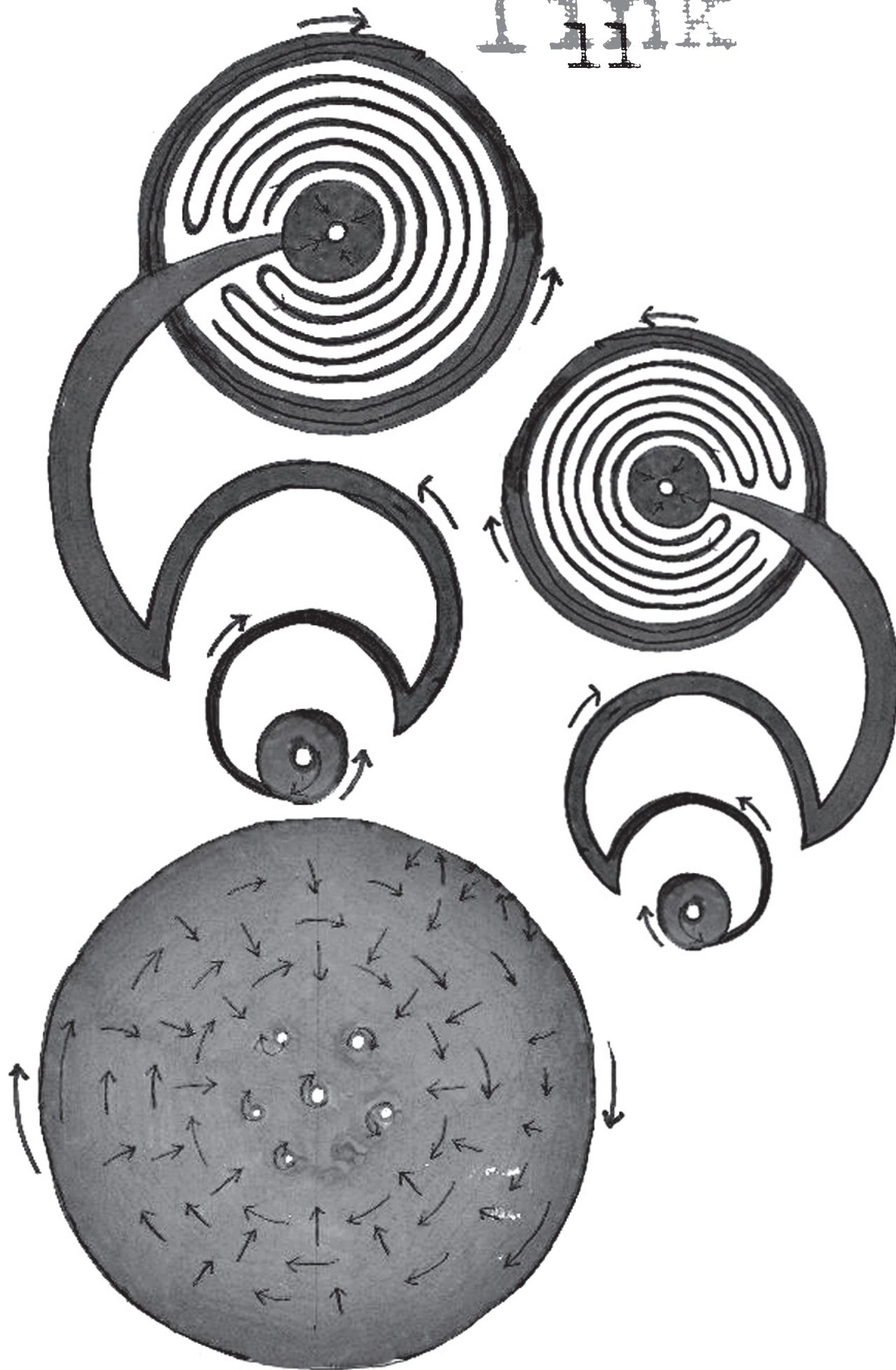




link





link

Direttore responsabile
Rinaldo Perini

Redazione
Vito Tummino (*Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP*),
Giovanni Cavadi

Linda Array, Paola Cattoni, Guido D'Aniello, Carla Gaffuri, Mastronardi Cristina, Laura Orsenigo, Agnese Riccardi, Lucia Schiera, Erika Segat

Segreteria
Alessandra Albini
(alessandra.albini@hsacomito.org)

Comitato scientifico
Adalgisa Battistelli (*Presidente Società italiana psicologia del lavoro e delle organizzazioni*),
Alessandro Bruni (*Presidente Società Italiana Psicologi Penitenziari*), Anita Caruso (*Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia*), Michele Cusano (*Presidente SIPEM Società italiana psicologia dell'emergenza*),
Raffaele Felaco, Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau, Maria Clotilde Gislon (*Presidente ISERDIP*), Gioia Gorla (*Presidente Associazione italiana per la psicologia e la psicoterapia*), Maria Grazia Inzaghi (*Presidente SPAN*), David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso (*Past-President Società Italiana di Psicooncologia*), Anna Rita Ravenna, Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPI*), Enzo Spaltro, Riccardo Telleschi, Isabella Zucchi (*Presidente Società italiana consulenti del linguaggio grafico*)

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

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

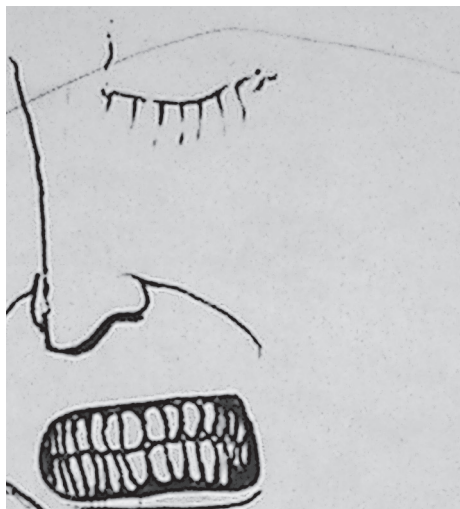
Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Art director
Andrea Rosso

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como
www.andre Rosso.fotocomp.it

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

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



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

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

11 DICEMBRE 2007

NORME PER GLI AUTORI

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

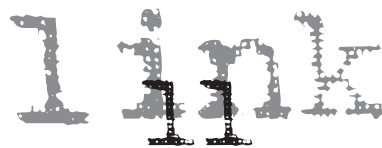
NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:
Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Emozioni, Link art.
Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.
Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.
Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto (**abstract**) 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.





edit

Sono passati cinque anni dal primo numero di *Link*. Da allora abbiamo affrontato vari temi di interesse psicologico, teorico e clinico, e approfondito alcune figure chiave della storia della psicologia (Freud, Fornari, Pavlov, Raven, Binet, Buccola, Wechsler, Rorschach, Benussi) e gli apporti del pensiero contemporaneo (Giuseppe Costantino, Giancarlo Trentini, Erminio Gius, Isabel Fernandez, Paolo Michielin, Emilio Tiberi, David Lazzari, Fulvio Frati, Marisa Malagoli Togliatti).

In questo numero affrontiamo uno dei temi cruciali delle nostre società: la qualità della vita e il contributo della psicologia moderna al tema della vivibilità.

L'incontro-scontro fra culture e religioni, il costante richiamo dei media all'insicurezza e alla paura, la difficile integrazione fra etnie, l'inadeguatezza della politica a dare risposte concrete alle aspettative dei giovani innanzitutto, creano nella società globalizzata angoscia e vissuti precari. Ed ecco che la cronaca rigurgita dell'ordinaria follia del quotidiano e con malcelata morbosità mostra l'alienazione nelle città ma anche nella "quieta" provincia, l'insopportabile vissuto di coloro che soffrono se non sono visibili nei media: adolescenti uccidono per essere visti su Internet; adulti pianificano lucidamente l'annullamento dell'altro, spesso una donna, individuando nella sua presenza un insulto al proprio narcisismo assoluto.

E anche il diffondersi di una religiosità autoreferenziale, fatta in casa a immagine del proprio Io divino, che porta miseramente in sé la pulsione distruttiva di morte in una sindrome sansonesca collettiva. Ha fatto bene Robert Roe, accademico olandese, a mettere in evidenza che il lassismo sociale e l'eccessiva tolleranza facilitano l'ascesa di personalità autoritarie, delinquenza e movimenti violenti: le ricerche psicologiche sulle personalità distruttive autoritarie dimostrano come queste possono proliferare in assenza di un controllo sociale, di una forte presa di consapevolezza e di lotta per contenere, isolare e bloccare sul nascere i modelli negativi. I media hanno un grande potere di orientare i comportamenti e la responsabilità. Dalla rivista *Panorama* leggiamo: «Il fantasma di Columbine approda, passando per youtube, nel civile e tranquillo Nord Europa: un ragazzo di 18 anni, studente del liceo Jokela di Tuusula, nel sud della Finlandia, nel mezzo di una lezione ha estratto una pistola e ha cominciato a sparare, ha continuato a tirare nel fuggi fuggi generale uccidendo otto persone, sette compagni di scuola e la preside, prima di suicidarsi con la stessa arma. Il tutto annunciato poco prima da un truce e delirante video su youtube [...]».

L'aumento dell'aggressività e del tasso di violenza sono evidenti a tutti. Quale responsabilità possiamo attribuire ai media nel libero mercato senza regole e senza legge, in un contesto sociale spaventato che vuole leggi più severe? Non è forse un bene intervenire sulle produzioni di video, film e giochi per minori e adolescenti? La Comunità degli psicologi (Ordine, Società Scientifiche e Aupi) lo ha fatto con tutta la sua autorevolezza a proposito del Disegno di legge in discussione in Parlamento ("Norme a tutela dei minori nella visione di film e di videogiochi") proponendo una commissione che valuti l'impatto psicologico dei prodotti virtuali di intrattenimento sui bambini e gli adolescenti.

Apriamo la sezione **Focus** con un articolo di Catello Parmentola sullo "stato mentale" del terapeuta. È un'ampia esplorazione sulle questioni del senso del terapeuta e del terapeutico, a partire dalla teoria-terapia sistemica brillantemente rielaborata da G. Madonna,



fino ad approdare all'etica del terapeuta in una riflessione tra soggettività della relazione e oggettività della cura. La difficile questione *perché la psicoterapia funziona* è iscritta anche nell'etica della responsabilità del terapeuta.

Lo psicologo sociale americano Robert Freed Bales è il protagonista de **La storia** di questo numero. Giovanni Cavadi ne illustra la mente brillante e la straordinaria capacità inventiva, dedicata a nuovi strumenti di misurazione delle interazioni sociali e della teoria del funzionamento dei gruppi. Gli studi di Bales affrontano il processo dell'interazione nel piccolo gruppo e il modo in cui queste interazioni producono risultati a partire non solo da un percorso logico-deduttivo, ma anche dalle interazioni emotivo-affettive che strutturano una relazione di team. L'efficacia di un gruppo si può osservare e misurare attraverso lo strumento da lui ideato, l'IPA (*Interaction Process Analysis*).

Nella sezione **Esperienze** Eleonora D. Capovilla e Stefania Cannone descrivono una ricerca sui *caregiver* di malati oncologici: la famiglia va considerata un sistema colpito dal cancro, i cui membri condividono una stessa esperienza che causa un distress reciproco ed interdependente. Vengono descritti i dati della letteratura sul "peso della cura": molti studi si sono focalizzati sugli aspetti negativi dell'esperienza di caregiving, pochi hanno riportato gli aspetti positivi. In questo articolo si dimostra come la non tolleranza e la difficoltà di gestire la gravità della situazione si ripercuotono negativamente sull'intero nucleo familiare: la malattia non rende migliore nessuno e la sofferenza porta soltanto altra sofferenza. Pertanto i dati della ricerca possono essere considerati come un'indicazione per l'orientamento del target di riferimento di un intervento psicologico di supporto ad hoc per il caregiver.

Sempre nella sezione **Esperienze**, Giovanni Carlo Zapparoli introduce il tema sviluppato da Maria Clotilde Gislon, Maria Villa, Maria Fiorenza Lollo e Claudia Perelli, su esempi di buona pratica di intervento psicologico tra gli adolescenti, con particolare attenzione al conflitto tra il desiderio di crescere e la difficoltà a rinunciare alle sicurezze e ai piaceri dell'infanzia utilizzando il metodo esperienziale. Vengono proposte agli studenti specifiche attività che mettono in gioco le loro personali conoscenze, abilità ed emozioni, seguite da uno spazio di riflessione personale e comune.

La sezione **Società** ospita un articolo di Paola Cattoni che prende in esame i cambiamenti avvenuti nel mondo dei cartoni animati: quando anche i "buoni" si arrabbiano, dobbiamo temere un aumento dell'aggressività dei bambini e degli adolescenti; questo comporta un aumento delle tensioni con i genitori i quali spesso mal tollerano l'aggressività dei figli: ne consegue una ridotta qualità delle relazioni genitori-figli. L'articolo ci suggerisce di esortare genitori ed insegnanti a controllare e guidare le scelte dei figli ma soprattutto a discuterle con loro in maniera informata e aperta.

La sezione **Ricerche** propone due studi di particolare attualità: il primo sul *burn-out* degli operatori e il secondo sulla percezione degli anziani di fronte al naturale declino. Nel primo, Caimi e Tummino osservano che il prezzo del *burn-out* che l'individuo e l'organizzazione pagano è molto alto, ma vi sono dei metodi costruttivi per farvi fronte; è un problema che gli operatori devono affrontare ogni giorno, sia per la propria situazione personale sia per coloro a cui essi offrono i servizi.

Nel secondo articolo Angelo Mussoni, Sara Martinazioli, Gian Piero Turchi illustrano come si può gestire al meglio il declino dell'età, evidenziando l'efficacia di un intervento che, basandosi su un modello operativo, riesce ad ottenere quel cambiamento culturale che si rileva necessario per far sì che l'incremento dell'età anagrafica cessi di configurarsi in quanto "problema" e diventi gestibile, in quanto cambiamento intercorrente nella biografia di una persona.

Strumenti ci offre l'indicazione delle procedure della formulazione del caso nella psicoterapia cognitivo-comportamentale di Bruch: lo scopo di questo articolo è rilevare come l'approccio alla formulazione del caso offra la possibilità al clinico di comprendere i meccanismi individuali di un disturbo. Il processo è favorito dalla procedura clinico-sperimentale secondo i principi dell'apprendimento.

Nella sezione **Il caso clinico** Carla Gaffuri riporta le emozioni e i sogni di un paziente che ha perso la vista.

In **Emozioni** presentiamo un contributo di Rosa De Rosa sull'interpretazione delle radici dello scandalo nell'opera d'arte.

Vito Tummino







RUOTE SICURE

COMPORTAMENTO CONSAPEVOLE PER LA **SICUREZZA** STRADALE

a cura di Natalio Flarà

Dei comportamenti "inidonei" che provocano disastrosi incidenti stradali, si fa, oggi, un gran parlare, partendo dal "dato di fatto", ampiamente condiviso, che sia quasi sempre l'"errore umano" a provarli. Spostando l'attenzione sulle "cause" i media tendono a mettere al centro del problema il consumo di alcool o di droghe: fenomeno che merita senza dubbio molta attenzione, ma che, oltre ad essere esso stesso un "effetto" di comportamenti "a rischio", non può esaurire, da qualsiasi punto di vista lo si consideri, l'argomento.

Per affrontare adeguatamente il problema è utile partire dalla considerazione che la stessa percezione del rischio presenta molte sfumature nei diversi individui, per cui le azioni intraprese al volante spesso non sono univoche, nel senso che si reagisce in modo diverso a stimoli uguali, ed alcune di queste "reazioni" provocano situazioni di pericolo. Al centro dell'attenzione è quindi giusto porre i numerosi fattori di natura psicologica che sono sempre in gioco quando si parla di comportamento umano. Con il Progetto "Ruote sicure" ci si è posto l'obiettivo di intervenire sul comportamento alla guida: situazione in cui è "giusto ricercare una omologazione", perché la sicurezza stradale non è un "fatto individuale", ma riguarda la collettività.

Il progetto è rivolto ai più giovani, non solo perché essi sono facilmente raggiungibili con la collaborazione delle scuole, ma, soprattutto, perché, essendo ancora in età evolutiva, sono più ricettivi, e la loro personalità, ancora in evoluzione, può essere influenzata in profondità.





PROVINCIA DI TERAMO
VI SETTORE

Luci sulla sicurezza nel cuore della Provincia di Teramo

**SICUREZZA STRADALE
PREVENZIONE ED INCIDENTALITÀ**
PERCORSO DI FORMAZIONE AL RISPETTO
INSIEME AI GIOVANI AGLI ADULTI ALLE ISTITUZIONI

RUOTE SICURE

Ai ragazzi, ai genitori, agli insegnanti.

Una grande scommessa attende l'Europa in generale e l'Italia in particolare entro il 2010: l'abbattimento/dimezzamento della mortalità a causa degli incidenti stradali. Si tratta della prima causa di morte nell'età che va da 0 a 40 anni.

Siamo di fronte ad una vera e propria emergenza la cui portata va molto al di là della percezione che ricaviamo dai titoli da prima pagina sulle stragi del sabato sera. Un fenomeno drammatico che colpisce in particolare i giovani nostri figli, fratelli ed alunni, insieme vittime e cause di tali lutti.

L'errore più grave che possiamo fare è considerare queste tragedie una fatalità ineluttabile. Esse sono la conseguenza di comportamenti sbagliati.

Il fattore umano, infatti, è la principale causa (80%) degli incidenti stradali.

Questo Assessorato ha deciso di affrontare con metodo e serietà un fenomeno che ha un elevato danno sociale, valutato anche in termini economici, assicurativi e sanitari.

Vogliamo aumentare le conoscenze e la consapevolezza di tutti verso le tematiche della prevenzione e dell'educazione, con una particolare attenzione nei confronti dei gruppi esposti a maggior rischio; a partire dai ragazzi, dagli studenti della Scuola Superiore. Perché la Scuola è un'agenzia formativa e può farci promotrice efficace di una cultura della sicurezza e del rispetto, verso se stessi e verso gli altri.

Tale Progetto è già stato realizzato con successo in diverse Province italiane. In questo momento, dopo parecchi anni, è ancora in corso in numerosi Istituti della Provincia di Milano. Ruote Sicure è stato presentato come fonte di ricerca e di confronto all'interno del Congresso Internazionale degli Psicologi che si è tenuto a Praga nel mese di Luglio 2007.

Questo Assessorato ha dato mandato ad un gruppo di esperti professionisti di sviluppare ed adattare tale esperienza al nostro contesto territoriale.

Non sarà una mera riproposizione. Attraverso il coinvolgimento della Polizia Stradale e degli adulti nella fase di presentazione, svolgimento e conclusione del Corso, si realizzerà un'innovazione rispetto alle esperienze già in atto con il valore aggiunto, mi sia consentito di dirlo, della creatività e dell'identità che caratterizza la nostra Provincia.

Di fronte a molti e improduttivi allarmi sull'incidentalità stradale e giovanile, questo Progetto rappresenta una concreta ed efficace iniziativa di prevenzione ed educazione alla sicurezza.

Tuttavia è solo con il contributo di tutti che possiamo raggiungere questi obiettivi; per accompagnare con serenità ed armonia la crescita dei nostri giovani.

Il Vicepresidente
Assessore ai trasporti ed alla viabilità
Giulio Cesare Sottanelli

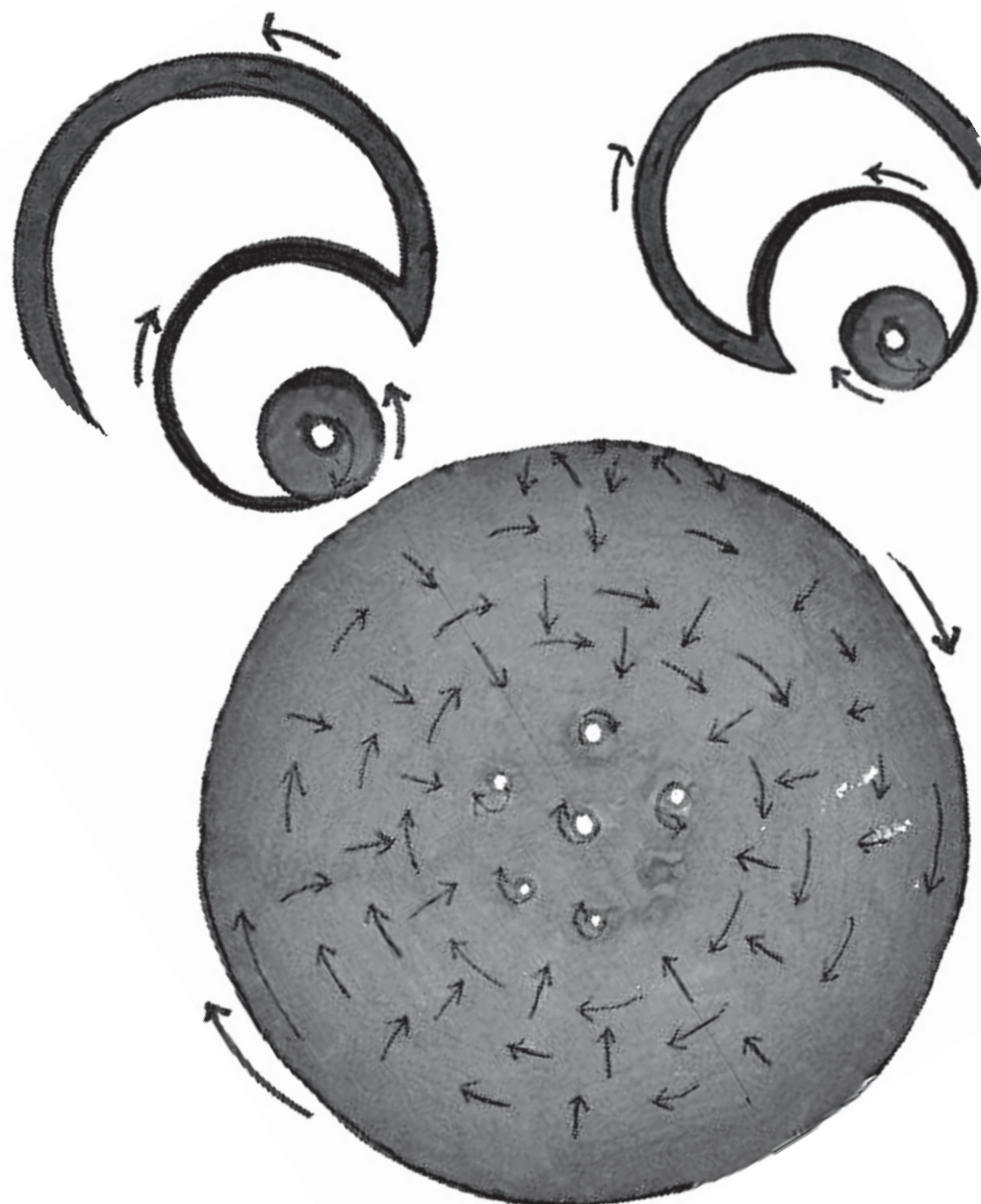




link 11 focus

**Lo “stato mentale”
del terapeuta**

CATELLO PARMENTOLA





Lo “stato mentale” del terapeuta

La “quota” processuale nella relazione psicoterapeutica: una riflessione sugli aspetti formativi, etici ed epistemologici

CATELLO PARMENTOLA*

La quota processuale nel volume *La psicoterapia attraverso Bateson*

Un bel libro di Giovanni Madonna, *La psicoterapia attraverso Bateson* (Bollati Boringhieri, Torino 2003), impatta significativamente il livello epistemologico della psicologia professionale.

La psicoterapia è considerata come un'interazione fra i due livelli logici della forma (contratto, regole del setting) e del processo (l'interazione terapeutica), in cui il processo sia considerato non finalistico, largamente inconsapevole e caratterizzato dai linguaggi non finalistici. Conseguentemente, anche nel processo formativo, assumere e trasmettere tecniche, metodi, strumenti di intervento (affidarsi alla **conoscenza per coscienza**) non è sufficiente, anche se è necessario: è fondamentale anche coltivare la sensibilità a sentirsi parte di un tutto più ampio, la disposizione ad accedere alla **conoscenza per sensibilità**.

Ciò che manca è una Teoria dell'azione all'interno dei grandi sistemi complessi, dove l'agente attivo è (a sua volta) parte del sistema e ne è un prodotto (Bateson).

L'azione non deve essere precipitosa, arrogante, sottoposta al primato della coscienza e finalisticamente orientata a modificare il mondo fuori di sé. Essa, invece, come ci insegna lo Zen, va attesa come prodotto che nasce spontaneo in seguito all'esercizio paziente e alla disciplina. Non nasce dallo sforzo ma dall'assenza di sforzo: quando l'azione diventa spontanea, agire non consiste più nel decidere di fare qualcosa al fine di ottenere un certo scopo. L'azione diventa l'espressione non più di ciò che si vuole, ma di ciò che si è.

Per Whitaker, la psicoterapia consisteva nell'intervenire su una ferita semplicemente detergendone i tessuti, in modo che i suoi margini potessero, da soli, generare nuove cellule in grado di muovere l'una verso l'altra per raggiungersi e consentire la cicatrizzazione: dunque un'azione psicoterapica non invasiva, e rispettosa delle capacità d'autoregolazione e autoguarigione degli organismi; un'azione psicoterapica non sottoposta al primato della finalità estroversa (cosciente), ma che nasce spontanea in seguito all'esercizio e alla disciplina che sono espressione della finalità introversa.

L'esercizio e la disciplina formano lo psicoterapeuta e fanno in modo che egli non applichi tecniche, ma sia terapeuta e curi dunque l'altro attraverso l'incontro.

Nella psicoterapia quindi, la forma è data dal contratto terapeutico e dalle regole di lavoro: all'interno di questa forma può svolgersi il processo terapeutico, con caratteristiche d'imprevedibilità, di non finalizzazione e che si snoda fino a modificare la forma del rapporto fra le persone coinvolte.

Non perseguire fini consapevoli aiuta a riconoscere il carattere integrato del tutto di cui si fa parte, a cogliere la bellezza delle relazioni, aiuta a riconoscere il sé

L'esercizio e la disciplina formano lo psicoterapeuta e fanno in modo che egli non applichi tecniche, ma sia terapeuta e curi dunque l'altro attraverso l'incontro. Nella psicoterapia quindi, la forma è data dal contratto terapeutico e dalle regole di lavoro: all'interno di questa forma può svolgersi il processo terapeutico, con caratteristiche d'imprevedibilità, di non finalizzazione e che si snoda fino a modificare la forma del rapporto fra le persone coinvolte.





La psicoterapia è considerata come un'interazione fra i due livelli logici della forma (contratto, regole del setting) e del processo (l'interazione terapeutica), in cui il processo sia considerato non finalistico, largamente inconsapevole e caratterizzato dai linguaggi non finalistici. Conseguentemente, anche nel processo formativo, assumere e trasmettere tecniche, metodi, strumenti di intervento (affidarsi alla conoscenza per coscienza) non è sufficiente, anche se è necessario: è fondamentale anche coltivare la sensibilità a sentirsi parte di un tutto più ampio, la disposizione ad accedere alla conoscenza per sensibilità.

nell'altro. Ogni previsione degli effetti possibili sabota il processo di guarigione: affinché certi eventi siano operanti, affinché determinati processi possano aver luogo, non bisogna essere coscienti della loro occorrenza, poiché ogni consapevolezza di tali eventi o processi li colloca in un quadro di intenzionalità che sospende i loro effetti.

Quale stato mentale libera dalle informazioni della finalità cosciente e consente questa azione spontanea, non finalistica?

È una sorta di rilassamento-abbandono che consente di non interferire con i propri processi mentali?

Assomiglia a quella condizione, adatta a non programmare le sedute e a non pensare a due livelli?

Assomiglia a quella libertà di non pensare che Whitaker ha definito vegetare?

È connesso a quella condizione che, nella filosofia Zen, è favorita dalla meditazione e che consente di esserci, di essere pienamente nel presente?

E quali discipline e quali pratiche formative e professionali adottare per favorire lo stato mentale che consente l'azione spontanea?

E qual è la forma possibile della responsabilità del terapeuta in rapporto alla sua azione spontanea?

Forse una forma tacita di responsabilità con riferimento all'etica della limitazione dell'azione finalistica?

La dimensione soggettiva diventa centrale proprio perché, nella relazione psicoterapica, è più importante la quota processuale rispetto a quella formale.

Il mandato professionale è descritto dalla fantasmatica che porta il paziente e da come la stessa risuona nel terapeuta: la terapia "è fatta" dal gioco interpersonale. Per questo non può esserci un buono psicologo senza psicologicità della relazione: contano soprattutto quei paradigmi e quei termini della vita interiore meno sondabili dal punto di vista formale.

La quota processuale nel volume *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia*

Il mondo discorsivo degli psicologi è una fragile costruzione di una tradizione che cerca un senso, emergendo da un mare inconscio estesissimo, interno ed esterno alla singolarità individuale.

Cercare di iper-formalizzarlo del tutto, è solo sintomo di una disperazione epistemologica: fare gli psicologi quando (perché) non si riesce ad esserlo, vendere oggetti professionali senza che si riconosca più il soggetto professionale, il suo linguaggio, i nuclei identificativi e, soprattutto, una psicologicità della relazione.

Mille nuovi psico-mestieri, incautamente immaginati fuori campo psicologico e senza psicologicità della relazione, perdono anche un altro nucleo della soggettività professionale dello psicologo: l'ascolto psicologico.

La psicologia non può farsi senza psicologicità, perché ha, come oggetto, il Soggetto (i Soggetti): in questo paradosso c'è la sua cifra. La psicologia non può essere oggettivata perché non può mai misconoscere il significato che un dato ha per il soggetto, e l'incidenza di tale soggettivo significato nella soggettiva economia intrapsichica.

La relazione psicologica è sensibile: è sagomata man mano dall'ascolto del mondo psichico che si offre come un fluire inesaurito di senso (Wittgenstein).

Non può essere predeterminata da un sapere formale che circoscrive l'illimitata possibilità di mondi... (Wittgenstein).

Sono, infatti, soggettivi, sia il significato di un dato che il significato della parola per dirlo, dovuta, infatti, a disposizioni psichiche che trascendono il linguaggio. (Kant).

Senza un ascolto sensibile (psicologico) che discrimini e contestualizzi, il sapere formale avrebbe di fronte per sempre un mondo reso infinito dalla possibilità che racchiuda in sé interpretazioni infinite (Nietzsche).

La Psicologia non ha da imporre un proprio linguaggio formale determinato da un





oggetto: ha da muoversi invece tra i linguaggi (soggettivi) in cui la psiche già si dice (Wittgenstein).

Non osserva il mondo da una precostituita nicchia scientifica: ha troppo da fare con il fuoco eracleo che accende figure dell'anima (Wittgenstein).

La psicologia non s'illude di incontrare i confini (burocratici) dell'anima, localizzati con procedure positiviste (Eraclito).

...non vogliamo ridurre il presente semplicemente ad un risultato del passato, ridurre il passato ad una prova per il futuro. Vogliamo far tacere il rumore concettuale del gergo psicologico e creare, nello studio del terapeuta, un'atmosfera in cui i vari momenti ci parlino nei termini loro propri e che noi rispondiamo nei nostri. La terapia diventa allora la disciplina del cercare di scoprire cosa sono quei termini, in ciascun caso, buttando via la diagnosi in favore dell'inventiva, terapeuta e paziente insieme, un linguaggio in comune adatto a questa particolare vita. Allora non stiamo cercando di scoprire e curare una malattia, stiamo cercando di inventare e parlare un linguaggio. È questa la cura: parlare alla vita e ascoltare la vita. E lo scopo non è che la vita guarisca, diventi normale, e nemmeno che cessino le sue sofferenze, ma che la vita diventi più se stessa, che sia più onesta con se stessa, sia più fedele al suo demone (J. Hillman).

Questa citazione rimanda alla psicologicità della relazione, quando evoca l'atmosfera e la terapia che si fa man mano, parlando alla vita e ascoltando la vita, senza la supponenza finalistica di volerla guarire, di volere curare una malattia. Senza una psicologicità della relazione, non ci sarebbero l'atmosfera, la terapia che man mano fa se stessa e l'ascolto della vita.

La psicologicità della relazione è, per questo, l'autentico oggetto professionale dello psicologo. Ogni volta che la smarrisce, (facendo lo psicologo senza più esserlo), smarrendo il suo oggetto, rischia quindi una deriva epistemologica, ma soprattutto tecnica.

Corre il rischio supremo di rimanere per sempre sull'argine, perduto in quei monologhi solitari della clinica sulla sua ragione scientifica (Laing).

La psicologicità è, in gran parte, instaurata nella relazione dall'ascolto psicologico. È, infatti, proprio il modo di ascoltare che nutre l'esercizio professionale dello psicologo, determinandone modulazioni e setting, fornendo oggetti alle sue risonanze, facendo l'atmosfera da un lato, consentendo di leggerla dall'altro.

È l'ascolto della fantasmatica evocata dal paziente che gli descrive il mandato professionale.

Da questo punto di vista forse, il (suo) modo d'ascolto è lo strumento fondamentale dello Psicologo (Soggetto) per perseguire (ricomporsi con) il suo Oggetto professionale (la psicologicità della relazione).

L'ascolto psicologico è una questione fondamentale non solo dal punto di vista epistemologico, bensì soprattutto dal punto di vista tecnico: in assenza di categorie precostituite, infatti, spesso per lo psicologo l'analisi stessa della domanda finisce col dovere essere considerata contestualmente il prodotto dell'intervento.

Solo una siffatta prospettiva affranca lo psicologo dal rischio di una ripetizione acritica delle regole, di setting accademici che non potrebbero mai intercettare quello che sta veramente accadendo.

Uno psicologo senza un ascolto psicologico sarebbe uno psicologo senza relazione psicologica: vivrebbe, in ultima analisi, la penosa condizione di psicologo senza psicologia.

Questo **psicologo senza**, applicando una tecnica, potrebbe ritrovarne un consolante senso solo in modelli che gli fornirebbero, però, falsi obiettivi, come ad esempio una restituzione dell'integrità di tipo psichiatrico, fondata su una reversibilità del sintomo indipendente dal contesto e dal significato peculiare del rapporto tra individui, gruppi organizzati, modelli culturali e contesto.

Se lo psicologo, di contro, ascolta la motivazione della dinamica che porta a richiedere il suo intervento, non può che fondare la sua analisi su basi diverse.

Lo psicologo ha un oggetto professionale non definibile secondo categorie precostituite, caratterizzate da uno standard, e deviazioni da quello standard che devono essere ridotte, bensì definibile soltanto in base alla domanda formulata e

L'ascolto psicologico è una questione fondamentale non solo dal punto di vista epistemologico, bensì soprattutto dal punto di vista tecnico: in assenza di categorie precostituite, infatti, spesso per lo psicologo l'analisi stessa della domanda finisce col dovere essere considerata contestualmente il prodotto dell'intervento.





La cultura del mondo e la sensibilità per l'Altro qualificano contestualmente l'ascolto psicologico, e il saper tradurre i molti diversi linguaggi del proprio tempo va già nella direzione di Wittgenstein: non imporre il proprio linguaggio, per muoversi tra i linguaggi in cui la psiche già si dice.

al com'è formulata, in base, in altre parole, a quello che abbiamo chiamato contesto istituito.

Uno "stato mentale" per l'azione non finalistica

Qual è lo stato mentale che può rendere possibile l'azione spontanea, non finalistica?

Consideriamo i requisiti dell'ascolto psicologico, al fine di valutarne gli stati mentali più coerenti.

La maggior parte di questi requisiti si maturano nel corso della vita professionale e della vita *tout court*, non sono apprendibili come un sapere formale. Sono perfino difficili da raccontare e proprio questa è la sfida epistemologica. Sono invece facili da rintracciare per ognuno nella paradigmatica risonanza della propria esperienza.

Tra i requisiti c'è il senso molto strategico del tempo.

L'ascolto paziente rispetta **naturalmente** il tempo dell'emersione dell'Altro, si fa "dare il tempo" dal tempo del dirsi.

Un altro requisito dell'ascolto, la calma, è una dimensione qualitativa e non temporale, che sottende molte dimensioni ideologiche e affettive dell'ascolto, a partire dall'accoglienza transigente, accogliente perché transigente, il guardare senza chiedere, sapere contemplare senza essere contemplativi, partecipare senza essere reattivi...

La contemplazione non dovrebbe essere contemplativa in senso ideologico, poiché la clinica non è un esercizio estetico, ma non può neanche essere partecipata da giudizi, in quanto ciò che più conta è l'economia intrapsichica dell'Altro.

Bisogna dunque maturare la complessa misura della propria calma, nell'ascoltare senza compiacimento il mondo psichico che si offre come un fluire inesaurito di senso, senza finalistici tentativi di afferrarlo, circoscriverne le illimitate possibilità: calarsi in antichi Caos, senza né problemi né particolare agio.

Un'ultima considerazione riguarda l'ascoltare storie che provengono da tutto il mondo e cambiano la prospettiva dello psicoterapeuta. Le possibilità di intervento sono più che mai, in questo momento, condizionate dalla capacità di comprendere e interpretare il mondo in cui si vive (F. Ranieri).

Le parole per dirlo cambiano nel tempo e da soggetto a soggetto.

L'ascolto psicologico, per intercettarle con proprietà, deve possedere gli alfabeti del mondo, del proprio Tempo Sociale: deve essere un ascolto largo (... *non indipendente dal contesto e dal significato peculiare del rapporto tra individui, gruppi organizzati, modelli culturali e contesto*).

Inoltre, deve essere un ascolto denso di sottili livelli paradigmatici, perché per certi sofisticatissimi passaggi dell'anima, non ci sono metafore abbastanza precise.

Abbiamo dunque bisogno di molta vita interiore, di molta evocazione personale, per raffrontare le esperienze e tradurre le parole nei precisi corrispettivi di sentimento, emozione...

Potremmo indicare questo requisito come il requisito dell'ascolto sensibile.

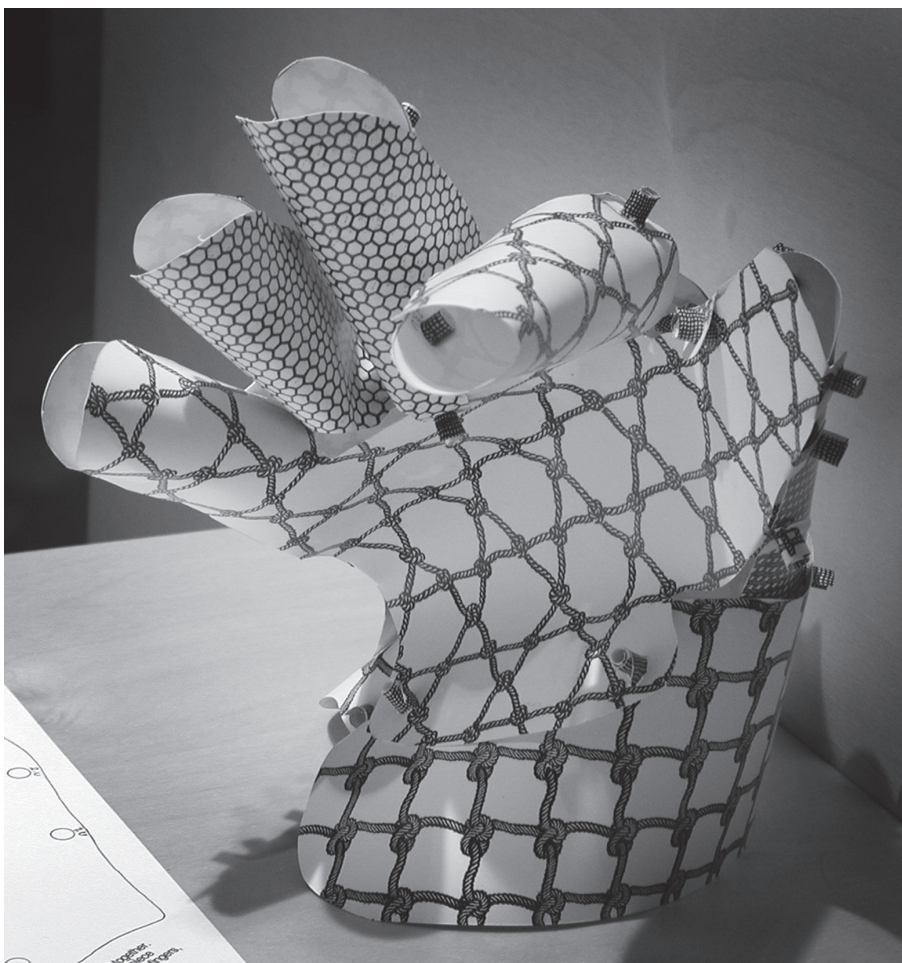
Questi due ultimi requisiti l'ascolto largo (del mondo, del proprio Tempo sociale) e l'ascolto sensibile (mediante paradigmi interiori) diventano uno, nel momento in cui il mondo si dice direttamente attraverso la psiche.

Allora la cultura del mondo e la sensibilità per l'Altro qualificano contestualmente l'ascolto psicologico, e il saper tradurre i molti diversi linguaggi del proprio tempo va già nella direzione di Wittgenstein: non imporre il proprio linguaggio, per muoversi tra i linguaggi in cui la psiche già si dice.

La forma del sapere psicologico genera problemi epistemologici non rimovibili, proprio perché si tratta di un sapere-consapere.

Lo psicologo è in gioco, nella mischia. Non osserva il mondo e non ascolta l'Altro da una quieta e preconstituita nicchia scientifica: ha scelto di avere a che fare professionalmente con il fuoco eracliteo che accende figure dell'anima.

Anche quando deve puntare gli occhi sui sintomi nella loro costituzione schematica, non può mai lasciare in un'oscura insignificanza, i sottili modi di significato, la soggettività portatrice di segni.



La contemplazione non dovrebbe essere contemplativa in senso ideologico, poiché la clinica non è un esercizio estetico, ma non può neanche essere partecipata da giudizi, in quanto ciò che più conta è l'economia intrapsichica dell'Altro. Bisogna dunque maturare la complessa misura della propria calma, nell'ascoltare senza compiacimento il mondo psichico che si offre come un fluire inesaurito di senso, senza finalistici tentativi di afferrarlo, circoscriverne le illimitate possibilità: calarsi in antichi Caos, senza né problemi né particolare agio.

Ecco perché l'ascolto psicologico ha requisiti specifici e non è mai orientato da malintesi intendimenti pedagogici.

Riconoscere e accettare l'Altro come soggetto munito di volontà, presuppone rischiare se stesso – anche emotivamente, come soggetto – in una mischia personale, avendo però ovviamente elaborato il corretto posizionamento io-Altro, **un altro che non rappresenterà mai il mio riflesso.**

Il soggetto paziente porta le sue cose e il soggetto terapeuta gliele fa sentire, (la restituzione terapeutica), semplicemente gliele fa frequentare, gli consente di accedere da sé al contenuto di carenza e di ferita da simbolizzare.

L'io-l'Altro, il soggetto professionale e il soggetto ospite: la psicoterapia altro non è, non si pratica mai per conti terzi neanche quando sembra che sia così.

Pazienza, calma, accoglienza transigente, contemplazione non contemplativa, ascolto largo, ascolto sensibile, risuonamento, la **frequentazione** hillmaniana, ci rimandano al non finalistico, aiutandoci a qualificare uno stato mentale coerente. Integrano altre **rappresentazioni**: sorta di rilassamento, di abbandono che consente di non interferire coi propri processi mentali; condizione adatta a non programmare le sedute e a non pensare a due livelli; libertà di non pensare (il vegetare di Whitaker); condizione meditativa che consente di esserci, di essere pienamente nel presente...

La formazione del giovane psicoterapeuta allo stato mentale non finalistico

In che modo si può formare il giovane psicoterapeuta a tale stato mentale?

La formazione (finalistica) ad uno stato mentale è una contraddizione in termini, narrazione formalizzata dell'inenarrabile, quasi un paradosso...





In che modo si può formare il giovane psicoterapeuta a tale stato mentale? La formazione (finalistica?) ad uno stato mentale è una contraddizione in termini, narrazione formalizzata dell'inenarrabile, quasi un paradosso... La vita e la vita professionale non sono surrogabili; il tempo e l'esperienza non hanno scorciatoie. Si è formati soprattutto dagli errori: le frecce fuori bersaglio danno la misura del discostamento, consentendo di correggere la mira.

La vita e la vita professionale non sono surrogabili; il tempo e l'esperienza non hanno scorciatoie. Si è formati soprattutto dagli errori: le frecce fuori bersaglio danno la misura del discostamento, consentendo di correggere la mira.

...la maggior parte di questi requisiti si maturano nel corso della vita professionale e della vita tout court, non sono apprendibili come un sapere formale.

Sono invece facili da rintracciare per ognuno nella paradigmatica risonanza della propria esperienza.

...inoltre, deve essere un ascolto denso di sottili livelli paradigmatici, perché per certi sofisticatissimi passaggi dell'anima, non ci sono metafore abbastanza precise. Abbiamo dunque bisogno di molta vita interiore, di molta evocazione personale per raffrontare le esperienze e tradurre le parole nei precisi corrispettivi di sentimento, emozione.

Se è la vita che forma, un processo può essere formativo solo se contiene anche la vita, se "è fatto" anche di vita.

Si è sempre dato per scontato che, per formare uno psicoterapeuta, fosse indispensabile formare anche la sua persona, il soggetto psicoterapeuta.

Tale formazione però, in qualche modo, è sempre stata formalizzata, in quanto solo la codificazione e la misurabilità consentono di estendere modelli ripetibili (gli **attraversamenti personali**, l'analisi didattica, anche la **profilassi esistenziale** prevista dalla formazione psicodinamica).

Ma può prevedersi un processo formativo che vada oltre il formalizzato, agito nella relazione, come mischia vera che si fa esperienza, frequentazione hillmaniana, stare sulle cose, crescere sulle emozioni, anche sui vissuti e sulla loro comprensione, la soggettività dei meccanismi e della **poetica**?

Il carisma del formatore

È utile che una psicoterapia che, almeno in parte – nella sua quota processuale – ricada nel territorio del sacro, acquisisca o recuperi, insieme alla sacralità, una sua dimensione rituale?

In certe antiche monarchie orientali il rituale è un mediatore del carisma, ma è soprattutto in teologia che il carisma ha una sua interessante complessità.

Se uno stato mentale è formabile solo dalla vita reale, un processo è formativo solo in termini di vita reale. E come può il formatore porsi-arrivare in termini di vita reale se non **accade** all'allievo come esperienza (anche emotiva?) che maturi la persona dell'allievo allo stesso modo di ogni altra esperienza di vita reale?

Nell'ambito di questo discorso, il carisma è molto centrato, perché va perfino oltre l'ovvia psicologicità della relazione (coerenza tra modo di comunicazione e partecipare piano di relazione) e anche oltre l'ovvia empatia.

Il carisma è particolarmente centrato proprio per la sua complessità concettuale: la generosità del donatore, la sapienza del dono, la bellezza per chi lo riceve.

Il carisma non è però finalisticamente insegnabile (al formatore), poiché – in teologia – esso è espressione di ricchezza interiore e forza personale di origine trascendente.

Un docente, tuttavia, se vuole anche **accadere come vita reale**, potrebbe avere più attenzione agli aspetti emozionanti della relazione didattica: agire anche in quell'ambito il **proprio** stato mentale, incarnare l'esempio, fissare suggestioni iconografiche.

Dovrebbe insomma concentrarsi anche su tutto quanto interviene sul vissuto e non solo sulla dimensione cognitiva.

Al cospetto degli allievi, bisognerebbe considerare più spesso anche cosa vedono i loro occhi, quando guardano verso il didatta, e non solo quello che si sta loro dicendo (che sarebbe dicibile anche con del materiale didattico).

Il didatta invece non è mediabile in altro modo: la **responsabilità di sé** al loro cospetto, è la responsabilità maggiore.

Il **mito** del docente (mito inteso ovviamente solo in senso letterale, pensando



solo all'importanza di caricare di simboli la narrazione, il discorso formativo) è il solo accadimento psicologico (vita reale): è di questo che i formatori dovrebbero avere più cura.

Come potrebbe d'altronde un docente formare alla quota processuale se non la sa nemmeno contemplare nelle proprie relazioni?

Relazione con il formatore come unità didattica: il carisma della relazione

La provocazione qui consiste nel capovolgimento concettuale dell'ovvia opportunità di inserire la relazione didattica in un'equilibrata relazione interpersonale, per beneficiare di tutti i rinforzi del caso.

L'ipotesi invece è che si inserisca la relazione interpersonale all'interno della relazione didattica, non solo in termini di briefing sistemico come si fa nella gruppo-analisi e un po' in tutti i gruppi dei work-shop formativi (descrizione dei propri vissuti, analisi delle dinamiche ecc.).

Si pensa proprio a relazioni che incarnino modelli, stati mentali frequentati e mutuati – nell'economia lunga delle relazioni – allo stesso modo dei contenuti tecnico-professionali.

Non si tratta solo di setting gruppali, finalisticamente **costruiti** a tal fine: ogni organizzazione formale consente reattive, difensive contro-organizzazioni. Si tratta anche di **esposizioni**, vita reale, emozioni, suggestioni ed incanti: la mediazione dell'esperienza, oltre che dei sapere formali.

D'altronde, in che modo potrebbero mai **arrivare** uno stato mentale, una postura interiore, un modo di accogliere il Mondo?

Le stesse caratteristiche qualitative delle cose trattate le rendono trasmissibili su codici con esse coerenti, per mutazioni interpersonali, processi spontanei a livello soggettuale.

Ne consegue che un processo formativo dovrebbe prevedere anche piani non organizzati, pre – formali, **di vita** per l'appunto...

Nei contesti formativi quindi, i piani relazionali potrebbero essere non solo l'oggetto di analisi fenomenologica, del racconto, della rappresentazione, del **lavoro**.

Potrebbero essere anche direttamente emancipanti e ricalibranti nell'economia del proprio processo formativo.

Dovrebbero insomma prevedersi una significativa **quota didattica** della relazione e la relazione come un altro modo (carismatico) di frequentare tale quota.

Un'etica della responsabilità per lo stato mentale non finalistico

Quale potrebbe essere un'etica della responsabilità, o l'etica **tout-court** per questa zona spontanea e non finalistica della relazione psicoterapeutica?

Da un lato sono in gioco termini personali dalla difficile sondabilità, ma dall'altro, non per questo la quota processuale può essere sottratta ad ogni vaglio deontologico

La mancanza di termini formali, dicibili, confrontabili o ripetibili, non consentirebbe **teoricamente** oggettivazioni, valutazioni esterne ad una logica di produttività o improduttività in generale dell'andamento clinico.

Ma anche questa produttività di andamento è, **praticamente**, una dimensione così complessa da essere insondabile, contenendo sia la prosaicità del sintomo **visibile** che la cosmicità del sentirsi o essere più felici ed abili nella propria espansione nel Mondo.

Galimberti sostiene che se c'è la psicologia oggettivata non c'è più la psicologia. E molti, sulla stessa base teorica, ritengono che non possa esserci una deontologia per lo psicologo e nessun'altra forma di codificazione. Questa impostazione (in perfetta buona fede) ha consentito delle **extraterritorialità**, con esercizi stravaganti della professione (a volte, in perfetta cattiva fede), minandone solidità e credibilità.

