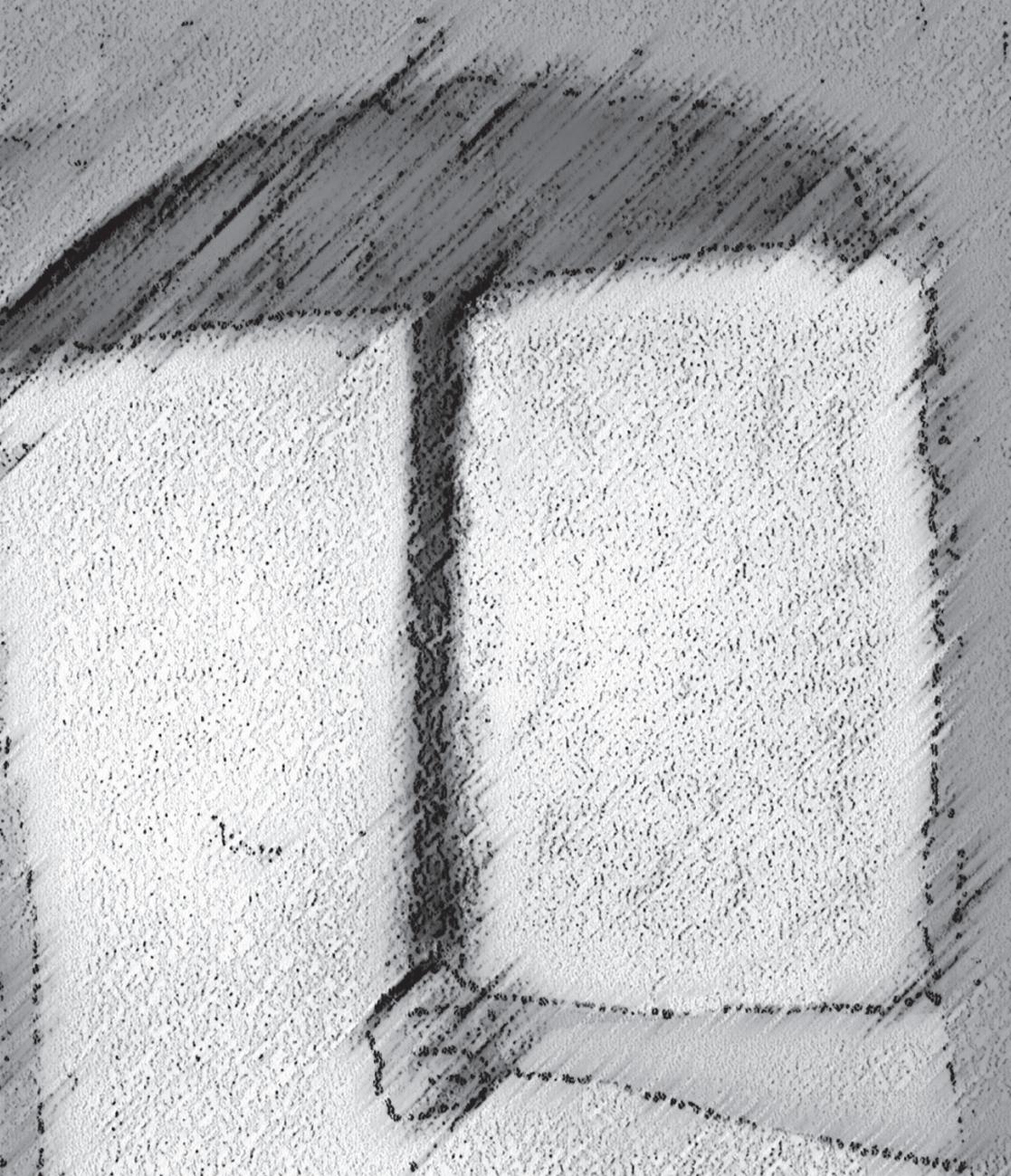


115K



Direttore responsabile

Rinaldo Perini

Redazione

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

Daniela Camelliti, Veronica Dall'Occhio, Patrizia Dal Pont, Olga Damiani, Carla Gaffuri, Giulia Galimberti, Marilda Karaboja, Morena Pandolfi, Laura Sorile

Segreteria

Alessandra Albini
(alessandra.albini@hsacomio.org)

Comitato scientifico

Adalgisa Battistelli, Alessandro Bruni, Anita Caruso, Michele Cusano, Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau, Maria Clotilde Gislon, Gioia Gorla (*Presidente Associazione italiana per la psicologia e la psicoterapia*), Maria Grazia Inzaghi, Silvia Lapini, David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso (*Past-President Società Italiana di Psicooncologia*), Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPI*), Enzo Spaltro, 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@hsacomio.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 G. Mameli, 28, 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.

15 DICEMBRE 2009

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. (edt), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

L'AUPI, Associazione Unitaria degli Psicologi Italiani, è stata fondata nel 1978, al Congresso nazionale di Firenze. Pierangelo Sardi è stato il primo Segretario Generale. Nello stesso anno era stato creato il Servizio Sanitario Nazionale, che ha rivoluzionato l'intero sistema precedentemente frazionato nelle varie mutue unificandole: tutti gli psicologi sino ad allora impiegati in diversi Enti (Ospedali Consorzi sanitari, Mutue di categoria, Scuole, Comuni e Province) venivano inseriti nelle Unità Sanitarie Locali. Dall'inizio degli anni Ottanta, l'AUPI ha partecipato alla contrattazione nazionale e ha firmato tutti i contratti nazionali di lavoro del SSN e quelli decentrati a livello regionale e locale, per tutti gli psicologi italiani, dapprima per gli psicologi dipendenti, poi stipulando con il Ministero competente una apposita Convenzione nazionale, in seguito rinnovata. Rispetto ad altre forme di rapporti eccezionali, comunque avviate dalle varie amministrazioni, l'AUPI ha partecipato attivamente alla stesura di una legge di sanatoria, approvata nel 1985. In quell'occasione non meno di 4.000 psicologi precari sono entrati in ruolo.

La proposta di costruire un Ordine degli Psicologi era stata avanzata da un Senatore, Adriano Ossicini, medico e psicologo, per ben quattro legislature, ma era stata sempre bloccata perché i medici pretendevano una supremazia sull'attività psicoterapeutica. Grazie agli interventi anche legislativi dell'AUPI, come la sopraccitata sanatoria per gli psicologi precari, la questione fu risolta equamente con una legge del 1985; essa riconosceva pari dignità alla psicoterapia degli psicologi e dei medici. Come sviluppo di tale previsione legislativa, meno di tre anni dopo, all'inizio del 1989, ha potuto essere approvata la Legge di Ordinamento della Professione di Psicologo, in cui si riconosceva piena autonomia alla diagnosi psicologica e si prevedeva da un lato che i medici, per esercitare la psicoterapia dovessero sottoporsi ad un training di durata almeno quadriennale – non minore di quello imposto agli psicologi – dall'altro che non potessero specializzarsi in psicologia clinica, materia riservata agli psicologi.

Nel dicembre del 2000, su iniziativa dell'Aupi nasce la FISSP con l'intento di consentire alle diverse società scientifiche, nelle differenti aree della psicologia applicata, di unire le rispettive forze per creare una federazione che potesse mettere in rete le proprie conoscenze e attività, così da sviluppare una migliore visibilità e presenza nella società italiana. Questa rivista nasce in quell'anno per raccogliere e diffondere, tra gli psicologi italiani, il sapere psicologico tra ricerca e applicazione.

Nel momento in cui avrete fra le mani questo numero, saremo tutti coinvolti nelle elezioni ordinarie per il rinnovo dei nostri rappresentanti regionali. Nella nostra storia trentennale, il filo conduttore è stata sempre l'affermazione del bene collettivo attraverso lo sviluppo e l'applicazione della psicologia al servizio del miglioramento umano, per favorire l'affermazione dell'identità e dignità della psicologia al pari delle scienze mediche. Un'importante informazione a tutti i lettori: in queste elezioni l'AUPI non avrà proprie liste e sosterrà solo i colleghi, in armonia con la storia del sindacato.

Quest'anno a Oslo si è tenuto ai primi di luglio il Congresso Europeo dell'E.F.P.A. al quale hanno partecipato oltre 2.800 psicologi provenienti da tutto il mondo, più di duecento dall'Italia. Come già accaduto nel precedente congresso di Praga nel 2007, abbiamo presentato in collaborazione del Consiglio Nazionale dell'Ordine, l'"Italian Day": 20 simposi e 79 relazioni scientifiche, che spaziavano dall'intervento psicologico nei servizi di salute mentale alla psicologia ospedaliera, dall'area della psicologia giuridica a quella dell'intervento consultoriale, dai temi delle dipendenze, come internet e disagio minorile, alla psicologia transculturale.

Il numero 15 di *Link* si apre con il contributo di Raija-Leena Punamaki (nella sezione *Focus*) che ci offre una panoramica della letteratura scientifica sui traumi in età infantile e del loro risvolto negativo sull'armonico sviluppo della personalità. Quando i bambini sono traumatizzati hanno bisogno delle loro risorse socio-emotive per difendersi; se le cause degli eventi traumatici sono i genitori o altri membri della famiglia è compromessa

la capacità di recupero, tanto che senza un percorso psicologico di aiuto, il bambino e l'adolescente rischiano di vedere condizionata e bloccata la loro speranza evolutiva positiva. Già nel 1934 Sandor Ferenczi scriveva che lo shock equivale all'annientamento della coscienza di sé, della capacità di resistere, di agire e di pensare al proprio Sé e che probabilmente anche gli organi vitali che garantiscono la sopravvivenza rinunciano alla loro funzione o la riducono al minimo; affermava inoltre che il trauma fisico è anche psichico.

Un altro importante contributo si sofferma su un innovativo trattamento dei traumi nell'età evolutiva: il "Trattamento Narrativo Temas" applicato alla popolazione infantile di New York dopo l'attacco terroristico dell'11 settembre. In questo articolo sono presentati i risultati dell'applicazione in gruppo, sperimentata secondo i rigori della ricerca scientifica, che oltre a fornirci informazioni sullo stato psicopatologico della struttura psicodinamica di ciascun soggetto, ci descrive una tecnica abilitativa-riabilitativa attraverso la psicologia della narrazione.

Pubblichiamo inoltre un intervento di Giovanni Carlo Zapparoli (recentemente scomparso) sulla necessità, nella relazione terapeutica, di coniugare teoria e tecnica con i bisogni del paziente. La capacità del terapeuta di sintonizzarsi con il momento che vive il paziente e, principalmente, la sua capacità di "mettere e togliere gli occhiali", cioè alternare momenti in cui utilizza le sue conoscenze teorico-cliniche ad altri in cui ascolta il paziente e vive la relazione con lui senza "diaframmi", costituisce il fondamento di una buona pratica psicoterapeutica. A partire da qui si sceglie l'intervento più idoneo a rispondere al bisogno specifico del paziente, valutando le sue potenzialità evolutive e le eventuali resistenze al cambiamento. In questo scritto si riconosce la tensione etica di Zapparoli verso l'attenzione vera, sincera e solidale al paziente e ai suoi bisogni.

Giovanni Cavadi traccia la biografia di Herbert Simon, una personalità che ha dato alla Psicologia una significativa impronta nel campo dell'economia. Una delle sue più grandi intuizioni fu ammonire gli economisti del suo tempo: dimenticare che l'oggetto del loro studio è il comportamento di esseri umani e non quello di ipotetiche entità onniscienti e dotate di un'illimitata capacità, annienta la creatività e l'ingegno, e spinge verso un agire sociale cieco e ostinato alimentato dal perseguimento dell'esclusivo interesse egoico e narcisistico.

Nella sezione *Esperienze*, Paolo Salotti e Sergio Cavasino descrivono come si può applicare un modello clinico di supporto psicologico per i caregiver dei pazienti affetti da Morbo di Alzheimer, con follow-up a distanza di 6 mesi: il senso di intimità e di supporto reciproco sono la dimostrazione di quanto il gruppo sia un'importante risorsa terapeutica nella gestione di pazienti critici.

In *Strumenti* riportiamo il lavoro della Commissione dell'E.F.P.A. sui test e sugli strumenti psicometrici presentati al Congresso Europeo di Oslo.

Nell'area *Ricerche*, Luna Viganò e Isabella Zucchi ci presentano due interessanti lavori: il primo riguarda le istruzioni di sicurezza a bordo degli aerei attraverso uno studio psico-sociale; il secondo affronta la complessa situazione del bullismo in particolare nel rapporto vittima-aggressore.

Carolina Meucci ci offre un contributo in diretta dagli USA sul vivace dibattito interno all'American Psychological Association sull'etica dello psicologo in caso di emergenza terroristica: gli psicologi americani infatti hanno ribadito che non si possono violare i diritti umani e psicologici delle persone in nome di un "bene" superiore, nemmeno se si parla di lotta al terrorismo. Il governo Obama ha avviato un'indagine sulla tortura avvenuta nei centri di detenzione della C.I.A., che coinvolge anche alcuni psicologi.

Nella sezione *Una storia clinica*, vi segnaliamo l'articolo di Elvira Arcidiacono, Caterina Biscaro, Silvia Bravin, Maddalena Calcagno, Marta Torrioni, Caterina Vezzosi su una metodologia di analisi di casi clinici basato sulla supervisione, in un servizio pubblico che opera nel campo delle dipendenze.

Nella sezione *Emozioni* Mariaceta Gandolfo ci racconta di due autori contemporanei emigrati dalla Sicilia: una figlia di nobili latifondisti (Dacia Maraini) e un figlio di contadini (Giuseppe Tornatore) che rievocano la loro infanzia con le parole e le immagini di un paese, Bagheria, in un'isola antica e sfortunata, dove si combattono, come nel teatro dei Pupi siciliani, passioni e interessi, eroi e traditori, sogni e realtà, ideali e tragedia.

In *LinkArt* Rosa De Rosa, partendo da due recenti mostre che hanno messo al centro della riflessione il rapporto tra arte e follia, si sofferma su alcuni aspetti dell'itinerario artistico ed esistenziale di Vincent Van Gogh.

VITO TUMMINO

link 15 focus

Il trauma nei bambini e negli adolescenti: le conseguenze sullo sviluppo

RAIJA-LEENA PUNAMAKI

Trattamento Culturalmente Competente e Basato Empiricamente per Bambini Latini con Sintomi Post Traumatici relativi alla Catastrofe del World Trade Center

GIUSEPPE COSTANTINO, LOUIS PRIMAVERA, ROBERT G. MALGADY,
CAROLINA MEUCCI, ERMINIA COSTANTINO

Trasformare le difficoltà in vantaggi: dalle resistenze all'alleanza attraverso l'ascolto dei bisogni

GIOVANNI CARLO ZAPPAROLI

Il trauma nei bambini e negli adolescenti: le conseguenze sullo sviluppo

RAIJA-LEENA PUNAMAKI *

Traduzione a cura di Isabel Fernandez

La maggior parte di noi concorda sul fatto che il trauma non ha un effetto salutare per bambini, adolescenti e ogni altro essere vivente. Siamo convinti anche che l'infanzia dovrebbe essere dedicata al divertimento, all'apprendimento e alla sperimentazione senza pesi eccessivi e l'adolescenza alla pianificazione del futuro e all'apprendimento dei valori umani. Esperienze di minaccia, di pericolo e traumatiche sono quindi in netto contrasto con uno sviluppo ottimale dei bambini e degli adolescenti. L'unità operativa della ESTSS: Bambini, Adolescenti e Trauma ha lo scopo, tra le altre cose, di rivedere la ricerca concernente il trauma, la salute e lo sviluppo dei bambini e condividere le conoscenze con i professionisti che lavorano con bambini. Questo articolo contribuisce a ciò, esaminando il ruolo degli aspetti dello sviluppo nelle esperienze traumatiche e analizzando gli effetti del trauma sulla salute mentale e sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo di bambini e adolescenti. Le linee guida utili per aiutare i bambini traumatizzati enfatizzano l'importanza in età dello sviluppo, dei processi simbolici e dei comportamenti genitoriali nel comprendere come il trauma incida su di loro (APA, 1994; NICE, 2005). Siamo tutti consapevoli dell'importanza degli aspetti dello sviluppo, ma non abbiamo un'idea chiara sul modo in cui sviluppare la conoscenza relativa allo sviluppo all'interno della ricerca sul trauma, al suo trattamento e alla guarigione. In questo articolo suggerirò tre modi per concettualizzare in modo pratico le tappe dello sviluppo. Primo, i bambini procedono attraverso stadi di sviluppo influenzati biologicamente e culturalmente (per es. età prescolare ed adolescenza) che li prepongono a compiti qualitativamente differenti e sempre più impegnativi. Ogni stadio di sviluppo può sia rendere i bambini particolarmente vulnerabili sia dotarli dei fattori protettivi essenziali contro le condizioni traumatiche. Secondo, lo sviluppo dei bambini procede su molteplici livelli e l'esposizione al trauma quindi influisce comprensibilmente sui campi dello sviluppo cognitivo, emotivo, comportamentale, sociale e psicofisiologico. Terzo, l'aspetto relazionale dell'impatto traumatico è particolarmente saliente per i bambini, poiché loro sono molto dipendenti dai loro genitori e da altri membri della famiglia per la loro sicurezza e poiché la famiglia tipicamente risponde come sistema al trauma.

Stadi di sviluppo

Lo sviluppo del bambino procede per stadi, ognuno dei quali fornisce ai bambini alcuni compiti fondamentali tra cui l'acquisizione di una regolazione delle emozioni equilibrata e di un ragionamento morale complesso. Si può ipotizzare che, quando il trauma si presenta in determinate fasi dello sviluppo, ci siano rischi gravi esclusivamente per le abilità appena acquisite e per le capacità che i bambini stanno imparando.

Stadi di sviluppo	Compiti fondamentali	Effetto del trauma
Periodo neonatale	Relazione reciproca genitore-figlio	Stili di attaccamento insicuri (evitante o ambivalente)
	Imitazione ed esplorazione dell'ambiente	Genitori iper-protettivi
Prima infanzia	Appropriarsi di altri ruoli	Incomprensibilità della violenza umana
	Memoria autobiografica	Evitamento di ricordi traumatici che si possono generalizzare
	Empatia e teoria della mente	Perdita di controllo e ritorno ad espressioni precedenti (regressione)
	Espressione e controllo delle emozioni	Paura di espressioni simboliche
Pubertà	Raggiungimento di apprendimenti e si inizia a ragionare in modo sofisticato	Pensieri intrusivi interferiscono con l'apprendimento Problemi di concentrazione
	Consapevolezza delle proprie emozioni e motivazioni e di quelle degli altri	Interferenza con lo sviluppo di empatia
	Amicizia e relazioni con i coetanei	Questioni complesse diventano bianche e nere
Adolescenza	Ragionamento morale e pensiero ipotetico ed astratto	Pericolo e minacce sono concrete e interferiscono con i potenziali ragionamenti
	Pianificazione del futuro	Senso di sconfitta e perdita di prospettive future
	Relazioni intime	Intimità evoca memorie represses, appiattimento
	Credenza onnipotente circa le proprie capacità	Assunzione di comportamenti arischio ed essere immuni al pericolo

Tab. 1.

La tabella 1 presenta in modo riassuntivo i compiti di sviluppo durante la prima infanzia, come un bambino ai primi passi, nella media infanzia e nell'adolescenza e corrispettivamente i modi in cui il trauma genera un rischio a queste conquiste nello sviluppo.

Infanzia (periodo neonatale) e prime relazioni diadiche

All'inizio si credeva che i neonati e i bambini ai primi passi sarebbero stati protetti dalle condizioni traumatiche poiché essi non comprendono la severità del pericolo (Keppel-Benson & Ollendick, 1993). La ricerca relativa alla salute mentale dei bambini non conferma questa visione. Al contrario, i bambini molto piccoli rispondono al trauma e ne sono affetti. La conoscenza relativa alle abilità cognitive altamente avanzate dei bambini, come ad esempio il riconoscimento delle emozioni e la discriminazione delle parole che li rendono maggiormente vulnerabili in un ambiente non protetto, è in aumento (Colombo, 2001; Stager & Werker, 1997). Fondamentalmente, durante il primo anno di vita non è solo la maturazione neurobiologica che influenza i processi psicosociali, ma lo sono anche le esperienze sociali importanti dei bambini, in particolare le interazioni con i caregiver, modificano la struttura del cervello e l'organizzazione funzionale, che rendono le precoci relazioni familiari vitali per lo sviluppo del bambino (Cicchetti, 2002). Ci sono sempre più prove sul fatto che i bambini molto piccoli reagiscano e registrino l'atmosfera familiare, lo stato d'animo della madre e le espressioni facciali (Shore, 2003). In maniera simile, possiamo supporre che i bambini si accorgano della paura dei genitori traumatizzati e di un'atmosfera genitoriale minacciosa.

Shore (2003) suggerisce che i bambini rispondono agli eventi traumatici in due differenti modi, attraverso l'iper-arousal e la dissociazione. L'iper-arousal nasce come una reazione di allarme nei confronti della paura e del pericolo in cui la componente simpatica del sistema nervoso autonomo (SNA) è fortemente attivata. Come conseguenza, i bambini manifestano battito cardiaco e pressione sanguigna elevati, respiro intenso ed esprimono sofferenza psicologica attraverso pianto e grida. Lo stato di paura e terrore è mediato dall'iper-attivazione simpatica, che si riflette su elevati livelli di ormone dello stress, fattore di rilascio della corticotropina, che a

turno regola l'attività della noradrenalina e della adrenalina. L'evidenza è disponibile negli alti livelli di ormoni HPA-stress tra i bambini piccoli (che stanno compiendo i primi passi) che furono trascurati e traumatizzati alla nascita (Carlson & Earls, 2001). Nel pattern di risposte dissociative, i bambini traumatizzati si allontanano dagli stimoli esterni e dalla comunicazione umana per ritirarsi nel proprio mondo. Ci sono prove circa neonati altamente traumatizzati che guardano lontano con uno sguardo fisso e che non rispondono agli stimoli umani (Scheeringa & Zeanah, 2001). Nell'infanzia, esperienze provocatorie emotive di paura e orrore sono codificate nella memoria implicita che non richiede codifica o immagazzinamento cosciente (Conway & Playdell-Pearce, 2000). Esperienze minacciose precoci non sono quindi disponibili come ricordi episodici e narrativi, ma è piuttosto la memoria procedurale a dominare l'esperienza del trauma (Crittenden, 1999).

Bambini ai primi passi ed età pre-scolare

Intuitivamente i processi simbolici sembrano essere importanti nel recupero da un trauma poiché i bambini, specialmente quelli che stanno imparando a muovere i primi passi e quelli non ancora in età scolare a cui piacciono le favole, sono al culmine del gioco simbolico e comunicano con animali e figure di fantasia (Bretherton, 1984). I pensieri simbolici e metaforici non terminano durante il periodo dell'infanzia; potrebbero diventare piuttosto latenti per un po' di tempo e formare un contesto di esperienze psicologiche più grande durante l'adolescenza e nell'età adulta. Ci sono alcune prove sul fatto che l'esposizione al trauma renda i processi simbolici particolarmente vulnerabili nei bambini piccoli e in età prescolare. Questi stessi processi, quando rimangono intatti o funzionali, proteggono la salute mentale del bambino da un impatto negativo del trauma. Il gioco traumatizzato ha qualità distinte, come l'inflessibilità, i rituali, un'atmosfera di minaccia e temi ripetitivi legati al trauma che mancano di tematiche di repertorio, cambiamenti, sfumature e repertori di espressioni emotive (Punamaki, 1997). Un aspetto rilevante degli interventi per i bambini traumatizzati è l'incoraggiamento a disegnare i propri ricordi dolorosi e riportarli alla mente in giochi simbolici, storie metaforiche e fiabe e riproporre i propri incubi in condizioni terapeutiche e sicure. C'è quindi la credenza che i processi simbolici dei bambini funzionino come una sorta di pratica di auto-guarigione, ma le comprensioni teoriche di questo, così come le evidenze empiriche sono scarse.

Incubi, terrori notturni e sogni ansiosi sono comuni tra i bambini piccoli e sono considerati parte del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Gli incubi comprendono scene altamente vivide e terrificanti ma sono privi di caratteristiche narrative come la storia del sogno, le scene, i protagonisti, le emozioni e i messaggi. I bambini piccoli di solito fanno sogni stressanti relativi al trauma che poi si generalizzano agli incubi su mostri e a minacce alla loro vita (APA, 1994; Punamaki, 1998). I bambini si svegliano nel bel mezzo di sogni orribili e hanno un forte senso somatico, psicologico, motorio di spavento. I bambini fortemente traumatizzati in genere fanno sogni senza contenuto (ad esempio, "Ho visto un serpente nel mio sogno") e i loro sogni spesso comprendono persecuzione, ostilità e lesioni fisiche. Inoltre, i sogni evocati dal trauma non hanno gli aspetti bizzarri e della qualità tipica del sogno, storie narrative, repertorio emotivo e il lieto fine (Punamaki, 1997, 1998).

Dall'altro lato, ci sono prove circa l'intensificazione del gioco dopo una traumatizzazione acuta e la ricerca mostra che i bambini altamente traumatizzati ricordino di più i loro sogni dei bambini meno traumatizzati (Punamaki, 2006). Entrambi i fenomeni possono essere interpretati come un urgente bisogno dei bambini di lavorare, di far tornare alla mente, di ripetere dolorose e sconcertanti esperienze finché la carica emotiva sia neutralizzata. La comprensione attuale delle risposte dei bambini al trauma, tuttavia, enfatizza prevalentemente gli elementi patologici del gioco e i sogni in condizioni traumatiche (Pynoos, Steinberg & Goenjian, 1996). La regolazione delle emozioni è un compito saliente tra i bambini che stanno compiendo i primi passi. Sono incoraggiati a controllare i loro scoppi aggressivi e sono istruiti a rispettare gli altri bambini e tenerli in considerazione. Con abilità verbali complesse in continuo aumento sono capaci di negoziazione in caso di conflitti e sono consapevoli dei loro bisogni, delle "motivazioni" differenti e dei ragionamenti

Un aspetto rilevante degli interventi per i bambini traumatizzati è l'incoraggiamento a disegnare i propri ricordi dolorosi e riportarli alla mente in giochi simbolici, storie metaforiche e fiabe e riproporre i propri incubi in condizioni terapeutiche e sicure. C'è quindi la credenza che i processi simbolici dei bambini funzionino come una sorta di pratica di auto-guarigione, ma le comprensioni teoriche di questo, così come le evidenze empiriche sono scarse

Le relazioni di attaccamento nell'infanzia sono fondamentali per il senso di sicurezza e come porto sicuro per fronteggiare la paura. Il comportamento di attaccamento viene attivato quando la vita è messa in pericolo e in altre situazioni traumatiche. Dunque, per affrontare il trauma, anche i bambini più grandi si aggrappano ai genitori. Possono temere costantemente che qualcosa di brutto possa accadere ai membri della loro famiglia e questa preoccupazione può disturbare le relazioni con gli amici e i pari

delle altre persone. Le aggressioni fisiche in genere diminuiscono durante la media infanzia (Trembley, 2000), ma in ambienti rischiosi per la vita come in caso di guerra, i bambini potrebbero trovarsi di fronte a delle difficoltà nel controllare i loro impulsi aggressivi. Le ipotesi che esperienze traumatiche interferiscano con uno sviluppo sano della regolazione delle emozioni, in particolare le aggressioni, si basa sull'osservazione classica di Anna Freud e Dorothy Burlingham (1943) in occasione dei raid aerei di Londra. La realtà distruttiva esterna viene assunta per concorrere con la realtà interna dei bambini piccoli, i quali stanno lottando per trovare un equilibrio tra le esigenze sociali e gli impulsi aggressivi. La prova empirica circa lo sviluppo non-normativo di comportamenti aggressivi tra i bambini piccoli è tuttavia carente. Un raro esempio è uno studio sull'effetto delle atrocità della guerra sulle aggressioni verbali e fisiche tra i bambini in età prescolare della Croazia. Le scoperte non mostrarono cambiamenti in alcun tipo di aggressione durante la guerra (Raboteg-Šaric, Zuzul, & Keresteš, 1994). È notevole, tuttavia, che dieci anni dopo, in condizioni post-belliche, quei bambini e adolescenti che avevano avuto un trauma da guerra personale grave in età prescolare mostravano alti livelli di comportamenti aggressivi rispetto a quelli che erano stati meno esposti (Kerestes, 2006).

Pubertà

Nella pubertà l'autostima di ciascuno dipende fortemente dall'accettazione dei coetanei, dalle buone amicizie e dal successo nelle prestazioni scolastiche. Le interazioni con gli amici e i pari hanno molte delle funzioni che la famiglia aveva prima come la compagnia, la condivisione, gli stimoli e il supporto (O'Brien & Bierman, 1988). Ci sono alcune osservazioni sul fatto che una grave traumatizzazione possa interferire con il delicato passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Noi sappiamo che le relazioni di attaccamento nell'infanzia sono fondamentali per il senso di sicurezza e come porto sicuro per fronteggiare la paura. Il comportamento di attaccamento viene attivato quando la vita è messa in pericolo e in altre situazioni traumatiche. Dunque, per affrontare il trauma, anche i bambini più grandi si aggrappano ai genitori. Possono temere costantemente che qualcosa di brutto possa accadere ai membri della loro famiglia e questa preoccupazione per la sicurezza della famiglia può disturbare le relazioni con gli amici e i pari. Le capacità cognitive ed emotive diventano sempre più sofisticate, flessibili, integrate e diffuse nella pubertà. Le esperienze traumatiche aumentano i problemi di concentrazione e quelli emotivi, i quali possono danneggiare quella fase di progresso dello sviluppo. I bambini traumatizzati potrebbero non riuscire a dare il meglio di sé nelle prestazioni, il che significa che sono incapaci di raggiungere il loro massimo potenziale nei compiti scolastici, che sfocia in una grande frustrazione per i bambini, i genitori e gli insegnanti.

