di diversi strumenti come:

- Gli ABC Worksheets, in cui il paziente è chiamato ad indicare e riflettere su qual è stato l'evento che ha attivato la crisi suicidaria (Activating Event), le proprie credenze (Belief) e le conseguenze del SA (Consequence);
- I Challenging Beliefs Worksheets, che consentono al soggetto di riflettere in maniera più sistematica e razionale sulle proprie credenze;
- Interventi di Behavioral Activation, in cui si cerca di individuare delle attività che prima erano piacevoli o significative e si sviluppa un piano specifico affinché il paziente possa ricominciare a svolgerle;
- E, infine, le Coping Cards.

L'obiettivo primario della terza ed ultima fase è quello di scongiurare eventuali ricadute, pertanto risulta utile assicurarsi che la persona abbia appreso e sappia mettere in atto autonomamente determinate skills.

Per dimostrare l'efficacia della BCBT, Rudd e collaboratori nel 2015 hanno condotto uno studio RCT su 152 militari a servizio attivo di Fort Carson, Colorado (Rudd et al., 2015). Il campione è stato randomizzato, 76 militari sono stati sottoposti a TAU, mentre gli altri 76 alla BCBT. I risultati di follow-up a 24 mesi mostrano una riduzione di circa il 60% degli SA nei militari che appartenevano a questo secondo gruppo, rispetto a quelli che erano stati assegnati al TAU. In particolare, 8 partecipanti alla BCBT (13.8%) hanno tentato il suicidio almeno una volta, mentre fra quelli del gruppo TAU sono stati in 18 a mettere in atto uno o più SA (40.2%) (Test di Wald  $\chi^2 = 5.28$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.02$ , hazard ratio = 0.38, 95% CI = 0.16–0.87, NNT = 3.88). Non sono state invece rilevate differenze significative tra i due gruppi riguardo alla gravità dei sintomi psichiatrici.

### **E le altre psicoterapie?**

Sebbene questo articolo si focalizzi esclusivamente su interventi psicoterapeutici ad indirizzo cognitivo-comportamentale, è bene tenere presente che negli ultimi anni il numero degli studi che si focalizzano sulle psicoterapie di matrice psicodinamica sta diventando rilevante. Tra queste terapie troviamo il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT), la Psicoterapia Interpersonale (ITP), e la Psicoterapia Focalizzata sul Transfert (TFP). Nel 2019 Briggs e collaboratori hanno pubblicato sul British Journal of Psychiatry un lavoro di meta-analisi condotto su 12 RCTs in cui viene indagata l'efficacia di questo tipo di interventi riguardo alla prevenzione del suicidio (SA) e di condotte di SH (Briggs et al., 2019). I risultati di follow up mostrano una certa efficacia in termini di riduzione dei tentativi di suicidio a 12 mesi ed una minor frequenza di comportamenti di autolesionismo nel breve termine (dopo 6 mesi dalla fine del trattamento), ma non nel lungo termine. Inoltre sono stati rilevati degli effetti positivi di questo tipo di terapie anche sul benessere psicosociale, uno dei maggiori fattori di protezione per il suicidio.

### **Conclusione**

In conclusione, si è visto che sono disponibili alcune terapie brevi per le quali è stata comprovata un'efficacia sulla prevenzione dei comportamenti suicidari. Ci rendiamo conto che esse dovrebbero essere adattate alla realtà culturale e territoriale italiana, ma riteniamo che esse possano fornire spunti utili, in particolare per quei clinici che si trovano a lavorare con pazienti a rischio e devono gestire l'acuzie, spesso senza poter indirizzare i pazienti a trattamenti psicoterapeutici a lungo termine.

## Acronimi

|             |   |
|-------------|---|
| <b>SA</b>   | <b>Suicide Attempt</b> , tentativo di suicidio: atto autoinflitto potenzialmente dannoso ma che non ha un esito letale; l'intenzione del soggetto è quella di procurarsi la morte.  |
| <b>SH</b>   | <b>Self-Harm</b> , autolesionismo: auto-infliggersi intenzionalmente delle lesioni che possono comportare una minorazione fisica momentanea o permanente.   |
| <b>NSSI</b> | <b>Non-Suicidal Self-Injury</b> , autolesionismo non suicidario: atto auto-lesivo senza l'intenzione di procurarsi la morte (per es. provocarsi bruciature o tagli).  |
| <b>RCT</b>  | <b>Randomized Controlled Trial</b> , studio controllato randomizzato: studio in cui i partecipanti vengono assegnati casualmente al trattamento che deve essere valutato o a un trattamento standard (TAU).   |
| <b>TAU</b>  | <b>Treatment-As-Usual</b> , trattamento standard: modalità di intervento che viene solitamente somministrata, in accordo con gli standard di una certa disciplina. Ad esempio, un TAU nell'ambito psichiatrico potrebbe prevedere psicoterapia ed interventi farmacologici o una combinazione dei due elementi. |
| <b>NNT</b>  | <b>Number Needed To Treat</b> , numero necessario di persone da trattare affinché un certo trattamento sia efficace per prevenire un evento (ad esempio un SA).   |

## Glossario

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Skills training</b>                | Elemento centrale della DBT. Comprende due moduli di sviluppo di abilità di accettazione/tolleranza della realtà (ovvero esercizi di mindfulness e di tolleranza dello stress) e due moduli di skills change (regolazione emotiva ed efficacia nei rapporti interpersonali). Questi due aspetti sono fondamentali per ripristinare quelle abilità in cui i pazienti che si sottopongono alla DBT sono maggiormente carenti. In particolare, l'obiettivo è quello di aiutarli ad accettare se stessi e la realtà circostante per quello che sono, così come a modificare quelle skills che devono essere modificate o ripristinate con altre più adattive. |
| <b>Telephone coaching</b>             | Altra componente della DBT. I pazienti vengono incoraggiati a contattare il proprio terapeuta quando avvertono di essere a rischio di mettere in atto un SA o NSSI, in modo da poter ricevere delle indicazioni precise su come comportarsi. Questo tipo di interventi sono particolarmente importanti perché spesso i pazienti hanno difficoltà ad mettere in pratica nella vita quotidiana ciò che apprendono durante la terapia, pertanto, attraverso queste telefonate, il clinico si occupa di ricordare loro quanto appreso in seduta e come utilizzarlo in maniera efficace e funzionale in quel particolare episodio di crisi.                    |
| <b>ABC Worksheets</b>                 | Strumento che viene utilizzato nella BCBT. Si presenta come una tabella su cui il paziente deve indicare l'evento che ha attivato la crisi suicidaria ("Cosa è successo?"), le proprie credenze riguardo al suicidio ("Cosa mi passa per la mente?") e le conseguenze del SA ("Come mi sono sentito alla fine?"); è poi chiamato a riflettere su quanto appena riportato rispondendo a domande come "Sono ragionevoli i miei pensieri? Perché sì? Perché no?".  |
| <b>Challenging Beliefs Worksheets</b> | Altro strumento usato nella BCBT. Il paziente è chiamato a rispondere ad alcune domande che possono aiutarlo a riflettere in maniera più sistematica e approfondita sui propri pensieri suicidari (ad esempio, "I tuoi giudizi si basano sulle tue emozioni o su dei fatti conclamati?" oppure "Può essere che tu stia fraintendendo o male interpretando la situazione in cui ti trovi?").   |
| <b>Reasons For Living (RFL)</b>       | Le ragioni che il paziente riesce a trovare per continuare a vivere, quegli aspetti che più contano nella sua vita e che possono proteggerlo dal desiderio di morire. Possono includere relazioni interpersonali significative, valori e credenze religiose o socio-culturali, o ancora interessi personali.  |

## BIBLIOGRAFIA

- Brent, D. A., Oquendo, M. A., & Reynolds, C. F., 3rd. (2019). Caring for Suicidal Patients. *JAMA Psychiatry*, 76(8), 862-863.
- Bryan, C. J. & Rudd, M. D. (2018). Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention. The Guilford Press.
- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr R., Goldblatt M.J. & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-328.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*, 294(5), 563-570.
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of psychiatric research*, 79, 8-20.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (5), CD012189.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. Dec;48(12), 1060-4.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K.A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482.
- Prada, P., Perroud, N., Rüfenacht, E., & Nicastro, R. (2018). Strategies to Deal With Suicide and Non-suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder, the Case of DBT. *Frontiers In Psychology*, 9, 2595.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S.R., Arne, K.A., Breitbart, J., Delano, K., Bruce, T.O., & Wilkinson, E. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, 172(5), 441-449.
- Stanley, B., Brown, G.K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. Sep 1;75(9), 894-900.
- Wenzel, A., Brown G. K. & Beck A. T. (2009). Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. American Psychological Association.
- Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2012). Cognitive therapy for suicidal patients: Current status. *The Behavior therapist/AABT*, 35(7), 121.

## Evidence-based cognitive behavioural psychotherapies: a few short-term treatments of patients at risk for suicidal behaviours

Beside the well-known Dialectical Behavior Therapy (DBT) by Marsha Linehan, there are several other interventions that were found to be useful for the prevention of suicidal behaviours. The aim of the present article is to describe two brief interventions that were reported to be specifically efficacious according to randomized controlled trials. These are two crisis-specific forms of Cognitive Behavioral Therapy (CBT): the 10 session intervention Cognitive Therapy for Suicide Prevention (CT-SP) by Gregory K. Brown and Aaron T. Beck, and the Brief CBT (BCBT) by Craig J. Brian and M. David Rudd.

KEY WORDS psychotherapy, suicide, prevention, cognitive behavioral therapy.

# L'uso dei Social in un campione di studenti universitari: emozioni e stili d'attaccamento

## The Use of Social Media in a sample group of University students: emotions and attachment styles

**La rivoluzione mediatica alla quale stiamo assistendo sta determinando profonde modificazioni nell'immaginario sociale e alimenta dei vissuti di aspettative non sempre realistiche sulle possibilità comunicative offerte dai nuovi strumenti quali i Social**

AMBRA BERETTI\*, GIOVANNI CAVADI\*\*, ELEONORA RIVA\*\*\*

PAROLE CHIAVE Immaginario sociale, comunicazione, aspettative, dipendenza

---

### Introduzione

La dipendenza dai videogiochi, gli incontri sulle chat line, la difficoltà a distaccarsi dall'interazione on line, altro non sono che la riproposizione, in termini attuali, di forme di dipendenza e compulsività tradizionali quali il tabagismo, l'alcolismo, l'uso di droghe, ecc.

Collegarsi ad Internet, mediante l'uso dei social, è come un affacciarsi su una finestra che divide il reale dal virtuale, in cui il cyberspazio risulta la dimensione immateriale di uno spazio di comunicazione illimitato e secondo alcuni Autori si configura come «serbatoio di emozioni a cui attingere nei momenti di vuoto, di monotonia, di noia» (Pani & Biolcati, 2006).

Le persone che utilizzano a sproposito i Social, cioè oltre il dovuto, tentano di soddisfare un bisogno narcisistico del proprio Sé: ciò alimenta in loro dei vissuti di aspettative non sempre realistiche sulle possibilità comunicative offerte dai nuovi strumenti.

Internet rappresenta una specie di sguardo sul mondo e dà la possibilità e l'illusione di poter vedere tutto; il senso di coerenza dell'identità che le persone sperimentano nel mondo reale, sembra venire a mancare nella realtà virtuale.

Vari studi sottolineano come certe fragilità psichiche pregresse possono venire influenzate negativamente dalla rete attraverso un coinvolgimento spesso totalizzante.

La rete dunque rischia di rappresentare sempre più una trappola psichica, che trova una presenza di fenomeni psicopatologici riuniti nella sigla IAD (Internet Addiction Disorder) che si impongono sempre più nella casistica psicopatologica (DSM V).

I giovani sotto i 20 anni hanno la probabilità di sperimentare fenomeni dissociativi in seguito ad un uso protratto di Internet.

Sulla scia di questa premessa gli autori hanno deciso di svolgere un'indagine sull'uso dei Social in un campione di 331 studenti universitari delle facoltà di Ingegneria e Medicina dell'Università di Brescia, per vedere quanto questo continuo utilizzo possa

incidere su certe variabili psicologiche. Sono stati quindi somministrati una serie di questionari ad hoc predisposti per individuare quali sono i Social più utilizzati e metterli in relazione con la modalità di utilizzo, gli stili di attaccamento nell'adulto nelle relazioni di coppia e le emozioni correlate.

Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti: un questionario composto da 28 item scala tipo Likert per sondare le modalità di utilizzo dei Social precedentemente indicati dai nostri soggetti (la frequenza d'uso); un questionario relativo alla lista delle dieci emozioni fondamentali di Itard ed infine il questionario ECR-R, già validato nell'edizione italiana, relativo agli stili di attaccamento nell'adulto nelle relazioni di coppia.

I dati raccolti mediante questi strumenti sono stati sottoposti ad analisi statistica e fattoriale mediante il sistema di rotazione Varimax degli assi.

## **Il campione esaminato**

Il campione è formato da 331 rispondenti di cui: 134 maschi, 164 femmine e 33 che non hanno specificato il sesso. La fascia d'età si distribuisce in un range che va da 20 a 35 anni. Sono tutti studenti universitari iscritti alle facoltà di Ingegneria e di Medicina presso l'Università degli Studi di Brescia.

## **Gli strumenti utilizzati**

Il primo strumento consiste in un elenco dei Social maggiormente presenti in commercio e utilizzati: Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter, Whatsapp, Tinder, Tumblr e Snapchat.

Il secondo strumento è un questionario di 28 item (una scala tipo Likert) sulla modalità di utilizzo dei Social ed è stato sottoposto ad analisi fattoriale confermativa dato che era stato appositamente ideato dagli scriventi. Il terzo strumento riguarda la scala delle 10 emozioni principali secondo la teoria delle emozioni differenziali di Izard (1977). Questi ha enunciato la sua teoria in cinque punti: 1. Il sistema motivazionale principale degli esseri umani è costituito da 10 emozioni fondamentali; 2. Ognuna di esse ha un'unica proprietà motivazionale e fenomenologica; 3. Ognuna porta sia ad esperienze interiori diverse, che a conseguenze comportamentali diverse; 4. Ciascuna interagisce con le altre, attivandole, amplificandole o riducendole; 5. I processi emotivi interagiscono e influiscono su processi omeostatici, di drive, e su quelli percettivi, cognitivi e motori. L'esperienza interiore, soggettiva, dell'emozione è il fattore principale organizzatore della consapevolezza: l'esperienza soggettiva dell'emozione e la consapevolezza sono per Izard la medesima cosa.

Il quarto strumento denominato ECR-R (Fraley et alii, 2000) è stato rivisto per la versione italiana da Calvo (2008). Esso nel complesso è formato da due sottoscale di 18 item ciascuna che valutano rispettivamente l'Evitamento e l'Ansietà riferiti all'attaccamento nelle relazioni con i partner sentimentali. Calvo ha somministrato la sua versione italiana dell'ECR-R, ottenuta tramite back-translation, ad un campione di 215 soggetti adulti, 149 femmine e 66 maschi, di età 19-54 anni. La consistenza interna di entrambe le sottoscale è risultata elevata, con alpha pari a .93 per l'Evitamento e .88 per l'Ansia. La struttura fattoriale dello strumento è stata indagata in modo esplorativo tramite analisi delle componenti principali e rotazione Varimax.

Il quinto strumento denominato RQ (Bartholomew, Horowitz, 1991) è un questionario self-report che consente di valutare l'orientamento generale dell'individuo verso le relazioni intime. Lo strumento è composto da due parti; nella prima parte, il soggetto deve leggere le quattro descrizioni degli stili d'attaccamento: Sicuro, Preoccupato, Timoroso e Distaccato/Svalutante, e scegliere l'alternativa che meglio descrive il suo modo di vivere e sentire le relazioni sentimentali presenti e passate. Nella seconda parte, il soggetto è invitato a segnare, su una scala tipo Likert a sette gradini, il grado in cui ciascuno dei quattro prototipi dell'attaccamento rispecchia il suo stile generale nelle relazioni intime. L'RQ permette di valutare non solo lo stile di attaccamento in cui il soggetto si riconosce maggiormente, ma anche il grado in cui egli pensa di assomigliare anche ai rimanenti tre stili. Lo stile di attaccamento

di un individuo viene quindi primariamente valutato considerando il profilo che complessivamente emerge dai punteggi attribuiti ai quattro prototipi (seconda parte del questionario). Per ciò che riguarda le caratteristiche psicometriche dell'RQ gli autori hanno rilevato una moderata attendibilità dello strumento in termini di stabilità temporale, con intervallo di 8 mesi tra test e retest.

### Analisi dei risultati

I Social più utilizzati dai nostri soggetti sono risultati i seguenti: Whatsapp con il maggior numero di preferenze, seguito da Facebook, Instagram, LinkedIn e Twitter. Nelle ultime posizioni si collocano Snapchat, Tumblr e per ultimo Tinder. I dati raccolti mediante il secondo e il terzo strumento, sottoposti ad analisi fattoriale, hanno prodotto i seguenti risultati:

il primo fattore (F1), con una varianza spiegata del 13,15%, riguarda una condizione di una vita parallela con un significativo livello di rischio, legata all'uso frequente dei social e vissuta dai soggetti sia come esperienza positiva che negativa. L'abbiamo nominato: fattore di dissociazione legato all'uso frequente dei Social. Le emozioni legate a questo fattore sono risultate la paura, la rabbia e la tristezza. In questo primo fattore rientrano l'uso costante di Facebook e Whatsapp.

Il secondo fattore (F2), che satura con una varianza dell'11,7%, riguarda la compensazione narcisistica con cui il social contribuisce a rafforzare l'immagine che la persona ha di se stessa. Non sono risultate significative correlazioni con le emozioni. In questo secondo fattore i Social prevalentemente utilizzati risultano essere Whatsapp e Facebook a conferma della compensazione narcisistica.

Il terzo fattore (F3) estratto, con varianza dell'11,29%, esprime un controllo virtuale delle relazioni sociali in cui però sono presenti con una forte significatività l'interesse come emozione fondamentale seguita dalla rabbia e dalla tristezza. In questo terzo fattore i Social prevalentemente utilizzati risultano essere Whatsapp e Facebook. L'ultimo fattore (F4), con una varianza dell'8,35%, esprime il processo di socializzazione attraverso i Social e ha come emozione fondamentale l'interesse. Nella ricerca di Tiberi e Pedrabissi (1988) sulla popolazione italiana l'emozione "interesse" è quella più frequentemente vissuta dalla popolazione. Come suggerito da Izard, l'interesse si conferma l'affetto più generale e diffuso in quanto sostiene ogni transazione in cui la novità e il cambiamento sono attivatori innati dell'interesse: "Il mondo cambia e l'interesse lo nota". In questo quarto fattore il Social prevalentemente utilizzato risulta essere Facebook.

Per quanto riguarda gli stili di attaccamento risultano i seguenti dati:

- una correlazione positiva fra il terzo fattore e lo stile di attaccamento DISTACCATO/SVALUTANTE, si nota cioè una negazione dell'importanza dell'attaccamento e un rifiuto dell'intimità e della dipendenza;
- una correlazione negativa fra il quarto fattore e lo stile di attaccamento TIMOROSO, emerge cioè un timore dell'intimità e un evitamento sociale.

Dall'analisi di questi risultati si evidenzia come le emozioni più diffuse nei nostri soggetti risultano essere l'interesse, la paura, la rabbia e la timidezza. L'interesse è l'affetto più generalmente diffuso che sostiene ogni transazione ad eccezione di quelle dominate da emozioni negative. La novità e il cambiamento sono gli attivatori dell'interesse. Come dice Itard "il mondo cambia e l'interesse lo nota".

La paura è la più tossica delle emozioni. Nella società contemporanea le situazioni, gli oggetti, le condizioni che fanno paura o potrebbero farla sono sempre più numerosi e frequenti. Il Rapporto CENSIS 2018 ha registrato che "gli italiani sarebbero incapsulati in un Paese pieno di rancore e incerto nel programmare il futuro e perciò dominati da un sentimento di paura e di rabbia".

La rabbia va interpretata come un'emozione abbastanza diffusa dovuta alla particolare situazione storico sociale del nostro Paese. Essa mette in rilievo, in una lettura psicodinamica, l'aspetto prepotente e sfrenato dell'ira infantile che si esprime nella frase "Non voglio!". E siccome la rabbia si presenta spesso quale risposta ad una forte frustrazione, essa prepara l'organismo più per la lotta che per la fuga.

La timidezza, secondo Zimbardo (1979), per molte persone costituisce un serio problema. Per questo Autore, più che un fenomeno intrapsichico, è un affetto misto,





storia individuale relativa alle esperienze di attaccamento nel corso dello sviluppo psicoaffettivo.

Dai dati raccolti emerge una correlazione fra l'utilizzo "smisurato" dei Social e il bisogno di controllo delle relazioni affettive che va di pari passo con un timore dell'intimità. Nel nostro campione i soggetti maschili sembrano avere una maggiore propensione a crearsi una vita parallela attraverso l'utilizzo virtuale di chat o app legate al proprio apparire o alla ricerca di relazioni non reali. In alcuni soggetti abbiamo potuto riscontrare anche la tendenza a nascondere la propria identità di genere.

\* Psicologa psicoterapeuta

\*\* Psicologo e docente di Psicologia del Lavoro Università di Brescia [cavadi@libero.it]

\*\*\* Psicologa psicoterapeuta [ele-riva@libero.it]

## BIBLIOGRAFIA

---

- AINSWORTH M.D.S., (1985), Attachments across the life span, *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61, pp. 791-812.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Ed. Cortina, Milano
- ATTILI G., (2004), *Attaccamento e amore*, Il Mulino, Bologna.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- BOWLBY J. (1969), *Attachment and loss*. Vol 1: Attachment, New York, Basic Books; trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol. 1, L'attaccamento alla madre, Bollati Boringhieri, Torino, 1982.
- Calvo V. (2008) Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento. *Atti X Congresso AIP*.
- CARLI L., MANTOVANI S. (1992), Legame di coppia e interazioni precoci con il bambino: struttura e contenuto di uno strumento di analisi, *Saggi di Neuropsichiatria Infantile, Psicopedagogia, Riabilitazione*, 2, pp. 29-33.
- Fraley R.C., Waller N.C. & Brennan K.A. (2000) An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Izard C.E. (1977) *Human emotions*. Plenum Press.
- Pani R. & Biolcati R. (2006) *Le dipendenze senza droghe. Lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d'azzardo*. UTET, Torino.
- Tiberi E. (1979) *La paura nella civiltà industriale*. Guida Editori, Napoli.
- Tiberi E. & Pedrabissi L. (1988) *Caratteristiche emozionali degli italiani*. Giuffrè Editore, Milano.
- Zimbardo P.C. (1977) *Shyness: what it is, what to do about it*. Addison-Wesley, Reading, Mass.

## The Use of Social Media in a sample group of University students: emotions and attachment styles

How much are we losing in terms of emotions and awareness owing to the increasing use of social media? Why do we need to go social?

The article reports the results of a research work carried out on a sample group of 331 University students, aged 20 to 35, and highlights a generalized need of control of the emotional aspects of personal relationships.