L'autovalutazione ha costituito uno dei più paradossali nuclei di riflessione circa

Non ci sono solo i dilemmi chiari e netti: spesso ci sono sottordini e sfumature, dilemmi così specifici, piccoli e delicati, che non si riesce a rintracciarli in nessun articolo del Codice e neanche tra le righe.

Inoltre, quando le cose ci accadono, sono molto più difficili da trattare che a livello teorico: potrebbe anche accadere, qualche volta, che si saprebbe bene cosa fare, ma semplicemente non ci si riesca, che il cuore non abbia i tempi della testa.





Un docente, se vuole anche "accadere come vita reale", potrebbe avere più attenzione agli aspetti emozionanti della relazione didattica: agire anche in quell'ambito il proprio stato mentale, incarnare l'esempio, fissare suggestioni iconografiche. Dovrebbe insomma concentrarsi anche su tutto quanto interviene sul vissuto e non solo sulla dimensione cognitiva. Al cospetto degli allievi, bisognerebbe considerare più spesso anche cosa vedono i loro occhi, quando guardano verso il didatta, e non solo quello che si sta loro dicendo (che sarebbe dicibile anche con del materiale didattico).



queste **irrisolvibili** contraddizioni. Solo il clinico ha il polso di sé e delle proprie economie interiori e solo a lui si può affidare la valutazione responsabile della propria azione spontanea, del suo stato mentale e della quota processuale della relazione. Ma bisogna auspicarne una solida formazione, poiché si tratta pur sempre di una sua valutazione anche su se stesso.

La responsabilità è sempre, soprattutto, una mischia psicologica: se non implica una mischia psicologica non è niente. Nessun articolato giuridico-formale può circoscrivere completamente la complessità di quello che va ad accadere nella relazione clinica.

Una responsabilità senza mischia personale avrebbe come vertice discorsivo una piccola etica, passiva, tutta culturale e prescrittiva, e non un'Etica alta, viva e attiva che sa porsi come dovrebbe porsi sempre: come dimensione Super - Egoica per una professione **in crescita** che vuole diventare adulta.

Non ci sono solo i dilemmi chiari e netti: spesso ci sono sottordini e sfumature, dilemmi così specifici, piccoli e delicati, che non si riesce a rintracciarli in nessun articolo del Codice e neanche tra le righe.

Inoltre, quando le cose ci accadono, sono molto più difficili da trattare che a livello teorico: potrebbe anche accadere, qualche volta, che si saprebbe bene cosa fare, ma semplicemente non ci si riesca, che il cuore non abbia i tempi della testa.

In questi casi non mancano sedi di confronto e di conforto (supervisore, commis-





sione deontologica del proprio Ordine...) per essere orientati verso condotte più equilibrate ed economiche.

Nessuno però potrà decidere al posto nostro, poiché solo noi possiamo avere la misura precisa dell'interferenza, interrogando le nostre emozioni.

La condizione mentale, emozioni, stato d'animo: si è nel cuore processuale della relazione e di fronte al paradosso autovalutativo.

Gli oggetti dell'autovalutazione dovrebbero ovviamente essere quelli maggiormente correlati allo stato mentale.

Se lo stato mentale è un **prodotto** che discende dalla vita, l'autovalutazione della vita e le forme di profilassi quotidiane ed esistenziali, dovrebbero garantirne una maggiore appropriatezza.

La forma possibile della responsabilità del terapeuta in rapporto alla sua azione spontanea, è costituita dunque dalla responsabilità della sua vita, per la forma della sua vita.

Un terapeuta sa quali sono i bisogni primari e dovrebbe sapere ascoltare anche i propri bisogni secondari.

Un terapeuta conosce il proprio **ritmo personale**, sa quanto è importante e cerca di rispettarlo.

Un terapeuta sa quali sono le circostanze oggettivamente stressogene e dovrebbe conoscere anche quali sono i suoi **nervi** personali: può disporre corrette distanze, strategie per non incorrere troppo frequentemente in circostanze disequilibranti. Questo impatta bene quella forma tacita di responsabilità che Bateson sembra suggerire con riferimento all'etica della limitazione dell'azione finalistica.

Gli slittamenti finalistici sono molto più probabili, infatti, quando il terapeuta è meno in equilibrio: il fine allora può pressare e contaminare (invadendo il **processo**), come inquietante o rassicurante paradigma dell'andamento clinico, malinteso riscontro di funzionalità o di senso ad una domanda-inciamo più o meno inconscia.

La responsabilità della vita è qui intesa in termini di profilassi, cura di sé, in ultima analisi in termini di perseguimento di una psicologicità della vita. Ma se la intendiamo in termini più formali, allora la vigilanza e l'autovalutazione diventano ancora più tangibili, come ben sanno i **monacali** psicanalisti e gli psicanalitici monaci zen che **curano** quotidianamente l'**organizzazione della forma** della vita, disponendone posizioni, distanze, scansioni.

Sulla profilassi intrapsichica ed interpersonale, potrebbero essere richiamati tutti interi i manuali di psicologia generale, ma un'etica della responsabilità da esercitare riguardo ad un'azione spontanea e ad uno stato mentale con essa coerente, non può che svolgersi e misurarsi su paradigmi delicatamente e **complessamente** soggettivi.

* Psicologo, Psicoterapeuta, è Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno 2. È docente di Deontologia presso l'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale e membro dell'Osservatorio Deontologico del Consiglio Nazionale dell'Ordine. Collabora a varie riviste scientifiche ed è autore di otto pubblicazioni, fino a **Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani**, Giuffrè 2000; **Prendersi cura – il soggetto psicologo e il senso dell'altro tra clinica e sentimento**, Giuffrè 2003. Dirige dal 1997 la Collana di Scienze Umane della Plectica Editrice.

Gli slittamenti finalistici sono molto più probabili quando il terapeuta è meno in equilibrio: il fine allora può pressare e contaminare (invadendo il processo), come inquietante o rassicurante paradigma dell'andamento clinico, malinteso riscontro di funzionalità o di senso ad una domanda-inciamo più o meno inconscia.

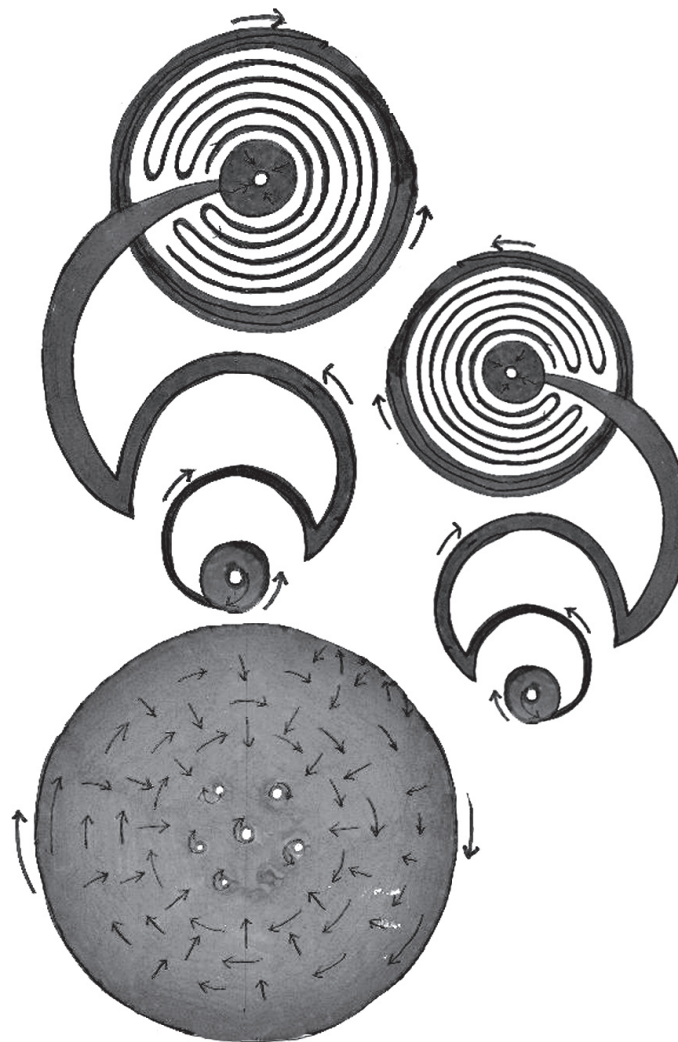
BIBLIOGRAFIA

- Barone L. - Gilardi S., **Il concetto di competenza comunicativa in psicologia: una riflessione in chiave epistemologica**, Epistemologia, VII, 1984;
Bateson G. - Bateson M. C., **Dove gli angeli esitano**, Adelphi, Milano 1989
Bateson M. C., **Con occhi di figlia**, Feltrinelli, Milano 1985
Borgna E., **I conflitti del conoscere**, Feltrinelli, Milano 1989;
Brunner J., **La ricerca del significato – per una psicologia culturale**, Bollati Boringhieri, Torino 1992;
Coleridge S. T., **La ballata del vecchio marinaio**, trad. di Fenoglio B., Einaudi, Torino 1964
Dahlk R., **Malattia linguaggio dell'anima**, Edizioni Mediterranee, Roma 1996;
Dal Lago A., **Il meta - libro di Bateson**, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992
De Biasi R., **Il fine non perseguibile. Su Bateson e la non - comunicazione**, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992
Del Castello E. - Madonna G. - La Manna M. - Bozzaotra A., **La persona del terapeuta nel processo**





formativo, in Loriedo C. - Malagoli Togliatti M. - Micheli M. (a cura di), *Famiglia: continuità affetti trasformazioni*, Franco Angeli, Milano 1995
Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1979;
Good Byron J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità;
Jervis G., *La conquista dell'identità*, Feltrinelli, Milano 1997;
Herrigel E., *Lo zen e il tiro con l' arco*, Adelphi, Milano 1975
Hillman J. - Ventura M., *We've Had a Hundred Years of Psychotherapy - And the World's Getting Worse*, Garzanti Editore, 1993;
Madonna, *La psicoterapia attraverso Bateson*, Bollati Boringhieri, Torino 2003
Napier A. Y. - Withaker C. A., *Il crogiolo della famiglia*, Astrolabio, Roma 1981
Parmentola C., *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia*, Giuffrè Editore, 2000;
Parmentola C., *Prendersi cura*, Giuffrè 2003;
Peruzzi A., *Noema mente e logica attraverso Husserl*, Franco Angeli, Milano 1988;
Watts A., *Psicoterapie Orientali ed Occidentali*, Astrolabio, Roma 1978
Wittgenstein L., *Della certezza*, Giulio Einaudi Editore, Torino 1978.



Psychotherapist mental state

The development of the process into psychotherapeutical relationship: a consideration about formative, ethical and epistemological aspects.

The article consists of five parts: in the first and in the second one, starting from the books "The psychotherapy through Bateson" and "The psychological subject and the object in psychology", the authors deal with the matter of "development of the process" between the therapist/patient relationship; in the third part the necessary requisites for psychological listening and not finalistic action are underlined; in the fourth part, they speak about the need to mould adequately the young psychologists to train into them a not finalistic mental state; at last, in the fifth and last part they take an overview on the ethic of responsibility to reach a not finalistic therapeutic relationship.







link 11. una storia

Robert Freed Bales (1916-2004)

GIOVANNI CAVADI





Robert Freed Bales (1916-2004)

GIOVANNI CAVADI *

Robert Freed Bales nacque il 9 marzo del 1916 a Ellington, nello stato del Missouri nell'est degli USA, primogenito di due figli.

Ben presto la famiglia si trasferì nel nordest dell'Oregon, dove Robert frequentò la scuola primaria e le scuole superiori. Si iscrisse all'Università dell'Oregon mediante una borsa di studio in musica e lì ottenne nel 1938 il BA (*Bachelor of Arts*), la laurea in lettere, e quindi il MS (*Master of Science*), il titolo di dottore in scienze, nel 1941, discutendo una tesi di laurea dal titolo *The concept 'situation' as a sociological too*, in cui, dopo una revisione della letteratura sulle scienze sociali, conclude che il concetto di 'situation' implica sia l'attore che l'ambiente, elementi il cui valore e significato sono rilevanti tanto quanto le condizioni esterne. La 'situazione' comprende, in effetti, una lista di elementi che possono essere specifici per uno studio completo socio-psicologico finalizzato alla generalizzazione e alla predizione.

Ammesso ai corsi di laurea a Harvard nel 1941, frequentò questa università dove ottenne il Ph. D. in sociologia nel 1944, discutendo una tesi di dottorato su come diverse culture valutano in modo diverso l'abilità intellettuale come espressione di competenza. Egli, paragonando gruppi di immigrati irlandesi ed ebrei stabiliti a Boston, notò che gli ebrei, molto più degli irlandesi, considerano il successo scolastico e l'alta formazione intellettuale pregi intrinseci e non solo mezzi di mobilità sociale.

L'Università di Harvard è la più antica e famosa università americana, fondata come College nel 1636, nella attuale città di Cambridge. Fin dall'800 si distinse tra le altre università americane per il suo carattere liberale e la ricchezza di musei, biblioteche, laboratori, osservatori astronomici ed istituti di ricerca.

Ad Harvard, Bales, fu ammesso al *Departement of Social Relations* del quale il preside era T. Parsons (1902-1979), il teorico del microfunzionalismo in sociologia, cioè l'analisi sociologica del piccolo gruppo. Parsons invitò Bales ad occuparsi, nel 1945, del costituendo Dipartimento di Psicologia e Relazioni Sociali, una unità interdisciplinare che raggruppa la sociologia, la psicologia e l'antropologia culturale, che diresse per dodici anni, dal 1945 al 1957, prima come lecturer, poi come professore assistente di sociologia e infine quale professore associato di Relazioni sociali.

La situazione socio-economica e politica degli USA negli anni '40-'50

Dopo il "giovedì nero" di Wall Street, nel 1929, ci vollero quasi dieci anni perché l'America si riprendesse da quella gravissima depressione economica per cui la disoccupazione raggiunse il 25% della popolazione al punto che nel 1939 un americano su cinque riceveva una qualche forma di aiuto governativo e «una percentuale della spesa federale che oscillava tra il 60% e l'80 % era destinata a finanziare misure dirette a combattere la recessione» (Mammarella, 1984). Questa nuova filosofia dello stato, insolita nella tradizione liberale americana, si rifletteva nel programma del New Deal, il nuovo patto sociale proposto dal presidente F.D. Roosevelt agli americani. Nel 1935, questo presidente illuminato, varò il Social Security Act e una legge sulla estensione dei diritti sindacali. Tre anni dopo vennero stabiliti il salario minimo garantito e la settimana lavorativa di 40 ore. Intorno al New Deal si creò «un clima di palingenesi che esprimeva l'attesa delle masse e ne assorbiva la protesta» (Mammarella, 1984). Roosevelt riunì attorno a sé un nuovo gruppo dirigente





per costituire un primo nucleo di una nuova classe politica, in passato monopolio dell'elemento wasp (*white anglo-saxon protestant*). La nuova classe proveniva dalle Università ma anche dal mondo degli affari e dell'amministrazione e nel governo portò il pragmatismo e le metodologie maturate nelle attività imprenditoriali o nella militanza sindacale, ma anche una coscienza pubblica ed uno spirito di missione che permise a un potere sempre più centralizzato di rafforzarsi pur conservando un rapporto fiduciario con il Paese. Il partito democratico di Roosevelt generò una fusione tra la tradizione nazionale-liberale e quella democratica popolare, per fondare una società liberale ma aperta al contributo e alla partecipazione di tutti i ceti sociali e di tutte le minoranze etniche.

A Roosevelt, morto nel 1945, successe come presidente H. S. Truman, colui che diede l'ordine di sganciare le due bombe atomiche ad Hiroshima e a Nagasaki, per concludere definitivamente la seconda guerra mondiale con la resa e la capitolazione del Giappone. L'ascesa di Truman coincise anche con un brusco cambiamento di clima politico-diplomatico e con un generale irrigidimento americano nei confronti dell'Unione Sovietica. Il dissesto economico dell'Europa postbellica fu accompagnato da un massiccio aiuto degli Americani agli alleati europei, il piano Marshall, che tra il 1948 e il 1952 riversò sulle disestate economie europee una quantità enorme di prestiti a fondo perduto, derrate alimentari e macchinari per favorire la ricostruzione e un rilancio delle economie europee e per arginare l'espansione politico - militare sovietica. In un discorso tenuto nel 1947 da Truman al Congresso americano, gli Stati Uniti si impegnavano «a intervenire anche militarmente, quando necessario, per sostenere i popoli liberi nella resistenza all'asservimento da parte di minoranze armate o pressioni straniere» (la cosiddetta dottrina Truman) che equivaleva ad aprire un confronto globale con l'URSS: cessava il dialogo tra le due superpotenze ed iniziava la guerra fredda come la chiamò il giornalista W. Lippmann.

Sotto la presidenza Truman fu approvata la legge Taft-Hartley che imponeva delle limitazioni al diritto di sciopero.

In coincidenza dell'esplosione della bomba atomica sovietica, nel 1949, si scatenò negli Stati Uniti una campagna anticomunista che prese la forma di una vera e propria caccia alle streghe ispirata dal senatore J. McCarthy, il fenomeno del maccartismo, che si protrasse sino al 1955 e che si esprime con l'*Internal Security Act*, approvato dal Congresso per epurare o emarginare quanti, nella pubblica amministrazione o nel mondo della cultura e dello spettacolo, fossero sospettati di filocomunismo o di simpatie di sinistra. Il massimo della psicosi collettiva si ebbe nel processo ad A. Hiss, alto funzionario del Dipartimento di Stato, presidente della Carnegie Foundation e laureato ad Harvard, accusato di spionaggio a favore dei Russi e di falso per aver negato la sua appartenenza al partito comunista americano. Hiss, che era «il tipico rappresentante di quell'aristocrazia sociale ed intellettuale americana di idee progressiste che aveva sostenuto e partecipato con entusiasmo al programma del New Deal», venne condannato a cinque anni di carcere per tradimento e tale condanna «contribuì a gettare nuove ombre e ad alimentare nuovi dubbi su tutta la classe politica e persino sul futuro del paese» (Mammarella, 1986).

La spinta progressista del New Deal si esaurì con l'amministrazione Truman. Nel 1953 fu eletto presidente D. D. Eisenhower, il presidente più popolare in USA dopo Roosevelt, il quale seppe assicurare all'America, dopo le follie del maccartismo, un periodo di pace sociale, di sviluppo economico e il ritorno a un clima di benessere e di consenso sociale.

La situazione delle scienze sociali, e in particolare della psicologia sociale, negli USA

Fin dal loro sorgere come discipline autonome, la sociologia, la psicologia sociale e l'antropologia culturale negli USA, invece di mettere in contrasto «entità così astratte quali la società e l'individuo, generando quel disgraziato e sterile conflitto che da noi in Europa ha contrapposto così a lungo sociologi e psicologi» (Piaget, 1971), seppero discernere i loro veri argomenti di studio, ossia le interazioni sociali da una





parte e dall'altra gli atteggiamenti sociali. La polemica tra G. Tarde (1843-1904) ed E. Durkheim (1858-1917) sull'importanza della psicologia per la costruzione della sociologia ha ostacolato lo sviluppo della psicologia sociale nei paesi europei. Tale disputa fu definitivamente liquidata quando M. Mauss (1872-1950) diventò vice presidente della Società Francese di Psicologia nel 1923: «a partire da quel momento presero a interessarsi sempre più a fondo della psicologia sociale non solo i sociologi (ad es. Halbwachs) ma anche gli psicologi (ad es. G. Dumas) e persino gli psichiatri» (König, 1958).

E. Mayo nel 1926 fu nominato direttore del Department of Industrial Research di Harvard dove lavorò fino al 1947. Sulla scia di questa cultura interdisciplinare fondata sulla convinzione che le ricerche psicosociali dovessero essere fin dall'inizio «fruttuose applicazioni all'arte difficile del vivere in comune», l'oggetto di studio della psicologia sociale si rivelò nella sua completezza solo quando venne preso in considerazione, ad Harvard, da T. Parsons, anche il sistema culturale.

Nel 1945 l'Università di Harvard pubblicò un rapporto dal titolo *Educazione globale in una società libera* al fine di favorire negli studenti una preparazione di base più approfondita tramite l'apertura di corsi facoltativi che gli studenti potevano scegliere al di fuori della loro specialità, al fine di operare una saldatura tra le discipline tecnico-scientifiche e quelle umanistiche.

Sempre ad Harvard la *Graduate School of Business Administration* iniziò nel 1951 un ampio programma di ricerca nel campo delle "relazioni umane" che si concluse nel 1958 con la pubblicazione di una ricerca fondamentale su motivazioni, produttività e soddisfazione nel lavoro a cura di Zalesnik, Christensen e Roethlisberger, che con Dickson aveva condotto, nel 1939, il lavoro pionieristico alla fabbrica Hawthorne della *Western Electric Company* di Chicago.

Whyte (1960) evidenziò come in quegli anni sia nell'ambiente accademico che nelle grandi aziende fosse presente il mito del gruppo. Riferì che «l'uomo dell'organizzazione si dà da fare per incrementare il tributo di deferenza che si paga al gruppo, anzi si dà da fare per incrementarla e con l'aiuto di alcune branche delle scienze sociali sta costruendo una specie di religione laica». L'uomo dell'organizzazione, sostenne Whyte, riteneva che l'individualista dei vecchi tempi costituiva sovente un ostacolo assai più grave per l'individualismo altrui e «il capo che batte i pugni sulla scrivania impedisce la possibilità di espressione creativa da parte dei sottoposti... Grazie invece al diffondersi ad una mentalità favorevole al gruppo, grazie all'educazione della gente alla sublimazione dell'io, le aziende possono liberarsi dai loro tiranni e creare una atmosfera armoniosa (democratica) nel quale il gruppo tirerà fuori da ciascuno il meglio che può dare... Il singolo genio è impotente nel vuoto, mentre l'interazione con altri in un determinato settore può esercitare uno stimolo considerevole e spesso davvero indispensabile».

In questo clima socio-culturale si muove la ricerca di Bales!

Il periodo ad Harvard

Nell'anno accademico 1944-1945 Bales era ricercatore associato per gli studi sull'alcolismo presso l'Università di Yale, nel Connecticut, dove contribuì alla fondazione della prima clinica per alcolizzati presso la stessa Università. A seguito di questa esperienza pubblicò due lavori, uno sulla socioterapia dell'alcolismo (1945) ed uno sulle differenze culturali sul tasso alcolico (1946), frutto della sua partecipazione ad un programma di studio dei ricoverati alla Harvard Psychological Clinic, fondata da M. Prince nel 1927 e dal 1928 diretta da H. A. Murray (1893-1988) fino allo scoppio della seconda guerra mondiale.

Bales fu ritenuto una specie di patrono scientifico dell'Alcoholics Anonymous, fondata nel 1937. Questa esperienza umana fu indubbiamente per lui della massima importanza sia su un piano emotivo che intellettuale, tale da influenzare l'orientamento delle sue ricerche.

Nel 1947 sposò Dorothy, più giovane di lui di quattro anni, dalla quale ebbe una figlia, Virginia. Nello stesso anno venne nominato professore di Relazioni Sociali presso il





Dipartimento di Psicologia e Relazioni sociali, dove svolse fino al 1954 corsi sulla psicologia di gruppo e dove approntò e sviluppò il metodo Symlog.

Nel 1956 fu anche affiliato all'Istituto e alla Società Psicoanalitica di Boston.

Divenuto direttore del Laboratorio di Relazioni sociali ad Harvard dal 1960 al 1967, egli godette di prestigio ed ammirazione da parte dei colleghi come docente e ricercatore anche per la sua elevata autorevolezza morale.

Ad Harvard utilizzò la sala di osservazione per lo studio dell'interazione all'interno dei piccoli gruppi e per la rilevazione dei dati si servì della ripresa cinematografica, della registrazione magnetica dei colloqui e della trascrizione dei comportamenti dei singoli soggetti durante gli incontri di gruppo.

Egli è stato un pioniere nello sviluppo di metodi sistematici per l'osservazione dei gruppi e per la misura dei processi di interazione, comprensivi di significative innovazioni tecnologiche destinate a facilitare l'osservazione medesima e per valutare il comportamento osservativo nel suo svolgersi.

Egli stesso riferì in una intervista a P. Blanck (2001) che in un incontro con Lewin al MIT, questi gli aveva detto: «Sì, noi abbiamo bisogno di standardizzare i nostri metodi di osservazione e noi ciò non lo abbiamo fatto ancora!». Bales ideò infatti anche un apparecchio o "registratore di interazione" che permette all'osservatore di registrare l'unità di interazione di ogni partecipante e di inserirla in una delle dodici categorie di azione che possono prodursi nel corso di una discussione o nella risoluzione di un problema affrontato dal gruppo. Il registratore di interazione consisteva in un piano sul quale scorreva un nastro di carta che si muoveva lentamente da destra a sinistra in senso orizzontale sul quale figurava, in senso verticale, l'elenco delle 12 categorie. La registrazione di una azione avveniva scrivendo sul nastro in movimento il numero di identificazione della persona a cui l'atto apparteneva. Ogni minuto l'apparecchio tracciava una linea verticale e si accendeva una luce per ricordare all'osservatore che egli doveva registrare anche gli atti non verbali.

Fin dall'inizio furono impiegate da Bales e da uno dei suoi collaboratori, Flanders, schede perforate IBM per il trattamento dei risultati (il primo calcolatore elettronico era stato realizzato dall'IBM fin dal 1946). Per ogni unità di azione veniva usata una singola scheda che veniva perforata per tre elementi dell'informazione e cioè il numero della categoria in cui l'atto veniva classificato, il numero della persona che iniziava l'atto e il numero della persona che era l'oggetto o l'obiettivo dell'atto stesso. Le schede così compilate venivano messe in un elaboratore per l'analisi statistica dei dati raccolti.

Per molti anni, a partire dal 1960, Bales diresse il programma di dottorato in psicologia sociale.

Quando il Dipartimento di Relazioni sociali fu separato dal dipartimento di Sociologia, egli optò per restare con quello che originariamente era stato il Dipartimento di Psicologia e Relazioni sociali e proseguì a dirigere e ad occuparsi dei programmi di ricerca nel campo della psicologia sociale.

Bales riteneva che la psicologia sociale e in particolare la dinamica dei gruppi fosse una disciplina importante nella formazione dei managers delle grandi aziende, di medici, avvocati, uomini politici, sindacalisti e di tutti coloro che in qualche modo si occupavano applicativamente di fenomeni psicosociali.

Nel periodo 1962-1963 fu nominato presidente dell'*Eastern Sociological Society*. Per molti anni fu un docente molto popolare tra gli studenti universitari per i suoi corsi che erano centrati su esperienze pratiche sulla dinamica di gruppo.

Egli ricevette nel 1982 un riconoscimento alla carriera dall'*American Association of Specialists in Group Work* oltre al premio Cooley-Mead dall'*American Sociological Association* nel 1983 e infine un riconoscimento alla brillante carriera di insegnante da parte dell'*American Psychological Foundation* nel 1984.

Nel 1983 egli fondò con alcuni colleghi, a San Diego (CA), il *Symlog Consulting Group*. Mediante l'ausilio di questa istituzione è stata sviluppata una banca dati di ricerca su oltre due milioni di profili tratti da organizzazioni quali Microsoft, Toyota, IBM, Citibank e Mercedes Benz, in dodici lingue e in quaranta paesi, tra i quali il Giappone, il Sud Africa, l'Iran, il Brunei e l'Argentina.

Nel 1986, a settant'anni, Bales si ritirò dall'insegnamento con il grado di professore



emerito, pur continuando a scrivere e a produrre idee e contributi per lo sviluppo della psicologia sociale.

Morì il 16 giugno 2004 a 88 anni a San Diego, in California, dove si era ritirato con la moglie Doroty.

Una teoria del campo di interazione sociale

Il suo primo libro fondamentale *Interaction Process Analysis: A Method for the Study of Small Groups*, fu pubblicato nel 1950, sotto l'influenza della teoria del campo sviluppata da Kurt Lewin (1890-1947), anche se egli rivolse il principale riconoscimento a Parsons che "più di qualsiasi altra persona ha influenzato il mio pensiero nell'analisi dell'azione sociale e dei sistemi sociali".

Bales stesso ha chiarito in cosa differisce la sua metodologia da quella lewiniana: «Il concetto di situazione, quale era termine corrente nella teoria del campo di Lewin, è fondamentale, ma lo furono anche i contributi della sociologia, particolarmente i primi lavori della scuola di Chicago, ad esempio Thomas e Znaniecki», ricercatori che pubblicarono nel 1918 il loro monumentale studio sui contadini polacchi in America.

Bales, che i sociologi inquadrano come un rappresentante della corrente interazionista (Madge 1966; Martingale, 1968), fonda la ricerca su una osservazione sistematica dei dati immediati, cioè dei processi di interazione tra individui, chiarendo il suo criterio metodologico che differisce da quello di Lewin. L'idea di totalità e di interdipendenza che in Lewin giocano un ruolo fondamentale, appaiono in Bales secondari, per cui il modello da lui proposto sembra ridursi alla dimensione propriamente collettiva del gruppo, tessuto e somma delle relazioni interpersonali, in cui però il comportamento orientato verso il compito crea una tensione emotiva.

Il suo lavoro riflette una concezione della psicologia sociale come studio scientifico dell'interazione sociale nella quale il piccolo gruppo e la sua attività, più che il singolo individuo, risultano essere le unità di analisi fondamentali: una psicologia sociale che attinge alle fonti psicologiche e le integra con quelle sociologiche, fondando «una teoria del campo di interazione sociale» come ebbe a definirla.

Gli studi di Bales riguardano il processo dell'interazione del piccolo gruppo e il modo in cui queste interazioni mutano con la storia del gruppo. Egli definisce un piccolo gruppo come «qualsiasi numero di persone impegnate in interazione reciproca in una singola riunione che li ponga a contatto diretto, o in una serie di riunioni di questo tipo, in cui ogni membro riceve una qualche impressione o percezione di ognuno degli altri membri abbastanza distinte da potere sia immediatamente sia più tardi in seguito a domande, dare una certa risposta concernente ognuno degli altri membri come persona individuale, anche se questa risposta si limiti semplicemente a ricordare che l'altro era presente» (1950).

A fondamento della sua ricerca c'è una precisa riflessione ed opzione epistemologica: «Una falsa concezione consiste nel supporre che ogni progresso scientifico si compie nei termini di una strategia deduttiva a senso unico. Questa strategia suppone dapprima la costruzione di ipotesi teoriche generali; poi la formulazione di definizioni operazionali per ciascuna delle variabili che concernono l'ipotesi, intendendo con il termine operazionali gli aspetti tangibili secondo i quali la variabile si presta ad una manipolazione da parte del ricercatore (es. per la variabile coesione, l'inventario degli atteggiamenti verso il gruppo, delle simpatie reciproche, della performance collettiva, ecc.)». Bales propone di ritornare ai dati empirici con l'ausilio dell'osservazione codificata, unita a metodi di registrazione continua e sistematica dei processi naturali che si svolgono nel piccolo gruppo. Per questo la maggior parte della sua indagine scientifica si è concentrata su tematiche specifiche della psicologia sociale, particolarmente sulla natura della interazione interpersonale nei piccoli gruppi. L'interazione è qualsiasi osservazione o azione compiuta da una persona e diretta verso un'altra persona o verso il gruppo.

Bales e i suoi collaboratori hanno studiato le strutture di comunicazioni che si sviluppano spontaneamente nei gruppi di discussione, concependo ogni attività di gruppo come una attività intesa a risolvere dei problemi. Invece della dimensione





semantica della comunicazione viene sottolineata nelle sue indagini la dimensione pragmatica, cioè viene posta l'attenzione agli effetti comportamentali relazionali delle persone: l'interazione.

Nel 1950 Bales presenta l'*Interaction Process Analysis* (IPA) che si fonda su dodici categorie di osservazione. Originariamente egli ne aveva individuato 87, ma a causa delle notevoli difficoltà sorte nell'addestramento degli osservatori ad operare con una serie così ampia di categorie, arrivò ad una esemplificazione finale delle attuali 12 categorie. Mediante queste ha contato (1953) il numero di comunicazioni che ogni individuo rivolge a ciascun altro membro del gruppo nel corso di una discussione abbastanza lunga, e ha osservato una struttura detta centralizzata (gerarchizzata secondo Flament, 1974) nell'insieme delle comunicazioni analizzate mediante una tabella a doppia entrata nella quale vengo totalizzate sia il numero delle comunicazioni emesse che quelle ricevute da ciascun membro del gruppo.

L'obiettivo finale della sua opera di studioso e ricercatore viene descritto dettagliatamente in una delle sue ultime opere del 1999, *Social Interaction Systems: Theory and Measurement*, nella quale sviluppa una teoria integrata della personalità con la dinamica di gruppo «accompagnata da un insieme di metodi applicativi per la misura del cambiamento del comportamento e dei valori secondo una linea democratica».

L'IPA, Interaction Process Analysis

Nonostante siano passati oltre cinquant'anni l'IPA continua ad essere uno dei metodi più impiegati per l'osservazione di ogni genere di gruppo faccia-a-faccia.

Le categorie che compongono lo schema di osservazione non servono a classificare il contenuto del messaggio, quanto a rilevare come le persone comunicano fra di loro. Il metodo IPA prospetta di schedare gli atti o reazioni osservate in base alla loro posizione temporale. Bales indica col termine "reazioni" gli atti che si verificano immediatamente dopo un atto precedente da parte di una persona o attore, diverso. Quando l'autore dell'atto considerato è anche autore del precedente, usa il termine 'proazione'. Questa distinzione gli fu suggerita da Murray (1951) per il quale il termine "proazione", rispetto al termine "reazione", doveva venire usato per indicare una azione "che si è formata spontaneamente dall'interno e che non è stata iniziata con un confronto con la situazione esterna". L'interazione allora consiste in una o in una serie di "proazioni" da parte di una persona seguita dalla "reazione" di una persona diversa. Se la stessa persona, dopo la sua prima "reazione" continua a parlare, il suo atto successivo diventa "proattivo".

La prima versione dell'IPA fu presentata nel 1950 e quella successiva vent'anni dopo, sempre ad opera di Bales. Le due versioni sono abbastanza simili, come mostrato nella tabella 1, e contengono entrambe le 12 categorie.

Tab. 1. Le categorie del sistema originale (1950) e revisionato (1970) dell'IPA di Bales .

Categorie generali	Categorie IPA 1950	Categorie IPA 1970
A. Azioni positive (e miste)	1. Manifesta solidarietà	1. Sembra ben disposto, amichevole
	2. Manifesta riduzione di tensione	2. Drammatizza
	3. Concorda	3. Concorda
B.	4. Dà suggerimenti	4. Dà suggerimenti
	5. Esprime opinioni	5. Esprime opinioni
	6. Dà orientamenti	6. Dà orientamenti
C.	7. Chiede orientamenti	7. Chiede orientamenti
	8. Chiede opinioni	8. Chiede opinioni
	9. Chiede suggerimenti	9. Chiede suggerimenti
D. Azioni negative (e miste)	10. Non concorda	10. Non concorda
	11. Manifesta tensione	11. Manifesta tensione
	12. Manifesta antagonismo	12. Sembra maldisposto, ostile





Nella tabella 2 vengono riportate le codificazioni degli atti nelle 12 categorie con la relativa specificazione.

Queste 12 categorie possono essere ricondotte a quattro possibili strutture, come prospettato da Bales:

1. la prima struttura si riferisce alle stesse 12 categorie analitiche;

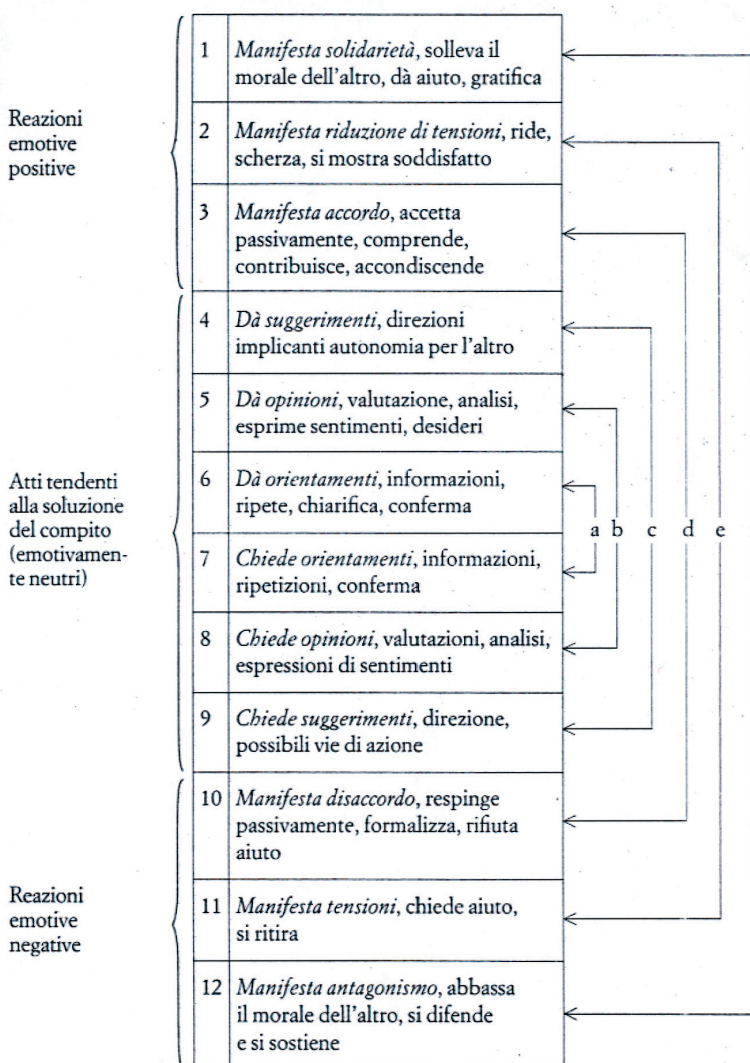
2. la seconda struttura riconduce le 12 categorie a 6 coppie opposte polari. Tali accoppiamenti riflettono problemi di integrazione del gruppo (1,12), di tensione (2,11), di decisione (3,10), di controllo (4,9), di valutazione (5,8) e, infine, di orientamento (6,7).

3. la terza struttura riconduce le 12 categorie analitiche a 4 categorie sovraordinate:

- comportamenti socio-emotivi positivi (1,2,3),
- comportamenti orientati al compito nei termini di 'tentativi di risposta' (4,5,6),
- comportamenti orientati al compito in termini di 'domande' (7,8,9),
- comportamenti socioemotivi negativi (10, 11, 12).

4. la quarta struttura contiene due categorie sovraordinate, la prima che sottende tutte le 6 categorie analitiche dei comportamenti socio-emotivi sia positivi che negativi (1, 2, 3, 10, 11, 12), mentre la seconda tutti i comportamenti orientati al compito (4, 5, 6, 7, 8, 9).

La codificazione degli atti



Delle quattro strutture prospettate da Bales, solo la terza ha trovato una validità di costrutto mediante uno studio psicométrico la struttura 3, quella composta da 4 categorie sovraordinate (Butler & Cureton, 1973). Un recente studio di Pierro & Livi (2005), mediante la tecnica dell'analisi fattoriale confermativa, individua nella terza struttura a 4 categorie sovraordinate, il modello più idoneo, sia per gli atti emessi che per gli atti ricevuti.

Bales aveva già empiricamente individuato, all'interno delle 12 categorie di analisi, due assi, uno espressivo-integrativo ed uno adattivo-strumentale:

1. nell'asse espressivo-integrativo, individua atti espressivi (2,3,10,11) che implicano manifestazioni per cui si ha una riduzione od un aumento di tensione nel gruppo; atti integrativi (1,12) che rafforzano o meno la solidarietà del gruppo;

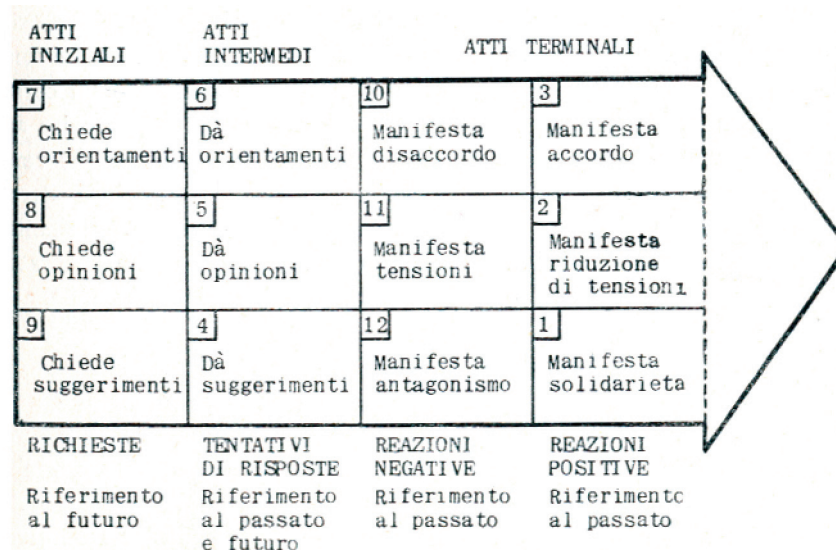
2. nell'asse adattivo-strumentale, individua atti strumentali (4,9) che comprendono tutti gli atti tendenti al raggiungimento dello scopo e atti adattivi (5,6,7,8) che comprendono tutti quegli atti che portano ad un adattamento alla situazione.

Questa classificazione mette in evidenza che i problemi all'interno di un piccolo gruppo si muovono su due assi: un asse espressivo - integrativo che indica la componente emotiva del processo di interazione ed un asse adattivo - strumentale che invece considera quella parte del processo di azione diretta alla soluzione del compito.

Il gruppo deve secondo Bales, nel corso della sua dinamica, risolvere quattro problemi funzionali principali: i problemi di riduzione delle tensioni all'interno del gruppo



stesso, di integrazione, di adattamento alla situazione e del perseguimento dello scopo il tutto in una sequenza temporale che distingue gli atti in iniziali, poi in atti intermedi ed infine in atti terminali, come mostrato nella figura.

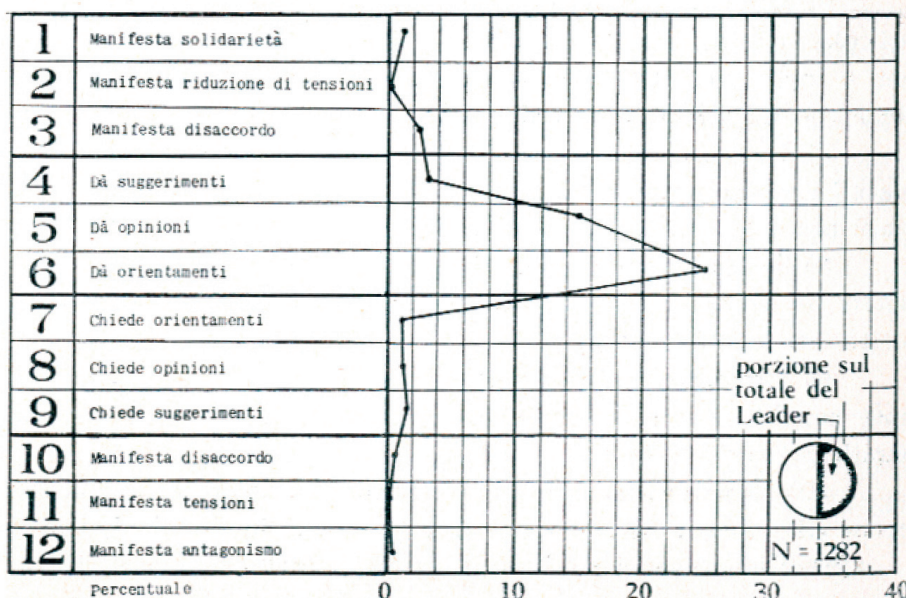


Il problema della leadership.

Fin dai suoi primi studi Bales ha affrontato il problema della leadership che “può essere descritta come un ruolo generalizzato. Si tratta forse della indicazione meno specializzata e più diffusa di status elevato. Quando i membri di un gruppo indicano un particolare individuo come leader, in risposta ad una particolare domanda, questo individuo è percepito possedere quelle qualità che servono maggiormente a risolvere i problemi sia del compito che quelli socio - emotivi. Poiché gruppi diversi pongono l'accento sul compito e sui problemi socioemotivi in proporzioni diverse, l'attribuzione della leadership dipenderà non solo dalla scelta di una persona rispetto ad un'altra, ma anche dalla diversa attenzione posta dal gruppo su questi problemi di gruppo” (Bales & Slater, 1955). Nello studio sull'emergenza della leadership nei piccoli gruppi di discussione (Bales, 1953) egli ha trovato che i membri del gruppo elevano alla

leadership due leader complementari: uno “specialista dei compiti” ed uno “specialista socio-emozionale”. Lo specialista dei compiti è scelto in quanto si ritiene che abbia le idee migliori e che sappia meglio guidare la discussione. Egli si concentra sul compito di gruppo e svolge un ruolo aggressivo nell'incitamento del gruppo verso la soluzione. In tal modo egli tende a suscitare ostilità e non piace agli altri membri, come mostrato nella figura.

Gli esperimenti condotti su questa tematica hanno indicato a Bales la presenza di due ruoli specializzati a cui corrispondono due diversi soggetti



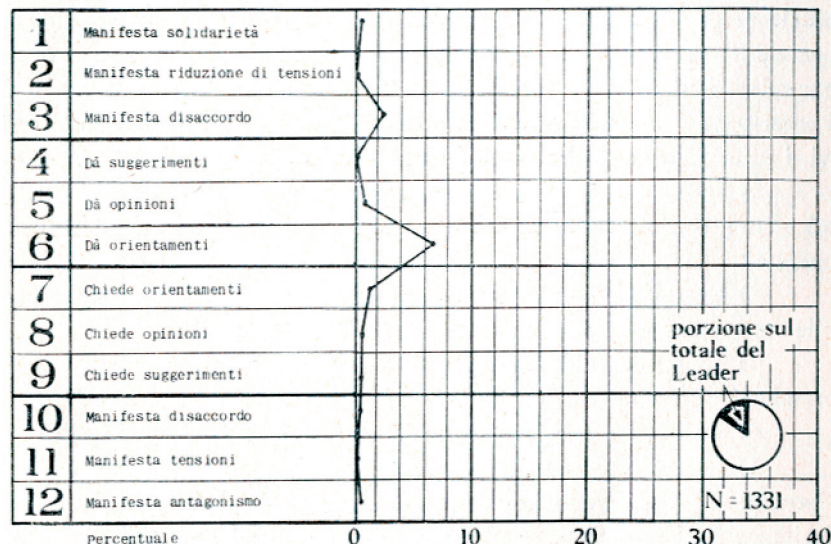


che tendono ad essere maggiormente differenziati a seconda che nei gruppi vi sia un elevato o basso consenso. È difficile riscontrare entrambi questi ruoli nel comportamento di un singolo individuo: una persona è interessata al compito (ad es. la produzione) o alla socialità (le persone) nell'attività di gruppo; raramente è interessata contemporaneamente ad entrambe.

«Queste differenze possono essere sintetizzate dicendo che il soggetto con le migliori idee mostra una concentrazione delle attività nella soluzione del problema, mentre il soggetto che piace di più mostra una concentrazione nei tipi di attività socio - emotiva sia positiva che negativa» (Bales & Slater, 1955).

Oltre ai ruoli rivolti al compito tecnico e alla socialità Moment e Zalesnik (1963) identificarono in linea con gli studi di Bales un ruolo distaccato, a volte passivo, a volte ostile e competitivo (star) ed un ruolo in cui sono presenti sia il compito e la socialità. Tuttavia, in questo ruolo star, alcuni aspetti suggeriscono più una parziale dicotomia che una vera e propria integrazione di interessi: «La soddisfazione deriva dall'impegno nel processo tecnico-sociale, in modo tale da bilanciare il progresso verso l'innovazione con la resistenza al cambiamento».

Schachter (1951) studiando con l'IPA dei gruppi di discussione, ha messo in luce che la quantità di comunicazioni scambiate tra due individui, dipende dal grado di divergenza fra le opinioni discusse: c'è un optimum di divergenza che comporta un massimo di comunicazioni. Se gli individui sono in linea di massima d'accordo, comunicano poco perché non hanno bisogno di convincersi a vicenda, mentre se sono in grande disaccordo, comunicano poco perché non sperano di riuscire a convincersi a vicenda.



Il metodo SYMLOG

Il metodo Symlog (*System for the Multiple Level Observation of Groups*), fu proposto da Bales e Cohen nel 1979.

Il Symlog (Sistema di Osservazione Sistemática Multilivello del Gruppo) è un metodo di osservazione del comportamento interattivo che comprende sia un metodo di classificazione, o meglio una valutazione riassuntiva, da effettuarsi subito dopo la conclusione dell'interazione e dell'osservazione di essa, sia un metodo di valutazione retrospettiva del comportamento esibito da un membro del gruppo in diverse circostanze e occasioni di interazione sociale.

Il Symlog è composto da 26 categorie analitiche di comportamento interattivo, mediante aggettivi, in rapporto alle quali l'osservatore deve esprimere la sua valutazione riassuntiva o retrospettiva indicando con quale frequenza complessiva ogni membro del gruppo ha esibito un comportamento interattivo. Le 26 scale di valutazione sono riconducibili a tre dimensioni bipolari sovraordinate: dominanza versus sottomissione, amichevolezza versus ostilità, orientamento al compito versus espressività emotiva. Delle 26 scale alcune sono rappresentative di una sola dimensione, altre sono invece volte a misurare combinazioni di due o di tutte e tre le dimensioni sovraordinate.

Si tratta di una rilevazione a fenomeno avvenuto, implicante cioè una valutazione riassuntiva di qualcosa che si è osservato nel suo sviluppo temporale, valutazione evidentemente aperta ad interferenze soggettive di vario genere.





Nel 1983 Bales fondò con alcuni colleghi il *Symlog Consulting Group*. Mediante l'ausilio di questa istituzione è stata sviluppata sia una sezione editoriale, sia una formativa, provvedendo ad una banca dati di ricerca ricca di oltre due milioni di profili tratti da aziende multinazionali sparse in una quarantina di paesi.

Studi sulla coppia e la famiglia

Una persona umana esiste solo nella misura in cui ha assunto dentro di sé la "società".

Sulla scia degli studi di Parsons, per Bales la famiglia americana è venuta a differenziarsi più nettamente da altre agenzie sociali «giungendo quindi a essere più specializzata nelle sue funzioni di quanto non sia mai stata in passato, sia per noi sia per altre società di cui siamo a conoscenza». Proprio perché la famiglia moderna, soprattutto la famiglia urbana, è un'unità così altamente differenziata della struttura sociale «essa ci sembra costituire un caso empirico particolarmente favorevole per l'analisi di certi problemi fondamentali dei rapporti tra personalità, cultura e struttura sociale. Questi rapporti vanno visti nel processo di socializzazione che ha luogo nella famiglia, e nella relazione che sussiste tra l'esito di tale processo e certe caratteristiche fondamentali della persona adulta».

Strodtbeck, un collaboratore di Bales, aveva intrapreso uno studio per stabilire in che misura i punti di vista di un coniuge erano influenzati da quelli dell'altro coniuge, e particolarmente quale era il punto di vista che prevaleva in caso di disaccordo.