Adolescenza

L'adolescenza è considerata il periodo di tempesta nella vita di ognuno, con enormi cambiamenti nelle relazioni sociali, nelle responsabilità nei confronti della società così come lo sviluppo cerebrale e ormonale. I nuovi compiti psicologici sono impegnativi e includono la cristallizzazione della visione del mondo di ciascuno, gli standard morali e i piani futuri. Gli adolescenti instaurano le loro più importanti relazioni intime e modellano la loro personalità, la loro identità e il loro stile di vita. L'effetto del trauma in queste aree può essere profondo e può portare a programmi futuri infranti, comportamenti a rischio e depressione (Pynoos et al, 1999). Ricordi intrusivi ed incontrollabili della scena traumatica possono disturbare le relazioni intime e in questo modo gli adolescenti si ritirano dai loro contatti sociali. L'essere stato bersaglio di un trauma prodotto dall'uomo, come nel caso di una violenza o di stupro, provoca una profonda mancanza di fiducia nella benevolenza del genere umano, che spesso si generalizza nelle relazioni strette/intime (Janoff-Bulman, 1992). Ci sono prove relative al fatto che il trauma provochi problemi nella formazione dell'identità degli adolescenti, incluso una visione del mondo in termini estremi (van der Kolk, van der Hart & Marmar, 1996) e lo sviluppo dei valori (Baker & Shalhoub-Kevorkian, 1999).

Portata dell'impatto traumatico

La maggioranza delle ricerche empiriche sul trauma tra i bambini e gli adolescenti si è focalizzata sui bambini in età scolare e sugli adolescenti. I problemi di salute mentale, come PTSD e sintomi depressivi, sono stati il focus principale ma molto poco si conosce ancora circa l'effetto del trauma sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. C'è un'ipotesi prevalente secondo cui i ristretti e parziali processi cognitivi della memoria, dell'attenzione e una capacità di problem solving disfunzionale costituiscono il problema principale nell'esposizione al trauma (Feeny, Foa & March, 2004). Evidenze empiriche confermano che i bambini esposti ad eventi traumatici mostrano performance scolastiche carenti e soffrono di problemi di concentrazione. Si è riscontrato che i bambini maltrattati mostrano pochi ricordi e spesso parziali, in particolare quelli relativi ai racconti (Howe et al., 2004) e mostrano inoltre disturbi di attenzione, stato di vigilanza generalizzata e consapevolezza del pericolo (Shields & Cicchetti, 1998). I bambini in età scolare della Palestina che erano stati esposti a gravi traumi militari mostravano capacità cognitive di attenzione e concentrazione deteriorate (Qouta, Panamaki & El Sarraj, 1995), le quali predicevano un aumento di PTSD e depressione negli adolescenti (Qouta, Panamaki & El Sarraj, 2007). Dybdahl (2001) mostrò che le performance cognitive di bambini bosniaci traumatizzati dalla guerra di 5-6 anni erano più basse della norma. Il deterioramento delle funzioni cognitive nell'infanzia forniscono un esempio di trauma multiplo. Gli errori nella memoria, nel ricordo e nell'attenzione tendono ad aumentare i problemi di concentrazione, che a sua volta sono associati a basso rendimento scolastico. Per trauma quindi si intende un circolo vizioso per lo sviluppo del bambino, poiché i fallimenti scolastici causano uno stress aggiuntivo e forniscono un ulteriore rischio per la salute mentale tra i bambini traumatizzati. I supporti sociali sono considerati come uno dei più importanti fattori protettivi tra gli adulti sopravvissuti ad un trauma (Ozer et al, 2004). Abbiamo imparato che in particolare nella media infanzia l'accettazione da parte dei coetanei e le relazioni di amicizia solidali sono fondamentali per la salute mentale. È perciò sorprendente che ci manchino informazioni sistematiche riguardo all'effetto degli eventi traumatici sullo sviluppo sociale. Sono disponibili ipotesi contrarie riguardo agli effetti del trauma sulle relazioni adulte. Da una parte, nel contesto del trauma le persone si aspettano di unire le forze per sopravvivere mostrando altruismo ed un'alta coesione sociale. Alcune prove sono disponibili anche tra i bambini confermando che un ambiente familiare e relazioni di amicizia positive possano servire come protezione contro gli effetti negativi dello stress e del trauma (Baker & Shalhoub-Kevorkian, 1999; Collishaw et al., 2007). Al contrario, sono disponibili maggiori prove empiriche riguardo agli effetti negativi del trauma sulle relazioni sociali. In particolare nelle famiglie dei reduci di guerra conflitti e relazioni familiari chiuse sono comuni (Beckham, Lytel, & Feldman, 1996; Orcutt, King, & King, 2003).

Riguardo alle relazioni con i pari e i fratelli, gli eventi traumatici sembrano avere un'influenza prevalentemente negativa. Gli eventi traumatici sembrano aumentare comportamenti negativi così come l'isolamento e l'aggressività (Pynoos et al, 1999) e questi pattern comportamentali possono diminuire le capacità necessarie per mantenere le amicizie e possono portare ad una ridotta popolarità e ad una maggiore solitudine (Hodges, Boivin, Vitaro, & Bukowski, 1999). Uno studio tra i bambini etiopi mostravano che quelli esposti ai traumi da guerra più gravi erano decisamente insoddisfatti delle loro reti sociali e percepivano il supporto dalle famiglie e dagli amici come insufficienti e inadeguate (Paardekooper, de Jong, & Hermans, 1999). In maniera simile, i bambini della Palestina che furono esposti ad elevati livelli di trauma da guerra riportavano una minore qualità nell'amicizia e più rivalità fraterna dei bambini meno esposti al trauma (Peltonen, Punamäki, Qouta, & El Sarraj, submitted). Anche i bambini rifugiati in Gran Bretagna godevano di un supporto minore da amici e parenti paragonato ai bambini nativi di quello stato e a bambini immigrati non rifugiati (Howard & Hodes, 2000).

Ricerche in ambito clinico documentano che il trauma familiare è associato a relazioni tra fratelli sia problematiche sia protettive. Levitt, Gardner, Callagher e Schamess (1998) descrivono quattro modelli di relazione tra fratelli collegati al trauma: una

I ristretti e parziali processi cognitivi della memoria, dell'attenzione e una capacità di problem solving disfunzionale costituiscono il problema principale nell'esposizione al trauma. Evidenze empiriche confermano che i bambini esposti ad eventi traumatici mostrano performance scolastiche carenti e soffrono di problemi di concentrazione. I bambini maltrattati mostrano pochi ricordi e spesso parziali, in particolare quelli relativi ai racconti e mostrano inoltre disturbi di attenzione, stato di vigilanza generalizzata e consapevolezza del pericolo

Gli eventi traumatici sono inaspettati, arbitrari e imprevedibili. Le famiglie sono quindi incapaci di prepararsi mentalmente e materialmente a gestire il trauma, e i genitori possono sentire come se loro stessi non avessero controllo. I bambini sentono che i genitori non sono in grado di proteggerli, il che cambia fundamentalmente le relazioni familiari e la comunicazione

relazione fraterna assente si riferisce a relazioni distaccate e non significative che sono il risultato di un fallimento nella relazione genitore-bambino. Il modello di "adulto bloccato" implica relazioni tra fratelli strettamente legati che servono come sostituto di relazioni insicure o patologiche con i genitori. Nel modello di rapporti mezzo-mezzo, i fratelli si usano reciprocamente per riattivare le difficoltà che hanno sperimentato nel rapporto problematico con i genitori. Infine, nel "modello scudo" del trauma un bambino adotta un ruolo di protezione degli altri fratelli contro gli effetti negativi del trauma.

L'elaborazione emotiva – come riconoscere la connessione mente-corpo tra risposte di paura e regolazione delle sensazioni travolgenti – costituisce un importante elemento terapeutico nei trattamenti dei bambini traumatizzati. La ricerca sulle conseguenze emotive dell'esposizione al trauma si è focalizzata prevalentemente sulla psicopatologia e ha quindi trascurato un approccio di sviluppo ed elaborazione delle emozioni. L'infanzia e l'adolescenza coinvolgono sviluppi dinamici nel modo di espressione, regolazione, comprensione ed interpretazione delle emozioni e il riconoscimento delle stesse in se stessi e negli altri. La capacità di calmarsi e la gestione di sentimenti dolorosi sono considerati di estrema importanza per la salute mentale in situazioni traumatiche. Si pensa che il trauma abbia un impatto negativo sullo sviluppo emotivo, che risulta sia nell'appiattimento o nell'eccessivo controllo, sia nelle sensazioni travolgenti e non controllabili (Moradi et al., 1999).

I bambini traumatizzati mostrano tipicamente le loro sensazioni a livelli comportamentali. Di conseguenza, un comportamento impulsivo è comune. L'impulsività comprende una tendenza a trasformare i sentimenti e le tensioni direttamente in azione, senza valutazioni cognitive o elaborazione delle emozioni, che possono permettere una fuga immediata dal pericolo. Le esperienze traumatiche nello sviluppo precoce e preverbale sono codificati come un semplice avvicinarsi o evitare schemi mnemonici che possono spiegare perché espressioni procedurali ed emotive-cinetiche predominano tra i bambini traumatizzati.

Dosi ottimali di riconoscimento accurato del pericolo sono importanti nello sviluppo del bambino. I bambini traumatizzati sono, tuttavia, costantemente in allarme e anche facilmente allertati in situazioni sicure. La ricerca empirica sui bambini maltrattati evidenzia un errato riconoscimento della rabbia e della paura e una limitata espressione delle emozioni (Maughan & Cicchetti, 2002). In altre parole, sono automaticamente sintonizzati a riconoscere la rabbia per proteggersi. È come se i bambini traumatizzati potessero diventare esperti nel riconoscimento e nella discriminazione dei sentimenti di paura e dei segnali di rabbia e minaccia.

Aspetti relazionali delle esperienze traumatiche

Il trauma rappresenta un enorme fardello per i genitori e l'armonia familiare è in gioco. Gli eventi traumatici sono inaspettati, arbitrari e imprevedibili. Le famiglie sono quindi incapaci di prepararsi mentalmente e materialmente a gestire il trauma, e i genitori possono sentire come se loro stessi non avessero controllo. I bambini sentono che i genitori non sono in grado di proteggerli, il che cambia fundamentalmente le relazioni familiari e la comunicazione. Per esempio, le paure e i timori dei bambini americani sono aumentate considerevolmente dopo l'attacco terroristico dell'11 settembre, e un gran numero di bambini credeva che sarebbero stati loro stessi vittime di un attacco terroristico (Hagan et al., 2005). I genitori del Medio Oriente manifestano sensi di colpa ed impotenza quando si rendono conto che non sono nella posizione di fornire sicurezza ai bambini e di proteggerli dalla crudeltà umana (Qouta, Punamaki & El Sarraj, 2008). Il trauma quindi crea una specifica comunicazione familiare in cui i membri della famiglia si salvano l'uno con l'altro dalla piena consapevolezza degli eventi traumatici. I genitori possono sentirsi impotenti quando i loro figli mostrano sintomi e soffrono delle conseguenze del trauma. Per esempio, se i bambini traumatizzati mostrano una diminuzione di interesse nelle attività primitive importanti, come il gioco e l'amicizia, i genitori provano ad incoraggiarli. Inoltre, nel fare questo essi sono alle prese con un forte conflitto derivato dal trauma e una paura che non ce la facciano. I cambiamenti nel comportamento dei bambini e addirittura nella personalità comportano un enorme peso per i genitori.

Il compito principale dei genitori è quello di proteggere i figli dal pericolo, dalla minaccia e dallo stress; avere un figlio vittima di un trauma quindi è doloroso per gli adulti. In molti casi, come incidenti stradali, disastri e violenza da guerra entrambi, genitori e figli, sono colpiti. Si è generalmente d'accordo che un'educazione positiva ed armoniosa e un'interazione madre-bambino sensibile possono migliorare lo sviluppo della salute del bambino in condizioni traumatiche (Punamaki, Qouta & El Sarraj, 2001). Questo a sua volta comporta un circolo vizioso nel quale i genitori che sono a loro volta traumatizzati fanno richieste eccessive e provano facilmente sentimenti di colpa e fallimento.

Secondo la teoria dell'attaccamento, i bambini imparano come cercare rifugio, regolare ed esprimere emozioni e spingere loro stessi e gli altri verso le prime interazioni genitore-figlio (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1980).

I bambini si distinguono sulla base delle loro abilità e della motivazione ad esplorare l'ambiente e di contare sugli adulti quando si sentono minacciati. Una relazione di attaccamento sicuro con adulti sensibilmente disponibili fornisce una base sicura per il bambino per esplorare l'ambiente. Relazioni di attaccamento insicure, a turno, costringono i bambini a cercare protezione altrove. I bambini insicuri evitanti imparano a credere in se stessi e a negare il loro bisogno, e i bambini insicuri ambivalenti si aggrappano ai loro genitori e ad altri adulti e sono travolti dalla loro paura di abbandono. Ci mancano ricerche sistematiche su come le relazioni di attaccamento si sviluppino in famiglie esposte a eventi traumatici. Il compito principale durante il primo anno di vita è quello di creare una base sicura in uno stretto e reciproco rapporto con il caregiver. Almqvist e Broberg (2003) hanno analizzato attentamente come gli eventi traumatici possono creare problemi in questo compito e finire nel peggiore dei casi in un disturbo dell'attaccamento diadico. In maniera simile, le analisi informative disponibili mostrano che condizioni di vita avverse, pericoli e minacce mettono alla prova le diadi bambino-caregiver (Scheeringa e Zeanah, 2001). L'evidenza dimostra che i traumi infantili come abusi sessuali (Higgins & McCabe, 2001) e la trascuratezza e le avversità economiche (Greenberg, 1999) costituiscono un rischio per l'attaccamento insicuro. Il meccanismo fondamentale dell'attaccamento insicuro è una cura genitoriale insensibile, imprevedibile o intrusivamente iper-protettiva (Ainsworth et al., 1979). I bambini piccoli sono in grave pericolo di insicurezza se leggono paura e dissociazione negli occhi dei loro genitori (Carlson, 1998). Il trauma priva i genitori delle loro risorse e distoglie la loro attenzione dal bambino. La ricerca ha mostrato che gli orfani che sono stati esposti a gravi traumi di privazione fisica ed emotiva sviluppano modelli di attaccamento insicuri e disorganizzati (Carlson, 1998).

Si pensa che gli eventi traumatici modifichino la comunicazione familiare. "Sapere e non sapere" e "Cospirazione di scienza" sono tipici modelli di comunicazione documentati nelle famiglie sopravvissute all'olocausto (Lichtman, 1984). Si riferiscono al fenomeno per cui sebbene i membri della famiglia siano a conoscenza del trauma, non ne parlano. I genitori credono che la rivelazione di eventi legati al trauma sia un peso troppo grande da sopportare per i bambini e i bambini cercano di proteggere i loro genitori dal ricordare scene dolorose relative al trauma. Ci sono alcune prove sulla risposta delle famiglie al trauma, nell'insieme o come sistema, il che significa che ogni membro della famiglia vive il trauma e si comporta secondo il suo ruolo psicologico all'interno della famiglia. Ci sono alcune prove sulle differenti risposte dei fratelli alle avversità quale la depressione dei genitori (Moser and Jacob, 2002), conflitti coniugali (Cummings, 2000) e abuso di alcool. Gli eventi traumatici maggiori possono portare caratteristiche disfunzionali nelle interazioni familiari come (il fatto di utilizzare) capri espiatori, isolamento ed estrema dipendenza tra i membri della famiglia (Gabarino & Kostenly, 1996; Hobfoll et al, 1991). Pochi studi hanno valutato empiricamente i diversi ruoli che i membri della famiglia hanno nel mostrare sofferenza psicologica e risorse, avendo cura l'uno dell'altro e gestendo il trauma. Uno studio sulle famiglie palestinesi rivela dinamiche compensatorie tra i coniugi e tra genitori e il sottosistema dei fratelli. Per esempio, se la madre riporta alti livelli di sofferenza psicologica, i figli più grandi mostrano bassi livelli di malessere o viceversa, e se la madre era altamente resiliente il padre riportava bassi livelli di resilienza o viceversa.

Una relazione di attaccamento sicuro con adulti disponibili fornisce una base sicura per il bambino per esplorare l'ambiente. Relazioni di attaccamento insicure, costringono i bambini a cercare protezione altrove. I bambini insicuri evitanti imparano a credere in se stessi e a negare il loro bisogno, i bambini insicuri ambivalenti si aggrappano ai loro genitori e ad altri adulti e sono travolti dalla loro paura di abbandono. Ci mancano ricerche sistematiche su come le relazioni di attaccamento si sviluppino in famiglie esposte a eventi traumatici

Gli eventi traumatici spesso implicano un circolo vizioso nello sviluppo. Quando sono traumatizzati, i bambini hanno bisogno urgentemente delle loro risorse socio-emotive per sopravvivere, ma il trauma mette alla prova queste stesse risorse, come per esempio di relazioni intime di amicizia e capacità narrative di comprendere ed integrare il trauma. Gli eventi traumatici sono trasmessi ai bambini attraverso i genitori ed altri membri della famiglia

Conclusioni

La conoscenza riguardo alle conseguenze degli eventi traumatici sulla salute mentale tra i bambini e gli adolescenti è in aumento. Gli aspetti dello sviluppo sono informativi, nei nostri sforzi, per comprendere le patologie legate al trauma e il loro recupero, sia spontaneo che dopo un trattamento. Il trauma non è una presenza sana nell'ambito dello sviluppo umano. I bambini necessitano di tutte le loro risorse per perseguire le normative sociali e i compiti di sviluppo cognitivo ed emotivo, e l'elaborazione degli eventi traumatici è un compito molto difficile per la psiche di un bambino. Gli eventi traumatici spesso implicano un circolo vizioso nello sviluppo. Quando sono traumatizzati, i bambini hanno bisogno urgentemente delle loro risorse socio-emotive per sopravvivere, ma il trauma mette alla prova queste stesse risorse, come per esempio di relazioni intime di amicizia e capacità narrative di comprendere ed integrare il trauma. Gli eventi traumatici sono trasmessi ai bambini attraverso i genitori ed altri membri della famiglia. Perciò la comprensione di relazioni interattive, modelli di attaccamento, comportamenti e sistemi familiari sono importanti durante il trattamento dei bambini.

* Coordinatrice della sezione "Bambini, Adolescenti e Trauma" dell'European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) - Dipartimento di Psicologia 330014 Università di Tampere (Finlandia).

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2003). Young children traumatized by organized violence together with their mothers - the critical effects of damaged internal representations. *Attachment & Human Development*, 5, 367-380.
- Baker, A., & Shalhoub-Kevorkian, N. (1999). Effects of political and military traumas on children: The Palestinian case. *Clinical Psychology Review*, 19, 935-950.
- Beckham, J.C., Lytel, B.L., & Feldman, M.E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1068-1071
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Colombo, J. (2001). The development of visual attention in infancy. *Annual Review of Psychology*, 52, 337-367.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Crittenden, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. In J. Vondra, & D. Barnett (Eds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3, Serial No. 258).
- Dybdahl, R. (2001). Children and mothers in war: An outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Development*, 72, 1214-1230.
- Earls F & Carlson M (2001). The Social Ecology of Child Health and Well-being. *Annual Review of Public Health*, 22, 143-66.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology, Research and Practice*, 35, 466-476.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freud, A., & Burlingham, D. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.
- Hagan, J. F., Jr., and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and the Task Force on Terrorism (2005). Psychosocial implications of disaster or terrorism on children: A guide for the pediatrician. *Pediatrics*, 116, 787-795.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547-578.
- Hodges, E. V. E., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35, 94-101.
- Howard, M., & Hodes, M. (2000). Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 368.
- Keresteš, G. (2006). Children's aggressive and prosocial behavior in relation to war exposure: Testing the role of perceived parenting and child's gender. *International Journal of Behavioral Development*
- Leavitt, K. S., Gardner, S. A., Gallagher, M. M., & Schamess, G. (1998). Severely traumatized siblings: A treatment strategy. *Clinical Social Work Journal*, 26, 16-23.
- Lichtman, H. (1984). Parental Communication of Holocaust experiences and personality characteristics among second-generation survivors. *Journal of Clinical Psychology* 40,914-924.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525-1542.
- Orcutt, H. K., King, L. A., & King, D. W. (2003). Male-perpetrated violence among Vietnam veteran couples:

Relationships with veteran's early life characteristics, trauma history, and PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 381-391.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2004). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.

Paardekooper, B., de Jong, J. T. V. M., & Hermanns, J. M. A. (1999). The psychological impact of war and the refugee situation on south sudanese children in refugee camps in northern uganda: An exploratory study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 529-536.

Peltonen, K., Qouta, S., El Sarraj, E., & Punamäki, R.-L. (Submitted). Military trauma and social development: The impact on peer & sibling relations and their role in protecting mental health. *Social Development*.

Punamäki, R. L. (2006) Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmental processes. In E. M. Garralda & M. Flament (Eds.) *Working with children and adolescents. An evidence-based approach to risk and resilience* (pp 129-177). New York: Jan Aronson.

Punamäki, R. L. (2002). The uninvited guest of war enters childhood: Developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology*, 8, 30-54.

Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Developmental Behaviour*, 25, 256-267.

Punamäki, R. L. (1997). Determinants and mental health effects of dream recall among children living in traumatic conditions. *Dreaming*, 7, 235-263.

Punamäki, R. L. (1998). The role of dreams in protecting psychological well-being in traumatic conditions. *International Journal of Developmental Behaviour*, 22, 559-588.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.

Qouta, S., Punamäki, R.-L., Miller, K. E., & El Sarraj, E. (2007). Does war beget child aggression? Military violence, child age and aggressive behavior in two palestinian samples. *Aggressive Behavior*, 33, 1-14.

Qouta, S., Punamäki, R. L., & El Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 135-156.

Saigh, P. A., Yasik, A. E., & Oberfield, R. A. (2006). The intellectual performance of traumatized children and adolescents with or without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 332-340.

Scheeringa, M., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799-815.

Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381-396.

Shore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

Stager, C. L., & Werker, J. F. (1997). Infants listen for more phonetic detail in speech perception than in word learning tasks. *Nature*, 388, 381-382.

Thabet, A. A. (in press). The impact of parenting support on post traumatic stress disorder among palestinian children living in gaza strip. *Journal of Adolescence*.

Thabet, A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: A cross-sectional study. *Lancet*, 359, 1801-1804.

Thabet, A. A., Tawahina, A. A., El Sarraj, E., & Vostanis, P. (2007). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, DOI 10.1007/s00787-007-0653-9.

Tremblay, R.E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past. *Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.

van der Kolk, B. A. (1997). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 58:16-24.

van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and memory. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp.279-302). New York: Guilford Press.

Psychic trauma in children and adolescents: its effects in the age of development

Most of us agree that trauma has bad repercussions on children, teenagers and all human beings. We are sure that infancy should be devoted to amusement, learning and experimentation without any worry and childhood to future planning and to the learning of human values.

Unpleasant experiences such as threats and impending dangers are at odds with an optimal growth for children and teenagers.

Operating Unit of ESTSS: children, teenagers and trauma aims to re-examine the studies about children's trauma, health and growth and to share the opinions of professional men who work with children.

This article wants to be a contribution to these studies by examining the role that traumatic experiences play on children's health and growth and by analysing the trauma effects on mental health, cognitive and socioemotional development on children and teenagers.

The guidelines useful to help shocked children emphasize the importance, during the age of development, of the symbolic process and parental behaviours in understanding how trauma has repercussions on them (APA, 1994; NICE 2005).

Trattamento Culturalmente Competente e Basato Empiricamente per Bambini Latini con Sintomi Post Traumatici relativi alla Catastrofe del World Trade Center

GIUSEPPE COSTANTINO * LOUIS PRIMAVERA ** ROBERT G. MALGADY***
CAROLINA MEUCCI **** ERMINIA COSTANTINO *****

Le catastrofi naturali e terroristiche colpiscono negativamente il funzionamento emotivo e comportamentale dei bambini. Nel caso in cui non venga fornito un adeguato sostegno psicologico, possono verificarsi disturbi a lungo termine: Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), ansia, depressione, Disturbo da Comportamento Dirompente.

Lo studio ha preso in considerazione 131 bambini Ispanici/Latini, risultati positivi al baseline per le condizioni target di ansia e depressione che hanno riportato sintomi PTSD da moderati a gravi.

Settantasei partecipanti hanno ricevuto una Terapia Cognitivo Comportamentale individuale (CBT), mentre quarantacinque hanno ricevuto una Terapia Narrativa TEMAS (TNT) di gruppo.

In questo studio è stato usato un disegno a 2 fattori misti: il fattore *between*, che consiste nelle modalità terapeutiche (CBT verso TNT), e il fattore *within*, caratterizzato nel periodo di valutazione da baseline e da un follow-up dopo 3 mesi.

Come metodo per l'analisi dei dati è stato utilizzato il Modello Gerarchico Lineare (*Hierarchical Linear Modeling, HLM*). I risultati indicano che entrambi i trattamenti, il CBT e il TNT sono risultati ugualmente significativi nel ridurre il PTSD; tuttavia il Trattamento Narrativo TEMAS sembra essere il più adatto nell'alleviare i sintomi dello stress traumatico nei bambini Ispanici/Latini perché permette di ridurre anche l'ansia e la depressione. Inoltre la terapia Narrativa TEMAS, condotta come trattamento di gruppo, risulta essere più conveniente rispetto al CBT, condotto come terapia individuale.

Background

Questo studio fa parte del Consorzio CATS (*Child and Adolescent Trauma Treatments and Services*), la più grande ricerca sullo stress traumatico dei bambini relativo alla catastrofe dell'11 Settembre al World Trade Center (Hoagwood, Vogel, Levitt, et al., 2007). Le catastrofi naturali e/o terroristiche di largo impatto, come gli attacchi terroristici avvenuti l'11 Settembre 2001 al World Trade Center di New York e al Pentagono a Washington DC e l'uragano Katrina dell'agosto 2005 a New Orleans, hanno causato morte, distruzione, disturbi psicologici, da moderati a gravi, e malattie fisiche tra i residenti locali (Galea, Brewin, Jones, et al., 2007; Neria, Nandi, & Galea, 2007).

Gli attacchi terroristici dell'11 Settembre appaiono come il più grande e devastante disastro provocato dall'uomo sul territorio statunitense. Oltre alle perdite umane e finanziarie, essi hanno causato disturbi di salute mentale tra adulti e bambini. I più giovani sembrano essere stati più vulnerabili allo stress traumatico associato a disastri di massa, avendo mostrato alti livelli di sofferenze psicologiche immediatamente dopo l'evento. Uno studio del Dipartimento per l'Educazione della città di New York (Fairbrother, Stuber, Galea, et al., 2003; The New York Times, May 2nd, 2002) ha indicato che il 18% dei bambini in età scolastica ha mostrato reazioni post traumatiche da stress gravi o molto gravi, e che solo il 27% di questi casi gravi ha ricevuto trattamento, come riportato dalle madri. Tuttavia, in generale, solo il 10% degli studenti con sintomi traumatici da stress moderati ha ricevuto trattamento. Hoven, Duarte, & Mandell (2003) hanno indicato che 75.000 bambini dalla quarta elementare alla quarta media superiore (o 10.5% dei bambini in quelle classi) hanno riportato PTSD, e che un largo numero (107.395, il 15% dei bambini scolarizzati) ha riportato agorafobia come conseguenza alla catastrofe del WTC. Questo studio mostra, inoltre, come più del 70% dei bambini che hanno mostrato sintomi clinici di PTSD, non abbia ricevuto trattamenti di salute mentale adeguati nei sei mesi successivi agli eventi. Nella letteratura scientifica non si trovano dati fruibili riguardanti gli effetti a lungo termine sulla salute mentale dei bambini di NY riguardo agli attacchi terroristici dell'11 Settembre. Studi condotti in comunità colpite da catastrofi simili indicano che le catastrofi naturali non tendono a causare disturbi psico-biologici clinicamente significativi: disagio emotivo, problemi di condotta e disturbi fisici. Due studi condotti da Almquist e Brandell-Forsberg (1999) e Chemtob, Nakashima, e Hamada (2002), documentano invece che sintomi comportamentali ed emotivi a lungo termine, come PTSD, Ansia, Depressione e Comportamento Dirompente, possono facilmente verificarsi se i bambini che hanno sperimentato lo stress traumatico non sono sottoposti ad un trattamento di salute mentale adeguato successivamente agli eventi traumatici.

Trattamenti per il Trauma Culturalmente Competenti e Basati Empiricamente

Molti studi riportano come, sia gli adulti che i bambini Ispanico/Latini, siano a maggior rischio per lo sviluppo del PTSD e di altre diagnosi, come l'ansia e i disturbi depressivi (Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, et al., 2002; Pole, Best, Metzler & Marnar, 2005; Vazquez, 2006). Tuttavia, secondo il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani Americano, l'88% dei bambini Ispanico/Latini, sfortunatamente, riscontra difficoltà nell'accedere ai trattamenti di salute mentale culturalmente competenti e basati empiricamente (Vazquez, 2006). A differenza degli adulti, i bambini colpiti da stress traumatico presentano un ampio ventaglio di sintomi – incubi, comportamenti dirompenti, aggressività, ansia e depressione, in classe e a casa – dimostrando la necessità di trattamenti efficaci ed appropriati (Hoagwood, Vogel, Levitt, et al., 2007). Attualmente, nell'area dei servizi di salute mentale per bambini, vi è un'enfasi nell'utilizzare trattamenti basati empiricamente (EBT), come ad esempio il Trattamento Cognitivo Comportamentale (Hoagwood & Burns; 2005; Kazdin & Weiss, 2003; Weiss, 2004).

Dal momento che sono mancati trattamenti basati empiricamente per i bambini colpiti dalla catastrofe del WTC, e dato che vi è stato un mandato statale e federale al fine di utilizzare trattamenti efficaci, il progetto CATS ha adottato un trattamento basato empiricamente sotto forma di Trattamento Cognitivo Comportamentale per il trauma, al fine di aiutare i partecipanti culturalmente diversi (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2002; Hoagwood, Vogel, Levitt, et al., 2007). Sfortunatamente, molte delle variazioni del Trattamento Cognitivo Comportamentale si sono mostrate efficaci solo con bambini non minoritari. Vi è inoltre evidenza che il Trattamento Cognitivo Comportamentale possa non essere una modalità efficace con i bambini Latini o con i bambini di altre minoranze (Bernal & Sharron-DelRio, 2001; Miranda, Bernal, Lau, et al., 2005). Dopo questi riscontri, il centro di coordinamento del progetto CATS ha dato il permesso al Sunset Park Family Health Center di utilizzare, sebbene con una qualche iniziale reticenza, la Terapia Narrativa TEMAS, una modalità di trattamento per bambini Ispanici/Latini culturalmente competente e basata empi-

I bambini Ispanico/Latini, sono a maggior rischio per lo sviluppo del PTSD e di altre diagnosi, come l'ansia e i disturbi depressivi. Tuttavia, l'88% dei bambini Ispanico/Latini, sfortunatamente, riscontra difficoltà nell'accedere ai trattamenti di salute mentale culturalmente competenti e basati empiricamente. A differenza degli adulti, i bambini colpiti da stress traumatico presentano un ampio ventaglio di sintomi come incubi, comportamenti dirompenti, aggressività, ansia e depressione, in classe e a casa

Un totale di 746 bambini di quarta e quinta elementare (95% Ispanici/Latini) sono stati selezionati in due scuole. 374 (50%) sono risultati negativi alla batteria di test e 372 sono risultati positivi ad almeno una delle scale prese in considerazione (50%). Approssimativamente al 95% (n = 354), che è risultato positivo per le condizioni target di ansia, depressione e/o PTSD, sono stati somministrati, in seguito ad un consenso genitoriale scritto, versioni self-report dell'UCLA RI, del MASC e del CDI

ricamente, come trattamento di gruppo comparativo (Costantino, Malgady & Rogler, 1994; Costantino, Malgady & Cardalda, 2005; Malgady & Costantino, 2003; Miranda, Bernal, Lau, et al., 2005).