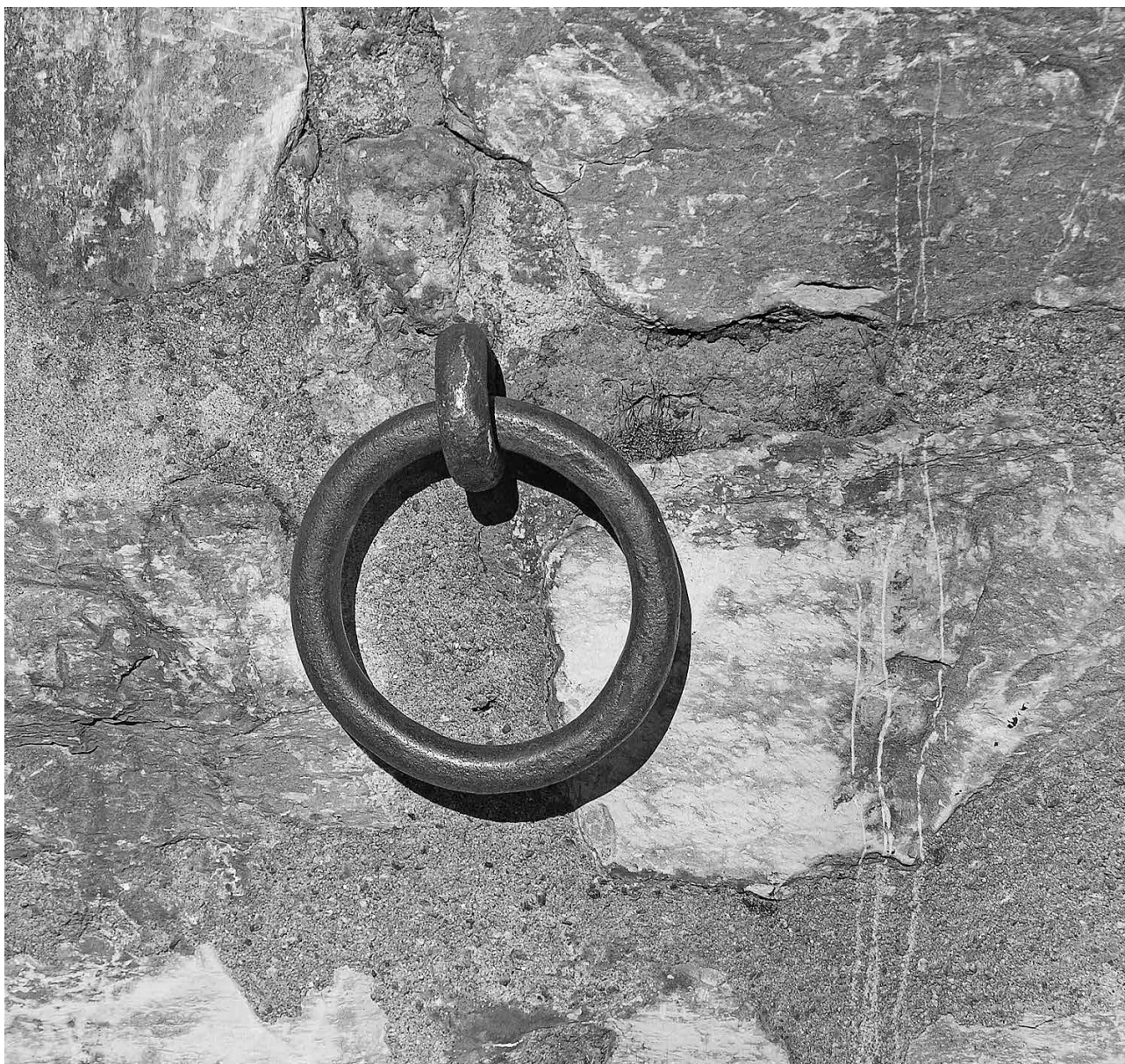
**KEYWORDS** Social myths and imagery, communication, expectations, dependence

link

# **una storia clinica**

**Un caso di dipendenza affettiva**

VELIA PLATTO, ELEONORA RIVA



# Un caso di dipendenza affettiva

## Reflections on a case of affective dependence

**Definire la dipendenza è un compito piuttosto arduo per la difficoltà di far convergere osservazioni ed esperienze che hanno radici differenti. La sua natura multifattoriale complica la ricerca di processi descrittivi comuni e rende il costrutto, se pur analizzabile e misurabile, assai complesso tanto che risulta impossibile darne una definizione precisa e condivisa da tutta la comunità scientifica.**

**La dipendenza è un fenomeno che chiama in causa numerosi aspetti della sfera individuale: a livello comportamentale, si manifesta nella ricerca di una sostanza o nella reiterazione di un determinato comportamento; parallelamente, a livello psicologico, il soggetto è totalmente assorbito dall'oggetto della propria dipendenza tanto da non riuscire a farne a meno e trascurare tutto il resto, dalle relazioni affettive al lavoro, ecc. Le conseguenze negative che derivano da questa situazione si ripercuotono sull'intera vita dell'individuo, provocando una condizione di sofferenza generale, estesa anche al contesto di appartenenza**

VELIA PLATTO\*, ELEONORA RIVA\*\*

PAROLE CHIAVE Attaccamento, intersoggettività, relazione, patologia

---

“Nec sine te, nec tecum vivere possum”  
(Ovidio)

La dipendenza affettiva rientra tra le dipendenze comportamentali: in questo specifico caso, l'oggetto della dipendenza è una relazione. Questa caratteristica la rende più difficile da riconoscere come un comportamento problematico da contrastare. Infatti, una quota di dipendenza sussiste in qualsiasi relazione ed è utile all'instaurarsi del rapporto, poiché è necessaria all'essere umano per ottenere conferme, sostegno, conforto ed empatia. In questi casi, però, si parla d'interdipendenza, di uno scambio alla pari tra individui liberi, che investono nella relazione sentimenti e risorse diverse che rendono vivo e naturale il rapporto. Di certo non si negano le trepidazioni dell'innamoramento, gli esplosivi entusiasmi di un amore giocoso e, anche dopo anni di relazione sana, il desiderio della presenza dell'amato/a. La dipendenza affettiva di cui occorre prendere atto, e liberarsi, è ben altro: va al di là di ciò che dovrebbe essere una sana relazione di coppia (dove il partner viene visto come l'oggetto del proprio amore, su cui poter contare nei momenti di difficoltà), poiché entra in gioco l'elemento patologico per il quale il soggetto dipendente non riesce a vivere se non in presenza dell'altro, è incapace di prendere iniziative e decisioni poiché vive incessantemente nel timore di venire abbandonato. Infatti, l'angoscia della solitudine

e la paura della separazione, spesso radicate fin dalla più tenera età, creano terreno fertile per questo tipo di dipendenza e ne rappresentano un aspetto caratteristico. Essere lasciati dal partner, che per tanti versi rappresenta le persone che per prime li hanno abbandonati, fa riemergere nei dipendenti affettivi tutto il terrore e il senso di vuoto dei primi traumi infantili. Il tema della dipendenza affettiva o relazionale è quanto mai attuale sia per motivi psicopatologici che culturali. Questo perché, prima di tutto, la dipendenza è una condizione tipica del nostro tempo e rappresenta un'importante fonte di sicurezza sostitutiva rispetto ai valori in crisi. Viviamo in un mondo che ci ha abituato a preferire certezze anche se imposte piuttosto che cercare di sperimentare nuove e migliori opportunità.

Non è un caso che solo all'interno del clima culturale del mondo occidentale post moderno si sia presa coscienza di tali problematiche: non è estranea a tale fenomeno la crisi profonda delle ideologie che, favorendo la nascita di nuovi movimenti quali quello femminista e quello per i diritti umani, ha lasciato il segno nella coscienza sociale, in generale, e nella coppia in particolare.

Per secoli, i rapporti tra uomo e donna sono stati fortemente condizionati da percorsi obbligati in cui il matrimonio e il rapporto di coppia in generale avevano lo scopo di adempiere determinate "funzioni sociali" all'interno di ruoli abbastanza rigidi dai quali non si poteva uscire senza incorrere in critiche e pregiudizi, in particolare a carico della donna.

Con le profonde trasformazioni avvenute in queste tipologie di rapporti, le aspettative nei confronti della relazione di coppia sono andate modificandosi e, oggi, l'abitudine e il senso del dovere sono stati sostituiti dalla ricerca dell'amore, di una base sicura, della felicità e dell'intimità: nuovi atteggiamenti interiori per i quali la maggior parte delle persone risulta essere non sufficientemente preparata. L'instabilità o la precarietà delle istituzioni relazionali tradizionali tende, infatti, a selezionare stili di attaccamento ambivalenti o conflittuali, e a favorire la formazione di legami affettivi incostanti e deboli.

Dal punto di vista psicodinamico è bene ricordare che sin dai primi giorni di vita le emozioni costituiscono sia gli strumenti sia i contenuti delle comunicazioni che si stabiliscono tra genitore e figlio: lo stabilirsi di forme di comunicazione intime e dirette con le figure di attaccamento permette una risonanza di stati della mente che si regolano reciprocamente. Dunque, l'esperienza affettiva è sempre regolata e costituita all'interno di un contesto intersoggettivo (Stolorow, Atwood, 1992) ossia, un sistema di influenza reciproca (Beebe, Lachmann, 1988).

Alla luce di tutto ciò risulta, quindi, importante vedere le modalità con cui le emozioni vengono vissute e modulate a partire dalle relazioni primarie di attaccamento. L'effetto della relazione madre-bambino è, infatti, fondamentale per comprendere lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e di autoregolazione degli affetti nel bambino (Fonagy, Target, 2001). I meccanismi di sintonizzazione affettiva, che contribuiscono all'attaccamento e allo sviluppo di un senso di sicurezza e di intimità psichica (Stern, 1985), permettono dunque al bambino sia di modulare il suo stato mentale del momento, sia di sviluppare capacità di regolazione che potrà poi utilizzare in futuro. Questo è reso possibile dall'intersoggettività che Stern (2004) definisce come bisogno e, al tempo stesso, come condizione umana fondamentale. Per Stern (2004) attaccamento e intersoggettività, si sostengono a vicenda. Il primo tiene le persone vicine in modo che la seconda possa manifestarsi e approfondirsi; d'altra parte, l'intersoggettività, di cui la sintonizzazione affettiva rappresenta una forma precoce, crea le condizioni che consentono l'attaccamento.

Già da tempo comunque, numerosi psicoanalisti, in particolare Bion, Winnicott e Kohut, avevano sottolineato l'importanza della capacità materna di sintonizzarsi precocemente sulle richieste emotive del neonato, sia per quanto riguarda la genesi delle strutture di significazione affettiva e cognitiva sia per quanto concerne l'integrazione psicosomatica del bambino stesso. In sostanza il fatto di sentirsi compresi nel senso più profondo del termine, attraverso lo stabilirsi di momenti di sintonizzazione affettiva, è un ingrediente fondamentale delle relazioni di attaccamento sicuro in cui, grazie alla funzione riflessiva del genitore, si possono stabilire comunicazioni emotive efficaci essenziali per lo sviluppo di una coerenza interna e di funzioni mentalizzanti. È nell'ambito di queste relazioni, che diventano fonte di conforto, che il bambino può condividere la sua esperienza affettiva imparando a regolarla e ad allargare i suoi margini di tolleranza (Siegel, 1999). Le interazioni capaci di promuove-

*Marina si presenta come una bella donna, esile e molto curata nell'aspetto fisico. Parla in maniera fluente e con un tono di voce adeguato; si definisce molto timida, poco socievole, ma determinata nel contesto lavorativo e nella gestione della quotidianità. Sembra come vivere in una "terra di mezzo" in cui non c'è un'identità chiara; per definirsi ha bisogno di prendere a prestito quelle qualità e quelle ambizioni che ammira negli altri. In tutto ciò, Paolo diventa l'unica "cosa" in cui sente di impegnarsi; l'obiettivo è quello di farsi amare.*

*I meccanismi di sintonizzazione affettiva, che contribuiscono all'attaccamento e allo sviluppo di un senso di sicurezza e di intimità psichica (Stern, 1985), permettono al bambino sia di modulare il suo stato mentale del momento, sia di sviluppare capacità di regolazione che potrà poi utilizzare in futuro. Questo è reso possibile dall'intersoggettività che Stern definisce come bisogno e, al tempo stesso, come condizione umana fondamentale. Per Stern attaccamento e intersoggettività, si sostengono a vicenda.*

re un attaccamento sicuro facilitano, quindi, la costruzione di processi specifici di accudimento e rassicurazione all'interno del Sé, che diventeranno una sorgente di sostegno fondamentale di fronte a eventi minacciosi o stressanti.

Il caso che presentiamo sarà esposto focalizzando l'attenzione sugli elementi che riteniamo significativi per il tema trattato in questo articolo evidenziando, al contempo, gli aspetti che caratterizzano la psicoterapia psicoanalitica di matrice intersoggettiva.

### **Primi colloqui**

Marina, 45 anni, chiede il mio aiuto in seguito alla minaccia di rottura della relazione da parte del marito Paolo con cui vive da 10 anni: un rapporto tormentato fin dall'inizio che ora sta attraversando l'ennesima "pausa di riflessione" voluta da lui. Dice di sentirsi completamente priva di dignità a causa dei suoi ripetuti tentativi di impedire l'allontanamento di Paolo, che oscillano tra suppliche e richieste di vicinanza e accudimento, e scoppi di aggressività di cui immediatamente dopo si pente andando così a implorare di essere perdonata. «Lo so che sbaglio ma non riesco a sopportare l'idea che lui non mi pensi... quello che non riesco ancora ad accettare è che lui possa non avermi più in mente».

Afferma di essere stata sempre profondamente gelosa motivando questo sentimento con la mancanza di fiducia nei confronti del partner; sfiducia che fa da sottofondo alla loro relazione fin dall'inizio.

Paolo viene descritto come un uomo "oggettivamente molto bello che tutte guardano" e che non fa niente per mettere lei al centro della sua attenzione, comportamento che connota come "irrispettoso" nei suoi confronti. Marina è sempre stata tormentata dunque dalla sospettosità e dal conseguente bisogno di controllare ogni sua mossa al fine di prevenire qualsiasi minaccia di separazione. Si delinea fin da subito un rapporto caratterizzato dall'ipervigilanza ossessiva in cui lei si percepisce sempre inferiore a qualsiasi altra donna. Marina afferma di essere consapevole che il problema non è lui ma qualcosa di sbagliato in lei e che deve lavorare su se stessa; il desiderio di una vita normale, "senza dipendenza" e di capire da dove ha origine la sua scarsa autostima, le sta dando la forza per iniziare un percorso terapeutico di cui dice di sentire il bisogno già da molto tempo. Ed effettivamente, appare molto motivata.

Lamenta sintomi somatici quali difficoltà a concentrarsi, insonnia, inappetenza e vomito; inoltre dice di aver paura di restare a casa da sola, tant'è che al momento si è trasferita da un'amica.

### **Vita pregressa**

Le esperienze sentimentali di Marina sono un susseguirsi di storie in cui "ho sempre cercato persone non disponibili nella speranza di riuscire, prima o poi, a far cambiare la situazione e ad ottenere di essere amata".

Non ha molti ricordi d'infanzia; dice di far fatica a richiamare alla memoria episodi specifici di quando era bambina: «Su quest'aspetto mi blocco, non perché non ne voglio parlare, ma solo perché non mi viene in mente niente da dire». L'immagine che ha è quella di un ambiente familiare caratterizzato da continui litigi, anche violenti, tra i suoi genitori in cui lei prendeva puntualmente le difese del padre in quanto «era sempre mia madre quella che scatenava le crisi. L'ha sempre fatto e continua tuttora, nonostante il papà sia mancato da cinque anni. Lei è sempre la stessa... Mio papà si è dimostrato rispettoso nei miei confronti mentre lei assolutamente no. Non mi ha mai ascoltata. Esiste solo lei e quello che dico io non viene preso in considerazione oppure, viene minimizzato».

Marina ricorda la madre come una donna depressa, rinchiusa nelle mura domestiche, la cui agorafobia le impediva di essere presente nella sua vita al di fuori delle mura domestiche, mentre il padre era molto presente e disponibile ma altrettanto distante dal punto di vista emotivo e svalutante.

## Vita attuale

Marina è un'impiegata amministrativa in un'azienda; si presenta come una bella donna, esile e molto curata nell'aspetto fisico. Quello che mi colpisce subito è la sua estrema compostezza che rasenta la rigidità. Si siede e non cambia mai posizione per tutta la durata dei nostri incontri. Parla in maniera fluente e con un tono di voce adeguato; si definisce molto timida, poco socievole, ma determinata nel contesto lavorativo e nella gestione della quotidianità. Sembra come vivere in una "terra di mezzo" in cui non c'è un'identità chiara; per definirsi ha bisogno di prendere a prestito quelle qualità e quelle ambizioni che ammira negli altri. In tutto ciò, Paolo diventa l'unica "cosa" in cui sente di impegnarsi; l'obiettivo è quello di farsi amare.

## Ipotesi diagnostica

Emerge una relazione intrusiva e spaventante nell'infanzia. Marina è cresciuta in un ambiente che ha ripetutamente screditato la validità della sua esperienza soggettiva, disconoscendo o svalutando i suoi stati emotivi. L'atteggiamento manipolatorio della madre, che verosimilmente ha vissuto la figlia non come un individuo separato bensì come un suo prolungamento, si è espresso attraverso ricatti emotivi subdoli e ricorsivi in cui ogni spinta all'individuazione veniva punita. Il bisogno dell'altro per definirsi e per iniziare qualsiasi attività l'ha resa estranea a se stessa. Sente di non avere niente di veramente suo; vive un'esistenza fittizia in cui non si sente soggetto attivo iniziatore delle proprie azioni ma, piuttosto, in balia di chi fa sempre quanto vuole senza mostrare alcun rispetto nei confronti dei suoi bisogni e delle sue richieste.

## Terapia

I primi mesi di terapia ruotano attorno alla necessità di Marina di non farsi travolgere dall'intensa angoscia di separazione. Il tema dominante delle prime fasi di terapia è il partner: la concentrazione è tutta su di lui, sulla necessità di capire le sue reali motivazioni e i suoi sentimenti per potersi poi adattare.

Un altro aspetto che ha fatto sì che Marina si potesse fidare di me, è stato il mio ruolo di "memoria ausiliaria"; si stupiva che io ricordassi i dettagli di sedute, anche molto lontane tra loro, che nemmeno lei ricordava. Marina aveva bisogno di sentirsi "pensata"; viveva con angoscia l'idea di non esistere più nella mente di Paolo. Nella nostra relazione, lo stile dipendente di Marina si esprime inizialmente nella sua incapacità a prendere decisioni in modo autonomo; appare estremamente bisogno-sa di consigli e rassicurazioni. Il lavoro in questa prima fase è stato quello di creare uno spazio di condivisione in cui poter riflettere insieme.

La mia disponibilità emotiva a "testimoniare" quello che accadeva quando Marina non era con me aveva permesso la creazione di un campo intersoggettivo in cui le azioni potevano diventare "sue" e reali solo in presenza di un altro che le convalidasse e contemporaneamente desse loro un senso. Un senso più ampio che non si limitava a connotarle semplicemente come giuste o sbagliate ma che andava a riflettere sulle motivazioni personali che la spingevano ad adottare questi comportamenti. Ci stavamo gradualmente spostando da un piano in cui la sua attenzione era primariamente rivolta all'esterno, a uno più interiore e personale. Riprende la relazione con Paolo connotata ora da un vissuto affettivo diverso. Dice di non sentirsi più innamorata di lui; se ne accorge perché: "Non ho più quella sensazione di farfalle nello stomaco quando sto con lui". Si sta aprendo il passaggio a una nuova fase della terapia. Inizia un periodo in cui appare sempre più nervosa e distanziante.

I conflitti con Paolo continuano in un andirivieni di rottura e ripresa della relazione. Comincia a dire che si tratta di un rapporto imprevedibile e incostante esattamente come quello con la madre. Marina si sente sempre più forte e riesce a tollerare le separazioni da lui per periodi che diventano sempre più lunghi in cui cominciano a intravedersi spunti di autonomia che andavo a valorizzare. Inizia a prendere delle decisioni mosse da desideri personali e non dal bisogno di adattarsi al volere altrui. Adesso è Paolo che la cerca e lei, se da un lato riesce a gestire i momenti di lontananza, dall'altro non è ancora in grado di sottrarsi alle richieste di lui di "un'altra

*Paolo viene descritto come un uomo "oggettivamente molto bello che tutte guardano" e che non fa niente per mettere lei al centro della sua attenzione, comportamento che connota come "irrispettoso" nei suoi confronti. Marina è sempre stata tormentata dunque dalla sospettosità e dal conseguente bisogno di controllare ogni sua mossa al fine di prevenire qualsiasi minaccia di separazione.*

*Emerge il valore traumatico e predisponente alla dipendenza patologica, di una modalità distorta della relazione primaria genitoriale che impedisce lo sviluppo, nel bambino, della capacità di autoregolazione affettiva attraverso l'individuazione ed elaborazione psichica degli stati emotivi interni. Un contesto caratterizzato dal fallimento della sintonizzazione affettiva.*

possibilità". Marina risente del fatto di essere legata a Paolo e al tempo stesso di non riuscire a separarsi psicologicamente da lui.

Passiamo così a una nuova fase della terapia in cui entrano in campo elementi e sentimenti nuovi, quali la condivisione emotiva del dolore di Paolo e l'ascolto dei propri bisogni.

È stato fondamentale andare a rivedere insieme i passaggi che avevano portato alla rottura della relazione per giungere a una riparazione che potesse essere co-costruita da due menti che lavorano insieme, libere di riflettere. Abbiamo lottato per trovare insieme un senso a quelle "esperienze non formulate". Tutto questo lavoro porta, dopo quattro anni di psicoterapia, alla separazione della coppia.

## Conclusioni

Da questa riflessione sul caso di Marina emerge il valore traumatico e predisponente alla dipendenza patologica, di una modalità distorta della relazione primaria genitoriale che impedisce lo sviluppo, nel bambino, della capacità di autoregolazione affettiva attraverso l'individuazione ed elaborazione psichica degli stati emotivi interni. Un contesto evolutivo intersoggettivo caratterizzato dal fallimento della sintonizzazione affettiva, cioè dal venir meno del sistema di regolazione reciproca madre-bambino, priva infatti quest'ultimo della possibilità di interiorizzare relazioni positive, che sono alla base dei processi di individuazione, autonomia, autostima e della capacità di affrontare le situazioni di tensione appellandosi a risorse interiori. Proprio dalla necessità della presenza di un "terapeuta reale", l'approccio intersoggettivo, che mette in risalto il ruolo dell'analista come partecipante attivo alla relazione terapeutica, può risultare fondamentale con questo tipo di pazienti. Quest' evidenza diventa ancora più significativa se si pensa al dipendente affettivo come a un individuo in cerca di una relazione profonda che, al contempo, lo terrorizza.

Marina non riusciva a esistere a prescindere dall'altro; aveva dunque bisogno di imparare a definirsi indipendentemente dai suoi rapporti interpersonali in quanto l'essere sempre completamente decentrata sul partner, la portava a perdere la relazione con se stessa.