Egli ascoltò di nascosto e registrò trenta coppie di mariti e mogli che discutevano sulle loro differenze di opinione su determinati argomenti familiari.

Per suscitare delle differenze egli dapprima chiese loro di pensare a tre famiglie che entrambi conoscevano molto bene e di dire le loro opinioni personali su quale delle tre avesse i bambini più felici, oppure su quale fosse la più religiosa, o quale fosse la più ambiziosa. In molti casi, come era prevedibile, i coniugi non erano d'accordo e in qualche caso veniva loro chiesto di discutere la questione e di arrivare ad una decisione comune. Strodtbeck formulò l'ipotesi che c'era uno schema sistematico di interazione da una coppia all'altra e che c'era la probabilità che uno dei due coniugi cedesse all'altro allo scopo di raggiungere una decisione comune. Volle anche verificare se vi fossero delle differenze culturali tra coniugi americani tipici (bianchi e protestanti) agricoltori del Texas e coppie di indiani Navajo (gruppo sperimentale) e coppie di coloni Mormoni (come gruppo di controllo).

La scelta degli indiani Navajo era dettata dal fatto che le donne hanno di solito un ruolo più importante che non gli uomini, mentre nei Mormoni le donne hanno di solito un ruolo ancillare rispetto agli uomini «la cui autorità gli deriva dalla chiesa e nell'ambito della famiglia: sono dei capi indiscussi della casa».

I coltivatori texani avrebbero dovuto occupare una posizione intermedia dato che nella tipica famiglia americana si ritiene che le donne abbiano dei diritti uguali a quelli degli uomini.

Il laboratorio era piuttosto primitivo, posto su un autocarro, dotato di registratori magnetici a filo nascosti ai soggetti, e da esso il ricercatore osservò dieci coppie di ognuno dei tre gruppi culturali. Se i coniugi fossero stati a conoscenza che le loro discussioni venivano osservate e che le loro parole erano registrate, essi avrebbero probabilmente esibito una interazione "educata" e comunque non si sarebbero comportati in maniera spontanea.

Terminata la discussione veniva fatto un colloquio con ogni marito e moglie, ma separatamente, per sondare le loro opinioni sulle tre famiglie a loro ben conosciute. Poi il ricercatore chiedeva ad ogni coppia di ridiscutere insieme la questione in un luogo che essa riteneva privato con la massima libertà di espressione.

I risultati mostrarono che gli uomini e le donne americane ebbero vinta quasi nello stesso numero di decisioni, mentre le opinioni delle mogli Navajo e dei mariti Mormoni risultarono essere quelle con la maggior probabilità di prevalere, e quindi erano i partners dominanti nelle discussioni della coppia.

Per quanto riguardava lo schema di interazione Strodtbeck utilizzò il sistema IPA di





Bales e riscontrò una relazione molto stretta fra la durata delle conversazione ed il numero delle decisioni prese: in tutti e tre i gruppi culturali le persone che ebbero la decisione finale erano i membri più loquaci della coppia «il coniuge più loquace tendeva più frequentemente a fare domande, esprimere opinioni ed analisi, a fare osservazioni ricompensatici, a dimostrare maggiore accordo con il proprio partner, che a sua volta era di solito più passivo salvo presentare esclamazioni occasionali di tipo ostile».

I risultati della ricerca dimostrarono che l'effetto specifico dell'interazione era determinato, almeno in gran parte, dal modello culturale di appartenenza dei partecipanti all'indagine, mentre lo schema generale di interazione era abbastanza costante da un gruppo culturale all'altro riscontrando un rapporto tra la frequenza di comunicazione e l'influenza: il coniuge che aveva la più alta frequenza di comunicazione riusciva più frequentemente a persuadere l'altro coniuge.

* Docente presso la facoltà di Psicologia Università di Milano Bicocca.

BIBLIOGRAFIA

- Bales R.F. (1944) The 'Fixation factor' in alcohol addition: A hypothesis derived from a comparative study of Irish and Jewish social norms. Tesi di laurea non pubblicata, Università di Harvard, Cambridge, Mass.
- Bales R.F. (1945) Social therapy for a social disorder: compulsive drinking. *Journal of Social Issues*, 1, 14-22.
- Bales R.F. (1946) Cultural differences in rates of alcoholism. *Quarterly Journal of Study of Alcohol*, 6, 480-499.
- Bales R.F. (1950) A set of categories for the analysis of small group interaction, *Americ. Sociol. Review*, 15, 257-263.
- Bales R.F. (1950) Interaction process analysis. A method for the study of small groups, Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Bales R.F. (1951) Some statistical problems of small group research, *Journal of American Statistical Association*, 46, 311-322.
- Bales R.F. (1952) Some uniformities of behaviour in small social systems, in G.E. Svenson, T.M. Newcomb, L.E. Hartley (ed.) *Reading in social psychology*, Holt, New York.
- Bales R.F. (1953) The equilibrium problems in small groups, in T. Parsons, R.F. Bales, E.A. Smils (eds.) *Working papers in the theory of action*, Free Press, 111-161.
- Bales R.F. (1954) In conference, *Harvard Business Review*, 32, 44-50.
- Bales R.F. (1955) How people interact in conferences, *Scientific American*, 192, 31-35.
- Bales R.F. (1956) Task status and likeability as a function of talking and listening in decision-making groups, in L.D. White (ed) *The state of social sciences*. The University of Chicago Press, Chicago, 148-161.
- Bales R.F. (1958) Task roles and social roles in problem-solving groups, in E.E. Maccoby, T.M. Newcomb & E.L. Hartley (ed.) *Reading in social psychology*, Holt, New York, 437-447.
- Bales R.F. (1958) Some uniformities of behaviour in small social systems, in E.E. Maccoby, T.M. Newcomb & E.L. Hartley (ed.) *Reading in social psychology*, Holt, New York, 437-447.
- Bales R.F. (1959) Small group theory and research, in *Sociology Today*, Basic Books, New York.
- Bales R.F. (1965) *Small groups: Studies in social interaction*, Knopf, New York.
- Bales R.F. (1970) *Personality and interpersonal behaviour*. Holt Rinehart & Winston, New York.
- Bales R.F. (1974) *Famiglia e socializzazione*. Mondadori, Milano.
- Bales R.F. (1976) *Interaction Process Analysis*. University of Chicago Press, Chicago.
- Bales R.F. (1980) SYMLOG case study kit. The Free Press, New York.
- Bales R.F. (1984) The interaction of social psychology. *Social Psychology Quarterly*, 47, 98-101.
- Bales R.F., Borgatta E.F. (1961) Size of groups as factor in the interaction profile, in P. Hare E.F.
- Bales R.F., Couch A.S. (1956) *The value profile: A factor analytic study of value statements*, (ciclostilato), Laboratory of Social Relations, Harvard University, New York.
- Bales R.F., Cohen S.P. & Williamson S.A. (1979) SYMLOG. A system for the multiple level observation of groups. The Free Press, New York.
- Bales R.F., Flanders N.A. (1954) Planning an observation room and group laboratory, *Amer. Sociol. Review*, 19, 771-781.
- Bales R.F., Slater P.E. (1955) Role differentiation in small decision-making groups, in T. Parsons & R.F. Bales (eds.) *Family, socialisation and interaction process*, Free Press, Glencoe, 259-306.
- Bales R.F., Strodtbeck F.L. (1951) Phases in group problem solving, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 485-495.
- Bales R.F., Strodtbeck F.L., Mills T.M., Roseborough M. (1951) Channels of communication in small groups, *American Sociological Review*, 16, 461-468.
- Benne K., Sheats P. (1948) Functional roles of group members. *Journal of Social Issues*, 4, 41-49.
- Borgatta E.F. (1962) A systematic study of interaction process scores, peer and self-assessments, personality and other variables. *Genetical Psychology Monograph*, 65, 219-291.
- Borgatta E.F. (1965) *A workbook for the study of social interaction processes*. Rand McNally, Chicago.
- Borgatta E.F., Bales R.F. (1953) Task and accumulation of experience as factors in the interaction of small groups, *Sociometry*, 16, 239-252.
- Borgatta E.F., Bales R.F. (1953) The consistency of subject behavior and the reliability of scoring in Interaction process Analysis, *Amer. Sociol. Review*, 18, 566-569.
- Borgatta E.F., Bales R.F. (1953) Interaction of individuals in reconstituted groups, *Sociometry*, 16, 302-320.



- Borgatta, R.F. Bales R.F. (1953) Task accumulation of experience and factors in the interaction of small groups. *Sociometry*, 16, 239-252.
- Borgatta E.F., Bales R.F. (1953) Interaction of individuals in reconstituted groups. *Sociometry*, 16, 302-320.
- Borgatta E.F., Bales R.F. () Small Groups. Knopf, New York, 396-413.
- Capecchi V. (1965) Materiali per uno studio dei modelli di interazione sociale. Universitaria-Barbera, Firenze.
- Danelson R.F. (1990) Group dynamics. Books Col. Publishing, Belmont.
- De Grada E., Mannetti L., Pierno A. (1997) Motivazioni epistemiche e struttura delle relazioni interpersonali in piccoli gruppi. *Giornale Italiano di Psicologia*, 3, 549-578.
- Flament C. (1974) Reti di comunicazione e strutture di gruppo. ISEDI, Milano.
- Gius E., Cavanna D., (1979) La personalità. Nuovi orientamenti teorici. Vol. III Interazione, Patron, Bologna.
- Hare A.P., Bales R.F. (1963) Seating position and small group interaction, *Sociometry*, 26, 480-486.
- Hare A.P., Borgatta E.F. & Bales R.F. (Edt) (1955) Small groups: studies in social interaction. Knopf, New York.
- Heinicke C.M., Bales R.F. (1953) Developmental trends in the structure of small groups. *Sociometry*, 16, 7.
- Konig R. (1964) Sociologia; voce Psicologia sociale. Feltrinelli, Milano.
- Leik R.K. (1963) Instrumentality and emotionality in family interaction. *Sociometry*, 26, 131-145.
- Jahoda G. (2007) A history of social psychology. Cambridge University Press, Cambridge.
- Madge J. (1971) Lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica in sociologia. Il Mulino, Bologna.
- Mammarella G. (1986) L'America da Roosevelt a Reagan. Storia degli Stati Uniti dal 1939 a oggi. Laterza, Bari.
- Martindale D. (1968) Tipologia e storia della teoria sociologica. Il Mulino, Bologna.
- Moment D. & Zalesnik A. (1963) Development and interpersonal competence. Harvard University, Boston.
- Parsons T., Bales R.F. (1955) Family, socialization and interaction process, The Free Press, Glencoe. (trad. It. Famiglia e socializzazione, Mondadori, Milano).
- Parsons T., Bales R.F., Shils E.A. (1953) Working papers in the theory of action, Glencoe, Ill., The Free Press.
- Slater P.E. (1955) Role differentiation in small groups, *Amer.Sociol.Review*, 20, 300-310.
- Slater P.E. (1958) Contrasting correlates of group size, *Sociometry*, 21, 129-139.
- Stone P.J., Bales R.F., Namenwirth J.Z., Ogilvie D.M. (1962) The General Inquirer: A computer system for content analysis and retrieval based on the sentence as a unit of information, *Behaviour, Science*, 7, 484-498.
- Strodtbeck F.L. (1951) Husband-wife interaction over revealed differences, *Amer.Sociol.Review*, 16, 468-473.
- Strodtbeck F.L. (1973) Bales 20 years later: A review essay. *The American Journal of Sociology*, 79.
- Talland G. (1955) Task and interaction process: Some characteristics of therapeutic group discussion, in P. Hare, E.F. Borgatta, R.F. Bales (eds.) Small Groups, Knopf, New York, 457-463.
- Whyte W. H. (1960) L'uomo dell'organizzazione. Einaudi, Torino.
- Weick K.E. (1968) Systematic observational methods, in G. Lindzey & E. Aronson (edt) The handbook of social psychology, second edition, Addison-W Wesley, Reading, Mass. vol. II, 357-451.







link 11 esperienze

**Il peso della Cura: ricerca sui
caregiver di malati oncologici**

ELEONORA D. CAPOVILLA, STEFANIA CANNONE

**L'adolescenza: una prospettiva
comprensiva**

GIOVANNI CARLO ZAPPAROLI





Il peso della Cura: ricerca sui caregiver di malati oncologici

ELEONORA D. CAPOVILLA*, STEFANIA CANNONE**

Introduzione

Gli attuali orientamenti nel campo dell'assistenza al paziente cronico, soprattutto nel caso di malattia neoplastica, tendono sempre di più a privilegiare un modello di assistenza extra-ospedaliera, favorendo la permanenza del paziente presso la famiglia ed utilizzando per quanto possibile la struttura del day hospital. L'esito dell'attuale politica di assistenza domiciliare e di ospedalizzazione breve ha la duplice finalità di razionalizzare la spesa sanitaria e migliorare la qualità di vita dei malati, ma ciò rende sempre più rilevante il ruolo assistenziale svolto dai componenti del nucleo familiare influenzando inevitabilmente su tutta la famiglia, sconvolgendo le normali abitudini e alterando il normale equilibrio familiare. In seguito alla comunicazione della diagnosi, nel periodo delle cure, i familiari hanno un compito determinante nell'assistenza al malato e quindi si trovano a cambiare alcuni ruoli e modificare abitudini.

L'attività di cura richiede spesso a chi le espleta un continuo impegno fisico ed emotivo con sconvolgimento dei compiti e mansioni a volte difficili e complessi, ciò comporta spesso che la famiglia ricopra un duplice ruolo: da un lato "soggetto attivo di tutela" che protegge e difende il malato, dall'altro di "soggetto di domanda" di aiuto, sollievo e tutela esterni, e quindi "oggetto d'intervento" rispetto a possibili patologie quali stress, depressione, ansia, sintomi di un carico assistenziale non sempre sostenibile ed in parte legati al conflitto tra bisogni del malato ed esigenze personali dei familiari – ma sono gli stessi pazienti che richiedono di essere accuditi dai propri familiari, pertanto un loro coinvolgimento è indispensabile.

La famiglia va considerata un sistema colpito dal cancro, i cui membri condividono una stessa esperienza che causa un distress reciproco ed interdependente.

Si deve tenere in considerazione come la qualità di vita di chi offre costantemente assistenza possa essere estremamente influenzata dall'onere materiale e psicologico legato alla cura del familiare malato, specialmente se la malattia si protrae nel tempo. La qualità di vita del caregiver quindi dipende dal carico assistenziale che grava su di lui.

Il caregiver è colui che meglio riesce a tollerare, ad agire con più fermezza e a reagire attivamente contro la demoralizzazione e l'ansia che aleggia sulla famiglia, è colui al quale vengono affidati compiti di organizzazione delle risorse, di interlocutore con l'esterno, soprattutto con le figure mediche, è colui che diviene il contenitore delle angosce e delle inquietudini di tutta la famiglia.

Negli ultimi anni sono stati studiati i problemi conseguenti al riverbero emotivo della malattia in termini di impatto e adattamento. La necessità di una valutazione obiettiva degli effetti che l'assistenza al paziente determina sulla famiglia, ha indotto i ricercatori a sfruttare anche in campo oncologico il concetto di carico familiare - family burden -, analogamente a ciò che è successo in altri ambiti assistenziali. Il concetto di "family burden" è stato introdotto per la prima volta nel 1966 da Grad e Sainsbury nell'ambito delle malattie mentali. Essi definirono la parola "burden"

L'attività di cura richiede un continuo impegno fisico ed emotivo con sconvolgimento dei compiti e mansioni a volte difficili e complessi. Ciò comporta spesso che la famiglia ricopra un duplice ruolo: da un lato "soggetto attivo di tutela" che protegge e difende il malato, dall'altro "soggetto di domanda" di aiuto, sollievo e tutela esterni, e quindi "oggetto d'intervento" rispetto a possibili patologie quali stress, depressione, ansia.





Molti studi si sono focalizzati sugli aspetti negativi dell'esperienza di caregiving, pochi hanno riportato gli aspetti positivi. Il caregiving potrebbe migliorare la qualità delle relazioni tra il familiare e il paziente, che di conseguenza può aumentare la stima di sé provata dal familiare. È molto difficile che i caregivers possano provare nello stesso tempo esperienze positive e negative legate al loro compito assistenziale, ma sicuramente alcuni hanno cambiato i loro sentimenti e le reazioni del proprio compito, connotandoli di aspetti positivi.

come quell'insieme di conseguenze negative che si verificano nella famiglia di cui il soggetto malato fa parte. In questo contesto, tale concetto viene visto come una mediazione tra i malesseri del paziente e l'impatto che il caregiver ha nel gestire il suo ruolo e la famiglia.

Hoenig e Hamilton furono i primi a concepire la duplice dimensioni del concetto di "burden", suggerendo che gli eventi e le attività dovevano essere separati dalle emozioni e dai sentimenti. Da qui l'elaborazione di una dualità di elementi all'interno del concetto, una soggettiva ed una oggettiva. La dimensione oggettiva si riferisce a quegli eventi ed attività connesse ad esperienze negative nel prestare cura, mentre la dimensione soggettiva si riferisce ai sentimenti che si fanno strada nel caregiver quando si sente appagato dal proprio ruolo.

I contributi negli anni Ottanta sono stati vari, ma è negli ultimi anni che è stata meglio chiarita la differenza tra la dimensione oggettiva e quella soggettiva, grazie all'utilizzo di mezzi statistici che hanno dato la possibilità di evidenziare la multidimensionalità del "burden", che comprende elementi fisici, economici, psicologici, sociali.

Il "burden" può essere concepito come la risultante di un bilancio, sempre precario e provvisorio, tra la domanda fatta al caregiver, che può provenire non soltanto dal malato ma anche dagli altri membri familiari, dalla società, dall'ambiente lavorativo, etc.; e le risorse messe in atto dall'individuo.

La letteratura riguardante il caregiver in ambito oncologico è esigua e talvolta contraddittoria nei suoi risultati, questo perché le variabili culturali e razziali hanno un grande peso sul burden of care. Il 90% dei malati dipende da un'altra persona per l'assistenza che riguarda la cura personale, per gli acquisti e il trasporto. Tanti studi includono le caratteristiche socio-demografiche, molti risultati sono stati ottenuti riguardo al sesso (Zarit e Toseland, 1986; Barusch e Spaid 1989; Miller e Cafasso, 1992) all'età (More t. coll., 1994), alla coabitazione e il tipo di relazione intercorrente tra paziente e caregiver (Horowitz, 1985). A tal proposito, le donne in età giovane vedono la propria figura di caregiver come negativa e riportano maggiore distress psicologico rispetto agli uomini e di età più avanzata.

Dalla letteratura emerge come il "peso della cura" è dipendente da molteplici fattori. È stato statisticamente calcolato che il 44% della varianza nella variabile "peso della cura" e il 40% nella variabile "depressione" del caregiver vengano spiegate da fattori quali l'età ed il sesso del caregiver, l'età ed il sesso del paziente, il suo status funzionale, la presenza di malattie ricorrenti, l'efficacia soggettivamente percepita delle strategie di coping e la percezione di un adeguato supporto sociale; inoltre l'impatto negativo del caregiving è associato ad un basso livello economico, al fatto di dover vivere da soli con un paziente molto dipendente, avendo con lui una relazione difficile ed un coinvolgimento molto elevato nei compiti assistenziali.

Molti studi si sono focalizzati sugli aspetti negativi dell'esperienza di caregiving, pochi hanno riportato gli aspetti positivi. In particolare, Folkman et coll. (1995) riporta che il caregiving potrebbe migliorare la qualità delle relazioni tra il familiare e il paziente, che di conseguenza può aumentare la stima di sé provata dal familiare. I ricercatori, hanno anche dimostrato che è molto difficile che i caregivers possano provare nello stesso tempo esperienze positive e negative legate al loro compito assistenziale, ma sicuramente alcuni hanno cambiato i loro sentimenti e le reazioni del proprio compito, connotandoli di aspetti positivi. Choen, sostiene che i sentimenti positivi sono correlati con una minore percezione del burden e con una diminuzione dei sentimenti negativi. Il 73% può trovare uno specifico aspetto positivo del caregiving, il 6,9% più di uno.

Obiettivo dello studio

In linea con i recenti cambiamenti in ambito assistenziale ai malati e con le modifiche – sociali, psicologiche, economiche – che ne conseguono in ambito familiare, il presente studio si pone come obiettivo di valutare i problemi correlati al caregiving in ambito oncologico, considerando sia la fatica esperita dai caregivers sia lo stato dell'umore, in relazione alle caratteristiche socio-demografiche e assistenziali.





La popolazione presa in esame è costituita dai pazienti in cura presso l'Istituto Oncologico Veneto di Padova, reparto di day-hospital oncologico.

L'obiettivo principale è quello di ottenere tramite questa indagine, un quadro di riferimento per le future ricerche e interventi, da attuare presso il medesimo contesto, con la premessa di una similarità di bisogni e difficoltà incontrati dai caregiver appartenenti ad una stessa cultura ed a una medesima area geografica.

Metodo e tecniche

Le ipotesi di lavoro sono:

1. I caregiver esperiscono fatica soggettiva che incide sulla loro vita:
 - la percezione del peso della cura è in relazione agli stati emotivi di ansia e depressione;
 - sul burden complessivo incide maggiormente la stanchezza fisica rispetto al carico sociale;
2. I fattori socio-demografici influenzano la percezione del burden:
 - una maggiore rabbia ed ansia provata dai caregiver più giovani a massimo sei mesi dalla diagnosi rispetto a quelli più vecchi;
 - la situazione di cura procura ripercussioni economiche nei caregiver più giovani,
 - il livello di istruzione basso incide sugli stati di ansia e confusione provocandone un aumento,
3. Le variabili di ordine temporale influenzano il burden
 - la percezione di aspetti positivi nello svolgere il ruolo di caregiver è inversamente correlato con la stanchezza provata ed è correlato con il tempo trascorso dall'inizio delle cure;
 - un maggior tempo di cura del paziente ha ripercussioni sui rapporti sociali,
 - un maggior tempo di cura del paziente procura un maggior affaticamento nel caregiver,
 - un maggior tempo di cura esaurisce le modalità di fronteggiare la malattia da parte del caregiver determinando così una diminuzione nel coping.



Il questionario

È stata condotta una ricerca sistematica nei database di PSYC-INFO e PUB-MED per identificare gli strumenti utilizzati nelle misurazioni del "burden of care" nei caregivers dei pazienti oncologici. Lo screening è stato condotto inserendo come parole chiave singole o in combinazione "caregiver" "burden" "cancer" "care". Gli studi trovati tramite questa metodologia di ricerca sono stati di un numero esiguo e sono stati selezionati in base alla presenza di una validazione in italiano del test utilizzato, al riferimento dei caregivers dei pazienti oncologici adulti ed infine per una facile compilazione del test con modalità self-report.

Il questionario richiede per la sua compilazione un tempo di circa 15 minuti, è anonimo ed è **self-report**. Esso viene distribuito in collaborazione con i volontari di AVO (Associazione Volontari Ospedalieri) -appositamente preparati- e la sua compilazione avviene nel tempo in cui i familiari attendono il proprio assistito che si sta sottoponendo al trattamento chemioterapico. Prima della compilazione del questionario, ai partecipanti allo studio viene distribuito un consenso informato – da firmare – nel quale viene spiegato lo scopo dello studio e le modalità di compilazione, con precisazione del rispetto della privacy secondo normative di legge.

La regola principale per l'esclusione dallo studio è una mancata compilazione del questionario in tutte le sue parti. La riconsegna avveniva manualmente da parte degli intervistati o ai volontari o alla psicologa realizzante lo studio.

La previsione fatta è stata quella di somministrare il questionario a circa 100-110 soggetti nell'arco temporale di circa tre settimane.

Il questionario è composto di quattro parti:





1. DATI RELATIVI AL FAMILIARE

Gli item sono desunti dal Colloquio di Accoglimento al Caregiver che viene condotto dagli psicologi nel primo momento di accesso alla struttura da parte del paziente e familiare, ed in ordine temporale avviene in seguito del Colloquio di Accoglimento rivolto al paziente stesso.

Il colloquio al familiare è tratto dalla Scheda per la continuità Assistenziale tra Ospedale e Territorio (S.C.H.A.T.), strutturata nel dicembre 2002 attraverso incontri pluridisciplinari.

Tale scheda ha la finalità di integrare le schede in uso nel territorio come per esempio la S.V.A.M.A, prive delle questioni di ordine psicosociale, con gli strumenti ospedalieri di carattere psiconcologico e sociale, come per esempio la S.A.P.O.D., per poter realizzare una presa in carico globale del paziente e della sua famiglia.

2. DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Gli item sono ricavati dal Colloquio di Accoglimento al malato oncologico della S.O.S di Psiconcologia. Essi sono di carattere sociale e di ordine "medico" poiché vengono richieste informazioni circa la neoplasia e più in generale, lo stato di salute del paziente.

3. I.M.P.A.T.

È il "Questionario sull'Impatto della Malattia Cronica sulla Famiglia" sviluppato nel 1980 da Stein e Riesman, per la valutazione del carico familiare in situazioni di malattia cronica nei bambini. In seguito è stato tradotto in italiano nel 1991 da Casari e Fantino, rivolto ai parenti dei bambini affetti da malattie croniche. È stata successivamente modificata da Carpinello et coll. nel 1995, per adattarlo alla valutazione dell'impatto della malattia su familiari adulti. Il questionario riporta una serie di riflessioni e situazioni - 24 item - che tutti possono pensare o trovarsi ad affrontare in una situazione problematica come quella di assistere il proprio familiare; ad essi l'intervistato è invitato a rispondere tramite una scala di accordo che va da 1 a 4 in ordine crescente. Al suo interno sono presenti quattro fattori: le preoccupazioni economiche legate alla malattia, le ripercussioni sui rapporti familiari e sulle interazioni sociali della malattia, l'affaticamento di chi ha in cura in prima persona l'ammalato, la capacità da parte del familiare di fronteggiare l'impatto alla malattia, ovvero il coping. Il test manca di un'analisi fattoriale interna, per cui gli item sono stati assegnati ad un area di riferimento in modo empirico.

4. P.O.M.S.

È il "Profile of Mood State" ideato da D. M. McNair in collaborazione con M. Lorr e di L. F. Droppleman nel 1981; tradotto e validato in italiano da Farnè, Sebellico et coll. Il questionario è composto di 58 item: si tratta di emozioni che nella vita tutti possiamo provare e in base ad essi segnalare, tramite una scala che va da 0 a 4 in ordine crescente, come ci si è sentiti nell'ultima settimana. I fattori indagati dal test sono sei: Tensione-Ansia, Depressione-Avvilimento, Aggressività-Rabbia, Vigore-Attività, Stanchezza-Indolenza, Confusione-Sconcerto.

I risultati dei questionari somministrati sono stati raggruppati e analizzati mediante il programma SPSS versione 11.5 per Windows. Sono state inizialmente elaborate le statistiche descrittive, si è proceduto poi al confronto tra due fattori interni dell'IMPAT.

Successivamente sono state analizzate le relazioni tra le variabili tramite il test Chi-quadro di Pearson.

Definizione delle variabili

I dati socio economici relativi al caregiver si riferiscono a:

- 1 età, che è stata suddivisa in fasce: 21-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66-oltre
- 2 titolo di studio: laurea, scuola media superiore, scuola media inferiore, licenza elementare, altro;
- 3 stato civile: coniugato/a, divorziato/a, vedovo/a, nubile/celibe;





- 4 convivenza o meno con il malato;
- 5 grado di parentela: coniuge, figlio/a, nuora/genero, nipote, sorella/fratello, altro;
- 6 ruolo nell'assistenza al familiare: costante e attivo, parzialmente attivo, occasionale o inconsistente;
- 7 durata dell'assistenza dedicata al familiare: da qualche settimana (tempo minimo 8 settimane), da meno di sei mesi, da sei mesi ad un anno, un anno ed oltre;
- 8 ruolo assistenziale del caregiver: Compagnia, incoraggiamento emotivo, accompagnamento ai controlli, assistenza all'igiene, assistenza all'alimentazione, interventi tecnici domiciliari (quali: gestione delle terapie a casa, iniezioni, medicazioni, misurazione dei parametri vitali)

Il Burden è composto da quattro aree, indagate all'interno del test IMPAT:

- 1 le preoccupazioni economiche legate alla malattia, classificate secondo la scala Lievi, Moderati, Grandi;
- 2 le ripercussioni sui rapporti familiari e sulle interazioni sociali della malattia, classificate secondo la scala Lievi, Moderati, Grandi;
- 3 l'affaticamento di chi ha in cura in prima persona l'ammalato, identificato attraverso la ripartizione Lieve, Moderato, Grande;
- 4 le capacità di fronteggiare la malattia, catalogato in Lieve, Moderato, Grande.

Il punteggio di Burden totale è stato suddiviso nei gruppi: Basso, Medio, Alto.

Lo stato dell'umore indagato attraverso il POMS, comprende l'ansia, suddivise nelle categorie di Minima, Normale, Discreta, Elevata, Massima; la depressione ripartita nelle medesime categorie; la confusione divisa in Normale, Discreta e Massima. Infine, sempre all'interno dello stato dell'umore sono stati indagati la rabbia e la stanchezza, entrambe aventi la seguente divisione Normale, Discreta, Elevata e Massima.

Definizione e descrizione del campione

Il presente lavoro è stato attuato per i caregivers dei pazienti oncologici seguiti nel day-hospital dell'Unità Operativa di Oncologia Medica dello I.O.V. di Padova. Pertanto, il campione è rappresentativo di una popolazione specifica – coloro che si avvalgono delle cure presso il suddetto istituto – ed è un campione finalizzato ad uno scopo (come indicato precedentemente).

I requisiti per l'inserimento dei soggetti-caregiver all'interno dello studio sono:

- coloro che in linea di massima si occupano maggiormente del paziente neoplastico (eventuali supporti sociali e il tempo dedicato vengono analizzati nel questionario);
- paziente in cura chemioterapia, da un tempo non inferiore ai due mesi.

Il Campione è composto da 105 soggetti, reclutati nel mese di novembre dell'anno 2006 presso l'Istituto Oncologico Veneto con sede a Padova.

Il 64,8% del campione è composto da donne, di cui il 44,11% sono coniugi dei pazienti e il 32,3% sono figlie. Per ciò che riguarda i maschi, essi sono il 35% della popolazione dei caregivers che nel 59,4% sono i coniugi e il 24,3% figli. Da queste percentuali emerge come le donne si prendono maggiormente cura della propria famiglia, infatti queste sono in superiorità numerica, ma allo stesso tempo meno del 50% sono coniugi, segno della loro disponibilità nel prestar cure anche se sono sorelle, figlie o, dato interessante, amiche del malato neoplastico.

La suddivisione per fasce di età ha evidenziato che la maggior parte dei caregiver ha un'età compresa tra i 36 e i 65 anni. L'età media è di 50 anni e la moda ricade nella classe 36-45 anni.

Il titolo di studio è nel 41,9 % dei casi della Scuola Media Superiore, il 25,7% della Scuola Media Inferiore seguiti da un 21% della Licenza elementare e l'11,4% di Laureati.

Per ciò che concerne lo stato civile, esso risulta essere per il 76,2 % coniugato, il 15 % celibe o nubile.

Considerata la natura particolarmente stressante dell'accudimento ad un malato

Il 64,8% del campione è composto da donne, di cui il 44,11% sono coniugi dei pazienti e il 32,3% sono figlie. Per ciò che riguarda i maschi, essi sono il 35% della popolazione dei caregivers che nel 59,4% sono i coniugi e il 24,3% figli. Da queste percentuali emerge come le donne si prendono maggiormente cura della propria famiglia, infatti queste sono in superiorità numerica, ma allo stesso tempo meno del 50% sono coniugi, segno della loro disponibilità nel prestar cure anche se sono sorelle, figlie o, dato interessante, amiche del malato neoplastico.



I caregivers ricoprono nella maggior parte dei casi, circa il 25%, due, tre o quattro compiti. Quello maggiormente svolto è l'accompagnamento ai controlli, riscontrato nel 29% dei casi, seguito dall'incoraggiamento emotivo 22% e dalla compagnia 21%. Infine, i caregiver dichiarano di svolgere nel loro ruolo assistenziale i compiti di misurazioni dei parametri vitali (15%) e assistenza all'igiene e all'alimentazione (entrambi con il 6,3% dei casi).

oncologico è sembrato importante anche considerare alcuni parametri temporali quali: "quanto tempo dedica all'assistenza del malato?" e "da quanto tempo assiste il suo familiare?".

Alla prima domanda la distribuzione del campione rispetto a quattro categorie è stata: il 54% dichiara di svolgere un ruolo assistenziale costante e attivo, che comprende un impegno maggiore o uguale al 50% su 24 ore. Il 30% ricopre un ruolo parzialmente attivo, con un tempo minore del 50% su 24 ore. Il 16% dichiara di svolgere il proprio compito assistenziale solo su richiesta del malato o del tutto inconsistente, essendo il paziente completamente autonomo. Questi dati sono spiegabili grazie al fatto che la maggior parte dei caregivers è rappresentata da coniugi, che convivono con il malato, potendo così prestare un'assistenza costante nell'arco della giornata.

Alla domanda "da quanto tempo assiste il suo familiare" c'è un'elevata corrispondenza con l'inizio della malattia. Ciò indica come nella totalità dei casi si tende a mantenere sempre lo stesso caregiver. È interessante notare come il 54,3% dei caregivers dichiara di assistere il proprio familiare da più di un anno e il 44,8% da tre mesi ed un anno. Questo dato conferma che grazie ai trattamenti di ultima generazione è possibile allungare la vita dei malati neoplastici anche di anni.

È stato chiesto ai caregivers di indicare in cosa consiste il loro ruolo assistenziale in una suddivisione di: compagnia, sostegno/incoraggiamento emotivo, accompagnamento ai controlli, assistenza all'igiene, assistenza all'alimentazione ed infine interventi tecnici domiciliari (che consistono in gestione delle terapie a casa, iniezioni, medicazioni e misurazioni dei parametri vitali). Durante la rielaborazione dei dati si è notato come i caregivers non svolgono mai, o quasi, un solo compito, per cui risulta interessante, ai fini di aver un miglior quadro del burden che grava su di loro, considerare quanti compiti ricoprono. I caregivers ricoprono nella maggior parte dei casi, circa il 25%, due, tre o quattro compiti. Quello maggiormente svolto è l'accompagnamento ai controlli, riscontrato nel 29% dei casi, seguito dall'incoraggiamento emotivo 22% e dalla compagnia 21%. Infine, i caregiver dichiarano di svolgere nel loro ruolo assistenziale i compiti di misurazioni dei parametri vitali (15%) e assistenza all'igiene e all'alimentazione (entrambi con il 6,3% dei casi).

Risultati

Sul burden totale ha un peso maggiore il carico sociale (47,19 %) rispetto alla stanchezza fisica (19,72 %). Questo indica che nel campione studiato ciò che è avvertito come fattore negativo è la perdita della propria libertà nella rete sociale.

È stato riscontrato che il burden influenza l'umore provocando ansia, in modo significativo ($p < 0,05$) per bassi livelli di carico provati dai caregivers corrispondono bassi livelli di ansia, mentre per un alto burden c'è un riscontro di ansia nell'83,4 % dei casi che, dati i livelli di intensità 'elevata e 'massima, possono essere considerati tendenzialmente "patologici". Emerge anche che la maggior parte dei caregivers esprime un carico del burden di intensità media, accompagnato da un livello di ansia nella norma, o lievemente superiore, di intensità 'discreta, per un totale di 60,7 %.

È risultata significativa ($p < 0,05$) l'influenza dei livelli di burden sull'umore anche attraverso la depressione. La maggior parte dei soggetti che prova un carico medio nel suo ruolo assistenziale ha una depressione nella norma, un livello minimo o normale, ma non è da trascurare il 32,1% dei caregivers che ha il livello di depressione superiore alla norma. Coloro che hanno un alto IMPAT conseguono nel 66,7% dei casi un alto livello di depressione (livello discreto, elevato e massimo).

Questi risultati ci permettono di confermare la prima ipotesi, dichiarando che i caregiver appartenenti al campione indagato, esperiscono il peso della cura. Quest'ultimo incide notevolmente sullo stato emotivo del soggetto ed è dipendente dal carico sociale avvertito, il che non conferma la supposizione iniziale, secondo cui un valore decisivo è ricoperto dalla stanchezza a livello fisico.

In letteratura sono ampiamente riportate le differenze nella percezione del burden in relazione alle variabili socio-demografiche. Tale relazione supportava la nostra





seconda ipotesi, la quale è stata parzialmente confermata. Infatti, l'età dei caregivers è risultata significativa nel generare differenze, relazionandola alla rabbia e alle difficoltà economiche familiari. Una rabbia discreta è presente nelle persone adulte e anziane nel 42,9% dei casi, un livello basso di rabbia è proprio dell'età dai 36 ai 55 anni ($p < 0,05$). Considerando anche una terza variabile: la durata del trattamento chemioterapico, è emerso che i livelli di rabbia sono significativi al tempo di sei mesi di trattamento ($p < 0,1$). In particolare maggiore è l'età (da 50 anni in su) più alto è il livello di rabbia. I caregivers con un'età compresa tra i 36 ai 55 anni riportano livelli di rabbia nella norma o lievemente superiori.

In relazione ai problemi economici, era stato supposto che i giovani avvertono maggiormente tali problemi e che si aggravano quando il tempo della cura è protratta da un anno in su. Entrambe le relazioni non sono state giustificate da un punto di vista statistico, ma è possibile notare una tendenza dei più giovani a rispondere di avere delle difficoltà economiche seppur di entità lieve. Questo è spiegabile prestando attenzione agli item che fanno parte di questo fattore nel test IMPAT, in quanto essi indagano anche le ore di lavoro perse per accompagnare il familiare in ospedale o le ore di assistenza domestiche.

Successivamente è stata indagata la relazione tra i problemi economici e l'ansia, sulla base dell'ipotesi che le difficoltà finanziarie contribuiscano a creare ansia nel caregiver. Tale relazione, è risultata significativa ($p < 0,05$). Nelle situazioni caratterizzate da un'assenza di problemi economici corrispondono bassi livelli di ansia, mentre medie difficoltà finanziarie causano un'ansia importante, a livelli tendenzialmente "patologici", (di intensità massima nel 75% dei casi).

Mentre l'ipotesi che supponeva una connessione tra ansia e confusione con il livello di scolarità non è risultata confermata. Data la relazione tra ansia e problemi economici, durante la rielaborazione dei dati è stato interessante calcolare la connessione con l'età, sempre partendo dal presupposto che i giovani, avendo maggiori difficoltà economiche potessero provare maggiore ansia. Ciò che è emerso dalla relazione tra le tre variabili con significatività statistica ($p < 0,05$), è che i più ansiosi sono i caregivers con un'età compresa tra i 46 e i 55 anni con un'entità di burden economico moderato. Di questi il 66,7% ha un'ansia pari al livello elevato, e il 50% a livelli massimi.

All'inizio dello studio era stato ipotizzato che l'ansia fosse in relazione all'età, ma nell'analisi del campione tale relazione non è risultata significativa. È lecito, data la distribuzione dei risultati, parlare di una tendenza secondo cui, i più anziani hanno un'ansia nella norma, mentre i più giovani riportano tendenzialmente livelli superiori alla norma. In letteratura sono ampiamente trattate le ripercussioni economiche della malattia sul sistema familiare. In Italia tale disagio non viene avvertito, segno che il nostro sistema sanitario non fa gravare sulla famiglia tutte le spese e, qualora siano presenti degli aiuti e sostegni sociali che collaborano con il caregiver (quali badanti o infermieri specializzati), le spese sono contenute e sopportabili dall'economia familiare.

Il fattore positivo, indagato tramite un particolare item del test IMPAT, il numero 23 ("Siamo una famiglia più unita per tutto quello che abbiamo condiviso"), è risultato ampiamente rappresentativo delle famiglie, ricevendo un grado di accordo massimo nel 52% dei casi. Si tratta di situazioni caratterizzate da un impegno quotidiano intenso che si protrae per un periodo di tempo relativamente lungo. Il tempo a disposizione del caregiver è, quindi, prevalentemente assorbito dall'accudimento al malato. Non stupisce, allora, che alcuni caregivers denunciino una riduzione del loro tempo destinato alla cura di sé nonché ai rapporti con gli altri familiari. Ciò nonostante, non è stata confermata la terza ipotesi, secondo cui la variabile di ordine temporale incida sul burden e, in particolare nella percezione di aspetti positivi, nella stanchezza e nel carico sociale avvertiti, nonché nella scelta delle strategie di coping da mettere in atto per fronteggiare la situazione. Questa conferma, con una certa probabilità, è da imputare al grado di parentela del caregiver con il malato, che come già descritto è un familiare stretto, ma anche alle caratteristiche della nostra cultura, significata da una forte unione familiare e da una grande solidarietà reciproca.

I più anziani hanno un'ansia nella norma, mentre i più giovani riportano tendenzialmente livelli superiori alla norma. In letteratura sono ampiamente trattate le ripercussioni economiche della malattia sul sistema familiare. In Italia tale disagio non viene avvertito, segno che il nostro sistema sanitario non fa gravare sulla famiglia tutte le spese e, qualora siano presenti degli aiuti e sostegni sociali che collaborano con il caregiver (quali badanti o infermieri specializzati), le spese sono contenute e sopportabili dall'economia familiare.



Conclusioni

Alla luce dei risultati ottenuti, i dati ricavati e i risultati delle analisi fatte, suggeriscono che il familiare, nel suo compito di prendersi cura, attraversa un'esperienza stressante sia fisicamente sia emotivamente che può portare a livelli profondi di sofferenza psicologica ed esitare in espressioni psicopatologiche e somatiche. Questi dati possono essere considerati come un'indicazione per l'orientamento del target di riferimento di un intervento psicologico di supporto ad hoc per il caregiver. Gli interventi sulla famiglia hanno come obiettivo quello di diminuire lo stato d'ansia, di confusione e di infermità della famiglia, aiutarla ad affrontare meglio alcuni problemi pratici, incoraggiarla a fare domande per sviluppare sentimenti di fiducia nei curanti. Tutto ciò è realizzabile attraverso una comunicazione di informazioni chiare e un supporto emozionale, organizzando per esempio gruppi psicoeducativo per i familiari che condividono le stesse esperienze. Fino ad oggi sono ancora pochi questi tipi di interventi.

* Responsabile struttura semplice di Psiconcologia, I.O.V.- I.R.C.C.S.- Padova.

** Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

- Becchi M.A., Neri G., Pelosi A. (2001) *La qualità di vita e il carico assistenziale della famiglia*, in De Girolamo G. (a cura di) Salute e Qualità di vita. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Capovilla E.D., Dogliotti F., Guglieri I. (2006) *Ospedale e territorio: assistenza integrata*. Giornale Italiano di Psiconcologia 8 (1-2), 7-18.
- Capovilla E.D., Nicora M.L., Fiorentino M. (1998) *Per un approccio integrato alla persona che muore: l'esperienza di un'équipe multidisciplinare* in Morasso G. (a cura di) Cancro: Curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 205-215.
- Carpiniello B., Baita A., Pariente C.M., Orrù W., Rubinetti A.S., Rudas N. (1995) *Il carico familiare nelle malattie croniche. Studio di validazione e di riproducibilità del questionario sull'impatto della malattia cronica sulla famiglia (IMPAT)*. Minerva Psichiatrica, 36, 171-178.
- Carpiniello B. (2002). *Il ruolo della famiglia. Carico familiare e cancro* in Bellani Bellani M.L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P. (a cura di) Psiconcologia, Masson Ed., Milano, 321-328.
- Chou K. (2000) *Caregiver burden: a concept analysis*. Journal of pediatric Nursing, 15 (6), 398-407.
- Covinsky K.E., Goldman L., Cook E.F., Oye R., Desbiens N., Reding D., Fulkerson W., Connors A.F., Lynn J., Phillips R.S. (1994) *The impact of serious illness on patients' families*. JAMA, 272 (23), 1839-1844.
- Dilworth-Anderson P., Williams I.C., Gibson B.E. (2002) *Issues of race, ethnicity, and culture in caregiving research: a 20-Years review (1980-2000)*. The Gerontologist, 42 (2), 237-272.
- Invernizzi G., Bressi C., Comazzi A.M. (1992). *La famiglia del malato neoplastico*, in Progressi Clinici: Medicina. Vol. 6, n. 3.
- Nijboer C., Tempelaar R., Sanderma R., Triemstra M., Spruijt R.J., van de Bos G.A.M. (1998) *Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health*. Psycho-oncology, 7, 3-13.
- POMS. *Profile of Mood State-Maiale*. Adattamento Italiano Farné M., Sebellico A., Gnugnoli D., Corallo A. (a cura di).
- Regione del Veneto - S.V.A.M.A. *Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte ed Anziane*.

The weight of the care: a search about the caregivers of oncological patients

Cancer, thanks to modern therapies that make life longest, is an event that produces physical and emotional stress in families.

This study aims to consider problems correlated to caregivers in oncologic circles and patients that have been attending the D.H.O. of V.O.I. in Padova for two months at least in chemotherapeutic treatment. By questionnaires such as I.M.P.A.T. and P.O.M.S the authors are able to point out the degree of mental and physical exertion of the caregivers and their spirits. The weight of the care produces anxiety and depression and are influenced by social-demographic index such as caregivers' age and financial difficulties. The caregivers show greatest coping conditions between six months and one year of treatment. The positive aspects achieving by the treatment can be verified into 52% of the cases. Caregivers' life is deeply marked from disease on which daily activities and emotional/relational process model themselves.



L'adolescenza: una prospettiva comprensiva

GIOVANNI CARLO ZAPPAROLI *

Alcuni punti fondamentali per un approccio all'adolescenza che risponda ai criteri oggi così sentiti di efficacia e di economia, intesa in un contesto globale, che metta a confronto i costi dell'intervento (denaro, tempo, energia) e l'efficacia dei risultati

Premessa

Caratteristica fondamentale dell'adolescenza e, di conseguenza, uno dei bisogni prioritari e specifici di questa fase è il processo di riconoscimento e scoperta di ciò che è suo a livello di caratteristiche, di bisogni e di finalità, di attitudini e di talenti. Al contrario del bambino che, immaturo a livello psico-biologico, dipende in prevalenza dai genitori e dagli adulti significativi del suo ambiente, l'adolescente inizia un processo di differenziazione che completa, naturalmente con caratteristiche molto diverse, la corrispondente fase infantile. Riguarda infatti lo sviluppo della consapevolezza di ciò che è suo e più gli appartiene, su cui si basa quindi la formazione della sua identità come persona. È un processo che continua durante tutta l'esistenza, ma nell'adolescente favorisce il contatto con la sua autentica realtà di individuo, che costituisce la base su cui vengono in seguito integrati elementi di continuità con il passato e quelli che provengono dalle nuove esperienze soprattutto relazionali: questi possono allora costituire un arricchimento e non un ostacolo al mantenimento di una propria autenticità. Questo processo è parallelo al graduale passaggio da una situazione di dipendenza ad una di autonomia, quindi alla separazione dalle figure che hanno costituito i necessari referenti affettivi durante l'epoca infantile, necessari per la sopravvivenza. Viene cioè impostato, a partire dall'inizio di questa fase, l'acquisizione di ciò che ne caratterizza la fine: l'idoneità alla auto-conservazione che presuppone lo sviluppo di un sistema di sicurezza interno che si fonda sulla possibilità di definire i propri bisogni, scopi e finalità, i talenti per realizzarli, la capacità di affrontare le vicissitudini che caratterizzano il processo che separa il sorgere del bisogno dalla sua realizzazione. Molti bisogni degli adolescenti si collegano a questo processo: l'esigenza di uno spazio privato e segreto, l'appartenenza ad un gruppo di coetanei che fornisce il necessario sostegno e rispecchiamento durante una fase caratterizzata da una ancora inadeguata definizione di sé e dalla incertezza, il bisogno di opporsi all'influenza del mondo adulto, il bisogno di un investimento positivo narcisistico sul sé, sufficientemente stabile per contrastare le oscillazioni dell'autostima lungo le dimensioni onnipotenza-impotenza. Di questa area privata fanno parte altri bisogni che in questa fase acquisiscono caratteristiche tipiche, diverse da quelle infantili, i bisogni cioè correlati alla sessualità e alla cognizione. **I bisogni sessuali** rappresentano una potente spinta emancipativa che richiede non solo un cambiamento oggettuale ma anche nelle modalità relazionali, nelle quali si realizza un equilibrio tra investimenti narcisistici ed investimenti su relazioni con caratteristiche di parità e di scambio. Anche **i bisogni di conoscenza** hanno un valenza emancipativa ed entrambi infatti favoriscono realizzazioni in aree e dimensioni nuove rispetto al passato, al di là della cerchia di ciò che è familiare e conosciuto. Non esaurisco certo un discorso che è molto articolato, ma intendo

Al contrario del bambino che, immaturo a livello psico-biologico, dipende in prevalenza dai genitori e dagli adulti significativi del suo ambiente, l'adolescente inizia un processo di differenziazione che completa, naturalmente con caratteristiche molto diverse, la corrispondente fase infantile. Riguarda infatti lo sviluppo della consapevolezza di ciò che è suo e più gli appartiene, su cui si basa quindi la formazione della sua identità come persona.





È necessario considerare la specificità dei bisogni e delle caratteristiche degli adolescenti come punto di partenza per una valutazione e un programma di intervento o, naturalmente, di non intervento. Occorre inoltre che l'operatore, pur utilizzando il proprio "sapere" di persona e di professionista, mantenga una flessibilità che renda possibile adattare l'intervento all'adolescente e non il contrario. È necessaria una disponibilità all'integrazione di diversi modelli teorici e tecnici, disponibilità che ogni operatore deve saper mantenere controllando la naturale tendenza a trovare la sicurezza in un "sistema", quello da lui adottato, che, sulla base di una convinzione arbitraria, viene considerato il migliore e universalmente valido per tutti. Infine occorre assumere un atteggiamento "integrativo".

tracciare linee che costituiscano uno schema cui riferirsi, finalizzato a definire la specificità di alcuni fondamentali parametri di valutazione, che servano da guida per la comprensione di una realtà complessa e in continuo movimento.

Il primo punto riguarda quindi un concetto, da me sviluppato a livello più generale ma di prioritaria importanza anche in questa fase: la necessità di considerare **la specificità dei bisogni e delle caratteristiche degli adolescenti** come punto di partenza per una valutazione e un programma di intervento o, naturalmente, di non intervento. La specificità nasce da un'interazione di variabili esterne e interne, ad esempio la storia di quel particolare individuo, la dotazione biologica e psicologica, la fase evolutiva o il contesto ambientale o socio culturale, e considerarla ci aiuta a evitare il rischio della genericità. Questa ha origine da alcuni fattori, ad esempio da una parte dal fatto di parlare di bisogni come concetto astratto e dall'altra dal rischio di attuare un processo di valutazione arbitrario in quanto frutto di un'attribuzione di significati da parte di chi valuta, che deriva dal prevalere di elementi soggettivi quali sono le ideologie personali o la formazione professionale. A questo proposito, su un bisogno in particolare, a mio parere caratteristico dell'adolescenza, desidero portare l'attenzione. Proprio perché è nel presente, per le ragioni che ho sopra discusso, che egli si può confrontare con la sua realtà non più di bambino e non ancora di adulto, e arrivare a un contatto con la propria autentica realtà di individuo, l'adolescente necessita di qualcuno che gli permetta di parlare del presente, che riesca ad accettare la relazione nel presente, e non lo porti a rievocare il passato come molti interventi psicoterapeutici lo portano a fare, o ad anticipare il futuro come molto spesso si aspettano i famigliari o altre persone del suo ambiente. Questi anzi sono esempi di una "imposizione" di schemi preconcepiuti alla realtà dell'altro, che trascura un processo di valutazione che parta dalla sua realtà di bisogni e non dalla nostra, come persone e come operatori. Introduce anche il punto successivo.