Problemi della Ricerca

Essendo informata della grandezza della catastrofe del WTC e degli effetti potenzialmente devastanti sulla salute mentale di un grande numero di bambini, l'Agenzia di Gestione delle Emergenze Federali (FEMA) attraverso l'Ufficio di Salute Mentale dello Stato di New York (OMH) ha elargito nove contributi federali e fondato nove centri di salute mentale autorizzati al trattamento. Al progetto CATS, che è stato il più grande studio nella scoperta e nel trattamento di casi di bambini ed adolescenti colpiti dagli eventi dell'11 Settembre nella città di New York, è stato quindi commissionato il compito di adottare servizi e trattamenti per il trauma basati empiricamente (Hoagwood, Vogel, Levitt, et al., 2007). Il suo disegno sperimentale è stato effettuato adattando ed applicando un Trattamento Cognitivo Comportamentale per il trauma (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2002), che era stato originariamente sviluppato e validato per trattare i bambini abusati sessualmente (Cohen & Mannarino, 1998). Quindi, i partecipanti che erano risultati avere punteggi clinicamente significativi all'UCLA PTSD Reaction Index (≥ 25) (Steinberg, Braymer, Decker, & Pynoos, 2004) sono stati assegnati al trattamento individuale per il trauma CBT, mentre i partecipanti con punteggi al Reaction Index (< 25) sono stati assegnati a trattamenti comuni in 7 dei centri di salute mentale (Hoagwood, Vogel, Levitt, et al., 2007). Nel centro Sunset Park Mental Health i partecipanti allo studio (principalmente latini) sono stati assegnati sia al trattamento individuale per il trauma CBT sia al Trattamento Narrativo TEMAS, come trattamento di gruppo comparativo (Costantino, Malgady & Rogler, 1994; Costantino, Malgady & Cardalda, 2005; Malgady & Costantino, 2003).

Setting

I Centri della rete del Sunset Park Family Health hanno partecipato con altre 7 organizzazioni (con un nono centro aggiuntosi durante la fase di programmazione) nel progetto CATS. Lo studio relativo al nostro centro includeva lo screening, la valutazione ed il trattamento di bambini in età scolastica, colpiti dagli eventi dell'11 Settembre a New York. Lo studio del Sunset Park è stato condotto in due scuole pubbliche di Brooklyn, situate entro un raggio di un miglio da Ground Zero. La prima scuola elementare ha una popolazione di studenti approssimativamente di 1.000 allievi. La scuola è stata operativa per più di 50 anni per affrontare i crescenti bisogni educativi e familiari della nuova ondata di immigranti, la maggior parte Ispanici/Latini, nell'area di Brooklyn del Sunset Park. La popolazione degli studenti è più del 90% Ispanica/Latina. Più del 90% dei bambini si qualifica per i buoni pasto, con la stessa percentuale di famiglie che si trova al di sotto del Livello Federale di Povertà. La seconda scuola è stata operativa negli ultimi sei anni per accogliere i crescenti bisogni educazionali dei nuovi immigranti, la maggioranza dei quali Messicani-Americani, nell'area di Brooklyn di Sunset Park. La popolazione degli studenti è formata da 850 allievi, di cui il 95% sono Ispanici/Latini. Il 90% dei bambini si qualifica per i buoni pasto, con la stessa percentuale di famiglie che si trovano al di sotto del Livello Federale di Povertà.

Codifica e Valutazione Baseline

In seguito a un consenso verbale da parte degli insegnanti e dei genitori, sono stati selezionati un totale di 746 bambini di quarta e quinta elementare (95% Ispanici/Latini). Gli strumenti utilizzati sono stati: il *Teacher/Parent Screening*, il *UCLA Post Traumatic Reaction Index*, il *Manifest Anxiety Scale for Children (MASC)* e il *Child Depression Inventory (CDI)*. Dei 746 studenti, 374 (50%) sono risultati negativi alla batteria di test e 372 sono risultati positivi ad almeno una delle scale prese in considerazione (50%). Approssimativamente al 95% (n = 354), che è risultato positivo per le condizioni target di ansia, depressione e/o PTSD sono stati somministrati, in seguito ad un consenso genitoriale scritto, versioni self-report dell'UCLA RI, del MASC e del CDI.

Al baseline, il 35% (n = 125) sono risultati negativi, mentre 229 (65%) sono risultati positivi. Dei 229 studenti, 98 hanno riportato punteggi RI tra 14 e 24, mentre 131 studenti hanno riportato punteggi RI uguali e maggiori a 25.

Soggetti

Lo studio relativo al centro del Sunset Park si focalizza su 131 bambini Ispanico/Latini che sono risultati positivi al baseline per le condizioni target, e che hanno riportato sintomi post-traumatici da stress da moderati a gravi (≤ 25). Approssimativamente il 44% dei partecipanti erano femmine (n = 58). L'età media di tutti i partecipanti era 9.44 (SD = 1.05). I bambini sono stati assegnati casualmente alle due modalità di trattamento. Settantatré partecipanti hanno ricevuto il trattamento individuale CBT, mentre 45 hanno ricevuto il trattamento narrativo TEMAS (TNT) in gruppo. Gli studenti hanno ricevuto un totale di 18 sessioni di terapia in ambito scolastico.

Modalità di Trattamento

Il *The Child and Parent Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Treatment* è formato da quattro Componenti di Trattamento per il Bambino: a) Psico-educazione riguardo alle reazioni normali al trauma; b) Tecniche di Vaccinazione allo Stress (identificazione delle emozioni, rilassamento, blocco dei pensieri, self-talk positivo); c) Elaborazione Cognitiva; d) Creazione ed Elaborazione della Narrativa del Trauma. Vi sono inoltre quattro Componenti di Trattamento per i Genitori, che comprendono un orientamento al trattamento CBT e la Formazione di Capacità Genitoriali.

La *Terapia Narrativa TEMAS* (TNT) è una modalità che è stata validata come trattamento culturalmente competente con i bambini Latini, Neri e Bianchi. Il TEMAS è basato sulla Terapia del Modellamento di Ruolo. Secondo i principi dell'apprendimento sociale, l'idea fondamentale dietro la terapia del modellamento di ruolo è che, al fine di imitare ed apprendere il comportamento target, l'osservatore debba prima fare attenzione al modello. La familiarità culturale dei modelli dovrebbe aumentare l'attenzione verso i comportamenti target del modello e quindi aumentare la probabilità dell'imitazione e dell'apprendimento. Inoltre, il comportamento imitativo è seguito ripetutamente da un rinforzo positivo. All'interno di questa cornice teorica, i personaggi delle narrative possono essere presentati terapeuticamente come modelli simbolici di funzionamento emotivo e comportamentale adattivo. Le 18 carte-stimolo selezionate (Costantino, 1987) sono state precedentemente validate in quanto capaci di evocare tematiche come relazioni interpersonali, aggressività, depressione/ansia, dilazione della gratificazione, identità sessuale, tutti collegati ai criteri diagnostici del DSM-IV per l'ansia, la depressione, il PTSD e i disturbi di condotta (Costantino, Malgady & Rogler, 1988).

Risultati

Il disegno per questo studio è stato utilizzato un disegno a due fattori misti. Il fattore *between* era il Trattamento su due livelli: il Trattamento Individuale Cognitivo Comportamentale (CBT) ed il Trattamento Narrativo di Gruppo TEMAS (TNT). Il fattore *within* era il Periodo di Valutazione, articolato su tre livelli: baseline, tre-mesi, sei-mesi. Gli studenti sono stati valutati su un numero di risultati di variabili, tre dei quali sono stati stabiliti come obiettivo per l'analisi: Gravità Totale del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), CDI punteggio totale della Depressione, e il MASC punteggio totale dell'Ansia.

È stato usato come metodo per l'analisi dei dati il Modello Lineare Gerarchico (HLM). Il HLM si è rivelato uno strumento superiore ai soliti disegni *split plots* nell'analisi della varianza quando i partecipanti mostrano qualche mancanza nei dati. Nell'approccio HLM al disegno misto a due fattori, i dati sono analizzati su due livelli. Al livello 1 una relazione funzionale è adattata per ogni partecipante attraverso i periodi di valutazione. Per questa specifica analisi le funzioni lineari sono state adattate per ogni soggetto. Lo slope della funzione lineare è una misura del cambiamento e l'intercetta indica il punteggio dei soggetti nel risultato della variabile al baseline. I periodi di valutazione sono stati codificati 0,1 & 2 (baseline, 3-mesi, 6-mesi) in modo

L'idea fondamentale alla base della terapia del modellamento di ruolo è che, al fine di imitare e apprendere il comportamento target, l'osservatore debba prima fare attenzione al modello. Innanzitutto, la familiarità culturale dei modelli dovrebbe aumentare l'attenzione verso i comportamenti target del modello e quindi aumentare la probabilità dell'imitazione e dell'apprendimento. Secondariamente, il comportamento imitativo è seguito ripetutamente da rinforzo positivo

La Terapia Narrativa TEMAS (TNT) si è dimostrata culturalmente sensibile verso i bambini minoritari, specialmente verso quelli Ispanico/Latini. Studi precedenti hanno indicato che le carte-stimolo del TEMAS sono state efficaci nel valutare il funzionamento di personalità dei bambini del Salvador esposti alla guerra civile. Inoltre, il Trattamento Narrativo TEMAS (TNT) si è mostrato efficace nel ridurre l'ansia e l'aggressività nei giovani Ispanico/Latini

tale che le intercette di ogni soggetto dell'equazione lineare fossero il punteggio baseline per quel soggetto. Al livello 2 questi slopes ed intercette sono usati come variabili dipendenti nell'analisi della regressione entro cui i dati fissi tra i due fattori sono inseriti come predittori. Nel presente studio, il gruppo di trattamento (CBT, codificato 0, verso TNT, codificato 1) è stato inserito per determinare se i partecipanti ai due trattamenti avessero punteggi differenti nei risultati delle misurazioni al baseline e se i due gruppi fossero cambiati diversamente o no riguardo ai risultati delle misurazioni nei tre periodi di valutazione (baseline, 3 mesi, 6 mesi). Al fine di valutare se il sesso o l'età fossero possibili variabili intervenienti, sono stati condotti altri due modelli di regressione al livello 2 per ogni risultato delle misurazioni. Ogni modello è stato introdotto nel gruppo, età o sesso, e un'interazione per il sesso o l'età per gruppo. Un'interazione significativa avrebbe indicato che sia l'età o il sesso erano intervenienti. Nessuna delle interazioni è risultata significativa, indicando che né il sesso né l'età hanno moderato la relazione tra i Gruppi di Trattamento e nessuno dei tre risultati delle misurazioni delle variabili.

I risultati degli effetti fissi riguardo la misurazione del PTSD sono presentati nella Tabella 1. Un esame della tabella rivela che l'intercetta al livello 2 è risultata significativa, $t(129) = 29.94, p < .001$, indicando che la media complessiva del PTSD (33.74) è significativamente diversa da zero. L'effetto del gruppo di trattamento non è risultato significativo, $t(129) = 0.48, p = .632$, indicando che i gruppi CBT ed il TEMAS non hanno differito nella loro media sui punteggi PTSD al baseline. I risultati per gli slopes al livello 1 hanno indicato che lo slope medio (-8.301) è risultato significativamente diverso da zero, $t(129) = -8.699, p < .001$. Tuttavia, l'effetto del Gruppo di Trattamento non è risultato significativo, $t(129) = -1.551, p = .123$, indicando che i due gruppi non hanno differito nella media degli slopes, cioè, non sono cambiati diversamente l'uno dall'altro nei tre periodi di valutazione.

Tabella 1

Risultati HLM per la Gravità Totale dello Stress Post-Traumatico (PTSD)						
		Errore			Approssimativa	
Effetto Fisso		Coefficiente	Standard	T-Student	d.f.	p
Per Livello 1 intercette (B0)						
Intercetta	(G00)	33.743	1.127	29.937	129	< 0.001
Trattamento	(G01)	0.867	1.811	0.479	129	0.632
Per Livello 1 slopes (Periodi di Valutazione) (B1)						
Intercetta	(G10)	-8.301	0.954	-8.699	129	<0.001
Trattamento	(G11)	-2.440	1.573	-1.551	129	0.123

Tabella 2

Stima finale per le componenti della varianza per la Gravità Totale dello Stress Post Traumatico (PTSD)					
Effetto Random	Deviazione Standard	Varianza	df	Chi-quadro	p
Intercetta	(U0)	4.134	117	129.730	0.199
Slope	(U1)	2.780	117	130.131	0.192
Livello 1	(r)	9.930	98.602		

La Tabella 2 mostra i risultati del test delle varianze dell'errore residuo per i risultati della misura del PTSD. Un esame di questa tabella rivela che né la varianza dell'errore residuo per il livello 2 delle intercette predittive del modello, $\chi^2(117, N = 119) = 129.730, p = .199$, né il livello 2 degli slopes predittivi del modello, $\chi^2(117, N = 119)$

= 130.131, $p = .192$ risultava significativo nell'indicare che la varianza degli errori residui per entrambe le equazioni non fossero significativamente diversi da zero.

I risultati degli effetti fissi per i Punteggi della Depressione Totale nel CDI sono presentati nella Tabella 3. Un esame di questa tabella rivela che il livello 2 intercetta risultava significativa, $t(129) = 49.957, p < .001$ indicando che la media complessiva del CDI (53.444) è significativamente diversa da zero. L'effetto del gruppo di Trattamento non era significativo, $t(129) = 1.722, p = .087$ indicando che i gruppi CBT e TEMAS non differivano nella loro media ai punteggi baseline del CDI.

I risultati per il livello 1 slopes indicano che la media dello slope (-2.301) era significativamente differente da zero, $t(129) = -3.432, p = .001$. L'effetto del gruppo di trattamento era significativo, $t(129) = 3.641, p = .001$ indicando che i due gruppi differivano nella loro media slopes. La differenza negli slopes era -4.0123 indicando che il gruppo TEMAS diminuiva significativamente la depressione (8 punti) rispetto al gruppo CBT attraverso i tre periodi di valutazione.

Tabella 3

Risultati HLM per il Punteggio Totale di Depressione CDI					
Effetto Fisso	Coefficiente	Errore		Approssimativo	
		Standard	T-Student	d.f.	p
Per Livello 1 intercette (B0)					
Intercetta (G00)	53.444	1.216	43.957	129	<0.001
Trattamento (G01)	3.360	1.951	1.722	129	0.087
Per Livello 1 slopes (Periodi di Valutazione) (B1)					
Intercetta (G10)	-2.301	0.670	-3.432	129	0.001
Trattamento (G11)	-4.023	1.105	-3.641	129	0.001

La Tabella 4 mostra i risultati dell'effetto random degli errori residui per i Punteggi Totali di Depressione nel CDI. Un esame di questa tabella rivela che la varianza dell'errore residuo per il livello 2 delle intercette predittive del modello risultava significativo, $\chi^2(117, N = 119) = 311.758, p = < .001$, indicando la possibilità dell'esistenza di un altro livello 2 predittore, che potesse essere responsabile per la varianza aggiuntiva. Non è stato possibile identificare il predittore fra quelli che erano disponibili. La varianza al livello 2 dell'errore residuo dello slope predittivo del modello non è risultato significativo, $\chi^2(117, N = 119) = 132.650, p = .153$ indicando che la varianza dell'errore residuo non era significativamente diversa da zero.

Tabella 4

Stima finale della varianza per il Punteggio Totale di Depressione nel CDI					
Effetto Random	Deviazione Standard	Varianza	df	Chi-quadro	p
Intercetta (U0)	8.626	74.406	117	311.759	<.001
Slope (U1)	1.652	2.729	117	132.650	0.153
Livello 1 (r)	7.151	51.138			

I risultati degli effetti fissi per i Punteggi Totali dell'Ansia nel MASC sono presentati nella Tabella 5. Un esame della tabella rivela che il livello 2 intercetta era significativo, $t(129) = 42.225, p < .001$ indicando che la media complessiva del MASC (54.418) è significativamente diversa da zero. L'effetto del gruppo Trattamento non è risultato significativo, $t(129) = 0.469, p = .639$ indicando che i gruppi CBT e TEMAS non differivano nella loro media nei punteggi MASC al baseline.

I risultati per il livello 1 slopes indicavano che la media slope (-3.720) era significativamente diversa da zero, $t(129) = -4.1983, p = .001$. L'effetto del Gruppo di Trattamento risultava significativo, $t(129) = 2.561, p = .012$ indicando che i due gruppi differivano nella loro media slopes. La differenza in slopes era -3.736 indicando che il gruppo TEMAS diminuiva significativamente l'ansia (7.47 punti) rispetto al gruppo CBT attraverso i tre periodi di valutazione.

Tabella 5

Risultati HLM nel MASC						
		Errore			Approssimativo	
Effetti Fissi	Coefficiente	Standard	T-Student	d.f.	p	
Per Livello 1 intercette (B0)						
Intercette (G00)	54.418	1.289	42.225	129	< .001	
Trattamento (G01)	0.971	2.069	0.469	129	0.639	
Per Livello 1 slopes (Periodi di Valutazione) (B1)						
Intercette (G10)	-3.720	0.886	-4.198	129	< 000	
Trattamento (G11)	-3.736	1.458	-2.561	129	0.012	

La Tabella 6 mostra i risultati dell'effetto random degli errori residui per i Punteggi Totali sull'Ansia nel MASC. Un esame di questa tabella rivela che la varianza dell'errore residuo per il livello 2 delle intercette predittive del modello era significativa, $\chi^2(117, N = 119) = 272.411, p = < .001$, indicando la possibilità dell'esistenza di un altro predittore del livello 2 che potrebbe essere responsabile per la varianza aggiuntiva. Non è stato possibile identificare il predittore tra quelli che erano disponibili. Il livello 2 di varianza dell'errore residuo dello slope predittivo del modello è risultato anch'esso significativo, $\chi^2(117, N = 119) = 160.425, p = .005$ indicando ancora la possibilità dell'esistenza di un'altro predittore del livello 2 che potrebbe essere responsabile per la varianza aggiuntiva. Anche qui non è stato possibile identificare il predittore tra quelli che erano disponibili.

Tabella 6

Stima finale della varianza per il Punteggio Totale del MASC					
Effetto Random	Deviazione Standard	Varianza	df	Chi-quadro	p
Intercetta (U0)	8.649	74.809	117	272.411	< .001
Slope (U1)	3.945	15.563	117	160.425	0.005
Livello -1 (r)	8.216	67.497			

Conclusioni

I risultati ottenuti evidenziano che i tragici eventi relativi alla catastrofe del World Trade Center hanno avuto un drammatico e duraturo effetto sulla salute mentale dei bambini Ispanico/Latini in età scolastica nell'area di Sunset Park a Brooklyn. Tale area si trova entro un raggio di un miglio dal punto di Ground Zero al WTC. La maggior parte dei bambini a Sunset Park sono stati testimoni della distruzione delle Torri Gemelle del WTC l'11 Settembre 2001. Diverse migliaia di bambini sono stati esposti e colpiti dagli attacchi terroristici del WTC. Tuttavia i bambini Ispanico/Latini sembrano essere più vulnerabili allo stress traumatico e al tempo stesso hanno sperimentato differenze nel trattamento di salute mentale a causa della mancanza di trattamenti culturalmente competenti (Wells, Klap, Koile, et al., 2001; Vazquez, 2006). Il presente studio ha usato il Trattamento Cognitivo Comportamentale tra-

dizionale e la relativamente nuova Terapia Narrativa TEMAS (TNT). La modalità CBT adattata per lo studio CATS ha mostrato utilità clinica e statistica nell'alleviare lo stress traumatico nei bambini esposti sia a catastrofi naturali sia a quelle causate dall'uomo. Nonostante ciò, la sua utilità per i bambini minoritari è discutibile (Bernal & Sharron del Rio, 2001; Miranda, Bernal, Lau et al., 2005). Al contrario, la Terapia Narrativa TEMAS (TNT) si è dimostrata culturalmente sensibile verso i bambini minoritari, specialmente verso quelli Ispanico/Latini. Studi precedenti hanno indicato che le carte-stimolo del TEMAS sono state efficaci nel valutare il funzionamento di personalità dei bambini del Salvador esposti alla guerra civile (Walton, Nuttall, & Vazquez-Nuttall, 1997). Inoltre, il Trattamento Narrativo TEMAS (TNT) si è mostrato efficace nel ridurre l'ansia e l'aggressività nei giovani Ispanico/Latini (Costantino, Malgady & Rogler, 1994).

Conseguentemente, il TNT è stato accettato come un trattamento culturalmente competente, come una modalità basata empiricamente (APA, 2003; Costantino, 2008; Kazdin & Weisz, 2003; Miranda, Bernal, Law, et al. 2005). In questo studio sia il CBT che il TNT sono risultati efficaci nel ridurre i sintomi da stress post-traumatico nei bambini Latini su un periodo di 3 mesi. Al tempo stesso, il TNT si è mostrato più efficace del CBT nel ridurre significativamente i sintomi della depressione e dell'ansia tra gli studenti Ispanico/Latini. Questa significatività differenziale sembra essere associata al fatto che il UCLA PTSD Reaction Index Scale possa necessitare di ulteriore validità negli studi sui risultati del trattamento. La significativa riduzione dei sintomi della depressione e dell'ansia a favore del TNT potrebbe essere associata al fatto che questa modalità è stata validata nel misurare la depressione e l'ansia e nel valutare la riduzione dei sintomi in studi su bambini minoritari. Inoltre, la Narrativa TEMAS, che è una modalità di trattamento di gruppo, risulta essere più conveniente del CBT, che è solitamente condotto come trattamento individuale.

* Giuseppe Costantino: Touro College, New York, and Lutheran Medical Center/Lutheran Family Health Centers, Brooklyn, New York.

**Louis Primavera: Touro College, New York.

*** Robert G. Malgady: New York University and Touro College, New York.

**** Carolina Meucci: Istituto di Specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi Relazionale (ISIPSe) Roma.

***** Erminia Costantino: American Multicultural Institute, New York.

NOTE

1. Riconoscimenti. Gli Investigatori ed i Co-Investigatori Principali dello studio CATS (Children/Adolescents Treatment and Services) sono citati in ordine alfabetico, di seguito sono i collaboratori del Centro coordinativo alla Columbia University and NYS OMH.

Kimberly Eaton Hoagwood, Ph.D., Chip Felton, M.S.W., Sheila Donahue, M.A., Anita Appel, M.S.W.

Robert Abramovitz, M.D., (JBFCS); Reese Abrighit, M.D., (St. Vincent Hospital), Peter D'Amico, (North Shore/Long Island Jewish), Giuseppe Costantino, Ph.D., (Lutheran Family Health Centers), Carrie Epstein, C.S.W.-R., (Safe Horizon), Jennifer Havens, M.D., (Columbia University), Sandra Kaplan, M.D., (North Shore/LIJ), Jeffrey Newcorn, M.D., (Mount Sinai School of Medicine), Moises Perez, Ph.D., (Alianza Dominicana), Raul Silva, M.D., (NYU/Bellevue), Heike Thiel de Bocanegra, Ph.D., (Safe Horizon), Juliet Vogel, Ph.D., (North Shore/LIJ).

2. Il Consorzio CATS è uno studio composto da siti multipli, fondato dal SAMHSA/FEMA e gestito dall'Ufficio di Salute Mentale dello Stato di New York. Questo specifico studio è stato scritto dalla prospettiva di questi autori e non rappresenta necessariamente la policy o la posizione ufficiale del SAMHSA, NYS OMH, e della Columbia University. Giuseppe Costantino, Ph.D., Louis Primavera, Ph.D. Robert Malgady, Ph.D. hanno totale accesso ai dati dello studio e si assumono completa responsabilità per l'integrità dei dati e per l'accuratezza dell'analisi dei dati.

3. Gli autori vorrebbero anche ringraziare Ioanna Kalogiros, Ph.D. per la sua completa analisi statistica del CATS database; Melanie Perez, Ph.D. per la sua assistenza con l'analisi dei dati; Marie Borges, MPH., per il suo aiuto nella chiarificazione delle informazioni sui dati.

4. Questo articolo è stato presentato come parte del simposio: *Assessing community violence in a multicultural context*. XXIX International Congress of Psychology (ICP), Berlin, Germany. July 22-25

5. Address all correspondence to: E-mail: gcostantino@lmcmc.com

BIBLIOGRAFIA

Almqvist, K., & Brandell-Forsberg M. (1999). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21 (4), 351-366.

Bernal, G., & Sharron-Del-Rio, M.R. (2001). Are empirically Supported Treatments Valid for Ethnic

- Minorities? Toward an Alternative Approach for Treatment Research. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 7, 328-342.
- Chemtob, C., M., Nakashima, J. P., & Hamada, R. S. (2002). Psychosocial Intervention for Post disaster Trauma Symptoms in Elementary School Children: A Controlled Community Field Study. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 211-216.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Child and parent trauma-focused cognitive behavioral therapy: Treatment manual*. Unpublished Manuscript.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3, 53-62.
- Costantino, G. (2008, March). Culturally informed, evidence-based practices: "Tell Me A Story" Assessment of multicultural children. Invited presentation at the APA National Conference: Culturally informed evidence based practices: Translating research and policy for the real world. Bethesda, Maryland.
- Costantino, G., Primavera, H.L., Malgady, R., Meucci, C. & Costantino, E. (2008, July). Culturally Competent, Evidence Based Treatment for Latino Children with Post WTC Disaster Trauma Symptom. Paper presented as part of the symposium: Assessing community violence in a multicultural context. XXIX International Congress of Psychology (ICP), Berlin, Germany.
- Costantino, G., Kalogiros, I., Perez, M., Lardiere, M., Malgady, R., & Primavera, L. (2007, August). Evidence-Based Treatments for Post Disaster Trauma Symptoms. i n Latino children. Poster presented at the 115th APA Convention, San Francisco, CA.
- Costantino, G., Malgady, R.G., & Cardalda, E. (2005). TEMAS Narrative Assessment: A Multicultural Therapy Modality. In P. Jensen & E. Hibbs (Eds.), *Psychosocial treatment research of child and adolescent disorders. Part II Empirically Based Strategies for Clinical Practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Costantino, G., Guajardo, J., Malgady, R., Borges, M., Perez, M., Aviles, P. *Parent/Teacher Screening Scale for CATS Project* (2003, April). Lutheran Medical Center Sunset Park Mental Health Center, Brooklyn, NY.
- Costantino, G (2002). TEMAS Narrative Therapy as Culturally Competent Treatment for Latino Children. Lutheran Medical Center: Brooklyn, NY
- Costantino, G., & Malgady, R.G. (1996). Culturally sensitive treatment: Cuento and Hero/Heroine Modeling Therapies for Hispanic children and adolescents. In P. Jensen & E. Hibbs (Eds.), 639-697. *Psychosocial treatment research of child and adolescent disorders. Empirically Based Strategies for Clinical Practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Costantino, G., Malgady, R.G., & Rogler, L.H. (1994). Storytelling-Through-Pictures: Culturally sensitive psychotherapy for Hispanic children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 13-20.
- Costantino, G. (1987). *The TEMAS (Tell-Me-A-Story) narrative test: Picture Cards*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Costantino, G., Malgady, R.G., and Rogler, L.H. (1988). *The TEMAS (Tell-Me-A-Story) narrative test: Technical Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., et al., (2002). Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*: 346, 982 – 987.
- Galea, S., Brewin, C.R., Jones, R.T., Kind, D.W., et al (2007). Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after hurricane Katrina. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1427-1434.
- Hoagwood, K.E. Vogel, J.M., Levitt, J. D'Amico, P., Paisner, W., Kaplan, S. (2007). Implementing an evidence-based trauma treatment in a state system after September 11: The CATS Project. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, 773-779.
- Hoagwood, K. E., & Burns, B. J. (2005). Evidence-based practice, part II: Effecting change. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, xv-xvii.
- Kazdin, A.E., & Weiss, R.J. (2003). *Evidence-based psychotherapy for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Hoven, C. W., Duarte, C. S., & Mandell, D. J. (2003). Children's mental health after disasters: The impact of the World Trade Center attack. *Current Psychiatry Report*, 5 (2), 101-117.
- Malgady, R.G. & Costantino, G. (2003). Narrative Therapy for Hispanic children and Adolescent. In A.E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescent* (pp.425-435) Guilford Press, New York.
- Malgady, R.G., Rogler, L.H. and Costantino, G., (1987). Ethnocultural and linguistic bias in mental health evaluation of Hispanics. *American Psychologist*, 42, 228 – 34.
- Malgady, R.G., Rogler, L.H. and Costantino, G., (1990). Culturally sensitive Psychotherapy for Puerto Rican children and adolescents: A program of treatment outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 704-712.
- Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W., & La Fromboise, T. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 113-142.
- Neria, Y., Nandi, S., Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder after disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 1-14.
- Rogler, L.H., Malgady, R.G., Costantino, G., & Blumenthal, R. (1987). What does Culturally sensitive mental health services mean? The case of Hispanics. *American Psychologist*, 42, 565-570.
- The New York Times. (2002-May 2nd). Post 9/11 pain found in young minds. New York City: author.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). *The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index*. *Current Psychiatry Reports*, 6 (2), 96-100.
- Vazquez, L (2006). Culturally competent treatment for Hispanic children affected by traumatic stress. *Monitor on Psychology*, 37, 19-20.
- Walton, J.R., Nuttall, R.L., & Vazquez-Nuttall, E. (1997). The impact of war on the mental health of children: A Salvadorian study. *Child Abuse & Neglect*, 21, 737-749.
- Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge: Cambridge University Press
- Wells, K., Klap, R., Koile, A., Sherbourne, C. (2001). Ethnic disparities in unmet need or alcoholism, drug abuse, and mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 202 - 232.