Come ha scritto C. Olivier (1980): «amare vuol dire cercare inconsciamente quel che ci è mancato e ritrovare spesso inconsciamente quel che abbiamo già conosciuto». Questo è ciò che stato condiviso e reso consapevole attraverso il percorso psicoterapeutico con Marina, che oggi si ritrova serena in una dimensione di autonomia e guarda con occhi diversi alla prospettiva di una relazione sentimentale di reciprocità, rispetto e sintonia emotiva con l'Altro.

\*Psicologa, psicoterapeuta, esperta in clinica della relazione di coppia, docente presso Istituto di Psicologia Psicoanalitica-Brescia.

\*\*Psicologa, psicoterapeuta, esperta in psicologia del lavoro e delle organizzazioni, docente presso Istituto di Psicologia Psicoanalitica-Brescia [e le-riva@libero.it].

## BIBLIOGRAFIA

- Adler G. (1985), *Borderline Psychopathology and its Treatment*. Aronson, New York.
- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*. Utet, Torino.
- Alonso-Fernandez F. (1999), *Le altre droghe: alimentazione, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*. Eur.
- Beebe B., Lachmann F.M. (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti: Un modello sistemico diadico delle interazioni*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Benetti R. (2013, 2014, 2015), "Tecnica della psicoterapia psicoanalitica". In *Appunti delle lezioni*, I.P.P., Brescia.
- Benjamin J. (1988), *Legami d'amore*. Tr. it. Rosenberg & Sellier, Torino, 1991.
- Benjamin J. (1990), "Riconoscimento e distruzione. Un inizio di intersoggettività". In Benjamin J. (1995), *Soggetti d'amore*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- Bion W.R. (1966), *Il cambiamento catastrofico*. Tr. it. Borla, Roma, 1972.
- Borgioni M. (2015), *Dipendenza e Controdipendenza Affettiva: dalle passioni scriteriate all'indifferenza vuota*. Alpes, Roma.
- Bowlby J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Caretti V., Di Cesare G. (2005), "Psicodinamica delle dipendenze". In Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche*. Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy P. (2001), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In *Opere*, vol. 4. Bollati Boringhieri, Torino, 1970.

- Fromm E. (1956), *L'arte di amare*. Tr. it. Arnoldo Mondadori, Milano, 1983.
- Ghezzani N. (2015), *L'amore impossibile. Affrontare la dipendenza affettiva maschile e femminile*. Franco Angeli, Milano.
- Gill M. (1994), *Psicoanalisi in transizione*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- Hirigoyen M.F. (1998), *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Tr. it. Einaudi, Torino, 2000.
- Kohut H. (1984), *La cura psicoanalitica*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- Lingiardi V. (2005), "Personalità dipendente e dipendenza relazionale". In Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche*. Raffaello Cortina, Milano.
- Mastroianni A. (2002), "La terapia ad una seduta settimanale". In *La Psicoterapia Monosettimanale, Quaderni di laboratorio*, I.P.P., Brescia.
- Mastroianni A. (2012, 2013, 2014), "Teoria della tecnica". In *Appunti delle lezioni*, I.P.P., Brescia.
- Mastroianni A. (2013), "Quadri relazionali e costruzione dell'Io-soggetto". In Cavicchioli G. (a cura di), *Io-Tu-Noi. L'intersoggettività duale e gruppale in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano.
- Miller D. (1994), *Donne che si fanno male*. Tr. it. Feltrinelli, Milano, 1997.
- Mitchell S. (2000), *Il modello relazionale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Norwood R. (1989), *Donne che amano troppo*. Tr. it. Feltrinelli, Milano, 1996.
- Olivier C. (1980), *I figli di Giocasta*. Tr. it. Emme Edizioni, Milano, 1981.
- Orange D.M. (1995), *La comprensione emotiva*. Tr. it. Astrolabio, Roma, 2001.
- Orange D.M., Atwood G.E., Stolorow R.D. (1997), *Intersoggettività e lavoro clinico*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Siegel D.J. (1999), *La mente relazionale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Stern D.B. (1997), *L'esperienza non formulata*. Tr. it. Del Cerro, Firenze, 2007.
- Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D.N. (2004), *Il momento presente*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Stolorow R.D., Atwood G.E. (1992), *I contesti dell'essere*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Stolorow R.D., Brandchaft B., Atwood G.E. (1987), *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Analytic Press, Hillsdale.
- Winnicott D.W. (1969), "L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni". In Winnicott D.W. (1971), *Gioco e realtà*. Tr. it. Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W. (1971), *Gioco e realtà*. Tr. it. Armando, Roma, 1974.

## Reflections on a case of affective dependence

Affective dependence is a trait of our times. It goes with insecurity, self-denial, loss of self-confidence, the need of love which has not been fulfilled.

The subject's pathological dependence can be healed through the interactive intersubjective relationship with the Therapist, which provides the opportunity for emotional practice and the discovery of the Self.

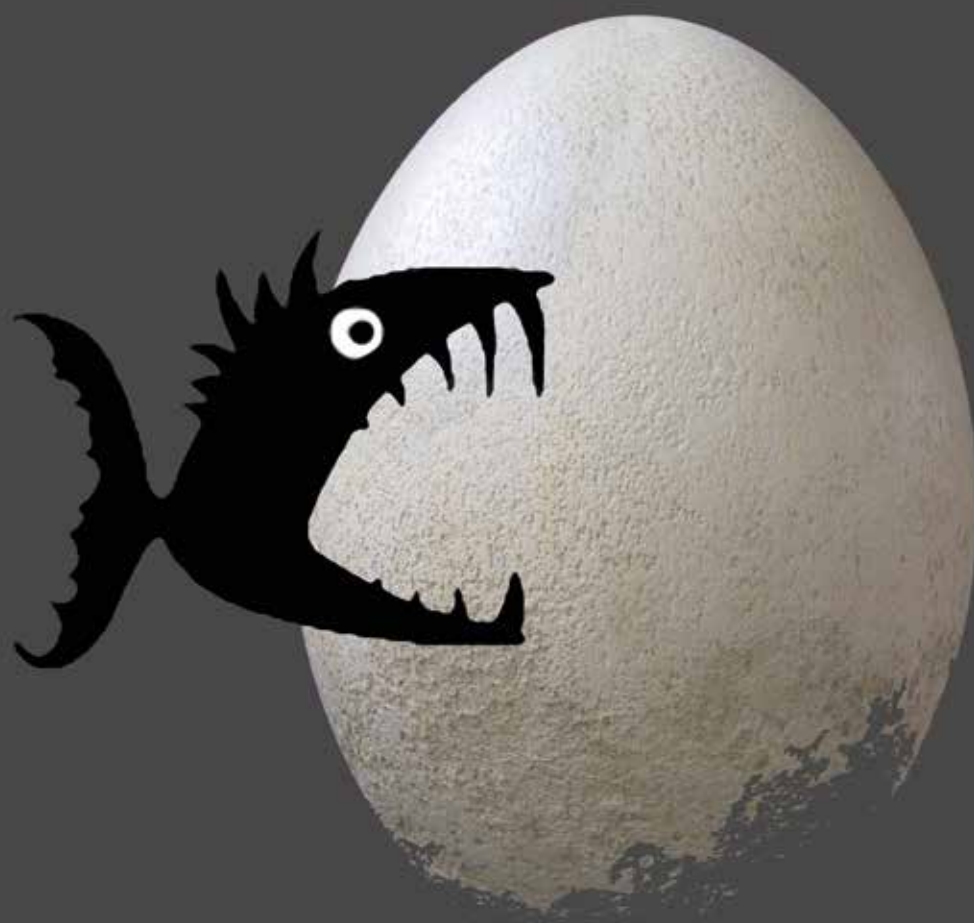
KEYWORDS Attachment, intersubjectivity, relationship, pathology



# link **società**

**Percorsi migratori e violenza**

FULVIO FRATI, VERONICA NERI



# Percorsi migratori e violenza. Uno studio condotto presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

## Migration routes and violence. A study carried out at the Immigrant Health Space of the Local Health Unit Parma, Italy

**I flussi di migranti verso Paesi diversi dai loro territori di provenienza costituiscono oggi sicuramente uno dei problemi di maggior rilevanza a livello italiano, europeo e forse anche mondiale: ancor oggi molti di essi subiscono direttamente esperienze di violenza sia nel proprio Paese, sia nei Paesi di transito sia nei Paesi d'arrivo, inclusa l'Italia. Il presente studio, condotto presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma (Italia), cerca di ricostruire eventuali connessioni tra tali esperienze di violenza subita e disturbi mentali riscontrati in un campione di 141 migranti presenti nella provincia di Parma e seguiti da questo Servizio nei tre anni dal 2016 al 2018 compresi**

FULVIO FRATI\*, VERONICA NERI \*\*

PAROLE CHIAVE Disturbi mentali, Flussi migratori, Migranti, Provincia di Parma, Violenza

---

I flussi di migranti verso Paesi diversi dai loro territori di provenienza costituiscono oggi sicuramente uno dei problemi di maggior rilevanza a livello italiano, europeo e forse anche mondiale. Inoltre, il fenomeno delle migrazioni internazionali sembra aver assunto negli ultimi decenni una direzione geografica di fatto unica e costante, mentre il caso delle migrazioni nella direzione ad essa opposta costituisce ormai un elemento marginale e statisticamente pressoché irrilevante: e la direzione geografica in cui nella stragrande maggioranza dei casi tali spostamenti avvengono è quella che porta dalle Società più fragili e politicamente instabili a quelle più sicure e consolidate, e cioè dai Paesi economicamente più poveri a quelli economicamente più ricchi ed in grado di fornire, almeno nelle aspettative di chi li dovrebbe accogliere, maggiore sicurezza e maggiori prospettive future.

Nei secoli passati non è stato sempre così. Non fu ad esempio così per gli Europei che si spostarono nell'intero continente americano, nei decenni e nei secoli successivi al viaggio iniziale di Cristoforo Colombo: non fu così, sia prima della scoperta

dell'America sia in tempi decisamente successivi ad essa, per gli Europei che con le loro navi (e, spesso, con i loro eserciti) colonizzarono vastissime zone dell'Africa, dell'Asia e dell'Oceania. E non fu così neppure per gli Ebrei provenienti da varie zone Europee che, dopo aver subito un vero e proprio genocidio da parte del regime nazista decisero, dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale e con il benessere delle Nazioni Unite, di lasciare l'Europa ed altre zone del cosiddetto "Occidente industrializzato" per andare a fondare, in una zona del Medio Oriente sino ad allora abitata solo da popolazioni nomadi o seminomadi (e perciò solo in piccola parte socialmente stabilizzata ed urbanizzata) l'attuale Stato di Israele.

Inoltre, anche le rilevanti deportazioni di schiavi provenienti dall'Africa verso le Americhe (e, in precedenza, verso i territori Arabi) che, invece, portavano queste persone da Paesi più poveri ed instabili ad altri almeno apparentemente più ricchi di prospettive per il futuro, furono in realtà molto diverse dai fenomeni migratori più recenti e ciò perché, sebbene a grandi linee seguissero la stessa direzione di questi ultimi, di fatto avvenivano con modalità coercitive tali da non poter essere certamente viste, da chi ne era vittima, come una via per migliorare la propria condizione esistenziale complessiva.

I fenomeni migratori di cui invece vorrei qui occuparmi – quelli per cui si sono mosse spontaneamente dai loro territori d'origine milioni di persone in cerca di un significativo miglioramento della propria qualità di vita – sono iniziati successivamente e con modalità del tutto diverse: si sono infatti sviluppati nei decenni successivi alla fine della Seconda Guerra Mondiale, all'inizio in maniera lenta e graduale e solo successivamente (all'incirca a partire dalla fine degli anni 1970) in modo dapprima più graduale e poi sempre più massiccio.

All'inizio, perciò, tali fenomeni migratori recenti non hanno generalmente generato nei Paesi accoglienti forti resistenze od opposizioni, e per circa tre decenni sono stati complessivamente – anche se, ovviamente, in misura diversa da Paese a Paese – accettati o quantomeno tollerati. In parte, anzi, all'inizio essi sono stati addirittura facilitati e in alcuni casi richiesti dalle stesse Nazioni accoglienti: si pensi, ad esempio, ai lavoratori italiani dell'industria mineraria o di quella edilizia che negli anni 1950 e 1960 hanno trovato lavoro in Belgio, in Germania o in Svizzera, ma anche alle popolazioni turche o nordafricane che già in quegli stessi decenni si trasferivano, per lavorarvi, in Germania o in Francia.

È però a partire all'incirca dall'inizio degli anni 1980 che tali fenomeni migratori, provenienti dalle zone più povere e spesso pericolose della Terra ed indirizzati verso Nazioni maggiormente prospere e stabili, hanno acquisito una rilevanza tale da far emergere, all'interno dei Paesi da essi interessati sia come mete da raggiungere sia come zone di semplice transito, anche movimenti – all'inizio più spontanei ed improvvisati, poi sempre più organizzati e strutturati – ad essi semplicemente opposti e, poi, successivamente, anche manifestamente ostili. Tali manifestazioni di ostilità verso i migranti, spesso organizzatesi in forme di violenza organizzata e di sistematica violazione dei più elementari diritti umani, appaiono poi essersi particolarmente acuiti in quest'ultimo decennio, ed in particolare dal 20 Ottobre 2011, data da cui essi hanno assunto un'organizzazione criminale sempre più definita e, a suo modo, efficiente.

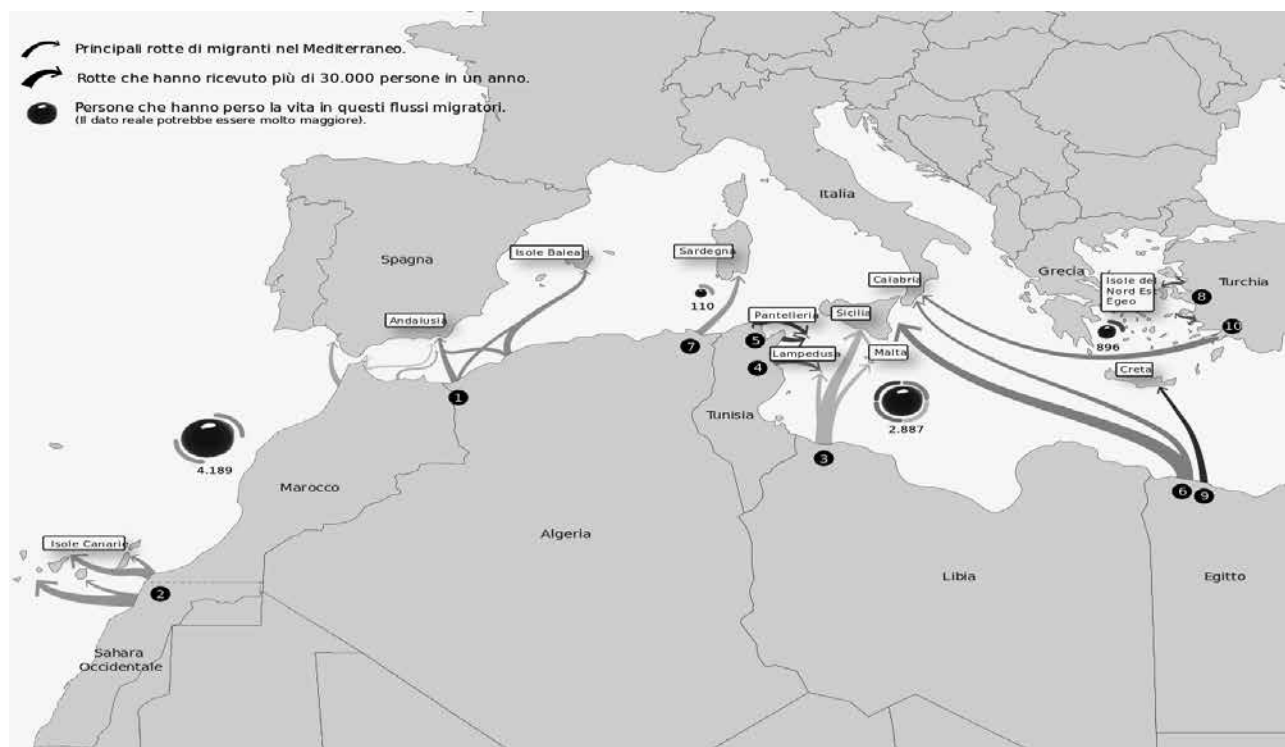
Secondo la mia personale esperienza riguardo ai fenomeni migratori di questi ultimi dieci anni circa, peraltro, la violenza verso i migranti non è una caratteristica tragicamente presente solo nei Paesi di meta o di transito dei flussi migratori, ma è spesso rilevabile anche nei loro Paesi d'origine, ed è significativamente caratterizzabile come una delle cause che più spesso hanno dato origine all'avvio dei percorsi migratori stessi. Si è così verificata con una frequenza sicuramente non trascurabile, in questi ultimi dieci anni soprattutto, la tragica situazione di chi, per fuggire dalla violenza di cui era o poteva essere vittima nel proprio Paese d'origine, l'ha poi incontrata e sperimentata direttamente, e spesso anche in forma ancora più cruenta di quella da cui stava fuggendo, anche nei Paesi in cui si è poi venuto a trovare durante il proprio viaggio verso una meta considerata più sicura o, addirittura, dopo aver raggiunto la meta desiderata.

Ma cos'è accaduto il 20 Ottobre 2011, e perché questa è una data da tenere ben presente quando si parla di violenza verso i migranti? In tale giornata, dopo circa otto mesi di guerra civile, la Libia conobbe la fine del regime che per circa quarant'anni aveva guidato questo Paese, e che era stato ininterrottamente guidato per oltre quarant'anni (per l'esattezza dal 1° Settembre 1969) dal Colonnello Mu'ammar

Gheddafi. Egli, inseguito dalle milizie dei rivoltosi riunite nel “Consiglio Nazionale di Transizione” (CNT), fu alla fine dei combattimenti catturato ed ucciso, segnando con la sua morte non solo la fine della guerra civile e di un regime sicuramente monocratico e dittatoriale, ma anche il crollo di un’efficiente – per quanto sicuramente discutibile – organizzazione istituzionale che aveva comunque garantito alla Libia qualche forma di governo sociale.

A seguito della caduta di Gheddafi, in altri termini, la Libia è sprofondata in un caos estremo, in cui il controllo sul territorio è passato dalle Forze dell’Ordine governative a milizie armate di svariata matrice ed origine, ed assai frequentemente prive di qualunque regolamento normativo a cui fare riferimento. In tale contesto, le migliaia di migranti che da quel momento si sono trovati sul suolo libico – sia uomini sia donne – sono rimasti assolutamente privi di qualunque forma di tutela dei propri diritti umani, e sono anzi stati visti dai gruppi armati locali come una risorsa da cui trarre proventi di vario tipo, soprattutto economici e sessuali, al di fuori di ogni controllo esterno che potesse operare nei confronti di tali migranti qualunque forma di tutela concreta.

Una delle conseguenze più evidenti di tale situazione è stata la detenzione in condizioni inumane, tuttora presente, di centinaia di migliaia di persone nei centri libici, una situazione più volte denunciata dalle organizzazioni internazionali che lavorano in difesa dei diritti umani ma che sino ad oggi rimane sostanzialmente presente ed immutata e che, anzi, l’attuale situazione di instabilità e di conflittualità interna a questo Paese rischia addirittura di aggravare ulteriormente. La situazione di diffusa ed incontrollata instabilità presente in Libia dal 2011, con le conseguenti generalizzate condizioni di violenza e di violazione dei diritti umani che in tale Paese si sono radicate soprattutto in questi ultimi dieci anni circa, è particolarmente significativa soprattutto per quanto riguarda anche il nostro territorio nazionale perché, sebbene la Libia non sia il solo Paese di transito dei flussi migratori verso l’Europa, esso rappresenta il maggior punto di partenza verso l’Italia dei flussi provenienti dall’Africa, ed interessa inoltre una percentuale sicuramente molto significativa dei flussi migratori, diretti in Italia o comunque verso l’Europa, provenienti da vari Paesi asiatici.



(Fonte: Giorgia.vo. (2014, 8 dicembre). Wikimedia Commons. File: Rotte di migranti nel mediterraneo.svg. Disponibile da: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?>)

## Immigrati in Italia: quanti sono e da dove vengono

### CENSIMENTI

1981: 321 mila stranieri registrati in Italia

1991: 625 mila

2001: 1 milione e 300 mila

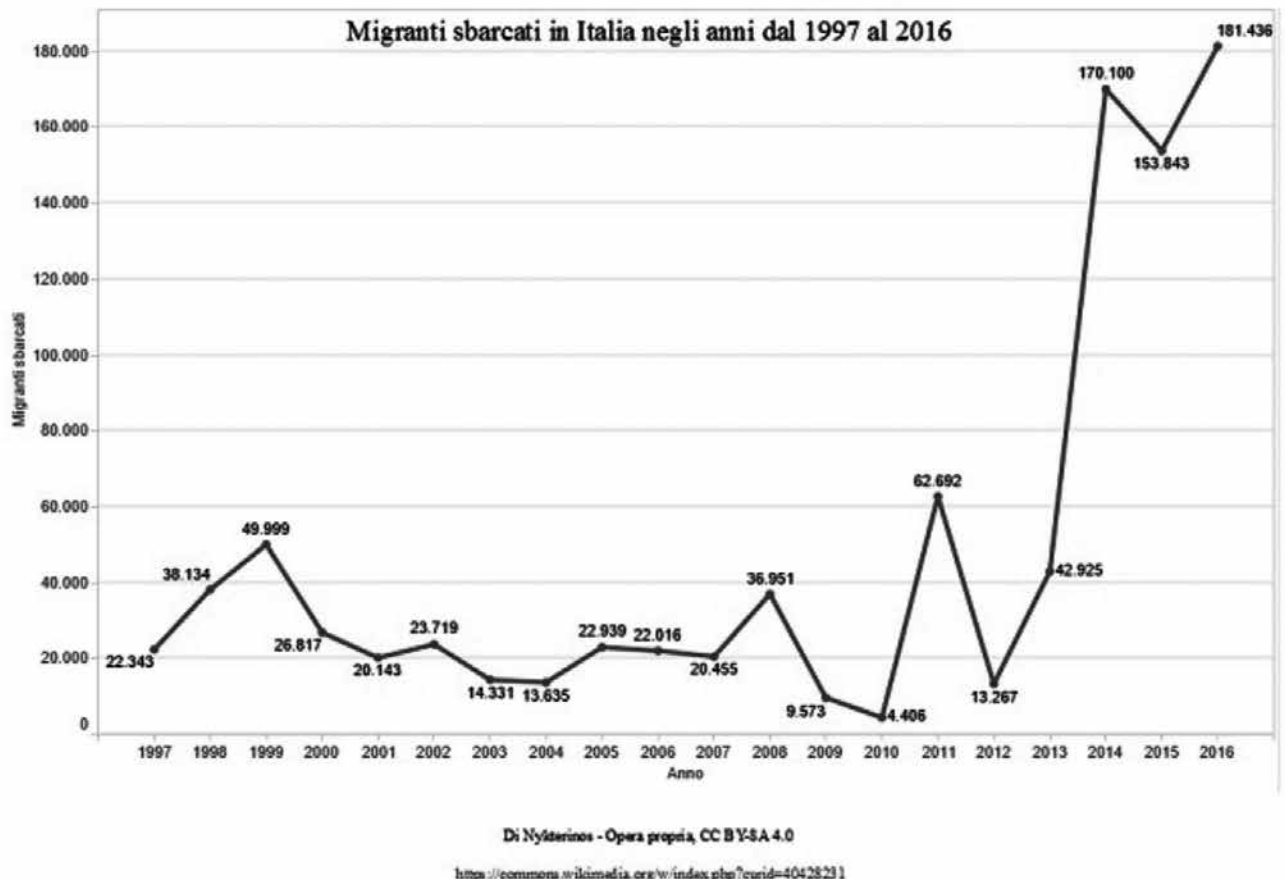
2011: 4 milioni e 570 mila

2018: 5 milioni e 144 mila.