Il secondo punto è, infatti, strettamente collegato al primo, in quanto il fatto di identificare la specificità dei bisogni come base dell'intervento richiede che l'operatore, pur utilizzando il proprio "sapere" di persona e di professionista, mantenga una **flessibilità che renda possibile adattare l'intervento all'adolescente e non il contrario**. È questo un punto molto controverso. Il fatto che sia inevitabile la interferenza di elementi legati alla soggettività è evidenziato dalla filosofia della scienza contemporanea, che ha riconosciuto la, pur relativa, dipendenza dei fenomeni osservati dall'osservatore, ed è sempre più accettato anche nel campo delle scienze umane, nelle quali sia gli "strumenti" che il campo di indagine coinvolgono, più che altre discipline scientifiche, la soggettività. Ne è un esempio anche l'attenzione agli elementi relazionali, tanto che una importanza uguale è attualmente data alla intrasoggettività e alla relazione, entrambe considerate aree essenziali di indagine e conoscenza. Il clinico deve quindi possedere la capacità di riconoscere l'insieme delle sue componenti soggettive di cui fanno parte elementi affettivi ed emotivi collegati a bisogni, motivazioni, intenzioni, ideali ma anche a posizioni concettuali e teoriche o ideologiche in cui confluiscono elementi derivati dalla propria esperienza personale e professionale. Questo "sistema" soggettivo, a meno che non sia consapevole, compromette la imparzialità della valutazione.

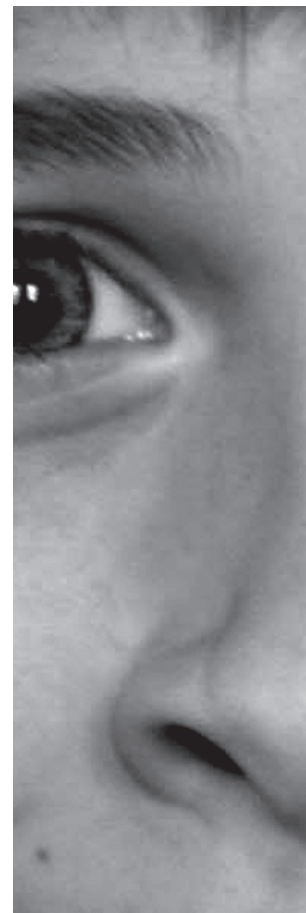
Il terzo punto è conseguente, e riguarda la necessità di una **disponibilità all'integrazione di diversi modelli teorici e tecnici**, disponibilità che ogni operatore deve saper mantenere controllando la naturale tendenza a trovare la sicurezza in un "sistema", quello da lui adottato, che, sulla base di una convinzione arbitraria, viene considerato il migliore e universalmente valido per tutti. Integrazione vuol dire anche la capacità di prendere in considerazione la pluralità dei contesti con cui l'adolescente viene in contatto, in quanto sono parte integrante della sua realtà e come tali fonte di difficoltà per noi se non ne valutiamo il significato e l'impatto. E questo significa attuare un'analisi della specificità dei bisogni non solo a livello delle persone che contano nella vita dell'adolescente ma anche di coloro che lo prendono in carico, diversi servizi ad esempio o diversi operatori nell'ambito di uno stesso





servizio. Essi possono risultare convergenti o in conflitto con quelli dell'adolescente e ugualmente possono esserlo tra loro, e infatti spesso sono presenti nella realtà dell'adolescente forze in opposizione che esercitano pressioni contrastanti.

Il quarto punto riguarda il concetto di integrazione che è, come l'esperienza mi ha insegnato, anche per chi razionalmente lo accetta e lo condivide, di non facile applicabilità, tanto che spesso rimane a un livello di adesione superficiale. **Cosa permette un'autentica integrazione?** Essenzialmente lo sviluppo di un orientamento personale, intellettuale ed emotivo, che permette una visione unificante, essenziale per lo sviluppo di una prospettiva adatta a comprendere le molteplici e complesse variabili dell'essere umano e del contesto sociale e culturale nel quale vive. Ma assumere un orientamento integrativo è reso difficile da vari fattori: si dà per scontato che il concetto di integrazione abbia una chiarezza che non ha, ha avuto una diffusione che ne ha ridotto la specificità, esistono nell'individuo delle resistenze cosce e, soprattutto, inconscie che ostacolano un'autentica adesione ad esso. Dato che il sistema di sicurezza è uno dei valori più importanti per l'individuo, è inevitabile che lo sia anche nel campo della conoscenza e della professione, e questo determina anche la "fedeltà" ad un paradigma personale e concettuale dai contorni precisi e conosciuti, così come la opposizione a ciò che rappresenta il diverso e il nuovo. L'orientamento integrativo presuppone quindi alcune condizioni. Anzitutto una approfondita conoscenza di schemi di riferimento teorici utili per la fase più concreta ed applicativa: cito come esempio il modello bio-psico-sociale, la concettualizzazione delle manifestazioni psicopatologiche lungo il continuum deficit-conflitto o ancora la conoscenza delle diverse forme di psicoterapia, quali la psicoanalitica e la cognitivo-comportamentale. In secondo luogo presuppone la capacità di utilizzare due livelli, quello lontano e quello vicino all'esperienza. Le evidenze cliniche infatti derivano da due fonti, da un lato dalla descrizione nosografia e dai criteri classificatori, dall'altra dai dati tratti dalla relazione dell'individuo con se stesso e con gli altri, e dall'esplorazione di fantasie, desideri, intenzioni e significati dell'esperienza, che ci permettono di riconoscere i bisogni di quel particolare individuo e gli eventuali aspetti difensivi. Presuppone infine anche l'elaborazione delle resistenze che ostacolano lo sviluppo nell'individuo di un atteggiamento integrativo, sia rispetto ai vari modelli che rispetto ad altri professionisti con diverse competenze o diversi orientamenti. Oltre al già citato atteggiamento di chiusura che impedisce di cogliere elementi di reciproca utilità nei diversi modelli e il loro valore complementare, concorre a questo anche un problema ancora più complesso, che riguarda il potere e la circolazione del potere. Questo problema determina alcune conseguenze, di cui considero in questa sede due tra le più importanti. Da una parte, è alla base della tendenza di una certa disciplina, imporsi come luogo di legittimazione del potere, dall'altra concorre allo sviluppo, nei suoi rappresentanti, della tendenza a perseguire un fine di potere che ostacola la ricerca del nuovo e il rifiuto ad accettare il possibile apporto di altri modelli o discipline, motivato, al di là di ogni razionalizzazione o giustificazione, ad esempio la necessità di salvaguardare l'ortodossia del modello, dal fatto che ogni novità viene sentita come una minaccia ad una situazione di potere. Quanto detto mi permette di introdurre un **punto ulteriore la questione del potere** a livello dell'intervento. Chi ha il potere, in relazione all'adolescente o chi ha più potere e che tipo di potere ha? Dobbiamo cioè chiederci quale è il potere dell'adolescente, della famiglia, della scuola, dei coetanei e così via, e quale il nostro. Chiedersi questo è importante, come è importante definire la questione del potere tra i diversi operatori, che spesso entrano in conflitto, in quanto hanno opinioni o schemi personali e teorici che entrano in competizione perché non ne vedono le possibilità di reciproco arricchimento. Di qui l'importanza di quella che io ho definito la "mappa dei poteri" che è sempre necessario delineare quando più persone sono coinvolte in modo significativo nel rapporto con il paziente. Disegnare la mappa dei poteri diviene, quindi, una delle priorità nel programmare un intervento. Per farlo in modo corretto dobbiamo renderci conto di un fattore relativamente nuovo, il fatto che anche noi, come operatori della salute mentale, siamo passati da un potere "assoluto" a uno "relativo". Questo ha molte cause, alcune sono all'interno del nostro campo, ad esempio si è modificato





il concetto stesso di autorità, sono cadute le rigide gerarchie di un tempo, si sono sviluppate molte forme e modelli diversi di trattamento, ogni operatore e ogni corrente si è trovata di fronte ai propri limiti e ai propri fallimenti, quindi a una perdita di un potere supposto assoluto. Ma abbiamo perso potere anche all'esterno del nostro campo, per i profondi rivolgimenti socioculturali che hanno messo in crisi ogni dogmatismo a favore di una pluralità di prospettive.

E questo introduce ***l'ultimo punto***: l'importanza, anzi la necessità, che chi si occupa di adolescenti impari ***una fondamentale, indispensabile funzione, quella di "intermediario"***, resa necessaria dalla molteplicità dei bisogni e dei poteri cui ho accennato che, nel momento nel quale non viene considerata, agisce come una forza che inevitabilmente distrugge ogni sforzo per quanto ben pensato e ben condotto. Dobbiamo quindi mediare tra i bisogni nostri e quelli dell'adolescente, dei familiari, di qualsiasi entità significativa sia presente nella vita dell'adolescente, come naturalmente spesso dobbiamo mediare tra le forze interne opposte dell'adolescente, le sue incapacità e le sue risorse, i suoi desideri e ciò che si oppone a essi e alla loro realizzazione, tra realtà e ideale, tra libertà e contenimento, tra ciò che è adattativo e ciò che tende al disadattamento. Dobbiamo anche mediare tra l'adolescente e se stesso. Anzitutto per aiutarlo nel passaggio tra l'età infantile e l'adulta, in secondo luogo per favorire in lui la comprensione del proprio bisogno quando non è da lui riconosciuto, infine per aiutarlo a stabilire una connessione tra il suo bisogno e ciò che può dare ad esso una risposta adeguata o tra parti interne in conflitto rendendo possibile la comunicazione tra conscio e inconscio, ragione e irrazionale.

Da queste considerazioni possiamo ricavare come conseguenza che l'aiuto che gli adulti possono fornire all'adolescente in difficoltà non è certamente facile e ci permette di evidenziare come chiunque si occupi di adolescenza debba affrontare una tipica difficoltà che differenzia queste da tutte le altre età della vita. Da un lato infatti l'adulto è in difficoltà, in quanto, di fronte all'adolescente in crisi, gli risulta difficile limitarsi a svolgere la funzione di osservatore partecipe ma è portato a interferire sulla natura del processo di cambiamento che l'adolescente sta realizzando. Da parte sua l'adolescente manifesta una tipica difficoltà a capitalizzare il giusto aiuto, come conseguenza dei molti fattori, uno dei principali è il bisogno di staccarsi dalle figure originarie di dipendenza e attaccamento, stabilendo le basi per lo strutturarsi di un sé autonomo e di una propria identità. L'adolescente, è un'affermazione di Winnicott, non desidera essere aiutato. Una delle possibilità di aiutarlo è quello di realizzare interventi nel modo più naturale e nel contesto stesso della vita dell'adolescente. Verranno ora riportati due esempi di questa possibilità, entrambi attuati in un contesto scolastico, appartenenti a aree importanti di bisogni, quelle della sessualità e della conoscenza, delle difese che determinano e dei disturbi che ne possono conseguire.

ESEMPIO 1

Risultati e proposte operative di un intervento nella scuola finalizzato alla promozione della salute [Maria Clotilde Gislon**, Maria Villa***]

Obiettivo del lavoro

Evidenziare la possibilità di intervenire in ambito scolastico nella prima classe della scuola media superiore, per riconoscere precocemente la presenza di un disagio psichico e studiare due variabili: la possibilità di un intervento tempestivo con un valore di promozione della salute; l'opportunità di individuare interventi specifici della scuola all'interno dell'ambito che le è proprio, ossia scoprire quale azione specifica gli insegnanti possono svolgere a questo riguardo, utilizzando ed affinando le tecniche e i mezzi didattici. L'obiettivo è cioè quello di valorizzare le risorse interne all'istituzione. Interventi specialistici – psicoterapia, tecniche psico-educative rivolte all'allievo e/o alla famiglia – sono previsti solo in casi particolari o come supporto all'azione della scuola.





Metodologia

Scelta delle variabili. Sono state scelte due variabili, la paura e la noia, stati affettivi riconosciuti empiricamente e clinicamente come indici significativi ed idonei ad evidenziare problemi psicologici, in quanto mobilitano da una parte risorse adattative ed evolutive, dall'altra modalità disadattative o patologiche.

Raccolta dei dati. È stato somministrato un questionario semi-guidato, seguito da un colloquio individuale.

Aree di indagine. L'indagine è stata orientata a tre aree: realtà - fantasia - sogni. A livello della realtà in particolare sono state esplorate le modalità con le quali, nel corso dell'ultimo anno, i soggetti hanno vissuto e manifestato la paura e la noia nella loro vita quotidiana e nei momenti di crisi, specie in riferimento alla scuola - le situazioni più significative nelle quali i soggetti hanno dichiarato di avere sperimentato tali emozioni.

I dati sono stati oggetto di indagine statistica e qualitativa. I questionari sono stati somministrati a 80 allievi di tre differenti istituti. Con tutti è stato tenuto un colloquio individuale.

Risultati

L'analisi quantitativa delle risposte ha evidenziato un forte riconoscimento da parte della maggioranza degli intervistati della "fatica di crescere" (70.1 %), dell'insicurezza (59%) di sentimenti di inferiorità rispetto al gruppo dei coetanei (56%), di paura di non accettazione e di abbandono (68%), Sono state inoltre individuate difficoltà al controllo degli impulsi e a tollerare momenti di tristezza (52.9%) e di insoddisfazione a scuola (60.3%)

Indagine qualitativa

È stato scelto il parametro della difficoltà di apprendimento, individuato tra i tanti possibili, sia in quanto valido indice specifico di disagio interno e nel rapporto con l'ambiente, sia in quanto rende possibile attuare un intervento in ambito scolastico e del quale è possibile misurare la validità. L'analisi del campione esaminato ha permesso di evidenziare fattori quantitativi collegati alla gravità della situazione di disagio e fattori qualitativi, connessi alle diverse variabili alla base della difficoltà di apprendimento. È stato quindi possibile suddividere il campione in tre gruppi.

Primo gruppo. Si è evidenziata una resistenza all'apprendimento, come conseguenza principalmente di una negazione o di un non riconoscimento del bisogno di conoscenza. Per strutturare l'intervento sono state oggetto di valutazione: le ragioni che stanno alla base di tale negazione - le modalità attraverso le quali aiutare il soggetto a divenire consapevole del bisogno di conoscenza, come bisogno proprio e quindi non imposto dall'ambiente e senza un significato soggettivo. **Secondo gruppo.** Si è registrato un conflitto fondamentale tra attività e passività. Esiste in questi soggetti la necessità di non essere esclusivamente e prioritariamente messi in una condizione di passività riguardo all'apprendimento, ma che venga considerata la possibilità di essere accettati in una posizione attiva. Con ciò non si intende una stimolazione all'attività, ad esempio assegnare delle ricerche ecc., ma considerare con l'allievo stesso ciò che ha di già lui da insegnare. **Terzo gruppo.** È caratterizzato da problematiche collegate con disturbi patologici di livello più o meno grave.

I tre gruppi esigono livelli di intervento differenti. Si è fatta l'ipotesi che l'intervento nei primi due gruppi possa essere attuato essenzialmente dagli insegnanti, con l'appoggio di esperti; nel terzo essenzialmente da psicoterapeuti e in questo caso l'azione dell'insegnante può essere essenzialmente di sostegno. Alcuni soggetti dei primi due gruppi presentano problemi che potrebbero esigere un intervento specialistico, ma questo può essere riconosciuto solo dopo che è stato fatto un tentativo nel senso sopra descritto.

La finalità del "mentore" non è solo a livello di trasmettere conoscenza ma quella di fare da intermediario. In generale nell'adolescenza la mediazione avviene rispetto al passaggio da una condizione di dipendenza ad una di maggiore autonomia, quindi al passaggio da una sicurezza in prevalenza esterna ad una in prevalenza interna. In parte questa mediazione può essere svolta dall'insegnante, in quanto può utilizzare le aree di conoscenza per favorire nell'adolescente la strutturazione di un'area personale privata, evidenziando che ha delle potenzialità e delle risorse, ma deve imparare a sfruttarle.



Realizzazione del progetto

Sì è quindi proposto ad un gruppo di insegnanti "volontari" di tre prime classi di tre licei differenti - uno scientifico, il secondo professionale, il terzo linguistico- di utilizzare una metodologia rivolta ad affrontare problematiche legate alle difficoltà di apprendimento e allo scarso rendimento scolastico, con un gruppo di allievi che sono stati valutati idonei a tale intervento, quelli appartenenti al primo e al secondo gruppo. Verranno presentati quattro casi come esempio della modalità di procedere utilizzata, preceduti da una breve presentazione relativa alla impostazione del problema.

Il problema è stato formulato in questi termini: l'insegnante è solo quello che si occupa della conoscenza o anche quello che si interessa a come vengono capitalizzate e assimilate le conoscenze?

Il docente può fare da intermediario. Cioè la finalità del "mentore" non è solo a livello di trasmettere conoscenza ma quella di fare da intermediario. In generale nell'adolescenza la mediazione avviene rispetto al passaggio da una condizione di dipendenza ad una di maggiore autonomia, quindi al passaggio da una sicurezza in prevalenza esterna ad una in prevalenza interna. In parte questa mediazione può essere svolta dall'insegnante, in quanto può utilizzare le aree di conoscenza per favorire nell'adolescente la strutturazione di un'area personale privata, evidenziando che ha delle potenzialità e delle risorse, ma deve imparare a sfruttarle. Due sono le variabili importanti tra loro connesse. Anzitutto è importante che l'insegnante non presenti solo nozioni ma cerchi una modalità per interessarlo, partendo da lui: "Cosa interessa a te?" Cerca di rendere interessante lo studio. "Quando vuoi scoprire tu le cose e quando vuoi essere già preparato?" In questo modo favorisce il passaggio dalla passività, ad esempio di subire condizioni esterne quali le imposizioni della madre o del padre e subire le proprie reazioni interne, all'attività, aiutando l'adolescente a riconoscere attivamente i suoi bisogni: "Dimmi "tu" quali sono i tuoi desideri". In secondo luogo è necessario "veicolare" l'apprendimento. Quando ci sono difficoltà di apprendimento infatti, in molti casi, possono essere superati o ridotte attraverso una funzione specifica definibile come di "veicolazione" "che aiuta l'adolescente a capire che attraverso l'apprendimento può acquisire cose che gli possono essere utili, quindi secondo una modalità che aumenti nell'adolescente il desiderio di conoscere. In alcuni casi inoltre è opportuno che l'insegnante instauri con l'allievo anche un dialogo che ne aumenti la consapevolezza relativa alle ragioni che sono alla base della sua opposizione all'apprendimento. Non mi riferisco ad una funzione psicoterapeutica, ma ad una funzione che fa parte del ruolo del "mentore".

Mediazione tra la realtà della famiglia e realtà esterna. A questo fine il docente deve sviluppare nell'adolescente il bisogno e l'interesse rispetto al conoscere, e fargli prendere consapevolezza dei motivi che sono alla base delle sue difficoltà nell'attuare questo passaggio, ad esempio il fatto che deve imparare a svolgere in modo autonomo le funzioni fino ad allora in prevalenza svolte dai genitori: deve quindi rinunciare all'anticipazione rispetto alla soddisfazione dei suoi bisogni o deve procurarsi lui i mezzi per realizzare le sue finalità.

Valentino (15 anni)

Ho studiato tantissimo fino all'anno scorso, ora non studio più. È come un rifiuto. Mi sembra inutile. Ho meno entusiasmo anche per il calcio, è sempre stata la mia grande passione. L'unico interesse rimasto, anche se non capita sempre, è la musica. Non mi spiego come sia successo. Non posso rimproverare nulla ai miei genitori: vado d'accordo con loro, anche se li giudico troppo convenzionali. Tengono troppo alle regole e con loro non ho mai potuto davvero "parlare". Forse le cose stanno così perché è stato difficilissimo il passaggio alle superiori. Non ero preparato: ho frequentato una scuola privata perché i miei genitori lavoravano entrambi ed eravamo molto seguiti. Adesso no, ma lo sapevo. Forse per questo prima mi sono sentito un po' perso poi non ho più avuto alcun interesse studiare. Cioè fino a che mi organizzavano gli altri... ma forse sono scuse. In realtà mi chiedo perché devo studiare tutte queste materie. Mi sembra che professori insegnino cose inutili. Vorrei qualcosa di





più concreto, che mi serva per cavarmela nella vita. Perché devo studiare Dante? A scuola mi annoio, ma mi annoio sempre. I miei genitori sono preoccupati, ma a me non importa. In fondo mi hanno deluso: erano solo preoccupati che facessi il mio dovere. Non voglio più essere dipendente da loro come quando ero bambino. Voglio pensare con la mia testa. Ogni tanto mi faccio una canna, però non è un problema. Capita per la noia, per sentirmi più sicuro in mezzo agli altri. L'unica cosa che mi piace davvero è quando vado ai megaconcerti.

Genitori. Non offrono modelli di identificazione che lui senta validi, ma lui non riesce a trovare modelli alternativi neanche a scuola.

Valutazione e programma. Valentino vive una tipica ambivalenza dell'adolescente tra autonomia e dipendenza, entrambi ansiogeni. Non sente di avere gli strumenti per realizzazioni autonome e teme di ritornare ad una posizione di dipendenza infantile. Come soluzione a questo conflitto disinveste gli interessi e gli scopi, ma poi sente noia. Non ha quindi un sistema di sicurezza sufficiente per iniziare un percorso di autonomia. Cerca un mezzo, lo spinello o il concerto oceanico, che gli possono dare una seppur transitoria, sensazione di onnipotenza. In questi casi è necessario, come intervento, "veicolare" la conoscenza, aiutando l'adolescente a considerarla come un mezzo per sviluppare capacità personali che gli servono per ragionare "con la sua testa", quindi da una parte per rendersi indipendente dai genitori e dai loro metodi di sicurezza e dall'altra per sentirsi più sicuro nell'affrontare la realtà. Il professore quindi fa da intermediario tra la conoscenza, l'informazione, e la realtà attuale della vita. Il nozionismo non serve per la vita, anche se può essere adattativo per certi sistemi didattici. Va fatta un'integrazione tra la "nozione" e la realtà attuale. "A cosa ti serve conoscere Dante? Come applicare le nozioni? A cosa ti servono nella vita attuale, rispetto alla tua vita attuale?" Però bisogna avere come punto di partenza la conoscenza di quali sono i bisogni specifici dell'adolescente, poi vedere con lui nell'attualità come può usare la conoscenza per i suoi bisogni. Ad esempio un bisogno è quello di sentirsi più sicuro nel passaggio verso l'autonomia ma, dato che la sua sicurezza interna è in via di sviluppo, ha anche la necessità di un'illusione di onnipotenza, allora si difende dalla realtà, che ridimensiona, fumando uno spinello o rifugiandosi nel collettivo, un caso è il concerto oceanico, che favorisce questa ricerca di un oggetto collettivo. La scuola può aiutarlo ad individuare una sicurezza personale: ad esempio il preside dice "non posso fare il poliziotto per lo spinello". È vero, ma cosa può essere una conoscenza che non sia nozionismo, per aiutare l'adolescente a raggiungere qualcosa di personale, qualcosa che accetta, ad esempio perché lo aiuta a sviluppare una capacità di giudizio e di critica che funzionino, che gli permetta cioè di essere lui a sapere cosa vuol e non dipendere dai genitori o dall'insegnante o da altri. Quindi non dargli delle nozioni ma delle informazioni attraverso le quali imparare a ragionare con la propria testa, cioè a capire che cosa vuole, quale è il suo bisogno e come può raggiungere, nel tempo e attraverso tentativi ed errori, ciò che vuole.

Mediazione rispetto al terzo. Il professore può divenire intermediario tra l'adolescente e i genitori. Il padre ad esempio può essere assente, per cui gli dà il messaggio "arrangiatevi" o come, nell'esempio seguente, presente in modo traumatico in quanto autoritario e violento. Quindi se il rapporto con il padre è negativo, è necessario vedere se è possibile recuperare il rapporto dell'adolescente rispetto a lui, altrimenti è opportuno neutralizzarne la distruttività, così come se la madre è troppo intrusiva o troppo anticipante.

Renato (15 anni), figlio unico

Mi sento demotivato rispetto allo studio. Avrei voluto ripetere la terza media ma, dato che sono stato promosso... in questo momento il problema più grosso sono i genitori che mi stanno addosso. Mia madre è in ansia come è stata sempre, anzi non ne posso più della sua abitudine di cercare di aiutarmi, proponendomi continuamente qualcosa: è soffocante. Non mi lascia pensare. Il papà poi... non è violento nel vero senso della parola, ma è troppo autoritario e minaccia sempre punizioni. Io ho accettato troppo le loro imposizioni e adesso ho scoperto di non essere capace di fare le cose per conto mio. Non ne ho la forza. Mi arrabbio con loro, ma poi non

Quando l'adolescente non ha sviluppato un sufficiente sistema di sicurezza interna, l'ambito non familiare, che rappresenta il nuovo, il non conosciuto, fa paura, in quanto egli si sente "non attrezzato" ad affrontarlo, quindi passivo ed insicuro. È allora importante che l'insegnante svolga una funzione di intermediario tra il vecchio e il nuovo, aiutando l'adolescente a sviluppare un'area intermedia tra ciò che conosce e ciò che non conosce, ad esempio incoraggiandolo a scegliere attivamente l'area di conoscenza con cui si sente più in sintonia e nei confronti della quale può sviluppare le sue capacità di apprendimento. Se è necessario è anche importante personalizzarla, ad esempio attraverso la figura di un "mentore".





faccio nulla. A scuola aspetto che il tempo passi, a casa, in fondo, pure. Cioè sto davanti ai libri ma non studio. Non me ne importa nulla. Ho perso gli amici delle medie e non ne ho trovati dei nuovi, neanche in classe. So che così non va bene. Vorrei reagire. Vorrei trovare una soluzione, ma non so come.

Genitori. È una tipica situazione in cui i genitori non hanno lasciato e non lasciano al figlio lo spazio per essere "attivo", la madre perché troppo "intrusiva e anticipante", il padre perché troppo autoritario. Entrambi ostacolano quindi lo sviluppo di risorse autonome nel figlio.

Valutazione e intervento. Obiettivo è favorire il passaggio da una posizione passiva, in cui il ragazzo "subisce" la madre, il padre e anche le proprie reazioni interne, all'attività, attraverso il riconoscimento di quali sono i suoi desideri, ad esempio quali cose vuole conoscere e scoprire, e come può utilizzare la conoscenza per sentirsi più preparato. In questo caso appare necessario anche aiutare il ragazzo a divenire consapevole dei motivi che l'ostacolano nel processo emancipativo. Infatti è passivo non solo perché i genitori sono stati presenti troppo e nel modo sbagliato, impedendogli di strutturare una sicurezza interna, ma anche perché, a causa di questo, gli è difficile rinunciare a sicurezza esterne, quali sono per certi aspetti l'anticipazione della madre e le imposizioni del padre. Tale intervento va fatto dagli insegnanti e, se necessario, mediante qualche colloquio da parte di uno psicologo.

Mediazione tra vecchio e nuovo. Nei casi nei quali l'adolescente non ha sviluppato un sufficiente sistema di sicurezza interna, anche relativamente all'età, l'ambito non familiare, che rappresenta il nuovo, il non conosciuto, fa paura, in quanto l'adolescente si sente "non attrezzato" ad affrontarlo, quindi passivo ed insicuro. È allora importante che l'insegnante svolga una funzione di intermediario tra il vecchio e il nuovo, aiutando l'adolescente a sviluppare un'area intermedia tra ciò che conosce e ciò che non conosce, ad esempio incoraggiandolo a scegliere attivamente lui l'area di conoscenza con cui si sente più in sintonia e nei confronti della quale può sviluppare le sue capacità di apprendimento. Se è necessario è anche importante personalizzarla, ad esempio attraverso la figura di un "mentore".

Roberta (16 anni)

Ho interrotto volontariamente l'anno scolastico scorso a pochi mesi dalla fine, perché non riuscivo studiare e non sopportavo che mia mamma mi seguisse, imponendomi le sue idee su come studiare. Inoltre mi sentivo privata della mia libertà. Anche quest'anno faccio fatica. Il mio problema maggiore è però la mancanza di amici: mi sento sola. Ma non faccio neanche uno sforzo per avere amici: frequento solo superficialmente i miei compagni di classe. Non ho interessi. Ad esempio a tutti piace qualche genere di musica, a me no, penso che sia dovuto alla mia "passività" come la chiamano in famiglia. Anche il liceo l'ha scelto la mamma: non mi dispiace, ma neanche mi piace: forse per questo l'anno scorso studiavo, ma poi non mi ricordavo nulla. Ho avuto un ragazzo, forse più un amico, ma cercavo di non vederlo mai da solo, gli facevo dispetti e in ultimo proprio lo aggredivo e lui mi ha lasciata. È strano: da una parte sono arrabbiata con i miei che hanno sempre litigato su tutto e anche su di noi e penso che sia colpa loro se io i miei fratelli abbiamo dei problemi. Dall'altro però mi rendo conto di essere troppo attaccata alla mia famiglia, e soprattutto non so come uscirne. Così mi lascio trascinare dagli altri, non ho niente di mio, lascio che le cose vadano avanti per conto loro.

Genitori. Propongono modelli diversi. Il padre è conservatore e metodico, la madre di sinistra e "alternativa". Questo ha avuto come conseguenza un alto livello di conflitto tra di loro e una marcata incoerenza nei metodi educativi. Inoltre la madre è descritta come poco coerente come persona: "è atea ma ci ha obbligato ad andare all'oratorio fino a che non ci siamo ribellati". Il padre è inoltre poco presente per impegni lavorativi. Poco soddisfacenti quindi le funzioni genitoriali sia di accudimento che di emancipazione.

Valutazione e programma Roberta non ha sicurezze interne: ha bisogno quindi di una sicurezza esterna, vive di conseguenza una posizione di passività, espressione della sua incapacità di staccarsi dall'ambiente familiare che, anche se frustrante, rappresenta il noto, il conosciuto, evitando un contatto con il mondo esterno che





rappresenta il nuovo, il non conosciuto, l'estraneo e fa paura. Va impostato con lei un programma personalizzato, cercando di individuare cosa lei può accettare rispetto alle nuove conoscenze. L'ambito che ha scelto è stata la storia, ma ha anche espresso il desiderio di essere all'inizio aiutata a studiare - "perché faccio fatica a capire"- da una zia paterna, la persona con cui "sente di stare meglio perché mi capisce, non mi critica, non mi fa pressioni". Si è anche proposto, in un secondo tempo, dato l'interesse da Roberta dimostrato, che l'aveva portata ad approfondire problematiche le cui conseguenze si ripercuotevano sull'attualità, a condurre lei una lezione in cui trasmettere ai compagni specifiche conoscenze acquisite.

Mediazione tra aggressività distruttiva e costruttiva. Quando il problema è rappresentato dalla presenza di comportamenti aggressivi non costruttivi l'insegnante può fare da intermediario aiutando l'adolescente a utilizzare per scopi positivi la sua aggressività. Un esempio è la ribellione, quando è una compensazione, attraverso modalità difensive, reattive e iperattive rispetto ad una rappresentazione interna di un sé vulnerabile a causa di uno scarso nucleo di sicurezza e contro la passività e la dipendenza. La mediazione avviene allora tra adattamento e ribellione, che è un rifiuto dell'adattamento. Nel caso in cui la ribellione coinvolge lo studio, in quanto l'adolescente non pensa che possa essere un aiuto, è importante aiutare l'adolescente a vedere come la conoscenza possa essergli di aiuto nel superare problemi e difficoltà. È inoltre importante fornire un'esperienza emotiva correttiva a livello aggressivo. Ad esempio tollerare di essere oggetto di critica e modificare l'atteggiamento di "io ti do il verbo e le tue critiche sono solo distruttive" e dimostrando, attraverso l'accettazione e l'apertura alla tolleranza e alla discussione, come sia possibile mantenere una propria posizione senza attaccare o difendersi in modo rigido e negativo o attraverso l'imposizione acritica di un potere. Si offre anche, in questo modo, un "modello": non si risponde usando una contro aggressività secondo una modalità distruttiva, ma in modo costruttivo mediante un atteggiamento attivo finalizzato al dialogo.

Vera (15 anni)

Viene perché "costretta dai genitori", che le rimproverano lo scarso rendimento scolastico. "Non sono mai stata brava a scuola, ma mi sono sempre adattata: ora non ho proprio più voglia di studiare. Odio mia madre: è responsabile del fatto che ho pochissimi amici, perché mi ha sempre tenuto in casa, impedendomi di avere contatti con gli altri. Ma tutti e due i miei genitori sono così: hanno una mentalità ristretta e sono "bigotti" come i nonni: penso che siano molto insicuri. Io non voglio essere così: mi hanno iperprotetto. Ora voglio fare le mie esperienze: dopo tremendi litigi sono riuscita a ottenere di uscire sabato pomeriggio con i miei compagni. Finalmente vedo come è il mondo: ad esempio non ero mai andata in discoteca. Sono troppo insofferente, è vero, ma penso che sia una reazione. Sopporto poco anche gli insegnanti. Dicono che sono una ribelle. Sono così, o bianco o nero: prima "ubbidivo" ora voglio "fare di testa mia". Ho paura di poter tornare come prima, sempre a dire di sì. Penso che sia per questa insofferenza che non studio, ma anche perché non so cosa mi possa servire. Infatti mi sento troppo insicura e ho troppa paura delle delusioni: mi sono sentita rifiutata da un ragazzo e da allora ho chiuso. Vorrei, invece dei professori, qualcuno che mi insegnasse a difendermi meglio."

Genitori. Persone insicure, ricercano una sicurezza esterna nella famiglia, nei valori religiosi e morali trasmessi. Hanno impedito lo sviluppo di un senso di sicurezza nella figlia, quindi il percorso emancipativo.

Valutazione e programma. È necessaria una mediazione tra la ribellione, che è disfunzionale, e un migliore adattamento. Rifiuta lo studio perché non pensa che la possa aiutare a sentirsi più sicura. È importante farle capire che, quando si trova in difficoltà, può "superarla conoscendola", cioè che non deve tutte le volte scoprire i mezzi necessari, per affrontare le difficoltà di conseguenza sempre in condizioni eccezionali, ma può invece accettare e capitalizzare dei mezzi didattici, che le insegnino a ragionare, a sviluppare un giudizio critico, a vedere le alternative, ad accettare un percorso di tentativi ed errori e anche a imparare dall'esperienza degli altri, per esempio quella che deriva dallo studio. È quindi un ulteriore esempio di cosa

Quando la ribellione coinvolge lo studio è importante aiutare l'adolescente a vedere l'utilità della conoscenza per superare problemi e difficoltà. È inoltre importante fornire un'esperienza emotiva correttiva a livello aggressivo. Ad esempio dimostrando, attraverso l'accettazione e l'apertura alla tolleranza e alla discussione, come sia possibile mantenere una propria posizione senza attaccare o difendersi in modo rigido e negativo o attraverso l'imposizione acritica di un potere. Si offre anche, in questo modo, un "modello": non si risponde usando una contro-aggressività secondo una modalità distruttiva, ma in modo costruttivo mediante un atteggiamento attivo finalizzato al dialogo.



significhi "veicolare" l'apprendimento, che altrimenti assume significato negativo di una imposizione a cui l'adolescente si ribella. In questo caso va anche aumentata la consapevolezza del motivo che impedisce l'apprendimento, il risentimento verso i genitori, sia da parte degli insegnanti che, se necessario, con qualche colloquio da parte dello psicologo.

Risultati

Sono stati seguiti 26 ragazzi, 12 maschi e 14 femmine, nel corso di due anni. Durante i primi sei mesi gli incontri con gli insegnanti sono stati quindicinali, poi la frequenza è diminuita, con incontri mensili fino alla fine del primo anno e ogni due o tre mesi nel secondo anno.

I risultati si possono raggruppare in tre aree:

- un primo area comprende 16 ragazzi. Sono quelli che hanno raggiunto risultati ottimali, con un significativo miglioramento già nel primo semestre, assestandosi poi in modo autonomo su un buon livello di apprendimento e rendimento, mantenuto nel corso del tempo
- una seconda area comprende sei ragazzi. Sono quelli che sono riusciti a migliorare la capacità di apprendimento e di rendimento scolastico, ma hanno avuto bisogno di un monitoraggio e un sostegno continuo da parte degli insegnanti.
- una terza area comprende quattro ragazzi. Non sono stati raggiunti risultati significativi a causa di fattori ambientali sui quali non è stato possibile intervenire. In due casi le cause sono da collegare ad un ambiente familiare disturbato, caratterizzato da un'assai elevata conflittualità tra genitori e da precarietà ambientale, che hanno ostacolato la possibilità di strutturare e mantenere un sufficiente spazio "privato" di sicurezza o di utilizzare come tale la scuola. In due casi la causa del fallimento è da collegare ad un ambiente familiare con caratteristiche distruttive - in una il padre era alcolizzato, nella seconda la madre aveva una diagnosi di schizofrenia - che alimentava nell'adolescente un'assai elevato risentimento anche nei confronti del mondo esterno, vissuto come incapace di proteggerli.

ESEMPIO 2

Progetto di educazione alla salute sessuale per gli studenti della seconda classe delle scuole medie superiori [Maria Fiorenza Lollo**** Claudia Perelli *****]

Obiettivo del progetto

La finalità è duplice: favorire nei giovani lo sviluppo di un processo di conoscenza e consapevolezza di sé e degli altri prestando particolare attenzione alla sfera sessuale, affettiva e relazionale, con due scopi: rendere possibile decisioni consapevoli a tutela della propria salute psicofisica e far sapere ai giovani l'esistenza di un consultorio adolescenti capace di accogliere le loro domande e i loro bisogni. All'attività partecipano tre psicologi, cinque assistenti sanitarie ed una assistente sociale. Come operatori è molto importante una buona conoscenza delle problematiche della fase adolescenziale, in particolare relative al conflitto tra il desiderio di crescere e la difficoltà a rinunciare alle sicurezze ed ai piaceri dell'infanzia. È inoltre richiesta la capacità di strutturare un'alleanza di lavoro sia con il gruppo classe, in quanto la richiesta non è stata sollecitata direttamente da loro, sia con gli insegnanti coinvolti nel progetto arrivando ad una condivisione degli obiettivi.

Metodi e strumenti

Viene utilizzato il metodo esperienziale. Vengono proposte agli studenti specifiche attività, che saranno descritte in seguito, che mettono in gioco le loro personali conoscenze, abilità ed emozioni, seguite da uno spazio di riflessione personale e comune.

La metodologia prevede una riunione iniziale con il responsabile e gli insegnanti dell'Istituto; In essa gli operatori, oltre a rendere partecipi i docenti delle finalità dell'intervento, cercano di conoscere meglio la realtà della Scuola e chiedono al Preside di farsi garante di un adeguato setting. Segue un incontro con almeno due insegnanti significativi per ciascuna delle classi al fine di comprendere il clima del





gruppo classe e conoscere alcune caratteristiche dei singoli ragazzi/e con cui si lavorerà. Questo colloquio, oltre a permettere al personale del Consultorio di preparare il primo contatto con il gruppo classe è indispensabile per favorire la cooperazione tra operatori ed insegnanti, il loro interesse al nostro intervento, e facilitare una continuità tra le attività didattiche e di educazione sessuale. Ogni singolo gruppo classe partecipa a tre incontri, ciascuno della durata di due ore scolastiche, con la presenza di due operatori del Consultorio Adolescenti, usualmente psicologo e assistente sanitaria, integrata quando possibile da un osservatore.

In primo luogo si invitano gli studenti a sedersi disposti a cerchio; ci si presenta, si enunciano gli obiettivi e la metodologia degli incontri e poi i ragazzi vengono stimolati a darsi delle norme di comportamento, che di solito sono: parlare uno alla volta, rispetto reciproco, essere sinceri, non ridere, astenersi dal giudizio, riservatezza per ciò che verrà detto. Infine, si chiede quale immagine la classe ha di sé, che spesso ha una forte discrepanza con l'immagine data dagli insegnanti. Dopo una fase iniziale in cui gli studenti ci studiano per decidere se possono darci fiducia, in genere partecipano volentieri agli incontri di educazione alla salute sessuale sia in quanto rispondono alla loro ricerca di emancipazione sia in quanto si sentono compresi nelle loro paure.

In secondo luogo si utilizzano specifiche attivazioni, individualmente o in piccoli gruppi, cercando di favorire l'espressione di conoscenze, opinioni, valori, emozioni e personali esperienze che, successivamente, vengono messi in comune e discussi da tutta la classe. Gli operatori si riservano un ruolo di sintesi o di chiarificazione del materiale emerso, restituendolo senza interpretazioni o giudizio.

A conclusione del lavoro con le classi, agli insegnanti viene data una restituzione relativa sia ai temi discussi in classe, sia alla relazione instaurata tra studenti e operatori e viene messa a confronto la loro immagine della classe con quella che noi forniamo dal nostro diverso punto di osservazione e spesso vengono discussi alcuni problemi della relazione tra studenti e insegnanti.

Il lavoro con le classi

Pensiamo che un utile lavoro di promozione della salute sia quello di aiutare i ragazzi ad aumentare la consapevolezza di sé, delle proprie dinamiche e dei propri conflitti. La sessualità ha una forte valenza emancipativa: mette quindi l'adolescente di fronte sia al distacco dai genitori che all'assunzione di responsabilità e passare dalla dipendenza alla libertà fa paura. Come educatori riteniamo di aver fatto un buon lavoro se, durante questi incontri, l'adolescente riuscirà a confessare a se stesso la sua paura della libertà, a divenire consapevole che "staccarsi dalla mamma fa paura" e che la domanda che di fatto continua a farsi è "se sarà capace di affrontare il mondo da solo". Questa difficoltà a giungere ad una separazione intrapsichica per potersi individuare, emerge in modo molto chiaro in una attivazione da noi chiamata "La strada". Agli studenti, suddivisi in piccoli gruppi di lavoro e forniti di pennarelli e di un grande foglio da disegno, viene data la seguente consegna: "Disegnate una giovane coppia che sta percorrendo una strada, hanno appena avuto il loro primo rapporto sessuale; che cosa si lasciano alle spalle e a che cosa andranno incontro...?". Quello che per lo più i ragazzi si lasciano alle spalle è l'infanzia, la mamma, la scuola materna ed elementare, il sole, la propria casa, i genitori che li guardano, i giardini pubblici, una gran varietà di balocchi come la palla, l'orsetto, il succhiotto, e comignoli da cui esce il fumo a forma di cuore. Generalmente il passato viene descritto gioioso e protetto e ci permette quindi di sottolineare come la crescita comporti anche una perdita di aspetti di sé conosciuti, e pertanto rassicuranti, e la scoperta di aspetti nuovi, pertanto fonte di insicurezza. Nel presente gli studenti evidenziano qualche topos adolescenziale come lo spinello, la discoteca, il bar e il piercing; considerano l'aspetto ludico della sessualità, rivendicano l'uso del preservativo, pongono l'accento sulla sensazione di essere riusciti con questa nuova esperienza a superare un ostacolo, ma di contro appare anche l'emozione della prima volta carica di paura e di insicurezza, il timore del giudizio degli altri, l'ansia legata alla perdita della verginità ed in definitiva il loro sentirsi piccoli e la sensazione di aver fatto una cosa da grandi. L'operatore può quindi sfatare il mito che tutto è naturale, sponta-

Un utile lavoro di promozione della salute è quello di aiutare i ragazzi ad aumentare la consapevolezza di sé, delle proprie dinamiche e dei propri conflitti. La sessualità ha una forte valenza emancipativa: mette quindi l'adolescente di fronte sia al distacco dai genitori che all'assunzione di responsabilità e passare dalla dipendenza alla libertà fa paura.



Spesso gli adolescenti ricercano una emancipazione attraverso degli agiti e, al fine di dimostrarsi adulti, rinunciano a vivere l'adolescenza attraverso una fuga in avanti. Alla base di questi comportamenti ci può essere una paura della libertà e della responsabilità, o una sfida, spesso collegata anche al non sapere prevedere le conseguenze delle proprie azioni. In questi casi è molto utile sottolineare come la crescita sia una strada senza ritorno e che anche le conseguenze di certe scelte siano senza ritorno.

neo, doveroso e, al contrario, può far notare quanto normale sia provare ansia per il primo rapporto sessuale. Si cerca con questo di dare agli studenti la consapevolezza del limite e l'accettazione dei propri sentimenti di paura: ***l'ansia è un segnale di pericolo che va ascoltato perché sta ad indicare che il passo evolutivo è ancora troppo precoce.*** Il futuro raramente viene presentato nei suoi aspetti più idealizzati di famiglia felice. Solitamente infatti non viene vissuto in modo lineare, la strada a volte si divide o è zeppa di curve e di ostacoli e la giovane coppia intraprende un percorso più inquietante in cui si incontrano gatti morti, incidenti stradali, aborti, problemi familiari, droga e AIDS. Si può quindi porre l'accento sulla difficoltà a lasciare le sicurezze dell'infanzia, separarsi dai genitori, individuarsi come persone e in definitiva passare da un eteroaccudimento ad un autoaccudimento.

Di frequente emerge come ***gli adolescenti*** proiettino nei genitori le loro paure e come spesso, ***attraverso i loro agiti, obblighino i genitori a restringere la loro libertà***, se questa viene vissuta come troppo rischiosa.

Ad esempio, in una attivazione in cui i ragazzi dovevano fare un ritratto dei genitori, di loro stessi e dei loro futuri figli, elencando pregi e difetti, Matteo, uno studente molto vivace, ha rilevato tra i difetti dei genitori la loro paura che lui corresse troppo in motorino e ha riportato lo stesso difetto nel possibile futuro figlio, tema che per quanto riguardava se stesso ha eluso. Alla esplicita domanda dell'operatore che gli ha chiesto se per caso anche lui corresse veloce con il motorino, ha prontamente negato ritenendola solo una paura di mamma e papà che con questa scusa lo avevano privato del "giocattolo". Attraverso il motorino si poté quindi aumentare la consapevolezza della conflittualità tra paura e desiderio.

Spesso gli adolescenti ***ricercano una emancipazione attraverso degli agiti*** e, al fine di dimostrarsi adulti, rinunciano a vivere l'adolescenza attraverso una fuga in avanti. Alla base di questi comportamenti ci può essere una paura della libertà e della responsabilità, o una sfida, spesso collegata anche al non sapere prevedere le conseguenze delle proprie azioni. In questi casi è molto utile sottolineare come la crescita sia una strada senza ritorno e che anche le conseguenze di certe scelte siano senza ritorno, come ci ha fatto notare Giorgio commentando una attivazione relativa a comportamenti a rischio.

Le sfide sono un altro elemento importante da considerare in un corso di educazione sessuale. A questo proposito viene utilizzata un'attivazione, il "dilemma di Jenny", che consiste nel proporre ai ragazzi un quesito relativo all'atteggiamento che una ragazza di ventun anni, Jenny, che vive ancora in famiglia, dovrebbe avere nei confronti della sorella quindicenne, Susanna, scoperta da Jenny a tirare sassi contro un lampione con un gruppo di amici. Abbiamo proposto questa attivazione in una classe che sino allo scorso anno veniva considerata la migliore dell'istituto e che quest'anno invece gli insegnanti lamentavano essere divenuta incontenibile. La discussione che ha seguito lo stimolo proposto ha fatto chiaramente emergere come gli adolescenti per differenziarsi dalle figure adulte possano agire la loro aggressività aggredendo se stessi e addirittura la società. La finalità è quella di farsi notare come qualcuno che fa qualcosa di straordinario: questo dà loro il vantaggio di essere "diversi": Si sentono quindi più sicuri in quanto non sono più, come una volta, il bambino che obbedisce.

Le preoccupazioni e la grande rilevanza data ai cambiamenti fisici che avvengono durante la pubertà emerge chiaramente nell'attivazione: "Che cos'è la sessualità per noi?". Per riflettere su questo aspetto i ragazzi vengono forniti di cartelloni, pennarelli, forbici, colla e una grande quantità di riviste e dopo averli suddivisi in piccoli gruppi si chiede di fare un collage che risponda alla domanda posta. Abbiamo notato come gli adolescenti tendano a concretizzare; per loro la sessualità è soprattutto bellezza e prestanza fisica, la tendenza è quella di scotomizzare nei loro elaborati la parte dei vissuti emotivi ed affettivi, cioè la parte di sé sulla quale sono più in ansia per la paura di perdere il controllo su di essa.

Il lavoro di gruppo ci ha infine permesso di evidenziare come ***spesso il bisogno di essere accettati dal gruppo faccia mettere da parte il proprio sentire.*** Rendere consapevoli gli adolescenti di questa loro modalità di comportamento è una tappa fondamentale dell'educazione alla salute sessuale, perché permette di introdurre il





tema del proprio valore e dell'importanza di imparare ad autotutelarsi. A volte, infatti, non saper dire "no", per il timore di "non essere più voluti/e bene" sottopone i/le giovani a prove pericolose: possono infatti sperimentare precoci rapporti sessuali senza una sufficiente preparazione emotiva o con la possibilità di comportamenti a rischio, con conseguenze quali una malattia sessualmente trasmessa o una gravidanza non desiderata. Per queste ragioni negli incontri di educazione alla salute sessuale insistiamo molto nel cercare di aiutare gli studenti a stare con i loro sentimenti e tentiamo di far passare il messaggio che per amare è necessario amarsi.

Conclusioni

L'interesse di entrambi questi interventi deriva dalla possibilità di incontrare gli adolescenti in un contesto naturale. Questo dà due principali vantaggi; anzitutto è più facile ottenere un'alleanza che favorisce sia la libertà di comunicazione e di espressione, sia la possibilità di intervenire nei confronti di eventuali disagi o difficoltà. L'intervento può avvenire a vari livelli, che si situano lungo un continuum all'interno della finalità generale di promozione della salute; dalla possibilità di aumentare la consapevolezza rispetto a disagi, paure, ansie, e favorire un processo di riflessione alla opportunità di utilizzare specifici strumenti, parte però del contesto normale dell'esistenza come quelli didattici, per affrontare e superare ostacoli, fonte altrimenti di ulteriori e più gravi conseguenze. È quindi possibile affrontare dinamiche conflittuali e problematiche, che fanno parte del corso dello sviluppo quindi della fase del ciclo della vita, quando si presentano ad uno stadio iniziale ed a un livello sotto soglia rispetto ad un livello di disadattamento, di devianza o psicopatologia ma che, se non sono affrontate precocemente, sono spesso alla base di percorsi francamente patologici.

* Membro ordinario e didatta della Società Psicoanalitica italiana e della International Psychoanalytical Association.

** Psicoanalista, Psicoterapeuta, Direttrice Didattica presso l'Istituto per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi Psichici (ISeRDIP Soc. Coop. Onlus).