Psychological treatment founded on empirical method for latin children suffering from ptsd after the world trade center disaster

Natural and terrorist disasters strike down the emotional and behavioural functioning in children and, if we don't provide a suitable psychological support, long-term disorders such as PTSD, anxiety, depression and disruptive behavioural syndrome could occur.

This study is based on a sample composed by 131 Hispanic/Latin children tested positive for baseline to anxiety and depression and from moderate to severe PTSD symptoms.

Seventy-six children have been subjected to CBT by individual treatment while forty-five children have been subjected to TEMAS (TNT) by group treatment.

In this study a two mixed factor scheme has been employed: the between factor consists in therapeutic method CBT versus TNT ; the within factor characterized in the period of baseline evaluation and a three months follow-up.

Hierarchical Linear Modeling (HLM) has been employed as a method for data processing. The results show that both the treatments, CBT and TNT, have come out equally significant in reducing PTSD; anyway, TEMAS seems to be the most suitable to relieve PTSD symptoms in Hispanic/Latin children because it allows the reduction of anxiety and depression too. Besides, TEMAS carries on as group treatment prove to be more suitable compared to CBT as individual therapy.

Trasformare le difficoltà in vantaggi: dalle resistenze all'alleanza attraverso l'ascolto dei bisogni

L'importanza della diagnosi e la costruzione di un'alleanza terapeutica, che si riallaccia alla capacità del paziente di vivere una relazione di fiducia con il clinico e più in generale al piano fiducia-sfiducia. Centrale in questo approccio è il concetto di integrazione, che può avvenire a diversi livelli: integrazione di dati biologici, psicologici e sociali; integrazione tra anamnesi strutturata e associativa; integrazione tra tecniche cognitivo-comportamentali e tecniche a indirizzo psicodinamico; integrazione tra proposta terapeutica del clinico e auto-terapia attuata dal paziente

GIOVANNI CARLO ZAPPAROLI *

“Solo chi è in grado di saper ascoltare in modo partecipe è anche in grado di ricevere le informazioni necessarie per formulare una corretta diagnosi e un corretto programma di intervento”.

Per affrontare in modo adeguato il processo di diagnosi e di trattamento diventa importante partire dal concetto di teoria, dal suo significato che la vede intesa come “strategia per correlare o spiegare in modo comprensibile i dati osservati”. Importante è quindi innanzitutto il processo di raccolta e osservazione dei dati dai quali il clinico può trarre spiegazioni e dare significati. La corretta formulazione della diagnosi è di estrema importanza, perché permette di scegliere il trattamento più efficace per quel paziente in quel momento. Non è il paziente a doversi adattare a un modello psicoterapico precostituito, ma il contrario: la posizione del terapeuta è quella del tecnico che distingue l'intervento più idoneo a rispondere al bisogno specifico del paziente, valutando le sue potenzialità evolutive e le eventuali resistenze al cambiamento, per comprendere se l'individuo è in grado o meno di capitalizzare l'aiuto. In particolare va tenuto presente che la comprensione delle *resistenze al cambiamento* è uno dei più importanti mezzi per capire come favorire la *strutturazione dell'alleanza terapeutica*, un problema che talora va affrontato durante la fase dei primi colloqui. Molte condizioni concorrono a realizzare la finalità di un'alleanza con il paziente già durante questa fase.

L'alleanza

I disturbi psicopatologici, più di altri disturbi, pongono il problema della necessità non solo di raccogliere informazioni al fine di formulare una diagnosi, ma anche di stabilire quali siano i presupposti che permettono al paziente di vivere una relazione di fiducia. Ciò è connesso alla capacità del terapeuta di capire la comunicazione ed il linguaggio utilizzato in quel momento dal paziente. A questo concorrono molteplici fattori, ad esempio la capacità di attivarsi o di aspettare a seconda del momento in cui si trova il paziente e, ancora di più, la capacità del terapeuta di “mettere e togliere gli occhiali”, cioè alternare momenti in cui utilizza le sue co-

noscenze teorico-cliniche, ad altri in cui ascolta il paziente e vive la relazione con lui senza "diaframmi". Questo permette al clinico di ridurre il rischio di modalità di auto-inganno, ossia di esclusione di informazioni preziose per la formulazione della diagnosi. Sentirsi accolto, ascoltato, percepire di potersi fidare sono le precondizioni per stabilire una buona relazione in vista della costruzione di una iniziale alleanza terapeutica. A questo fine è necessario partire sempre dalle caratteristiche della relazione terapeutica per arrivare a comprendere come il paziente vive i rapporti, quali difese struttura, quali risorse utilizza e come fa sentire chi si relaziona con lui. È a partire dalle riflessioni su ciò che accade al clinico, ciò che vive e sperimenta col paziente e ciò che il paziente trasmette a sua volta, che è possibile poi leggere e capire come vive le relazioni nella vita quotidiana. Su questa base risultano più evidenti e comprensibili le dinamiche relazionali dell'ambiente significativo familiare, lavorativo, affettivo e amicale.

La naturalezza

"Il confine concettuale fra natura e artificio ha da sempre accompagnato la riflessione dell'uomo. Un confine che, oggi può stimolare nuove risposte alle grandi questioni...". Tra le condizioni che favoriscono l'alleanza terapeutica iniziale, di particolare importanza è la "naturalezza" nel rapporto con il paziente. Naturalezza significa conformità alla natura, mancanza di affettazione, aderenza alla realtà, semplicità, spontaneità, autenticità, genuinità, trasparenza, immediatezza. Significa considerare i problemi non solo del paziente ma anche i nostri nella relazione con lui. Aiuta a capire meglio il problema della naturalezza del rapporto, una considerazione empirica: la differenza tra ciò che ci accade come terapeuti nel momento in cui riceviamo un paziente all'interno di un Servizio pubblico o nel privato. Quando la relazione terapeutica si instaura con un paziente che viene ricevuto nello studio privato, si attivano nel terapeuta diverse paure e insicurezze, quali la paura di perderlo e il bisogno di avere la sicurezza che non se ne vada, sia per salvaguardare la propria autostima professionale, sia per una questione economica. All'interno di un Servizio pubblico può invece accadere il contrario: *"meno gente, meglio possiamo lavorare..."*. Queste considerazioni fanno la differenza nel nostro operato e vanno considerate all'interno del rapporto clinico paziente, altrimenti possono influenzare il processo diagnostico e la comprensione del disagio, e si rischia di non agire con l'indispensabile naturalezza, minando così la costruzione dell'alleanza terapeutica. Va quindi ascoltata e fatta nostra la considerazione empirica: ad esempio "sentirsi adeguati e nelle condizioni di poter operare". A questo concorrono altre condizioni: se, in fase iniziale, sostituiamo l'agire all'ascolto rischiamo di non capire e di invalidare il trattamento successivo. Così come è importante e necessario dare al paziente qualcosa sin dai primi colloqui, in modo che vada a casa con la percezione di "aver lavorato e ricevuto qualcosa", naturalmente è altrettanto essenziale che ciò possa essere fatto solo se si è capito cosa dare. Il paziente quindi si deve sentire accolto e a proprio agio nel rapporto, non giudicato, non misurato, ma ascoltato con spontaneità, con autenticità: "stare lì dove le cose accadono con naturalezza". Inoltre per capire meglio questa questione è importante anche considerare i molti casi in cui agire con naturalezza è reso difficile dalla presenza di resistenze. Un esempio è quando il paziente è ambivalente: ad esempio succede molto spesso nella pratica clinica di imbattersi in dinamiche contraddittorie per cui il paziente richiede un intervento che poi non utilizza o rifiuta in modo più o meno esplicito. Sono spesso pazienti che hanno già fatto uno o più interventi senza successo. Il primo intervento che viene da attuare è quello di soddisfare la richiesta del paziente in quanto pensiamo che noi o la nostra tecnica siano "migliori", ma ci troveremo in seguito nella stessa posizione dei terapeuti che ci hanno preceduto. Per cui il cambiamento che deve fare lo psicologo clinico è quello di capire cosa spinge il paziente a fare questa richiesta ambivalente anche a noi. Risulta utile poi tenere presente anche l'altro "lato della medaglia": ciò che il paziente mette in atto "fuori" lo porterà anche "dentro" la relazione terapeutica. Prima quindi di intraprendere un percorso psicoterapeutico con pazienti multitrattati, che hanno seguito tanti percorsi di cura interrotti, spesso per volontà del paziente stesso, è importante chiedersi, e domandare

Non è il paziente a doversi adattare a un modello psicoterapico preconstituito, ma il contrario: la posizione del terapeuta è quella del tecnico che distingue l'intervento più idoneo a rispondere al bisogno specifico del paziente, valutando le sue potenzialità evolutivo e le eventuali resistenze al cambiamento, per comprendere se l'individuo è in grado o meno di capitalizzare l'aiuto

È possibile ricorrere a paradigmi, a modelli teorico-concettuali, a schemi prestabiliti di intervento nel tentativo di sentirsi più adeguati ma, se non siamo in grado come terapeuti di tollerare e di accettare quel momento di passività iniziale a favore della comprensione del problema riportato e delle dinamiche legate al disagio del paziente, la probabilità di non capire i suoi bisogni aumenta

anche esplicitamente al paziente, cosa può farci pensare che non metterà in atto la stessa dinamica anche con noi, facendolo diventare oggetto di riflessione comune. Prima di intraprendere cioè qualsiasi percorso di "cura" è importante affrontare col paziente questa questione, cercando di capire con lui qual è il suo "bisogno" e che tipo di rapporto ha con "gli oggetti di bisogno", altrimenti il rischio è quello che interrompa anche la relazione con noi così come ha fatto in passato. In questi casi risulta utile chiarire i limiti che il terapeuta possiede ed esplicitarli condividendoli con il paziente: *"lei è stato insoddisfatto di molti terapeuti e io potrò fare la stessa fine. D'altra parte anch'io, come tutti, ho i miei limiti"*.

Il problema della fiducia

Una prima condizione fondamentale per stabilire un'alleanza terapeutica è essere naturali, una seconda condizione è indagare la semeiologia della fiducia e della sfiducia del paziente, al fine di poter riconoscere e affrontare tempestivamente eventuali resistenze. Quando attraverso le evidenze cliniche, rileviamo che il paziente, comunica di non fidarsi, è importante verificare, prima di proporre qualsiasi intervento, se ha problemi di fiducia solo con se stesso, solo con gli altri, o con sé e con gli altri. Fondamentale diventa quindi indagare, da un lato, quali siano state per il paziente le situazioni esterne che possano avere favorito la fiducia o la sfiducia, valutando se abbia mai trovato degli "oggetti di bisogno" adeguati e, dall'altro, quali siano state le esperienze emotive interne che possano avere favorito la fiducia o la sfiducia, ovvero esplorando la sua modalità di rapportarsi con il proprio mondo interno.

Quando dunque emerge il dilemma fiducia-non fiducia, è necessario affrontare da subito questa modalità, in quanto dobbiamo ipotizzare che si presenterà anche nella relazione con noi, ed è essenziale capirla, anche utilizzando il proprio contro transfert. Diventa quindi fondamentale chiedersi: "che cosa suscita il paziente in me?" Dobbiamo cioè usare sia lo strumento razionale, ovvero ciò che abbiamo appreso dal lavoro col paziente, che quello emotivo, ovvero cosa il paziente "ci mette dentro". Questo ci fa capire che è essenziale la flessibilità dell'approccio terapeutico che non è preconstituito e che non segue uno schema rigido di intervento.

Inoltre permette di capire meglio questo problema la difficoltà in cui ci troviamo in fase diagnostica di fronte al paziente difficile, quando come terapeuti non sappiamo "cosa pensare", "cosa dire", "cosa fare", condizione che segnala la presenza nel paziente di resistenze al cambiamento spesso insuperabili. È possibile ricorrere a paradigmi, a modelli teorico-concettuali, a schemi prestabiliti di intervento nel tentativo di sentirsi più adeguati ma, se non siamo in grado come terapeuti di tollerare e di accettare quel momento di passività iniziale a favore della comprensione del problema riportato e delle dinamiche legate al disagio del paziente, la probabilità di non capire i suoi bisogni aumenta. Inizialmente quindi per superare questa difficoltà e formulare una diagnosi corretta rispetto ai bisogni del paziente è importante assumere la posizione dell'attesa e dell'ascolto, ovvero capire la comunicazione del paziente senza imporre alcun intervento o restituzione che deriva dalle proprie conoscenze, non essere attivo: in sintesi non prendere decisioni precocemente prima di aver capito quale sia la condizione del paziente, e quali i suoi bisogni e quali i suoi oggetti di bisogno nel senso di quali interventi sono adeguati per rispondere al suo bisogno. La funzione richiesta al terapeuta inizialmente è quindi quella di "oggetto non qualificato", in base alla quale non viene data voce al bisogno del terapeuta di capire il funzionamento del paziente solo attraverso il sapere che lo qualifica, ma viene posta attenzione all'ascolto del bisogno specifico che il paziente porta. Tale posizione del terapeuta non implica una perdita di potere; anzi, permette di recepire informazioni preziose sullo stato soggettivo del paziente, sui suoi "segreti", sui limiti che è in grado di accettare. Tale posizione, inoltre, fornisce al paziente una prima esperienza emotiva correttiva: di fronte alla sua resistenza al cambiamento è il terapeuta che accetta e tollera di cambiare. Una volta valutati e stabiliti quali siano i bisogni specifici del paziente e quali gli oggetti di investimento possibili, considerate le eventuali resistenze, potremo mettere in campo il sapere tecnico-professionale, sapremo cioè cosa pensare, cosa dire e cosa fare.

L'importanza dell'integrazione

Fino ad ora ho discusso alcune condizioni per favorire la raccolta delle informazioni nei colloqui iniziali, durante i quali è essenziale capire, come parte della diagnosi, l'esistenza di resistenze al cambiamento e come strutturare un'alleanza. Nella raccolta delle informazioni utili alla formulazione della diagnosi dobbiamo naturalmente considerare *l'integrazione di tre livelli: biologico, psicologico e sociale*; cioè la necessità di un punto di vista clinico diagnostico integrato, che ci permette di rilevare i bisogni e le caratteristiche della persona che chiede la consultazione e che determinano gli obiettivi del trattamento e i suoi risultati. Tutto ciò in un contesto come quello del colloquio psicologico clinico – simile ad altri tipi di colloqui in quanto motivato dalla richiesta di un individuo che consulta l'esperto al fine di ottenere aiuto rispetto ad un disagio – ma che proprio per il tipo di aiuto, che riguarda la comprensione di una sofferenza e dei mezzi per ottenere sollievo da essa, se ne differenzia.

Nell'ottica dell'integrazione è importante ricordare che, durante il colloquio per raccogliere i dati "essenziali" sono necessarie *due tecniche, quella dell'anamnesi strutturata e quella relativa all'anamnesi associativa*, attraverso la quale si sviluppa la naturalezza, e quindi una maggiore alleanza. Le due tecniche, infatti, sono interscambiabili e utilizzabili a seconda della persona che il clinico si trova di fronte e del momento: chiedersi quali informazioni vengano date dal paziente stesso nell'oggi, per poi tornare ai dati relativi alle esperienze passate. Diventa essenziale la valutazione dell'idea che la persona ha di se stessa e delle sue relazioni, anche quella che il paziente ha con il terapeuta (come lo vive: con sicurezza, con paura, con vissuti di persecutorietà, di diffidenza, ecc); le sue aspettative, le sue motivazioni, e le spiegazioni che vengono fornite a ciò che sta succedendo, da lui e dalle persone a lui vicine. Inoltre, significative sono le narrative ricorrenti e ripetitive, che raccontano di vissuti relativi al Sè, ai bisogni e oggetti di bisogno, a come la persona si relaziona con l'altro. Importanti aree essenziali sono altresì quelle relative alla dimensione non solo delle sicurezze – per cui diventa fondamentale comprendere quali situazioni danno sicurezza e quali invece suscitano vissuti di ansia o panico, quando il paziente è sicuro e quando è insicuro – ma anche del piacere, della resilienza, dell'aggressività e della sessualità, dell'irrazionale e dell'inconscio.

Un altro tipo di integrazione, auspicabile va ricordata: quella che permette la raccolta di dati provenienti da più punti di vista, ad esempio attraverso *l'integrazione di una via più diretta correlata ad un livello più razionale e di una via meno diretta come quella dei sogni, delle fantasie, e dei sogni ad occhi aperti, che danno accesso al patrimonio interno*. Un esempio è la possibilità di utilizzare le tecniche proprie di un approccio cognitivo-comportamentale piuttosto che quelle appartenenti a un indirizzo psicodinamico. Queste ultime possono essere utilizzate alternativamente o contestualmente in funzione del bisogno specifico del paziente. Il terapeuta decide se, quando, con che intensità e in quale misura utilizzarle in funzione di ciò che necessita in un dato momento il lavoro di raccolta delle informazioni.

Di un ultimo tipo di integrazione è ora opportuno parlare. Una domanda serve ad introdurre questo argomento: chi è il paziente? In primis il paziente (o l'utente) è il nostro *datore di lavoro*, è un paziente nel senso che ha pazienza nel darci il lavoro, nel fornirci informazioni e materiale prezioso alla comprensione del disagio che sta vivendo. Non ci si deve inventare nulla, la posizione del terapeuta deve essere di ascolto attento in quanto nelle informazioni che il paziente ci fornisce troviamo tutto ciò che ci serve: paure, difese, bisogni, risorse, modalità attuate dal paziente per aiutarsi, in un certo senso infatti il paziente ha già fatto un tentativo, pur incongruo, di auto-terapia: è quindi un *collega* del terapeuta, che ha cercato di affrontare con le sue forze e le sue risorse il suo disagio ma secondo una modalità insufficiente, inadeguata, eccessivamente costosa. L'intervento terapeutico è volto di conseguenza a modificare in collaborazione con il paziente le modalità "maldestre" che è già stato in grado di attuare per affrontare le sue problematiche. È fondamentale, cioè, sviluppare modalità terapeutiche appropriate, prendendo proprio come punto di partenza ciò che il paziente già attua per affrontare il suo disturbo, cioè la sua auto-terapia. Nel processo terapeutico prima di pensare a quale tecnica mettere in atto – cognitiva, dinamica o integrata – è essenziale, quindi, conoscere

È fondamentale sviluppare modalità terapeutiche appropriate, ma prendendo proprio come punto di partenza ciò che il paziente già attua per affrontare il suo disturbo, cioè la sua auto-terapia. Nel processo terapeutico prima di pensare a quale tecnica mettere in atto, cognitiva, dinamica o integrata è essenziale, quindi, conoscere quale sia l'auto-terapia del paziente, per non rischiare di darsi troppo e inutilmente da fare, piuttosto che ascoltare ciò che ci sta comunicando. Questa è l'integrazione tra la nostra proposta di terapia e la auto-terapia del paziente

Occorre interrogarsi verso quale obiettivo sia più opportuno dirigere il proprio operato in campo clinico. Uno dei più importanti è proprio riconoscere i fattori che nel paziente si oppongono alle finalità terapeutiche che noi gli proponiamo e che lui stesso, spesso, a livello cosciente, persegue. È questa metodologia che, infatti, possiamo considerare uno dei fattori di alleanza più importanti rispetto alla nostra finalità di differenziare l'essenziale dal superfluo

quale sia l'auto-terapia del paziente per non rischiare di darsi troppo e inutilmente da fare, piuttosto che ascoltare ciò che ci sta comunicando. Questa è l'integrazione tra la nostra proposta di terapia e la auto-terapia del paziente. Ed è inoltre un altro importante esempio di come è possibile trasformare un potenziale elemento di resistenza in uno di alleanza.

Conclusioni

Ho portato alcuni esempi di come sia importante, già nella fase diagnostica, rivolgere particolare attenzione alla strutturazione di un'alleanza. Una delle modalità più importanti per attuarla è di considerare fin dall'inizio le resistenze del paziente che, se correttamente capite nei loro significati e nelle loro motivazioni e adeguatamente affrontate ed elaborate, divengono una delle basi più importanti per una futura alleanza. È quindi importante assumere un atteggiamento costruttivo e chiedersi di fronte ad una difficoltà come possiamo trasformarla in vantaggio. Trasformare le difficoltà in vantaggi è sempre importante nel nostro lavoro e ho illustrato alcuni punti che possono servire da esempio, dato che l'argomento è troppo complesso per essere esaurito in un breve spazio. Questa metodologia è anche uno dei fondamenti più importanti della capacità di distinguere l'essenziale da ciò che è superfluo. A tal fine sono stati osservati diversi criteri, tra cui porsi nell'ottica della responsabilità (nei confronti del paziente, e quindi anche verso il resto della società e verso se stesso), in quella della necessità o meno del trattamento (criterio maggiormente fattibile in medicina perché in psicologia la sofferenza è più difficilmente comprensibile o misurabile di quella fisica). Un altro criterio possibile è relativo a "cosa è giusto fare", risolvibile con la massima "fare il meglio di fronte ai limiti della realtà". Un modo migliore per risolvere la questione è chiedersi su quale obiettivo sia più opportuno dirigere il proprio operato in campo clinico. A mio parere uno dei più importanti obiettivi è proprio riconoscere i fattori che nel paziente si oppongono alle finalità terapeutiche che noi gli proponiamo e che lui stesso, spesso, a livello cosciente, persegue. Questa metodologia può essere considerata uno dei fattori di alleanza più importanti rispetto alla nostra finalità di differenziare l'essenziale dal superfluo. Essa può ad esempio evitare che di fronte al fallimento di un certo intervento a livello biologico, psicologico o sociale, riproponiamo lo stesso intervento o interventi simili senza prima considerare, capire ed elaborare le resistenze al cambiamento presenti nel paziente, che determineranno l'insuccesso anche dei successivi tentativi terapeutici. Avere in mente questa finalità significa pervenire a una maggior definizione della specificità della psicologia clinica ed è una parte essenziale di quello che può essere definito talento clinico.

"La sicurezza è in opposizione alla curiosità: chi si sente sicuro vive una condizione che gli permette di non cercare più".

* Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Pavia e abilitato alla Libera Docenza in Psicologia Generale presso l'Università di Milano. È stato docente di Psicologia presso l'Università Statale di Milano e la Scuola di Specializzazione in Psicologia dell'Università Statale di Milano. È stato consulente degli Istituti Psichiatrici Provinciali di Milano; responsabile del Servizio di Psicologia Clinica dell'Amministrazione Provinciale di Milano, dirigente del Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano; direttore della Scuola di Psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico e cognitivo presso l'Amministrazione Provinciale di Milano. È stato membro ordinario e didatta della Società Psicoanalitica Italiana e della International Psychoanalytical Association; membro della Society for the Exploration of Psychotherapy Integration e della World Federation for Mental Health. Direttore scientifico della Scuola di Psicoterapia Breve Integrata (ISerDiP). Ha svolto attività terapeutica e come supervisore e coordinatore in Enti Pubblici e Privati.

Hanno collaborato: dott.ssa Barbara Bruni, dott.ssa Valentina Franchi, dott.ssa Silvia Puricelli, dott.ssa Cristina Zeni.

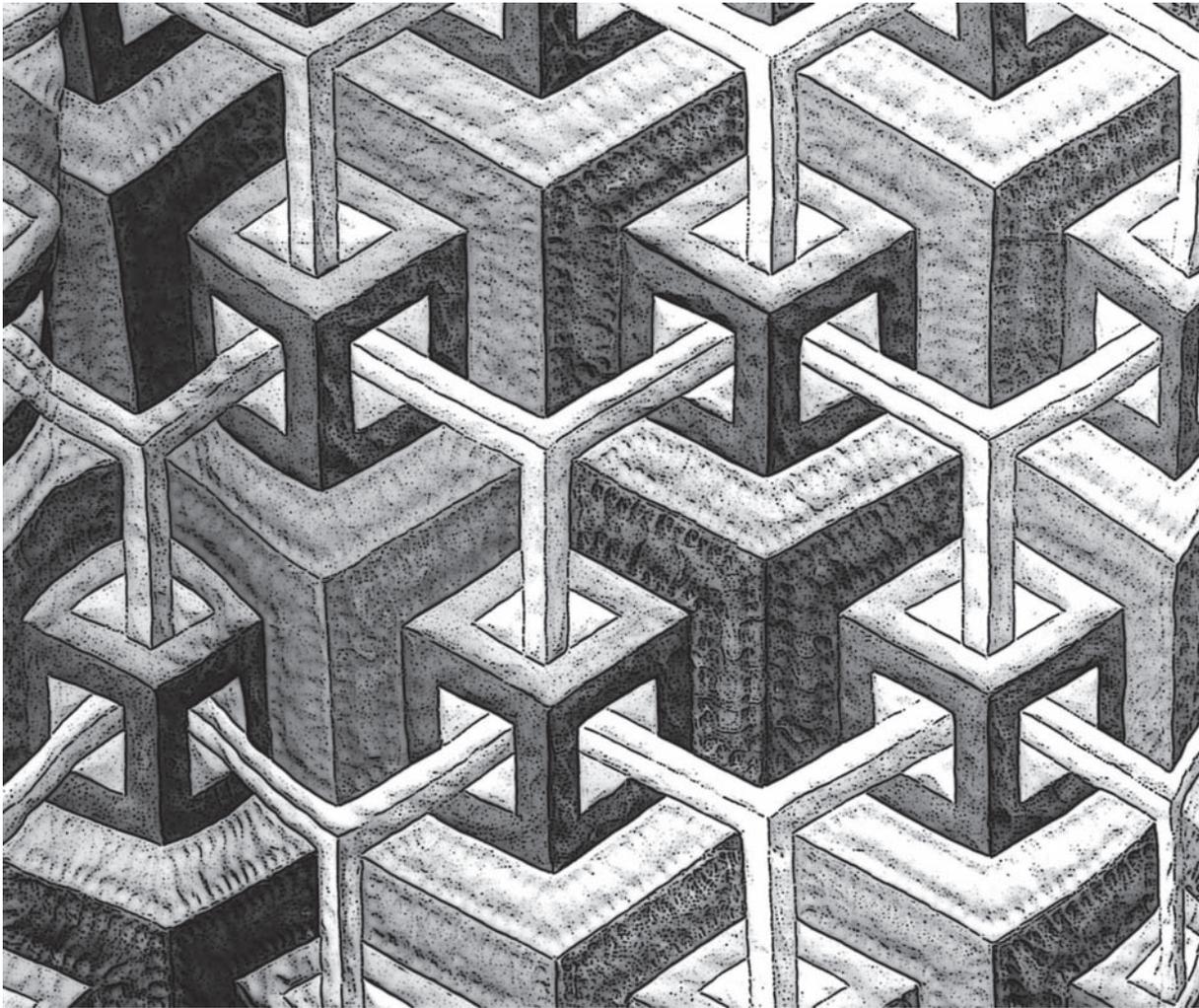
BIBLIOGRAFIA

La follia e l'intermediario, Dialogos Edizioni, 2002.

La Diagnosi, Dialogos Edizioni, 2004.

Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento. Dialogos Edizioni, 2008

Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella patologia grave. I Quaderni di Musaikòn, Dialogos Edizioni, 2009.



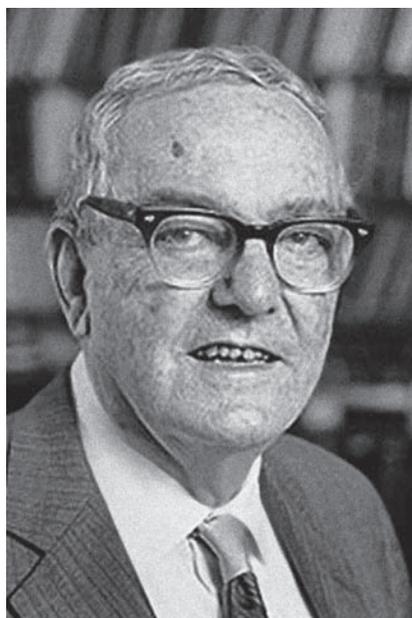
How to turn difficulties into advantages to alliance through the listening of needs

This article deals with some topical subjects regarding psychotherapeutic treatment with particular reference to the brief and integrate psychotherapy. In this context the author underlines the importance of a correct diagnosis as an instrument oriented to choose the best treatment for that patient in that moment. Actually, the patient doesn't fit a theoretic model but the duty of the therapist is to choose the most suitable aid for that patient considering his evolutive potential and his possible resistances. The most important thing is the setting up of a therapeutic alliance that can enable the patient to live a relationship based on mutual trust and in general terms on trust versus mistrust plane. The essential requirement in this approach is the concept of integration that can occur at different levels during a psychotherapy: integration of biological, psychological and social data; integration between structured and associative anamnesis; integration between behavioural and cognitive techniques psychodynamic oriented; integration between the therapeutic offer and the self-therapy carried out by the patient.

link 15 una storia

**Simon Herbert Alexander
(1916-2001)**

GIOVANNI CAVADI



Simon Herbert Alexander (1916-2001)

GIOVANNI CAVADI

Simon Herbert Alexander nacque a Milwaukee, nel Wisconsin, il 15 giugno del 1916, secondogenito di due figli maschi.

Il padre Arthur, figlio di viticoltori e mercanti di vino ebrei della Renania, si era laureato a Darmstadt in ingegneria elettronica, mentre la madre Edna Marguerite Merkel, nata a St. Louis, nel Missouri, era maestra di pianoforte, nipote di emigrati tedeschi luterani provenienti da Praga.

Il padre, a 23 anni, emigrò negli USA nel 1903 e lavorò, come ingegnere, presso la Culter-Hammer Manufacturing Company a Milwaukee; nel 1910 sposò Edna.

La madre di Simon, dopo il matrimonio, rimase in case a fare la casalinga, pur "essendo attiva nei circoli musicali del luogo" (Simon, 1992).

Herbert era un ragazzo introverso, amante dei libri e a volte solitario, orgoglioso nella sua indipendenza nell'apprendere. Nella biblioteca di famiglia aveva trovato oltre all'Enciclopedia Britannica anche i Principi di Psicologia di W. James. Riuscendo bene negli studi aveva potuto 'saltare' tre semestri trovandosi quindi al liceo con ragazzi e ragazze più grandi di lui e, pur non essendo un atleta, gli piaceva giocare a calcio e a baseball. Fu un attivo ed entusiasta boy scout.

Dalla madre imparò a suonare il pianoforte, anche se senza troppo entusiasmo. Da bambino visse "in un quartiere abitato unicamente da famiglie della classe media".

Sui libri lasciati dallo zio paterno e dal fratello studiò "economia, psicologia, storia antica, fisica e un po' di geometria analitica e calcolo".

Poi si mise a classificare gli insetti e cominciò a focalizzare il proprio interesse sui coleotteri.