2018:

7,5 % di popolazione straniera in Italia

10 % di popolazione straniera in Europa.



Al 1° gennaio 2018 i cittadini stranieri complessivamente soggiornanti in Italia sono stati calcolati in circa 5.144.440: di questi, i cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia sono circa 3.714.934, con un incremento minimo (inferiore alle 800 unità) rispetto al 1° gennaio 2017.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 23,13% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (8,56%) e dal Marocco (8,10%). Per quanto riguarda invece la popolazione residente in Italia di origine extracomunitaria, tre Paesi più rappresentati coprono circa un terzo delle presenze: Albania (11,9%), Marocco (11,6%), Cina (8,3%).

L'incidenza complessiva dei minori è pari al 21,7%.

Le principali etnie straniere attualmente presenti sul suolo italiano sono:

Circa 1 milione di rumeni (comunitari);

Circa ½ milione di albanesi (extracomunitari);

Circa ½ milione di marocchini (extracomunitari);  
Circa 290 mila cinesi (extracomunitari);  
Circa 237 mila ucraini (extracomunitari).

Le 16 principali comunità extracomunitarie presenti in Italia, in ordine di grandezza decrescente, sono le seguenti:

- 1) albanese, 8,56%
- 2) marocchina, 8,10%
- 3) cinese, 5,65%
- 4) ucraina, 4,61%
- 5) filippina, 3,26%
- 6) indiana, 2,95%
- 7) pakistana, 2,57%
- 8) bangladese, 2,57%
- 9) moldava, 2,56%
- 10) egiziana, 2,32%
- 11) srilankese, 2,10%
- 12) nigeriana, 2,06%
- 13) senegalese, 2,06%
- 14) peruviana, 1,89%
- 15) tunisina, 1,82%
- 16) ecuadoriana, 1,56%

Dal 2005 e nei 5-6 anni successivi c'è stato un fortissimo incremento di rumeni (circa triplicati), moldavi (circa triplicati), bulgari (circa triplicati), bengalesi, polacchi, indiani ed ucraini (circa raddoppiati).

### **Distribuzione degli stranieri sul suolo italiano**

Le regioni dove gli stranieri si concentrano di più si trovano principalmente al nord, visto e considerato che questa è la parte d'Italia che necessita maggiormente di manodopera: un'elevata percentuale si registra però anche in Umbria. Inoltre, grazie anche all'elevato numero di turisti che visitano queste regioni, all'interno di esse vengono offerte maggiori possibilità ai piccoli commercianti. In generale, le concentrazioni di stranieri sono maggiori nelle città di media o grande dimensione, come ad esempio Roma, Torino o Brescia.

Regioni:

Emilia-Romagna, Lombardia (11 % di stranieri)

Umbria (11 %)

Friuli-Venezia Giulia (8,5 %)

Piemonte (8,5 %) ...

Regioni del sud Italia (3 %)

Città:

Roma

Milano

Torino

Molti stranieri sono peraltro presenti soprattutto nelle città di media grandezza, ad esempio:

19 % di stranieri a Brescia (città con maggiore percentuale);

Reggio Emilia (29 mila stranieri).

### **Fedi religiose oggi maggiormente presenti nella popolazione straniera in Italia**

Cristiani ortodossi: 2,5 milioni (Ucraina, Romania, Bulgaria, Moldavia ...)

Cattolici: 900 mila

Musulmani: 1 milione e 550 mila

Induisti e Buddisti: in numero minore

## **Età**

Un fattore che caratterizza molto gli stranieri presenti in Italia è la loro età media: infatti essa è molto più bassa rispetto alla nostra, il che significa che i processi migratori interessano soprattutto persone giovani.

Inoltre, le nascite degli stranieri sono maggiori rispetto a quelle italiane, per cui, in un futuro probabilmente non lontano, la nostra fascia lavorativa sarà composta prevalentemente da stranieri.

Età media degli stranieri: 32,5 anni (nascite di stranieri maggiori a quelle italiane)

Età media degli italiani: 44,3 anni.

## **Livello di istruzione e situazione occupazionale**

Non c'è una grossa differenza tra l'istruzione straniera e quella italiana, ma gli imprenditori quasi sempre preferiscono assumere un lavoratore italiano piuttosto che uno straniero, probabilmente perché quello italiano, non avendo problemi linguistici, può essere subito produttivo, mentre lo straniero spesso non lo è.

39,4 % di italiani con diploma di scuola media

38,9 % di stranieri con diploma di scuola media.

I permessi rilasciati per motivi di lavoro rappresentano attualmente il 4,6% dei nuovi titoli di soggiorno. La quota di titolari di permesso di soggiorno di lungo periodo sta infatti crescendo rispetto al totale dei regolarmente soggiornanti (61,7%). Sono 754mila, negli ultimi 6 anni, i cittadini di origine non comunitaria diventati italiani (135.814 nel 2017).

Attualmente il 9,7% della forza lavoro in Italia è di cittadinanza non comunitaria. Il tasso di disoccupazione femminile risulta elevato soprattutto in comunità come la tunisina (51,2%), la bangladese (46,6%), l'egiziana (44,5%).

Il 70% degli occupati stranieri di età compresa tra i 15 e i 64 anni risulta iscritto ad una delle prime quattro confederazioni sindacali italiane; si tratta di un milione e centomila persone, un decimo del totale degli iscritti. Il 79% delle imprese a conduzione straniera è guidato da cittadini non comunitari. Crescono in particolare le imprese individuali (+2,1%), soprattutto nelle comunità di origine asiatica (pakistana: +10,6%; srilankese: +6,9%; indiana: +6,4%) ed europea (moldava: +6,3%; ucraina: +5,5%).

Nel 2017, l'80% delle rimesse (4 miliardi di euro) è diretto verso Paesi non comunitari. I primi due Paesi di destinazione sono il Bangladesh e le Filippine. L'indice di bancarizzazione indica una quota di "esclusi" dal settore finanziario in costante diminuzione: dal 40% del 2010 all'attuale 28%.

## **La violenza nel mondo secondo i rapporti annuali degli ultimi dieci anni di Amnesty International**

Amnesty International fu fondata nel 1961 con la chiara missione di creare un movimento di solidarietà internazionale che contrastasse attivamente le violazioni dei diritti umani in ogni territorio del mondo. Cinquanta anni dopo, il mondo è sicuramente cambiato: tuttavia, oggi più che mai, la mission fondamentale di questa organizzazione è ancora quello di unire le forze per cercare di difendere i fondamentali diritti umani praticamente in ogni Paese di questo Pianeta, anche perché, come dimostra l'analisi dei loro Rapporti Annuali dal 2010 al 2018, la situazione dei diritti umani in oltre 150 Paesi e territori è e rimane generalmente preoccupante, e le situazioni di violenza a cui vanno incontro le popolazioni oggi maggiormente interessate dai fenomeni migratori (sia nei loro Paesi d'origine che in quelli di maggiore transito, in particolare la Libia) costituiscono a tutt'oggi un fattore presente in modo massiccio in tutti i cinque Continenti, nessuno escluso.

## **La situazione nella provincia di Parma**

Gli stranieri residenti in provincia di Parma al 1° gennaio 2018 erano 62.417, rappresentando perciò il 13,9% della popolazione residente in Regione. Nel comune

di Parma, in particolare, sono 32.306 i cittadini stranieri residenti al 1° gennaio 2018.

La stragrande maggioranza di questi cittadini stranieri è in possesso di regolari documenti che consentono loro di accedere in modo sostanzialmente assimilabile a quello dei cittadini italiani, tramite la disponibilità e l'utilizzo eventuale della vera e propria "Tessera Sanitaria", ai Servizi di cura sia territoriali che ospedalieri facenti capo al "Servizio Sanitario Nazionale" ("S.S.N."). Ciò avviene, di norma, attraverso una prima fase di diagnosi e di orientamento effettuata da parte dei cosiddetti "Medici di base" (e cioè i Medici di Medicina Generale per gli adulti sopra i 14 anni ed i Pediatri di Libera Scelta per i minori di 14 anni).

Una piccola parte di stranieri presenti sul nostro territorio Provinciale, tuttavia (per lo più, ma non soltanto, i cosiddetti "R.T.P.I.", cioè i "Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale"), di solito nei primi due anni-due anni e mezzo di permanenza nel nostro Paese non accedono in prima istanza ad un vero e proprio "Medico di Base", sia perché in genere essi non sono ancora in possesso dei documenti necessari ad ottenere la vera e propria "Tessera Sanitaria" sia perché, per la permanenza di significative "barriere" linguistiche o culturali, trovano particolarmente difficile accedere a queste figure mediche che quasi mai dispongono di Mediatori Linguistici e Culturali provenienti dalle stesse Aree geografiche di origine di tali migranti.

Per questo particolare tipo di utenza, pertanto, da oltre vent'anni è attivo presso l'Azienda U.S.L. di Parma un Centro specifico, lo "Spazio Salute Immigrati", che ha come propria mission principale il tutelare ed il promuovere la salute dei migranti nel loro nuovo contesto di vita in Italia sia attraverso la presenza di specifiche competenze professionali sia grazie all'utilizzo di particolari ausili atti a far superare il più possibile tali "barriere". Questo Centro cerca soprattutto di facilitare per questi migranti l'uso appropriato dei Servizi Sanitari presenti nel territorio provinciale, combinando strategie comunicative orientate alla tutela della salute con competenze tecniche e culturali di tipo multidisciplinare integrato (secondo l'approccio cosiddetto bio-psico-sociale) ed operando il più possibile in rete con gli altri servizi sociali e di accoglienza presenti nella Provincia. Gli operatori sanitari presenti in tale struttura (in particolare Medico infettivologo, Pediatra, Infermieri e Psicologo) vi svolgono pertanto attività coordinate di prevenzione, diagnosi, cura e supporto alla "cura di se stessi" (self care). Negli anni dal 2014 al 2018, la popolazione migrante che è stata presa in carico da questo particolare Servizio sanitario può essere così quantificata:

*Pazienti in carico allo Spazio Salute Immigrati di Parma  
negli anni dal 2014 al 2018 compresi (dati al 31.12.2018)*

|               | Maschi | Femmine | Totale |
|---------------|--------|---------|--------|
| 2014          | 785    | 389     | 1174   |
| 2015          | 1089   | 306     | 1395   |
| 2016          | 1241   | 302     | 1543   |
| 2017          | 1472   | 325     | 1797   |
| 2018          | 1011   | 310     | 1321   |
| Totale        | 5598   | 1632    | 7230   |
| Media annuale | 1119,6 | 326,4   | 1446   |

Non tutti questi pazienti, tuttavia, sono riconducibili alla categoria dei cosiddetti "R.T.P.I.", cioè i "Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale": molti di essi continuano infatti ad accedere a questo Servizio, per le ragioni sopra menzionate, anche se in possesso della Tessera Sanitaria, proprio per la permanenza di tali barriere culturali e/o linguistiche. In particolare, i pazienti "R.T.P.I." afferenti a tale Servizio negli anni dal 2014 al 2018 compresi sono stati i seguenti:



*Pazienti R.T.P.I. (Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale) in carico allo Spazio Salute Immigrati di Parma negli anni dal 2014 al 2018 compresi (dati al 31.12.2018)*

|                         | Maschi | Femmine | Totale |
|-------------------------|--------|---------|--------|
| 2014                    | 393    | 33      | 426    |
| 2015                    | 501    | 40      | 541    |
| 2016                    | 648    | 91      | 739    |
| 2017                    | 576    | 96      | 672    |
| 2018                    | 314    | 43      | 357    |
| Totale anni 2016-2018   | 2.432  | 303     | 2.735  |
| Media annuale 2014-2018 | 486,4  | 60,6    | 547    |
| Totale anni 2016-2018   | 1538   | 1538    | 1768   |
| Media anni 2016-2018    | 512,5  | 76,5    | 589    |

Una parte significativa di questi pazienti, negli ultimi tre anni, ha manifestato tutta una serie di problematiche di tipo psicologico che l'hanno portata all'attenzione delle figure professionali dello Psicologo dello Spazio Salute Immigrati di Parma e, in alcuni casi, dello Psichiatra del Servizio di Salute Mentale territorialmente competente. Per molti di questi pazienti sono state rilevate forme significative di disturbo psichico, e sono state quindi formulate diagnosi psicologiche o psicopatologiche più specifiche come evidenziato nella seguente tabella:

*Diagnosi psicologiche / psicopatologiche presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma negli anni 2016-2018  
(Totale utenti diagnosticati da Psicologo o Psichiatra del Servizio: n. 141)*

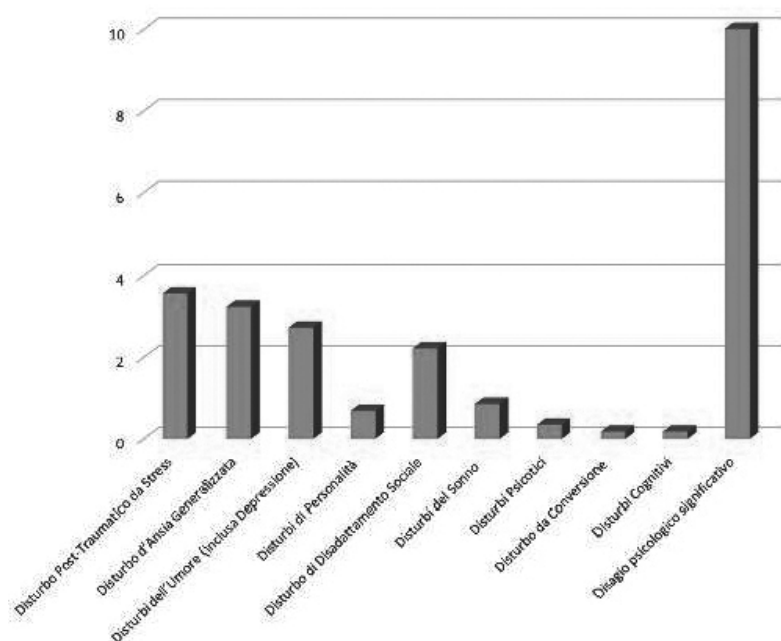
| Diagnosi psicologiche / psicopatologiche   | N.  | Percentuale |
|--|-----|-------------|
| Disturbo Post-Traumatico da Stress   | 21  | 14,89       |
| Disturbo d'Ansia Generalizzata   | 19  | 13,47       |
| Disturbi dell'Umore (inclusa Depressione)  | 16  | 11,35       |
| Disturbi di Personalità<br>(1 Paranoide,<br>1 Passivo-Aggressivo,<br>1 Dipendente,<br>1 Schizoaffettivo) | 4   | 2,84        |
| Disturbo di Disadattamento Sociale   | 13  | 9,22        |
| Disturbi del Sonno   | 5   | 3,55        |
| Disturbi Psicotici   | 2   | 1,42        |
| Disturbo da Conversione  | 1   | 0,71        |
| Disturbi Cognitivi   | 1   | 0,71        |
| Disagio psicologico significativo non meglio specificato   | 59  | 41,84       |
| Totale   | 141 | 100         |

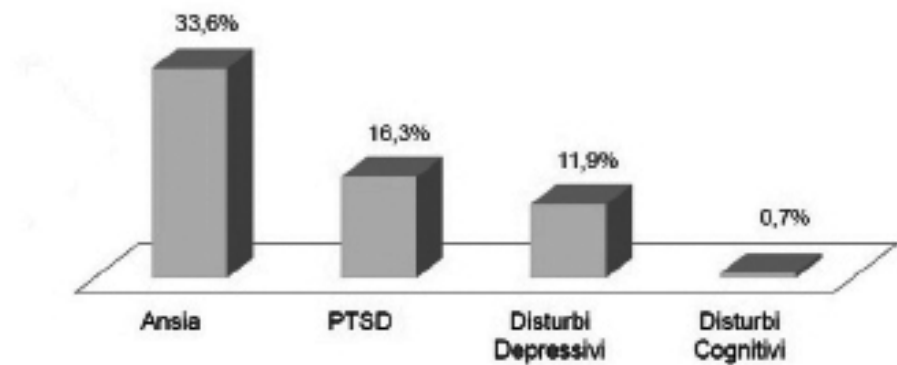
Sulla base di tali dati, in rapporto alla media di utenti in carico allo Spazio salute Immigrati dell'Azienda U.S.L. di Parma nel medesimo triennio 2016-2018 (N. = 589) è stata calcolata la cosiddetta prevalenza periodale di ognuna di tali psicopatologie nella popolazione "R.T.P.I." afferente a tale Servizio, vale a dire la misura percentuale della frequenza di ognuno di tali disturbi rispetto alla media degli utenti in carico a tale Centro nel medesimo triennio. Essa è riassunta nella seguente tabella:

*Prevalenza dei disturbi psichici/psichiatrici registrati presso lo S.S.I. di Parma negli anni 2016-2018*

| DIAGNOSI   |     |   |
|--|-----|---|
| PSICOLOGICHE /<br>PSICOPATOLOGICHE                       | N.  | PERCENTUALE SULLA MEDIA<br>DELLA POPOLAZIONE R.T.P.I.<br>ANNI 2016-2018<br><br>N. 589<br>(PREVALENZA) |
| Disturbo Post-Traumatico da Stress                       | 21  | 3,56  |
| Disturbo d'Ansia Generalizzata                           | 19  | 3,23  |
| Disturbi dell'Umore (inclusa Depressione)                | 16  | 2,72  |
| Disturbi di Personalità                                  | 4   | 0,68  |
| Disturbo di Disadattamento Sociale                       | 13  | 2,21  |
| Disturbi del Sonno                                       | 5   | 0,85  |
| Disturbi Psicotici                                       | 2   | 0,34  |
| Disturbo da Conversione                                  | 1   | 0,17  |
| Disturbi Cognitivi                                       | 1   | 0,17  |
| Disagio psicologico significativo non meglio specificato | 59  | 10,01   |
| Totale   | 141 | 23,94   |

Tali dati possono essere rappresentati anche dal grafico seguente.





*Medici Senza frontiere, "Traumi Ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali", luglio 2016*

Il grafico appena riportato ci mostra un profilo in parte simile a quello riportato nello studio di "Medici Senza Frontiere" nel 2016, che ha anch'esso rilevato come i disturbi psicopatologici più frequenti tra i migranti siano, anche se non nel medesimo ordine, il Disturbo Post-Traumatico da Stress, il Disturbo da Ansia generalizzata e i Disturbi Depressivi o dell'Umore.

### **Le più frequenti diagnosi psicopatologiche tra i migranti**

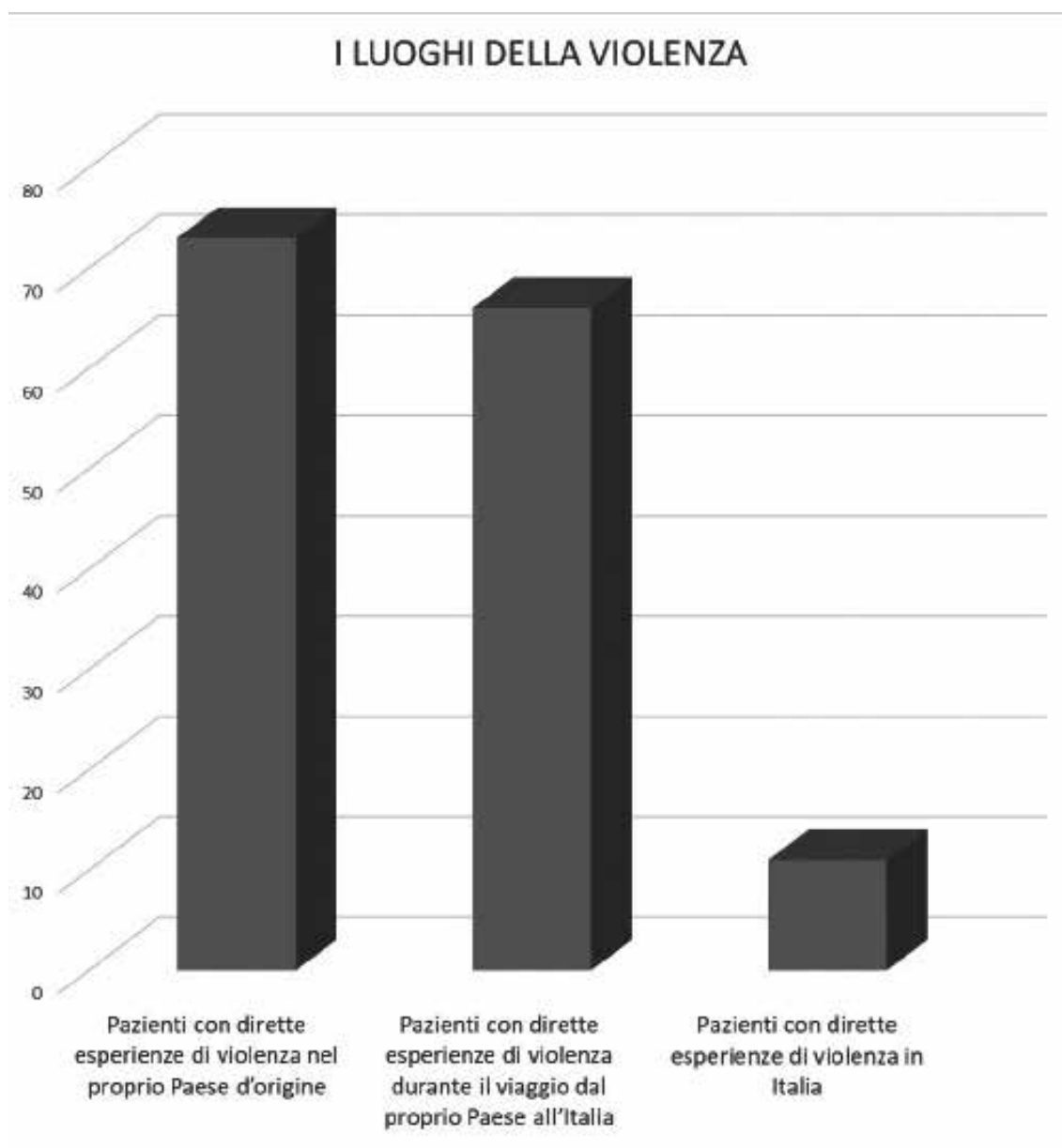
Per valutare un'eventuale relazione tra la presenza di questi disturbi e la presenza di esperienze di violenza subita che potessero in qualche modo contribuire alla spiegazione della loro genesi, sono stati più specificatamente indagati i percorsi migratori di questi 141 soggetti con il preciso obiettivo di individuare l'esistenza di episodi significativi di violenza da essi subiti nel proprio Paese d'origine, e/o durante il viaggio che li ha condotti in Italia e/o, infine, durante la loro permanenza in Italia. Tale indagine ha mostrato un'altissima presenza di esperienze di violenza nella storia migratoria di queste 141 persone, come riportato nella tabella seguente.