*** Psicologa, Psicoterapeuta.

**** Psicologa, Psicoterapeuta.

***** Assistente Sanitaria.

Adolescence. A comprehensive perspective

In this article I'd like to review in detail some basic points, in my opinion, to approach adolescence. Today's criteria of efficiency and economy, in a broad sense, have to maintain a positive ratio between costs and benefits in terms of money, time, energy and final efficiency.



link 11, società

**Quando anche i “buoni” si
arrabbiano: conseguenze dei
cartoni animati sull’aggressività dei
bambini**

PAOLA CATTONI





Quando anche i “buoni” si arrabbiano:

Conseguenze dei cartoni animati sull'aggressività dei bambini

PAOLA CATTONI *

Il cartone animato nasce principalmente come un artefatto indirizzato e rivolto, per le sue caratteristiche intrinseche e strutturali, ad un pubblico per lo più infantile e medio adolescenziale. Tuttavia, i cartoni animati moderni, che scandiscono la nostra quotidianità e che costantemente vengono lanciati da nuovi o vecchi produttori cinematografici, sembrano sempre più creati a misura di un pubblico adulto, tanto nei contenuti narrativi che nell'espressione delle emozioni.

Infatti, non solo i dialoghi e la struttura narrativa, ma anche i profili psicologici dei personaggi sembrano in realtà costruiti per un target decisamente più anziano rispetto a quello per cui sono stati prodotti.

Siamo ormai ben distanti dai cartoni animati di un tempo. Favole come *Biancaneve e i sette nani*, *Cenerentola*, *La spada nella roccia* o *Pinocchio*, curati nella produzione grafica quanto nella caratterizzazione dei personaggi, hanno ben poco da spartire con i cartoni animati di più recente produzione, di solito ripetitivi, epidermici e volgari quando non intrisi di violenze fisiche, psicologiche e morali.

Non è un mistero che i cartoni animati trabocchino di contenuti violenti ed aggressivi, né tanto meno il fatto che un'esposizione elevata e costante a programmi contenenti questo tipo di informazioni possa influire determinando nei piccoli fruitori altrettanti atteggiamenti (Donnerstein & Leinz, 1995; Huesmann & Miller, 1994; Paick e Comstock, 1994; Wood, Wong & Chachere, 1991).

Come sostengono Potter e Warren (1998), la violenza nei cartoni animati è infatti parte integrante del contenuto narrativo ed è spesso maggiore che nelle commedie realistiche. Non solo. Molto spesso, come osserva Grasso (1996), la violenza rappresenta la struttura fondamentale dell'intera fiction, ovvero essa non costituisce soltanto il mero contenuto, bensì il fondamento stesso della macchina narrativa.

Quando poi, agli innumerevoli elementi di violenza e aggressività, già presenti all'interno dei cartoni animati, si aggiunge una caratterizzazione debole, e talvolta discrepante, dei personaggi, è evidente quanto ulteriormente possa essere compromessa la percezione che il bambino sviluppa della realtà e del mondo circostante.

Una recente ricerca, volta ad indagare le principali differenze esistenti nella rappresentazione della collera tra personaggi buoni e cattivi, protagonisti di lungometraggi Disney antichi e moderni (Cattoni, 2007), mette in luce come la stereotipizzazione dei personaggi sia andata indebolendosi nel tempo.

Partendo da una selezione iniziale di 32 script di collera selezionati da 8 lungometraggi Disney (4 di primissima produzione – *Biancaneve e i sette nani* (1937), *Pinocchio* (1940), *Cenerentola* (1950) e *La spada nella roccia*, 1963 – e 4 di produzione più recente - *Le follie dell'imperatore*, 2000; *Atlantis L'impero perduto*, 2001; *Lilo & stitch*, 2002 e *Il pianeta del tesoro*, 2002), la ricerca ha individuato con un primo studio e mediante la somministrazione di un questionario per il riconoscimento emotivo ad un gruppo di 24 soggetti, le 24 scene più rappresentative della collera. Queste 24 scene di cui 10 hanno come protagonista un personaggio buono e 14 un personaggio cattivo, sono state analizzate frame by frame mediante l'utilizzo di Observer XT, un software per la raccolta, l'analisi e la gestione di dati osservativi.



Per l'analisi delle scene è stata creata, funzionalmente al software, una griglia di osservazione comprendente diverse macroaree di indagine. In particolare si è scelto di osservare il contenuto emotivo e la distribuzione dei tre momenti che compongono lo script emotivo (*antecedente, emozione, reazione*), l'espressione del volto dei personaggi (*occhi, sopracciglia, bocca, naso, denti, colore del volto*), la postura dei personaggi (*volto, corpo, braccia, gambe, mani*), la loro gestualità (*gesticolazione, gesti ritmici, gesti di autocontatto, emblemi, gesti deittici, pantomima*), il linguaggio audiovisivo (*inquadrature, movimenti della camera, transizioni*), l'organizzazione dell'immagine (*articolazione figura/sfondo, distribuzione oggetti con colori caldi/freddi/neutri*).

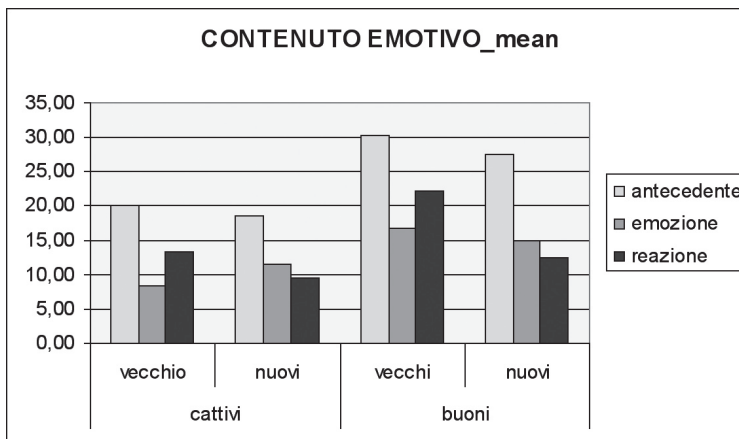
In totale sono stati analizzati 1195,92 secondi video e sono stati codificati 9386 comportamenti.

Il software Observer XT ha generato automaticamente al termine delle osservazioni il numero di occorrenze, la durata totale, la durata media e il **rate per minute** di ogni comportamento osservato.

Per i dati relativi alla durata media e al **rate per minute** di ogni variabile è stata effettuata l'analisi della varianza a misure ripetute con il software SPSS.

Tra i risultati emersi, è interessante osservare in relazione al contenuto emotivo, come siano variati i tempi di durata relativi alla svolgimento dell'intero script. Se in passato il tempo di espressione dell'emozione in una scena di collera era il momento più breve, più rapido, privilegiando così lo spazio dell'antecedente, utile per comprendere l'emozione, e la reazione, volta a mettere in luce le strategie di risoluzione del conflitto, oggi quest'ultimo sembra perdere peso regalando all'espressione dell'emozione un momento più ampio (**Grafico 1**).

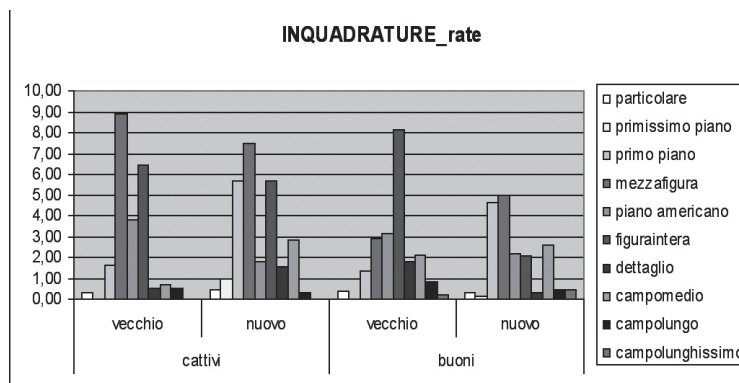
Grafico 1. Durata media della variabile **contenuto emotivo** in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione.



L'analisi dei dati mette in luce, inoltre, come l'utilizzo delle diverse inquadrature e dei movimenti della camera sia andato modificandosi nel corso del tempo.

Nei primi lungometraggi prodotti dalla Disney si osserva, infatti, una generale tendenza ad utilizzare una distanza di inquadratura media, preferendo l'impiego di mezze figure, piani americani e figure intere. L'utilizzo di primi e primissimi piani, dettagli e campi non rappresenta una costante nei primi lungometraggi, mentre

Grafico 2. Numero di occorrenze della variabile **inquadrature** in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione (rate/minute).





prende piede soprattutto in quelli più recenti (**Grafico 2**).

Diverso, invece, è il discorso relativo ai movimenti della camera. Nelle pellicole prodotte dopo il 2000, le diverse inquadrature si alternano rapidamente e i movimenti della camera quando presenti sono rapidi. Le inquadrature nei primi cartoon Disney, risultano, invece, più lunghe e il passaggio da un'inquadratura all'altra appare più spesso veicolato dai movimenti della camera, in particolare dai movimenti orizzontali e dallo zoom (**Grafico3**).

Questo determina una differenziazione nel ritmo della narrazione, che da lento e realistico nei primi lungometraggi diventa più serrato e articolato in quelli di recente produzione.

L'organizzazione delle immagini che compongono il cartone animato, è stata studiata, non solo in termini di linguaggio audiovisivo, ma anche di organizzazione delle immagini.

All'interno dei cartoni animati l'articolazione figura/sfondo appare piuttosto semplice, chiara, facilmente distinguibile. I fotogrammi che compongono il cartoon Disney generalmente presentano uno o due oggetti in primo piano che si articolano su uno sfondo che può essere molto semplice o piuttosto articolato. La distribuzione degli oggetti in primo piano e sullo sfondo varia in relazione all'anno di produzione dei film e del tipo di personaggio che si vuole rappresentare.

Infatti nelle vecchie pellicole si osserva un'articolazione figura/sfondo più complessa, dove spesso si contano anche più di uno o due oggetti in primo piano e lo sfondo appare ricco di oggetti. Questo è statisticamente provato in particolare per la rappresentazione dei personaggi cattivi. I buoni invece si muovono su sfondi più semplici (**Grafici 4 e 5**).

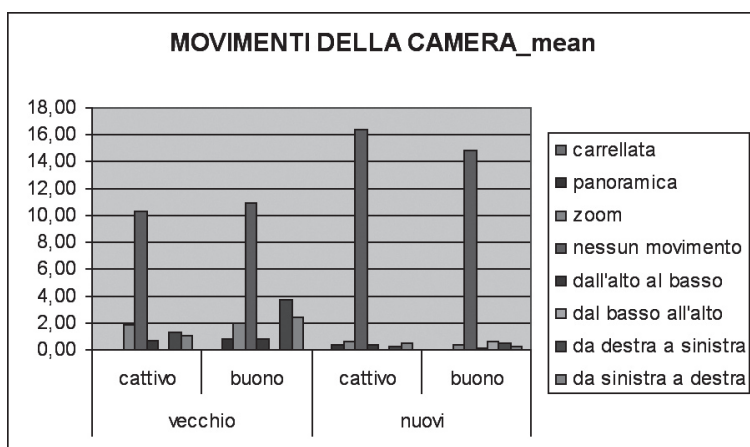


Grafico 3. Durata media della variabile **movimenti della camera** in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione.

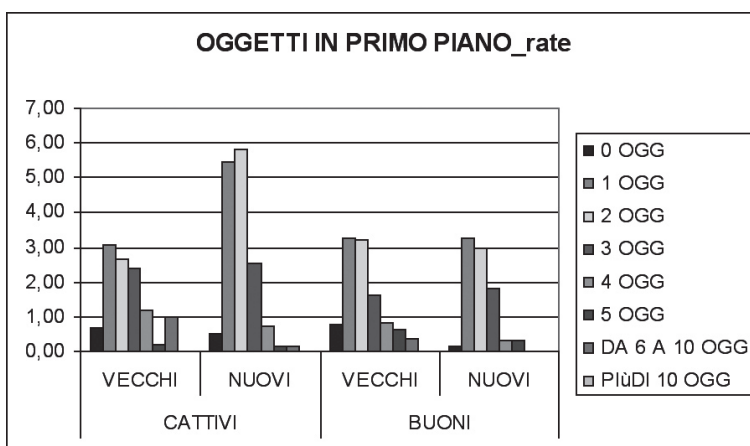


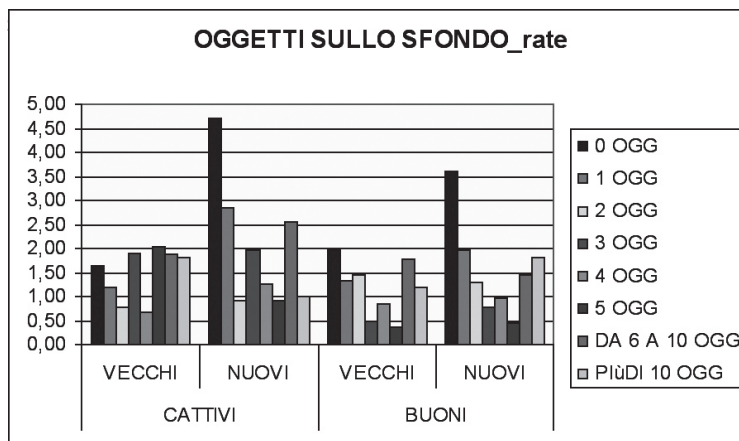
Grafico 4. Numero di occorrenze della variabile oggetti in primo piano in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione (rate/minute).

Nei film nuovi, l'articolazione dell'immagine appare più semplice, più essenziale. Il numero di oggetti in primo piano è sempre limitato ad uno o due, e sullo sfondo





Grafico 5. Numero di occorrenze della variabile oggetti sullo sfondo in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione (rate/minute).



Si ha dunque il passaggio da una rappresentazione più dettagliata, realistica e minuziosa ad una più semplice, essenziale, quasi astratta (figure 1 e 2).

In generale, si osserva una modificazione nel ritmo della narrazione, dettata dalle scelte stilistiche nell'organizzazione delle immagini. La cura dei dettagli e la finalità del realismo, che caratterizzano i primi capolavori della Disney, determinano l'impiego di immagini più complesse, articolate e un ritmo di narrazione più lento. Le immagini appaiono inoltre più statiche e piatte, in particolare se consideriamo la rappresentazione del volto e della postura, che come suggeriscono i dati, è spesso frontale. Queste scelte stilistiche vengono abbandonate con il tempo, preferendo l'impiego di immagini più semplici ed essenziali, ma intrecciate da un montaggio articolato e vario. La complessità dell'immagine lascia spazio alla complessità dell'articolazione tra le immagini. La molteplicità delle inquadrature e il loro rapido alternarsi genera un ritmo più incalzante, meno sostenuto.

Figura 1. Le immagini complesse dei film vecchi, da destra *Pinocchio*, 1940 e *La spada nella roccia*, 1963.



Figura 2. Le immagini semplici dei film nuovi, da sinistra *Le follie dell'imperatore*, 2000, e *Il pianeta del tesoro*, 2002.





Anche in relazione alla raffigurazione dei volti arrabbiati emergono dati interessanti. Innanzitutto è stato possibile individuare una rappresentazione canonica della collera nei personaggi Disney (figura 3).



Figura 3. La rappresentazione canonica della collera nei cartoni animati della Disney.

In particolare, la bocca risulta spesso aperta (grafico 6) e i denti sono messi in mostra (grafico 7). Le sopracciglia vengono rappresentate abbassate (grafico 8) e gli occhi aperti (grafico 9). Il naso e il colore del volto invece non presentano nessuna modificazione.

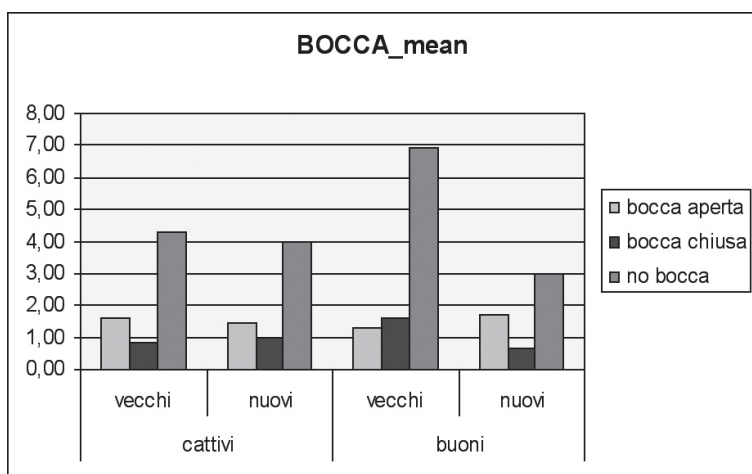


Grafico 6. Durata media della variabile **bocca** in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione.

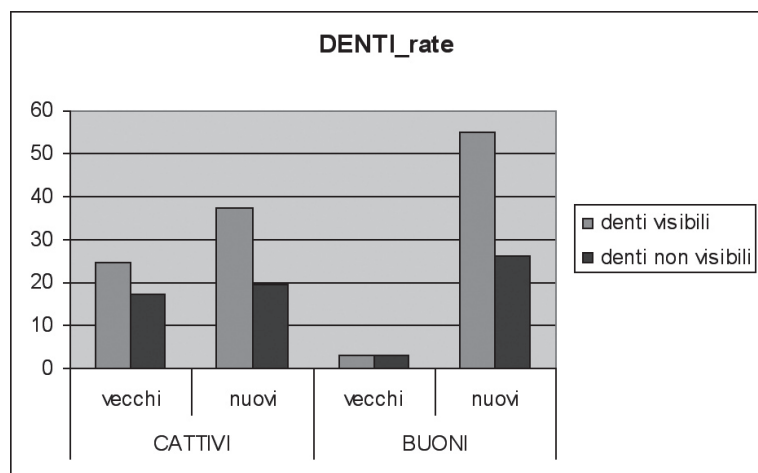


Grafico 7. Numero di occorrenze della variabile **denti** in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione (rate/minute).



Grafico 8. Durata media della variabile occhio destro in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione.

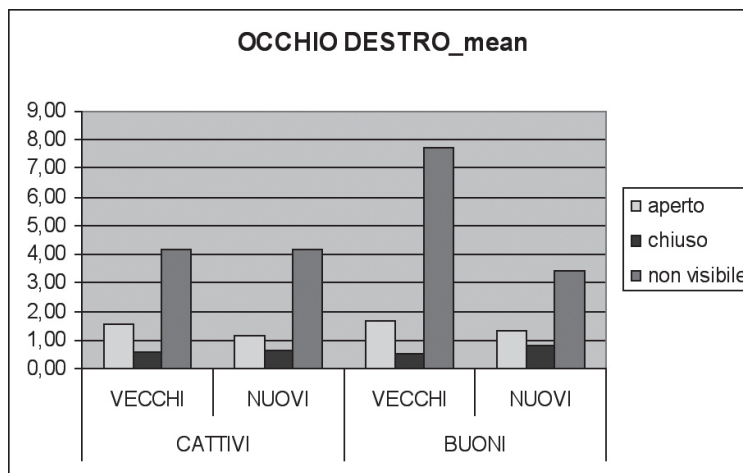
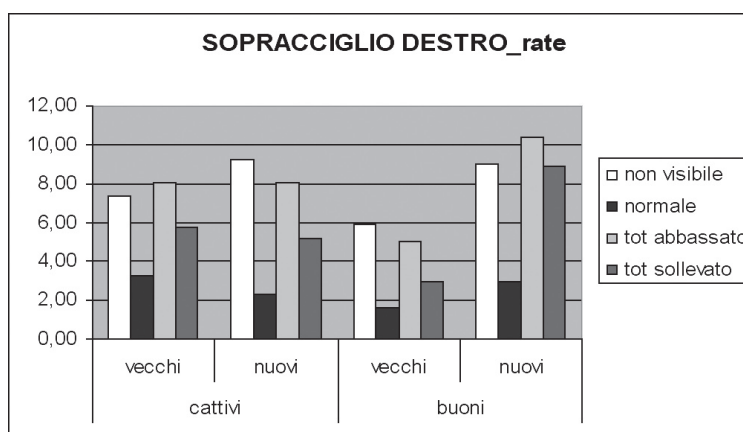


Grafico 9. Numero di occorrenze della variabile sopracciglio destro in funzione del tipo di personaggio e del periodo di produzione (rate/minute)



In generale, i dati analizzati ci permettono di considerare come sia variata la rappresentazione della collera in relazione ai personaggi buoni.

Nelle scene estratte dalle vecchie pellicole infatti, la raffigurazione del volto dei personaggi buoni presenta meno i denti visibili e la bocca risulta chiusa. Al contrario nei film nuovi si nota un'inversione di tendenza: i personaggi buoni vengono rappresentati con i denti in vista (grafico 7) e la bocca aperta (grafico 6).

La rappresentazione del volto dei personaggi cattivi invece sembra rimanere costante nel tempo.

I dati emersi sottolineano infatti come nelle pellicole moderne anche i personaggi buoni possano assumere configurazioni del volto più arrabbiate o più propriamente consone a un personaggio connotato negativamente.

Se all'interno dei vecchi cartoni animati la stereotipizzazione forte dei personaggi rendeva difficoltoso individuare scene che vedessero come protagonista un "buono" arrabbiato, nei nuovi lungometraggi non solo questo risulta più facile ma anche la manifestazione stessa dell'emozione è più intensa ed il volto risulta delineato dai tratti tipici della collera (figure 4 e 5).

Figura 4. Immagini della collera dei cattivi vecchi e nuovi. Da sinistra, *la spada nella roccia*, 1963 e *Il pianeta del tesoro*, 2002.





Le sopracciglia abbassate, la bocca aperta a mostrare i denti stretti e le mani a pugno sono elementi che caratterizzano la rappresentazione canonica della collera e che nelle vecchie pellicole Disney delineano esclusivamente il cattivo. In passato, al buono era concesso al massimo, in un momento di collera, di abbassare le sopracciglia e stringere la bocca. Nei cartoni animati moderni il buono arriva invece ad arrabbiarsi quanto il cattivo, ed assume una configurazione del volto simile a quest'ultimo. Ma cosa succede quando anche i buoni si arrabbiano?

Come mette in luce la ricerca, se da un parte i moderni lungometraggi Disney perdono di realismo nella rappresentazione grafica dei personaggi e delle scenografie, sempre più semplici ed essenziali, dall'altra parte ne guadagnano nel ritmo della narrazione, che si fa sempre più incalzante quasi a voler riprodurre la frenesia e la caoticità della vita moderna, e nella caratterizzazione psicologica ed emotiva dei personaggi, che si slegano in parte dalla forte stereotipizzazione presente nei vecchi lungometraggi e guadagnano i tratti psicologici di un personaggio "reale".

Tutti conoscono l'influenza che i media oggi svolgono sulle persone. Tuttavia sembra che pochi considerino l'effetto che possono generare sui bambini che, a differenza degli adulti, dotati di una struttura psichica, presumibilmente solida, devono ancora creare il loro palinsesto. E per crearlo si servono anche dei media. I media svolgono un importante ruolo di socializzazione, fornendo allo spettatore immagini che possono formare, cambiare e rinforzare i loro stereotipi. La televisione rappresenta infatti uno dei principali mezzi di apprendimento sociale di cui il bambino si serve (Bandura, 1994). Secondo la teoria della coltivazione, inoltre, maggiore è il tempo passato davanti alla televisione maggiore sarà la percezione del mondo reale che lo spettatore svilupperà in termini di valori, interpretazioni e ideologie presentati dalla televisione (Gerbner et al., 2002). Le rappresentazioni dei media permettono l'accesso ad un'ampia parte di modelli che presentano comportamenti e qualità che i giovani possono selezionare e incorporare nella loro struttura personale, mettendo in atto in parte ciò che hanno osservato, attraverso il processo di apprendimento osservativo e di imitazione (Bandura, 1997).

Per il bambino che osserva il cartone animato risulta allora disorientante trovarsi di fronte a dei personaggi dai profili psicologici poco delineati, ad un "buono" che, può anche diventare "cattivo".

Vengono a mancare quegli stereotipi base che sono necessari al bambino per imparare a categorizzare il mondo e a gettare delle solide basi per il suo sviluppo sociale e morale.

Come ha scritto Anna Oliverio Ferraris "il mondo rappresentato in TV è un immaginario eccessivo, che se può affascinare ed essere decodificato da quegli adulti che possiedono chiavi di lettura di tipo semiotico, e che sono in grado di distaccarsene, rischia d'impigliare i più piccoli e i più deboli: assimilare tutti gli spettatori alla figura ideale di un intellettuale dotato di chiavi d'interpretazione costituisce non soltanto

Figura 5. Immagini della collera dei buoni vecchi e nuovi. Da sinistra *Cenerentola*, 1950 e *Lilo e Stitch*, 2002.



una forma di arroganza, ma una cattiva interpretazione del mondo reale, fatto di bambini, adolescenti, di persone che si emozionano, che hanno una cultura limitata, o un diverso inserimento sociale, o che sono prive di strumenti interpretativi. Sono questi individui, meno attrezzati che costituiscono un indicatore dei rischi legati a un immaginario eccessivo o sviante, che può abitare la nostra mente”.

Alla luce di queste considerazioni, risulta allora necessario, oggi più che mai, esortare genitori ed insegnanti a controllare e guidare le scelte dei figli ma soprattutto discuterle con loro in maniera informata e aperta.

*Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

- BANDURA, A. (1994). Social Cognitive Theory of mass communication. In J. Bryant & D. Zillmann (eds.), *Media effects: advances in theory and research* (pp. 43-67) (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BANDURA, A. (1997), *Self-efficacy: the exercise of control*, New York: W.H. Freeman and Co.
- CATTONI, P. (2007), *Le immagini della collera: strategie comunicative nei classici Disney*, Dipartimento di Psicologia della comunicazione, Università Cattolica di Milano.
- DONNERSTEIN, E. & LINZ, D. (1995), *The media*. In J. Q. Wilson, & J. Petersilia (eds.), *Crime* (pp.2378-266) . San Francisco, CA: Institute for contemporary studies Press.
- GRASSO, A (1996), *Enciclopedia della televisione*, Milano.
- GERBENER, G, GROSS, L. MORGAN, M., SIGNORELLI N & SHANAHAN, J. (2002), *Growing up with television: Cultivation processes*. In J.Bryant & D. Zillmann (eds.), *Media effects: advances in theory and research* (pp. 43-67) (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- HUESMANN, L.R., & MILLER L.S. (1994), *Long-term effects of repeated exposure to medi violence in childhood*. In L.R. Huemann (ed.), *Aggressive behavior: current prospectives* (pp. 153-186). New York: Plenum Press
- OLIVERIO-FERRARIS, A. (1995), *TV per un figlio*, Roma
- PAICK, H, & COMSTOCK, G. (1994). The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Communication Research*, 21(4), 516-546.
- POTTER, W. J. & WARREN, R. (1998). Humor as a camouflage of televised violence. *Journal of Communication*, 48, 40-57.
- WOOD, W., WONG, F. & CHACHERE, J.G. (1991). Effects of media violence on viewers aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 109, 371-383.

When also “the good” get angry: consequences of cartoons on childrens’ aggressiveness

The moderns cartoons seem to be created more and more for an adult public, both as far the narrative contents as well as the expression of the emotions are concerned. Not only they appear full of violent elements, but, as an updated research evidenced, it seems to be missing a clear line of the character’s psychological profile. In a study about the representation of anger in Disney’s cartoons, it results how much it has changed the expression of such emotion in “good” as well as in “bad” characters. We can especially observe how in modern cartoons the good personalities assume a more angry face, getting psychological traits that are almost the same as those of real human being.

Since television represents one of the most important social learning system for a child, it is important to question ourselves on how this change of attitude can influence the young beneficiaries, and to motivate parents and educators to guide them in a well studied manner.







.link 11 ricerche

**Un progetto di promozione della
salute sul territorio padovano:
la valutazione dell'efficacia del
progetto "GenerAzioni Insieme"**

ANGELO MUSSONI, SARA MARTINAZIOLI,
GIAN PIERO TURCHI





Un progetto di promozione della salute sul territorio padovano: la valutazione dell'efficacia del progetto "GenerAzioni Insieme"

ANGELO MUSSONI*, SARA MARTINAZIOLI**, GIAN PIERO TURCHI***

Premesse

Il presente articolo illustrerà una sintesi rappresentativa dei risultati ottenuti dall'applicazione di un impianto di valutazione dell'efficacia di un progetto inter-generazionale di promozione della salute, denominato "GenerAzioni Insieme" (già conosciuto come progetto **Non Più Da Soli**), svoltosi nella città di Padova a partire dall'anno 2003.

Il presupposto da cui nasce il progetto si fonda sulla rilevazione che, comunemente, "giovane" e "anziano" configurano, all'interno della nostra società, realtà discorsive che si considerano 'separate', ovvero non comunicanti in termini discorsivi, nonostante siano realtà collocate lungo un **continuum** di tipo biologico. Si assiste, infatti, alla diffusione di modelli culturali che portano a giudicare la propria condizione sulla base di standard tipici della cosiddetta "giovinezza", o a riferirsi ad aspetti prestazionali legati al rendimento biologico. Da questo, l'avanzamento dell'età viene considerato come qualcosa da rallentare piuttosto che da gestire od utilizzare in quanto valore, specie dal momento in cui l'invecchiamento viene inteso come "decadenza" e ricondotto all'impoverimento delle capacità fisiche, con conseguente perdita del ruolo sociale e riduzione delle occasioni di relazione.

Si va così a generare una 'cultura dell'invecchiamento' fondata sulla dialettica "giovinezza" vs. "anzianità", la quale comporta ricadute su un duplice versante:

1. sul versante sociale si mantengono e si generano conflitti che diminuiscono, in ultima analisi, la coesione sociale e aumentano, quindi la separazione, per cui l'anzianità è vista come "età della solitudine" e "dell'isolamento". La condizione di "giovane" inoltre viene comunemente associata al problema del lavoro e della casa: si assiste allora all'incremento della permanenza dei giovani adulti presso la famiglia di origine. In virtù di ciò, la persona si colloca in termini passivi oppure utopici, limitandosi ad esempio a ridurre gli effetti dell'incremento dell'età, oppure adottando modalità rivendicative nei confronti del "mondo degli adulti" o viceversa "del mondo dei giovani";
2. collegato a quanto sopra, sul versante sanitario, il luogo comune che vede l'anzianità come "età della decadenza" porta a sottolineare i deficit piuttosto che le risorse, impoverendo ulteriormente quest'ultime; inoltre, si focalizza principalmente l'investimento in politiche che garantiscono l'assistenza e la cura in previsione dell'"invecchiamento" stesso, ma che non consentono di promuovere l'autonomia.

Quanto sopra, contestualmente ad un costante incremento dell'età media della popolazione, rappresenta costi sempre meno sostenibili sia a livello sociale che di *welfare*: si delinea, dunque, l'esigenza di individuare risposte efficaci ed efficienti,

"Giovane" e "anziano" configurano, all'interno della nostra società, realtà discorsive che si considerano 'separate', ovvero non comunicanti in termini discorsivi, nonostante siano realtà collocate lungo un continuum di tipo biologico. Si assiste, infatti, alla diffusione di modelli culturali che portano a giudicare la propria condizione sulla base di standard tipici della cosiddetta "giovinezza", o a riferirsi ad aspetti prestazionali legati al rendimento biologico.



L'assunto di riferimento del modello operativo adottato nel progetto è che la realtà non sia data a priori, ma costruita socialmente e culturalmente. Ciò che viene individuato come "giovane" non è una realtà con caratteristiche e qualità proprie, esistente di per sé, ma un costrutto che si configura a partire dalle categorie conoscitive (le pratiche discorsive) che si adottano per descrivere/conoscere e dunque costruire tale realtà.

dunque sostenibili anche in termini di costi, e che abbiano un valore riconosciuto in termini di modello socio culturale per la collettività tutta.

Il Progetto "GenerAzioni Insieme": obiettivi e strategie

A fronte di quanto premesso, l'obiettivo del progetto è la promozione di una cultura che comporti la gestione dei cambiamenti connessi all'incremento dell'età anagrafica, ovvero ciò che comunemente si intende con "invecchiamento".

La strategia elettiva individuata per perseguire quanto sopra è la creazione di occasioni di convivenza tra "anziani" che vivono da soli e "giovani" (studenti e lavoratori italiani e stranieri) fuori sede. In termini operativi il progetto forma gli ospitati a divenire competenti rispetto alla gestione dei cambiamenti connessi all'avanzamento dell'età, divenendo dunque veri e propri **operatori informali sul territorio**. Si tratta pertanto di generare occasioni in virtù delle quali l'"anziano" ed i suoi famigliari possano incrementare le competenze di gestione dei cambiamenti connessi al trascorrere dell'età anagrafica promuovendo dunque una cultura della salute.

L'applicazione della strategia enucleata ha comportato differenti azioni, di seguito elencate:

- a) selezione dei partecipanti del progetto;
- b) formazione dei partecipanti (gli ospitati) che andranno a ricoprire il ruolo di **operatori informali**;
- c) costituzione di coppie di conviventi, un "giovane" senza alloggio ed un "anziano" che vive solo e che ha la disponibilità abitativa per ospitare qualcuno;
- d) monitoraggio e supervisione dei processi interattivi generati all'interno del contesto delle convivenze nell'ottica di fornire elementi di gestione sia agli **operatori informali** che al contesto familiare/ruoli significativi per l'"anziano";
- e) creazione di reti informali e di cooperazione del progetto con diverse realtà della città, che siano utilizzate come strumenti funzionali alle attività degli operatori informali e del progetto nel suo complesso;
- f) uso strategico dei mass-media (TV, giornali, radio, etc.) per la diffusione dell'esperienza maturata nel corso delle convivenze, in modo da ottenere un effetto moltiplicatore rispetto alla cultura della salute che si è generata nelle stesse.

A fronte di quanto descritto, il Progetto è stato definito sulla scorta di un preciso modello operativo, sviluppato in seno all'Università di Padova, che consenta di valutare l'effettivo impatto del progetto a livello culturale e territoriale, e di migliorare e potenziare le strategie del progetto stesso. Nello specifico, l'assunto di riferimento del modello operativo adottato nel progetto è che la realtà non sia data a priori, ma costruita socialmente e culturalmente. Ciò che viene individuato come "giovane" non è una realtà con caratteristiche e qualità proprie, esistente di per sé, ma un **costrutto** che si configura a partire dalle categorie conoscitive (le pratiche discorsive) che si adottano per descrivere/conoscere e dunque costruire tale realtà. L'oggetto di studio e di intervento sono, dunque, le "configurazioni di realtà", ovvero l'insieme dei processi e delle modalità discorsive utilizzate per costruire ciò che viene considerato "reale". Tali modalità discorsive si strutturano e si organizzano in "repertori discorsivi" ed è sul cambiamento di questi (e delle configurazioni discorsive di realtà che ne derivano) che la valutazione dell'efficacia si focalizza.

La valutazione dell'efficacia: aspetti metodologici

A fronte di quanto sino ad ora esplicitato, segue la definizione della metodologia utilizzata per valutare l'efficacia del progetto in relazione alle annualità 2004-2006. Muovendo dall'obiettivo generale di "promuovere una cultura che comporti la gestione dei processi bibliografici connessi con l'incremento dell'età anagrafica", l'obiettivo della valutazione dell'efficacia consiste nel "valutare quanto il progetto sia stato in grado di introdurre elementi di gestione dei processi bibliografici con-



nessi con l'incremento dell'età anagrafica". In altri termini, posto che l'obiettivo del progetto è di promuovere una cultura della gestione dei processi bibliografici legati a quanto comunemente si indica con "invecchiamento", l'obiettivo della valutazione dell'efficacia è di valutare quanto il progetto sia stato in grado di rendere disponibili ai partecipanti all'esperienza della convivenza elementi riferibili a tale obiettivo.

Il primo passaggio metodologico per arrivare ad una valutazione dell'efficacia, è la definizione degli indicatori di risultato, che consentano di attestare in che misura l'obiettivo sia stato trasformato in risultato.

A fronte dell'obiettivo del progetto sono stati individuati i due seguenti indicatori di risultato:

- Indicatore 1: modalità di configurazione discorsiva della realtà "giovane" e "anziano";
- Indicatore 2: competenze di gestione dei processi biografici connessi all'avanzare dell'età anagrafica.

Nello specifico, l'indicatore 1, consente di rilevare se è avvenuta una trasformazione nelle modalità di configurazione discorsiva della realtà "giovane" e "anziano" adottate dai partecipanti al progetto prima e dopo l'esperienza di convivenza; l'indicatore 2 consente invece di rilevare e valutare l'introduzione di elementi che permettono di aumentare le competenze nella gestione dell'avanzamento dell'età. È stato dunque definito il seguente profilo di competenze:

- Competenze di anticipazione delle configurazioni discorsive che si generano a fronte delle modalità utilizzate relativamente al costrutto "invecchiamento";**
- Competenze di anticipazione degli aspetti critici connessi all'avanzare dell'età anagrafica;**
- Competenze di individuazione di strategie di gestione degli aspetti critici anticipati.**

Tale profilo contempla, quindi, tanto competenze relative ai processi discorsivi che generano il costrutto "invecchiamento", tanto competenze di tipo relazionale relative all'ambito di pertinenza del progetto. Entrambi gli indicatori individuati concorrono alla trasformazione degli scenari biografici entro i quali il cosiddetto "invecchiamento" diviene il nucleo discorsivo a partire dal quale si configura la realtà di cui alcuni esempi possono essere "persona anziana", "manchevole di caratteristiche", "ridotta nelle possibilità".

Il secondo passaggio metodologico, dopo l'individuazione degli indicatori, consiste nel definire **come** rilevare tali indicatori. A tal fine è stato predisposto un protocollo **ad hoc** che consentisse di raccogliere le modalità discorsive utilizzate dai partecipanti e, dunque, di rilevare le modalità di costruzione della realtà.

Il protocollo prodotto risulta composto da 7 domande aperte, ovvero domande che non contemplano opzioni di risposta predefinite: le prime quattro domande fanno riferimento al primo indicatore, mentre le successive tre (domanda n. 5, 6 e 7) fanno riferimento al secondo indicatore. Inoltre, la formulazione delle domande è tale da consentire di collocare il rispondente rispetto ad assi temporali differenti, in modo da rilevare lo "scarto" che si può generare in termini di diversi modi di configurare la realtà, prima (t0) e dopo (t1) la partecipazione al progetto.

Il protocollo è stato somministrato ad un gruppo di 48 partecipanti al progetto, che hanno preso parte ad un'esperienza di convivenza di 6 mesi circa. Nell'analisi delle risposte ottenute si è mantenuta tale distinzione dei partecipanti in due sottogruppi per rilevare se ci fossero differenze rilevanti tra i due gruppi di partecipanti (**Tab. A**).

	Partecipanti		
	Sottogruppo "anziani"	Sottogruppo "giovani"	Totale
maschi	3	6	9
femmine	21	18	39
Totale	24	24	48

Il primo passaggio metodologico per arrivare ad una valutazione dell'efficacia, è la definizione degli indicatori di risultato, che consentano di attestare in che misura l'obiettivo sia stato trasformato in risultato.

Il secondo passaggio metodologico, dopo l'individuazione degli indicatori, consiste nel definire come rilevare tali indicatori. A tal fine è stato predisposto un protocollo ad hoc che consentisse di raccogliere le modalità discorsive utilizzate dai partecipanti e, dunque, di rilevare le modalità di costruzione della realtà.

Tab. A. Descrizione del gruppo oggetto di indagine.





Per quanto riguarda l'analisi dei dati ottenuti, la valutazione dell'efficacia, effettuata in questa indagine adottando la metodologia MADIT, contempla due livelli di analisi:

1. ad un primo livello di analisi, sono state evidenziate le modalità discorsive utilizzate nei testi per configurare la risposta ad ogni singola domanda del protocollo;
2. rispetto al secondo livello di analisi, i testi (ovvero le risposte alle domande n. 6 e n. 7) sono stati descritti in base all'assolvimento/non assolvimento di criteri indicativi della presenza o meno di competenze nell'individuazione di modalità di gestione delle situazioni critiche connesse con l'avanzare dell'età anagrafica.

La rilevazione delle modalità discorsive utilizzate nei testi consente di descrivere i processi discorsivi in atto entro il contesto di attuazione del progetto rispetto a tutti gli indicatori considerati, mentre, l'assolvimento o meno dei criteri che verranno a breve presentati, consente di rilevare quanto il progetto sia stato efficace rispetto al secondo indicatore.

La valutazione dell'efficacia pone pertanto l'attenzione sui processi di produzione della conoscenza, ovvero alle modalità attraverso cui ciò che si conosce viene ad assumere statuto di realtà (ciò che è stato chiamato la "configurazione discorsiva della realtà").

L'eventuale differenza rilevata mediante il confronto tra le produzioni discorsive può essere quindi "contenutisticamente" irrilevante ma "processualmente" sostanziale; viceversa, a fronte di contenuti dissimili tra loro, è possibile registrare i medesimi processi di generazione della realtà. Pertanto, oggetto di valutazione, non viene ad essere il "cosa" si dice, quanto le modalità conoscitive attivate nella produzione del discorso, ovvero il "come" si genera la realtà di cui sta parlando.

L'applicazione di M.A.D.I.T. prescrive l'ausilio dei programmi computerizzati **SPAD-T** e **Atlas.ti**, che a partire dalle categorizzazioni del testo effettuate dal ricercatore, consentono di ottenere indici numerici e grafici rappresentativi della scomposizione del testo effettuata. In particolare, è stato calcolato il "**peso**" che ogni repertorio ha nella generazione del testo di risposta a ciascuna domanda, ovvero il "quantum" di co-occorrenza di ogni repertorio alla configurazione discorsiva, specifica per domanda, rilevabile a partire dalle risposte.

Il "peso" è stato calcolato mediante la seguente formula, che esprime in percentuale il "quantum" suddetto:

$$\text{Peso} = (\text{frequenza repertorio} / \text{occorrenze totali repertori}) \times 100.$$

Ulteriore indice utilizzato rispetto all'analisi delle modalità discorsive, è l'**associazione** tra repertori e le modalità della variabile "gruppo", che lo strumento SPAD-T mette a disposizione: la presenza di associazione indica che uno specifico repertorio viene utilizzato in modo significativamente differenziato da uno dei due sotto-gruppi di indagine ('anziani' o 'giovani'), mentre la mancanza di associazione indica che un repertorio è utilizzato in modo statisticamente indipendente dall'appartenenza ad uno dei due sotto-gruppi di indagine.

L'analisi dei dati ha proceduto effettuando un'ulteriore analisi rispetto al secondo indicatore "competenze di gestione dei processi connessi all'avanzare dell'età anagrafica", in modo da valutare le competenze espresse dai partecipanti al progetto. Tale ulteriore analisi è stata condotta sui testi delle risposte alle domande n.6 e n.7, con l'ausilio del già citato pacchetto statistico "Atlas.ti", andando a rilevare sui testi stessi l'assolvimento o meno dei criteri. La definizione dei **criteri** in termini metodologici consente di effettuare la rilevazione degli aspetti che consentono di accertare la presenza o meno di elementi riferibili alle competenze oggetto di interesse del progetto.

I criteri individuati, a fronte del profilo di competenze richiesto, sono:

1. resoconti **descrittivi versus** resoconti **esplicativi**: i primi consentono uno spazio di comunicazione condiviso che contiene in sé tutti gli elementi, senza necessità di ricorrere all'uso di interpretazioni individuali, indicando dunque la presenza di competenze di comunicazione; i secondi, viceversa, sono modalità che non





consentono di collocare l'interlocutore, in quanto lasciano spazio all'interpretazione stabilendo dei nessi non condivisi tra gli elementi stessi;

2. asserzioni **specifiche** *versus* asserzioni **generiche**: le prime entrano nello specifico di quanto stanno enunciando risultando dunque indicative del fatto che il rispondente è in grado di anticipare nel concreto possibili situazioni pertinenti l'ambito entro il quale il progetto si muove; le seconde, al contrario, non entrano nel merito di quanto asseriscono, per cui quanto argomentato rimane ad un livello implicito e soggetto all'interpretazione, indicando così che il rispondente non è in grado di cogliere le ricadute delle modalità utilizzate rispetto al costruito "invecchiamento";
3. **assolvimento richiesta** posta da una domanda *versus* **non assolvimento**: nel primo caso, si tratta di risposte che in termini di collocazione rientrano nell'ambito di quanto richiesto e, nel secondo, che prescindono da quanto richiesto in domanda.

Si consideri che i criteri sopra descritti possiedono uguale "peso" nell'indicare lo sviluppo delle differenti competenze che compongono il profilo precedentemente declinato; in altre parole, dato che i criteri sono tre, l'assolvimento di ciascun criterio ha proporzionalmente una 'pregnanza' del 33% rispetto al raggiungimento dell'obiettivo "promuovere una cultura che comporti la gestione dei processi connessi con l'avanzare dell'età anagrafica".

Il progetto in generale si rivolge alla costruzione di tutte le competenze individuate dal profilo descritto, ma in particolare di competenze che si collocano sul piano fortemente pragmatico: pertanto, il progetto è gestito in modo da utilizzare la convivenza come strategia in grado di introdurre elementi nuovi, non anticipati dai partecipanti, relativi alle competenze di gestione di possibili aspetti critici connessi all'avanzare dell'età anagrafica.

L'incremento di competenze di individuazione di strategie di gestione, rappresenta in proporzione 1/3 del processo di 'promozione di una cultura che comporti la gestione dei processi connessi con l'invecchiamento'. Quindi, tramite il terzo indicatore non si rileva quanto alla fine del progetto i partecipanti siano divenuti "promotori di tale cultura", ma quanto siano presenti elementi di gestione in termini del "saper intervenire" rispetto alle situazioni connesse all'avanzare dell'età (in particolare le domande 6-7 fanno riferimento alla gestione di aspetti critici).

Nel prossimo paragrafo sarà possibile prendere visione dei risultati ottenuti a partire dall'applicazione della metodologia fin qui descritta.

La valutazione dell'efficacia di "GenerAzioni Insieme": una panoramica sui risultati

A fronte di quanto delineato a livello metodologico, di seguito verranno presentati, seppur non in maniera esaustiva, i risultati della ricerca condotta. In primo luogo, verranno illustrati i risultati relativi all'indicatore "modalità di configurazione discorsiva della realtà "giovane" e "anziano" attraverso il confronto tra le prime quattro domande del questionario. Successivamente si prenderà in considerazione l'indicatore "competenze di individuazione di strategie di gestione degli scenari connessi all'avanzare dell'età anagrafica" mediante il confronto tra i risultati ottenuti alle domande 5, 6 e 7 del questionario.

Risultati relativi all'indicatore "modalità di configurazione discorsiva della realtà "giovane" e "anziano"

Dall'analisi dei testi prodotti dai rispondenti rispetto alle domande n. 1 e n. 2, in riferimento all'indicatore di risultato "modalità di configurazione della realtà "giovane", emerge una diminuzione al termine dell'esperienza di convivenza (tempo t1), dell'utilizzo dei "repertori della giustificazione" e della "legittimazione".

Tale dato consente di mettere in luce come il progetto sia stato efficace nel trasformare le modalità discorsive che prima della convivenza andavano a giustificare e legittimare quanto si diceva rispetto alla descrizione dei "giovani", comportando

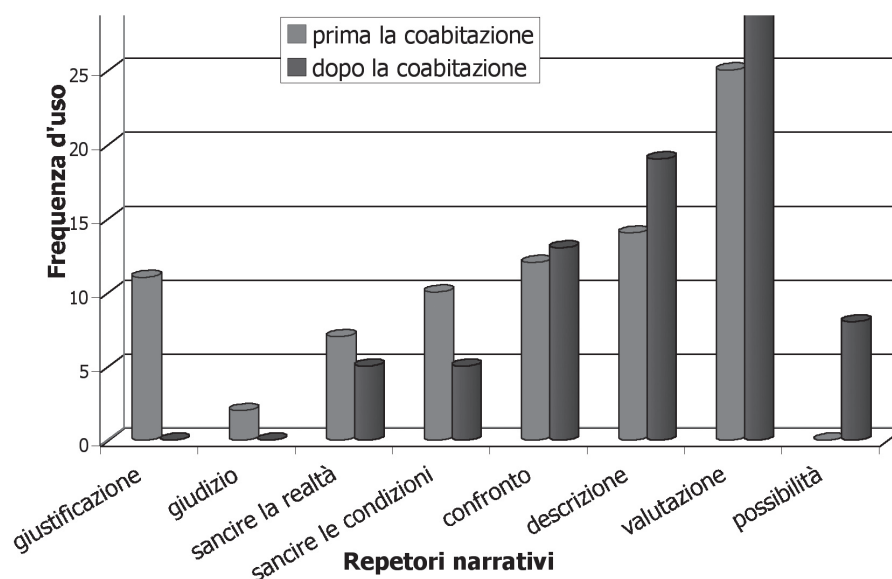
Il progetto è stato efficace nel trasformare le modalità discorsive che prima della convivenza andavano a giustificare e legittimare quanto si diceva rispetto alla descrizione dei "giovani", comportando il mantenimento dello "stato attuale delle cose" e non consentendo di mettere in campo altre modalità per gestire o modificare quanto accade. Inoltre il progetto è stato efficace nell'incidere sulle modalità conoscitive praticate dai rispondenti, nella direzione di un minor utilizzo di modalità discorsive che vanno a descrivere un "giovane" attribuendo alla descrizione fornita lo statuto di "realtà di fatto" e stabilendo le "condizioni" sulla base delle quali considerare "vera" la realtà che vanno configurando.





il mantenimento dello "stato attuale delle cose" e non consentendo di mettere in campo altre modalità per gestire o modificare quanto accade (si veda **Grafico 1**). Diminuisce inoltre, al tempo 1 (rilevato attraverso la domanda 2), anche il peso dei "repertori del sancire la realtà" e "sancire le condizioni"; pertanto, si rileva come il progetto sia stato efficace nell'incidere sulle modalità conoscitive praticate dai rispondenti, nella direzione di un minor utilizzo di modalità discorsive che vanno a descrivere un "giovane" attribuendo alla descrizione fornita lo statuto di "realtà di fatto" e stabilendo le "condizioni" sulla base delle quali considerare "vera" la realtà che vanno configurando.

Grafico 1. Impatto sulle modalità di conoscenza usate per costruire il costrutto "giovane" (domande n. 1 e 2)



Rispetto alla collocazione ad un tempo successivo all'esperienza della convivenza (t1), si delinea un maggiore utilizzo da parte dei rispondenti di modalità discorsive che comportano la "descrizione dei fatti così come sono avvenuti", senza comportare giudizi di valore o elementi "soggettivi" (repertorio della descrizione), che considerano diversi elementi/aspetti nel configurare la realtà "giovane", sia in termini qualitativi (repertorio della valutazione), sia in termini di comparazione tra gli elementi stessi (repertorio del confronto). Inoltre, gli arcipelaghi di significato rilevati nelle risposte rispetto ai "repertori del confronto" e "della descrizione" evidenziano uno spostamento su elementi maggiormente descrittivi piuttosto che su elementi che vanno a stabilire una realtà come "data" (es. valutazioni morali, confronti tra gruppi di persone con certe "caratteristiche").