Al termine del liceo era diventato "un giocatore di scacchi abbastanza agguerrito... Era uno studente che si vantava di essere capace di affrontare qualsiasi materia da solo e spesso fu capace di dimostrare che questa sua vanteria era vera".

Era molto attratto dalle ragazze, fin dall'asilo, ma quando era al liceo era troppo timido per salire su una pista da ballo con loro e chiedere di uscire con lui. Conscio dei suoi indefiniti desideri, non riusciva a trattare una bella ragazza come una persona.

Era ritenuto dagli amici e compagni un cervellone, ma aveva una lingua tagliente e il gusto della schermaglia verbale. Era anche un buon ascoltatore. Per tutta la prima metà della vita mantenne una spiccata preferenza a lavorare con persone più vecchie di lui.

Fin da ragazzo imparò a non fidarsi della logica umana. Nonostante fosse ebreo (anche se non era mai entrato in una Sinagoga) da giovane frequentava la scuola domenicale congregazionista.

Fin da giovane aveva compreso che "il mondo reale davanti a lui non era identico a quello che percepiva... ciò lo portò al relativismo etico ed epistemologico".

I nonni materni vissero nella casa natale fino alla loro morte, assistiti dalla madre, alla quale nel 1936 fu diagnosticato un cancro a cui seguì una colostomia, che ne fece una seminvalida.

A diciassette anni si diplomò al liceo, e nel 1933 si trasferì all'Università a Chicago.

La città di Chicago fu per lui una grande rivelazione; lì la parola socialismo, all'epoca, non faceva paura, anzi veniva associata alla democrazia sociale liberale e riformista dell'Europa occidentale. Dopo tre anni, nel 1936, prese il Bachelor's degree e quel periodo fu accompagnato da un grande interesse per le lingue che studiò per suo conto fino a "riuscire a leggere libri e giornali in più di venti lingue, tra cui il cinese, e a parlarne una mezza dozzina"(Simon).

A Chicago abbracciò un empirismo logico che "non ho mai abbandonato". Lì conobbe una ragazza, Zinnie, con la quale tenne un'affettuosa relazione per posta: "Cercavo nelle donne quella comunione intellettuale che mio padre non aveva avuto con mia madre". Oltre a matematica, logica ed economia, si interessò alle scienze politiche che "sarebbe diventata poi la mia materia principale". L'Università di Chicago era l'avanguardia del comportamentismo "che fece irruzione nelle scienze politiche dal secondo al quarto decennio del '900 operando una notevole trasformazione della disciplina"(Simon).

A Chicago conobbe Dorothea Pye, la segretaria di Merriam, il direttore della Facoltà di Scienze politiche. Dorothea, nativa della California, anch'essa studentessa dei corsi post laurea, "era molto bella, i suoi fiammeggianti riccioli incorniciavano un solido viso scozzese su cui spiccavano luminosi occhi azzurri. Alta e snella camminava con passo aggraziato, leggermente mascolino. Soprattutto però irradiava cordialità, ottimismo e il puro piacere di sentirsi viva ... Incominciammo a vederci regolarmente, poi sempre più spesso a mano a mano che trovavamo sempre più gradevole la reciproca compagnia. Io trovavo in lei qualcuno con cui potevo dividere i miei interessi e collaborare nell'attività politica... Mi ero già reso conto di come lei fosse abile nel creare atmosfere cordiali e come il suo sorriso riuscisse a compensare il miei occasionali alti spinosi...Avevamo la stessa visione di fondo del minaccioso ma eccitante mondo della 'depressione economica che ci circondava e avevamo idee assai simili su come fare per modificarlo...Il giorno di natale del 1937 ci sposammo a Milwaukee, avevo ventun anni. e passammo una meravigliosa luna di miele in un parco dell'Indiana"(Simon). Alla fine dell'estate del 1939 la giovane coppia partì per Berkely, dove visse tre anni, e dove fu affidato a Simon l'incarico di Direttore degli Administrative Measurement Studies. Lì Dorothea rimase incinta e dalla loro unione nacque Barbara. Va ricordato che la 'grande depressione' durò dall'agosto del 1929 al dicembre del 1941 quando gli USA entrarono in guerra.

Il dopoguerra negli Stati Uniti

Diversamente dagli altri paesi belligeranti, gli USA si trovarono alla fine della seconda guerra mondiale ad affrontare un problema non di ricostruzione, ma di riconversione. Il sistema economico americano, straordinariamente stimolato dalla produzione bellica, doveva ora essere orientato a scopi di pace; a questo si aggiungeva il peso dell'enorme prestigio conquistato dalla politica americana che ne consacrava il ruolo di grande potenza mondiale insieme alla Russia di Stalin. Gli Stati Uniti puntavano più alla ricostruzione e alla ricerca di uno stabile ordine mondiale che non alla punizione dei vinti; per l'Unione Sovietica, che aveva subito perdite e devastazioni spaventose, si trattava invece di esigere il prezzo della vittoria in termini politici, economici e soprattutto di sicurezza, il che implicava un'insistenza martellante sulla questione delle riparazioni di guerra, che per l'U.R.S.S avevano un valore non solo pratico, ma anche simbolico. Finché negli USA era stato vivo Roosevelt, la pratica degli incontri diretti con Stalin (la Conferenza di Yalta nel 1945) aveva permesso di giungere ad un accordo che dividendo l'Europa in due grandi zone di influenza permetteva un 'grande disegno' di cooperazione tra l'Occidente e l'Unione Sovietica.

Ma con Truman, successore di Roosevelt, già il clima politico-sociale era mutato e il contrasto tra le due diverse concezioni di gestire la pace e la ricostruzione avevano portato a quella che fu chiamata la 'guerra fredda', che convenzionalmente durò fino alla morte di Stalin (1953), e che portò a strutturare a livello ideologico e psicologico-sociale due opposti modelli di società. Molti dei nuovi fermenti che si erano manifestati, durante la guerra, in campo economico, politico e culturale vennero ridimensionati e ingabbiati in rozze ortodossie. Negli USA il maccartismo

segnò una delle pagine più buie della storia del paese che era nato sotto l'ideale di libertà di coscienza e i sospetti, le persecuzioni, le delazioni, la caccia alle streghe dei presunti "comunisti" costrinsero il fior fiore degli intellettuali e degli artisti ad abbandonare il proprio lavoro e perfino ad emigrare.

Quando le accuse indiscriminate e paranoide del senatore McCarthy lo portarono ad attaccare persino l'esercito, queste si ritorsero contro di lui, costringendolo, dopo un biasimo formale del Senato, ad uscire di scena.

A questi eccessi in campo ideologico corrispondevano però formidabili successi in campo economico e scientifico: con il piano Marshall gli USA assicurarono la ripresa e lo sviluppo dei paesi dell'Europa occidentale e nello stesso tempo si garantirono un enorme surplus per la loro produzione in eccesso, mentre le Università si posero all'avanguardia nel progresso scientifico e tecnologico.

In questo contesto storico si concretizzò il lavoro scientifico di Simon.

Il periodo di Berkeley

A Berkeley (1941) Simon svolse un importante esperimento in campo amministrativo il cui scopo era di determinare quali fossero le dimensioni ottimali del carico di lavoro degli operatori sociali perché l'ente lavorasse al massimo della funzionalità: "Appena cominciai a lavorare sulle organizzazioni amministrative, negli anni quaranta, mi imbattei nel problema dell'artificialità in una delle sue forme più pure: l'amministrazione non è così diversa dalla recitazione... e l'efficacia del processo organizzativo varierà col variare dell'efficacia dell'organizzazione e dei modi con cui i suoi membri giocano le loro parti".

In uno studio pubblicato in *Fiscal aspects of metropolitan consolidation* (1943) sviluppò una analisi teorica "dell'incidenza delle imposte locali sulle proprietà immobiliari che portò alla conclusione sugli effetti economici del consolidamento delle amministrazioni locali nella zona metropolitana". I presupposti si riferivano a "quali effetti indiretti di una modifica fiscale gli esseri umani prendono in considerazione per prendere le loro decisioni e quali invece ignorano".

I lavori sull'amministrazione, sfociarono nella dissertazione di dottorato *Il comportamento amministrativo* (1947) nella quale esaminava le implicazioni dei limiti della razionalità umana nel comportamento organizzativo. In questa opera e in *Modelli di uomo* mostrò come il contenuto empirico dei fenomeni, le necessità che emergono sulle contingenze "discendano dalle incapacità del sistema comportamentale di adattarsi perfettamente al suo ambiente, oltre che dai limiti della razionalità umana, che ho chiamato incapacità... La natura della ragione umana, i suoi meccanismi, i suoi effetti e le sue conseguenze sulla natura dell'uomo, sono state poi la mia principale preoccupazione per quasi cinquant'anni".

Svolse un'altra ricerca sull'analisi dei rischi e delle perdite dovute a incendi, che però "passò inosservata".

L'aver partecipato agli avvenimenti di Berkeley per più di un decennio, dirà nella sua autobiografia (1991), servì "grandemente a formare il mio punto di vista sullo sviluppo delle discipline scientifiche, a insegnarmi le strategie della sovversione, che più tardi avrei impiegato per attaccare la fortezza dell'ortodossia in economia e psicologia e a focalizzare il mio interesse sui fenomeni del pensiero umano e della soluzione dei problemi, intesi quale nucleo essenziale sia della teoria dell'organizzazione, sia dell'economia".

Il periodo californiano

Nel 1952 tornò con la famiglia a Santa Monica, per una consulenza alla RAND Corporation, dove conobbe il matematico A. Newell che svolgeva delle ricerche per conto dell'aviazione americana e studiava dei modelli formali per le squadriglie dei bombardieri (il puntamento delle batterie antiaeree) e ricerche sugli apparati radar.

Gli anni che seguirono furono importanti nell'evoluzione della sua attività scientifica. Dai processi organizzativi passò ad occuparsi di problemi cognitivi, in particolare dei meccanismi psicologici del problem solving e quindi dei "processi simbolici che le persone utilizzano nel pensare" (Romano).

Qui nacquero le prime elaborazioni e gli studi sull'intelligenza artificiale e Logic Theo-

rist, il primo programma per computer in grado di risolvere problemi non numerici mediante la ricerca selettiva. Inoltre, partendo dall'assunto che l'intelligenza umana è il risultato del lavoro di sistemi simbolici, come per il computer, elaborò con Newell un nuovo metodo di simulazione al calcolatore per lo studio del pensiero umano.

Sul piano teorico Simon tracciò una precisa linea di demarcazione tra l'intelligenza artificiale e la psicologia cognitiva: "In scienza dell'artificiale descrivevo le proprietà che sono comuni a tutti i sistemi di adattamento (e come tali 'artificiali') fornendo una base per la costruzione di una teoria generale di tali sistemi".

Una tesi che era stata centrale in molta della sua ricerca, dapprima condotta nell'ambito della teoria dell'organizzazione, più tardi in economia e in scienza aziendale e infine in psicologia è che "certi fenomeni sono 'artificiali' in un senso molto specifico: lo sono soltanto in funzione del fatto che un sistema viene plasmato, dagli scopi o dagli obiettivi, così da adattarsi all'ambiente in cui si vive. Se i fenomeni naturali danno un'impressione di 'necessità' nel loro soggiacere alle leggi di natura, i fenomeni artificiali si presentano invece come 'contingenti' in quanto malleabili dall'ambiente".

Dall'*Homo oeconomicus* all'*Homo cogitans*

Negli studi sul raggiungimento di una decisione su un problema di ordine organizzativo, Simon e March (1958) respinsero il concetto di uomo economico razionale ereditato dalla teoria classica e sviluppano invece il concetto di razionalità vincolata o limitata che considera invece fondamentali i vincoli interni: le limitazioni della capacità di calcolo e della capacità di memoria: "Quando ho esaminato i processi decisionali concreti e la risoluzione dei problemi, ho scoperto una creatura di razionalità limitata che si avvaleva della ricerca euristica per trovare le linee di azione soddisfacente, ossia 'abbastanza buone'... Formulare i postulati di questa teoria richiede una osservazione minuta, quasi microscopica, del comportamento reale della gente".

Secondo Simon questo costrutto, che gli verrà riconosciuto valido con il premio Nobel per l'economia, fornisce un quadro realistico della scelta umana, che può "spiegare certi spinosi problemi dell'economia: prendere decisioni in situazioni incerte, cicli economici con la loro concomitante flessione dei livelli occupazionali, naturali o meno, il ruolo dell'imprenditorialità nell'investimento, e altri ancora".

Sorge la domanda: come si presentano alla coscienza questi limiti interni? Plausibilmente non si presentano in forma di messaggi espliciti e informativi, ma si presentano in forma di stati emotivi problematici, insomma, emozioni!

La teoria dell'organizzazione

Nel XX secolo, nel campo del pensiero organizzativo, la maggiore alternativa al funzionalismo è rappresentata da Simon e dalla sua scuola. Questa prese il nome di "comportamentista" per evidenziare che l'oggetto di analisi non sono i fini e le funzioni svolte dalle organizzazioni ma i concreti comportamenti umani all'interno delle organizzazioni. Simon, nel volume *Il comportamento organizzativo*, attuò una grande rivoluzione nel modo di concepire organizzazioni e il comportamento umano al loro interno. Nucleo centrale del volume, che rimane un testo di riferimento per le scienze sociali, è la teoria della decisione, ma sono trattati in modo sistematico numerosi altri problemi concernenti l'attività organizzativa: dall'autorità al bilancio, dalla programmazione alla incentivazione del personale, dall'identificazione alla lealtà organizzativa. La 'rivoluzione' attuata da Simon può essere sintetizzata in tre punti principali. Il primo è che per studiare il comportamento umano nelle organizzazioni è sbagliato partire dall'idea stereotipata dell'organizzazione intesa come uno schema architettonico dove sono minuziosamente prescritti i ruoli di ciascun dipendente. È necessario invece capovolgere l'ottica, bisogna partire non dall'organizzazione intesa come una struttura che prescrive dei ruoli, ma dagli uomini che agiscono interno dell'organizzazione che vanno visti come dei soggetti che decidono continuamente. Il secondo punto è che è sbagliato pensare che l'uomo sia un soggetto perfettamente razionale, dato che egli dispone di una razionalità limitata (vincolata), in cui è la decisione l'oggetto fondamentale della conoscenza organizzativa. Infine il terzo punto consiste nel considerare il modello in cui l'equilibrio tra incentivi e contributi appare come il risultato di complesse decisioni tutte razionali. Esse non riguardano soltanto

le attività interne all'organizzazione, ma anche le scelte che gli individui attuano in rapporto all'organizzazione.

In conclusione Simon sostiene che l'organizzazione non va vista come un contenitore dotato di scopi, di una vita e di una logica indipendente dagli uomini che vi lavorano, ma come il risultato di azioni degli uomini che agiscono in base all'organizzazione stessa; critica in maniera radicale le false certezze presentate dalla economia classica che sancisce l'esistenza di una connessione positiva tra efficienza ed alcuni modi di organizzare fabbriche ed uffici, e afferma decisamente che questi principi universali sono come una specie di proverbi privi di reali indicazioni operative.

La critica all'economia classica e il premio Nobel

Herbert Simon, che è scomparso nel 2001 all'età di 84 anni, apportò contributi fondamentali alle scienze dell'organizzazione, alla psicologia cognitiva, all'intelligenza artificiale (di cui può considerarsi uno dei grandi padri fondatori), alla filosofia della scienza, al management e all'economia. Nel 1978 fu insignito del Premio Nobel per l'economia e non può non stupire che abbia ricevuto il massimo riconoscimento scientifico in una disciplina della quale si è occupato solo incidentalmente e che ripetutamente, in occasioni più o meno ufficiali, sosteneva non amare particolarmente "per la sua carica ideologica, la scarsa fondatezza empirica, la perversa ricerca di formalismi fini a se stessi".

Simon ricevette in tutto il mondo numerosissimi riconoscimenti, tra cui il Turing Award per la computer science (1975), la National Medal of Science (1986), la American Psychological Association Award for Outstanding Lifetime Contributions (1994).

Come economista è stato portatore di una coscienza critica nei confronti di certe derive che hanno caratterizzato la disciplina. Le idee che stanno alla base dei suoi contributi possono essere riassunte nei tre punti che seguono.

– L'ostinato richiamo agli economisti a non dimenticare che l'oggetto del loro studio è il comportamento di esseri umani e non quello di ipotetiche entità onniscenti e dotate di un'illimitata capacità di svolgere calcoli complessi, ma confinati in un mondo angusto in cui non c'è spazio né per la creatività e l'ingegno, né per motivazioni dell'agire sociale più articolate del cieco ed ostinato perseguimento del proprio interesse egoistico.

– La parallela insistenza sulla necessità di porre sempre l'osservazione empirica alla base di ogni sforzo teorico in economia. Secondo Simon, infatti, gli economisti dovrebbero sempre partire dall'osservazione di dati empirici e costruire modelli il più possibile parsimoniosi che siano in grado di spiegare questi dati. Per molti aspetti la teoria economica ha seguito esattamente il cammino opposto, costruendo modelli estremamente complessi, anche se in molti casi modelli molto più semplici potrebbero spiegare meglio i dati empirici (il principio di economia di Lloyd Morgan, 1894, in psicologia) e continuando ad utilizzarli anche quando risultino totalmente confutati dall'evidenza, con la tipica quanto assurda giustificazione che manca un modello alternativo.

– La necessità di costruire una teoria economica delle organizzazioni ed in particolare delle imprese. Per Simon è paradossale definire le nostre economie capitalistiche avanzate 'di mercato', mentre l'elemento che più le caratterizza è la presenza di grandi imprese organizzate gerarchicamente. In realtà " per molti aspetti erano più 'di mercato' le economie pre-capitalistiche e pre-industriali, mentre oggi gran parte dei nostri atti economicamente rilevanti (come la vita lavorativa per la maggior parte di noi) avvengono all'interno di organizzazioni, che svolgono un ruolo fondamentale nel plasmare le nostre conoscenze, le nostre motivazioni e lo stesso modo con cui percepiamo la realtà in cui operiamo".

SCRITTI SU SIMON

Feigenbaum E.A. Simon Herbert A. (1989)
Romano D.F. (1997) (a cura di). Simon. Angeli, Milano.

TRADUZIONI ITALIANE DELL'OPERA DI SIMON

1966 (con March J.C.) Teoria dell'organizzazione Edizioni di Comunità, Milano.
1969 Le scienze dell'artificiale. Il Mulino, Bologna
1979. Il comportamento amministrativo. Il Mulino, Bologna
1983 La teoria dell'elaborazione dell'informazione nella soluzione dei problemi nell'uomo. In N. Caramelli (cur.) La psicologia cognitiva. Orientamenti nello studio dei processi cognitivi. Il Mulino, Bologna, 89-114.
1985. Scelte razionali e struttura dell'ambiente, in Causalità, razionalità, organizzazione, Il Mulino, Bologna, 143-159.
1988 La ragione nelle vicende umane. Il Mulino, Bologna
1985 Causalità, razionalità, organizzazione. Il Mulino, Bologna
1988 Informatica, direzione aziendale e organizzazione del lavoro. La nuova scienza delle decisioni manageriali. Angeli, Milano.
1988. Le scienze dell'artificiale. Il Mulino, Bologna.
1992. Modelli per la mia vita. Rizzoli, Milano (autobiografia).
1997 Scienza economica e comportamento umano. Edizioni di Comunità, Milano.
1997 La psicologia della scoperta scientifica. In D.R. Romano (cur.) Simon. Angeli, Milano. 43-59.
1997 Usi delle raffigurazioni mentali nel pensiero. In D.R. Romano (cur.) Simon. Angeli, Milano, 690-73.
1997 L'ambiente sociale dei processi cognitivi: lealtà verso l'organizzazione come altruismo. In D.R. Romano (cur.) Simon. Angeli, Milano, 74-88.
1997 Le invarianti del comportamento umano. In D.R. Romano (cur.) Simon. Angeli, Milano, 91-115.
1997. Organizzazioni e mercati. In D.R. Romano (cur.) Simon. Angeli, Milano, 116-142.
1973 (con Newell A.) La soluzione dei problemi negli esseri umani. Stato della teoria nel 1970. In G. Mosconi & V. D'Urso (cur.) La soluzione di problemi. Problem solving. Giunti Barbera, Firenze, 104-135.

BIBLIOGRAFIA

1940. The technique of municipal administration. International city Managers Association, Chicago.
1941. Controlling factors in a human experiment. Public Administration Review, 1, 485-492 (con Divine W.R.).
1943. The incidence of a tax on urban real property. Quarterly Journal of Economics, 57, 398-420.
1943. Fire risks and fire losses. Bureau of Public Administration, University of California (con Shephard R.W. & Sharp F.W.).
1944. Decision making and administrative organization. Public Administration Review, 4, 16-31.
1946. The proverbs of administration. Public Administration Review, 6, 53-67.
1947. Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations. MacMillan, New York.
1947. The axioms of newtonian mechanism. Philosophical Magazine, 888-905.
1947. Effects of increased productivity upon the ratio of urban to rural population. Econometrica, 15, 31-42.
1949. Note: some conditions of macroeconomic stability. Econometrica, 17, 245-248 (con Hawkins D.).
1950. Public administration. Knopf, New York (con Smithburg D.R. & Thompson V.A.).
1950. Modern organization theories. Advanced Management, 15, 2-4.
1952. On the definition of the casual relation. The Journal of Philosophy, 49, 57-528.
1954. Centralization and decentralization in organizing the Controller's Department. Controllershship Foundation, New York (con Guetzkow H., Kozmetsky G. & Tyndall G.).
1955. A behavioural model of rational choice. Quarterly Journal of Economics, 69, 99-118.
1955. On a class of skew distribution functions. Biometrika, 52, 425-440.
1956. Rational choice and the structure of the environment. Psychological Review, 63, 129-138.
1956. The logic theory machine. IRE Transaction on Information Theory, 3, 61-79 (con A. Newell).
1956. Models: Their uses and limitations; in L.D. White (edt) The state of the social sciences, University Chicago Press, Chicago, 66-83 (con A. Newell).
1957. Empirical explorations of the logic theory machine, in Proceeding of the 1957 Western Joint Computer Conference. Institute of Radio Engineers, New York. (con A. Newell & J.C. Shaw)
1957. Models of Man. John Wiley, New York.
1957. Background of decision making. Naval War College Review, 12, 1-23.
1958. Elements of a theory of human problem solving. Psychological Review, 65, 151-166. (con Newell A. & Shaw J.C.)
1958 Organizations. John Wiley, New York (con J.G. March and the collaboration of H. Guetzkow).
1958. Chess-playing programs and the problem of complexity. IBM Journal of Research and Development, 2, 320-335. (con A. Newell & J.C. Shaw).
1960. Some further notes on a class of skew distribution functions. Information and Control, 31, 80-88.
1960. The new science of management decision. Harper & Row, New York.
1961. Reply to Doctor Mandelbrot's post scriptum. Information and Control, 4, 217-223.
1961. Computer simulation of human thinking. Science, 134, 2011
1961. Aggregation of variables in dynamic systems. Econometrica, 29, 111-138 (con Ando A.).
1962. A theory of the serial position effect. British Journal of Psychology, 53, 307-320 (con E.A. Feigenbaum).
1963. Economics and psychology. In H. Kochs (edt.) Psychology: A study of a science, vol. 6. Mc Graw-Hill Book, New York, 685-697.
1963. Human acquisition of concepts for sequential patterns. Psychological Review, 70, 534-546. (con Kotovosky K.).
1964. An information processing theory of some effects of similarity, familiarization, and meaningfulness in

verbal learning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*,3,385-396 (con Feigenbaum E.A.).

1965. The logic of rational decision.*British Journal of Philosophy of Science*,16,169-186.

1966. A chess mating combinations program,in *Proceedings of the Spring Joint Computer Conference*,Boston,Spartan Books,Washington,431-444 (con G.W. Baylor)..

1967. The logic of heuristic decision making;in N. Rescher (edt) *The logic of decision and action*,University of Pittsburg Press,Pittsburg,1-35.

1967. Motivational and emotional controls of cognition. *Psychological Review*, 74,29-39.

1967. An information-processing exploration of some perceptual phenomena. *British Journal of Psychology*,58,1-12.

1967. An information-processing explanation of one-trial and incremental learning.*Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*,6,780-787.(con L.W. Gregg).

1967. The business school:a problem in organization design. *Journal of Management Studies*,4,1-16.

1968. Rationality as process and as product of thought.*American Economic Review*,68,1-16.

1969. Information-processing analysis of perceptual processes in problem solving. *Psychological Review*,76,473-483 (con M. Barenfeld).

1969. *The Sciences of the Artificial*. MIT Press, Cambridge, Ma.

1972 *Human Problem Solving*.Prentice Hall,New York, (with A. Newell).

1972. Representation and meaning. Prentice-Hall,Englewood Cliffs,NJ (con Siklössy L.).

1972, *Theories of bounded rationality*. In C.B. McGuire and R.T. Radner , *Decision and Organization*, North-Holland Publishing Company,Amsterdam, 161-176.

1973. Mao's China. in 1972. *Items*.

1973. A simulation of memory for chess position. *Cognitive Psychology*,5,29-46 (con Gilmartin K.J.)

1973. Perception in chess.*Cognitive Psychology*,4,55-81,(con W.G. Chase).

1976. Computer science as empirical inquiry. *Communication of the ACM*,19,113-126 (con A. Newell).

1976. The understanding process:Problem isomorphs. *Cognitive Psychology*,8,165-190 (con Hayes J.R.).

1976. From substantive to procedural reationality. In S.J. Latsis (edt) *Method and appraisal in economics*. Cambridge University Press,Cambridge.

1977. *Models of Discovery : and other topics in the methods of science*. Reidel,Boston.

1977. *The new science of management decision*. Prentice-Hall,Englewood Cliffs.

1977. Liberal education in a technological society. *Focus*,6,1-4.

1978. On how to decide what todo.*Bell Journal of Economics*,9,494-507.

1978. Rationality as process and product of thought. *American Economic Review*.78,1-16.

1979. The theory of learning by doing.*Psychological Review*,86,124-140(con Y. Anzai).

1979. *Models of Thought*, Vols. 1 and 2. Yale University Press,New Haven.

1979. On parsimonious explanations of production relation. *Scandinavian Journal of Economics*,81,459-474.

1980. I shall be unable to accept your invitation. *Cronicle of Higher Education*,20,19.

1982. *Models of Bounded Rationality*, Vol.. 1 *Economic analysis and public policy*, MIT Press, Cambridge, Ma

1982. Accurate predictions and fixed point theorems: comments. *Social Science Information*,21,605-612;622-626.

1983. *Reason in Human Affairs*, Stanford University Press,Stanford.

1984. On the behavioural and rational foundations of economic dynamics. *Journal of Economic Behavior and Organization*,1,35-55.

1984. *Protocol analysis*. MIT Press, Cambridge,Ma,(con Ericsson K.A.).

1986 *Rationality in psychology and economics*. *Yhe Journal of Business*,59,209-224.

1986 *The failure of armchair economics*. *Challenge*,29,18-25.

1987 *Scientific Discovery: Computational explorations of the creative processes*. (P. Langley, G. Bradshaw & J. Zytkow).. MIT Press.,Cambridge,Ma. 1991. *Models of My Life*. Basic Books, New York.

1987. Eatwell J., Nilgate M. & Newman P. (edt.) *The new palgrave: A dictionary of economics*, Macmillan, London.

1987. Behavioral economics,in J. Eatwell et alii (op. cit.) 1,221-225.

1987. Bounded rationality,in J. Eatwell et alii (op.cit.) 1,226-268.

1987. Satisficing,in Eatwell et alii (op.cit.) 4,243-245.

1988. *Models of Bounded Rationality*, Vol.2. : *Behavioral economics and business organization*. MIT Press,Cambridge,Ma.

1988. *Unclad emperors.A case of mistaken identity*. *The Mathematical Intelligencer*.

1988-89. *Why economists disagree*. *Journal of Business Administration*,18,1-19.

1989. *Recogniziong,thinking ,and learning as information processes*. *Proceedings of the International Congress of Psychology*,Melbourne (con Jing Q.).

1989. *The state of economic science*,in W. Sichel (edt) *The state of economic science:Views of six Nibel Laureates*.U.I.E.R.,Kalamazoo,Mich.

1989. *Models of thought*,vol.2. Yale University Press,New Haven.

1991. *Organizations and markets*. *Journal of Economic Perspectives*,5,25-44.

1993. *Altruism and economics*. *The American Economic Review*,83,156-161.

1997. *An Empirically Based Microeconomics*. Cambridge University Press.Cambridge.

1997. *Models of bounded rationality*, Vol. 3. *Empirically gounded economic rason*. MIT Press, Cambridge, Ma.

link 15 esperienze

Osservazioni cliniche su un gruppo di caregiver di pazienti affetti dal morbo di Alzheimer

PAOLO SALOTTI, SERGIO CAVASINO



Osservazioni cliniche su un gruppo di caregiver di pazienti affetti dal morbo di Alzheimer

Assistere un paziente affetto da Alzheimer comporta per il caregiver un importante impegno personale sia di tipo emotivo che di tipo pratico-organizzativo. Gli autori in sintonia con la letteratura hanno attivato un gruppo di sostegno per caregiver utilizzando un gruppo chiuso in cui si è privilegiato l'ascolto e il supporto emotivo.

I risultati a distanza di nove mesi di attività sono stati soddisfacenti: il gruppo ha funzionato come luogo e strumento di supporto reciproco e di attivazione per i partecipanti. Le osservazioni riportate sono preliminari in quanto l'esperienza è tuttora in corso

SALOTTI PAOLO*, CAVASINO SERGIO**

I. FATTORI DI STRESS E STILE DI COMPORTAMENTO SPERIMENTATI DAL CAREGIVER NEL PAZIENTE AFFETTO DA ALZHEIMER

1. Reazioni emotive della famiglia

La diagnosi di Alzheimer rappresenta un evento stressante che obbliga al cambiamento e quindi ad un nuovo equilibrio tutta la famiglia del paziente. Tale cambiamento avviene seguendo delle fasi definite come fasi di adattamento della famiglia alla malattia. Come si può vedere nella tab. 1, l'adattamento alla malattia comprende normalmente nella sua evoluzione tre diversi momenti:

- la *fase di shock*, in cui la famiglia appare disorientata.
- la *fase di negazione e rifiuto* in cui vengono usati meccanismi che mettono a riparo la famiglia dalla sofferenza provocata dalla diagnosi.
- la *fase di accettazione* in cui la famiglia si impegna ad affrontare in modo coerente la nuova situazione.