*Esperienze dirette di violenza nei pazienti dello S.S.I. di Parma con problemi psicologici / psichiatrici*

*(Pazienti con dirette esperienze di violenza subite in prima persona nel proprio Paese d'origine, durante il viaggio dal proprio Paese all'Italia e/o in Italia)*

| ESPERIENZE DIRETTE DI VIOLENZA  | N. | Percentuale |
|---|----|-------------|
| Pazienti con dirette esperienze di violenza nel proprio Paese d'origine                     | 73 | 51,77       |
| Pazienti con dirette esperienze di violenza durante il viaggio dal proprio Paese all'Italia | 66 | 46,80       |
| Pazienti con dirette esperienze di violenza in Italia                                       | 11 | 7,80        |

Tali dati possono a loro volta essere rappresentati anche dal grafico seguente.



Poiché una quota significativa di questi Pazienti ha subito dirette esperienze di violenza in più di uno di questi contesti (ad esempio sia nel proprio Paese d'origine sia durante il viaggio, oppure sia nel proprio Paese d'origine che in Italia ecc.) la tabella seguente evidenzia, infine, sia il numero assoluto sia la quota percentuale di tali pazienti con problemi psicologici e/o psichiatrici che hanno subito dirette esperienze di violenza nel corso di tutto il loro percorso migratorio, differenziandoli da quelli che, pur presentando problematiche psicologiche significative, non hanno manifestato esperienze di violenza in alcuna di queste tre fasi del loro viaggio sino all'Italia.

*Esperienze dirette di violenza nei pazienti dello S.S.I. di Parma con problemi psicologici / psichiatrici (Pazienti con dirette esperienze di violenza subite in prima persona nel proprio Paese d'origine, durante il viaggio dal proprio Paese all'Italia e/o in Italia)*

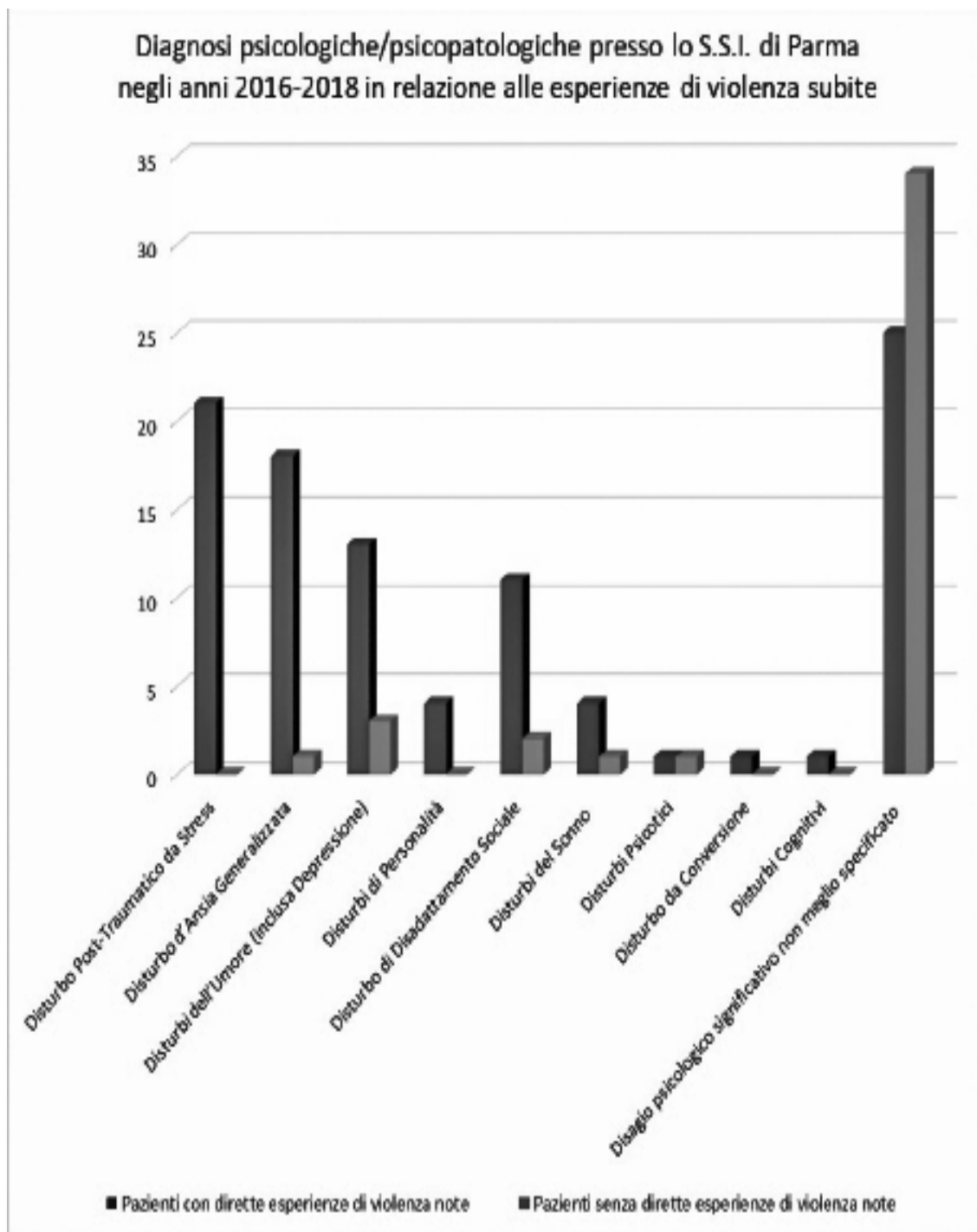
| Esperienze dirette di violenza nei pazienti dello S.S.I. di Parma con problemi psicologici / psichiatrici                   | N. | Percentuale |
|---|----|-------------|
| Totale Pazienti S.S.I. Parma con disturbi psicologici e significative esperienze di violenza subite in prima persona        | 99 | 70,2 %      |
| Totale Pazienti S.S.I. Parma con disturbi psicologici ma senza significative esperienze di violenza subite in prima persona | 42 | 29,8 %      |

L'ultimo quesito al quale ci pare ora utile cercare di rispondere è pertanto il seguente: tra i vari disturbi diagnosticati in questi ultimi tre anni ai suddetti pazienti con problemi psicologici/psichiatrici presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda U.S.L. di Parma, le esperienze di violenza subite (e, contestualmente, anche l'assenza eventuale di esperienze significative di violenza nella propria storia individuale) hanno inciso in modo significativo sull'insorgenza o meno non solo di disturbi psichici, ma anche di specifici disturbi psichici? Anche da questo punto di vista lo studio da noi condotto risulta molto indicativo, in quanto appare molto netto – nel campione da noi esaminato – che l'aver subito esperienze di violenza risulta un fattore importantissimo nello sviluppo di alcune psicopatologie specifiche (che potremmo quindi considerare come, almeno il più delle volte, di tipo "reattivo"), mentre altri fattori esperienziali e congeniti, anche in assenza di episodi significativi di violenza nella propria storia individuale, possono sicuramente costituire un ostacolo al raggiungimento di un adeguato benessere psicologico, anche se possono contribuire alla genesi di psicopatologie reattive in misura probabilmente meno intensa dell'aver subito dirette esperienze di violenza nella propria storia individuale.

*Diagnosi psicologiche / psicopatologiche presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma negli anni 2016-2018 in relazione alle esperienze di violenza subite*

|  | Pazienti con dirette esperienze di violenza note | Pazienti senza dirette esperienze di violenza note |
|--|--|--|
| Disturbo Post-Traumatico da Stress                         | 21   | 0  |
| Disturbo d'Ansia Generalizzata (ione)                      | 18   | 1  |
| Disturbi dell'Umore (inclusa Depressione)                  | 13   | 3  |
| Disturbi di Personalità                                    | 4  | 0  |
| Disturbo di Disadattamento Sociale                         | 11   | 2  |
| Disturbi del Sonno   | 4  | 1  |
| Disturbi Psicotici   | 1  | 1  |
| Disturbo da Conversione                                    | 1  | 0  |
| Disturbi Cognitivi   | 1  | 0  |
| Disagio psicologico significativo o non meglio specificato | 25   | 34   |

Tutti questi dati andrebbero, ovviamente, ulteriormente sviluppati ed approfonditi anche attraverso l'uso di più sofisticate metodologie statistiche. Già da un loro primo immediato esame, tuttavia, la correlazione tra esperienze di violenza subita in prima persona e la manifestazione di disturbi psicologici significativi appare a nostro avviso evidente, manifesta, inequivocabile, poiché episodi di violenza significativa si registrano in più di due terzi (99 vs. 42, su un totale di 141) dei pazienti con diagnosi di disturbi psicologici conclamati tendendo, in genere, a far sviluppare specifiche forme di psicopatologie e, in particolare, il Disturbo Post Traumatico da Stress, il Disturbo d'Ansia generalizzata e il Disturbo da Disadattamento Sociale.



La conclusione che si può trarre da questo studio, a nostro avviso, è che l'azione tesa a sviluppare migliori condizioni di equilibrio e di benessere psichico nelle popolazioni contemporanee di vaste aree del nostro Pianeta non dovrebbe più, ormai, limitarsi ad un'azione "a valle" con l'ausilio di strumenti psicologici ed eventualmente psicofarmacologici, ma dovrebbe comprendere anche (e probabilmente soprattutto) un'azione "a monte" tesa a prevenire, e non solo a curare, quelle esperienze di violenza, emarginazione e degrado che spesso, di tali disturbi, costituiscono una componente eziologica non solo significativa, ma probabilmente essenziale.

\* Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda U.S.L. di Parma – Via XXII Luglio 27 – 43123 Parma [email: ffrati@ausl.pr.it].

\*\* Veronica Neri, Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Amnesty International (2011). Rapporto annuale 2010-2011. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2010-2011/>
- Amnesty International (2012). Rapporto annuale 2011-2012. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2011-2012/>
- Amnesty International (2013). Rapporto annuale 2012-2013. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2012-2013/>
- Amnesty International (2015). Rapporto annuale 2014. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2014/>
- Amnesty International (2016). Rapporto annuale 2015-2016. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2015-2016/>
- Amnesty International (2017). Rapporto annuale 2016-2017. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2016-2017/>
- Amnesty International (2018). Rapporto annuale 2017-2018. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2017-2018/>
- Arrighetti, A., & Lasagni, A. (2011). Rimesse e migrazione. Ipotesi interpretative e verifiche empiriche. Milano: Franco Angeli, 2011.
- Bacigalupi, M., & Spina, A. (2018). Riconoscere un problema nascosto: L'emersione del trauma. Relazione presentata al convegno Parole e Gestì di cura, Zugliano (UD), Febbraio 2018.
- Bettin, G., & Cela, E. (2014). L'evoluzione storica dei flussi migratori in Europa e in Italia. Cattedra UNESCO SSIIM, 1-31.
- Cantor-Graee, E., & Selten, J.P., (2005). Schizophrenia and Migration: a meta-analysis and review. The American Journal of Psychiatry, 162 (1), 12-24.
- Caritas e Migrantes. (2015). XXIV Rapporto Immigrazione 2014, Migranti, attori di sviluppo. Todi (PG): Tau Editrice, 2015 Disponibile da: <http://inmigration.caritas.it/sites/default/files/2016-09/XXIV%20Rapporto%20Immigrazione%202014.pdf>
- Centro Studi e Ricerche Idos. (2011). Le migrazioni in Italia, scenario attuale e prospettive. Roma: Edizioni Idos, 2011.
- Coda Moscarola, F., & Fornero, E. (2005). Immigrazione: quale contributo alla sostenibilità del sistema previdenziale? In M. Livi Bacci, L'incidenza economica dell'immigrazione. Torino: Giappichelli Editore, 2005.
- Cohal, A. (2014). Mutamenti nel romeno di immigrati in Italia. Milano: Franco Angeli Editore, 2014.
- De Berr, J., Raymer, J., Van Der Erf, R. Van Wissen, L. (2010). Overcoming the Problems of Inconsistent International Migration data: A New Method Applied to Flows in Europe. In European Journal of Population, 26 (4), 459-481.
- Dominelli, C. (2011). Il nodo della cittadinanza: ecco come funziona in Italia e nel resto d'Europa. Il Sole 24 Ore, 23 Novembre 2011. Disponibile su: [https://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2011-11-23/nodo-cittadinanza-ecco-come-110830.shtml?uuid=AaxcWsNE&refresh\\_ce=1](https://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2011-11-23/nodo-cittadinanza-ecco-come-110830.shtml?uuid=AaxcWsNE&refresh_ce=1)
- Einaudi, L. (2007). Le politiche dell'immigrazione in Italia dall'Unità ad oggi. Bari: Laterza, 2007.
- Fondazione ISMU, Devillanova, C. (2011). Immigrazione e finanza pubblica, XXVI rapporto sulle migrazioni 2010. Milano: Franco Angeli, 2011.
- Fondazione Leone Moressa. (2013). Rapporto sulla popolazione ucraina in Italia. Mestre (VE), 2013).
- Fondazione Leone Moressa. (2015a). Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Mestre (VE): Il Mulino, 2015.
- Fondazione Leone Moressa. (2015b). Il valore dell'immigrazione. Mestre (VE): Franco Angeli, 2015.
- Fondazione Migrantes. (2015). Rapporto italiani nel mondo 2015. Todi (PG): Tau Editrice, 2015.
- Gabriele, S. (2012). Dare e avere: migrazioni, bilancio pubblico e sostenibilità. In L. Ronchetti (cur.), I diritti di cittadinanza dei migranti. Il ruolo delle Regioni (pp. 301-327). Milano: Giuffrè Editore.
- Giorgia. vo. (2014, 8 dicembre). Wikimedia Commons. File: Rotte di migranti nel mediterraneo. svg. Disponibile da: [https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=37196373%20https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rotte\\_di\\_migranti\\_nel\\_mediterraneo.svg%20https://it.wikipedia.org/wiki/Rotte\\_di\\_migranti\\_nel\\_Mediterraneo%20\[CC%20BY-SA%204.0%20\(https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0\)\]](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=37196373%20https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rotte_di_migranti_nel_mediterraneo.svg%20https://it.wikipedia.org/wiki/Rotte_di_migranti_nel_Mediterraneo%20[CC%20BY-SA%204.0%20(https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0)])
- Giardina, F., (2017). I disturbi da stress e/o traumatici del migrante. Relazione presentata al convegno

Parole e Gestì di cura, Zugliano (UD), Febbraio 2018.

ISTAT. (2011a). Il futuro demografico del Paese, Previsioni Regionali della Popolazione Residente al 2065. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/files//2011/12/futuro-demografico.pdf>

ISTAT. (2011b). Misurare l'immigrazione e la presenza straniera: una sfida continua per la statistica ufficiale. Disponibile da: [https://www.istat.it/it/files/2011/02/Dossier\\_Istat\\_stranieri.pdf](https://www.istat.it/it/files/2011/02/Dossier_Istat_stranieri.pdf)

ISTAT, il tuo accesso diretto alla statistica italiana. (2019). Stranieri residenti al 1° gennaio 2018. Disponibile da: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_POPSTRRES1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1)

ISTAT. (n.d.). Notizie sulla presenza straniera in Italia. Disponibile da: <http://www4.istat.it/it/immigrati>

Medici Senza Frontiere (2016). Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali. Disponibile da: [http://archivio.medicisenzafrontiere.it/pdf/Rapp\\_Traumi\\_Ignorati\\_140716B.pdf](http://archivio.medicisenzafrontiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_140716B.pdf)

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. A cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione. (2015). I Migranti nel Mercato del Lavoro in Italia, V Rapporto Annuale. Disponibile da: <https://immigrazione.it/rivista/articolo/5029>

Nykterinos (2017, 08 gennaio). File: Migranti sbarcati in Italia 1997-2016.png. [CC BY-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>)]. Disponibile da: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Migranti\\_sbarcati\\_in\\_Italia\\_1997-2016.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Migranti_sbarcati_in_Italia_1997-2016.png)

OECD. (2013). International Migration Outlook 2013. OECD Publishing. Disponibile su: [http://dx.doi.org/10.1787/migr\\_outlook-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en)

Thierry, X., Herm, A., Kupiszewska, D., Nowok, B., & Poulain, M. (2005). How the UN recommendations and the forthcoming EU regulation on international migration statistics are fulfilled in the 25 EU countries?. Relazione presentata al XXV International Population Conference. Luglio 2005. Disponibile da: [https://www.academia.edu/1232806/How\\_the\\_UN\\_recommendations\\_and\\_the\\_forthcoming\\_EU\\_regulation\\_on\\_international\\_migration\\_statistics\\_are\\_fulfilled\\_in\\_the\\_25\\_EU\\_countries](https://www.academia.edu/1232806/How_the_UN_recommendations_and_the_forthcoming_EU_regulation_on_international_migration_statistics_are_fulfilled_in_the_25_EU_countries)

Tuttitalia.it. (2019). Statistiche Demografiche. Cittadini stranieri in Italia – 2018. Disponibile da: <https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2018/>

Tuttitalia.it. (2019). Statistiche Demografiche. Cittadini stranieri 2018 - Emilia-Romagna. Disponibile da: <https://www.tuttitalia.it/emilia-romagna/statistiche/cittadini-stranieri-2018/>

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. (2013). Trends in international migrant Stock: the 2013 revision - migrants by Age and Sex. Disponibile da <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrant-stock-age-2013.pdf>

United Nation. Department of Economic & Social affairs. (2016). International Migration Report 2015. New York, 2016. Disponibile da: [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf)

Wikipedia, l'enciclopedia libera. (2019). Immigrazione in Italia. Disponibile da: [https://it.wikipedia.org/wiki/Immigrazione\\_in\\_Italia](https://it.wikipedia.org/wiki/Immigrazione_in_Italia)

## Migration routes and violence

### A study carried out at the Immigrant Health Space of the Local Health Unit Parma, Italy

The flows of migrants to Countries other than their territories of origin are certainly one of the most significant problems at the Italian, European and perhaps even Global levels: even today, many of them suffer direct experience of violence both in their own country, in transit countries and in countries of arrival, including Italy.

The present study, conducted at the Immigrant Health Space of the Local Health Unit of Parma (Italy), tries to reconstruct connections between these experiences of suffered violence and mental disorders found in a sample of 141 migrants in the Province of Parma and followed by this Service in the three years from 2016 to 2018.

**KEYWORDS** Mental disorders, Migration routes, Migrants, Violence.





link

# intervista

**Il lavoro: dal malessere al benessere,  
al benessere e alla gioia.  
Intervista a Enzo Spaltro**

A CURA DI GIOVANNI CAVADI



# Il lavoro: dal malessere al benessere, al bellessere e alla gioia

Work: from distress to wellbeing, to "bellessere" and to joy

## Intervista a Enzo Spaltro\*

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

PAROLE CHIAVE Connessioni, benessere, bellezza, parità, perdono, pluralità

---

### **Dottor Spaltro, lei è Direttore dell'Università delle Persone con sede a Bologna, un Istituto con caratteristiche peculiari...**

Nel 2008 ho fondato a Bologna l'Università delle Persone (UP) con lo scopo di formare persone liberamente, nello spirito del benessere e nella soggettività. È una comunità di apprendimento con la forma giuridica dell'associazione, fatta di studenti, docenti e di liberi aderenti che richiedono una manutenzione sistematica e una particolare attenzione alla propria autostima. La UP rifiuta ogni riconoscimento giuridico ed ogni programmazione esterna delle proprie didattiche; inoltre stimola il contagio positivo di situazioni di benessere e di influenze estetiche specialistiche. Essa utilizza catalogazioni dei saperi e metodologie didattiche ispirate al miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro.

### **Lei mette al centro del suo lavoro il concetto del benessere soggettivo e diffuso nelle organizzazioni. Può illustrare come, secondo lei, si può raggiungere questo obiettivo?**

È noto che il futuro non lo si prevede, ma lo si progetta, e quindi ci siamo dedicati a comprendere questo problema: come iniziare a costruire un modello di cambiamento culturale e sociale, facile da comprendere, rappresentare e misurare. Con qualche amico abbiamo proposto un cambiamento nel modo di cambiare.

Oggi si sta realizzando una società di connessioni con almeno tre varietà: relazioni composte tra le persone, che sono sempre meno basate su carisma, ideologia e religione, e sempre più fondate su idee, associazioni e osservazioni che non sono originate dall'aldilà e da trascendenze, ma dall'aldiqua e da immanenze, cioè da figure, suoni, colori e linguaggi, relazioni tra persone, associazioni tra idee, sfumature che vanno dai poteri a somma zero ai poteri a somma variabile, con una continua variabilità.

Il modello che noi seguiamo è quello che va dall'individuo al soggetto attraverso l'emergenza soggettiva. Poi va dal soggetto al cittadino attraverso l'emergenza della socializzazione. Poi va dal cittadino alla persona attraverso l'emergenza della rappresentanza, rappresentatività e rappresentazione. Ciò porta dalla persona alla comunità attraverso la lotta per l'appartenenza sino alla partecipazione, intesa come lotta continua per l'appartenenza.

### **È un modello di ampio respiro... vede una sua applicazione nell'ambito delle società contemporanee?**

Un potere diverso sta negli anni trasformando il potere metafisico a somma zero in un potere laico a somma variabile. Si sta passando dall'uno individuale, al due della coppia, al tre del piccolo gruppo ed al quattro del grande gruppo. In una parola dal singolare al plurale.

Proponiamo un limite tra passato e futuro con una frontiera presente in un passaggio tra due culture: quella terriera, individuale e bellica, vecchia di seimila anni e quella immateriale, relazionale e connettiva, emergente da meno di un secolo, giovanissima con una dimensione spaziale planetaria e in espansione.

### **Come vede il futuro?**

Occorre passare dalla lotta contro... alla lotta per... Dalla distruzione degli altri alla costruzione di noi stessi, cioè all'agire per noi e non contro di voi, perché le due cose non sono compatibili. Un fattore sta emergendo con diversi nomi e di chiara finalità: e questo si chiama lavoro. Il lavoro sta comunque svolgendo un ruolo ondulatorio nella creazione di benessere. Un poco stimola ed un altro poco rallenta la produzione di gioia. Ma la sua influenza, sia pure con diversi nomi, non accenna a diminuire. Qualcuno ha persino fatto coincidere la qualità del lavoro con la democrazia: lavoro come origine ed effetto della democrazia.