In generale, quindi, rispetto all'indicatore di risultato "modalità di configurazione della realtà "giovane" prima e dopo la partecipazione al progetto", i risultati ottenuti mediante M.A.D.I.T. evidenziano un incremento dell'utilizzo di repertori che si collocano su un piano descrittivo, che non sanciscono la realtà in modo univoco e immutabile, ma lasciano aperti spazi di condivisione e modificazione della stessa.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti attraverso il confronto tra la domanda n.3 e la domanda n. 4, tale confronto permette di rilevare le configurazioni di realtà messe in campo dai rispondenti in riferimento al costrutto "anziano".

A fronte di quanto argomentato dai rispondenti (**si veda Grafico 2**), è possibile considerare come – in linea generale – il sottogruppo "anziani" utilizzi al tempo antecedente la convivenza, modalità di generazione della realtà che ne sottolineano la staticità ed l'immutabilità ("repertorio del sancire la realtà"), che esplicitano giudizi ("repertorio del giudizio"), che afferiscono alla sfera delle opinioni personali ("repertorio dell'opinione"), che individuano le cause ("repertorio della causa") che hanno generato lo stato attuale delle cose che non può essere cambiato, e modalità polemiche ed ideologiche ("repertorio della polemica").



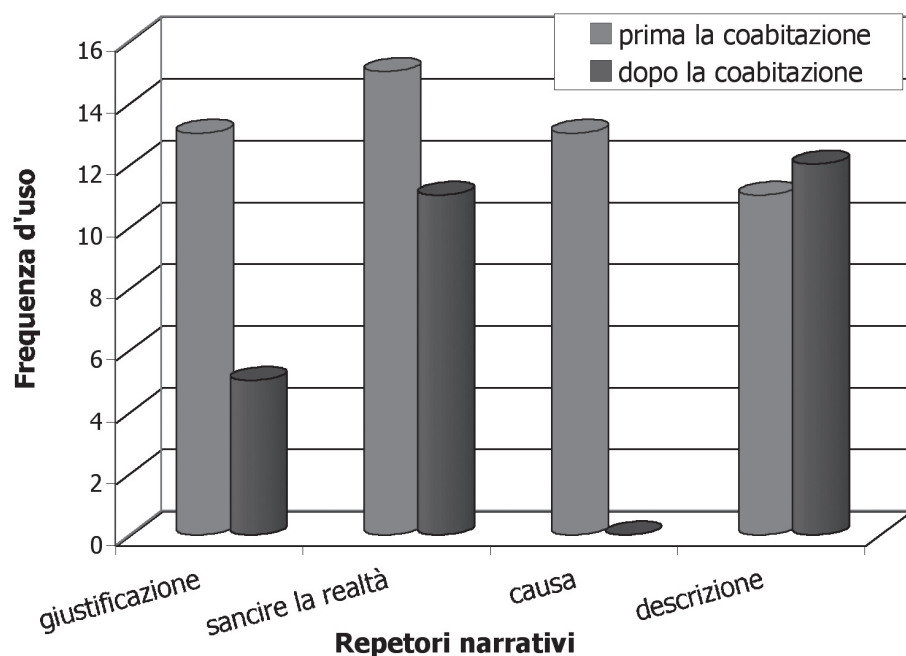


Grafico 1. Impatto sulle modalità di conoscenza usate per costruire il costrutto "anziano" (domande n. 3 e 4).

Tutte le modalità utilizzate generano una configurazione discorsiva di realtà entro la quale vengono inserite valutazioni critiche rispetto a ciò che la domanda pone, senza prospettare la possibilità di gestire in alcun modo quanto oggetto della valutazione, che quindi si configura come "giudizio". Accanto a queste modalità sono anche presenti modalità descrittive che non hanno intento valutativo e che lasciano spazio a prospettive di cambiamento sia in termini ideologici sia in termini di azioni, dunque di obiettivi, che possono essere intrapresi. Al tempo 1, invece, le modalità utilizzate risultano modificate: repertori come quello "della causa" e "del sancire la realtà" vengono sostituiti da altre modalità che sottolineano il cambiamento avvenuto in termini di processi discorsivi ed argomentativi utilizzati, in quanto la realtà attuale viene confrontata a quella precedentemente descritta ("repertorio del confronto").

Rispetto, invece, al sottogruppo "giovani", in linea generale si rilevano – rispetto al tempo antecedente la convivenza – modalità di generazione della realtà che legittimano quanto posto individuando le "ragioni" che consentono di giustificare l'argomento del discorso ("repertorio della giustificazione") implicando il mantenimento dello stato attuale delle cose poste e non consentendo di mettere in campo altre modalità discorsive per gestire e/o modificare quanto accade, proprio in virtù di una modalità di argomentazione che giustifica e quindi legittima quanto detto. I processi discorsivi utilizzati, inoltre, sono improntati alla individuazione delle cause ("repertorio della causa") che sottendono la realtà, realtà che viene sottoposta a giudizio ("repertorio del giudizio") attraverso l'esplicitazione di teorie personali che si attestano ad un livello non descrittivo, bensì connotante un punto di vista, dunque una valutazione personale.

Rispetto al tempo successivo alla convivenza (t1), le modalità discorsive utilizzate da questo sotto-gruppo di rispondenti cambiano; in tal senso vengono utilizzati un maggior numero di repertori ad indicare un cambiamento nei processi discorsivi attuati, una varietà di argomentazione che precedentemente non era disponibile. I rispondenti, in questo caso, utilizzano modalità che forniscono una "fotografia" della realtà ("repertorio della descrizione"), dunque la descrivono e nonostante siano presenti modalità che ancora appartengono alla sfera del "connotare quanto sancito in termini di realtà" ("repertorio del sancire la realtà") definendone il valore secondo elementi di valutazione ("repertorio della valutazione"), che sono relativi a criteri di tipo morale o etico.

In generale, quindi, i risultati relativamente all'indicatore "modalità di configurazione

In generale, i risultati relativi all'indicatore "modalità di configurazione della realtà "giovane" e "anziano", evidenziano il cambiamento dei processi conoscitivi in atto entro il contesto del progetto, nei termini del rafforzamento dell'uso di modalità conoscitive a fronte delle quali si anticipa la possibilità tanto della condivisione di una realtà, tanto della gestione di situazioni specifiche connesse con l'avanzare dell'età.



Il progetto può essere considerato non una semplice iniziativa sul territorio, quanto un esempio di sviluppo dei servizi sociali verso la costruzione di “reti di promozione della salute”, costituite da agenzie non formali e da risorse presenti in un dato territorio, in collaborazione con specialisti nell'utilizzo strategico di tali reti. Soggetti comunemente ascritti a generazioni diverse possono divenire protagonisti di tale processo. In tal modo, da “oggetto di intervento” da parte degli esperti, il territorio diviene “soggetto” che genera ‘salute’; diviene dunque possibile promuovere percorsi alternativi alla istituzionalizzazione, nonché abbattere i costi sociali e sanitari derivanti da un approccio prettamente sanitario e assistenzialistico alla questione “invecchiamento”.

della realtà giovane e anziano, evidenziano il cambiamento dei processi conoscitivi in atto entro il contesto del progetto, nei termini del rafforzamento dell'uso di modalità conoscitive a fronte delle quali si anticipa la possibilità tanto della condivisione di una realtà, tanto della gestione di situazioni specifiche connesse con l'avanzare dell'età.

Di seguito vengono presentati i risultati ottenuti a fronte delle domande 5, 6 e 7. Le domande in oggetto consentono di raccogliere elementi relativamente alle modalità utilizzate dai partecipanti al progetto in merito alla descrizione di scenari critici (le così definite “situazioni problematiche”) e descrizione di strategie per gestire tali scenari.

Risultati relativi all'indicatore “competenze di individuazione di strategie di gestione degli aspetti critici connessi all'avanzare dell'età anagrafica”

Si procede ora con l'illustrazione di quanto raccolto attraverso la somministrazione della domanda n.5, che offre visibilità sulla configurazione esistente prima della convivenza (t0), utile a considerare da che punto si partiva rispetto alla competenza di anticipazione di aspetti critici (si veda tab. 3).

I rispondenti, prima della partecipazione al progetto configurano una realtà attraverso l'adozione di categorie interpretative (valutazione), attraverso l'attribuzione di categorie di valore (nello specifico giudizi di carattere morale) e l'individuazione di nessi causali tra ciò che si considera un problema e la sua possibile causa. Ciò che si anticipa a fronte di tale scenario di partenza, è che i momenti critici connessi con l'avanzamento dell'età anagrafica siano visti come problemi o condizioni non modificabili, ovvero si stabilisce una realtà che non è passibile di modificazione e dunque di intervento attraverso strategie di gestione. Inoltre per entrambi i sottogruppi in cui sono stati divisi i partecipanti (ovvero “anziani” e “studenti”) non risultano rilevanti differenze in merito alla frequenza d'uso di tali repertori, pertanto entrambi tutti i partecipanti al progetto contribuiscono alla generazione dello scenario presentato.

A fronte di tale scenario la ricerca ha valutato se il progetto ha consentito di spostarsi da tale configurazione attraverso la costruzione di competenze che consentissero di individuare, su un piano pragmatico, modalità di gestione di ciò che viene configurato come problema.

In particolare, il confronto tra le domande n. 6 e 7 consente di valutare la generazione di competenze di individuazione di modalità di gestione degli aspetti considerati critici. Tanto maggiore è lo scarto tra le modalità discorsive usate per rispondere a queste due domande, tanto più il progetto è stato efficace nel generare competenze di individuazione di modalità di gestione delle suddette situazioni.

In riferimento a tale aspetto, attraverso la valutazione dell'assolvimento dei criteri precedentemente descritti, si è potuto valutare che i partecipanti, al termine dell'esperienza di convivenza, utilizzano in misura maggiore asserzioni specifiche piuttosto che generiche (indicatore n.1), resoconti descrittivi anziché esplicativi (indicatore n.2), assolvendo inoltre in misura maggiore alla richiesta posta (indicatore n.3). Questo consente loro di entrare con maggiore precisione e dettaglio nell'individuazione di ciò che possono o anticipano poter fare per gestire le situazioni critiche e sta dunque ad indicare come la partecipazione al progetto abbia offerto degli strumenti in più ai partecipanti per configurare modalità di gestione, e dunque essere maggiormente nelle condizioni di poter gestire le situazioni critiche connesse all'avanzamento dell'età anagrafica.

Considerazioni conclusive

A fronte di quanto illustrato, si può considerare come il progetto GenerAzioni Insieme, abbia consentito la modificazione dei repertori culturalmente disponibili in merito alla realtà “giovane” e “anziano”, e l'incremento di utilizzo delle modalità di





conoscenza che si collocano entro un piano descrittivo e non configurano “giovani” e “anziani” come delle condizioni non modificabili e stabilite aprioristicamente. In secondo luogo, la ricerca ha messo in luce come l’esperienza della convivenza promossa dal progetto e realizzata attraverso le strategie descritte in premessa, abbia generato un incremento nelle competenze che maggiormente a livello pragmatico consentono di avere a disposizione strumenti per gestire nel quotidiano gli aspetti connessi all’avanzare dell’età anagrafica.

Quanto emerso dunque, consente di individuare come il progetto possa essere considerato non una semplice iniziativa sul territorio, quanto un esempio di sviluppo dei servizi sociali verso la costruzione di **“reti di promozione della salute”**, costituite da agenzie non formali e da risorse presenti in un dato territorio, in collaborazione con specialisti nell’utilizzo strategico di tali reti (Turchi e Della Torre, 2007). Soggetti comunemente ascritti a generazioni diverse possono divenire protagonisti di tale processo. In tal modo, da “oggetto di intervento” da parte degli esperti, il territorio diviene “soggetto” che genera ‘salute’; diviene dunque possibile promuovere percorsi alternativi alla istituzionalizzazione, nonché abbattere i costi sociali e sanitari derivanti da un approccio prettamente sanitario e assistenzialistico alla questione “invecchiamento”.

* Cooperativa Sociale altreStrade, Psicologo

** Cooperativa Sociale altreStrade, Psicologa

*** Università di Padova, Titolare dell’Insegnamento di Psicologia della Salute

BIBLIOGRAFIA

Mussoni A., Ceccarello C. (2005), *Valutazione di risultato e di processo del Progetto OIKOS – modello di intervento “sul campo” per minori in situazioni multiproblematiche*, intervento presentato alla Tavola Rotonda *La valutazione dell’efficacia in ambito socio-sanitario tra questioni epistemologiche ed errori metodologici- La validità scientifica di una metodologia per la valutazione dell’efficacia dell’intervento sociale*, organizzata da altreStrade s.c. a r.l. a CIVITAS 2005 – Fiera del Terzo Settore, in collaborazione con - Pragmata S.R.L. e il Prof. Gian Piero Turchi - Università di Padova, Padova, 5-8 Maggio.

Turchi G., Salvini A., Di Maso A. e Mussoni A. (2000a), *Identity as social and self narration: an approach to clinical psychology*, International Journal of Psychology, F. Dorè Ed., Vol. 35, p. 255, abstract dell’intervento presentato al XXVII Stockholm International Psychology Congress organizzato dalla International Union of Psychological Science, Stoccolma, Svezia, 20-24 Agosto.

Turchi G. P., Salvini A., Mussoni A., Di Maso A. (2000b), *Analisi di testi non strutturati in psicologia clinica*, in M. Rajman e J. C. Chappellier (eds.), JADT 2000. 5es Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. Vol. 2. Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Lausanne.

Turchi G. P., Della Torre C. (a cura di), (2007), *“Psicologia della salute”- Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico: generare e gestire processi trasformativi nell’ambito della ‘salute’*, ed. Armando, in corso di pubblicazione.

Il progetto GenerAzioni Insieme ha consentito la modificazione dei repertori culturalmente disponibili in merito alla realtà “giovane” e “anziano”, e l’incremento di utilizzo delle modalità di conoscenza che si collocano entro un piano descrittivo e non configurano “giovani” e “anziani” come condizioni non modificabili. La ricerca ha messo in luce come l’esperienza della convivenza genera un incremento nelle competenze che maggiormente a livello pragmatico consentono di avere a disposizione strumenti per gestire gli aspetti connessi all’avanzare dell’età anagrafica.

A promoting health project in Padua area: the evaluation of the efficacy of the project: Gener-A(c)tion together

At the present time the issue of ageing represents a political and a social problem, as a distance between people of different age is created, instead of an exchange between different cultural roles. In that way “ageing” is depicted as an uneasy and unmodifiable condition, which needs care or, oppositely, could lead to abandonment. The research described in this article states the need of a ‘shift’ in the managing of that issue, showing the efficacy of a new kind of intervention. As the project is based on a specific operative model, it allows to produce a cultural change which is necessary to depict ageing not as “problem”, but as manageable change in the person’s biography.



La sindrome del burnout in sanità: l'esperienza dei dipartimenti di emergenza urgenza

VITO TÙMMINO, CONSUELO CAIMI **

Il termine burnout, che letteralmente significa scoppiato, bruciato, cortocircuitato, indica uno stato generale d'insoddisfazione secondaria al mancato raggiungimento di una meta. Lo stesso termine è stato introdotto negli anni Settanta in ambito socio-sanitario per definire una sindrome i cui sintomi testimoniano l'evenienza di una patologia comportamentale a carico degli operatori dei servizi sociali e più in generale in quelle che erano definite le helping professions, le professioni d'aiuto, ad alta implicazione relazionale.

Il burnout è uno stato d'esaurimento emozionale e fisico causato da un eccessivo e prolungato stato di stress che può subentrare nel momento in cui ci si sente sopraffatti e incapaci di rispondere alle continue richieste esterne ed interne. Sotto un continuo stato di stress, s'inizia a perdere interesse e motivazione nel lavoro, che invece risulta avere una certa valenza all'inizio della propria carriera. Il burnout riduce la produttività e l'energia, lasciando un sentimento di disperazione, d'impotenza, di cinismo e rancore. L'infelicità causata dal burnout può interessare l'ambiente di lavoro, le relazioni, e la salute.

Il burnout è descritto attraverso tre componenti: l'esaurimento emotivo, causato dall'eccessiva richiesta psicologica ed emozionale degli utenti che usufruiscono dei servizi, la depersonalizzazione, una difesa utilizzata per minimizzare le intense stimolazioni emozionali che possono influenzare il buon rendimento lavorativo, e la realizzazione personale, che è la tendenza del personale a valutare negativamente il proprio lavoro in relazione con l'utente. Questo testo descrive una ricerca condotta per misurare il livello di burnout in un dipartimento d'emergenza urgenza, utilizzando il Maslach Burnout Inventory. Il campione è formato da 42 soggetti, 20 medici, 16 infermieri e 6 operatori tecnici. I risultati mostrano un livello medio-alto di burnout in questo dipartimento, descrivendo le probabili cause e soluzioni.

Stress lavorativo e burn out

Si parla di sindrome perché il burnout risulta essere un fenomeno complesso e multidimensionale; il termine burnout, sembra che derivi dal gergo dell'atletica professionale e da altri sport, infatti, era utilizzato negli anni trenta per designare quel fenomeno tipico dell'atleta che, dopo alcuni successi, si esaurisce (si brucia) e non è capace di dare più nulla dal punto di vista agonistico (Paine 1982); secondo altri autori il termine rimanda al gergo della droga dove si riferisce all'abuso di stupefacenti, allo stato di overdose, altri ancora lo rimandano al mondo dell'ingegneria delle macchine dove era utilizzato per definire il logoramento di una macchina a causa del suo ripetuto e prolungato uso (Del Rio 1990).

Il termine burnout, che letteralmente significa *scoppiato, bruciato, cortocircuitato*, è stato introdotto in letteratura da Herbert J. Freudenberger, ed indica uno stato generale d'insoddisfazione secondaria al mancato raggiungimento di una meta.

Lo stesso termine è stato proposto in ambito socio-sanitario nel 1975 dalla psichiatra americana C. Maslach, utilizzandolo durante un convegno, per definire una sindrome i cui sintomi testimoniano l'evenienza di una patologia comportamentale a carico degli operatori dei servizi sociali e più in generale in quelle che erano definite le *helping professions*, le professioni d'aiuto, ad alta implicazione relazionale. Altri autori iden-





tificano le principali cause del burnout nella relazione operatore/paziente o utente. Il lavoro a contatto con le persone, e nello specifico delle professioni sanitarie con la malattia e la sofferenza, comporta, rapporti interpersonali frequenti e intensi con gli utenti, spesso carichi emotivamente, caratterizzati da stati di tensione, ansia e ostilità. L'operatore si offre come persona in grado di capire e rispondere ai bisogni e alle richieste d'altre persone, utilizzando abilità relazionali, questo comporta inevitabilmente una richiesta emotiva intensa, e non è difficile riconoscere come l'operatore possa non sentirsi sempre all'altezza della situazione.

C. Maslach (1982) dà al fenomeno una definizione ancora più specifica: il burnout è una "sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione della realizzazione personale".

Queste manifestazioni psicologiche e comportamentali possono essere raggruppate, come nella precedente definizione della Maslach, in tre categorie di disturbi: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale.

- L'esaurimento emotivo consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento nel rapporto con gli altri;
- La depersonalizzazione si manifesta come un atteggiamento d'allontanamento e rifiuto nei confronti di chi richiede o riceve la prestazione professionale, il servizio o la cura;
- La ridotta realizzazione personale riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell'autostima e la sensazione d'insuccesso nel proprio lavoro.

In particolare Cherniss (1980) nel testo "La Sindrome del Burnout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari", descrive la sindrome come una "ritirata psicologica" dal proprio lavoro. Partendo dal suo modello transazionale del Burnout, Cherniss divide la sindrome in tre fasi:

- a. stress lavorativo: squilibrio tra risorse disponibili e richieste;
- b. esaurimento: risposta emotiva a quest'equilibrio.
- c. conclusione difensiva: quantità di cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento (distacco emotivo, ritiro, cinismo).

L'operatore attraversa dapprima una fase in cui avverte uno squilibrio fra richieste provenienti dall'ambiente e risorse personali, in cui continua a svolgere il proprio lavoro, seppur con estrema fatica, in seguito inizia a sperimentare tensione emotiva, ansia, irritabilità, oppure noia, disinteresse, apatia. La tappa terminale di questo processo è il disinvestimento emozionale del proprio lavoro: si assiste ad una caduta motivazionale, con relativa perdita d'entusiasmo, interesse e senso di responsabilità. Il burnout rappresenta per molti aspetti una strategia difensiva, che si rivela però altamente disfunzionale: danneggia sia l'operatore in prima persona, nei suoi vissuti più profondi, sia la qualità del suo lavoro nei confronti di pazienti e familiari.

La sindrome del burnout indica quindi una particolare modalità di risposta allo stress lavorativo, che utilizza difese psicologiche intrapsichiche quali: ritiro, distacco e rigidità, invece di utilizzare metodi che comportino una soluzione attiva del problema.

I sintomi che caratterizzano il burnout sono abbondanti e rilevabili su diversi fronti e a più livelli.

La prima area è composta dai sintomi psicologici: l'*esaurimento emotivo* è una delle parti fondamentali del burnout, ed è caratterizzato da sentimenti di depressione, impotenza, disperazione, il sentirsi chiusi in trappola, e nei casi estremi può portare alla malattia mentale o a pensieri di suicidio. Si possono verificare pianto incessante e incontrollabile o perdita della capacità di reazione e dei meccanismi di controllo. Un altro sintomo collegabile ad un quadro depressivo è la *perdita d'ideale*, infatti, entusiasmo e fantasie onnipotenti sono presenti nelle fasi iniziali del processo che conduce al burnout, a fronte della sindrome le idealizzazioni che supportano tali entusiasmi crollano.

L'operatore attraversa dapprima una fase in cui avverte uno squilibrio fra richieste provenienti dall'ambiente e risorse personali, in cui continua a svolgere il proprio lavoro, seppur con estrema fatica, in seguito inizia a sperimentare tensione emotiva, ansia, irritabilità, oppure noia, disinteresse, apatia. La tappa terminale di questo processo è il disinvestimento emozionale del proprio lavoro: si assiste ad una caduta motivazionale, con relativa perdita d'entusiasmo, interesse e senso di responsabilità.



Il processo di stress origina da una discrepanza percepita tra la domanda e la possibilità di soddisfarla. Tale possibilità dipende non solo dall'esistenza e dalla disponibilità di risorse sia dell'individuo, sia dell'organizzazione e dall'ambiente in generale, ma anche dal fatto che risorse e bisogni siano presenti nella realtà lavorativa individuale in modo appropriato. Quattro importanti elementi della struttura organizzativa possono influire sul burnout: la struttura di ruolo, la motivazione al lavoro, la struttura di potere e la struttura normativa.

C. Maslach rileva come ogni persona esprime la sintomatologia di burnout a modo proprio, anche se le tematiche di base rimangono le stesse, queste sono:

- *Un deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro*, quello che era iniziato come un lavoro importante, ricco di significato e affascinante diventa sgradevole, insoddisfacente e insignificante.
- *Un deterioramento delle emozioni*, i sentimenti positivi quali l'entusiasmo, la dedizione, la sicurezza e il piacere svaniscono per essere sostituiti da rabbia, ansia e depressione.
- *Un deterioramento d'adattamento tra la persona e il lavoro*, i singoli individui percepiscono questo squilibrio come una crisi personale, mentre in realtà è il posto di lavoro a presentare problemi.

Sentimenti come la *rabbia* e la *frustrazione* sono il marchio caratteristico del burnout a livello emozionale. La frustrazione nasce dal mancato raggiungimento dell'obiettivo, non si riescono a superare gli ostacoli che si presentano lungo la strada perché non si hanno le risorse necessarie per svolgere il proprio lavoro, oppure perché manca il controllo sul lavoro.

La rabbia che accompagna la frustrazione alimenta le reazioni negative verso gli altri e il cinismo riguardo al lavoro. *Paura* e *ansia* sono altre due emozioni negative che contribuiscono al burnout; questi sentimenti sono particolarmente probabili, quando le persone non hanno il controllo sul loro lavoro e quando l'ambiente è incerto o minaccioso. Quando i sentimenti positivi, come la gioia dei successi, la soddisfazione o il piacere provato nelle relazioni con gli altri, si consumano al punto di non riuscire più a compensare quelli negativi, il *cinismo* incombe, qualsiasi cosa viene giudicata e vissuta negativamente, con sfiducia e ostilità.

Quando le persone esprimono le emozioni negative del burnout, le relazioni sociali possono esserne devastate, le conversazioni normali diventano dense d'ostilità e d'irritazione e quando sono espresse, esse generano risposte negative e disfunzionali. Questo è il modo in cui il burnout inizia la sua spirale discendente.

Il *distacco affettivo* assume tonalità diverse, manifestandosi in una gamma di sentimenti negativi, che vanno dalla perdita di interesse al cinismo. Del Rio evidenzia come rispetto alla tipologia dei meccanismi adottati, si può intravedere un processo, che inizia con l'*inibizione* e il *diniego* di sentimenti negativi verso l'utenza, al diniego si accompagna l'uso di meccanismi di *proiezione*, che consentono di esportare i sentimenti negativi, verso gli utenti e verso i colleghi. Si giunge così alle conseguenze ultime del distacco, alla spersonalizzazione dell'altro e alla sua *disumanizzazione*.

Possiamo aggiungere a quest'area una generale vulnerabilità alle malattie e sintomi psicosomatici, come ulcera e bassa pressione, mal di schiena, frequenti raffreddori e influenze. Si ha anche un cambiamento nelle abitudini alimentari e quindi del peso, ma soprattutto, nonostante la stanchezza, il sonno risulta essere disturbato da pensieri tormentosi e da incubi, il cui contenuto è collegabile con il burnout. La presenza d'incubi e di disturbi psicosomatici evidenzia il carattere pervasivo che caratterizza la sindrome di burnout, lo stress internalizzato conduce sia alla somatizzazione dei sintomi, sia alla perdita dell'autostima o di entrambi.

Le cause della sindrome sono state individuate in due principali fattori: quelli legati all'organizzazione e quelli legati all'individuo.

Il processo di stress origina da una discrepanza percepita tra la domanda e la possibilità di soddisfarla. Tale possibilità dipende non solo dall'esistenza e dalla disponibilità di risorse sia dell'individuo, sia dell'organizzazione e dall'ambiente in generale, ma anche dal fatto che risorse e bisogni siano presenti nella realtà lavorativa individuale in modo appropriato.

Ci sono 4 importanti elementi della struttura organizzativa che possono influire sul burnout e sono: la struttura di ruolo, la motivazione al lavoro, la struttura di potere e la struttura normativa.

La *struttura di ruolo* si riferisce al modo in cui compiti e doveri sono distribuiti tra i ruoli specifici in una determinata situazione. Il *sovraccarico di ruolo* è indicato come il maggiore fattore di stress, ed è il più evidente tipo di conflitto che prova l'operatore di un servizio. Sovraccarico non indica solo un numero eccessivo, spesso



spropositato e irrealistico d'utenti a carico al singolo operatore, ma ha anche una valenza strettamente qualitativa, infatti, si può parlare di sovraccarico di ruolo anche quando un lavoro di crescente complessità richiede abilità o capacità al di là di quelle attuali di funzionamento della persona. La condizione del *conflitto di ruolo* implica sempre l'esistenza di richieste incompatibili o poco compatibili dirette all'operatore, ad esempio quando viene richiesto di fare qualcosa che egli percepisce come estraneo all'ambito della sua attività professionale, pratiche, incombenze amministrative. Nella condizione di conflitto le informazioni che sono date all'operatore sono chiare, ma contengono una qualche contraddizione. Il conflitto può derivare da un'incompatibilità percepita tra immagine del ruolo presente alla persona, capacità e competenze professionali da un lato e richieste sentite come non pertinenti dall'altro, perciò l'operatore può sentirsi chiamato ad intervenire in situazioni, o con metodologie che gli risultano estranee, per le quali non si sente al suo posto o non è preparato. L'*ambiguità di ruolo* è il secondo importante tipo di tensione collegata al ruolo. È stata identificata da Khan e collaboratori (1964) e definita come una mancanza d'informazione riguardo alla valutazione dell'immediato del proprio lavoro, alle possibilità d'avanzamento, alla sfera delle proprie responsabilità e alle aspettative degli emittenti di ruolo. L'*ambiguità di ruolo*, dunque, si definisce soprattutto come mancanza di chiarezza e informazione.

I fattori che intervengono nella definizione di "lavoro che dia soddisfazione e che abbia significato" sono stati descritti ampiamente da Del Rio (1990) e da Cherniss (1980) essi sono: l'identità e significatività del compito, presenza di feedback, varietà delle capacità impiegate, grado d'autonomia.

L'*identità del compito* "si riferisce alla comprensione da parte dell'operatore del modo in cui il suo ruolo contribuisce allo sforzo di completa riabilitazione"; la *significatività* del compito, vale a dire la sensazione che il proprio intervento abbia un impatto rilevante sulla vita degli utenti. Spesso ciò non accade a causa d'influenze ambientali. Un fattore d'importanza decisiva per la soddisfazione e la motivazione lavorativa sembra essere l'esistenza di un *feedback* sul lavoro svolto.

C. Maslach (1978) aveva indicato come spesso prevalgono feedback di segno negativo, lamenti o critiche, per contro aveva notato la scarsità di feedback positivi verso gli operatori.

L'assenza di feedback da parte dell'utenza fa sì che l'operatore cominci a sentirsi usato, provi rabbia per questo e contemporaneamente sperimenti, sentimenti negativi nei suoi stessi confronti, questo può costituire una causa di burnout tra le più rilevanti. Il fatto che l'utente spesso non dia riscontro del comportamento dei professionisti, è data anche dall'immagine, che l'utente ha del lavoro degli operatori, che può risultare non sintonica con questi ultimi: ci si trova davanti allora ad un mancato riconoscimento del lavoro. Così è per la *varietà*: l'esistenza di caratteri di varietà nel lavoro risponde alla curiosità, al bisogno d'arricchimento e di crescita, la possibilità di creazione di nuovi programmi d'intervento per gli utenti diventa una fonte importante per la soddisfazione e un buon deterrente per l'insorgenza di uno stato di stress.

Infine un buon grado d'*autonomia* può contribuire al mantenimento della motivazione e soddisfazione lavorativa, per la creazione di situazioni appassionanti e della sensazione soggettiva di successo.

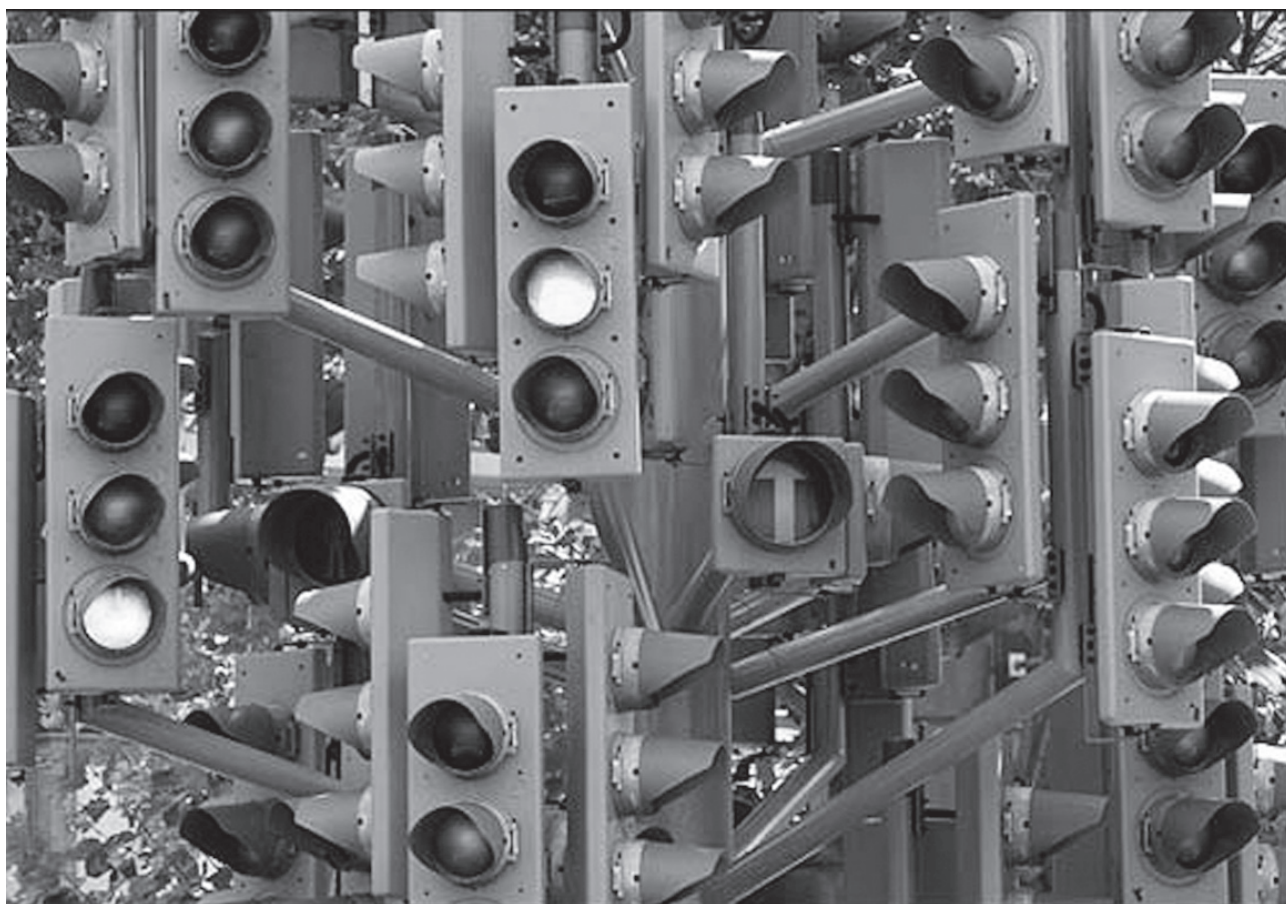
Struttura di potere. Quella struttura il cui compito è associato alle prese di decisioni riguardo ai servizi e al lavoro.

La sensazione d'impotenza è il fattore che maggiormente contribuisce allo stress e alla difesa non adattiva associati al burnout. Sebbene molti fattori influenzino la misura in cui lo staff si sente impotente, chiaramente il grado in cui essi sono capaci di esercitare un potere e un controllo sulla propria situazione di lavoro sarà predominante.

L'esercizio di controllo sul proprio spazio lavorativo è un altro fattore di grande importanza. Esso si connette, per esempio, alla possibilità di conferire identità e significatività del lavoro, poter controllare implica maggior consapevolezza della pro-

L'assenza di feedback da parte dell'utenza fa sì che l'operatore cominci a sentirsi usato, provi rabbia per questo e contemporaneamente sperimenti, sentimenti negativi nei suoi stessi confronti, questo può costituire una causa di burnout tra le più rilevanti. Il fatto che l'utente spesso non dia riscontro del comportamento dei professionisti, è data anche dall'immagine, che l'utente ha del lavoro degli operatori, che può risultare non sintonica con questi ultimi: ci si trova davanti allora ad un mancato riconoscimento del lavoro.





L'esperienza di burnout negli uomini e nelle donne è abbastanza simile: tuttavia le donne tendono a un maggiore e più intenso esaurimento emozionale. Gli uomini invece tendono ad avere sentimenti più spersonalizzati e d'intensità minore verso le persone con cui lavorano in quanto sono meno orientati al contatto stretto con la gente. Il burnout è massimo nei giovani che lavorano con la gente e minore nei più anziani.

pria area discrezionale e soprattutto contrasta il sentimento d'impotenza. L'esclusione degli operatori dai processi decisionali comporta ovviamente una minore possibilità di controllo sul proprio lavoro, e risulta ancor più grave in quanto fini organizzativi e politiche possono essere differenti da quelle dei lavoratori.

Gli obiettivi, le norme, e le ideologie presenti nei programmi dei servizi fanno parte di questa struttura.

Tali obiettivi tendono ad essere generici e vaghi, c'è un minimo collegamento, tra gli obiettivi generali e le attività svolte. Spesso gli operatori sono lasciati da soli a sviluppare e rendere operativo un modello di gestione. Una più precisa definizione degli obiettivi e un particolare modello possono ridurre lo stress lavorativo subito.

Si è visto che le persone sono diverse l'una dall'altra per quanto riguarda la loro vulnerabilità allo stress e la loro capacità di difesa. Alcune ricerche sullo stress e i meccanismi di difesa indicano che certi tratti di personalità, le mete riguardo alla carriera, e l'esperienza precedente possono influenzare la sensibilità di ognuno.

Sono stati scoperti cinque tratti di personalità che determinano e influenzano una risposta individuale allo stress: l'ansia nevrotica, la sindrome di "tipo A", il luogo di controllo, la flessibilità e l'introversione.

Gli individui che soffrono d'*ansia nevrotica* hanno una costellazione di tratti ed atteggiamenti che tendono a verificarsi contemporaneamente. Uno dei più rilevanti è una motivazione eccessiva e addirittura conflittuale. Presentano un Super-Io forte e punitivo, si pongono mete estremamente elevate e si puniscono severamente se falliscono. Un secondo tratto associato all'ansia nevrotica è l'emotività e l'instabilità, infatti, l'individuo che ne soffre è più emotivo degli altri, e quest'emotività spesso interferisce con un funzionamento adattivo, vale a dire, di fronte al conflitto ed allo stress, l'individuo è facilmente sopraffatto da una forte ansia, tende ad essere spaventato ed apprensivo in ogni nuova situazione. La tendenza di difesa inadeguata rappresenta la terza caratteristica dell'ansia nevrotica. L'individuo che soffre d'ansia



nevrotica tende ad agire impulsivamente, perde la pazienza, e fa affidamento in modo notevole su meccanismi di difesa come la negazione, la rimozione e la proiezione. Infine, ultima caratteristica è una scarsa auto-stima e un eccessivo interesse per le opinioni degli altri. Un'altra caratteristica individuale che rende le persone più predisposte allo stress sul lavoro, è la *personalità di tipo A*, studiata da Friedman e Rosenman (1974). Gli studiosi sostengono che certi individui sembrano inclini ad uno stile di vita attivo, competitivo, in lotta contro il tempo, mentre altri sono, per natura, più calmi e rilassati (personalità di tipo B). Gli autori identificano questo stile incalzante oppresso dagli eventi come *personalità di tipo A*.

La *sindrome di tipo A* è considerata una modalità di difesa o un tratto di personalità profondamente radicato. Gli individui che manifestano tale modello sembrano essere occupati in una lotta con se stessi, con gli altri, e possono essere con più probabilità vittime del burnout.

Il terzo tratto di personalità è "*il luogo di controllo*" collegato alle differenze di reazione allo stress. Gli individui differiscono nel grado in cui credono di controllare le importanti fonti di rinforzo nella loro vita. Ci sono gli individui denominati "interni" che hanno la tendenza a credere di controllare il loro destino, se vogliono qualcosa, presumono di poterlo fare, se falliscono è a causa della mancanza di capacità o di volontà. La "*flessibilità*" è un altro tratto di personalità che riguarda le reazioni allo stress, specialmente nelle professioni d'aiuto. Gli individui adattabili hanno maggiore possibilità di sperimentare un conflitto di ruolo sul lavoro, e reagiscono ad esse con una maggiore ansia manifesta, tensione e inquietudine rispetto agli individui meno adattabili, anche perché difficilmente rispondono in modo negativo alle richieste extra rispetto al lavoro.

L'ultimo tratto di personalità associato allo stress è "*l'introversione*". Gli individui introversi sperimentano maggiore tensione nelle situazioni ad elevato conflitto di ruolo rispetto agli estroversi, si ritirano più facilmente dai loro colleghi di fronte al conflitto e allo stress, e tale ritiro impedisce una difesa efficace e la risoluzione del conflitto.

L'esperienza di burnout negli uomini e nelle donne è abbastanza simile: tuttavia le donne tendono a provare un maggiore esaurimento emozionale ed a sperimentarlo con maggiore intensità degli uomini, questi invece tendono ad avere sentimenti più spersonalizzati e d'intensità minore verso le persone con cui lavorano in quanto sono meno orientati al contatto stretto con la gente.

Emerge una relazione chiara tra burnout ed età: questo, infatti, è massimo nei giovani che lavorano con la gente e minore nei più anziani. I giovani hanno meno esperienza lavorativa degli anziani quindi hanno una prospettiva meno equilibrata della vita perché meno stabili e meno maturi, inoltre gli operatori più anziani sono riusciti a tenere a bada le prime minacce di burnout, svolgendo bene la propria professione. Ancora più importanti dei tratti di personalità nella risposta dell'individuo allo stress lavorativo sono gli obiettivi, i valori e gli atteggiamenti concernenti la professione.

Ogni persona si crea un certo numero di mete che definiscono quelle che sono le gratificazioni ottenute in una determinata professione, alcune mete possono essere perseguite solo da certe persone e non da altre.

Ogni argomento fin d'ora trattato è legato all'esperienza precedente: i tratti di personalità, gli orientamenti di ruolo, gli obiettivi e le motivazioni relative alla carriera sono tutti prodotti dell'esperienza passata.

L'esperienza precedente con un determinato lavoro, con un fattore stressante o con una certa situazione attenua gli effetti dello stress, ad esempio, coloro che hanno dovuto affrontare un particolare tipo di conflitto di ruolo in passato, dovrebbero essere meno turbati, quando esso insorge in una nuova situazione. La misura in cui si è acquisita esperienza nel passato, può essere particolarmente importante nel determinare il modo in cui si affronterà lo stress nel presente e nel futuro. L'esperienza acquisita in passato sembra aumentare i fattori attitudinali e motivazionali che ci rendono meno vulnerabili allo stress e maggiormente capaci di affrontarlo efficacemente.

Negli anni Ottanta è nato l'interesse anche in Italia di studi su una particolare relazione d'aiuto che il medico anestesista rianimatore vive quotidianamente, la cui caratteristica fondamentale è il dover gestire situazioni "acute", prendere decisioni immediate d'emergenza, con scarso contatto con il paziente, o perdere costantemente l'oggetto delle proprie cure nel caso segua un decesso o un trasferimento. In questo caso vengono ad evidenziarsi alcune variabili importanti per l'instaurarsi di una sindrome da burnout, come il focus del problema del cliente, la mancanza di un rinforzo positivo, i livelli di stress emotivo e la possibilità di cambiamento.



La risposta dell'altro ad un nostro comportamento è la prova del nostro esistere. Se qualcuno non riconosce la nostra presenza, non conferma di aver recepito il nostro messaggio o manca di seguire il nostro consiglio ci depersonalizziamo in modo tale che non sarà anche per noi possibile offrire una risposta efficace ed efficiente perché a nostra volta risponderemo secondo categorie e assunti generali. La mancanza di una risposta personale e individuale verso l'altro inficia la possibilità di un cambiamento o di miglioramento a seguito del nostro operato.



La ricerca

Questa ricerca permette di comprendere il livello di burnout dell'Unità Operativa del Dipartimento d'Emergenza-Urgenza S.S.U.e.m 118 dell'Ospedale S. Anna. E' stata fatta una prima indagine valutativa per verificare lo stato degli operatori che quotidianamente lavorano all'interno di questo dipartimento.

In linea generale, il rischio di burnout in questa tipologia di dipartimenti sanitari può essere ricondotto alla particolarità di interventi sanitari che gli operatori eseguono. Alcune ricerche confermano il fatto che componenti tipiche di questo servizio possono portare gli operatori allo sviluppo della Sindrome del burnout.

F. Pellegrino, nel testo *La sindrome del Burnout*, riporta un estratto da M. Duval e P. Mastronardi nel quale si sottolineano quali possono essere le cause del burnout in medici anestesisti rianimatori. In particolare, negli anni Ottanta è nato l'interesse anche in Italia di studi su una particolare relazione d'aiuto che il medico anestesista rianimatore vive quotidianamente, la cui caratteristica fondamentale è il dover gestire situazioni "acute", prendere decisioni immediate d'emergenza, con scarso contatto con il paziente, o perdere costantemente l'oggetto delle proprie cure nel caso segua un decesso o un trasferimento. In questo caso vengono ad evidenziarsi alcune variabili importanti per l'instaurarsi di una sindrome da burnout, come *il focus del problema del cliente, la mancanza di un rinforzo positivo, i livelli di stress emotivo e la possibilità di cambiamento.*

Il focus del problema del cliente: nella relazione d'aiuto, l'utente richiede la soluzione di uno o più problemi, presentando così il lato e gli aspetti negativi della propria personalità. Questo modo di vedere solo debolezze e mancanze in una situazione d'urgenza porta lo stesso operatore a trovare soluzioni immediate lavorando sugli aspetti negativi da cambiare senza considerare gli aspetti positivi, e trovare in tali aspetti una possibile fonte di risoluzione del problema stesso. Inoltre, in tale relazione è da considerare che quando il problema si risolve anche l'utente scompare, e



il ruolo dell'operatore perde la sua funzione e la relazione finisce. L'anestesista - rianimatore, pur avendo come obiettivo primario il recuperare, mantenere, sostenere le parti sane del paziente, si vede costretto ad analizzare soprattutto gli aspetti patologici che squilibrano la possibilità di uno scambio. Questo rileva solo aspetti negativi, come il dover affrontare la paura, l'idea di morte, il tipo di patologia, la preoccupazione sulle conseguenze dell'intervento ... a ciò si aggiunge anche il tipo d'organizzazione lavorativa che non offre il tempo per verificare e accogliere l'altro.

Mancanza di feedback positivo: la possibilità di verificare la bontà del proprio operato è essa stessa fonte di "energia", perché non solo è la testimonianza delle proprie capacità, ma è anche il riconoscimento che i propri sforzi sono stati riconosciuti e apprezzati. Tale tipo di rinforzo è molto forte. L'operatore si trova, spesso, alla fine di un percorso pieno di rabbia, paura e frustrazione, specialmente nel servizio pubblico, dovendo così rispondere non solo per se stesso, ma anche per un'organizzazione che a volte è mal funzionante. Da questo punto di vista, la relazione è a totale svantaggio di queste figure specialistiche, in quanto il riconoscimento del proprio "buon" lavoro verrà soltanto dall'esito dell'intervento, ma si avrà raramente dalla "riconoscenza" da parte del paziente.



Livelli di stress emotivo: lo stress emotivo che queste figure si trovano a fronteggiare proviene da più fonti: dalle proprie caratteristiche individuali, da quello che il paziente porta, dalla sua rete familiare, dalla stessa équipe medica e dal sovraccarico lavorativo sia di turni sia di scelte decisionali; inoltre, l'impossibilità, durante il proprio lavoro, di un momento di riflessione, perché soli ad affrontare interventi d'emergenza, possono aumentare il livello di stress e quindi la non possibilità di trovare una "giusta" risposta che non sia difensiva a queste innumerevoli pressioni.

Possibilità di cambiamento: la risposta dell'altro ad un nostro comportamento è la prova del nostro esistere. Se qualcuno non riconosce la nostra presenza, non conferma di aver recepito il nostro messaggio o manca di seguire il nostro consiglio ci depersonalizziamo in modo tale che non sarà anche per noi possibile offrire una risposta efficace ed efficiente perché a nostra volta risponderemo secondo categorie e assunti generali. La mancanza di una risposta personale e individuale verso l'altro inficia la possibilità di un cambiamento o di miglioramento a seguito del nostro operato. Gli operatori che lavorano all'interno dei dipartimenti d'emergenza - urgenza hanno sì un ruolo di cambiamento, ma questo non può essere riconosciuto nel suo processo e nel momento di verifica c'è una separazione immediata, e quindi tronca, per quegli aspetti emotivi che non possono essere riconosciuti e metabolizzati.

Altre ricerche (E. Van der Ploeg, S. M. Dorresteyn, R.J. Kleber 2003; S.M. Vettor, F.A. Kosinski Jr. ; Bakker, Schaufeli, et al. 2000; Schaufeli & Enzmann 1998) hanno





evidenziato come alcune professioni a medio ed alto rischio, ad esempio personale d'emergenza, i vigili del fuoco, o le forze dell'ordine, che sono soggette a situazioni ad alto impatto emotivo, sono a maggior rischio rispetto al burnout e a disturbi legati a fattori di stress. Questi operatori sono costantemente in contatto con situazioni ad alta attivazione emozionale, come violenza, disastri, incidenti con molte vittime, ed eventi importanti che coinvolgono i bambini, lesioni gravi, mutilazioni o deformazione del corpo delle vittime tutti eventi critici che sono stati analizzati come possibili cause attivanti del Disturbo Post Traumatico da Stress. Inoltre spesso si trovano ad operare in situazioni in cui è presente il rischio per la loro stessa vita, in luoghi esterni all'ambiente ospedaliero od organizzativo come all'interno d'abitazioni private, aziende, o in situazioni a bassa visibilità e in ambienti ostili. Queste situazioni possono provocare una serie di sintomi come rivivere le esperienze, al contrario di dimenticarle forzatamente, evitare di parlarne o parlarne in continuazione, ansia, depressione, o insonnia, sono comunque tutti sintomi ad alta attivazione emozionale, se vissuti senza alcun tipo di sostegno con il tempo possono influire sul lavoro di questi operatori andando ad risultare una delle cause di uno stato di burnout.

La metodologia della ricerca e i risultati

È stato somministrato ad un totale di 42 soggetti che operano all'interno del reparto di urgenza – emergenza la versione italiana del Maslach Burnout Inventory (MBI). Il campione risulta composto da 20 medici (pari al 48% del totale), da 16 infermieri (pari al 38% del totale) e da 6 operatori tecnici (pari al 14% del totale). Sono state di seguito confrontate le medie dei test delle tre componenti base del burnout (Esaurimento Emotivo - EE, Depersonalizzazione - DP, e Realizzazione Personale - RP) in relazione sia al campione normativo sia alle varie componenti professionali che compongono il campione.

I dati rilevati sono stati i seguenti:

Totale n. 42			
EE Media	16,38	EE Med. Norm.	20,18
DP Media	6,57	DP Med. Norm.	7,03
PA Media	38,05	PA Med. Norm.	32,52

Il burnout è considerato come una variabile continua: da un basso livello, a moderato, ad un alto grado di sentimenti provati:

- un *alto grado* di burnout è sostanziato da alti punteggi nelle sottoscale Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da bassi punteggi nella sottoscala Realizzazione Personale;
- un *medio grado* di burnout è sostanziato da punteggi medi nelle tre sottoscale;
- un *basso grado* di burnout è sostanziato da bassi punteggi nelle sottoscale Esaurimento Emotivo e Depersonalizzazione e da alti punteggi nella sottoscala Realizzazione Personale.

	basso	medio	elevato
EE norm	0-14	15-23	24 +
EE Med		16,38	
DP norm	0-3	4-8	9 +
DP Med		6,57	
PA norm	37 +	30-36	0-29
PA Med	38,05		





Si evince che il campione dimostra un medio livello d'Esaurimento Emotivo, un livello medio di Depersonalizzazione, e un basso livello di Realizzazione Personale.

In particolare, 20 operatori risultano avere un basso livello nella Sottoscala EE pari al 48%, 12 operatori risultano avere un livello medio nella Sottoscala EE, pari al 28,5% del campione, mentre 10 operatori un livello alto nella Sottoscala di EE, pari al 23,5% del campione.

Per la Sottoscala Depersonalizzazione 17 operatori (pari al 42% del campione) hanno ottenuto un valore basso, 11 operatori (pari al 25% del campione) hanno ottenuto un livello medio e i restanti 14 (pari al 33% del campione) un livello alto.