All'interno di questo riequilibrio emotivo e organizzativo del nucleo si viene a definire, quasi sempre in modo automatico, chi si occuperà del familiare malato in maniera principale. Tale figura viene definita caregiver.

In Italia la maggior parte dei pazienti (circa l'80%) viene seguito in famiglia da un caregiver che nel 73,8% dei casi è donna e nel 65% dei casi è la moglie o la figlia (Manigrasso, Bernabei, 1998; Censis, 1999). Il caregiver riorganizza il proprio stile di vita intorno all'accudimento del congiunto e in alcuni casi ciò arriva fino a una perdita totale del proprio ruolo di persona al di fuori dell'accudimento. Questo fatto, quando si prolunga nel tempo, arriva ad incidere negativamente sulla sua salute psicofisica. Vari studiosi concordano nell'affermare che lo stress che deve sopportare il caregiver aumenta con l'aggravamento del paziente ed è superiore rispetto a quello del caregiver di malati terminali (per esempio: Baumgarten M, Battista R.N, 1992; Baumgarten M, et al., 1992; Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994; Zanetti O. et al., 1996; Livingstone G. et al., 1996; Brodaty H., Luscombe G., 1998). Infatti, nel corso dell'assistenza del paziente affetto da Alzheimer, che dura mediamente 6-7 anni, chi ha l'onere di accudirlo sperimenta vari stati emotivi quali:

- ansia e depressione;
- senso di colpa generato in coincidenza dello stadio avanzato della malattia, dalla

	SHOCK	NEGAZIONE	ACCETTAZIONE
REAZIONE EMOZIONALE	Vissuti di solitudine Blocco della capacità di pianificazione "Come mai proprio a noi?"	Negazione delle conseguenze degli eventi su tutti gli aspetti della vita fisica, mentale e sociale	Consapevolezza del dover rimodulare continuamente la propria organizzazione quotidiana Consapevolezza della perdita della relazione precedente alla malattia Ansia verso il futuro Ricerca di comprensione
BISOGNI FAMILIARI	Espressione dei propri sentimenti Ascolto Supporto	Ristrutturazione cognitiva Soppressione delle informazioni Assertività Monitoraggio dello stress	Elaborazione di informazioni Consapevolezza delle proprie capacità Costruzione di alternative Risposte a problemi specifici Accettazione delle conseguenze negative della malattia
Obiettivi funzionali per ciascuna fase di reazione di fronte ad un evento traumatico atti a promuovere l'adattamento.			
STRUMENTI DI ADATTAMENTO E INTERVENTI DI COPING	Espressione dei sentimenti Supporto	Stabilire una relazione di aiuto Rispetto della preoccupazione familiare Supporto Individuare e controllare possibili fattori di rischio	Ristrutturazione cognitiva Ricerca delle informazioni Problem solving Supporto emozionale pratico e spirituale

Tab.1: Stadi di reazione della famiglia e bisogni familiari di fronte ad un evento traumatico stressante (riadattata da: Power, 1991; Biondi, 1995).

necessità di dover ricoverare il parente malato per esaurimento di risorse;
• rabbia e senso di solitudine nell'accudimento.

2. Il ruolo come variabile critica della manifestazione dello stress del caregiver

Si è riscontrato che le differenti reazioni emotive variano nella espressione e nella intensità della loro manifestazione a secondo della tipologia del caregiver: marito, moglie, figlio, figlia, nuora (Mecocci, 1999). Nel caso che la figura del caregiver coincida con quella del *coniuge*, ciò comporta per quest'ultimo il dover assumere anche i ruoli e le funzioni che precedentemente erano del partner. Viene meno il ruolo di supporto svolto dalla condivisione all'interno del rapporto sostituita dalla dipendenza progressiva. Tali nuove responsabilità possono creare tensione emotiva e senso di solitudine in colui che assiste (Murray et al., 1999). All'interno della relazione coniugale un altro indicatore della qualità dello stress ricevuto dal caregiver è definito dal tipo di rapporto pre-esistente alla malattia (Mecocci, 1999), nel senso che più le dinamiche erano funzionali e maggiore risulta la facilità nell'accudimento. Nel caso che la figura del caregiver sia il figlio, quest'ultimo si trova a vivere un ruolo che non è il suo che lo estranea dalle sue abituali occupazioni e dal proprio mondo. Frequentemente questo comporta tristezza, rabbia e conflitto a causa della perdita di competenza prematura del genitore. Nel caso che la figura del caregiver sia svolta, invece, dalla nuora, il diverso vissuto emotivo nei confronti del paziente unito al basso potere decisionale nei confronti del malato rispetto alla sua famiglia, fa sì che essa sperimenti ulteriori tensioni che possono portarla fino al rifiuto del proprio ruolo assistenziale. Inoltre, si è evidenziato che la nuora caregiver appare spaventata dalla possibilità di dover rivivere tale ruolo a causa della familiarità della malattia nei confronti del proprio marito (Maheus S., Cohen C.A., 1996).

3. I bisogni del caregiver in relazione ai vari stadi della malattia

Assistere un malato con demenza è un'esperienza drammatica per la famiglia coinvolta e spesso possono insorgere vere e proprie crisi sia al livello emotivo, organizzativo che economico. Prendendo in considerazione nello specifico le tipologie di richieste e i problemi che in questa situazione sono posti al caregiver, si possono individuare

(Liscio, Cavallo, 2000) almeno tre grandi categorie in relazione ad altrettante fasi critiche della malattia quali:

- la *fase di esordio*: dalla diagnosi alla prima fase di adattamento;
- la *fase centrale*: si presentano disturbi del comportamento;
- la *fase terminale*: il paziente si aggrava e muore.

I bisogni della famiglia e in particolare del caregiver variano in relazione ai vari stadi della malattia.

Nell'insorgenza della malattia l'impegno del caregiver è prevalentemente di tipo emotivo, successivamente è anche di tipo pratico. Se il caregiver non è sostenuto da una adeguata rete sociale e se la relazione precedente con il parente malato non era caratterizzata da una buona intesa, questo può comportargli un "corto circuito" psicofisico (burn-out).

Nel *momento iniziale della diagnosi*, è prioritario per il caregiver (e per tutta la famiglia) comprendere il malato riconducendo i cambiamenti nella sua personalità ad espressione sintomatica diretta della malattia. Il caregiver necessita quindi di un sostegno rivolto prioritariamente alla comprensione del piano emozionale: accettazione della diagnosi, controllo della paura della ereditarietà della malattia con conseguente sensazione di pericolo individuale. In queste situazioni risultano anche utili informazioni semplici ma insieme chiare e precise sulla malattia (la natura, il decorso, le caratteristiche) e su come stimolare o aiutare il paziente.

Nella fase centrale della malattia, poi, *con il suo progredire* spesso si presentano anche i sintomi comportamentali che complicano terribilmente la convivenza con il malato per chi deve assisterlo. Tali disturbi comportamentali dei pazienti, quali per esempio, l'aggressività nei confronti dello stesso caregiver, i disturbi della condotta sfinterica, comportamenti di fuga, sono quelli che incidono in modo particolare sulle risorse assistenziali (organizzative ed emotive) del caregiver.

In questa fase risultano essere dei fattori critici sia *la relazione esistente tra il caregiver e il paziente* che *la risposta emozionale del caregiver tipica in particolari situazioni di crisi* quali quelli causati dall'osservare la persona cara perdere le proprie capacità e caratteristiche e dal verificare l'impossibilità di trovare atteggiamenti utili a gestire la situazione. Il caregiver in questi momenti è portato a sperimentare un forte senso di dolore e di impotenza. Diventa così fondamentale che egli possa acquisire consapevolezza e accettare sia le proprie emozioni nella relazione con il familiare malato (conflitto tra il prendersi cura e la difficoltà di reggere la fatica del carico assistenziale) che nuove possibili modalità comunicative in relazione a quelle utilizzate dal paziente. Per esempio per la possibile perdita del linguaggio verbale, diventa essenziale imparare a cogliere il significato dei messaggi non verbali, attraverso i quali il paziente comunica. In relazione a questa fase di aggravamento della malattia, al caregiver serve imparare a dare un senso ai comportamenti del paziente altrimenti incomprensibili o interpretabili in modo negativo nei suoi confronti (ira, dispetti, ecc.). Ciò anche per regolare dall'esterno le sue funzioni residue che altrimenti a causa della malattia tendono a disorganizzarsi più velocemente e in maniera progressiva. Questo significa trovare nuovi metodi per far fronte alle difficoltà.

Fondamentale appare anche il recupero del proprio spazio di vita autonoma in relazione al mantenimento delle energie psicofisiche funzionali all'accudimento.

Durante l'ultima fase della malattia al caregiver viene richiesta un'assistenza globale del malato. Si presenta anche il bisogno di affrontare la perdita della persona cara. Per il caregiver diventa così importante recuperare avvenimenti significativi ed emozioni provate nella fase precedente e, più tardi, in quella successiva alla morte del paziente. Dopo la morte del malato il caregiver a seconda delle sue caratteristiche individuali e della sua capacità di elaborazione del lutto, può sviluppare *depressione prolungata*, oppure, percependo di essere meno impegnato, aumentare le attività sociali e di svago e sviluppare una maggiore percezione di controllo sugli eventi (buon adattamento) (Pot et al., 1997).

4. I fattori di rischio e di protezione nell'andamento della malattia

Da quanto evidenziato il caregiver si dimostra una figura cruciale per il mantenimento della qualità di vita del paziente Alzheimer ma allo stesso tempo risulta

essere ad alto rischio riguardo alla propria qualità di vita e al mantenimento della propria salute mentale. La ricerca ha individuato alcuni fattori in grado di predire l'abbandono del ruolo da parte del caregiver (Whitlach et al., 1999). Tra essi vi sono i *disturbi comportamentali* del paziente, la *precedente sintomatologia depressiva* del caregiver, l'*uso di servizi assistenziali a domicilio*, il *ricorso al ricovero di sollievo*. In letteratura si evidenziano anche alcuni fattori che giocano un importante ruolo di supporto per il mantenimento di tali funzioni di assistenza.

In particolare risulta che il **benessere psicofisico** del caregiver rappresenta un fattore protettivo nei confronti della malattia (Mecocci, 1999). Questo, infatti, influenza in modo positivo l'andamento della malattia del congiunto. Un atteggiamento sereno da parte di colui che accudisce rende la relazione meno frustrante inducendo una maggiore tranquillità nel malato che tende a manifestare meno disturbi comportamentali come frequenza e severità (Vitaliano et al. 1993). Al contrario, una condizione di "distress" nel caregiver produce una maggiore frustrazione nel parente malato con possibile più rapido aggravamento della malattia stessa.

Un'ulteriore variabile riscontrata essere predittiva dell'andamento e della evoluzione della demenza è costituito dalla **rete sociale di supporto** (Lazarus, 1984). Questo significa che in assenza di supporto sociale (oggettivo e percepito) il caregiver sarà stressato dal punto di vista emotivo e sovraccaricato dalle incombenze pratiche e ciò avrà un effetto indiretto nell'evoluzione della demenza del congiunto.

II. POSSIBILI SUPPORTI – STRUMENTI DA UTILIZZARE CON I CAREGIVER PRINCIPALI DI PAZIENTI AFFETTI DA ALZHEIMER

In base a quanto affermato ne consegue che la valutazione, la gestione e l'intervento mirato alle esigenze del caregiver sono delle componenti del processo assistenziale finalizzato al contenimento della disabilità correlata alla demenza.

In letteratura (Burgeois, 1996) vengono descritte varie tipologie di intervento per ridurre l'impatto sui caregiver del carico emotivo ed assistenziale. Non risultano ancora linee guida che definiscano in modo inequivocabile *il numero*, la *frequenza* e la *durata* del trattamento, la *composizione del gruppo* e il *momento* dell'intervento (precoce, intermedio, tardivo, per tutta la durata del caregiving).

Per i caregivers sono programmate attività di natura psicologica per il sostegno individuale e di gruppo. In particolare si utilizzano:

- gruppi di sostegno aperti, almeno uno al mese;
- terapia di sostegno individuale nei momenti di crisi;
- piccoli gruppi di formazione per apprendere il significato della malattia e la capacità di gestire il paziente.

Nei gruppi di sostegno i caregiver sono orientati nella loro attività assistenziale e supportati psicologicamente nel loro compito.

1. Esperienza di gruppo di supporto per i caregiver principali

All'interno delle attività previste dal progetto CRONOS di assistenza con i pazienti affetti dalla sindrome di Alzheimer è nata la necessità, in sintonia con la letteratura scientifica internazionale, di organizzare un gruppo di sostegno con i "caregiver principali" per rispondere ai diversi bisogni emersi durante la fase diagnostica. Tale attività rientra tra l'insieme di interventi volti a migliorare l'assistenza e la qualità di vita della persona malata di Alzheimer, e nello specifico sono rivolti ai caregiver.

Il gruppo è stato costruito con i seguenti criteri e caratteristiche:

- incontri bimensili condotti da due psicoterapeuti relazionali;
- max otto e minimo quattro persone;
- gruppo *chiuso*: dove cioè non sono consentiti nuovi ingressi ad attività iniziata. Questa scelta è determinata dalla necessità di creare e mantenere in una fase iniziale di intervento un setting protetto che favorisca una più libera espressione delle emozioni dei partecipanti.

La scelta delle persone da inserire all'interno del gruppo di sostegno è avvenuta, invece, sulla base dei seguenti criteri:

- diagnosi di Alzheimer effettuata durante la fase di valutazione prevista nel progetto CRONOS;
- residenza nel comune di Viterbo delle persone interessate;
- segnalazione di rischi emotivi per il caregiver sulla base delle visite multidisciplinari effettuate presso il Centro Alzheimer dell'ospedale. Tutti i partecipanti sono coinvolti in prima persona in modo assolutizzante e globale nella gestione dell'evento malattia.

Tutte le persone individuate – con i criteri su esposti – sono state sottoposte ad un colloquio mirato a valutare:

- la motivazione personale;
- la concreta possibilità a partecipare all'attività.

Questo intervento si propone di raggiungere gli obiettivi seguenti.

Obiettivi generali

- Diminuire lo “stress” che provoca la condizione di assistenza ad un malato di Alzheimer.
- Migliorare la “qualità di vita” del caregiver stesso.

1. Obiettivi Iniziali

a. Creare un clima di accoglienza.

b. Acquisire elementi conoscitivi iniziali sulle seguenti caratteristiche personali di ogni partecipante:

- il grado di capacità di affrontare situazioni stressanti (stile di coping);
- lo stato di elaborazione dei vissuti emotivi inerenti la malattia del congiunto;
- la tipologia e numero delle risorse personali.

Queste informazioni sono fondamentali in quanto forniscono elementi utili per progettare, orientare e calibrare l'intervento nel gruppo (*processo di tailoring*).

c. Attivare e orientare scambi comunicativi diretti significativi e appropriati tra le persone nel gruppo.

d. Favorire a livello gruppale la libera espressione delle emozioni inerenti principalmente il vissuto relativo alla malattia del coniuge, creando “momenti catartici”.

2. Obiettivi Intermedi

Inerenti l'esperienza di gruppo:

a. consapevolezza dell'appartenenza ad un gruppo di riferimento in grado di soddisfare alcuni bisogni;

b. percezione della reciprocità dell'aiuto richiesto.

Inerenti la propria persona:

a. favorire l'entrare in contatto, il recupero e la manifestazione di parti integre dei partecipanti al gruppo;

b. permettere una destrutturazione di atteggiamenti emotivi e comportamentali di tipo disadattivo e disfunzionali;

c. attivare la riscoperta e riappropriazione tramite il gruppo delle parti funzionali e adattive;

d. integrare tali parti positive all'interno di tutta la personalità del soggetto;

e. consentire una riorganizzazione delle abitudini emotive nel quotidiano più funzionale e adattiva.

3. Obiettivi Finali

a. avere un buon contatto con la malattia;

b. attivare una buona organizzazione emotiva personale nel quotidiano;

c. rendere più funzionale e adattiva la relazione con l'ammalato (“mettersi al servizio senza esaurirsi” e imparare a stare bene con se stessi convivendo con la malattia del congiunto).

Sulla base degli obiettivi previsti si è ritenuto opportuno utilizzare le seguenti tecniche, considerate tra le più funzionali rispetto sia alla tipologia di utenti che alla natura delle problematiche ad esse connesse:

- tecniche comunicative;

- uso della fotografia;
 - allenamento all'assertività;
- Tali tecniche hanno la funzione sia di favorire l'espressione di aspetti emotivi che promuovere la comunicazione esperienziale.

2. Osservazioni cliniche e commenti dell'esperienza di gruppo

Si è notata una partecipazione assidua di tutti i membri e una buona coesione interna al gruppo evidenziatasi con una condivisione sia di aspetti inerenti il supporto pratico del familiare ammalato che una condivisione di vissuti emotivi relativi alla difficoltà dell'assistenza. Sin dalla prima seduta si sono presentati due caregiver (marito) con le rispettive mogli malate di Alzheimer. Pur non avendo specificatamente richiesto la partecipazione dei pazienti sia il gruppo che i terapeuti hanno accettato la loro presenza. Inoltre, due caregiver principali (moglie) si sono presentati accompagnati da un altro familiare (figlia). I diversi componenti del gruppo assistono il familiare malato in differenti stadi di gravità della malattia. Le attività e le tematiche affrontate nei primi quattordici incontri sono riportati nella Tab. 2.

Tab. 2. La storia del gruppo con caregiver di pazienti Alzheimer.

INCONTRO	CONTENUTO-ATTIVITÀ
1	Breve presentazione dei membri del gruppo; la storia della malattia; emozioni dei partecipanti relative alla malattia del congiunto; individuazioni dei cambiamenti nello stile di vita del caregiver legati alla malattia del congiunto; la scoperta all'interno del gruppo di un problema condiviso.
2	Emozioni ed aspetti pratici legati all'accudimento del congiunto: alcuni componenti del gruppo hanno esposto strategie mirate al superamento di problemi pratici e hanno espresso il relativo vissuto emotivo correlato al comportamento adottato.
3	Attraverso la storia di coppia si sono attivati i ricordi legati ad emozioni positive vissute con il proprio congiunto. Si è chiesto ai componenti del gruppo di portare per la seduta successiva delle fotografie che davano la possibilità di ripercorrere la loro storia di coppia.
4	Si è utilizzato "l'album dei ricordi" come strumento per far riemergere i vissuti emotivi relativi alla storia di coppia e familiare.
5	Il gruppo viene al quinto incontro con una richiesta condivisa: informazioni sulla malattia, vissuti relativi all'utilizzo dei farmaci e problematiche relative alla assistenza.
6	In questo incontro si è lavorato sulla valorizzazione delle risorse cognitive ed emotive residue del paziente.
7	Si è continuato a lavorare sugli stessi argomenti del precedente incontro, facendo esercitare il gruppo al riconoscimento delle abilità cognitive residue del paziente e su come attivarle e valorizzarle.
8	Il gruppo ritorna dopo l'estate chiedendo sia informazioni e rassicurazioni rispetto all'andamento della malattia, che suggerimenti su aspetti pratici relativi alla sua gestione oltre ad esprimere i propri vissuti emotivi rispetto alla malattia e al carico assistenziale ad essa correlata.
9	In questa seduta un componente porta il proprio vissuto relativo all'aggravamento e al senso di perdita del proprio congiunto.
10	L'esperienza della morte della moglie di un componente del gruppo.
11	Scambio di esperienze emotive legate all'accudimento della malattia: difficoltà personali nel controllo della regolazione degli sfinteri del malato.
12	Attivazione emozionale per rendere pensabile e possibile una nuova organizzazione di vita quotidiana. Supporto, rafforzamento e conferma ai caregiver per sviluppare la consapevolezza del proprio ruolo e di essere strumento fondamentale di supporto per il malato.
13	Apertura emotiva. Scambio e confronto di esperienze su alcune reali personali difficoltà quotidiane nella gestione della malattia.
14	Comunicazione dei vissuti emotivi di fatica nel rapporto con la malattia. Scambio e confronto di esperienze su aspetti quotidiani non connessi con la malattia ma con le proprie competenze professionali e personali. (lavoro e hobby)

Come si può notare, nei primi quattro incontri si è cercato di attivare la partecipazione dei singoli componenti dal punto di vista emozionale fornendo ascolto attivo, sostegno, riconoscimento dei bisogni, e favorendo l'espressione di emozioni negative e positive.

In queste prime sedute si è realizzato un processo comunicativo principalmente di tipo duale, che avveniva cioè tra ogni singolo partecipante e i conduttori del gruppo. Questo fatto può essere bene rappresentato, per esempio, da quello che è successo nella quarta seduta quando portando le foto della propria storia familiare, ognuno interagiva e faceva vedere le foto, con i relativi commenti e spiegazioni, soltanto ai conduttori e non agli altri. Lo stimolo fornito dai terapeuti di condividere visivamente con tutti i partecipanti le foto della propria vita familiare, facendole passare di mano in mano, ha consentito una prima attivazione di comunicazione circolare tra i componenti del gruppo. Inoltre, la rievocazione relativa ai primi momenti della coppia ha attivato in tutti dei ricordi piacevoli che hanno contribuito a creare un clima emotivamente ricco.

A partire da questo momento si è potuto notare nel gruppo un'allargamento progressivo della comunicazione con aumento anche delle interazioni tra i partecipanti tra loro.

Attraverso la sollecitazione a rievocare sentimenti ed emozioni del passato e del presente, il gruppo si è evoluto fino ad esprimere vissuti relativi ad aspetti emotivamente significativi riferiti alla sfera personale.

Tali aspetti coinvolgenti la sfera emotiva hanno riguardato in particolare la vita sessuale, i conflitti familiari, le strategie comportamentali e infine la tematica della perdita.

In particolare, è successo che nella terza seduta un componente ha raccontato la strategia da lui individuata, riguardante l'utilizzo di metodi apparentemente "coercitivi", di lasciare la moglie in macchina legata con la cinta di sicurezza nel parcheggio mentre lui andava a fare la spesa. Nella successiva discussione tenutasi nel gruppo si è valutata la funzionalità di questo comportamento sia rispetto allo svolgimento delle attività quotidiane che al miglioramento della qualità di vita della moglie; questo riconoscimento ha in parte placato i sensi di colpa che il marito provava a causa del suo comportamento vissuto come coercitivo.

Nella quinta seduta alcuni componenti hanno riportato difficoltà inerenti alla famiglia allargata riguardo in particolare le dinamiche dell'accudimento. Una parte di essi condivide comuni difficoltà nella gestione dell'assistenza in quanto prevalentemente soli anche nei momenti di emergenza sia personale che nei confronti del congiunto ammalato.

Nella nona seduta una partecipante ha portato alla attenzione del gruppo un vissuto relativo alla sua vita sessuale riguardante le richieste insistenti e continue del proprio congiunto a cui lei non sempre riusciva a sottrarsi.

All'interno della stessa seduta è stato focalizzato il tema della perdita per il sopraggiunto coma della moglie di uno dei partecipanti. Il gruppo ha sostenuto questa persona, mediante un ascolto attento, una attivazione verbale e non verbale rassicurante. Tale comportamento ha permesso l'espressione emotiva attraverso il pianto. Il clima emotivo che si è venuto a creare ha dato la possibilità alla persona di verbalizzare difficoltà nelle relazioni con i propri figli relativamente alla decisione presa con i sanitari di non continuare una terapia medica atta a mantenere in vita a tutti i costi la paziente. Nella seduta successiva lo stesso marito è venuto all'incontro, nonostante nel frattempo la moglie fosse deceduta. Il gruppo ha reagito accogliendolo in modo emotivamente caldo e lasciandogli spazio per esprimere i propri vissuti emotivi relativi all'evento luttuoso.

Nella quattordicesima seduta è avvenuto uno scambio comunicativo spontaneo nel quale un componente si è rivolto all'altro in funzione del ruolo professionale che questi svolgeva prima del pensionamento. Tale aspetto risulta particolarmente rilevante in quanto compare nel gruppo una interazione focalizzata sulle competenze e non sulla malattia. Vi è una attivazione delle parti positive dei componenti e ciò risulta essere un indicatore di passaggio da un assorbimento doloroso sulla malattia

ad una complessizzazione del vissuto, un nuovo contatto con se stessi e con la realtà in funzione di risolvere concreti e comuni problemi quotidiani.

Pur avvenendo una condivisione tra tutti di aspetti legati alla sfera più personale, i componenti con il familiare in uno stadio più avanzato di malattia hanno avuto di fatto più spazio all'interno del gruppo. In generale, quindi, da questa esperienza emerge una situazione di necessità di condivisione, di integrazione e di supporto che è direttamente proporzionale all'intensità dell'impegno e sforzo di accudimento. Il gruppo nei confronti di tutti i suoi membri ha, comunque, svolto una funzione:

- di informazione sui differenti aspetti e fasi della malattia.
- di modello («io faccio in questo modo») rispetto a determinati problemi e esigenze poste;
- di decentramento emotivo, relativizzazione e condivisione rispetto alla gravità della propria esperienza.

CONCLUSIONI

Questa esperienza fatta dagli autori con un gruppo a numero chiuso di partecipanti, seppure ancora incompiuta e in una fase di sperimentazione, ad una prima riflessione clinica si è rivelata utile principalmente per quanto concerne gli aspetti emotivi; alcuni indicatori iniziali ritenuti rivelatori di tali aspetti sono risultati essere: il buon grado di intimità e di supporto interno raggiunto tra i membri e il senso di appartenenza e di adesione verbalizzato.

In coerenza con gli obiettivi inizialmente posti e con la scelta di lavorare con un gruppo chiuso, gli elementi più pratici di accudimento hanno avuto minor spazio all'interno delle sedute.

Va considerato che gli obiettivi iniziali e una parte di quelli intermedi (senso di appartenenza, assunzione del gruppo come punto di riferimento, riattivazione di parti di sé funzionali) sono stati raggiunti, mentre relativamente ai rimanenti obiettivi e in particolare quelli finali, l'attività svolta con il gruppo è insufficiente al momento per trarre indicazioni significative.

In questa prima fase si è privilegiato lo strumento dell'*osservazione clinica*. Nell'approfondimento successivo dell'esperienza saranno utilizzate ulteriori metodologie valutative quali gli strumenti standardizzati che consentiranno anche di ottenere indici quantitativi delle variabili prese in considerazione per una migliore lettura e definizione dell'intervento.

In relazione all'ipotesi iniziale che prevede l'utilizzo del gruppo chiuso per meglio supportare gli aspetti emozionali del caregiver, all'interno del contesto istituzionale dove l'esperienza è nata, si sta valutando, inoltre, la possibilità di utilizzare il gruppo aperto come momento successivo in grado di meglio fornire supporto su aspetti più pratici e organizzativi all'interno della famiglia. Tali gruppi, in sintonia con varie esperienze attualmente riferite in letteratura, potrebbero essere a conduzione multidisciplinare e organizzati con una frequenza mensile.

* Dirigente U.O.S. Valutazione Psicologica – U.O.C Psicologia, AUSL Viterbo

** Dirigente U.O.S. Psicologia della Salute – U.O.C Psicologia, AUSL Viterbo

BIBLIOGRAFIA

- Amaducci L, Di Carlo A., 1996, La dimensione epidemiologica in una società che invecchia: la sfida delle demenze. Firenze: 41, Congresso Nazionale SIGG. *Giornale Gerontologia*, 44: 677-81;
Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, 1997, *Alzheimer in famiglia*. Roerig-Pfizer Ed;
Atti del Convegno, 1997, "Aspetti medici e sociali del morbo di Alzheimer", Udine, 25/11/95, Editore Roma;
Baldassarre G., 1995, "Il ruolo della famiglia nell'assistenza all'anziano non autosufficiente: problemi, risorse, proposte", *Giornale Gerontologia* Vol. 43: 303-311;
Bartorelli L., 1997, "L'assistenza all'anziano demente", *GIORN. GERONT.* Vol. 45: 599-604;
Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Gauthier S., 1992, "The psychological

and physical health of family members caring for an elderly person with dementia", *J Clin Epidemiol*, 45: 61-70;

Baumgarten M, Hanley JA, Infante Rivard C, Battista RN, Becker R, Gauthier S., 1994, "Health of family members caring for elderly persons with dementia", *Ann Intern Med*, 120: 126-32;

Berman L., 1999, *La fototerapia in psicologia clinica*, Erickson, Trento.

Brodady H., Luscombe G., 1998, "Psychological morbidity in caregiver in associated with depression in patients with dementia", *Alzheimer Dis Assoc Disord*, Jun, 12(6): 62-70;

Burgeois MS, Schulz R., Burgio L., 1996, "Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: a review and analysis of content, process, and outcomes", *Int J Aging Human Devel*, 43: 35-92;

Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994, "Canadian study of health and aging: study methods of prevalence of dementia", *Can Med Assoc J*, 150: 899-913.

Cattel C, Sgadari A, Bernabei R., 1998, "La malattia di Alzheimer: impatto familiare dell'assistenza", *Anziani Oggi*, 2-3, 53-55;

Censis, 1999, *La mente rubata. Alzheimer: i costi sociali e i bisogni assistenziali di una malattia familiare*, Franco Angeli, Milano.

Georgopoulos E., Luzzatti C., Cesa-Bianchi M., Agazzil D., Annoni G., Caputo L., Casartelli M., Vergani C., 1999, "Problematiche dei caregiver di pazienti con demenza di Alzheimer", *Giornale Gerontologia Vol. 47*: 104-105;

Grunfeld E, Glossop R, McDowell I, Danbrook RN., 1997, "Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers", *Can Med Assoc J.*, 157(8): 1101-5;

Liscio M., Cavallo M. C., 2000, *La malattia di Alzheimer. Dall'epistemologia alla comunicazione non verbale*, Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl;

Livingston G, Manela M, Katona C., 1996, "Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home", *BMJ*, 312: 153-6;

Manigrasso L., Bernabei R., 1998, "La famiglia del demente e la rete dei servizi", in M. Trabucchi (a cura di), *Le demenze*, Milano, Utet: 347-359;

Mecocci P., Pippi M., Senin U., 1999, "Il caregiver", *Giornale Gerontologia Vol. XLVII*: 449-455;

Ministero della Sanità, Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza, 2000, *Progetto, CRONOS: protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer*, Roma;

Murray J, Schneider J, Banerjee S, Mann A., 1999, "Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II - A qualitative analysis of the experience of caregiving", *Int J Geriatr Psychiatr*, 14: 662-667;

Organizzazione Mondiale della Sanità. Divisione di Salute Mentale, 1994, *Alzheimer's Disease International Chicago, "Alzheimer's Disease - Help for Caregivers"*. WHO, tr. it. "Vivere con un malato di Alzheimer", Fernando Folini Ed, 1996;

Pezzini A., Rozzini L., Bianchetti A., Trabucchi M., 1999, "Fattori in grado di influenzare la consapevolezza di malattia da parte dei caregiver di pazienti affetti da demenza di grado moderato", *Giornale Gerontologia Vol. 47*:97;

Pot AM, Deeg DJH, Van Dyck R., 1997, "Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: changes over time". *Aging Mental Health*, 1: 261-268;

Quesadal J.J., Calvani D., Valente C., Boni F., Trombaccia G., Fumagalli S., Bavazzano A., 1996, "Deterioramento cognitivo, disturbi del comportamento e dell'umore, stress del caregiver: studio su 68 pazienti", *Giornale Gerontologia Vol. 44*: 433-437;

Rapporto CENSIS, 1999, *Fondazione Censis*;

Whitlatch CJ, Friss Feinberg L, Stevens J., 1999, "Predictors of institutionalization for persons with Alzheimer's Disease and the impact on family caregivers", *J Mental Health Aging*, 5: 275-288;

Vitaliano P.P., Young H.M., Russo J., Romano J., Magana-Amato A., 1993, "Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with alzheimer's disease?", *J. Gerontol.*, 48, 202;

Zanetti O, Magni E, Sandri C, Frisoni GB, Trabucchi M., 1996, "Determinants of burden in an italian sample of Alzheimer's patient caregivers", *J Cross Cult Gerontol*, 1:17.