### **Può spiegare in che senso il lavoro può essere "origine di democrazia"?**

Creare e inventare un senso comune alla nostra vita è alla base della nostra democrazia. E il lavoro la qualifica. La soggettività è la base della democrazia. E il lavoro esprime la qualità della democrazia. La democrazia di Pericle, iniziata duemila e cinquecento anni fa ad Atene, e tuttora valida oggi, sopravvive come una scatola vuota, ma disponibile. In questa sua disponibilità essa è insostituibile.

### **Quindi lei attribuisce al lavoro un grande compito di civiltà...**

Il lavoro è, comunque, in grande sviluppo a livello planetario e ci stiamo orientando verso un modello economico integrale, basato sulla soggettività e sulla democrazia del lavoro. Questo è un modello che pretende di proporre una visione soggettiva dello scambio di beni e valori tra le persone, che usano valori e beni soggettivi invece di quelli oggettivi. Un passaggio cioè da uno scambio di beni materiali ad uno scambio di beni immateriali: in definitiva da scambi economici a scambi psicologici.

Il lavoro permette di descrivere e misurare, in termini immateriali, il gruppo, l'organizzazione, la scarsità, l'abbondanza e anche la stessa moneta. Appare persino possibile immaginare una futura moneta non garantita dalle riserve dell'argento e dell'oro, ma dal lavoro, che permetta uno scambio più rapido e anche più efficace per la produzione e diffusione del benessere. Ciò vuol dire che in futuro la fame, il linguaggio, i desideri, i bisogni e un certo numero di fattori immateriali potranno stare all'origine delle nuove unità di scambio e quindi come sorgenti del valore.

### **Come può il modello da lei proposto contribuire alla formazione del "benessere soggettivo"? È un modello non solo economico ma anche psicologico?**

Questo modello, che abbiamo chiamato psicoeconomico, si compone di tre fasi denominabili come passaggio dal malessere al benessere, dal benessere al benessere e consiste di fatto nel passaggio in corso dalla società dei guerrieri a quella delle connessioni. Dalla guerra alla pace. Una società che possiamo chiamare della gioia. I tre concetti che oggi hanno rilevanza sia nella formazione del futuro che nel futuro della soggettività, sono quelli di gruppo, bellezza e futuro del lavoro.

### **Può definire il "benessere"?**

Il benessere è conseguenza dei tre concetti e può essere definibile come la possibilità e la capacità di esprimersi, che richieda una particolare sensibilità e competenza nei campi della capacità di agire nei piccoli gruppi, nella condizione di bellezza e con una dimensione temporale futura sempre crescente. L'orizzonte temporale diventa un fattore basilare per una nuova qualità del benessere. Il benessere deriva dalla velocità con cui i consumi vengono effettuati, il che porta al prevalere dei desideri sui sogni ed al prevalere della repressione sull'espressione.

### **Benessere come prevalere di "espressione" vs "repressione"?**

Certamente! Il benessere va definito e inteso come "la possibilità e la capacità di esprimere ed esprimersi", espressione che si riferisce all'ambiente al di fuori ed al di

dentro del singolo soggetto. Perciò un lavoro buono non ci basta più: desideriamo un lavoro bello, espressivo, piacevole, progressivamente sgombrato dal pregiudizio che oggi lo obbliga ad essere un dovere e non un piacere.

**Lei auspica un futuro orientato verso la bellezza. Cosa intende esattamente?**

La bontà etica non basta più. Occorre spesso andare controcorrente. Occorre una bellezza estetica sempre più diffusa e non ostacolata con le idee dello sviluppo impossibile o della scarsità come origine del valore.

**Lei ha introdotto il termine “bellessere” e ne fa ampio uso. A che cosa fa riferimento?**

Ci siamo proposti di chiamare con il termine ‘bellessere’ l’obiettivo di poter raggiungere dei livelli di sviluppo umano quantitativamente e qualitativamente ottimali, per cui il bellessere lo intendiamo come il dare un senso estetico e futuro alla crescente convinzione per cui il futuro non si prevede (perché non esiste ancora), ma lo si progetta (perché è originario nella speranza e nel desiderio di benessere).

**Che posto occupano le donne nel suo progetto?**

Il mondo del lavoro è sempre stato in mano ad una cultura maschilista e la creazione del concetto di gender o di sessualità psichica non avvenne in America ma in Europa. Le donne apparvero come maggiormente capaci di reggere la complessità della vita informatica e digitale. Gli americani infatti non avevano previsto lo sviluppo di una cultura femminile e di una sua pratica applicazione nel mondo del lavoro. Considerato che le donne sono più abituate alla complessità e quindi sanno dirigere meglio degli uomini...

**Quale ruolo riserva all’apprendimento?**

Molte nuove idee e verità si sono fatte strada, per cui capire è diventato più importante di sapere e sapere più importante di imparare. Con questo spirito vengono previste o proposte alcune previsioni e speranze sul futuro dell’apprendimento come aspetto rilevante della soggettività. Abbiamo fondato l’Università delle Persone come progetto antidoto dell’assoggettamento, basato sul concetto di per-sonum, strumento per suonare, cioè mezzo per esprimersi. L’idea sintetica è la via, cioè l’individuazione di possibilità future, e non la laurea, cioè la valutazione di meriti acquisiti nel passato da allievi, docenti ed utenti. Abbiamo individuato alcuni punti che compongono questa idea di “via”.

Innanzitutto l’autolegittimazione, cioè la massima indipendenza possibile rispetto al dominio vigente e la minima rilevanza dei costi utilizzando le risorse già disponibili (a costo zero).

**Come sviluppa concretamente questo atteggiamento nell’UP?**

L’UP non rilascia titoli e non ne riceve, usa la parità come antidoto verso il dominio per popolare gli interstizi benestanti e per massimizzare lo sviluppo personale. Propone un apprendimento continuo, cioè un doppio ciclo sia di capacità di esprimere che di esprimersi: apprendimento come effetto “cammello”, che dovrebbe ricominciare dopo il 50° anno di vita di ogni singola persona, possibilmente dopo il termine del primo ciclo lavorativo.

**L’UP sembra proporre nuovi schemi di relazione tra ‘insegnare’ ed ‘apprendere’, nuove modalità formative...**

Sì, la fine della simmetria tra apprendimento ed insegnamento e della superiorità dell’insegnare rispetto all’imparare. Non tutto quello che si insegna si impara e quello che si impara si insegna. Occorre considerare la scuola di ogni tipo (anche l’università) come manutenzione della persona. L’autostima è la base di ogni apprendimento. Non dimentichiamolo. Il nostro desiderio di libertà è la base di ogni formazione-sviluppo. Se è da evitare l’egoismo formativo è ancora più da evitare il pericolo dell’insufficiente autostima. Ogni programma di sviluppo lavorativo e formativo ed ogni organizzazione non possono fare a meno dell’autostima.

I costi della UP vengono ridotti “a zero”, usando le risorse non utilizzate, potenziando le dimensioni soggettive ed immateriali e riducendo quelle giuridico-economiche. Questa logica è accompagnata da una ridefinizione dei saperi, che abbiamo chiamato una “re-missione”. La laurea passata distingue tra scienze della bontà,

esatte, umanistiche, giuridiche ed artistiche, ecc. Invece la via futura distinguerà tra scienze della bellezza, soggettive, gradevoli.

Ogni formazione, meglio denominabile come sviluppo, è sempre un apprendimento di benessere soggettivo e diffuso, di maggiori e migliori possibilità e capacità di esprimere e di esprimersi. L'autostima è la base della scuola. E la scuola è basata sulla motivazione. Questa è poi basata sul desiderio e sull'intangibile. Il contrario della motivazione e dell'intangibile è la fatica ed il tangibile. La speranza di benessere (futuro) è già benessere (=bellessere).

### **Tornando al tema del lavoro, come lo colloca in questo nuovo modello?**

Il lavoro e l'occupazione sono a tutt'oggi il modo maggiore e migliore di produrre benessere. Però senza bellessere il lavoro non produce benessere sufficiente. Una volta si diceva che chi non lavora non mangia, ma oggi non è più così. La storia di tutte le migrazioni lo mostra chiaramente. Non ci basta più il lavoro basato sulle esperienze del passato, perché un lavoro buono richiede anche un lavoro bello. Vogliamo rischiare di più: vogliamo la bellezza del lavoro, quella che salverà il mondo. L'organizzazione viene sempre più considerata come uno stato d'animo e la formazione-sviluppo una progettazione della nostra gioia futura. Chi non si diverte nell'apprendere non impara granché. Inoltre il perdono potenzia fortemente le nostre possibilità di apprendere. L'era dei guerrieri si sta faticosamente, ma progressivamente trasformando nell'era delle connessioni. La vendetta da millenni avvelena ed ipoteca il nostro futuro, distruggendone la bellezza. E spesso la cultura vigente non è più solo quella dei vincitori. I vinti sono più importanti dei vincitori. La vittoria non paga più, perché contiene anche una sconfitta. Dobbiamo imparare a perdonare ed a riappropriarci del nostro futuro.

L'UP propone così le tre P = parità – perdono – pluralità come slogan di un futuro migliore: quello di una gioia possibile.

• Medico e Psicologo del Lavoro - Direttore dell'Università delle Persone – Bologna,  
Direttore della rivista *Psicologia e Lavoro* – Ed. Il Saggiatore.

## **Work: from distress to wellbeing, to “bellessere” and to joy**

The interview proposes a new model for cultural and social change and focuses on the 'beauty' of work as the most effective way towards an improved and more joyful society.

**KEYWORDS** Connections, well-being, beauty, equality, forgiveness, plurality



# link **emozioni**

**Il Profumo di quella Primavera  
ovvero l'emozione di dedicarsi  
alla politica vera**

MARICETA GANDOLFO



# Il Profumo di quella Primavera ovvero l'emozione di dedicarsi alla politica vera

## The Fragrance of that Spring or the emotion of being involved in good politics

MARICETA GANDOLFO\*

PAROLE CHIAVE Potere, mafia, cambiamento, istituzioni pubbliche

---

Per molte persone, anche troppe, darsi all'attività politica è un modo per migliorare la propria situazione economica e il proprio status sociale, assurgendo ad una condizione di privilegio e di potenza che li introduce in una vera e propria 'casta'.

Io invece ho avuto la fortuna di vivere la mia prima esperienza politica, quando ero ancora molto giovane, immersa in un'atmosfera particolare, che ha segnato emotivamente la mia sensibilità e che è rimasta nel ricordo collettivo come la "Primavera di Palermo".

Anche Palermo ha avuto la sua "primavera", pur se meno universalmente nota della "primavera di Praga" del 1968, che aveva visto il tentativo portato avanti dal presidente cecoslovacco Dubcek di creare un "socialismo dal volto umano" e di sottrarre il suo Paese all'opprimente influenza sovietica a cui l'aveva condannato il trattato di Yalta e la logica della divisione del mondo in due blocchi contrapposti, ognuno dei quali sotto il piede di una delle due super-potenze nate alla fine della seconda guerra mondiale. La primavera di Praga fu stroncata dall'invasione della Cecoslovacchia, ad opera dei carri armati sovietici, ma rimase nella memoria del mondo come l'esempio di un intero popolo che lottava per scrollarsi di dosso il peso opprimente di un potere che soffocava ogni libertà e democrazia, esempio che fu fatto conoscere dovunque grazie al sacrificio di alcuni giovani praguesi come Ian Palach, che scelse di bruciarsi vivo piuttosto che piegarsi di fronte alla dittatura sovietica, e di scrittori cechi, come Milan Kundera, che raccontarono nei loro scritti il clima di esaltazione e di eroismo che si visse a Praga nei giorni della "Primavera".

L'espressione "Primavera di Palermo" fu coniata, non so precisamente da chi, per rendere lo stesso clima di esaltazione, di speranza e di eroismo che fu vissuta a Palermo per una breve ma significativa stagione, fra gli anni '80 e '90 dello scorso secolo, quando una buona parte dei cittadini palermitani coltivò l'illusione di potersi finalmente sottrarre al gioco del potere mafioso e cambiare totalmente le cose.

La sensazione che si respirava in città era che la cappa di oppressione che gravava su Palermo da secoli, fosse sul punto di dissolversi, come una brutta cortina di nebbia che si sciogliesse al sole della primavera e che anche Palermo, come Praga, fosse pronta a lottare per la democrazia, la libertà e la partecipazione.

Mi riesce difficile non cadere nella retorica quando ricordo quella stagione politica, perché in essa profusi tutte le mie speranze e le mie giovani energie, esaltata anche dagli importanti avvenimenti che si svolgevano in quei giorni, come il primo maxi processo alla mafia.

Noi avremmo cambiato le cose, soprattutto noi giovani, noi avremmo combattuto la



mafia a fianco dei nostri eroi: i giudici, come Falcone, Borsellino, Chinnici, Terranova, Caponnetto, i poliziotti come Boris Giuliano, Montana e Cassarà, i pochi rappresentanti delle istituzioni, che avevano intuito che bisognava andare nelle scuole e parlare ai ragazzi, come faceva il generale Dalla Chiesa, perché la cosa fondamentale era cambiare la società civile, rimuovere quella patina di indifferenza e di egoismo che spingeva la gente a “farsi i fatti propri”, a non impegnarsi di persona, ma a lasciare che della lotta alla mafia se ne occupassero coloro che per mestiere erano preposti a questo compito.

In una parola, se si voleva vincere la mafia, bisognava prima vincere la “mafiosità”, caratteristica fortemente presente nella maggioranza dei siciliani, non per motivi genetici, ma storici.

Noi siciliani siamo un popolo fiero e generoso, che tante volte nella storia è stato capace di prendere le armi e ribellarsi di fronte ai soprusi e alle ingiustizie, ma ogni volta ha visto questi slanci di orgoglio e libertà abortire, soffocati nel sangue e nei raggi dei governanti, per cui siamo caduti in un atteggiamento di apatia di fronte alla violenza e di accettazione dell'ingiustizia, tanto le cose non cambieranno mai, anche se sembra che tutto cambierà, siamo un popolo vecchio e disilluso, come diceva don Fabrizio, il Gattopardo.

La primavera di Palermo è stata la reazione a questo atteggiamento, è stato un movimento “giovane” ricco di illusioni e speranze, che caparbiamente voleva sostituire al pessimismo della ragione l'ottimismo della volontà, che voleva riscoprire l'orgoglio di essere siciliani e rifiutava l'equazione “siciliani = mafiosi” con cui eravamo bollati nel mondo.

Entrai in contatto con uno dei protagonisti della “Primavera di Palermo” tramite uno scambio di lettere: avevano appena ammazzato Piersanti Mattarella, il presidente democristiano della regione siciliana, che voleva cambiare le cose in Sicilia, a cominciare dal suo partito, e lo stesso partito aveva voluto mandare un segnale di rinnovamento e aveva designato sindaco di Palermo un giovanotto dal nome strano, che io non avevo mai sentito nominare, Leoluca Orlando Cascio, compagno di corrente, nonché consulente, del Presidente ucciso.

Questo giovanotto bruno e snello (allora!) da principio sembrò che non fosse diverso dai suoi predecessori ed io non gli prestai molta attenzione, poi cominciai a sentire dire che faceva cose strane, come parlare direttamente di mafia ai suoi concittadini, soprattutto ai ragazzi delle scuole, quando erano tempi in cui la mafia non la si poteva neanche nominare, oppure chiedere al Governo di Roma che liberasse Palermo e la Sicilia dal peso degli appalti pubblici, un peso che era anche fonte di lucrosissimi affari con la mafia.

Il “Giornale di Sicilia” cominciò ad attaccarlo ogni giorno e ad ogni attacco io mi convincevo sempre di più che il giovane Sindaco fosse l'erede ideale di Piersanti Mattarella, che i suoi nemici fossero all'interno del suo stesso partito, e che sarebbe finito ammazzato, come era stato ammazzato il Presidente della Regione.

Dovevo fare qualcosa per manifestargli la mia solidarietà, anche se non ero nessuno, una semplice cittadina, una sconosciuta, anzi forse proprio per questo le mie parole avrebbero avuto più valore: presi il coraggio a due mani e gli scrissi una lettera.

E mi rispose!

La cosa mi apparve talmente incredibile che rimasi senza fiato.

Noi siciliani siamo così abituati da secoli a percepire il Potere, qualsiasi tipo di potere, come qualcosa di estraneo e lontanissimo da noi, con cui veniamo a contatto solo per cose spiacevoli e foriere di guai, che mai avrei pensato che il Sindaco di Palermo avrebbe trovato il tempo e la voglia di prendere carta e penna per rispondere alla lettera di una sconosciuta cittadina. Ero paralizzata dall'emozione mentre stringevo fra le mani quella busta color crema, con l'intestazione “Il Sindaco di Palermo” indirizzata proprio a me.

Ed era una vera lettera, lunga e articolata e scritta interamente di suo pugno, non il solito bigliettino di ringraziamento precompilato da qualche segretario, a cui apporre una firma distratta!

Fra le tante belle cose che mi diceva in quella lettera, c'era anche un invito ad andarlo a trovare al Comune per conoscerci personalmente; tutta emozionata, volli coinvolgere in quell'invito anche i miei alunni e portai con me un gruppetto di ragazzi, scelti fra quelli che già avevano cominciato a discutere di mafia e legalità in classe, ma non solo quelli, volli coinvolgere soprattutto i più violenti e facinorosi, che

si divertivano a devastare le aiuole e distruggere i lampioni e le panchine della città. Poveri ragazzi! Nessuno aveva mai spiegato che questa città era anche la loro, che ciò che è pubblico vuol dire che appartiene a tutti e non che è roba senza padrone! Venivano dai quartieri periferici di edilizia popolare come lo Zen e il Cep ed avevano la convinzione che tutto ciò che non ha un proprietario non è di nessuno e può essere distrutto impunemente; alcuni di loro non erano mai stati in centro, ignoravano le bellezze e i tesori del centro storico di Palermo.

Orlando li accolse nel palazzo comunale come ospiti di riguardo, disse che il Comune era la loro casa e si offerse di far loro da cicerone attraverso le sale e gli appartamenti del Palazzo delle Aquile, conquistandoli totalmente e definitivamente. Fra attoniti e incantati i miei alunni salirono lo scalone di marmo, entrarono nell'aula del Consiglio comunale, sedettero sugli scranni dei consiglieri, appresero che anche loro un giorno, forse, avrebbero potuto essere eletti e governare la città, si aggirarono per lo Studio del Sindaco, si affacciarono ad ammirare la vista della fontana monumentale di piazza Pretoria e delle cupolette rosse della chiesa di San Cataldo, acquisirono nello stesso istante il senso della bellezza e l'orgoglio dell'appartenenza.

Io ero commossa dal loro entusiasmo ed intuì che questa era la strada giusta da percorrere e che forse quel giovane sindaco sarebbe riuscito a cambiare i palermitani, a trasformarli da sudditi in cittadini.

Naturalmente la realtà effettuale non sempre corrispose all'utopia e Orlando ci diede qualche cocente delusione, perché si faceva trascinare dal suo stesso entusiasmo e talvolta i suoi bellissimi progetti difettavano nell'applicazione pratica.

Il primo esempio lo avemmo quasi immediatamente, nel corso di questa stessa visita: il Sindaco, contagiato dall'entusiasmo dei ragazzi e avendo appreso che avevano messo in scena un'opera teatrale scritta da loro stessi (sotto la mia supervisione) che parlava di un'esperienza di lavoro minorile e di lotta all'omertà tratta da un fatto vero, si spinse fino a proporci di partecipare ad un gemellaggio fra Palermo e Vicenza, che stava organizzando in nome della lotta all'illegalità e allo sfruttamento sul lavoro.

Un gruppo di ragazzi palermitani sarebbe stato ospite di coetanei vicentini per una settimana, durante la quale ci sarebbero stati dibattiti e incontri sulla legalità, sarebbero state messe a confronto le diverse realtà di Palermo e Vicenza e sarebbe stato messo in scena il nostro lavoro, che si intitolava "Il coraggio di parlare".

Naturalmente tutta l'organizzazione dell'evento e le spese sarebbero state a carico del Comune di Palermo.

Fummo travolti dall'entusiasmo ed io mi gettai anima e corpo nel preparare questo gemellaggio, soprattutto nell'impresa di convincere le famiglie dei miei alunni a lasciarli partire verso il profondo Nord, con la sola compagnia di due insegnanti, ma il Comune di Palermo ed il Sindaco in persona si erano fatti garanti della buona riuscita del gemellaggio e della sicurezza dei giovani palermitani in quella terra pericolosa, zeppa di leghisti!

Alla fine una trentina di ragazzi e due insegnanti si apprestarono a prendere il treno per Vicenza e a partire per quella avventura.

Io ero un po' inquieta perché non ci erano stati ancora consegnati i biglietti del treno e le relative prenotazioni delle cuccette, e questa inquietudine si trasformò in panico quando mi resi conto che, a ventiquattro ore dalla partenza, il Comune non si era ancora fatto vivo. Tra l'altro era domenica e tutti gli uffici erano chiusi, comprese le segreterie della mia scuola e del Comune e i telefonini cellulari non erano ancora in uso: l'indomani 30 ragazzi e le relative famiglie si sarebbero presentati alla Stazione Centrale di Palermo e avrebbero preteso da me i biglietti e le prenotazioni, mentre io non avevo in mano nulla!

Obbligai mio marito a lasciare la nostra casa al mare, dove stavamo trascorrendo la domenica, per scendere a Palermo e mi precipitai all'ufficio informazioni della stazione centrale. Qui ebbi la terribile, paventata notizia: in stazione non sapevano niente di trenta prenotazioni sul treno per Vicenza, dal Comune di Palermo nessuno aveva prenotato i biglietti ed ora i posti non c'erano più! Dovevo telefonare in Comune per chiedere informazioni, ma tanto era inutile, i ragazzi non sarebbero certo partiti l'indomani.

Mi attaccai al telefono, ma non riuscii a trovare nessuno, Orlando era sparito, forse era fuori Palermo e non era raggiungibile, ero rimasta sola, con l'incubo di trenta famiglie che aspettavano da me biglietti e prenotazioni.

Mi salvò mio marito: si ricordò che un nostro vicino della casa al mare era un pezzo

grosso delle Ferrovie e così andai a disturbarlo di domenica e lui fu veramente un angelo, fece un paio di telefonate ed ottenne che al treno per Vicenza fosse aggregato un vagone supplementare su cui prendemmo posto tutti e trenta i partecipanti al gemellaggio. Ancora una volta, che delusione, solo le amicizie personali riuscivano a risolvere i problemi!

L'avventura finì benissimo, il gemellaggio fu un grande successo, il Comune pagò tutte le spese e i miei alunni continuarono ad essere innamorati di Orlando, ma capirono che come innamorato non era del tutto affidabile e andava marcato stretto, soprattutto nelle cose pratiche!