Per la sottoscala Realizzazione Personale i valori risultano così suddivisi: 28 operatori pari al 67% ottenevano un livello basso, 8 operatori pari al 19 % ottenevano un livello medio, mentre le restanti 6 pari al 14% ottenevano un valore alto di realizzazione personale.

Si è osservato inoltre, all'interno d'ogni livello professionale, l'incidenza del burnout analizzando le medie per gli infermieri, i medici, e gli operatori tecnici del campione per le varie sottoscale di Esaurimento Emotivo, Depersonalizzazione, e Realizzazione Professionale.

Nel gruppo dei medici, composto da 20 persone, si hanno i seguenti dati:

MEDICI 20			
EE Media	13,75	EE Med. Norm.	20,18
DP Media	4,3	DP Med. Norm.	7,03
PA Media	39,15	PA Med. Norm.	32,52

Nello specifico della variabile Burnout sono stati ottenuti i seguenti risultati:

	basso	medio	elevato
EE norm	0-14	15-23	24 +
EE Med	13,75		
DP norm	0-3	4-8	9 +
DP Med		4,3	
PA norm	37 +	30-36	0-29
PA Med	39,15		

Si evince che il campione dei medici dimostra avere un basso livello d'Esaurimento Emotivo, un livello medio di Depersonalizzazione, e un basso livello di Realizzazione Personale.

In particolare, 11 persone risultano avere un basso livello nella Sottoscala EE (pari al 55%), 6 persone risultano avere un livello medio nella Sottoscala EE (pari al 30% del campione), e 3 persone (pari al 15% del campione) un livello alto nella Sottoscala di EE.

Per la Sottoscala Depersonalizzazione 9 persone, pari al 45% del campione medico hanno ottenuto un valore basso, 7 persone, pari al 35% del campione, un livello medio mentre i restanti 3, pari al 15% del campione, un livello alto.

Per la sottoscala Realizzazione Personale i valori risultano così suddivisi: 15 persone (pari al 75%) hanno espresso un livello basso, 2 persone (pari al 10 %) ha ottenuto un livello medio, mentre le restanti 3 (pari al 15%) un valore alto di realizzazione personale.

Per gli Infermieri, in totale 16, i dati rilevati nelle tre sottoscale sono stati i seguenti:





Se è vero che l'eccessiva empatia è uno dei correlati chiave del rischio di burnout, nelle professioni di aiuto occorre preparare il personale ad evitare gli effetti dannosi di un aspetto della professione di per sé indispensabile, o comunque regolarne l'impatto emotivo. Il controllo e la gestione dei propri problemi perché non si confondano con quelli dell'altro e l'assunzione di una responsabilità basata su realistiche aspettative di cambiamento, sono antidoti del burnout che vanno assunti dai professionisti a rischio già nelle fasi preparatorie alla immissione nel lavoro. Tra questi caratteri, sono anche presenti una motivazione all'auto-realizzazione attraverso l'aiuto e una tendenza all'idealizzazione.

INFERMIERI n. 16			
EE Media	20,13	EE Med. Norm.	20,18
DP Media	7,31	DP Med. Norm.	7,03
PA Media	37,75	PA Med. Norm.	32,52

Considerando la variabile Burnout si hanno i seguenti dati:

	basso	medio	elevato
EE norm	0-14	15-23	24 +
EE Med		20,13	
DP norm	0-3	4-8	9 +
DP Med		7,31	
PA norm	37 +	30-36	0-29
PA Med	37,75		

Il campione dimostra avere un medio livello d'Esaurimento Emotivo, un livello medio di Depersonalizzazione, e un basso livello di Realizzazione Personale. Nello specifico, 6 persone risultano avere un basso livello nella Sottoscala EE (37,5% del totale degli infermieri), 5 persone risultano avere un livello medio nella Sottoscala EE (31,25% del campione infermieristico), e 5 persone (31,25% del campione infermieristico) un livello alto nella Sottoscala di EE. Per la Sottoscala Depersonalizzazione 5 persone (31,25%) hanno espresso un valore basso, 4 persone (25%) un livello medio e i restanti 7 (43,75%) un livello alto. Per la sottoscala Realizzazione Personale, i valori risultano così suddivisi: 10 persone, pari al 62,5%, hanno ottenuto un livello basso, 3 persone, pari al 18,75%, un livello medio, mentre le restanti 3, pari al 18,75%, ha dimostrato un alto valore nella realizzazione personale.

Infine, per gli Operatori Tecnici, numero totale 6, i dati rilevati del livello di Burnout nelle tre sottoscale sono i seguenti:

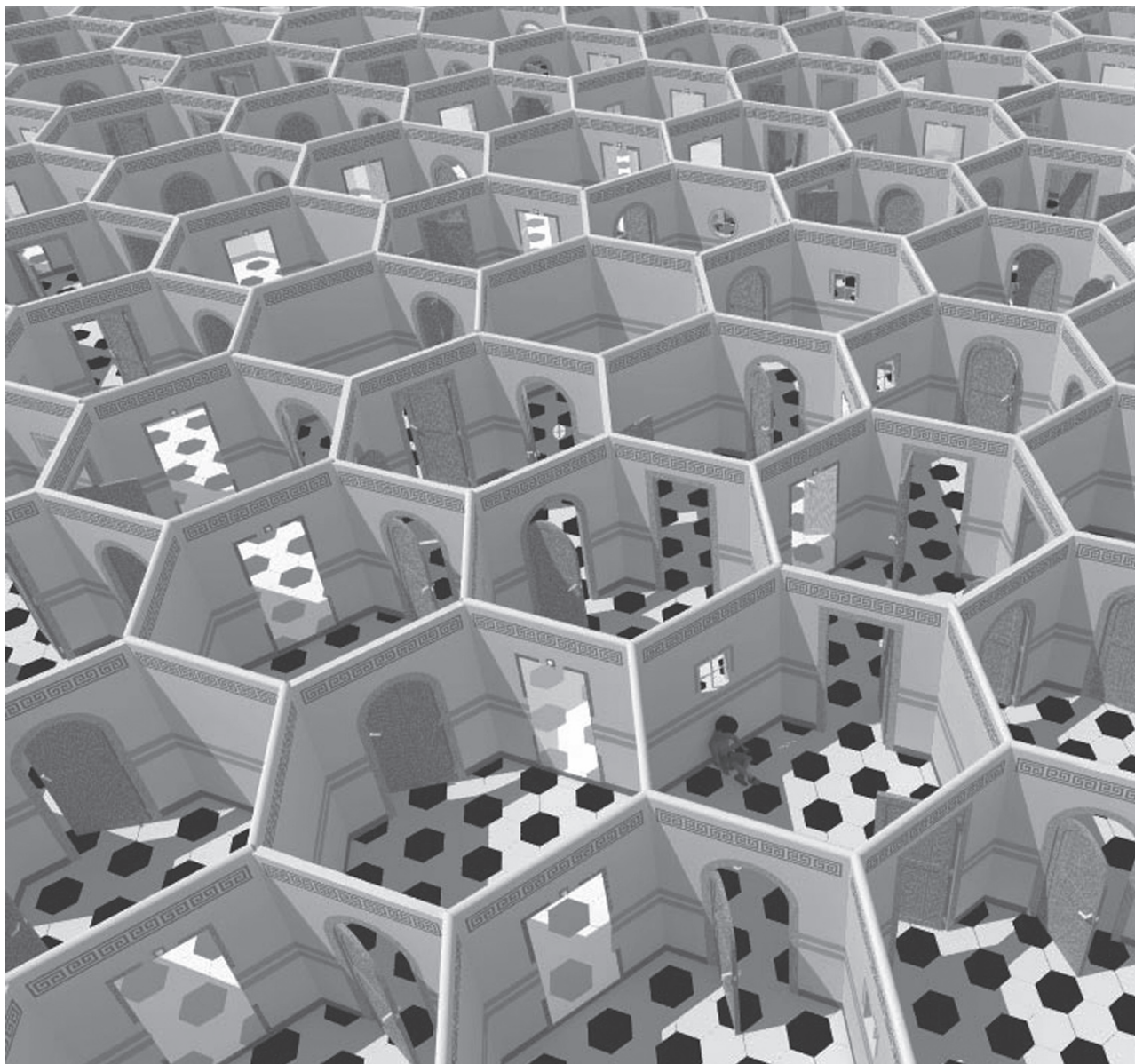
TECNICI n.6			
EE Media	15,17	EE Med. Norm.	20,18
DP Media	12,17	DP Med. Norm.	7,03
PA Media	37,83	PA Med. Norm.	32,52

Considerando la variabile Burnout si hanno i seguenti dati:

	basso	medio	elevato
EE norm	0-14	15-23	24 +
EE Med		15,17	
DP norm	0-3	4-8	9 +
DP Med			12,17
PA norm	37 +	30-36	0-29
PA Med	37,83		

Il campione dimostra avere un medio livello d'Esaurimento Emotivo, un livello alto di Depersonalizzazione, e un basso livello di Realizzazione Personale. In particolare, 3 persone risultano avere un basso livello nella Sottoscala EE (pari





al 50% del totale degli Operatori Tecnici) 1 persona risulta avere un livello medio (pari al 17%), e 2 persone (pari al 33 %) un livello alto.

Per la Sottoscala Depersonalizzazione, 2 persone (33% del campione) hanno dimostrato un valore basso, nessuno ha ottenuto un livello medio mentre i restanti 4 (pari al 67% del campione) hanno manifestato un livello alto di Depersonalizzazione.

Per la sottoscala Realizzazione Personale, i valori risultano così suddivisi: 3 persone, pari al 50%, hanno totalizzato un livello basso, 3 persone, pari al restante 50%, ha ottenuto un livello medio, mentre ha raggiunto nessuno un valore alto di realizzazione personale.

In conclusione si evince che il livello della sottoscale EE per il totale del campione è medio, la sottoscala DP ha anch'esso un livello medio, mentre RP risulta essere basso. Il rischio di Burnout all'interno del dipartimento d'Emergenza - Urgenza dell'Ospedale S. Anna è medio, anche se dai dati risulta che la maggioranza del campione ha una bassa realizzazione personale.

Nello specifico sul totale delle persone, 10 presentano un livello alto di EE, 14 un livello alto di DP e 28 un livello basso di PA.





MEDICI		INFERMIERI		TECNICI		TOTALI	
EE alto	3	EE alto	5	EE alto	2	EE alto	10
tot	20	tot	16	tot	6	tot	42
%	15,00	%	31,25	%	33,33	%	23,81
DP alto	3	DP alto	7	DP alto	4	DP alto	14
tot	20	tot	16	tot	6	tot	42
%	15,00	%	43,75	%	66,67	%	33,33
PA basso	15	PA basso	10	PA basso	3	PA basso	28
tot	20	tot	16	tot	6	tot	42
%	75,00	%	62,50	%	50,00	%	66,67

Considerazioni conclusive e proposte operative

I dati evidenziano una situazione di rischio all'insorgenza della sindrome di burnout medio – alta, per questo è importante poter monitorare costantemente il livello di stress e di burnout all'interno di queste tipologie di dipartimenti potendo garantire una formazione continua rispetto all'implicazioni che possono insorgere nel momento in cui si avverte la condizione stressante.

Sono altresì importanti le riunioni periodiche nelle quali si può rivedere le proprie relazioni e confrontarsi sui temi trattati, elaborare ed esprimere le emozioni e le proprie difese. In questo quadro uno sviluppo futuro potrebbe essere quello di sensibilizzazione, formazione e creazione, sia di contesti di supporto sia di pratiche per contenere stress e burnout.

Il prezzo del burnout che l'individuo e l'organizzazione pagano è molto alto, ma vi sono dei metodi costruttivi per farvi fronte, il burnout è un problema che gli operatori devono affrontare ogni giorno, sia per la propria situazione personale sia per coloro a cui essi offrono i servizi.

Un primo punto importante nell'intraprendere un'azione per alleviare il burnout, è l'analisi empirica della situazione, in secondo luogo la formazione, alle professioni che implicano un rapporto interpersonale in termini di relazione d'aiuto, si ritiene debba comprendere adeguate conoscenze tecniche e teoriche ma anche una conoscenza di sé, della propria personalità e delle proprie modalità di rapportarsi alla realtà propria e dell'altro.

Se è vero che l'eccessiva empatia è uno dei correlati chiave del rischio di burnout, nelle professioni di aiuto occorre preparare il personale ad evitare gli effetti dannosi di un aspetto della professione di per sé indispensabile, o comunque regolarne l'impatto emotivo. Il controllo e la gestione dei propri problemi perché non si confondano con quelli dell'altro e l'assunzione di una responsabilità basata su realistiche aspettative di cambiamento, sono antidoti del burnout che vanno assunti dai professionisti a rischio già nelle fasi preparatorie alla immissione nel lavoro.

Tra questi caratteri, sono anche presenti una motivazione all'auto-realizzazione attraverso l'aiuto e una tendenza all'idealizzazione.

La letteratura contiene numerosi richiami ad un concetto strettamente legato alla persona in relazione con l'altro, nato in formazione medica, il *detached concern*, ovvero *l'interessamento distaccato* (Lief, Fox, 1963, Del Rio 2000), risulta essere un ideale punto d'incontro tra compassione ed obiettività: «Il medico empatico è sufficientemente distaccato e obiettivo nel suo atteggiamento verso il paziente da poter esercitare un giudizio medico onesto e mantenere la propria equanimità; nello stesso tempo ha anche, per il paziente, un interesse sufficiente ad offrirgli cure ricche di sensibilità e comprensione».

Il *detached concern* è un equilibrio difficile da raggiungere e da mantenere. C'è il





pericolo di trovarsi eccessivamente coinvolti, di perdere l'obiettività e quindi la capacità di essere d'aiuto.

La strada da percorrere per capire ed intervenire efficacemente all'interno di questi dipartimenti è ancora lunga, ma un primo importante passo è stato fatto, la presa di coscienza della possibilità che gli operatori possano dover affrontare momenti stressanti nel proprio ambito lavorativo.

* Responsabile U.O. di Psicologia Azienda ospedaliera S. Anna Como

** Psicologa

BIBLIOGRAFIA

- Cherniss, C. (1983). La Sindrome del Burn-Out Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari. Centro Scientifico Torinese.
- Cherniss, C. (1995). Beyond Burnout Helping Teachers, Nurses, Therapists, and Lawyers, Record from Stress and Disillusionment. Routledge New York and London.
- Cheuk W. H., Wong K. S., Swearse B., Rosen S., (1997). Stress Preparation, Coping Style, and Nurses' Experience of Being Spurned By Patients. Journal of Social Behavior and Personality, 12 (4), 1055-1064.
- Consiglio C., Borgogni L. (2007). Burnout: la sindrome del fuoco spento. Psicologia Contemporanea, 200, 28-35.
- De Felice, F., Cioccolanti, B., (1999). Il rischio di burnout negli operatori sociosanitari. Edizioni Goliardiche.
- Del Rio, G. (1990). Stress e lavoro nei servizi. La Nuova Italia Scientifica.
- Di Nuovo, S., Commodari, E. (2004). Costi psicologici del curare Stress e Burnout nelle professioni di aiuto. Bonanno Editore.
- Enzmann D., Schaufeli W.B., Janssen P., Rozeman A., (1998). Dimensionality and Validity of the Burnout Measure. Journal of Occupational Psychology, 71, 331-351.
- Freudenberger H. J. (1974). Staff Burn-out. Journal of Social Issues, 50 (1) 159-165.
- Garden A., (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. Journal of Occupational Psychology, 62, 223-234.
- Janssen P.P.M., Schaufeli W.B., Houces I., (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. Work & Stress, 13 (1), 74-86.
- Kahill S., (1988). Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. Canadian Psychology 29 (3), 284-297.
- Kalliath T. J., O'Driscoll M.P., Gillespie D. F., Bluedorn A. C., (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. Work & Stress, 14 (1), 35-50.
- Kraft U., (2007). Bruciati dal lavoro. Mente & Cervello, 27 (5), 26-31.
- Leiter M.P., (1991). The Dream Denied: Professional Burnout and The constraints of Human Service Organizations. Canadian Psychology, 32 (4), 547-561.
- Leiter M.P., (2005). Perceptio of risk: an organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. Anxiety, Stress, and Coping, 18(2), 131-144
- Leiter M.P., Harvie P., (1997). Conditions for staff acceptance of organizational change: burnout as a mediating construct. Anxiety, Stress, and Coping, 11, 1-25.
- Maslach C. (2001). What have we learned about Burnout and Health?. Psychology and Health, 16, 607-611.
- Maslach C., (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. Current Directions in Psychological Science, 12(5), 189-192.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P., (2001). Job Burnout. Ann.Rev.Psychology, 52, 397-422.
- Maslach, C. Jackson S.E. (1981) Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. Leiter, M. P. (2000). Burnout e organizzazione, Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro. Edizioni Erickson
- McManus I.C., Winder B.C., Gordon D., (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. The Lancet, 359, 2089-2090.
- Pellegrino, F. (2004). La sindrome del Burn-out. Centro Scientifico Editore
- Pellegrino, F., Abate, S., Della Porta, D. (2005). Burn-out, Mobbing e malattie da Stress Come valutare il rischio psicologico e organizzativo-sociale. Positive Press
- Pines A. M., (2000). Treating Career Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. Psychotherapy in Practice, 56 (5), 633-642.
- Pines A. M., Yafe-Yanai O., (2001). Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy. Journal of employment counseling, 38, 170-184.
- Rossati, A., Magro, G., (1999). Stress e Burnout, i nuovi corsi universitari per la formazione dei docenti. Carrocci
- Rossi, N. (2004). Psicologia clinica per le professioni sanitarie. Il Mulino
- Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A., (2001). On Clinical Validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. Psychology and Health, 16, 565-582.
- Schaufeli W.B., Grennglass E. R., (2001). Introduction to special issue on Burnout and Health. Psychology and Health, 16, 501-510.
- Schaufeli W.B., Taris T.W., (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. Work & Stress, 19(3), 256-262.
- Selye, H., (1956). The Stress of Life. Longmans, Green and Co London-New York-Toronto.
- Seyle H., (1982). A me sembrano tutti malati. Psicologia Contemporanea, 53, 30-37
- Shirom A., (2005). Reflections on the study of burnout. Work & Stress, 19(3) 263-270.
- Shirom A., Nirel N., Vinokur A. D., (2006). Overload, Autonomy and Burnout as Predictors of Physicians'





Quality of Care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 328-342.

Thornton P.I., (1991). The Relation of Coping, Appraisal, and Burnout in Mental Health Workers. *The Journal of Psychology*, 126 (3), 261-271.

Um M., Harrison D.F., (1998). Role Stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22(2), 100-115.

Van Der Linden, D., Keijsers G. P. J. , Eling, P., Van Schaijk, R.(2005). Work Stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work & Stress* 19(1), 23-36.

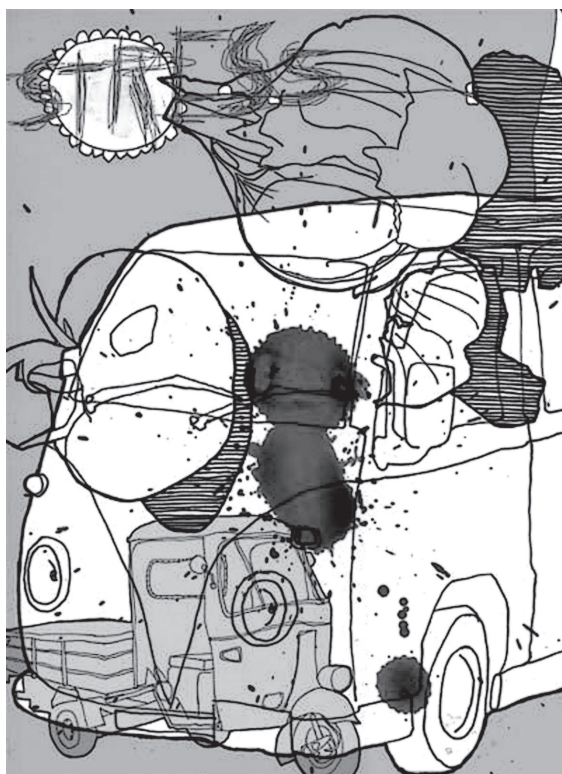
Van der Ploeg E., Dorresteyn S. M., Kleber R. J.,(2003). Critical Incidents and Chronic Stressors at Work: Their Impact on Forensic Doctors.*Journal of Occupational Health Psychology*, 8 (2), 157-166.

Van Dierendonck D., Schaufeli W. B., Buunk B.P., (2001). Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 43-52.

Vettor S. M., Kosinski Jr. F. A., (2000). Work-Stress Burnout in Emergency Medical Technicians and the Use of Early Recollections. *Journal of Employment Counseling* , 37, 216-228.

Winstanley S., Whittington R., (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*, 16(4), 302-315.

Zapf D., Seifert C., Schmutte B., Mertini H., Holz M., (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.



Burn-out syndrome: the experience of emergency/urgency departments

Burnout is a state of emotional and physical exhaustion caused by excessive and prolonged stress. It can occur when you feel overwhelmed and unable to meet constant demands. As the stress continues, you begin to lose the interest or motivation that led you to take on a certain role in the first place. Burnout reduces your productivity and saps your energy, leaving you feeling increasingly hopeless, powerless, cynical and resentful. The unhappiness burnout causes can eventually threaten your job, your relationships, and your health. Burnout is described by three components: emotional exhaustion, occurs as a result of excessive psychological and emotional demands made on them as they attempt to provide therapeutic services patients, depersonalization is used to minimize the intense emotional arousal that could affect the performance of the helping professional in crisis situations, and last personal accomplishment is the tendency for helping professionals to evaluate themselves negatively when assessing their work with patients.

This study describes the burnout levels in a emergency departments, tested with Maslach Burnout Inventory. The sample are 42 healthcare professionals, composed by 20 medicians, 16 nurses, 6 technicians. The results present a medium-high level of burnout in this department and the explanation of the caused and some solution.



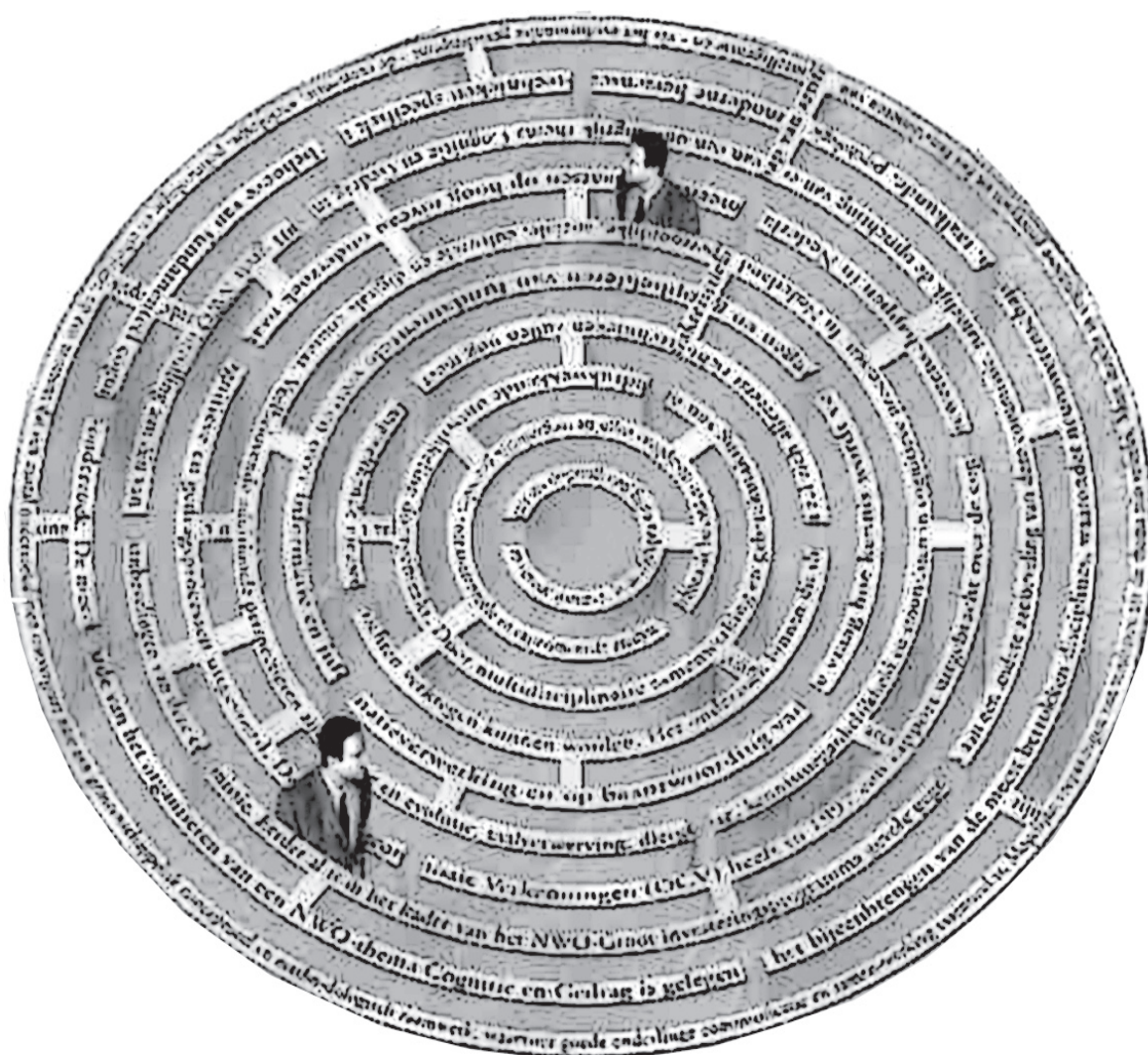




link 11 strumenti

**Le procedure della formulazione del
caso nella psicoterapia cognitivo-
comportamentale**

M. BRUCH





Le procedure della formulazione del caso nella psicoterapia cognitivo-comportamentale

M. BRUCH *

Introduzione

La formulazione dei casi sulla base di un assessment idiografico fu, in origine, proposta da Victor Meyer (Meyer & Chesser, 1970) quando tentò di trattare casi difficili e complessi in setting psichiatrici.

Secondo Meyer, le tecniche standard fino allora applicate a questi casi si erano dimostrate ampiamente inefficaci poiché non direttamente indirizzate ai sottostanti meccanismi generatori del disturbo. Egli argomenta che disturbi apparentemente simili possono includere un cospicuo numero di variabili individuali riguardanti lo sviluppo, la presentazione, il mantenimento, e che è impossibile capire e concettualizzare questi disturbi sulla sola base di un modello medico, soprattutto quando riferiti a disturbi multipli o non focalizzati.

Sviluppando questo approccio, Meyer enfatizza due aspetti: la diretta applicazione della metodologia sperimentale e i principi guida (come sviluppati nel campo del sapere empirico in Psicologia) ai problemi clinici al fine di evitare una superficiale "tecnica-sintomo" e facilitare i trattamenti individualizzati. Una documentazione più approfondita può essere trovata nel volume curato da Bruch & Bond (1998).

Lo scopo di questo articolo è di delineare come l'approccio alla formulazione del caso dà la possibilità al clinico di capire i meccanismi individuali di un disturbo. Il processo è favorito dalla procedura clinico-sperimentale secondo i principi dell'apprendimento. Si auspica di giungere a una significativa analisi dei problemi individuali in modo da poter fornire al cliente il miglior aiuto possibile.

L'obiettivo è quello di sviluppare un modello esplicativo e predittivo per ogni disturbo comportamentale oggetto di indagine. Ovviamente ciò è importante sia per i problemi complessi, che rappresentano una sfida nei confronti dell'identificazione di un target comportamentale, che per i successivi trattamenti mirati, sia come motivazione da parte del cliente che per l'instaurarsi di una relazione terapeutica.

La formulazione del caso è un metodo investigativo sperimentale guidato da ipotesi cliniche derivate da conoscenze cognitivo-comportamentali e da altre esperienze rilevanti. Lo scopo è di comprendere il problema in questione in termini della sua genesi storica e del mantenimento della condizione, come pure quello di prevedere futuri comportamenti. Tutto ciò permette di guidare correttamente il trattamento di intervento che andremo a sottolineare nel prosieguo di questo articolo.

Un altro assunto importante del modello della formulazione del caso riguarda le differenze individuali presenti nel vissuto di ogni paziente compreso il mantenimento del comportamento disfunzionale. In altre parole, sintomi problematici apparentemente simili, secondo la diagnosi psichiatrica, possono assumere ruoli differenti ed essere agiti da meccanismi differenti. Per esempio, una fobia sociale può essere correlata alla mancanza di abilità sociali o, in alternativa, alla paura di una valutazione negativa.

La formulazione del caso è un metodo investigativo sperimentale guidato da ipotesi cliniche derivate da conoscenze cognitivo-comportamentali e da altre esperienze rilevanti. Lo scopo è di comprendere il problema in questione in termini della sua genesi storica e del mantenimento della condizione, come pure quello di prevedere futuri comportamenti. Tutto ciò permette di guidare correttamente il trattamento di intervento.



L'approccio alla formulazione del caso coinvolge due questioni importanti: primo, il processo di investigazione segue i principi sperimentali; secondo, il risultato di quel processo punta a un modello di spiegazione e di predizione evidence-based (per esempio, l'ipotesi d'intervento). In altre parole, diversamente da una diagnosi psichiatrica, la formulazione del caso non si limita a forme di concettualizzazione o categorizzazione di un problema comportamentale. Come processo integrato è destinato a facilitare un intervento di ipotesi da verificare per mezzo della sperimentazione clinica, per poi giungere a un programma operativo di trattamento.

Per quanto riguarda i problemi di salute, nessuna accettazione alle cure mediche può essere posta in relazione a mancanze intenzionali, o a modificazione delle prescrizioni, o a deficit di memoria o di concentrazione. Nel riconoscere queste differenze, il clinico dovrebbe stabilire differenti priorità di trattamento e utilizzare metodi terapeutici individuali e su misura per ogni paziente.

Si suggerisce che ogni informazione raccolta in questi processi sia da condividere con il paziente, in modo da creare trasparenza e sollecitare la motivazione al trattamento. A sua volta ciò può costituire la base per un'alleanza terapeutica.

Questo processo, se comparato alle forme standard di assessment, può risultare più lungo e richiedere maggiori abilità da parte del clinico e tempi prolungati; tuttavia questo sforzo è giustificato soprattutto nei casi complessi.

Inoltre, l'approccio alla formulazione del caso è flessibile e destinato a integrare conoscenze anche al di fuori della cornice di riferimento delle teorie cognitivo-comportamentali.

È importante, per i casi complessi, coinvolgere alti livelli di comorbidità laddove pensieri creativi e immaginativi possono essere chiamati in causa. Per esempio, il modello del self-schema dei disturbi complessi può essere citato come un esempio di sviluppo (Bruch, 1988). Tuttavia, per distinguere dall'eclettismo sistematico, pensiamo che ogni altro sviluppo addizionale dovrebbe essere integrato con il modello cognitivo-comportamentale e dovrebbe essere oggetto di valutazione empirica. La preoccupazione e l'interesse prioritario sono volti all'applicazione al singolo caso. Quanto c'è di scientifico nella formulazione del caso?

In contesti clinici è faticosamente possibile condurre esperimenti controllati a causa delle restrizioni etiche e metodologiche. I clinici usano un modello "pseudo-sperimentale" per sviluppare e verificare ipotesi che non possono essere oggettive. Tale procedura può, nondimeno, risultare soddisfacente se il clinico tiene conto delle origini delle ipotesi e raccoglie evidenze al fine di accettarle o respingerle. Questo processo può essere ulteriormente incrementato da co-terapie o da appropriate supervisioni tra pari. Per i terapeuti con poca esperienza o per i tirocinanti psicoterapeuti, sarebbe fondamentale introdurre una intensiva supervisione al fine di consentire loro una riflessione su questo processo.

Nell'utilizzo della formulazione del caso le categorie diagnostiche diventano meno importanti e sono raccomandate solo a scopo comunicativo. Per esempio, ci possono essere un numero di ragioni e circostanze che inducono a manifestazioni di disturbi sintomatici, ma non sempre questi sono chiari e, talvolta, assenti. D'altra parte, restringendo il campo su sintomi o sindromi, secondo il modello diagnostico, è difficile spiegare perché i problemi si sono sviluppati e che cosa li mantiene in atto. L'evidenza clinica mostra che è importante focalizzare le sottostanti condizioni, come i fattori di vulnerabilità che possono continuare a disturbare il paziente o causare ricadute. La formulazione del caso dei trattamenti guidati è destinata a colmare questo vuoto.

Riassumendo, l'approccio alla formulazione del caso coinvolge due questioni importanti: primo, il processo di investigazione segue i principi sperimentali e secondo, il risultato di quel processo punta a un modello di spiegazione e di predizione evidence-based (per esempio, l'ipotesi d'intervento). In altre parole, diversamente da una diagnosi psichiatrica, la formulazione del caso non si limita a forme di concettualizzazione o categorizzazione di un problema comportamentale. Come processo integrato è destinato a facilitare un intervento di ipotesi da verificare per mezzo della sperimentazione clinica, per poi giungere a un programma operativo di trattamento.

Attribuire l'efficacia di questo metodo, usando i principi cognitivo-comportamentali e la metodologia sperimentale in un contesto idiografico, è senza dubbio dimostrabile (Meyer & Chesser, 1970; Turkat, 1985, 1990; Lane 1990; Bruch & Bond, 1998).

La formulazione del caso ha spesso rilevato differenze significative riguardo ai fattori di predisposizione e alle storie personali in manifestazioni di disturbi tra loro simili. Le strategie di trattamento dovrebbero tener conto di questo fatto. La prosecuzione di questo articolo illustrerà la procedura più dettagliatamente.



Fasi cliniche

Per una migliore trasparenza e orientamento, abbiamo adottato la scala di procedura graduale di Lane (Lane, 1990) che è presentata nella tabella 1. Si tratta di cinque fasi interconnesse da feedback loops per permettere la verifica e la correzione del processo. Le fasi che vanno dalla 1 alla 3 sono incluse nel colloquio iniziale.

Tab.1

FASE 1. DEFINIZIONE DEI PROBLEMI

- 1 raccogliere informazioni sul problema da coloro che sono coinvolti;
- 2 chiarire gli obiettivi iniziali di coloro che sono coinvolti;
- 3 sulla base delle informazioni iniziali, specificare i problemi.

Tema: processo di graduale consapevolezza mirato al consenso terapeutico

FASE 2. ESPLORAZIONE

- 4 ipotesi sul mantenimento del disturbo e sulle cause che l'hanno generato;
- 5 conduzione di assessment multilevel cognitivo-comportamentale;
- 6 raccolta dati per verificare ipotesi.

Tema: il processo è un modo sempre più crescente per ridefinire le osservazioni

FASE 3. FORMULAZIONE

- 7 sono stabilite le ipotesi di formulazione e di intervento;
- 8 discussione con i partecipanti e ridefinizione degli obiettivi;
- 9 verifica delle ipotesi.

Tema: il processo è testare le ipotesi al fine di ottenere un'adeguata spiegazione

FASE 4. INTERVENTO

- 10 specificare le procedure da usare;
- 11 stabilire un contratto d'intervento;
- 12 il programma concordato è agito e monitorato.

Tema: il processo è una delle pratiche strutturate

FASE 5. VALUTAZIONE

- 13 gli esiti del compito sono valutati;
- 14 ogni progresso raggiunto è sostenuto e valorizzato, il programma è ottimizzato, e ulteriori obiettivi, se opportuni, sono perseguiti;
- 15 valutazione continua e revisione. Ipotezzabili ulteriori idee per consolidare i risultati fin qui ottenuti.

Definizione dei problemi

Iniziamo l'intervista esplorando col paziente la sua visione e le sue aspettative sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) in particolare. Con soggetti impreparati, può essere utile spiegare la differenza tra approccio psichiatrico e approccio psicologico. Se necessario, spiegheremo la logica e le procedure della CBT, ponendo l'accento sulla partecipazione attiva, gli obiettivi, la tabella dei tempi, e la terapia come processo continuo di apprendimento. Informiamo il paziente che può chiedere, ogniqualvolta senta la necessità, informazioni sul processo terapeutico.

La prima fase è completamente centrata sul cliente e mira ad ottenere un resoconto soggettivo e chiaro della situazione attuale del paziente, compresa la motivazione al trattamento e il desiderio di stare meglio.

La seconda, nell'eventualità che altri soggetti siano coinvolti nel disagio del pa-





ziente, dovrebbe mirare anche al loro ascolto per evitare eventuali conflitti. Per esempio, consideriamo il caso di una sindrome ossessivo - compulsiva (OCD) i cui rituali coinvolgono anche il partner.

Per concludere, le informazioni ottenute nella prima fase dovrebbero facilitare una descrizione operativa dei problemi comportamentali, come pure le ipotesi iniziali riguardanti i meccanismi di insorgenza del disturbo. Questi saranno presi in considerazione nella fase successiva.

Esplorazione dei problemi

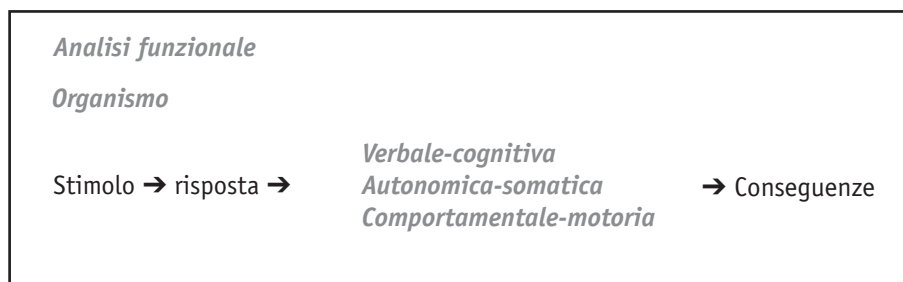
La fase è condotta e strutturata dal clinico che è ora impegnato a ridefinire ulteriori ipotesi. Lo scopo è quello di acquisire una comprensiva formulazione del problema. Il primo passo è quello di ottenere una piena formulazione dei comportamenti disfunzionali e gettare le basi per futuri assessment che potrebbero indagare la sfera sociale, interpersonale, intrapersonale, sessuale e familiare. Lo scopo è quello di ottenere un quadro completo del perché il paziente ha mantenuto nel tempo i suoi comportamenti e delle interrelazioni che si accompagnano.

È importante che tutte le ulteriori fasi dell'analisi siano giustificate da ragionevoli ipotesi cliniche per permettere la costruzione di una teoria clinica in aperta opposizione a una lacuna di tipo meccanicistico.

Analisi funzionale

È indispensabile se si accetta la visione comportamentista dell'apprendimento. Questa analisi fu accentuata con l'incorporamento del sistema di analisi tripartite di Lang (1971) e riprodotto qui sotto:

Tab.2



Iniziamo con l'assessment di una tipica condizione di stimolo usata solitamente per far leva sul comportamento, in modo da verificare se il paziente è in grado di identificare una gerarchia di stimoli e di estenderli a quella generazione di stimoli che possono aver dato origine al problema. Il legame con l'organismo indica che i fattori predisponenti (per esempio fattori biologici come il livello abituale di arousal fisiologico) possono avere un ruolo modesto. Si indagano le conseguenze del comportamento disfunzionale sia a breve sia a lungo termine poiché possono servire come indicatori per il mantenimento del problema e per l'incapacità di adattamento.

Turkat (1979) ha proposto la matrice dell'analisi comportamentale (tav.3) per un assessment più sistematico e comprensivo che incorpora l'esame del sistema di risposte a situazioni stimolo e relative conseguenze di problemi comportamentali in una prospettiva ambientale.

Tab.3

	antecedente	comportamento	conseguenze
Cognitivo	x	x	x
Autonomico	x	x	x
Motorio	x	x	x
Ambientale	x		x





Abbiamo dunque esaminato le conseguenze di ogni problema comportamentale per stabilire quali sono i fattori di mantenimento (di solito con conseguenze a breve termine) e i problemi riguardanti gli stili di vita e gli aggiustamenti cognitivi (di solito con conseguenze a lungo termine). Questa analisi permette un insight nel processo di autoregolazione. Per esempio, un comportamento di evitamento prevede un intervento a breve termine, ma può ostacolare un adeguato problem solving a lungo termine, indicando così un'inefficienza nell'autoregolazione. L'esempio può essere una fobia sociale che spesso conduce all'evitamento di situazioni che potrebbero provocare ansia. Naturalmente, a lungo termine, ciò può condurre a un isolamento sociale con possibile insorgenza di depressione.

L'analisi delle conseguenze, dunque, ci fornisce indicazioni riguardo allo sviluppo di un'autoregolazione adattiva.

Sviluppo dell'analisi

Nella terapia comportamentale tradizionale la necessità di un'analisi storica dei problemi è stata bandita, forse come reazione alle terapie psicodinamiche. Il focus sul "qui ed ora" è stato ampiamente enfatizzato. Noi cerchiamo di indagare prioritariamente i fattori predisposizionali, le circostanze che hanno dato origine ai sintomi iniziali e i fattori che incidono sul mantenimento del disturbo. A questo proposito è interessante lo studio sul comportamento (Staddon, 2001) che ha messo in luce come le storie di apprendimento individuale sono legate a corrispondenti modelli di estinzione, così da evidenziare l'importanza di un'analisi storica.

Riteniamo inoltre che informazioni eziologiche siano una ricca fonte per osservazioni e conseguente formulazione di ipotesi. Per esempio, in un caso di disturbi complessi, indaghiamo tempestivamente gli schemi non funzionali che sembrano promuovere sia pensieri automatici negativi, sia disordini comportamentali.

Ulteriori indagini

L'assessment delle procedure descritte può servire come esempio tipico per la formulazione del caso. La selezione dei metodi di assessment è guidata da ipotesi conformi alle strategie della clinica sperimentale. Di solito, noi preferiamo utilizzare al minimo le procedure di routine e preferiamo utilizzare un approccio più flessibile e focalizzato sul problema, così come in casi in cui le sopracitate procedure si dovessero rivelare obsolete (per esempio, l'analisi funzionale non si rivela utile per depressioni generalizzate).

Nessun assessment è completo senza l'utilizzo delle risorse che il paziente possiede e ciò ci indica il ruolo attivo dello stesso nel programma di trattamento. Per esempio, possiamo essere interessati all'area delle risorse funzionali del soggetto e, in questo caso, indagheremo le abilità di coping, con particolare attenzione all'esplorazione delle competenze autoreferenziali.

Come già detto, il paziente è il principale portatore di informazioni nel processo di assessment, e le informazioni possono essere allargate ad altre se, e quando, appropriate.

La formulazione del problema

Informazioni e sviluppo di ipotesi ci coinvolgono in un reciproco processo che promuove la graduale costruzione di un edificio per una migliore comprensione di una "teoria clinica" della formulazione del problema.

Il clinico si attiva a integrare tutti i dati disponibili nel "qui e ora" e in tutti gli ulteriori passi della terapia. La formulazione del problema si attiene alla spiegazione di come i disturbi del paziente sono legati l'uno all'altro, del perché e quando si sono sviluppati e quali sono i fattori che si oppongono al cambiamento. Inoltre, tende a stabilire in che modo i problemi riferiti siano collegabili all'educazione ricevuta e agli stili di vita. La formulazione ci permette, inoltre, di prevedere i problemi comportamentali in situazioni specifiche e, partendo da qui, si possono formulare ipotesi di intervento.

È importante separare e discutere la formulazione, compresa ogni ipotesi di intervento, prima di intraprendere nuovi passi nel trattamento così da aumentare la





Perché alcuni soggetti mostrano una particolare vulnerabilità in condizioni di stress mentre altri no? Nel caso di problemi complessi, come possiamo determinare le priorità di intervento e organizzare i tempi per intervenire con metodi selettivi di trattamento? Assumendo come principio patterns individuali di comportamento e di apprendimento, il clinico che usa formulazioni cognitivo-comportamentali, non fa affidamento solo su una lista di diagnosi preconfezionate, poiché la formulazione del caso gli permette di comprendere come le predisposizioni individuali, il processo di apprendimento e i fattori ambientali interagiscono e danno origine a patterns di comportamento diversi.

motivazione del paziente attraverso la trasparenza, e spianare il terreno per una proficua alleanza terapeutica. A questo proposito raccomandiamo le seguenti linee guida:

1. iniziare il trattamento spiegando gli scopi e la logica della formulazione del problema e fare un riassunto dei problemi disfunzionali;
2. spiegare i meccanismi dei disturbi nei termini dell'apprendimento secondo i principi della teoria cognitivo-comportamentale;
3. illustrare come questi meccanismi possano causare e mantenere tutti i problemi attuali;
4. spiegare perché questi problemi si sono sviluppati usando esempi della storia personale del paziente;
5. enfatizzare che tutti i problemi comportamentali necessitano di essere compresi e che possono essere modificati utilizzando gli stessi principi;
6. sottolineare il range di opzioni di trattamento che possono emergere dalle ipotesi, compreso il pro e il contro;
7. concludere se si può o no offrire un programma di trattamento, e che cosa si aspetta il paziente;
8. sollecitare il parere del paziente su tutti i punti esposti, specialmente quelli che riguardano le possibili opzioni;
9. chiedere al paziente di prendersi una settimana di tempo per riflettere e rispondere a tutte le domande che egli pone.

Per concludere, oltre ad essere un modello esplicativo, la formulazione del caso ha lo scopo di fornire una guida attiva per gli ulteriori passi nel trattamento terapeutico, in particolare quelli che riguardano la formulazione delle ipotesi e la selezione delle metodologie di trattamento.

Per esempio, la formulazione può essere d'aiuto sia nel caso in cui noi trattiamo un singolo problema, sia nel caso in cui ci troviamo di fronte a problemi diversi e profondamente radicati (schemi disfunzionali).

Perché alcuni soggetti mostrano una particolare vulnerabilità in condizioni di stress mentre altri no? Nel caso di problemi complessi, come possiamo determinare le priorità di intervento e organizzare i tempi per intervenire con metodi selettivi di trattamento?

Assumendo come principio patterns individuali di comportamento e di apprendimento, il clinico che usa formulazioni cognitivo-comportamentali, non fa affidamento solo su una lista di diagnosi preconfezionate, poiché la formulazione del caso lo mette nelle condizioni di comprendere come le predisposizioni individuali, il processo di apprendimento e i fattori ambientali interagiscono e danno origine a patterns di comportamento diversi.

Naturalmente ci possono essere circostanze in cui non possiamo ottenere prontamente informazioni utili alla formulazione del caso. In questo frangente, un approccio pragmatico focalizzato sui sintomi può rivelarsi utile. Monitorando questo processo possiamo ottenere informazioni che ci consentono una visione retrospettiva per la formulazione; per esempio, quando valutiamo se il trattamento proposto funziona o meno, e per quali motivi.

Nel caso di insuccesso, tale valutazione può generare ipotesi riguardo a interventi alternativi che possono spianare la via ad una formulazione più chiara. In ogni modo la formulazione del caso dovrebbe essere sempre oggetto di continue conferme o modificazioni attraverso la raccolta dei dati, man mano che il processo terapeutico avanza.

Sperimentazione clinica

Data l'importanza della formulazione, pensiamo sia doveroso usare metodi di ricerca orientati per ulteriori verifiche.

La sperimentazione clinica permette di:

- testare il potere predittivo della formulazione del caso;
- confermare le dichiarazioni del paziente o evidenziarne le discrepanze;
- fornire un quadro per la selezione o lo sviluppo delle misure di cambiamento;
- stimolare prototipi per interventi tecnici.





La sperimentazione clinica necessita di precise formulazioni di ipotesi riguardo al comportamento manifesto in particolari condizioni di stimolo. In questa situazione il terapeuta è costretto ad indirizzare il suo impegno di ricerca alla luce di richieste pratiche ed etiche. È importante creare uno scenario realistico in modo da estrapolare risposte realistiche attraverso tutte le modalità di evocazione. Al fine di valutare le proposte è importante sviluppare o selezionare misure appropriate che possano incontrare qualsiasi risposta ipotizzabile con un preciso dettaglio. I risultati possono far luce su complesse interazioni e fornire indizi circa l'etichettatura "erroneo". Naturalmente, in un contesto clinico, tale metodo investigativo sarà limitato poiché non è possibile misurare tutte le risposte direttamente e con modalità appropriate (per esempio, l'arousal fisiologico). Alcuni pazienti possono imbattersi, dal vivo, in alcune situazioni inaccettabili o che generano paura, in questo caso il clinico dovrebbe trovare con il paziente altri modi per la formulazione, per esempio usando esposizioni fantasiose, registrazioni audio o video.

La sperimentazione clinica non deve essere confusa con l'assessment psicometrico.

Per spiegare meglio la sperimentazione clinica, riportiamo il caso di un paziente che presenta una fobia per i mezzi di trasporto. Il paziente riferisce che, a seguito di un severo attacco di panico, non è più stato in grado di prendere la metropolitana o, peggio, di avvicinarsi a una stazione per diversi anni. Sulla base di queste informazioni, il clinico può creare uno scenario per testare futuri comportamenti del paziente. Dopo aver ottenuto il consenso, si può chiedere al paziente di avvicinarsi alla stazione gradualmente. Nello stesso tempo, la performance del paziente viene costantemente valutata attraverso misurazioni relative al descritto problema comportamentale. Si può attuare una classificazione soggettiva degli indicatori di ansia attraverso il sistema di risposte, o effettuare misure di osservazione da parte del terapeuta o di un osservatore esterno.

Se la dichiarazione originale del paziente viene confermata, il compito scelto per l'esperimento, come pure le misure selettive, possono considerarsi un prototipo per il piano di intervento. Dalla nostra esperienza clinica, questa "verifica reale" può condurre a sorprendenti risultati terapeutici: in alcuni casi l'esposizione facilita l'assuefazione alla temuta situazione di paura. Se la previsione non può essere confermata, ogni particolare emerso può condurre alla modificazione della formulazione del problema e alla conseguente riformulazione dell'ipotesi.

La tabella qui sotto riprodotta riassume le fasi analizzate:

- A. Behavioural Analysis**
- B. Formulation of Problems**
- C. Clinical Experiment**
- D. Treatment Methodology**

Linee guida e misure di cambiamento

Il processo di selezione o di sviluppo di appropriate misure è già attuativo nella fase di sperimentazione clinica. Ulteriori ridefinizioni e aggiunte possono essere necessarie dopo la conclusione della strategia di trattamento. Per permettere una valutazione comprensiva del completo intervento di trattamento, consigliamo di organizzare misure a tre livelli: miglioramento a breve termine vs/ miglioramento a lungo termine; modifiche specifiche vs/globali; aspettative del cliente vs/ aspettative del terapeuta. In altre parole, le linee guida e gli esiti dovrebbero consentire una valutazione sia da parte del terapeuta sia da quella del paziente, inoltre dovrebbero essere considerate a breve termine (durante la seduta), come pure a lungo termine (follow-up). La misurazione può avvenire anche tramite questionari o osservazioni da parte di esperti.

Le misurazioni multidimensionali sono utili per determinare il profilo dei risultati e del cambiamento. Per esempio, evidenze convergenti a favore di cambiamenti "posi-

La formulazione del caso è una procedura clinica destinata a definire un chiaro modello di spiegazione del caso. Questo modello richiede una sistematica raccolta di appropriate informazioni guidate e condotte da ragionevoli ipotesi basate sui principi cognitivo-comportamentali. Durante il corso del trattamento, ogni ulteriore decisione clinica viene attuata sulle basi della formulazione del problema. Come per i disturbi comportamentali, questo approccio è indicato per problemi di salute associati a problemi emozionali e a disfunzioni cognitive.





tivi” possono indicare che sono stati ottenuti dei miglioramenti, laddove misurazioni discrepanti possono indicare isolati o discutibili miglioramenti.