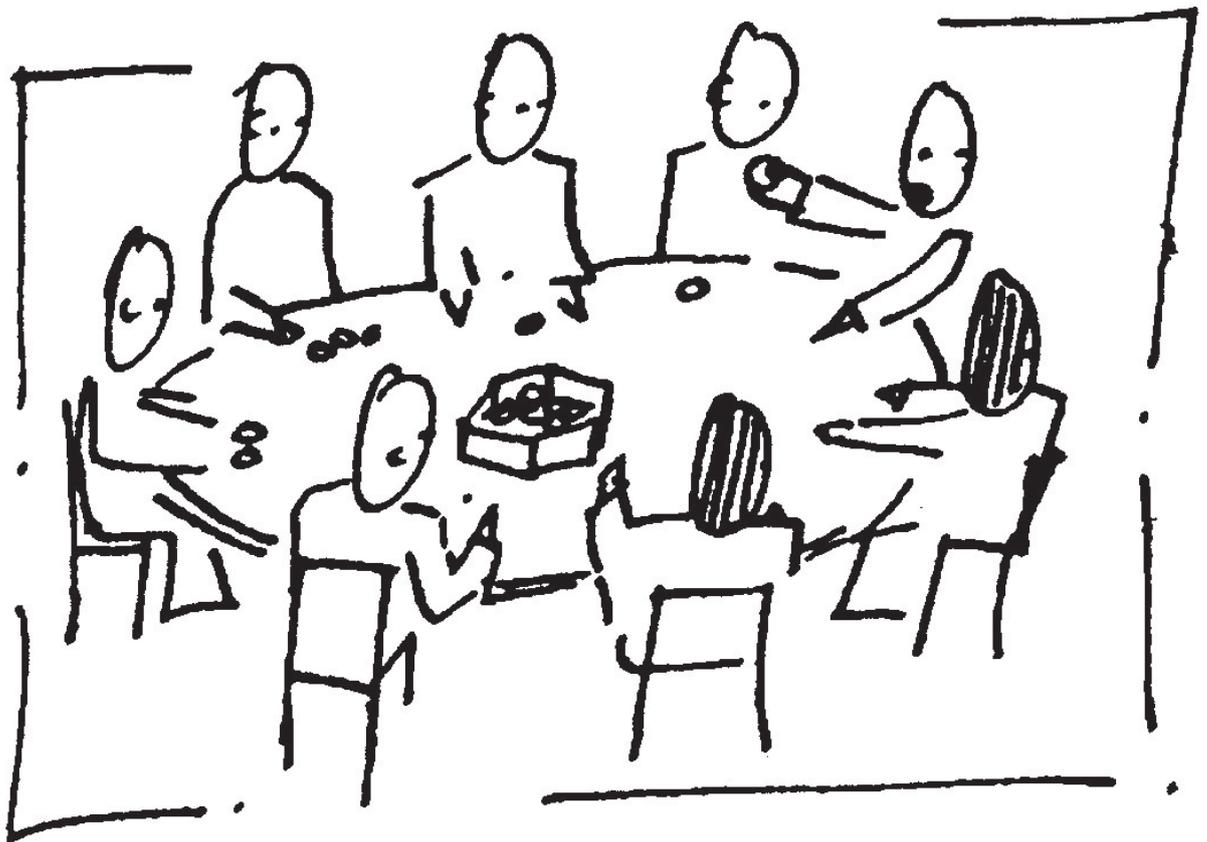
Clinical observation on a caregivers group who take care of patients suffering from Alzheimer disease

To assist a patient affected by Alzheimer's disease involves for caregiver an important personal engagement either of emotional or of practical-organizational type. The authors according to literature have activated a group of support for caregiver using a closed group where the listening and the emotional support have been in great consideration. After nine months of activity the results are satisfactory: the group has worked as a place and an instrument of mutual support and also of activation for the participants. The reported observations are preliminary because the experience is still in course.

link 15 strumenti

**Standard europeo delle competenze
nell'utilizzo di tests e strumenti
psicometrici**

A CURA DI VITO TUMMINO



Standard europeo delle competenze nell'utilizzo di tests e strumenti psicometrici

A CURA DI VITO TUMMINO

Pubblichiamo una sintesi del rapporto presentato all'assemblea dell'EFPA ad Oslo nel luglio 2009 dal gruppo di lavoro europeo dello Standing Committee of Tests and Testing dal Coordinatore Dave Bertram

La Federazione Europea delle Associazioni degli Psicologi (EFPA) aveva fondato a Roma, nel 1999, una nuova commissione sulla valutazione dell'uso dei test, la SCTT (Standing Committee on Tests and Testing), che dovesse portare avanti il precedente lavoro avviato dalla Task Force fondata nel 1995-1999, ovvero l'organizzazione e la promozione di azioni mirate a migliorare l'utilizzo dei tests psicologici in Europa.

Gli obiettivi specifici che l'assemblea dell'E.F.P.A. di Roma aveva assegnato alla SCTT comprendevano:

- Elaborazione di parametri di accreditamento per professionisti e strumenti psicometrici, come ad esempio la creazione di uno standard professionale europeo, che garantisca la qualifica per l'utilizzo di un test;
- Stesura delle Linee Guida sull'uso, la traduzione e l'adattamento dei Test presentate al Congresso di Oslo del 2009;
- Valutazione degli adattamenti europei degli standard americani concernenti test di natura psicologica e scolastica.

Nello specifico, tre sono le attività e i progetti che in questi anni si sono avviati:

1. ISO 10667: da Marzo 2007 elaborazione di uno standard internazionale per l'assessment nei contesti lavorativi ed organizzativi che riprenda quelli già in uso in Germania, Paesi Bassi, Svezia, Stati Uniti, Austria, Danimarca, Norvegia, Spagna.
2. Secondo sondaggio europeo sull'atteggiamento verso i test da parte degli psicologi, condotto a partire dal 1999, per sondare se lo standard professionale richiesto risulti aver subito dei cambiamenti ed eventualmente in quale direzione; il risultato è atteso entro il finire dell'anno 2010, per l'*ICT Conference* ad Hong Kong o per lo *IAAP Congress* di Melbourne.
3. Sviluppo di procedure per accreditare a livello europeo di certificazioni di competenze inerenti l'uso di specifici test valide a livello nazionale: è dal 2007 che una commissione di quindici esperti, rappresentanti le differenti associazioni nazionali, ha stilato una lista dei criteri necessari e sufficienti, raggruppati in tre aree in cui sono specificate le abilità, conoscenze e competenze richieste.

È stato inoltre proposto di fondare uno *Special Register* che si basi sui criteri previsti dal Livello 3: quest'ultimo costituirebbe cioè il parametro che permetterebbe di distinguere gli psicologi specializzati nelle procedure di assessment, sia nel mondo del lavoro che in quello della salute o dello sviluppo; premessa per accedere a questo grado è che uno psicologo abbia i requisiti richiesti per *Europsy* (European Diploma in Psychology).

Proposte per la Certificazione nell'Uso dei Test

La riunione della Commissione Esecutiva, tenutasi in data 15 Aprile 2009, ha definito che:

1. il Gruppo di Lavoro avvierà uno studio pilota che coinvolgerà Regno Unito, Norvegia e Svezia, ovvero i tre Paesi che attualmente stanno assegnando certificazioni nell'uso dei test conformi agli standard dell'EFPA. Tale lavoro, la cui partenza era prevista per Agosto 2009, si dovrà focalizzare sull'implementazione del Livello 2, ed eventualmente su quella del Livello 1 nell'area dei contesti lavorativi;
2. nel contempo, obiettivo della SCTT sarà di delineare le competenze per il Livello 3, al fine di avviare lo *Special Register* di esperti;
3. l'elaborazione dei criteri dello *Special Register* dovranno essere sviluppate da un gruppo di Lavoro comprendente esperti da tutti i Paesi rappresentati nell'EFPA;

Certificazioni nell'Uso dei Test: Compiti futuri

Obiettivi futuri saranno:

- Stabilire la Commissione Europea per il riconoscimento del titolo.
- Portare avanti e documentare le procedure per accreditare le attuali qualifiche in Gran Bretagna, Norvegia e Svezia.
- Fornire supporto per lo sviluppo delle stesse in Danimarca e Paesi Bassi.
- Fornire supporto a tutti i paesi che dovessero richiedere la partecipazione al progetto.
- Stabilire il Gruppo di Lavoro che collabori nella definizione dello *Special Europsy Register*, con specifica attenzione alle sue possibili implicazioni nelle aree della salute e dell'educazione.
- Stabilire il corrispettivo del titolo proposto con la *European Qualifications Framework*.
- Impegnarsi nella ricerca di fondi europei che garantiscano l'attuabilità dell'intero progetto.

EFPA: LIVELLO INTERMEDIO DELLA PREPARAZIONE DI UN TESTISTA (LIVELLO 2)

Un professionista che intenda agire a questo livello:

- dovrà possedere una comprensione delle caratteristiche tecniche e psicometriche dello strumento sufficienti per il suo uso, ma non per la sua costruzione;
- potrà lavorare in una gamma ristretta di setting;
- dovrà possedere conoscenze e abilità utili a interpretare un numero limitato di test.

Nello specifico, i contesti in cui il possessore di tale qualifica dovrebbe essere in grado di operare comprendono i seguenti:

1. Testare gli individui per:
 - selezione e assunzione
 - assestamenti organizzativi
 - identificazione delle aree carenti e/o problematiche
 - altri scopi organizzativi
2. Testare i gruppi per:
 - sviluppo del team
 - verifica delle competenze
 - altri scopi organizzativi
3. Testare metodi:
 - misure di massima performance (es.: test di abilità)
 - misurazione dei valori normativi (es.: test di personalità)
4. Testare le modalità amministrative e gestionali:
 - individuali o di gruppo
 - multimediali
 - online
5. Partecipanti:
 - somministratore dello strumento testale
 - rappresentanti organizzativi
 - responsabile delle assunzioni
 - direttore generale
6. Stakeholder, persone interessate al processo e ai suoi risultati:

- individui
- organizzazioni
- responsabili delle assunzioni
- consulenti nei processi valutativi

7. Modalità operativa:

- computerizzata
- cartacea.

CRITERI RICHIESTI PER LA QUALIFICA

Un esperto qualificato deve compiere una valutazione del candidato, verificandone la competenza in relazione a diversi, specifici standard e ai differenti, per valutarlo idoneo ad operare senza una guida o per specificare la necessità di una continuata supervisione.

I diversi criteri per la valutazione del candidato andranno vagliati tenendo come riferimento la seguente griglia di punteggio:

0: non ancora competente, anche per un'eventuale insufficiente evidenza.

1: in grado di praticare, però ancora sotto supervisione.

2: competente e in grado di lavorare autonomamente in una gamma precisa di contesti.

Linee guida sull'uso dei test di "Best Practice" e griglia sulle abilità e competenze

Performance richiesta

1 Responsabilità etica nell'uso dei test

- | | |
|------------------------------------|--|
| standard 1.1 | <p>Agire in maniera etica e professionale</p> <p>Promuovere e mantenere standard etici e professionali</p> <p>Invitare anche colleghi e collaboratori ad aderirvi</p> <p>Condurre la restituzione dei risultati con la dovuta sensibilità nei confronti del soggetto</p> <p>Evitare le situazioni in cui il test potrebbe arrecare danni alla relazione col cliente</p> |
| standard 1.2 | <p>Assicurarsi di avere la competenza necessaria per l'uso di un test</p> <p>Conoscere accuratamente la teoria e le caratteristiche psicologiche dello strumento</p> <p>Essere consapevoli dei limiti delle proprie conoscenze e competenze, agire entro tali limiti</p> <p>Tenersi aggiornati sugli sviluppi del metodo col quale si utilizza lo strumento</p> <p>Mantenere standard di competenza personali elevati</p> <p>Tenersi aggiornati sulle applicazioni in ambito legale e legislativo</p> |
| standard 1.3 | <p>Fare un uso responsabile del test</p> <p>Offrire esclusivamente servizi per i quali si è qualificati</p> <p>Assumersi la responsabilità della scelta dello strumento da usare</p> <p>Informare adeguatamente i soggetti che si sottoporranno al test circa i suoi fondamenti etici</p> <p>Accettare i doveri e le responsabilità previste dai codici legali ed etici</p> <p>Ottenere un preventivo consenso informato da parte del soggetto che si sottoporrà al test</p> <p>Fare attenzione a eventuali conseguenze non previste e non desiderate</p> <p>Evitare di creare stress in riferimento alla situazione testale</p> |
| standard 1.4 | <p>Custodire il materiale al sicuro</p> <p>Controllare l'accesso al materiale</p> <p>Rispettare la legislazione sul copyright</p> <p>Mantenere l'integrità fisica del test</p> <p>Evitare l'accesso pubblico al materiale</p> |
| standard 1.5 | <p>Assicurare al cliente un uso confidenziale dei risultati</p> <p>Specificare preventivamente chi avrà accesso ai risultati</p> <p>Spiegare ai soggetti i propositi di riservatezza prima della somministrazione del test</p> <p>Limitare l'accesso ai risultati a coloro che ne abbiano il diritto</p> <p>Ottenere il consenso dell'interessato prima di divulgare i risultati ad altri</p> <p>Proteggere i dati, anche quelli in formato elettronico</p> <p>Rimuovere nomi o fattori di riconoscimento negli archivi con scopo di ricerca</p> |
| 2 Fare un buon uso del test | |
| standard 2.1 | <p>Valutare l'utilità potenziale di un test in fase di assessment</p> <p>Basare la scelta dell'impiego di un test su una reale analisi delle richieste del cliente</p> |

- Stabilire che i costrutti rilevati siano realmente importanti
 Considerare come le varie fonti di informazione possano essere integrate
- standard 2.2 Scegliere il test appropriato per la situazione
 Esaminare il range di test potenzialmente rilevanti per ottenere un'informazione prima di selezionare il test
 Considerare quali test sono appropriati per il contesto
 Scegliere test di cui si hanno a disposizione informazioni che ne garantiscano l'appropriatezza (validità, standardizzazione, accessibilità, etc.)
 Accordare le parti in causa sulla scelta del test
 Rispondere alle eventuali richieste dei clienti sulla scelta del test con informazioni sufficienti
- standard 2.3 Concordare sugli usi dei risultati garantendo la sicurezza al soggetto
 Approcciare con imparzialità lo strumento
 Evitare l'uso di stereotipi nella selezione e interpretazione
 Valutare eventuali potenziali bias per contesto e condizioni, in funzione dei gruppi che saranno testati
 Verificare che ci sia evidenza di validità nel supportare la scelta di utilizzo del test, che non risenta di bias verso gruppi, contesti, culture e linguaggi
 Interpretare le linee guida del test in funzione della politica locale
 Apportare opportuni aggiustamenti per persone affette da disabilità
 Assicurarsi che venga utilizzato e valutato con imparzialità
- standard 2.4 Analizzare ed interpretare i punteggi in base al principio dell'equità
 Analisi ed interpretazione dei risultati appropriati
 Produrre interpretazione dei risultati che tenga conto del contesto, delle condizioni, dei metodi e dei modi di somministrazione del test, delle sue qualità tecniche.
 Scegliere gruppi normativi di riferimento adatti
 Scegliere scale e punteggi rilevanti per lo scopo
 Considerare interpretazioni alternative ragionevoli
 Produrre un'interpretazione dei risultati che tenga conto delle informazioni ottenibili da altre fonti o metodi di assessment
 Dare considerazione alle evidenze su gruppi demografici specifici
 Tenere in considerazione l'impatto di esperienze precedenti al test
 Evitare iper-generalizzazioni sui risultati di un test
 Assicurarsi che conclusioni non valide non derivino dal paragone con punteggi normativi non rilevanti o troppo datati
 Tenere in considerazione le differenze individuali o gruppalì per le procedure standard di somministrazione
 Produrre relazioni appropriate nell'interpretazione e con il dovuto riguardo per le qualità tecniche
- standard 2.5 Comunicare agli altri i risultati in maniera chiara e accurata
 Identificare le persone di rilievo alle quali si potrebbero legittimamente riportare i risultati
 Discutere i risultati con il soggetto in maniera supportiva e costruttiva
 Accordarsi con eventuali terze persone su conseguenze rilevanti
 Comunicare i risultati ai destinatari convenuti
 Fornire una relazione scritta o orale per le parti ritenute di rilievo, con il consenso informato del soggetto e dei rappresentanti legali
 Usare una forma e una struttura per la relazione appropriate al contesto di assessment
 Assicurarsi che il livello tecnico e linguistico della relazione sia appropriato per il livello di comprensione dei destinatari
 Spiegare come l'importanza dei risultati del test possa essere pesata in relazione alle altre informazioni ottenute sulla persona
 Specificare che i risultati del test rappresentano una sola fonte di informazione e che dovrebbero quindi essere considerati in concomitanza con altre informazioni
 Quando opportuno, specificare i possibili utilizzi dei risultati ottenuti
- 3 Seguire regole di Best Practice nell'utilizzo e la gestione del test**
- standard 3.1 Compiere i preparativi necessari alla somministrazione
 Fornire preventivamente all'utente informazioni circa gli scopi e i possibili usi dei risultati
 Fornire indicazioni sull'eventuale preparazione ottimale alla somministrazione
 Fornire eventuale materiale di preparazione
 Spiegare chiaramente agli utenti i loro diritti e le loro responsabilità
 Ottenere il consenso informato dal soggetto prima della somministrazione
 Spiegare, qualora la scelta di utilizzo del test risulti opzionale, possibili conseguenze nel farlo o non farlo

	<p>Compiere i preparativi pratici per preparare la sessione</p> <p>Assicurarsi che il luogo sia confortevole</p> <p>Assicurarsi che lo staff coinvolto sia competente</p> <p>Informare il soggetto del contesto e delle condizioni</p> <p>Preparare il materiale del test</p> <p>Apportare opportune modificazioni per testare persone con disabilità</p>
standard 3.2	<p>Somministrare il test correttamente</p> <p>Accogliere il soggetto positivamente, cercando di ridurre la sua ansia</p> <p>Mostrargli appropriata assistenza laddove mostrasse segni di particolare di stress</p> <p>Compiere la procedura di somministrazione come specificato nel manuale</p> <p>Osservare domande, problemi o aspetti personali che emergono durante la sessione</p> <p>Osservare e registrare deviazioni dalle procedure</p> <p>Aderire strettamente alle direttive del manuale, apportando le dovute modifiche per persone con disabilità</p>
standard 3.3	<p>Assicurarsi la custodia del materiale al termine della somministrazione</p> <p>Calcolare attentamente i risultati</p> <p>Rispettare attentamente le procedure standardizzate</p> <p>Derivare i punteggi dalle procedure documentate</p> <p>Utilizzare le scale di conversione e le procedure di screening per punteggi difficilmente interpretabili</p> <p>Fornire indicazioni sulle norme e le scale usate</p>

CONOSCENZE E COMPETENZE RICHIESTE

Le conoscenze possono essere valutate utilizzando metodi convenzionali, e quindi una vasta gamma di tecniche – scelta multipla, risposte brevi, domande aperte, etc. Le abilità dovrebbero essere invece valutate attraverso l’osservazione di una performance in una situazione reale o di role-playing.

Un esempio di griglia di valutazione sia per le conoscenze che le abilità potrebbe essere quella proposta di seguito:

1. La persona dovrebbe essere consapevole del significato del costrutto e saperne fornire una definizione.
2. La persona dovrebbe capire l’importanza e la rilevanza del costrutto e del concetto che esso esprime, ed essere in grado di esplorarlo in qualche suo aspetto.
3. La persona dovrebbe essere capace di lavorare col concetto o costrutto in modo critico.
4. La persona dovrebbe avere una conoscenza del costrutto che derivi da un lavoro profondo di comprensione.

1. CONOSCENZE E ABILITÀ RICHIESTE PER L’UNITÀ 1 (dal livello 1 di base a 4 elevato)

Livello richiesto

Teorie, modelli e principi di:

Metodo scientifico e approccio basato sull’evidenza	3
Standard etici e professionali	4
Principi di buona condotta nell’uso del test, tra cui:	3
Consenso Informato	3
Privacy	4
Principi etici nella relazione col cliente	3
Contratto psicologico tra il soggetto e altri coinvolti nel processo	3
Rispetto della politica del testo	3
Impatto dei fattori socio-culturali o economici sulle possibili conseguenze non previste	3

Fatti, dati e informazioni circa:

Consapevolezza delle proprie competenze, dei limiti e della qualifica	3
---	---

Aggiornamenti su:

Metodi di testare e uso generale del test nel campo occupazionale	3
Usi specifici del test	4
Sviluppi rilevanti nella legislazione e nella politica del test	3

Codici legali, contrattuali ed etici

ITC Linee-guida sull’uso del test	3
-----------------------------------	---

ITC Linee-guida sull'uso combinato col supporto del computer o di internet	2
EFPA Metacodice etico	2
Linee-guida locali e nazionali riferite all'uso dei test	3
Leggi e codici inerenti la protezione dei dati personali e dei diritti del soggetto	
Legislazione sulla protezione dei dati	3
Rischi associati a diverse modalità di archiviazione dei risultati	3
Codici di buona pratica nella gestione dei dati personali	3
Legge di copyright e relative restrizioni sulla distribuzione del materiale	3
Leggi e codici inerenti le pari opportunità, la discriminazione diretta e indiretta	2
Sviluppare la capacità di contrattare in maniera efficiente di fronte a difficoltà di varia natura	2
Metodi, tecniche e procedure riguardanti:	
Garantire la sicurezza del materiale cartaceo o informatico	3
Garantire la sicurezza del materiale protetto da copyright	3
Garantire l'anonimato dei dati	3
2. ABILITÀ FONDAMENTALI	
Di ricerca e studio, per mantenersi aggiornati:	
Apprendere dall'esperienza	3
Autoriflessione	3
Autoconsapevolezza	3
Sviluppo di competenze specifiche in relazione a diversi test	3
Capacità di instaurare e mantenere coi partecipanti relazioni professionali appropriate	
Stipulazione del contratto	2
Rispetto della politica del test	2
Capacità comunicative	
Capacità di adattare il livello della comunicazione, tenendo conto dei bisogni e della sensibilità del soggetto	3
Abilità di presentare i risultati in maniera bilanciata ed equilibrata	3
Procedure di custodia del materiale testale	3
Procedure di custodia dei dati e dei file	
3. CONOSCENZE E ABILITÀ RICHIESTE PER LE UNITÀ 2 E 3	
Concetti di tratti latenti, punteggi veri e errori di misurazione	
	3
Teorie e modelli psicometrici:	
Teoria Classica dei test	3
Affidabilità e validità	3
Norme e standardizzazione	3
Bias	3
Teorie e modelli psicologici su:	
Abilità cognitive	2
Personalità	3
Motivazione	2
Comportamenti, credenze e valori	2
Altri costrutti misurati nel test in questo contesto	2
Teorie e modelli inerenti l'applicazione del test nei contesti lavorativi	
Teoria dell'utilità, costi benefici e rischi associati a diverse modalità di valutare coi test	2
Competenze nel contesto lavorativo	3
Abilità di gestione	2
Sviluppo personale	3
Scelta della carriera	2
Selezione e reclutamento	3
Dati e informazioni circa:	
Differente tipologia di scale (normative e ipsative) e formati di risposta agli item (scelta obbligata o aperta) e loro effetti sull'interpretazione dei punteggi alle scale	3
Metodi, tecniche e procedure inerenti:	
Analisi delle necessità in fase di assessment	
Analisi del lavoro e dei compiti	3

Analisi delle competenze richieste	2
Conoscenze per l'uso di test specifici	
Basi teoriche e concettuali	3
Limiti sull'uso o nell'interpretazione	3
Conoscenza delle scale e loro possibile uso	4
Caratteristiche dei gruppi normativi di confronto	4
Guida sull'uso e l'interpretazione dei punteggi alle diverse scale	4
4. ABILITÀ FONDAMENTALI	
Analisi delle necessità in fase di assessment	
Collegare il lavoro alle peculiarità dei soggetti	2
Integrare il test in una più ampia procedura di assessment	3
Comunicare con persone derivanti da background e circostanze differenti	3
Competenze interpersonali	3
Somministrazione del test	
Gestione del materiale	3
Amministrazione generale	3
Abilità generiche di gestire eventuali problemi non previsti	3
Abilità di somministrazione legate a possibili diverse condizioni e tipologie di test	3
Gestione dei file e dei risultati	3
Procedure di verifica per eventuali errori di trascrizione	3
Test scoring	
Uso delle chiavi di valutazione	4
Conversione dei punteggi grezzi in punteggi standardizzati	4
Calcolo di eventuali punteggi composti, utilizzando formule ed equazioni standard	3
Uso delle tavole normative	4
Pattern di risposta aberranti	3
Abilità generali nell'interpretazione del test	
Il possibile impatto dell'assessment sul soggetto	3
Il possibile impatto delle modalità di somministrazione sui risultati	3
Il possibile impatto dell'ansia sulla performance al test	3
Abilità nell'interpretazione specifica dello strumento	3
Comunicazione orale e scritta	2
Costruzione della alleanza	3
Stesura di una relazione	3
Fornire dei feedback	4
Integrare i risultati del test con altri risultati dell'assessment per la relazione	
Mettere insieme e documentare i punteggi con gli altri dati	3
Collegare i punteggi ad altre informazioni che derivano da misurazioni dello stesso costruito	3
Abilità di cooperazione	2
Abilità di valutazione	3

The European Test User Standards for test use in Work and Organizational settings

Are the outcome of a two-year project undertaken jointly by EFPA (European Federation of Psychologists' Associations) and EAWOP (European Association of Work and Organizational Psychologists) during the period 2003 to 2005. The standards have been developed to provide the basis for qualifications in test use; furthermore, they are intended to provide a general European level benchmark against which local national qualification systems can be compared. In 2007 the EFPA Executive Committee adopted a revision to the 2005 Version of the Standards for Test Using and established a Working Group, which has produced a set of detailed recommendations concerning the procedures that need to be followed for accreditation and detailed specifications of these standards. The Working Group included representation from the UK (Patricia Lindley), Norway (Sverre Nielsen), Sweden (Mattias Lundberg) and Denmark (Anne Thrane). The Convenor of the Standing Committee on Tests and Testing is Prof. Dave Bartram.

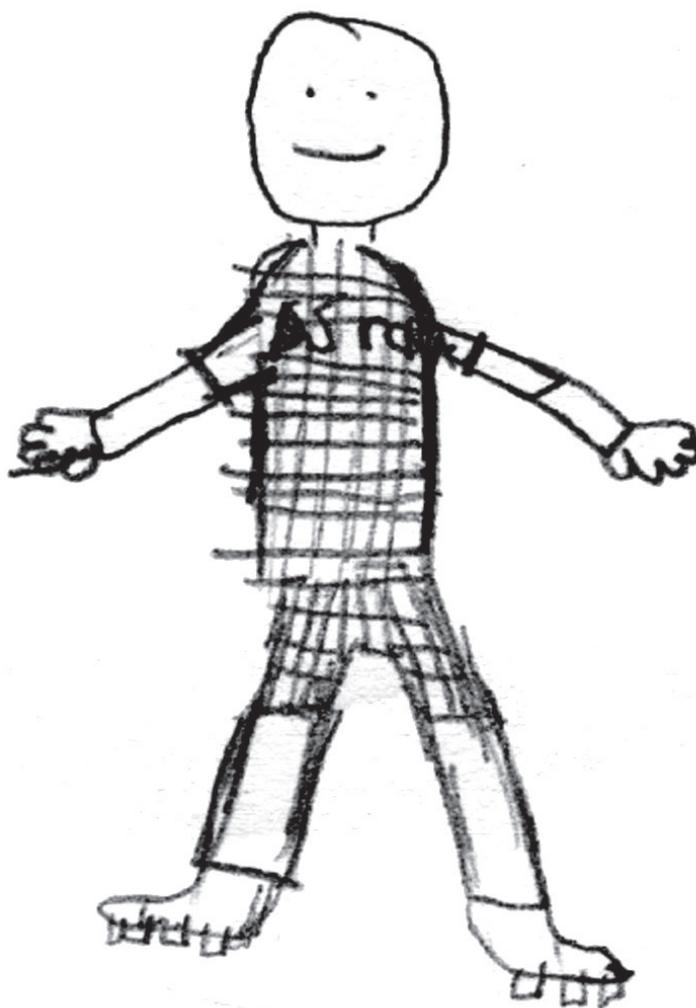
.link 15 ricerche

Le istruzioni di sicurezza a bordo degli aerei. Uno studio psico-sociale

MARIA LUNA VIGANÒ

Il bullo e la vittima: un'indagine grafodinamica

ISABELLA ZUCCHI



Le istruzioni di sicurezza a bordo degli aerei: uno studio psico-sociale

In questo lavoro è stata studiata la comprensione delle carte di sicurezza degli aerei, dei documenti progettati con lo scopo di fornire le necessarie informazioni sui comportamenti da tenere sull'aereo e sulle eventuali procedure da mettere in pratica in situazioni d'emergenza. Le tematiche generalmente trattate nelle carte di sicurezza degli aerei comprendono le informazioni sulle uscite d'emergenza, sui movimenti da compiere per raggiungere le uscite, sull'utilizzo dell'equipaggiamento d'emergenza e la posizione da assumere in caso di ammaraggio o atterraggio forzato (Caird, J.K. et al., 1997). Nell'affrontare il tema della comprensione delle carte di sicurezza facciamo riferimento all'unica ricerca svolta da Caird, Wheat, McIntosh e Dewar (1997)

MARIA LUNA VIGANÒ*

Questi autori hanno studiato l'efficacia dei fogli di sicurezza sugli aerei nel trasmettere le istruzioni e le informazioni utili in caso d'emergenza, partendo dal presupposto che per aumentare questo tipo di conoscenze sia utile e vantaggioso migliorare la comprensibilità delle carte di sicurezza. Nella ricerca americana sono state valutate dodici tematiche raffigurate con le immagini delle carte di sicurezza, ognuna delle quali veniva rappresentata in tre versioni prese da tre compagnie aeree differenti. Il compito di ogni soggetto era quello di determinare il significato di ogni figura descrivendo le tematiche rappresentate. I risultati di questa ricerca dimostrano che le immagini nelle carte di sicurezza non riescono a svolgere la funzione di linguaggio universale di sicurezza, poiché i livelli di comprensione di queste carte si sono rilevati bassi, nonostante una buona parte dei soggetti avesse avuto esperienze precedenti di volo e possedesse una buona cultura.