Intanto in città le polemiche divampavano: la vecchia classe dirigente dello stesso partito del sindaco, essendosi resa conto di aver sbagliato clamorosamente nel proporre come candidato un uomo nuovo che minacciava di scardinare tutto il vecchio andazzo di affari e di potere, gli tolse ogni appoggio politico ed iniziò una battaglia senza quartiere, in cui lo si accusava di essere un uomo tutta apparenza e niente sostanza, schiuma da barba e panna montata, uno che infamava la Sicilia e i Siciliani, parlando sempre di mafia (che non esisteva ed era stata inventata, per fare carriera da parte da di un gruppetto di furbacchioni, professionisti dell'antimafia, di cui facevano parte anche Orlando e Borsellino); ma tutte queste polemiche e veleni, che partirono da un articolo del grande scrittore Leonardo Sciascia, servirono sì ad indebolire il fronte antimafia, ma anche ad aumentare paradossalmente il consenso intorno al giovane sindaco, che riscuoteva simpatie sia nei salotti aristocratici di Palermo, sia nel popolino dei mercati di Ballarò e della Vucciria, dove non disdegnava di addentare un pane ca' meusa (panino con la milza) offerto da qualche ammiratore del sottoproletariato urbano.

Questo mix di tensione morale e populismo ci conquistò un po' tutti e fu così che, insieme a tanti intellettuali palermitani, entrai a far parte del COCIPA e a frequentarne le riunioni notturne.

Il CO.CI.PA, acronimo di Comitato Cittadino di Informazione e Partecipazione, era un organismo spontaneo di cittadini che volevano partecipare attivamente alle decisioni che riguardavano la propria città, fiancheggiando il sindaco nella sua battaglia per la legalità e il rinnovamento.

Non avevamo all'inizio un posto dove riunirci, per cui ci vedevamo nella stupenda chiesa barocca di San Francesco Saverio, nel popolarissimo quartiere dell'Albergheria, messa a nostra disposizione dal parroco, un prete di frontiera, padre Cosimo Scordato, che tanto ha contribuito ad aiutare moralmente ed economicamente i suoi poveri parrocchiani, per es. mettendo in piedi una modesta attività di ristorazione gestita da disoccupati, che così venivano strappati alla tentazione di diventare manovalanza mafiosa.

In seguito Orlando ci ospitò in una saletta adiacente alla sala del Consiglio Comunale, ma ancora ricordo il fascino di quelle prime riunioni notturne nella bella chiesa barocca, a cui mi recavo con l'animo di un carbonaro o di un partigiano, attraversando di notte la città addormentata ed inoltrandomi fra i vicoli bui e deserti del centro storico senza la minima paura (Palermo è una città sicurissima di notte per le donne sole, nessuna è stata mai aggredita o violentata).

Eravamo tutti volontari, ognuno di noi aveva il suo lavoro, ma preferiva sacrificare sonno e riposo per secondare una travolgente passione politica: c'era la dottoressa dell'Ospedale dei Bambini che voleva aprire un distretto sanitario per fornire consigli e visite gratuiti alle mamme del popolarissimo quartiere in cui sorgeva l'ospedale dove lavorava, c'era la bella e giovane insegnante, oggi prematuramente scomparsa, che sognava di combattere la dispersione scolastica a cominciare dalle scuole elementari e medie, per togliere i bambini dalla strada, c'era un giovane proveniente da Democrazia Proletaria, che lavorava per aiutare i cittadini dei quartieri più poveri a districarsi fra i meandri della burocrazia con le sue lentezze e il suo linguaggio spesso incomprensibile alle persone incolte, c'era il filosofo e professore, che sognava di sostituire alla città reale attuale, violenta e disperata, una città per l'uomo, dove si potesse vivere in pace e democrazia e c'erano tanti altri, architetti, magistrati, presidi di scuola, agronomi, in tutto una cinquantina di persone, il fiore dell'intelligenza palermitana.

Naturalmente fummo attaccati da tutti, specialmente dal Giornale di Sicilia, che ci accusò di non essere legittimati dal voto e di essere un corpo speciale al servizio di Orlando, "I paladini del prode Orlando", un esercito totalmente nuovo e pericoloso per la democrazia.

Ma noi non ce ne curavamo affatto, ci sentivamo i rappresentanti della parte migliore della città, la società civile, e non volevamo essere eletti politicamente, perché entrare in politica significava per noi entrare nel gioco delle clientele e dei compromessi per accaparrarsi le preferenze, e piegarsi ai ricatti economici e alle minacce. Noi invece volevamo essere liberi, fare politica in modo nuovo, che poi era il modo autentico e originario, per il quale era stato coniato il termine nell'antica Grecia, "la scienza che si occupa della polis, della comunità".

Noi volevamo essere uno strumento di controllo, di vigilanza e di partecipazione alla vita della città, affinché in Consiglio Comunale non si consumassero imbrogli e "schifezze" obbedendo alla vecchia logica degli affari illeciti e del profitto malavitoso.

Il sindaco, di cui eravamo i paladini, non era forse stato scelto originariamente da quello stesso partito di cui denunciava le nefandezze di fronte all'opinione pubblica? Qui stava l'anomalia di Palermo: che il sindaco era stato scelto da una maggioranza e da un partito che si era accorto troppo tardi di avere fatto un errore e di avere scelto un uomo che non intendeva sottostare alle stesse logiche mafiose che per decenni avevano dominato il partito stesso da cui proveniva.

Il sindaco della nostra città era contemporaneamente il capo della maggioranza e il capo dell'opposizione. La maggioranza in Comune cercava di fargli la festa e lui poteva contare solo sul sostegno della società civile.

Ricordo un episodio emblematico: una sera in cui si teneva una seduta del Consiglio Comunale, noi del COCIPA eravamo riuniti nella saletta adiacente alla Sala delle Lapidi e seguivamo i lavori del Consiglio attraverso una radiolina portatile. Ad un certo punto ci raggiunge Letizia Battaglia, la celebre fotografa che sedeva in Consiglio come rappresentante dei Verdi e ci sollecita, tutta concitata:

"Presto, presto... entrate in sala conciliare e sedetevi nei posti riservati al pubblico: stanno approvando una delibera con cui si autorizza l'abbattimento di una delle ultime palazzine Liberty di Palermo, per costruire al suo posto un palazzone di dodici piani, certamente in combutta con qualche palazzinaro mafioso; si tratta di quel palazzetto rosa che occupa uno dei quattro angoli della piazza della Statua, dove sorge il monumento alla Libertà, che conclude il viale omonimo, la palazzina purtroppo non è monumento storico e niente potrà salvarla, tranne la disapprovazione dei cittadini. Il sindaco chiede il vostro aiuto, perché sarà messo sicuramente in minoranza dal suo stesso partito".

Ci precipitammo nella sala consiliare e andammo ad occupare i posti riservati al pubblico, senza aprire bocca perché non eravamo autorizzati ad interloquire, ma bastò la nostra presenza di cittadini attenti e consapevoli per bloccare quel tentativo di speculazione edilizia. Una di noi, una giovane giornalista, si spinse a dire a voce bassa, ma sufficiente per farsi sentire "Domani scriverò sul mio giornale di questa seduta del Consiglio Comunale".

A conclusione, oggi il palazzetto rosa è ancora al suo posto!

La nostra trasmissione "cult" era "Samarcanda", che dedicò diverse puntate al caso Palermo e alla primavera palermitana, trasferendo tutta la redazione, Michele Santoro in testa, nella nostra città e trasmettendo in diretta dal Palazzo comunale.

Allora la struttura di Samarcanda era molto diversa da quella che divenne in seguito: non c'erano ospiti invitati precedentemente dalla redazione, i cosiddetti "esperti", ma chiunque fra il pubblico poteva intervenire ed esprimere la propria opinione in diretta, senza alcuna censura preventiva. L'entusiasmo mio e di tanti altri membri della società civile andò alle stelle: ecco finalmente un'occasione di democrazia diretta, l'atrio del Palazzo Comunale di Palermo ci sembrava l'agorà di Atene e noi, seduti per terra, in jeans e felpa, ci sentivamo tanti Pericle e Demostene che prendevano la parola sulle sorti della loro polis! E che emozione quando Santoro si avvicinava con il microfono e ci dava la possibilità di parlare davanti a tutta l'Italia!

La passione politica aveva contagiato un po' tutti in città. Ricordo che il pescivendolo da cui mi fornivo abitualmente, un giorno mi comunicò tutto soddisfatto che alla figlioletta che gli era appena nata voleva dare il nome di Samarcanda ed io, mentre soffocando le risa, cercavo di dissuaderlo dall'infliggere quel terribile destino all'innocente neonata, mi sentii attraversata da un moto di orgoglio e contentezza, constatando quanto stava cambiando la mia città.

Intanto alle nostre spalle la Politica tesseva le sue trame e non osando passare all'eliminazione fisica dell'elemento disturbatore del sistema, (come aveva fatto in passato) cercò di eliminarlo in maniera più subdola e raffinata, provocando la crisi al Comune di Palermo e le dimissioni del giovane sindaco "scomodo".



Ma troppo tempo era passato e troppe cose erano cambiate perché la società civile fosse disposta a lasciare che il proprio destino e quello della propria città fosse deciso nelle stanze della Politica passando sopra la testa dei cittadini onesti

La passione politica divampò in città e esponenti del Comitato di Osservazione e Partecipazione, uniti a molti altri cittadini, che fino a quel momento si erano tenuti lontano dalla politica attiva si offrirono spontaneamente di collaborare a scrivere il programma elettorale per il Sindaco, che era sempre più in rotta col suo vecchio partito, tanto che alla vigilia delle elezioni comunali nella primavera del 1990, il maggiore leader nazionale del partito del sindaco andò in televisione per invitare pubblicamente gli elettori a “non” votare per quell’uomo, che, nato dal seno del partito stesso ora minacciava di scardinarlo.

Ma noi palermitani siamo orgogliosi e disubbidienti quando il Potere ci impone dall’alto di fare qualcosa contro la nostra volontà e perciò corremmo a aiutare il nostro sindaco a scrivere il suo programma elettorale: sacrificando svago e riposo, perché tutti avevamo dei doveri imposti dal lavoro e dalla famiglia, nelle poche ore libere ci riunimmo per collaborare ad elaborare quella parte del programma che concerneva il nostro ambito lavorativo ed i nostri interessi sociali, cosicché i medici si occuparono della sanità, gli insegnanti della scuola, gli ecologisti dell’ambiente, gli impiegati comunali della riforma della burocrazia, realizzando, in piccolo, l’ideale platonico del governo dei sapienti al servizio della città.

Nel maggio del 1990 stravinchemmo le elezioni comunali, il nostro sindaco uscente ottenne il 70% dei consensi e noi corremmo a riunirci davanti al Comune, sotto un diluvio primaverile, commossi e felici, abbracciandoci fra sconosciuti, ancora increduli di aver ottenuto una simile vittoria.

E anche se poi le cose non andarono come avevamo sognato ed alla primavera subentrò un tristissimo inverno, quello del ‘92, macchiato del sangue delle stragi di Falcone e Borsellino, le emozioni che vivemmo durante quella breve indimenticabile stagione segnerà in modo indelebile il nostro essere di uomini e donne, coscienti del proprio ruolo di cittadini, felici ed orgogliosi di aver fatto politica nell’unico modo giusto e vero.

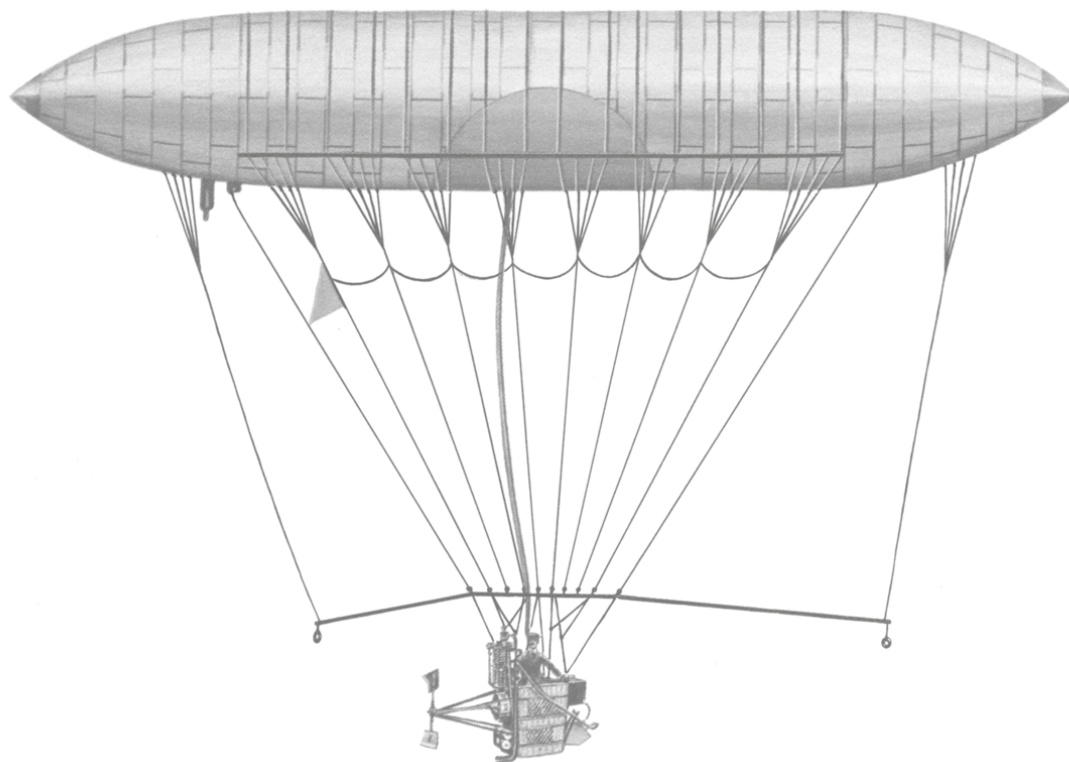
\*Docente di Lettere al Liceo Classico [maricetagandolfo1950@gmail.com].

## The Fragrance of that Spring or the emotion of being involved in good politics

Spring is a good season for rebirth. In 1968 Prague had its spring, the people fought for freedom, but the revolution was crushed in blood. The Author remembers the period from 1980 to 1990, which was labelled as “Palermo Spring”, when, with other citizens of good will, she supported the new Mayor of the town, who had started to denounce a corrupted élite.

KEYWORDS Power, mafia, change, public institutions

A cura di Giovanni Cavadi



**Volpato Chiara**  
*Deumanizzazione. Come si legittima la violenza.* Editori Laterza, Roma-Bari, 2011, pp. 179, euro 12,00

Si tratta di un libro di psicologia sociale che tratta un argomento molto specifico ma di attualità. Come ricorda l'Autrice nella storia della nostra specie "deumanizzare serve a pensare l'altro essere umano incompleto, animale, oggetto. Serve a compiere su di lui azioni inaccettabili in un contesto normale". La Volpato indaga gli atteggiamenti, i comportamenti e le pratiche sociali che, in maniera aperta e violenta, oppure sottile e subdola, escludono l'altro, l'oppositore, il nemico, il diverso, dalla specie umana. La deumanizzazione sottrae agli esseri umani le due qualità che li definiscono come tali: l'identità e la comunità. L'Autrice prende in considerazione anche i meccanismi di disimpegno morale che permettono all'individuo di agire in modo contrario ai principi etici che gli sono stati insegnati senza soffrirne delle conseguenze. Viene sottolineato pure come la deumanizzazione deumanizza anche chi la compie! Una ricca bibliografia specifica corredo il volumetto. (G.C.).

**Coleman M. Andrew (editor).** *A dictionary of psychology.* (Oxford Dictionary of Psychology) fourth edition. Oxford University Press, 2015, pp. 883, £ 11,99 (\$ 19,95)

È la quarta edizione di un fortunato dizionario di psicologia, al quale hanno contribuito ben duecento ricercatori di mezzo mondo, tra cui quattro italiani. Sono censiti oltre 11000 termini e definizioni della psicologia sperimentale ed applicata. Sono inserite anche le parole chiave del DSM 5. Le tre appendici si riferiscono ad un elenco "interminabile" delle fobie e degli stimoli fobici, alle abbreviazioni e ai simboli utilizzati nella disciplina, e alle web links. A completamento le principali fonti bibliografiche consultate. (G.C.)

**Spaltro Enzo.** *Un futuro bello.* 2° edizione. Università delle Persone, Bologna, 2018, pp. 370, s.i.d.p.

Le riflessioni e le proposte di Spaltro sono concepite nella prospettiva di un futuro bello. Esse vanno contro corrente e si sviluppano in 30 capitoli. Si tratta di una esplorazione

dell'incrocio di significati tra due parole: soggettività e futuro. Il futuro si fonderebbe su tre concetti: gruppo, benessere e bellezza. A proposito di benessere Miller G.A. nel 1960 alla domanda "A che serve la psicologia?" rispondeva che "essa è un mezzo per promuovere il benessere delle persone". Oggi Spaltro ci sottolinea che, essendo il benessere definibile come la possibilità, la possibilità di esprimersi richiede una particolare sensibilità e competenza nei campi della capacità di agire nei piccoli gruppi, nella condizione di bellezza e con una dimensione temporale futura sempre crescente. Per l'Autore la bontà non ci basta più perché le persone hanno bisogno di bellezza, di passare dall'etica all'estetica: anche il lavoro sempre più perderà la netta distinzione con la retribuzione, rendendo equivalenti i due fattori sinora considerati antitetici. Perciò il conflitto non è più tra lavoro e capitale, ma tra il capitale lavorativo e il capitale finanziario. Mentre però per Spaltro il benessere si riferisce alla bontà e al passato, il benessere si riferisce alla bellezza e al futuro. Al termine del volume viene stilato un decalogo del benessere che termina con la undicesima frase: "La speranza di benessere è già

benessere, cioè benessere". Per cui nel 2019, con Spaltro, potremmo dire che la psicologia serve anche a promuovere la bellezza. (G.C.)

**Tosi Antonio**  
**Puoi contare su di noi.**  
**Crescere un figlio adolescente.**  
**Presentazione Aldo Galeazzi.**  
**Armando Editore, Roma, 2013,**  
**pp.190, euro 15,00.**

Questo libro vuole proporsi come un aiuto a quegli adulti che si trovano a gestire una relazione con un figlio adolescente. Dato che le persone vivono in una società altamente complessa, disorientante e competitiva, occuparsi della crescita di un figlio adolescente non è una cosa facile. È un libro pratico, di auto-aiuto, scritto da uno psicologo clinico e psicoterapeuta che per professione e da molti anni si è occupato di quanti adulti hanno seri disagi psicologici nell'affrontare un adolescente. Le teorie psicologiche a cui il libro si riferisce fanno capo alle "evidence based", ovvero sono basate su evidenze e riscontri scientifici. Una bibliografia essenziale completa il volume. (G.C.)

**Ministero della Giustizia.**  
**La dimensione dell'affettività**  
**in carcere. Uno studio sulla**  
**sessualità, genitorialità e**  
**possibilità di procreazione nel**  
**sistema penitenziario. Istituto**  
**Superiore di Studi Penitenziari.**  
**TMB Stampa, Roma. 2015,**  
**pp. 147. Quaderni ISSP n° 13**

Vengono riportati sette interventi curati da funzionari del Servizio sociale e Giuridico pedagogico. Ma dove sono gli psicologi che lavorano nelle carceri italiane? (G.C.)

**Distretto LIONS 108 lb2. Help**  
**emergenza lavoro, ludopatia,**  
**sovraindebitamento e usura. La**  
**Nuova Stampa, Provaglio d'Iseo.**  
**2015, pp.82, s.i.d.p.**

Vengono riportati gli interventi di un convegno che si è tenuto a Iseo nel 2014. Una riflessione sulla crisi economica e sui danni sociali ed economici che colpiscono le persone che praticano il gioco d'azzardo. (G.C.)

**A cura di Lia Sacerdote.**  
**Genitorialità e carcere. Coniugare**  
**sicurezza e qualità dell'incontro.**  
**Programma pilota di formazione.**



## **Salvatore Nuzzo,** **Educare i figli** **con l'intelligenza** **emotiva**

Edizioni San Paolo, 2018,  
pp. 288, euro 22

Un libro scritto da una persona che sa, sa fare e sa essere, ma senza alcuna autoreferenzialità.

Salvatore Nuzzo – un valido collega e un caro amico, che nell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia si è occupato di Deontologia professionale, ha tenuto seminari sulla deontologia presso il corso di laurea in Psicologia dell'Università del Salento – si attiene sempre ai dettami dell'etica e della deontologia,

citando puntualmente le fonti e vagliando criticamente le proprie affermazioni. Questo taglio rigoroso lo si coglie in tutto il libro, che fornisce risposte a una serie di domande: le dà ai genitori, agli educatori, agli operatori, agli psicologi.

Com'è la famiglia dei nostri giorni? Com'è la relazione genitori-figli? Perché molti bambini, ragazzi, adolescenti manifestano un forte disagio evolutivo nel fare i conti con la propria dimensione emotiva, affettiva e relazionale?

Quali sono le caratteristiche principali del bambino di oggi? È possibile delineare un profilo del bambino dei nostri giorni? Quale è la condizione dei figli, oggi, all'interno della famiglia? Di che cosa ha veramente bisogno un figlio, un bambino oggi?

Chi è il genitore? Cosa significa essere genitore? Che cos'è la genitorialità oggi? Qual è la specificità della genitorialità oggi? Cos'è l'educazione? Cosa significa educare? Perché oggi è una sfida educare il figlio?

Cos'è l'intelligenza emotiva? In che modo l'intelligenza emotiva può essere applicata alla relazione genitori-figli e, quindi, all'educazione dei figli?

Con queste ed altre piste di riflessione, Nuzzo aiuta a comprendere meglio di cosa si occupa lo psicologo: in questo caso, della promozione del benessere.

Ed ecco perché il libro contiene il sapere, il saper fare e il saper essere dello psicologo, operatore del benessere.

(Giuseppe Luigi Palma, già Presidente del Consiglio dell'Ordine Nazionale degli Psicologi).

**Associazione Bambinisenzasbarre,**  
**Milano, 2014. s.i.d.p.**

Viene presentato un progetto di intervento relativo alla cura delle relazioni familiari durante la detenzione di uno o di entrambi i genitori, per la tutela del diritto del

bambino alla continuità del legame affettivo. L'obiettivo è anche di sensibilizzare la rete istituzionale e la società civile. Interessante il capitolato nel quale alcuni bambini raccontano l'esperienza di accesso al carcere per incontrare il genitore. (G.C.)



## Leonardo Abazia. Il danno psicologico ed esistenziale. Modelli di perizie, diagnosi, valutazione e calcolo

2018, Ed. Franco Angeli, Milano, pp. 308, euro 36

Il nuovo libro di Leonardo Abazia, edito dalla Franco Angeli, si occupa di un tema complesso come quello della valutazione del danno alla salute psichica.

Il libro nasce dal continuo confronto scientifico tra numerosi professionisti che operano in ambito peritale. Pur essendo scritto a più mani, il testo è caratterizzato da un elevato livello di coerenza e organicità che dà al lettore la sensazione di un testo scritto ad opera di una unica mano.

Gli autori riescono ad affrontare la tematica del "danno" con linguaggio semplice, che tuttavia non banalizza o sminuisce la complessità dell'oggetto trattato: per questo motivo può essere indirizzato ad un pubblico molto vasto e differenziato. Può essere utilizzato come una sorta di guida da studenti e giovani professionisti, nel loro iniziale lavoro peritale ed essere contemporaneamente un manuale di riferimento per giovani professionisti che sono coinvolti nella valutazione del danno psichico e ancora come aggiornamento per psicologi, medici legali e psichiatri forensi che si occupano dell'argomento.