Conclusioni

Abbiamo sottolineato l’approccio alla formulazione del caso come una procedura clinica destinata a definire un chiaro modello di spiegazione del caso. Questo modello richiede una sistematica raccolta di appropriate informazioni guidate e condotte da ragionevoli ipotesi basate sui principi cognitivo-comportamentali. Durante il corso del trattamento, ogni ulteriore decisione clinica viene attuata sulle basi della formulazione del problema. Come per i disturbi comportamentali, crediamo che questo approccio è indicato per problemi di salute associati a problemi emozionali e a disfunzioni cognitive, e il nostro credo è rafforzato dal fatto che la metodologia del trattamento CBT è già stata applicata con successo nella medicina comportamentale e nella psicologia della salute (vedi Fuerstein *et al.*, 1986; Baum *et al.*, 1997). La formulazione del caso, ovviamente, non è una soluzione magica, tuttavia, offre una cornice pratica per la conduzione di problemi legati alla salute mentale.

* Senior Lecturer in Psicologia e consulente psicoterapeuta cognitivo - comportamentale presso la London Metropolitan University.

BIBLIOGRAFIA

- Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, C. (1997). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruch, M., & Bond, F. W. (1998). *Beyond diagnosis. Case formulation approaches in CBT*. Chichester: Wiley.
- Feuerstein, M., Labbè, E. E. & Kuczmierczyk, A. R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York: Plenum.
- Lang, P. J., (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behaviour modification. In A. Bargin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- Meyer, V., & Chessier, E. S. (1970). *Behaviour therapy in clinical psychiatry*. Harmondsworth: Penguin.
- Staddon, J., (2001). *The new behaviourism. Mind, mechanism and society*. Philadelphia: Psychology Press.
- Turkat, I. D. (1979). The behaviour analysis matrix: *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 8, 187-189.
- Turkat, I. D., (1985). *Behavioural case formulation*. New York: Plenum.
- Lane, D., (1990). *The impossible child*. Stoke on Trent: Trentham.

Operating procedures in the formulation of the case by cognitive-behavioural principles

The approach to the formulation of the case by V. Meyer moves from the assumption that apparently seeming psychiatric disorders can imply a considerable number of individual differences and, for this reason, it is impossible to understand these disorders only on the basis of a medical model.

This approach involves two important questions: an inquiry according to experimental principles; the result of that process aims at an explanation and prediction model evidence-based.

The author demonstrates that to attribute the efficacy of this method by using cognitive-behavioural principles and experimental method in an idiographic context, is undoubtedly possible.





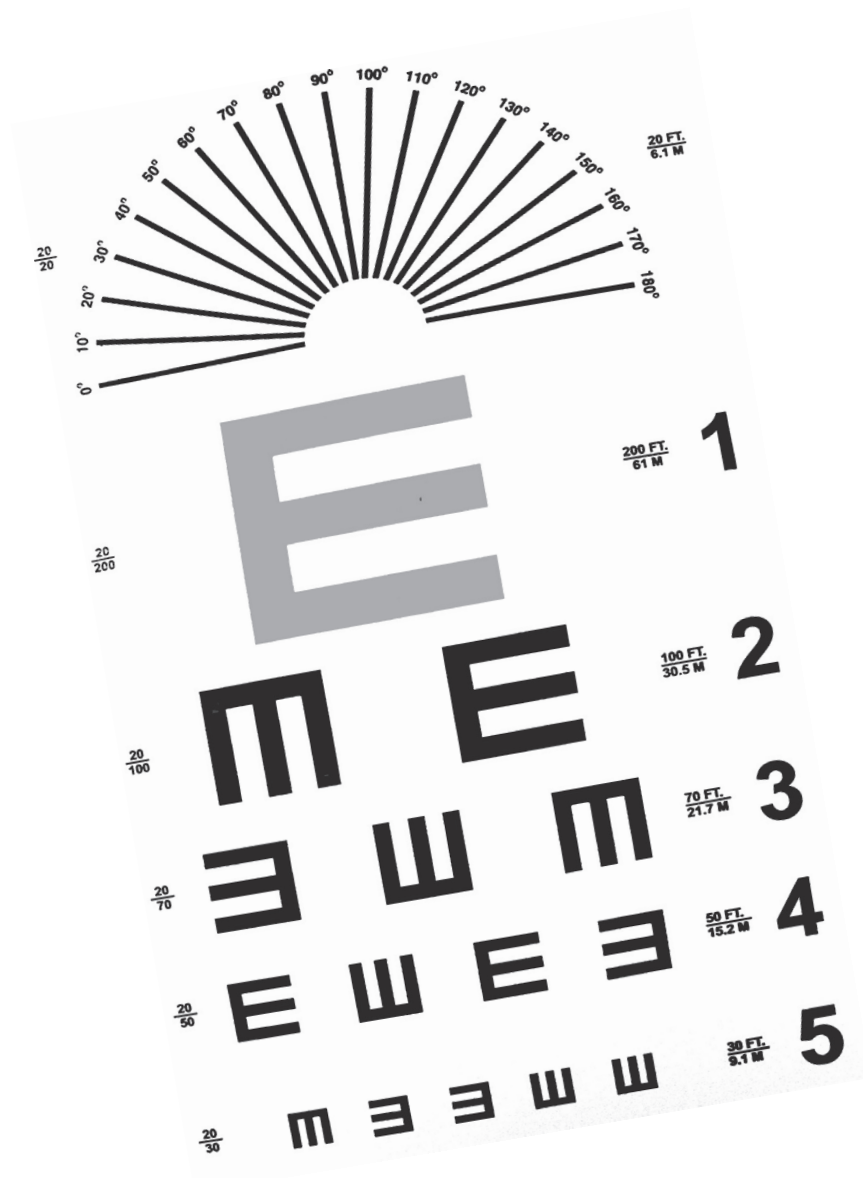


link 11

una storia clinica

La vista e la sua parziale perdita:
un caso clinico

CARLA M. GAFFURI





La vista e la sua parziale perdita: un caso clinico

CARLA M. GAFFURI*

Il primo incontro con il Sig. B.T. è avvenuto lo scorso gennaio presso il Reparto di Rianimazione di un'Azienda Ospedaliera dove il paziente si trovava ricoverato in seguito a un incidente motociclistico grave che l'ha privato della funzionalità dell'occhio sinistro dovuta a un trauma facciale.

La notizia è stata comunicata dal medico rianimatore e, come prevedibile in questi casi, il paziente ha reagito mettendo in atto "la presenza allucinatoria dell'organo mancante" o, comunque, il ripristino a breve termine della sua funzionalità, come meccanismo difensivo di negazione e rimozione per salvaguardare la propria identità. A queste fasi iniziali sono seguiti pensieri irrealistici e magici del tipo «la diagnosi potrebbe essersi sbagliata»; «un amico di famiglia, noto oculista, so che fa miracoli in questo campo»; «esiste di sicuro il trapianto del bulbo oculare, oggi si trapianta tutto». La fase successiva è stata quella del patteggiamento con se stesso, con la realtà, persino con la divinità per procrastinare il più possibile l'esito indesiderato: rinunce, promesse, buoni propositi. Man mano che l'evidenza si è fatta più incontrovertibile, il Sig. B.T. è stato pervaso da un forte sentimento di rabbia orientato verso se stesso e verso gli altri. La sua aggressività si è orientata verso il "destino crudele", "il medico incompetente", "i familiari non sufficientemente solleciti verso i suoi nuovi bisogni".

Il Sig. B. T. si sentiva in balia degli eventi e temeva di essere perduto. Il suo problema manifesto era quello di trovare una spiegazione per l'accaduto.

Alla rabbia e all'aggressività si accompagnava un'insostenibile insicurezza su se stesso e sulla stabilità dell'affetto di familiari e amici.

Col passare dei giorni, la completa consapevolezza dell'irreversibilità del danno organico e del suo significato in termini funzionali e relazionali, hanno fatto precipitare il Sig. B. T. in una profonda fase depressiva che è, come le precedenti, fisiologica ad un corretto adattamento e, se non cronicizza, contribuisce all'accettazione della nuova condizione. Anche Cholden (1958) suggerisce che il dolore e la depressione non siano solo reazioni normali alla perdita, ma che siano necessarie affinché l'individuo possa apprendere nuove e più utilizzabili strategie.

Appartiene a questo periodo un sogno molto significativo portato dal paziente e che mette in luce i suoi conflitti interni, ma anche le sue capacità di resilienza. Il Sig. B. T. racconta: «Era una notte buia, senza luna, mi sono trovato nel mezzo di una battaglia tra cavalieri che combattevano. Udivo il rumore delle lame, ma riuscivo a vedere solo pezzi di parti umane che lottavano, cadevano e si rialzavano. Io mi trovavo nel mezzo della battaglia... non capivo... Era terribile. Poi, all'improvviso, mi sono trovato davanti a una figura alta, imponente sul suo cavallo. Ho fissato lo sguardo e ho visto che era la morte armata e avvolta in un mantello. Mi guardava... Non aveva lo sguardo minaccioso Sembrava benevola nei miei confronti... L'ho fissata e mi sono diretto verso un punto dove intravedevo uno spiraglio di luce... Improvvisamente, mi sono trovato in un luogo bellissimo, verdeggianti e pieno di luce. Ho visto uno splendido castello medioevale con alte torri e tutto intorno prati verdi e colline. Ho provato una sensazione di infinita calma...».

Il sogno evidenzia particolari interessanti che andiamo ad analizzare partendo dal-

«Era una notte buia, senza luna, mi sono trovato nel mezzo di una battaglia tra cavalieri che combattevano. Udivo il rumore delle lame, ma riuscivo a vedere solo pezzi di parti umane che lottavano, cadevano e si rialzavano. Io mi trovavo nel mezzo della battaglia... non capivo... Era terribile».





Gli aspetti psicologici del trauma subito hanno infatti inciso su alcuni tratti della personalità del paziente, quali la perdita dell'immagine corporea con conseguente diminuzione dell'autostima, l'autoefficacia, gli stili attribuzionali, il concetto di Sé, l'impatto sulla sfera relazionale e familiare, e sulla consapevolezza di alcune importanti privazioni, quali la riduzione di sicurezza psicologica, di abilità di base, di accessibilità alla comunicazione e alle emozioni.

l'ambientazione storica, a mio avviso, significativa. Il Medio Evo fu, infatti, un'epoca di forti passioni, di incontri-scontri tra storie, culture e religioni diverse. Incontro e scontro tra il mondo latino e quello germanico, tra quello europeo cristiano e quello arabo-turco islamico, tra società nomadiche e società stanziali. I medievali quindi sperimentarono forme politiche, economiche ed intellettuali per attuare una nuova sintesi, nata dalla divisione del Mar Mediterraneo tra nord cristiano e sud musulmano, tra occidente latino ed oriente greco-slavo, tra popolazioni nordiche e popolazioni mediterranee, divisioni e tensioni che sussistono ancor oggi. Anche a livello spirituale, l'espansione del monachesimo benedettino e la nascita degli ordini mendicanti, francescani e domenicani, lasciano segni ancora evidenti nello sviluppo di monasteri e cattedrali, del romanico e del gotico, mentre centinaia di pellegrini si muovevano tra l'Occidente e l'Oriente, per terra e per mare, determinando la nascita di vie di comunicazione ed istituzioni di ospitalità e cura. Gli intellettuali medievali si confrontarono, sulla scia delle differenze religiose tra latini e greci, cristiani ed islamici, in un grandioso sviluppo intellettuale che sfociò nella nascita delle università. Ultimo, ma non meno importante, lo sviluppo dei castelli rurali e dei comuni cittadini, invenzione tipica dell'Italia medievale. Perciò oggi si dice che l'età medievale fu soprattutto un'epoca di grandi sperimentazioni. Forse è per questo che il Medio Evo non è poi così lontano da noi. Anche noi infatti stiamo sperimentando nuove tecniche, nuovi modi di vivere e di comunicare, un nuovo pluralismo di popoli, razze, religioni.

Il Sig. B. T. stava sperimentando nuove modalità adattive per affrontare la sua attuale condizione, a cominciare dalla frammentazione del proprio corpo («Vedevo solo pezzi di parti umane»).

C'è un capitolo bellissimo nel libro di Clarissa Pinkola Estès *Donne che corrono coi lupi* in cui l'autrice descrive la Loba, cito testualmente: «C'è una vecchia che vive in un luogo nascosto che tutti conoscono, ma pochi hanno visto. Come nelle favole dell'Europa Orientale, pare in attesa di chi si è perduto, di vagabondi e cercatori. È circospetta, spesso pelosa, sempre grassa, e desidera evitare la compagnia. Emette suoni più animaleschi che umani. Dicono che viva tra le putride scarpate di granito nel territorio indiano di Tharaumara. Dicono sia sepolta alla periferia di Phoenix vicino a un pozzo. Dicono che sia stata vista in viaggio verso il Monte Alban su un carro bruciato, con il finestrino posteriore aperto. Sta accanto alla strada poco distante da El Paso, dicono; cavalca impugnando un fucile da caccia insieme ai coltivatori verso Morella, Messico; l'hanno vista avviarsi al mercato di Oaxaca con strane fascine sulle spalle. Ha molti nomi: La Huersera (la donna delle ossa); La Trapera (la raccoglitrice); La Loba (la lupa).

L'unica occupazione della Lupa è la raccolta delle ossa. Notoriamente raccoglie e conserva in particolare quelle che corrono il pericolo di andare perdute per il mondo. La sua caverna è piena di ossa delle più varie creature del deserto: il cervo, il crotalo, il corvo. Ma si dice che la sua specialità siano i lupi.

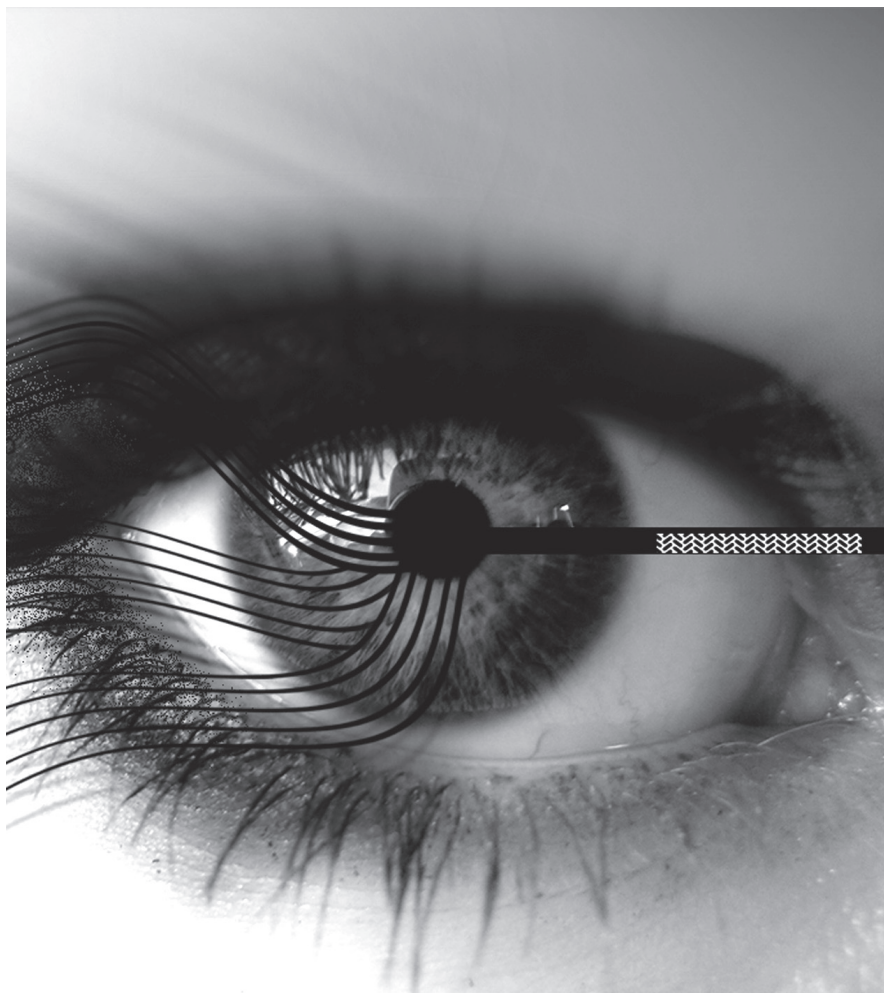
Striscia e setaccia le montagne e i letti prosciugati dei fiumi, alla ricerca di ossa di lupo, e quando ha riunito un intero scheletro, quando l'ultimo osso è al suo posto e la bella scultura bianca della creatura sta davanti a lei, allora si siede accanto al fuoco e pensa quale canzone cantare. E quando è sicura, si leva sulla creatura, solleva su di lei le braccia, e prende a cantare. Allora le costole e le ossa delle gambe cominciano a ricoprirsi di carne e le creature si ricoprono di pelo. La Lupa canta ancora, e quasi tutte le creature tornano in vita, con la coda ispida e forte che si rizza. E ancora La Loba canta e il lupo comincia a respirare. E ancora La Loba canta così profondamente che il fondo del deserto si scuote, e mentre lei canta il lupo apre gli occhi, balza in piedi e corre lontano giù per il canyon...

...Nel racconto, La Lupa canta sulle ossa che ha riunito. Cantare significa usare la voce dell'anima. Significa dire nel respiro la verità del proprio potere e del proprio bisogno, soffiare l'anima nella cosa che soffre o ha bisogno di reintegrarsi...

... La Loba, la vecchia, Colei che Sa, è dentro di noi...».

Gli aspetti psicologici del trauma subito hanno infatti inciso su alcuni tratti della personalità del paziente, quali la perdita dell'immagine corporea con conseguente diminuzione dell'autostima, l'autoefficacia, gli stili attribuzionali, il concetto di





La fase più delicata è stata quella che viene denominata “vivere nel passato-presente” e che coincide con il ritorno a casa del Sig.B. T. dopo la dimissione ospedaliera. È stato uno dei momenti più difficili poiché la limitata mobilità, la brusca riduzione dell'autonomia e il disagio psicoemozionale hanno alimentato in lui vissuti di umiliazione, vergogna che l'hanno posto in una condizione di profondo isolamento ed evitamento dei contesti sociali.

Sé, l'impatto sulla sfera relazionale e familiare, e sulla consapevolezza di alcune importanti privazioni, quali la riduzione di sicurezza psicologica, di abilità di base, di accessibilità alla comunicazione e alle emozioni.

Il comune denominatore delle persone che hanno subito un incidente stradale sembra essere l'instabilità emotiva (B. Zani, E. Cicognani, 2001) dovuta all' aumento della vulnerabilità, al fallimento dei tentativi di fronteggiare la situazione messi in atto in passato, alla consapevolezza dell'identità perduta e alla diminuzione dell'autostima.

Il primo intervento è stato di tipo contenitivo, volto alla relazione d'ascolto per aiutare il paziente ad esprimere quelle emozioni, quei ricordi residui dell'evento critico che solitamente attanagliano il vissuto psicofisico della vittima.

Il bisogno di essere ascoltato e compreso si è fatto via via più forte dal momento che i familiari, loro malgrado, si sono mostrati impreparati ad affrontare la situazione. Si è reso necessario un intervento sulla famiglia in quanto ogni membro, in qualche modo, è costretto a condividere l'inabilità del singolo. A seguito di un evento traumatico tutti i ruoli familiari si riorganizzano, e nella persona colpita si può insinuare il timore di non essere capito o accettato. Nel caso del Sig. B. T. l'iperprotezione e la minimizzazione del problema hanno rinforzato il suo senso di impotenza e alimentata la sua autocommiserazione.

Mathiessen (1999) sottolinea tre punti necessari affinché l'adattamento del singolo e della famiglia si attuino in modo positivo: una conoscenza piena e realistica degli aspetti comportati dalla parziale cecità, una condivisione completa all'interno del nucleo, una comunicazione schietta dei vissuti e delle difficoltà. Solo così si evita di rompere l'equilibrio omeostatico, tipico di ogni sistema familiare, che porterebbe al conflitto.

La fase più delicata è stata quella che viene denominata “vivere nel passato-presente”





Le emozioni negative percepite dal Sig. B. T. sembrano anche legate a concezioni stereotipiche di cui la società può essere ritenuta responsabile. Cohen (1972) sostiene che le persone vedenti tendono a descrivere le persone cieche o ipovedenti come tristi, arrabbiate, impotenti e che le persone oggetto di questa descrizione tendono, per il processo chiamato “profezia che si autoavvera” (Rosenthal e Jacobson, 1968), a confermare queste credenze.

(B. Zani, E. Cicognani, 2001) e che coincide con il ritorno a casa del Sig. B. T. dopo la dimissione ospedaliera.

È stato uno dei momenti più difficili poiché la limitata mobilità, la brusca riduzione dell'autonomia e il disagio psicoemozionale hanno alimentato in lui vissuti di umiliazione, vergogna che l'hanno posto in una condizione di profondo isolamento ed evitamento dei contesti sociali.

Le emozioni negative percepite dal Sig. B. T. sembrano anche legate a concezioni stereotipiche di cui la società può essere ritenuta responsabile. Cohen (1972) sostiene che le persone vedenti tendono a descrivere le persone cieche o ipovedenti come tristi, arrabbiate, impotenti e che le persone oggetto di questa descrizione tendono, per il processo chiamato “profezia che si autoavvera” (Rosenthal e Jacobson, 1968), a confermare queste credenze.

Fondamentale, in questo periodo, è stata la messa in atto della *relativizzazione*, ossia della strategia cognitiva di confrontarsi con gli altri, nelle stesse condizioni, conosciuti dal Sig. B. T. durante il periodo di frequentazione di un centro specializzato in protesi oculari. Il confrontarsi con le sfortune altrui, quelle soprattutto occorse a giovani e bambini, ha limitato il senso di minaccia e contribuito alla valorizzazione del Sé.

L'inserimento nel mondo lavorativo è lontano poiché il Sig. B. T. deve essere ancora sottoposto a nuovi interventi chirurgici facciali, ma l'aver riacquisito fiducia nel presente è un buon predittore per una sfida verso il futuro.

* Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

- Carroll, T.J. (1961). *Blindness*. Boston: Little, Brown.
- Vander Kolk, C.J. (1981). *Assessment and planning with the visually impaired*. Baltimore: University Park Press.
- Tavan, M.B. e Trent, S.D. (1997). Impact of adolescents' adjustment to progressive vision loss on Braille reading skills: case studies *Journal of visual Impairment & Blindness*, 91, 301-308.
- Cholden, L.S. (1958) *A psychiatrist works with blindness: Selected papers*. New York: American Foundation for the Blind.
- Pinkola Estès, C. (1993) *Donne che corrono coi lupi*. Frassinelli, Milano.
- B. Zani, E. Cicognani (2001) *Le Vie del Benessere*. A cura di. Carocci, Roma.
- Mathiessen, L. (1999) *Dal lutto... alla pace (seconda parte)*. *ArcoBaleno*, 4(19), 7-15
- Cohen, O. (1972). *Prejudice and the blind*. In *Attitudes toward blind persons*. New York: American Foundation for the Blind.
- Rosenthal, R e Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectations and student intellectual development*. New York: Holt, Rinehart & Winston

Sight and its partial loss: a clinical case

The same blindness determines some important privations like “a reduction of psychological certainty, of basic skills, in the accessibility of communication, in the prompt awareness for what happened, in one's own status, besides possible physical and/or psychological detriments” (Carroll, 1961). After all it's necessary a long and hard time of adaptation to the new period, if the onset arises during one's life (Vander Kolk, 1981). “It is beyond doubt that who losses his sight, even partly after some years, has to go through a period of adaptation to the new situation, born blind hasn't to go through this difficult period” (Truan and Trent, 1997).



RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

**SILVANA SALERNO,
RICCARDO TARTAGLIA,
ROBERTO MAREMMANI.**
**Pesare il carico mentale
per prevenire la fatica
mentale. Tipografia INAIL,
Milano, 2000, pp. 27.**

Il volumetto fa parte del progetto comunitario "Misure per promuovere la cultura e la partecipazione alla sicurezza sui luoghi di lavoro".

In 31 domande e relative risposte una guida su come orientarsi per affrontare i problemi di salute mentale nei luoghi di lavoro. (G.C.)

**ALESSANDRO ANTONIETTI e
MARCELLO CESA BIANCHI.**
**Creatività nella vita e
nella scuola. Mondadori
Università, Città di Castello,
2003, pp. 190, euro 12.**

Secondo gli Autori l'attuale sviluppo scientifico-tecnologico sembrerebbe limitare le possibilità del comportamento umano. Quindi la creatività deve rappresentare uno "spazio di libertà nel quale riconoscersi come individui attraverso esperienze non condizionate dall'ambiente". Il volume considera la storia del concetto di creatività, dalla visione del passato in chiave religiosa e filosofica, alla sua recente concezione coerente con gli sviluppi della psicologia scientifica. Quindi affronta la creatività secondo varie correnti teoriche, analizzandone gli aspetti cognitivi e affettivo-motivazionali. Ripropone anche il dibattito circa la collocazione della creatività tra biologia e cultura. Esamina poi le manifestazioni della creatività durante l'infanzia, l'adolescenza e la vecchiaia. Da ultimo descrive le condizioni che possono stimolare la creatività e i metodi per potenziarla. (G.C.)

ROBERTO TRUZOLI.
**Sviluppare il pensiero
flessibile. Un programma
d'intervento. Armando
Editore, Roma, 2002, pp.79,
euro 10.**

Secondo l'Autore negli ultimi decenni si è assistito "ad un graduale miglioramento delle prospettive evolutive dei

soggetti con ritardo mentale". E ciò grazie soprattutto al contributo della psicologia sperimentale, i cui risultati convergono con quelli delle neuroscienze. Infatti sono state progettate numerose metodologie e tecniche di intervento finalizzate al recupero cognitivo e sociale delle persone con ritardi evolutivi. Per gli operatori del settore, poi, sono attualmente disponibili svariati training la cui efficacia è stata ormai ampiamente verificata e che consentono di intervenire sempre più precocemente nei diversi casi di ritardo mentale.

Nel caso specifico la seconda parte del volume è dedicata al *reversal shift* (inversione degli indici discriminativi), un processo che è stato individuato come fattore importante nelle ricerche sperimentali sull'evoluzione dei concetti, in grado di superare la fase di fissità funzionale e di consentire perciò un utilizzo dinamico dei concetti; "in sintesi in grado di permettere la progressione verso forme flessibili e non rigide di pensiero, e di costituire quindi un notevole strumento di adattamento".

Il libro, oltre a presentare numerosi spunti di riflessione, esprime con chiarezza e rende applicabili i risultati di numerose e complesse procedure sperimentali, divenendo uno strumento fruibile sul piano professionale. (G.C.)

CLEOPATRA D'AMBROSIO.
**Sono solo fantasie? L'abuso
sessuale e le inascoltate
verità dei bambini. Edizioni
Scientifiche Ma. Gi., Roma,
2000, pp. 154, euro 12,40.**

"Questo libro - ci ricorda l'Autrice - esce grazie alle persone che hanno avuto voglia di parlare dei loro problemi, di raccontare le loro storie, di percorrere e ripercorrere strade accidentate e dolorose". Secondo recenti statistiche circa il 30% delle donne e il 15 % degli uomini hanno subito, nella loro infanzia, dell'abuso sessuale da parte di adulti. Quel che sorprende

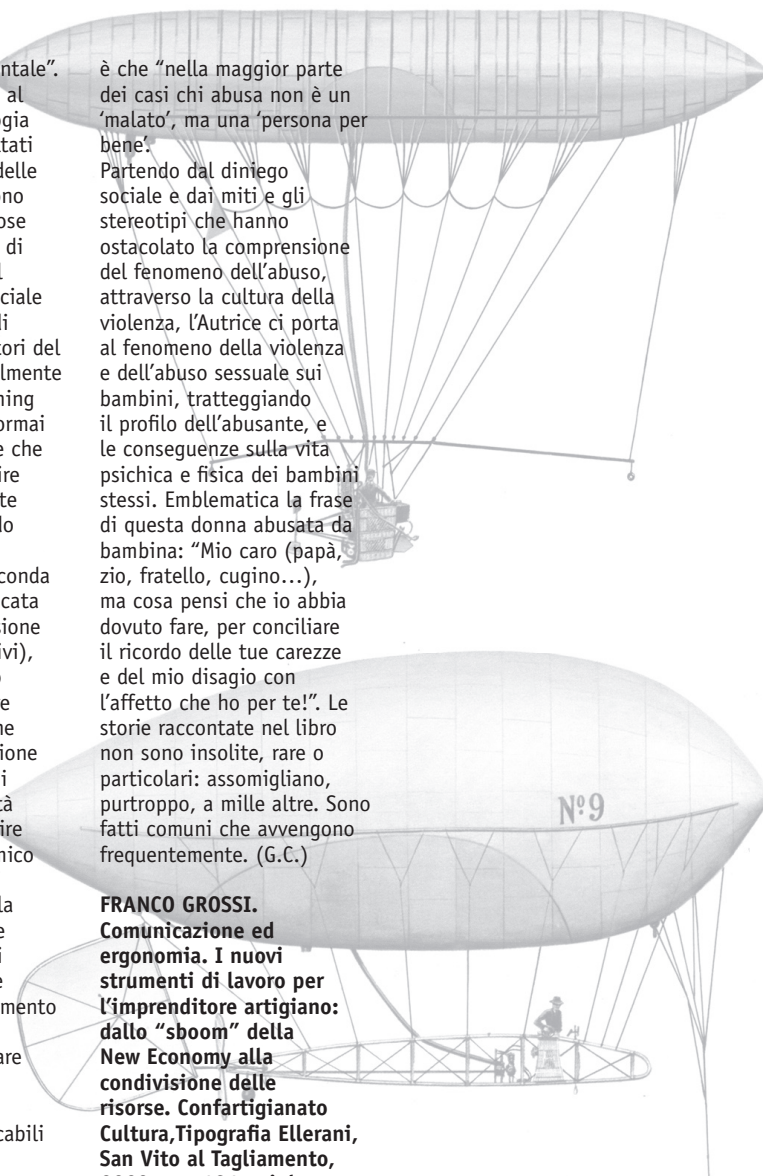
è che "nella maggior parte dei casi chi abusa non è un 'malato', ma una 'persona per bene'".

Partendo dal diniego sociale e dai miti e gli stereotipi che hanno ostacolato la comprensione del fenomeno dell'abuso, attraverso la cultura della violenza, l'Autrice ci porta al fenomeno della violenza e dell'abuso sessuale sui bambini, tratteggiando il profilo dell'abusante, e le conseguenze sulla vita psichica e fisica dei bambini stessi. Emblematica la frase di questa donna abusata da bambina: "Mio caro (papà, zio, fratello, cugino...), ma cosa pensi che io abbia dovuto fare, per conciliare il ricordo delle tue carezze e del mio disagio con l'affetto che ho per te!". Le storie raccontate nel libro non sono insolite, rare o particolari: assomigliano, purtroppo, a mille altre. Sono fatti comuni che avvengono frequentemente. (G.C.)

FRANCO GROSSI.
**Comunicazione ed
ergonomia. I nuovi
strumenti di lavoro per
l'imprenditore artigiano:
dallo "sboom" della
New Economy alla
condivisione delle
risorse. Confartigianato
Cultura, Tipografia Ellerani,
San Vito al Tagliamento,
2003, pp. 181, s.i.d.p.**

È un libro rivolto ai piccoli imprenditori al fine di acquisire "nuovi 'attrezzi' per proseguire la loro attività nel nuovo mercato globale privo di vincoli spazio-temporali". La tematica fondamentale affrontata è quella della comunicazione in tutte le sue forme. Gli argomenti vanno dal client marketing alla comunicazione efficace, dal design all'ergonomia. L'ultimo capitolo è dedicato alle nuove professioni artigiane. Un glossario ed una nutrita bibliografia completano il volume.

**AUGUSTO ERMENTINI e
GIANLORENZO BERETTA.**
**Il transessualismo.
Un fenomeno
antropologico, culturale e**





psichiatrico. Centrostampà, Brescia, 2003, pp. 258, s.i.d.p.

Il transessualismo non è un disturbo sessuale, ma dell'identità di genere, cioè "quella condizione in cui una persona sente di appartenere al sesso opposto a quello assegnato dalla natura". Dalle osservazioni cliniche condotte dagli Autori su parecchi casi si è potuto riscontrare che i transessuali e i travestiti puri, come descritti nel DSM IV sono "sempre meno numerosi ed invece sono frequenti i soggetti 'misti', cioè quelli che indossano gli abiti del sesso opposto, non solo durante i rapporti sessuali, ma sempre durante la giornata, perché sentono di appartenere al sesso opposto con fantasie, interessi e comportamenti inerenti, ma non odiano i loro genitali, che spesso sono anche normalmente funzionanti". L'analisi sul fenomeno si spinge anche ai partner dei transessuali che "essendo dei bisessuali con una grossa componente di omosessualità latente che non accettano (cercano il pene in un corpo di donna) contribuiscono ad isolarli dalla società perché si vergognano di frequentarli". Gli Autori, che sono due medici psicoterapeuti, ritengono che per agevolare nei transessuali il loro iter di trasformazione corporea, non è sufficiente enfatizzare solo le aspettative sugli interventi chirurgici estetici o sui cambiamenti indotti dagli ormoni, ma approfondire gli aspetti psicologici della femminilizzazione. Il volume affronta le seguenti tematiche: il problema dell'identità, il transessualismo, i risvolti medico-biologici ed endocrinologici, il comportamento sessuale, il rischio delle malattie sessualmente trasmesse ed anche gli aspetti criminologici del transessualismo. Una numerosa iconografia arricchisce il volume che si completa con la presentazione di alcuni casi clinici. La pubblicazione è stata curata dalla Facoltà di medicina dell'Università degli Studi di Brescia, Scuola di Specializzazione in psichiatria. Può essere

richiesta direttamente al Prof. Ermentini. (G.C.)

C. MINOIA, F. CARDINALI e G. CATENACCI (curatori). Manuale di informazione e della sicurezza sui rischi presenti nelle strutture ospedaliere. Presentazione di U. Maugeri. Tipografia PI-ME Editrice, Pavia, 2002, pp. 245, s.i.d.p.

Si tratta di un volume ben curato da una moltitudine di specialisti ed offre un quadro completo delle problematiche della sicurezza in ambito ospedaliero. Molto aderente allo spirito della 626, prende in considerazione solo il rischio chimico, fisico e biologico. Non sono però presenti gli aspetti psicologici sociali della sicurezza in ambito sanitario. Edizione non in vendita curata dalla Clinica del lavoro e della riabilitazione della Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia. (G.C.)

ALDO GALEAZZI e EMILIO FRANCESCHINA. L'indagine della personalità. Un'introduzione. Domeneghini Editore, Padova, 2004, pp. 267, euro 27.

Lo studio della personalità occupa un importante posto nella psicologia, sia nello studio teorico che nelle applicazioni professionali. Il volume pone l'accento sulla centralità dell'assessment della personalità che nella sua dimensione applicativa si pone spesso "nella delicata condizione di componente più esposta e visibile dell'operare psicologico. Il volume affronta dapprima una illustrazione di alcuni momenti storici dell'evoluzione dello studio della personalità, a partire da alcuni fondamenti teorico-metodologici, quindi si focalizza sui metodi e sugli strumenti di studio della personalità in cui il colloquio, l'assessment e i test, sia proiettivi che obiettivi, occupano una posizione di centralità. L'atteggiamento che anima tutto quanto il libro è prettamente critico dato che gli Autori non hanno la pretesa di voler essere "conclusivi sui temi proposti, rispetto ai quali, al contrario ci poniamo molto modestamente in una prospettiva di acquisizione permanente".

Molto articolato il capitolo dedicato agli ambiti applicativi dell'assessment della personalità che investe la ricerca, la psicodiagnostica clinica e quella forense, l'età evolutiva e gli anziani, l'ambito scolastico e quello del lavoro e infine il rapporto personalità e salute. Una ricca bibliografia completa il volume.

ALBINO CLAUDIO BOSIO (a cura di). Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia. Franco Angeli, Milano, 2004, pp. 256, euro 20,00.

Viene presentata una ricerca, promossa dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia, e svolta su un campione di 800 psicologi lombardi interrogati sullo stato e sulle prospettive della professione o meglio delle professioni psicologiche. Curato da A. Claudio Bosio vengono presentati lo stato e le prospettive delle professioni psicologiche in Lombardia. Viene presentata come una "opera aperta, destinata ad essere scritta anche da chi, a partire dalla lettura dei risultati, vorrà cimentarsi con il compito di tradurre le informazioni in ipotesi di lavoro e di intervento". L'opera si articola su vari temi, dal profilo del gruppo professionale, al quadro occupazionale, alla soddisfazione nella professione, al percorso formativo e le competenze, alle previsioni ed aspettative per il futuro. Due sono le domande a cui ha cercato di rispondere l'indagine: 1) cosa fanno attualmente gli psicologi; 2) cosa potranno fare nel prossimo futuro. Le articolazioni del campo professionale degli psicologi lombardi risultano le seguenti: il 37,6 % psicoterapeuti privati; il 21,5 % psicoterapeuti pubblici; il 16,6 % psicologi nella scuola; il 14,7 % operatori socio-sanitari; il 9,7 % psicologi del lavoro. Viene confermata la forte radicalizzazione della presenza femminile con la proiezione nel prossimo futuro di un gruppo professionale quasi esclusivamente femminile e con la prospettiva di un aumento di difficoltà nello sviluppo delle carriere e delle





retribuzioni economiche. Viene sottolineato dagli intervistati come la psicologia sia chiamata ad interfacciarsi con una molteplicità di segmenti di utenza: sociale e privata, collettiva e individuale, in contesti profit e non profit. Molti psicologi lombardi ritengono che sia necessario porsi in una prospettiva fortemente innovativa, basata su una marcata riprogettazione dell'esistente. La psicologia lombarda pare in una fase di ripiegamento per motivi esterni alla professione per cui a tutti gli psicologi è richiesto pesantemente di innovarsi rispetto all'oggi nella realizzazione dei loro obiettivi. Di fronte ad una preoccupazione di fondo estesa a tutti gli intervistati, esiste un'ampia riserva di entusiasmo professionale ed un'a diffusa percezione di un ruolo ancora tutto da giocare soprattutto per le nuove applicazioni della psicologia e le iniziative ad esse connesse. Il mondo della scuola e del lavoro sono identificati come le aree in cui l'ottimismo professionale può trovare sostanziali conferme nel prossimo futuro. Nella seconda parte del volume vengono presentati i commenti alla ricerca da alcuni psicologi accademici delle Università Cattolica e Milano "Bicocca". La pubblicazione è molto curata dal punto di vista metodologico ed è corredata da una appendice dove viene presentato il questionario delle interviste, 38 pagine di tabelle statistiche e una completa bibliografia delle altre ricerche svolte in Italia sulla professione dello psicologo. (G.C.)

DAVID LAZZARI. Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione. Franco Angeli, Milano, 1ª edizione 2007, pp. 336, euro 32.

Il volume è stato definito «un libro che illustra un approccio scientifico realmente integrato alla salute psicofisica: non solo teoria ma evidenze e pratiche cliniche efficaci nella prevenzione e cura psicologica della malattia fisica». La frase compare nella quarta di copertina e sintetizza bene il lavoro dell'autore che si

pone a cavallo tra psicologia, neuroscienze e medicina e ricalca il percorso formativo e professionale dell'autore. Egli è infatti specialista in Psicosomatica ed in Psicologia della Salute, ha fondato e dirige uno dei primi servizi di Psicologia Ospedaliera italiani, la cui attività spazia dalla clinica, alla gestione della malattia, sino alla qualità ed alla salute degli operatori e dell'organizzazione. L'opera risente positivamente di questo lavoro "di confine", così come si vede nella chiarezza e completezza del testo l'abitudine alla esposizione derivata dall'insegnamento universitario (Psicologia Medica), ma va oltre l'obiettivo, pure importante, di una "testimonianza" e del trasferimento di esperienze (in un campo dove vi è un grande potenziale di sviluppo professionale). L'autore si è prefisso, infatti, l'obiettivo di raccogliere le evidenze che emergono dalla ricerca scientifica e dalla valutazione degli interventi per dimostrare non solo la realtà dei legami tra dimensione psicologica e salute, ma anche di illustrare le linee principali emergenti da questa complessa interazione. Come viene detto chiaramente nella quarta di copertina «obiettivo di questo libro è presentare un quadro aggiornato di evidenze e ricerche sul rapporto tra mente, salute e malattia a partire dagli studi sullo stress e nell'area chiamata "psico-neuro-endocrino-immunologia"». In realtà il lavoro si occupa anche delle ricerche e delle evidenze legate alla efficacia degli interventi psicologici in questo campo: dalla gestione dello stress all'intervento sulla persona malata, dall'aiuto ai caregiver, al ruolo dello psicologo nel dolore. Di particolare interesse i paragrafi sulle prove di efficacia della psicoterapia, dove si riportano anche gli studi sugli effetti delle terapie psicologiche sul cervello. Come precisa l'autore nell'introduzione, il volume si divide in tre parti: la prima, (cap.1, 2, 3 e 4) si prefigge di offrire una cornice teorico-scientifica di riferimento, utile per un adeguato inquadramento di quanto esposto successivamente;

la seconda (dal cap.5 all'8) va ad approfondire alcune significative aree dell'interazione mente-salute e malattia, evidenziando sia i dati delle ricerche sia i possibili terreni di intervento che hanno dato prova di efficacia; vi è poi un "epilogo" che chiude il volume con un quadro di sintesi "ideale" dei temi trattati e vuole "aprire porte" ad ulteriori riflessioni. La lettura del manuale è resa più agevole dal largo uso di "schede" che vengono usate sia per sintetizzare gli argomenti che per fare resoconti della letteratura scientifica sui temi trattati. Il lavoro ha una lunga ed esauriente prefazione di Francesco Bottaccioli, che è stato il fondatore della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia e oggi ne è past-president. In questo vero e proprio saggio sull'argomento, lo studioso afferma che il libro «è un lavoro molto solido che, con una articolata rete di riferimenti scientifici, giunge a conclusioni nette su punti fondamentali: sulle relazioni mente corpo, sul rapporto tra evoluzione biologica ed evoluzione culturale, sul ruolo della psicologia e su altri punti che, ancor oggi, vengono trattati in modo molto tradizionale sia nel versante medico che in quello psicologico. Lazzari dimostra che abbiamo le evidenze scientifiche per voltare pagina e chiudere le storiche contrapposizioni (genetica versus comportamenti; biologia versus emozioni; medicina versus psicologia; farmaci versus tecniche per la mente e così via) che hanno contrassegnato l'ultimo secolo in partecolare. L'Autore, che è anche un protagonista della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia, coglie la portata generale del nuovo modello introdotto dalla PNEI e, da psicologo, mostra i cambiamenti che tale modello sollecita alla professione psicologica». Credo che il merito principale di questo lavoro sia quello di saper parlare sia agli Psicologi che ai Medici ed agli altri operatori della salute, dimostrando che la Psicologia ha molto da dire e da fare nella prevenzione, promozione e cura della salute, non solo di quella mentale, ma della salute umana nel suo complesso. (C.Z.)

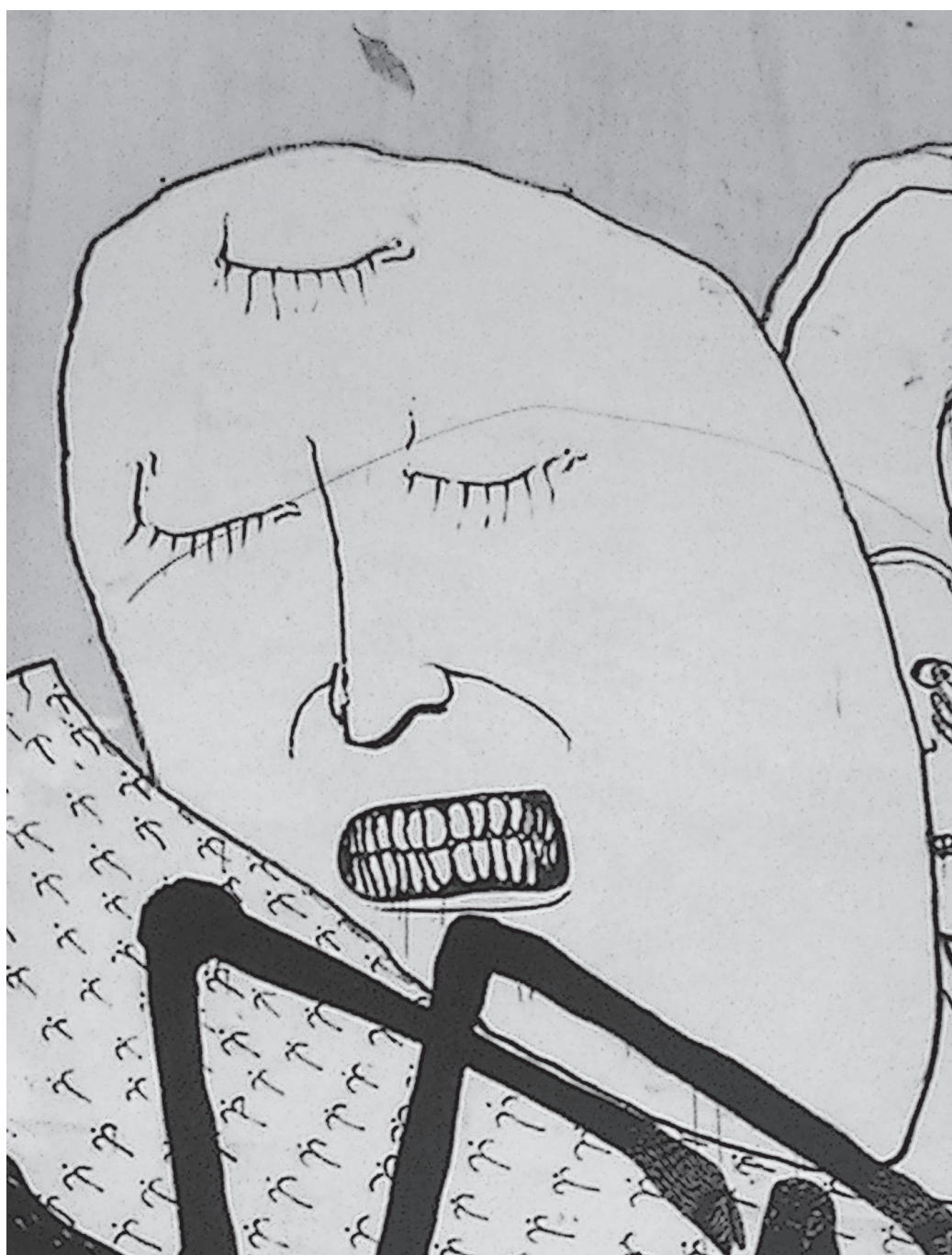




link.11 emozioni

Scandalo ad arte

ROSA DE ROSA





Scandalo ad arte

ROSA DE ROSA

Nel 1863 Edouard Manet dipinge sia l'*Olympia* (esposto però solo due anni dopo) sia *Le Déjeuner sur l'herbe*, inviato al Salon di quell'anno (e censurato). "Olympia" è una giovanissima prostituta in attesa della visita di un cliente, mentre nello "sconveniente idillio borghese" del *Déjeuner* una donna nuda se ne sta tranquillamente seduta sull'erba tra due uomini vestiti (in abiti contemporanei, anche questo è importante) intenti a conversare, mentre un'altra donna, in camicia, si rinfresca nell'acqua. L'enorme scandalo suscitato dalle due tele deve essere sicuramente inquadrato nell'epoca in cui furono viste, e fa a prima vista sorridere, considerando la pervasiva presenza del corpo nudo in tutti i contesti della moderna società della comunicazione. Ma a guardar bene i due quadri si scoprono alcune "radici dello scandalo" che sono generali e atemporali, e dunque presenti ancora oggi. Torniamo allora ai due quadri. La prima radice dello scandalo non fu la nudità in sé (fin dall'arte antica la nudità è stata esteticamente svincolata dall'erotismo) bensì il fatto che quelle che Manet aveva dipinto erano donne vere, non dee o ninfe. La nudità femminile delle due tele non è anatomica e non è simbolica, ma intensamente situazionale. Così si spiega una seconda radice dello scandalo: a indignare critica e pubblico, fino allo sdegno e all'ingiuria verso Manet, fu l'atteggiamento della donna nuda, che volge con naturalezza lo sguardo verso lo spettatore, come per coinvolgerlo nel proprio contesto e soprattutto nella propria situazione. Una radice dello scandalo è la natura. L'altra (come del resto è scritto nei Vangeli) la verità.

«Le ingiurie mi cadono addosso come la grandine... – scrive Manet all'amico Baudelaire – avrei voluto avere il vostro parere sui miei quadri». Nervosamente, lo scrittore e giornalista Jules Claretie scrive dell'opera che sarà suo malgrado collocata tra i più bei quadri del mondo: «Chi è questa odaliska, forse un'ignobile modella raccattata chissà dove, e che raffigura Olympia? Quale Olympia? Senza dubbio una cortigiana. Non rimprovereremo al signor Manet di idealizzare delle vergini folli, proprio lui che rende delle vergini sordide».

Non mancarono i difensori di Manet. Ma il paradosso è che anch'essi fecero slittare la questione su un piano formale, assolutamente neutro. Scrive ad esempio (ironicamente) Zola a proposito di *Le Déjeuner sur l'herbe*: «quale indecenza! Una donna completamente senza veli tra due uomini vestiti!...La folla ha creduto che le intenzioni dell'artista nella composizione del soggetto fossero indecenti e chiassose, mentre in realtà ha semplicemente cercato di ottenere delle vivaci contrapposizioni e delle masse pure...».

Tre anni dopo, nel 1866, Gustave Courbet, anticonformista autentico (nella vita come nell'arte), sconvolse la critica e il pubblico parigino dipingendo due quadri, *Pigrizia e lussuria* (o *Il sonno*) e *L'origine del mondo*, per il turco Khalil-Bey, ex ambasciatore a San Pietroburgo, che in quegli anni animava uno dei più importanti salotti di Parigi. Ancora scandalo, ma la differenza importante è che, stavolta, è intenzionalmente provocato dall'autore. In *Pigrizia e Lussuria* due donne nude sono distese sul letto in atteggiamento palesamente amoroso. Emanano – fu scritto – "carica erotica" e "fascino lascivo". E questa era, nè più nè meno, la verità. Anzi, per essere sicuro di non essere frainteso, Courbet compie, come gesto liberatorio della vita e dell'arte antiborghese, il passo definitivo. Nessuno, prima di lui aveva osato un primo piano del sesso femminile, ironicamente battezzato *L'origine du monde*. Si narra che lo stesso committente collocò l'opera nel suo bagno privato e lo nascose dietro un altro quadro-schermo. Per molti decenni se ne persero le tracce fino all'ultimo dopoguerra, quando l'opera fu acquistata da un privato. E non era un privato qualsiasi, era lo psicanalista Jacques Lacan.