L'obiettivo del manuale è quello di favorire un confronto scientifico tra le diverse professionalità coinvolte nell'iter peritale, promuovendone un'integrazione piuttosto che una sovrapposizione, se non una contrapposizione tra gli esperti. Merito del Dottor Abazia è stato quello di aver saputo ricucire in un corpus unitario, aspetti di rilevanza giuridica e psicologica mettendo in evidenza quelli che sono gli elementi salienti, nonché le problematiche che caratterizzano l'iter peritale e con cui ciascun professionista deve confrontarsi, al fine di svolgere in modo efficace l'incarico ricevuto. Questi elementi sono affrontati in modo approfondito non solo negli aspetti teorici, ma anche operativi. Infatti il testo presenta non solo numerosi esempi di quesiti tipici posti in ambito peritale, ma anche stralci di perizie realizzate in diversi

ambiti (lutto, stalking, incidente stradale ecc.) a cui sono seguiti danni psichici ed esistenziali.

La lettura degli esempi appena citati renderà più facile al lettore la comprensione delle differenze che intercorrono tra la valutazione di un danno di natura psichica e quello con pregiudizio esistenziale. Il libro si apre con un'importante descrizione dei cambiamenti socio-culturali che hanno prodotto anche in ambito giurisprudenziale un adattamento normativo e giuridico sui diritti fondamentali della persona, determinando nuove definizioni del concetto di danno che esulano dalla tipologia della patrimonialità e che attribuiscono un maggiore rilievo alla componente psicologica dell'individuo.

Sono affrontate in modo dettagliato le problematiche insite nella dimensione valutativa, prestando particolare attenzione all'individuazione del nesso di causalità fra evento lesivo e danno subito, elemento che, come è noto, risulta essere, per gli addetti ai lavori, condizione precipua per poter attribuire ad uno specifico soggetto la responsabilità dell'evento lesivo e di conseguenza addebitarne le relative

conseguenze. Successivamente, il lettore avrà modo di approfondire aspetti relativi agli strumenti che lo psicologo clinico utilizza nel percorso psicodiagnostico, facendo riferimento non solo alla dimensione testologica, ma anche a quella più specifica del colloquio clinico e dell'analisi degli atti, attraverso cui è possibile giungere ad una conoscenza approfondita del funzionamento psicologico del soggetto sottoposto a perizia.

Un aspetto di rilievo è la trattazione di un argomento molto delicato, come quello relativo al rischio di simulazione a cui è dedicato un capitolo intero nel quale, oltre a descrivere le caratteristiche del fenomeno, approfondendo in particolare la rilevazione della "disfunzione neurocognitiva simulata", sono riportati i relativi strumenti in possesso dello psicologo clinico per poter tenere sotto controllo questa dimensione.

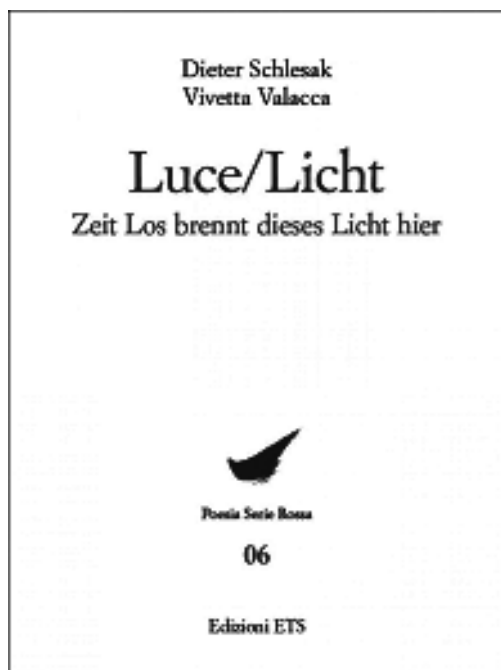
L'attenzione è incentrata inoltre sui metodi più comuni utilizzati per la valutazione ed il calcolo del danno psichico ed esistenziale.

Il libro si conclude con un'ampia bibliografia che permette a quanti lo desiderano di approfondire le questioni trattate. (G.C.)



link  
recensioni





## Vivetta Valacca, Dieter Schlesak, Luce/Licht

Edizioni ETS, 2018, pp. 188, euro 14

Un canto d'amore a due voci, quello di Vivetta e Dieter in Luce/Licht, che si rivolgono al "tu" amato alternando tedesco a italiano, traducendosi reciprocamente. Io e Tu, maiuscoli -quasi divinità-, statuari, si fondono in un Noi: «dove finisce io («oh, vieni e cancellami dal mio io»)? Dove incomincia Tu? È soltanto NOI dovunque».

Un uomo e una donna che si amano sono «soffio di Dio», si accompagnano per l'eternità, perché «ogni ruga ha un senso», e Dio vuole questo sentimento proiettato nel sempre ma radicato nel quotidiano, hic et nunc. Vivetta e Dieter cantano l'amore nello spirito e nella carne, con tutti i sensi: il gusto, «perché chi è innamorato ha bisogno della bocca»; la vista («i tuoi occhi / me li porto dentro come compagni di viaggio»); il tatto («sei la carezza che dissolve il mondo»); l'olfatto e l'udito.

La pregevole raccolta poetica pubblicata da edizioni ETS è la «spontanea scrittura parallela di un cuore maschile e di un cuore femminile», come si dice nell'intensa postfazione in prosa scritta dagli autori stessi. A raccordare i testi è il tema della luce, quella con cui i due dialoganti si rischiarano, e quella di Dio, che li investe tramite epifanie illuminanti. Il poemetto *La luce più chiara è il nostro*

*angelo custode* in tre battute, articola la dialettica luce/buio per la quale non solo dio è salvifico contro le tenebre, ma lo è l'amato, quasi emissario della Luce divina, cui l'io lirico dice «io ospite / in ogni luogo / la tua epifania» e «nel mio buio / che con te ritrova la rotta». Sono luce vibrante, gli amanti; luminosi di reciprocità amorosa.

Fulcro del loro scambio poetico è l'amore, celebrato con molteplici accenti: da quelli più spirituali a quelli schiettamente carnali, in piena armonia, in una carnalità spirituale e in una spiritualità che non prescinde dai corpi, anzi, si realizza grazie ad essi. La sessualità è rappresentata con schietto ardore, nel testo *Voglio dare gioia al tuo corpo, fratello corpo*, «già aperto come un fiore». La pelle come limes, frontiera da oltrepassare per entrare nel confine del corpo altrui, cinto dalle braccia.

Ma «attraverso la pelle /l'anima parla all'anima», e i corpi si fondono in una dimensione celestiale: l'amore «non è solo l'ardore» dei sensi, ma trascina con sé l'animo, «nel cerchio sacro delle braccia». Non esiste opposizione tra sacro e profano, umano e divino: l'uno si mischia all'altro, nelle «nozze mistiche fra cielo e terra», come nel Cantico dei Cantici, sovente riecheggiato nei versi di Valacca-Schlesack: «Oh cara, vieni e rimani ora con me / vieni e tienimi», «perché sono malata d'amore».

Paiono quasi «appunti sull'infinito / scritti col dito di Dio», questi testi dal sapore primigenio, che richiamano immagini bibliche, scenari da Genesi, in cui scorre abbondante l'acqua sacra, acqua di vita, «l'acqua di dio in noi». Fatti a immagine di Dio, uomo e donna si compenetrano l'un l'altro «com'è, com'era, in principio», sono «uno intessuto nell'altro», amati profondamente dalla Parola.

Oltre alle Sacre Scritture, trovano posto nelle parole d'amore anche le citazioni mitologiche, i rimandi a miti ed autori classici fondanti l'immaginario simbolico amoroso: Catullo, Saffo, Ermes argheifonte con le sue rapide ali, Amore e Psiche, ed infine Euridice ed Orfeo, «forse la storia d'amore più bella mai scritta», come sottolineato nella già citata postfazione, dotta ed emozionale al tempo stesso, in cui i due autori raccontano come si incontrarono e come nacque il «reciproco compimento» della loro poesia: nacque e visse nella pienezza di senso, nella consapevolezza che tra fede e speranza «la più grande di tutte è l'amore» (Corinti 13) e che ognuno può, deve affermare «io sono l'amore che vivo», perché esso informa tutte le cose, è moto perpetuo, è maestro alla cui sequela siamo alunni che chinano il capo, pronti ad accettare la sua signoria, in un *servitium Amoris*.

Luce, una lettura poetica che conduce dalla terra al cielo, perché «in te si apre per me la porta alle stelle», in un cammino che sa poi dolcemente ricondurre in terra.

Un percorso che prosegue in Parafrasi d'amore, pubblicato da Book nel 2019, la cui scoperta affidiamo al lettore attento e in attesa...

(Serena Scionti)

# Convegni/ Congressi

## **INTERNATIONAL CONFERENCE ON ADDICTION, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

Rome

Italy

Start date: 11 Nov 2019

End date: 12 Nov 2019

<https://www.coalesceresearchgroup.com/psychiatry/>

International Conference on Addiction, Psychiatry and Mental Health

Theme : Novel approaches and Developments in Addiction Research and Psychiatry

Coalesce Research Group is very delighted to invite you to our International Conference on Addiction, Psychiatry and Mental Health on November 11-12, 2019 at Rome, Italy with the ongoing theme "Novel approaches and Developments in Addiction Research and Psychiatry". The committee takes the pleasure of inviting the eminent scientists, professors, scientific communities, doctors, therapists, counsellors, students and business delegates welcomes to showcase their latest science, research, best practices and innovations in Addiction Research, Addiction Treatment, Rehabilitation Therapies, etc., towards the upcoming researchers in the medical field.

The main theme of the conference is to provide unique ethical and responsive methods to all researchers towards addiction unusual cases and to deal with most updated research and

practical challenges adopted in the field of addiction.

## **GLOBAL HEALTH SUMMIT: PSYCHOLOGY'S INFLUENCE ON SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS**

Lisbon

Portugal

Start date: 14 Nov 2019

End date: 16 Nov 2019

<https://www.apa.org/news/events/2019/global-health-summit>

Global Health Summit:

A Leader in Global Health: Psychology's Influence on Sustainable Development Goals

APA and the Ordem dos Psicólogos Portugueses will bring together leaders in psychology and health from across the world to explore ways psychology can be applied to some of the most pressing global challenges we are facing today.

## **ISAD 2019: 10TH BIENNIAL CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR AFFECTIVE DISORDERS**

London

United Kingdom

Start date: 14 Nov 2019

End date: 16 Nov 2019

<https://www.isadconference.org/>

# Convegni/ Congressi

10th Biennial Conference of The International Society For Affective Disorders : "Emerging Mood Science and Clinical Innovation"

The 10th Biennial Conference of the International Society for Affective Disorders will take place November 14-16 in London, United Kingdom.

This is a unique multidisciplinary forum for colleagues from around the world to meet and discuss a variety of topics, generating stimulating debates and fruitful collaborations.

Join leading experts and other allied healthcare professionals for this outstanding opportunity to take part in educational sessions and networking opportunities.

## **EFPTA CONFERENCE 2020**

**Bratislava  
Slovakia**

**Start date: 14 Apr 2020  
End date: 16 Apr 2020**

[www.efpta.org/home/index.asp?SID=12#54](http://www.efpta.org/home/index.asp?SID=12#54)

The title encapsulates a theme that has gained much prominence in recent years: "Psychology for every day: promoting life skills through the teaching of psychology".

The Slovakian psychology teachers' association - SAUP - will be the hosts in the beautiful capital city of Bratislava. As at the Reykjavík 2018 conference, the programme will feature keynote speakers and a range of workshops led by participants from many European countries, and all with a strong focus on psychology teaching for young

people in schools, up to age 18-19 years. The conferences are very interactive and friendly; as discussion and sharing of ideas and experiences are valued, as well as debate on issues affecting the discipline and the classroom practice.

For this conference a cultural programme is added on Thursday 16 April and Sunday 19 April, and the formal conference programme will take place on Friday 17 - Saturday 18 April.

## **2ND GLOBAL FORUM ON DEMENTIA AND ALZHEIMERS RESEARCH**

**San Antonio  
United States**

**Start date: 27 Apr 2020**

**End date: 28 Apr 2020**

**[dementiaconferences.org/welcome.php](http://dementiaconferences.org/welcome.php)**

Theme : "Enhancing improving Supporting professionals of Dementia and Alzheimer's disease"

Genoteq conferences are glad to welcome you to be a part of our 2nd Global Forum on Dementia and Alzheimers conference which was scheduled during April 27-28, 2020 at San Antonio, Texas, USA

The main theme of the conference is "Enhancing improving Supporting professionals of Dementia and Alzheimer's disease" which is oriented for international platforms to explore the new advanced features in Alzheimer's and dementia research.

arte

1100K



## Leonardo: lo sguardo acuto del Rinascimento

## Leonardo: The powerful eye of the Renaissance

**Il 2019 è l'anno di Leonardo. In tutto il mondo si stanno celebrando i cinquecento anni dalla morte e riemerge, per un pubblico molto vasto, la complessità degli approcci alla personalità dell'artista: pittore, scultore, architetto, ingegnere, costruttore, anatomista, naturalista, poeta. Dunque il simbolo più compiuto del genio rinascimentale, dominato da una irrefrenabile ma serena volontà di conoscenza, aperto a tutte le avventure dell'osservazione della natura**

ROSA DE ROSA

PAROLE CHIAVE Arte, Leonardo, Dipinti, Rinascimento, Vergine

«Nessun effetto è in natura senza ragione;  
intendi la ragione e non ti bisogna sperienza»

Leonardo da Vinci, *Codice Atlantico*

«Naturalmente li omini desiderano sapere» – scriveva Leonardo<sup>1</sup>.

Ispirarsi alla realtà del mondo esterno, imparare guardando, meravigliarsi e riprodurre, con profondo spirito critico. Uno “sguardo acuto” sulla vita, che possiamo riassumere in tre principi:

- rottura con la scienza medioevale e precorrimiento della scienza sperimentale moderna;
- raldatura tra pensare scientifico e pensare artistico. Si veda ad esempio la lettera a Ludovico il Moro (*Codice Atlantico*, foglio 391) in cui chiede di poter entrare ai suoi servizi «come ingegnere e come artista»<sup>2</sup>;
- interdisciplinarietà. Nessun campo è escluso dalle sue indagini, nessun limite alle cose da esplorare.

Leonardo era nato il 15 aprile del 1452 ad Anchiano, una frazione di Vinci. A Vinci, nella chiesa di Santa Croce, c'è il fonte battesimale in pietra dove è stato battezzato. Nei codici notarili è rimasta una cronaca del battesimo scritta da suo nonno notaio: «[...] figliuolo di ser Pietro, mio figliuolo, nachue adì 15 aprile, in sabato a ore 3 di notte, ebbe nome Leonardo. Battezzollo prete Piero di Bartolomeo da Vinci».

Muore in Francia, dove trascorrere gli ultimi due anni, ad Amboise, il 2 Maggio del 1519<sup>3</sup>. È malato, ha un braccio paralizzato, è ora profondamente insoddisfatto della vita e degli uomini. Gli è accanto il re di Francia Francesco I. Al fedele amico e collaboratore Francesco Melzi, suo esecutore testamentario, lascia tutti i suoi libri e tutti i suoi preziosissimi manoscritti (come risulta dal testamento redatto il 23 aprile del 1519, nove giorni prima della morte). «Tra i giovani che affollavano la sua bottega egli non lasciò alcun discepolo di gran fama», scrive Paolo Giovio, primo biografo di Leonardo. Eccetto il fedelissimo allievo Francesco Melzi, che nel 1517 lo aveva accompagnato ad Amboise e gli è accanto fino al giorno della morte.

I manoscritti che Leonardo affidò a Francesco Melzi subirono varie vicende e dalla Villa dei Melzi di Vaprio d'Adda, si dispersero per tutta l'Europa. Tutto ciò che ci rimane di tali manoscritti è oggi distribuito principalmente nei musei di Inghilterra, Francia, Italia e Spagna. L'inizio della pubblicazione dei Codici leonardeschi si può far risalire al 1880. Nonostante le dispersioni e le perdite formano ancora una mole imponente: oltre settemila fogli, che sono stati negli ultimi decenni quasi integralmente trascritti.

La questione riguardante una possibile identificazione delle fattezze di Leonardo è estremamente dibattuta. Non rimanendoci testimonianze dirette, l'autoritratto che ci è pervenuto (foto 1), corrisponde alla descrizione che ne ha fatto il Lomazzo nel 1590: «Leonardo ebbe la faccia con li capelli lunghi e con le ciglia e con la barba tanto lunghi che egli pareva la vera nobiltà dello studio». Ma più interessante è il ritratto che ne fece Raffaello nel 1509/11 ne *La scuola di Atene* [Stanza della Segnatura, Roma, Palazzi Vaticani (foto 2)], il volto di Leonardo appare nella figura di Platone. Si può supporre che Raffaello abbia incontrato Leonardo a Firenze, e che ne abbia rappresentato le sembianze per l'alta stima che ne aveva (E si può pensare che sarebbe stato forse più appropriato raffigurare Leonardo come Aristotele che con la mano indica la terra quale vera realtà della conoscenza, tanto più che proprio a Roma l'attività di Leonardo è essenzialmente dedicata all'indagine scientifica, e in particolare a quella anatomica).

Della prima attività di Leonardo a Firenze, dove fu condotto a 15 anni dal padre, si sa poco. Presumibilmente andò a bottega da Andrea del Verrocchio nel 1469, dove lavoravano fra gli altri Botticelli e il Perugino, una bottega che senza dubbio, insieme alla celebre Accademia Platonica, era il centro più attivo non solo di mestiere ma di cultura che allora vi fosse a Firenze. Verrocchio era uomo di vasta cultura, sapiente di matematica e di musica, cioè aveva in sé quegli elementi di totalità intellettuale che saranno poi tipici dell'uomo universale di Leonardo.

L'attività di Leonardo nella bottega del Verrocchio è testimoniata dall'angelo dipinto sulla estrema sinistra (foto 3) del *Battesimo di Cristo* del maestro dove, come scrisse Giorgio Vasari: «Benché fusse giovanetto, lo condusse in tal maniera che molto meglio delle figure d'Andrea stava l'angelo di Lionardo»<sup>4</sup>. Possiamo notare una resa più aggraziata nelle sembianze umane dell'angelo e una particolare cura nella ricerca degli effetti luminosi sul volto. Quell'angelo leonardesco, commissionato al Verrocchio dai monaci di San Salvi a Firenze, sembra «muoversi con la fluida naturalezza, addirittura con grazia divina» (Vasari).



Un buon modo per avvicinarsi a Leonardo pittore è partire da *La Vergine delle rocce* (foto 4), la prima opera realizzata da Leonardo a Milano, dove arriva nell'estate del 1482. Di questo soggetto sono note le due versioni autografe, quella del 1483 (circa) al Louvre, e quella del 1508 (circa) alla National Gallery di Londra; una terza versione, non autografa e forse eseguita nel 1497 (circa), con collaboratore, oggi di ubicazione ignota, ma presente nella collezione Cheramy (Pedretti).

Questa copia, attribuita in passato al Gianpietrino, era stata citata da Jean-Auguste-Dominique Ingres e da Puvis de Chavannes, entrambi convinti che si trattava di un originale di Leonardo. Studi recenti – sotto al dipinto è stato trovato un precedente disegno attribuibile a Leonardo – ne confermano l'attribuzione al maestro e collaboratori. La *Vergine delle rocce* raffigura l'incontro del piccolo Gesù con San Giovannino durante il ritorno dalla fuga in Egitto, in uno spazio aperto (con il ricorso alla "prospettiva atmosferica"). I soggetti appaiono legati gli uni agli altri da intense e misurate relazioni affettive, dentro un rigoroso schema piramidale che costruisce una "dinamica degli sguardi" e al tempo stesso una "poetica degli affetti" non casuale ma teorizzata da Leonardo ed espressa in un mirabile e armonico sistema di coordinamento. La Vergine, il piccolo San Giovanni Battista, Gesù e l'Angelo sono inseriti nella umida cavità rocciosa e vi si fondono nello sfumato, nella luce proveniente allo stesso tempo dal fondo della caverna e dall'alto. Ma le due versioni, quella di Parigi e quella di Londra, hanno importanti e misteriose differenze. Più grande e maestosa la Vergine nel quadro di Londra, dalla quale è sparito il gesto dell'angelo che nella versione del Louvre indicava San Giovannino. Diversa la struttura della luce, più intensa nella versione del Louvre. Più "realistici" e riconoscibili i due bambini nella versione di Londra.

Il cinquecentenario di Leonardo è l'occasione di nuovi approfondimenti, ma si può star certi che il genio multiforme non finirà di stupire con nuove ipotesi, scoperte, suggestioni, interpretazioni.

\* Docente del Dipartimento Arti Visive dell'Accademia di Belle Arti Aldo Galli di Como. [rosacomo33@gmail.com]

## NOTE

1. Questa citazione, insieme con altri frammenti, sullo stesso argomento è tratta da pagine del *Codice Arundel*.
2. Lettera che invia a Milano all'illustrissimo Ludovico il Moro in cui elenca tutto ciò che sa fare e costruire "ponti leggerissimi e forti, bombarde comodissime e facile ad portare, vie secrete... ancora che bisognasse passare sotto fossi e alcun fiume, carri coperti, securi e inoffensibili, atti alla guerra, e in più per il tempo di pace edifici pubblici e privati e canali, insieme con l'esecuzione d'opere di pittura e scultura" [Mario De Micheli (a cura di), *Leonardo, l'uomo e la natura*, Feltrinelli].
3. Leonardo scrive «Siccome una giornata bene spesa da' lieto dormire, così una vita bene usata da' lieto morire».
4. Giorgio Vasari, *Vite de' più eccellenti architetti, pittori e scultori italiani, da Cimabue a' tempi nostri* (prima edizione 1550, seconda 1568).

## Leonardo: The powerful eye of the Renaissance

Leonardo died in 1519: after 500 years he still celebrated as a genius, the visionary craftsman of the Renaissance who engaged himself in the quest of Knowledge and beauty, a real Knight of the future.

KEYWORDS Art, Leonardo, paintings, Renaissance, Virgin



### Dall'alto

1. Leonardo, Autoritratto, 1517 circa, Torino, Biblioteca reale.
2. Raffaello, La Scuola di Atene, 1509-1511, Roma, palazzo Vaticano, Stanza della Segnatura. (Particolare)
3. Andrea del Verrocchio, Battesimo di Cristo, 1475 circa, Firenze Uffizi (particolare).



In senso orario:

4. Leonardo, *Vergine delle rocce*, 1483 circa, Parigi, Louvre, olio su tela, trasportato da tavola.

5. Leonardo e bottega, *Vergine delle rocce*, 1508 circa, Londra, National Gallery.

6. Leonardo e collaboratori, *Vergine delle rocce*, 1497 circa, collezione privata (già collezione Cheramy).

# link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA



VERENA DE NÈVE