La presente ricerca ha avuto come obiettivo l'analisi delle caratteristiche delle carte di sicurezza, effettuata grazie all'utilizzo della tecnica di analisi del contenuto di venti fogli sicurezza di venti compagnie. Per lo studio di questo tipo di documenti è necessario tenere presente l'insieme dei fattori che influenzano la percezione e il riconoscimento dei dispositivi segnaletici di sicurezza in generale, tra i quali ritroviamo la presenza di simboli pittorici e le caratteristiche dei soggetti stessi che si apprestano ad osservare questi tipi di messaggi. In particolare, i simboli pittorici nei dispositivi segnaletici di sicurezza aumentano la salienza (Young, S.L., Wogalter, M.S., 1988), aumentano la probabilità di notare le istruzioni di sicurezza (Young, S.L., Wogalter, M.S., 1988), portano ad un incremento nella memoria dei pericoli descritti nel segnale (Young, S.L., Wogalter, M.S., 1988) e facilitano la comprensione dei rischi (Dewar, R.E., 1999).

Tra le caratteristiche dei soggetti che influenzano la comprensione delle istruzioni di sicurezza troviamo le variabili demografiche (età, cultura/etnia, genere) e le variabili esperienziali (familiarità e training).

Metodologia, materiali

Sono state raccolte venti carte di sicurezza di venti compagnie aeree con lo scopo di fare un raffronto tra le diverse formulazioni di questi fogli. Queste carte appar-

tengono tutte a compagnie aeree differenti, eccetto un caso (quello dell'Alitalia), di cui abbiamo due versioni, una del 1986, e l'altra del 2001, che ci permettono di fare un confronto tra le due formulazioni fatte in anni differenti.

Metodo

Per analizzare le carte di sicurezza è stata utilizzata la tecnica di analisi del contenuto, cioè l'insieme delle procedure di scomposizione analitica e di classificazione dei testi e di altri insiemi simbolici, cui è possibile fare ricorso per studiare fatti di comunicazione.

Nello specifico il tipo di analisi non è linguistico, ma extra-linguistico, e il contenuto viene preso in esame nella sua globalità, utilizzando una scheda d'analisi appositamente progettata e costruita, del tutto simile ad un questionario articolato in più aree problematiche.

Procedura

La raccolta delle venti carte di sicurezza degli aerei è stato il primo passo del lavoro di analisi, seguito dalla stesura di una prima scheda d'analisi che è stata "testata" prima della raccolta dei dati.

Il pre-test è stato effettuato su un piccolo numero di unità scelte tra quelle successivamente sottoposte ad analisi, con lo scopo di individuare eventuali voci mancanti o superflue, e possibili inesattezze nella formulazione e nella successione delle voci della scheda di analisi del contenuto.

Dopo il pre-test, col quale è stata verificata l'adeguatezza dello strumento progettato, si è arrivati alla stesura definitiva della scheda di analisi del contenuto, che è stata utilizzata per analizzare le venti carte di sicurezza e per raccogliere i dati in una tabella di sintesi (Tabella 1.).

Risultati

Dalla matrice di dati ottenuta dall'analisi delle singole carte di sicurezza è stata calcolata la media, la moda e la deviazione standard dei valori delle seguenti variabili: numero di lingue, numero di segnali, numero di vignette, numero di colori, numero di tematiche e numero di vignette utilizzate per raffigurare ogni singola tematica. Tra i risultati più rilevanti si osserva che la media dei colori utilizzati nelle carte di sicurezza è di quattro, mentre la Britannia e la China Eastern utilizzano le foto per descrivere i contenuti. A questo proposito, in sedici casi su venti la modalità di rappresentazione utilizzata è il disegno, in due casi (descritti sopra) le foto, in un caso il fumetto (Neos) e in uno il disegno virtuale (Alitalia 2).

Tra le tematiche affrontate, la rappresentazione del velivolo con le rispettive uscite d'emergenza è sempre presente.

Le tematiche che vengono descritte con il maggior numero di vignette sono "uscite" e "salvagente", mentre le tematiche "apparecchiature elettroniche", "non fumare", "posizione d'atterraggio", "bagaglio a mano", "luci" ed "evacuazione" sono quelle per le quali in media vengono utilizzate 0,70 vignette.

Questo risultato è confermato dal fatto che il numero di vignette utilizzate più frequentemente per le tematiche "apparecchiature elettroniche", "non fumare", "posizione d'atterraggio", "bagaglio a mano", "luci" ed "evacuazione" è, in circa il 75% delle venti compagnie aeree, vicino allo zero, quindi nella maggior parte delle carte di sicurezza analizzate queste tematiche non vengono affrontate.

Per quanto riguarda l'Alitalia le due versioni analizzate presentano delle differenze sostanziali, sia per dimensione della carta, sia che per il sistema di rappresentazione disegno verso disegno virtuale.

Tre compagnie (Air One, Dolomiti e Gandalf) utilizzano il maggior numero di segnali che vanno a descrivere diverse situazioni: non usare apparecchiature elettroniche, decollo e atterraggio, atterraggio forzato, togliere scarpe con tacchi alti, sentiero luminoso per raggiungere le uscite, ammaraggio e due tipi di segnali per le uscite di emergenza.

In tutte le carte di sicurezza, tranne il caso della Sas, sono presenti segnali di divieto, ma questi non vengono rappresentati seguendo le caratteristiche dei segnali di peri-

Tab. 1 Risultati riassunti di tutte le analisi condotte sulle venti carte di sicurezza.

COMPAGNIA	ANNO	N LINGUE	N SEGNALI	VIGNETTE	COLORI	CINTURE
Aliblu	2001	5	4	11	5	1
Alisarda	NI	2	4	25	3	0
Pegasus	NI	4	8	31	4	4
British	NI	11	7	18	5	1
Sabena	NI	1	6	33	5	0
Gandalf	NI	5	7	37	4	8
Ryanair	NI	1	6	26	5	2
Britannia	NI	5	3	29	Fo	3
Dolomiti	NI	5	9	29	3	4
Neos	2002	2	2	6	4	1
Europe	NI	3	3	24	3	4
Alitalia 1	1986	13	6	33	3	2
Alitalia 2	2001	1	7	33	6	4
SAS	NI	1	0	35	6	4
Olympic	NI	6	2	18	4	1
Air One	2005	2	9	32	6	4
My Way	NI	3	3	24	3	4
China Eastern	2002	2	6	41	Fo	3
Dragon Air	NI	2	6	20	7	3
Lloyd Boliviano	NI	2	3	22	3	2
Mediana		3	6	27,5	4	3

COMPAGNIA	ANNO	POS ATTERRAGGIO	BAGAGLIO	LUCI USCITA	EVACUAZIONE
Aliblu	2001	0	0	0	0
Alisarda	NI	0	0	0	0
Pegasus	NI	0	0	0	0
British	NI	0	0	0	0
Sabena	NI	4	0	0	0
Gandalf	NI	0	0	0	0
Ryanair	NI	0	0	0	0
Britannia	NI	0	2	2	2
Dolomiti	NI	0	0	2	0
Neos	2002	0	0	0	0
Europe	NI	0	0	0	1
Alitalia 1	1986	0	1	0	2
Alitalia 2	2001	2	0	0	0
SAS	NI	1	0	0	4
Olympic	NI	0	1	0	0
Air One	2005	0	0	2	0
My Way	NI	0	0	0	1
China Eastern	2002	1	4	2	0
Dragon Air	NI	1	0	0	2
Lloyd Boliviano	NI	0	1	2	2
Mediana		0	0	0	0

COMPAGNIA	ANNO	OSSIGENO	SALVAGENTE	POSIZ. EMERGENZA	USCITE
Aliblu	2001	1	1	1	7
Alisarda	NI	4	8	1	12
Pegasus	NI	4	7	3	12
British	NI	1	2	1	13
Sabena	NI	4	9	1	12
Gandalf	NI	4	8	1	15
Ryanair	NI	3	6	4	10
Britannia	NI	3	8	1	8
Dolomiti	NI	0	6	4	13
Neos	2002	1	1	1	2
Europe	NI	4	8	1	3
Alitalia 1	1986	4	8	4	12
Alitalia 2	2001	4	9	1	13
SAS	NI	5	8	2	11
Olympic	NI	4	1	2	8
Air One	2005	4	8	1	12
My Way	NI	4	8	1	3
China Eastern	2002	4	10	5	9
Dragon Air	NI	4	5	1	4
Lloyd Boliviano	NI	1	4	1	8
Mediana		4	8	1	10,5

colo in generale. Ad esempio, nel caso di divieto di fumare, questo viene disegnato in due modi diversi, a volte utilizzando il tipico cerchio con la sbarra diagonale posta a 45°, altre volte sostituendo il cerchio con un quadrato.

Per quanto si riferisce alla variabile colori utilizzati, a parte Britannia e China Eastern che utilizzano le foto, il minor numero di colori utilizzati è di tre e il maggiore di 7. È importante notare che nonostante le più o meno grosse differenze tra le carte di sicurezza, una cosa che le accomuna tutte è la presenza delle rappresentazioni del velivolo e delle rispettive uscite d'emergenza, fondamentale per avere un'idea della struttura globale dell'aereo, e nella maggioranza dei casi vengono rappresentate le tematiche 'cinture' (18 su 20), ossigeno, (19 su 20), "salvagente" (20 su 20), e "posizione d'emergenza".

Conclusioni

Dall'analisi del contenuto delle venti carte di sicurezza si osserva che i segnali e simboli di sicurezza sono fondamentali per una comunicazione esauriente del messaggio, tanto che si ipotizza che l'utilizzo di una sola lingua per descrivere le vignette rappresentate sia sufficiente per far comprendere il messaggio.

Le cinque tematiche che devono essere affrontate per una comunicazione esauriente sono: cinture di sicurezza, maschera d'ossigeno, salvagente, posizione d'emergenza e uscite d'emergenza.

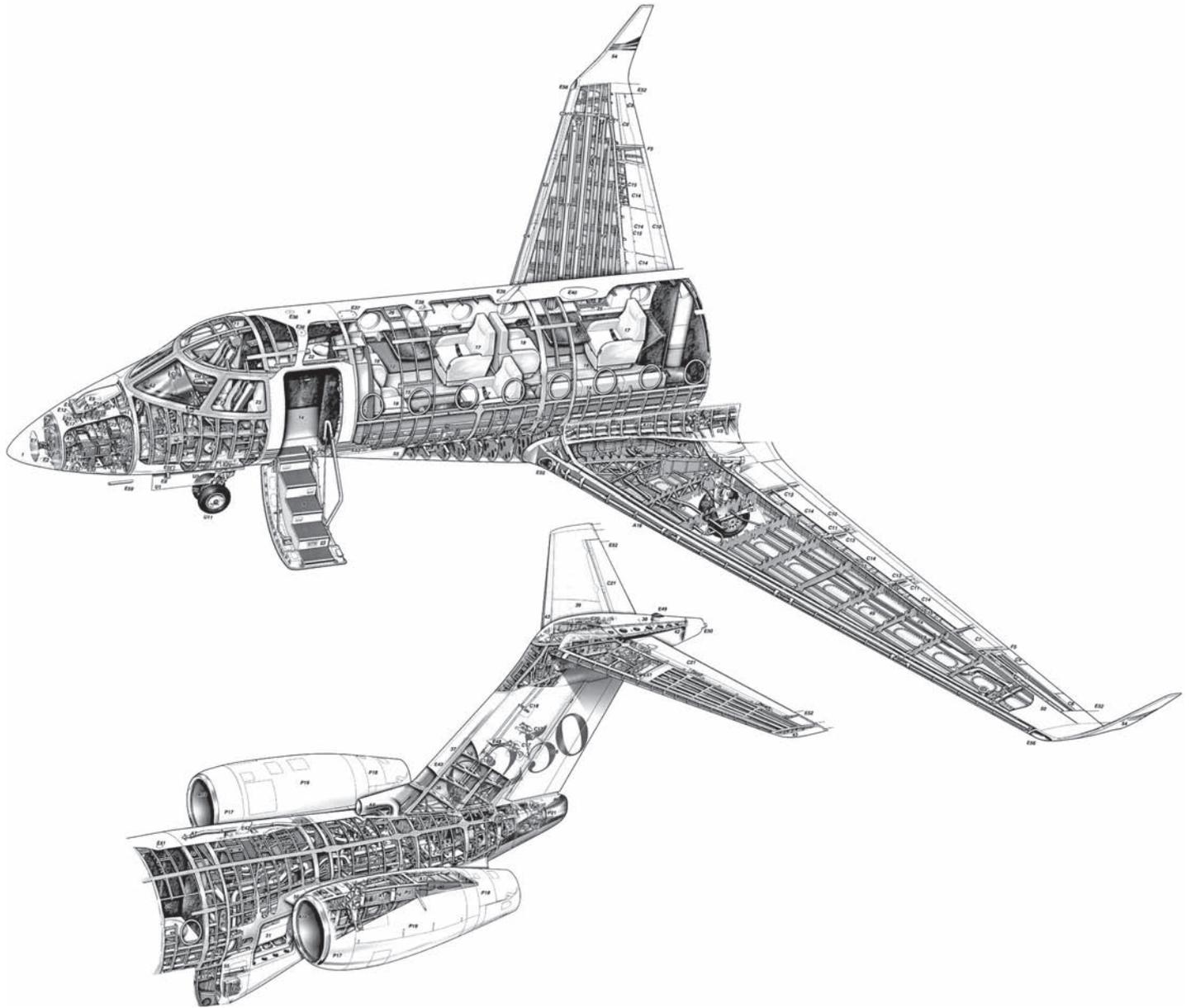
Allo stesso modo deve essere rappresentato il velivolo con le rispettive uscite d'emergenza.

Tutte le carte sono progettate in base al presupposto che i passeggeri siano soli di fronte al pericolo o all'emergenza, ma pensiamo sia utile riconoscere che le evacuazioni d'emergenza sono dei comportamenti collettivi nei quali ci sono due tipi di comportamenti sociali, i comportamenti istituzionalizzati e l'aspetto socio-culturale di questi ultimi, nel quale rientrano i comportamenti dei gruppi e della folla. Nelle prossime ricerche sarebbe utile tenere in considerazione il "fattore sociale" quando si tratta la tematica "evacuazione d'emergenza".

* Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

- Cahill, M. C., (1975). Interpretability of Graphic Symbols as a Function of Context and Experience Factors. *Journal of Applied Psychology*, 60, 376-380.
- Caird, J. F., Wheat, B., McIntosh, K. R., Dewar, R. E., (1997). The comprehensibility of airline safety card pictorials. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 41st Annual Meeting*, Santa Monica, pp. 801-805.
- Davies, S., Haines, H., Norris, B., & Wilson, J. R. (1998). Safety pictograms : are they getting the message across? *Applied Ergonomics*, 29 (1), 15-23.
- Easterby, R. S., & Hakiel, S. R. (1981). Field testing of consumer safety signs: The comprehension of pictorially presented messages. *Applied Ergonomics*, 12, 143-152.
- International Organisation for Standardization (1979). *ISO 7001: Public information symbols index, survey and compilation of the single sheets*. Geneva, Switzerland: Author.
- Liu, Y. C., (2005). A simulated study on the effects of information volume on traffic signs, viewing strategies and sign familiarity upon driver's visual search performance. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 35, 1147-1158.
- Losito, G., (1993). *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Molina, C., (1973). *L'uomo e l'ambiente di lavoro*. Milano: Etas Kompass.
- Shieh, K. K., Huang, S. M., (2003). Factors affecting preference ratings of prohibitive symbols. *Applied Ergonomics*, 34, 581-587.
- Wogalter, M. S., Conzola, V. C., Smith-Jackson, T. L., (2002). Research-based guidelines for warning design and evaluation. *Applied Ergonomics*, 33, 219-230.
- Wogalter, M. S., Racicot, B. M., Kalsher, M. J., Simpson, S. N., (1994). Personalization of warning signs: the role of perceived relevance behavioural compliance. *Int. Ind. Ergonomics* 14, 233-242.
- Wolff, J.S., Wogalter, M.S., 1998. Comprehension of pictorial symbols: effects of Context and test method. *Human Factors* 40, 173-186.
- Young, S.L., Wogalter, M.S., 1990. Comprehension and memory of instruction Manual warnings: conspicuous print and pictorial icons. *Human Factors* 32, 637-649.



Security instructions on the planes: a psycho-social research

The aim of the present study is to test the clarity and the comprehensibility of airline safety cards. At this purpose we have collect and analyzed the safety cards of twenty different companies, and then we have summarize the principal features of these documents in an analysis template.

From this analysis, we have found out the issues that must be used to provide exhaustive safety information: safety belts, life belt, mask of oxygen, emergency position, emergency exits. Besides, it must be always present the representation of the aircraft with the respective exits of emergency.

The results show that the virtual drawing used by "Alitalia" is the best representation, while the comic strip the worse one.

Mereover, among the four analyzed issues (safety belts, position of emergency, life belt, mask of oxygen), "position of emergency" is the more problematic thematic in comprehension, therefore it needs a new planning.

Il bullo e la vittima: un'indagine grafodinamica

Sulla personalità di bulli e vittime e sulla loro relazione numerose ricerche hanno evidenziato aspetti significativi. In particolare, vorrei presentare alcune osservazioni rilevate attraverso un'indagine grafodinamica su scritte e disegni di bulli e vittime. Il linguaggio grafico è una forma di espressione della personalità che può aprire finestre interessanti sulla struttura temperamentale e sulle relazioni che coinvolgono bulli e vittime. Il metodo dell'osservazione grafodinamica, utilizzato in alcuni progetti sperimentali, ha permesso di raccogliere risultati a favore della prevenzione del fenomeno del bullismo e informazioni di interesse interdisciplinare

ISABELLA ZUCCHI *

Dall'aggressività al bullismo

L'aggressività è una conseguenza complessa di una serie di fattori interagenti e l'atteggiamento aggressivo è in relazione a determinati rapporti interpersonali, da cui derivano specifiche condizioni a livello di strutture e di modi di funzionamento della personalità, con vincoli biologici (Zucchi, 2000, 2004). Il concetto di aggressività è stato riconsiderato da diversi punti di vista, specie in rapporto al bullismo (Laurenzano e Rosa, 2009; Esposito, 2009; Zanetti, 2008).

"Aggressività è un concetto convenzionale a carattere descrittivo, non esplicativo" (Jervis, 1997, p. 286). Si può considerare l'aggressività come un risultato di una serie di eventi complessi, *come un insieme di 'schemi di risposta' cognitivo-comportamentali* (Jervis, 1997) elaborati dall'individuo durante la propria esistenza in relazione all'ambiente, ma essendo anche considerato un *atteggiamento emozionale di base*, costituisce un *fattore regolatore* che subentra nella costruzione delle relazioni interpersonali. L'influenza che ha il modello socio-culturale sull'aggressività fa sì che essa sia non solo una tematica personale, ma anche sociale (Muschitiello, 2008; Zanetti e al., 2009; Gini, 2005).

Sono state individuate diverse manifestazioni, in quanto *le forme di aggressività variano a secondo delle situazioni*. Eccone una sintesi:

- La reazione aggressiva come risposta ad un'aggressione subita appare comprensibile, anche se bisogna valutarne l'intensità.
- L'aggressività tipica di situazioni di gioco e sportive è considerata rituale, perché la competizione la implica.
- Le azioni di ostilità messe in atto per far soffrire, in maniera diretta e distruttiva (Civita, 2007; Cappelletti, 2007);
- Le forme aggressive che possono manifestarsi in forma fredda e predeterminata o in forma calda, cioè con atti incontrollati.
- Esiste un'aggressività esercitata in gruppo. "Bullismo è la traduzione letterale della parola *bullying*, termine inglese usato nella letteratura internazionale per connotare il fenomeno delle prepotenze tra pari in un contesto di gruppo" (Menesini, 2000, p. 24).
- Le prepotenze si differenziano in *dirette* e *indirette*. Le prime sono manifestazioni di evidente prevaricazione nei confronti della vittima e possono essere sia *fisiche*

(colpi, spinte, pugni, calci, rompere le cose) sia *verbali* (minacce, offese, parolacce ingiuriose, prendere in giro); le seconde sono più nascoste, sottili, talora difficilmente rilevabili e potenzialmente dannose per la sfera socio-relazionale (Menesini, 2003; Genta e al., 1996), come nell'esclusione dal gruppo o con la diffusione di calunnie su un compagno. La prepotenza è la regola del bullismo (Gini, 2005; Mariani, 2005; Buccoliero e Maggi, 2005).

I comportamenti prepotenti sono connotati da potere e desiderio di intimidire e dominare. Distinguere le aggressioni dirette dalle indirette ha permesso di cogliere alcune differenze legate alla variabile sesso: nei maschi sembrano prevalere le prepotenze dirette e fisiche, nelle femmine si riscontrano più spesso quelle indirette. Distinguere le manifestazioni aggressive è importante ai fini della comprensione del bullismo (Esposito, 2009; Lazzarin, 2008; Baldry, 2004).

Considerando gli aspetti evolutivi del comportamento aggressivo, è stato riscontrato che ci sono differenze nel modo di manifestarlo a seconda dell'età, ma divenendo un comportamento aggressivo stabile porterebbe il soggetto a formarsi un ruolo in cui si riconosce e viene riconosciuto, dando il via a pericolosi circoli viziosi, che alimenterebbero aspettative e conferme (Menesini, 2003).

Fin dall'infanzia, attuando programmi di prevenzione del disagio evolutivo, si possono individuare situazioni a rischio. Spesso nel bambino le dinamiche dell'aggressività si intrecciano con paure e inquietudini che sfociano in vissuti ansiosi: per affrontare queste situazioni può essere utile il supporto di una favola (Calabretta, 2009; Sunderland, 2006).

Alla luce di nuovi studi che lo hanno inserito in prospettive metodologicamente rigorose, *il temperamento si conferma come variabile significativa e vincolo importante, anche se l'ambiente resta una variabile che può smussare o enfatizzare le tendenze (Colonna Vilasi, 2008; Filippi, 2008; Keogh, 2006).*

Secondo Anna Oliverio Ferraris (2008), l'aggressività fa parte della natura umana, ma la violenza può essere tenuta sotto controllo fin dall'infanzia: è questa la tesi da cui parte per affrontare il bullismo giovanile. Quindi le fasi evolutive ed il contesto familiare e sociale di riferimento incidono sullo sviluppo dell'aggressività e delle sue modalità caratterizzanti (Field, 2005), ma il temperamento si pone in primo piano come un cruciale fattore predisponente, che incide sul grado di rischio relativo allo sviluppo di comportamenti aggressivi.

Un altro dato, emerso da recenti ricerche, sfaterebbe la convinzione che i maschi siano più aggressivi delle femmine: come più avanti precisato, le 'bulle' possono essere molto aggressive e la cronaca ne registra l'aumento.

Non può essere un solo fattore a determinare lo sviluppo di comportamenti aggressivi, da bullo, ed a renderli un abituale *modo* di essere di un soggetto: è il risultato derivante da dinamiche complesse che operano durante l'evoluzione della personalità, per questo è importante la prevenzione (Schiralli e Mariani, 2007).

Sulla definizione di bullismo

Per 'bullismo' si intende un comportamento mirato a far del male o danneggiare qualcuno o qualcosa, che può persistere a lungo, abbattendo progressivamente le capacità di difesa delle vittime (Besag, 1989; Rigby, 1996).

È stato Olweus (1978), nei suoi lavori pionieristici, ad assumere l'idea che il bullismo fosse riferibile sia al gruppo, sia all'individuo. Secondo Arora (1996), nelle prime definizioni l'enfasi veniva posta in particolare sulle modalità fisiche e verbali e solo successivamente si è riconosciuta l'importanza delle modalità di prevaricazione indirette o psicologiche. Un primo riconoscimento, in tal senso, si riscontra nella definizione di Olweus (1978) secondo cui «il bullo è un individuo, per lo più maschio, che spesso opprime e molesta i compagni. I bersagli di queste azioni possono essere ragazzi o ragazze. L'attacco può essere sia fisico, sia mentale». Menesini (2004) sottolinea che il limite presente in questa definizione è il riferire il comportamento esclusivamente ai maschi.

Il bullismo si verifica soprattutto nel contesto scolastico (Lodolo D'Oria, 2009; Cassol, 2009; Baldassarre, 2008; Menesini, 2003; Sharp e Smith, 1995), ma anche in altri

Fin dall'infanzia, attuando programmi di prevenzione del disagio evolutivo, si possono individuare situazioni a rischio. Spesso nel bambino le dinamiche dell'aggressività si intrecciano con paure e inquietudini che sfociano in vissuti ansiosi: per affrontare queste situazioni può essere utile il supporto di una favola

I bulli pensano che l'aggressività possa essere positiva poiché aiuta ad ottenere ciò che si vuole e tendono a giustificare il proprio comportamento assumendo atteggiamenti di indifferenza e scarsa sensibilità morale verso la vittima; il bullo si caratterizza per comportamenti aggressivi sia verso i compagni che verso gli adulti, infine presenta un forte bisogno di dominare e oltre a prendere l'iniziativa nell'aggre-dire la vittima è anche capace di istigare altri compagni a farlo

luoghi di aggregazione frequentati abitualmente da coetanei, essendo un fenomeno spesso associato al gruppo di appartenenza (Sauro e Manca, 2006).

Chi è il bullo?

Olweus (1993) raffigurò i bulli come ragazzi, per lo più maschi, più forti fisicamente o psicologicamente rispetto ai compagni, con un'elevata autostima e favorevoli verso la violenza, incapaci di empatia per la vittima. I bulli pensano che l'aggressività possa essere positiva poiché aiuta ad ottenere ciò che si vuole e tendono a giustificare il proprio comportamento assumendo atteggiamenti di indifferenza e scarsa sensibilità morale verso la vittima; il bullo si caratterizza per comportamenti aggressivi sia verso i compagni che verso gli adulti, infine presenta un forte bisogno di dominare e, oltre a prendere l'iniziativa nell'aggre-dire la vittima, è anche capace di istigare altri compagni a farlo (Menesini, 2000).

Il bullo ha spesso un'ottima capacità di compenetrazione psicologica dell'altro, è molto intuitivo e non di rado presenta una creatività originale, quindi sa scegliere la vittima più predisposta a farsi coinvolgere. È un soggetto prevalentemente intelligente, capace di essere rapido nel fare associazioni, nel dedurre, nel cogliere lo stato d'animo altrui e i punti deboli dell'altro. Tende spesso a ricercare attenzioni che lo confermino in un ruolo di potere, di leader.

Non sempre c'è un rapporto stretto tra bullismo e basso rendimento scolastico.

La qualità delle prestazioni cala quando il bullo percepisce la scuola come 'oggetto' da attaccare, allora presenta anche problemi di condotta ed ostilità verso gli insegnanti.

Il bullo in una prospettiva grafodinamica

Qui di seguito, il caso di un ragazzo bullo-vittima di terza media, che veniva strumentalizzato da un compagno bullo. Il bullo-vittima (fig.1), 13 anni, era plagiabile, molto emotivo, ma assumeva atteggiamenti spavaldi, divertendosi a provocare il compagno più forte, 14 anni (fig.2), con battute verbali che stuzzicavano la suscettibilità di quest'ultimo. Però il bullo, intuitivo e rapido nell'agire, riusciva a portarlo a compiere atti, alcuni gravi, quali vandalismi a scuola, da cui lui ne usciva indenne, mentre la vittima subiva le conseguenze. Il caso (emerso da uno screening effettuato nelle scuole del territorio) richiese un'azione educativa mirata a stimolare la positività di entrambi e a modificare le modalità di affermazione, guidandoli a riorganizzare le difese dell'Io.

Fig. 1

che fantasticavo su come sarebbe stato il mio futuro ma la vita è stata ingiusta con me. All'epoca avevo un sogno, quello

Fig. 2

DITORNAI DE VIRO E CHIESI A CUESIA DONA IN CHE ANNO ERAVAMO E LEI MI RISPOSE CHE ERA IL 2018 A CUEL MI SPAVENTAI UN DOLORE E DA V. ANDAI FUORI MI CUELA NUOVA ERA F

La famiglia del bullo

Già Olweus (1993) aveva messo in rilievo che frequentemente il clima relazionale familiare era caratterizzato da ostilità: i genitori non accettavano in pieno il figlio ed i loro modelli educativi erano autoritari, violenti, incoerenti. L'incoerenza dei genitori porterebbe il bambino a non riuscire a prevedere le loro reazioni e a "guardare

le azioni degli altri con gli occhi del paranoide: atteggiamenti o parole innocenti vengono scambiate per offese rivolte alla propria persona e quindi, meritevoli di una punizione. Ciò spiega i numerosi attacchi ingiustificati dei bulli contro uno o più coetanei e il loro senso di ostilità verso l'esterno" (Menesini, 2000, p. 27). Secondo le ricerche, *il modello familiare coercitivo e incoerente riguarderebbe la gran parte dei casi di soggetti bulli-vittime, cioè di quei ragazzi che presentano un profilo ambivalente con atteggiamenti provocatori, in grado di irritare i compagni, di cui però possono diventare le vittime.*

Ecco un esempio in cui due immagini grafiche sono rappresentative di due fasi diverse: appartengono a un bambino di 5 anni, III anno scuola dell'infanzia.

Fig. 3



Nella figura 3 è riportato un suo disegno spontaneo, rappresentativo di una produzione tendenzialmente stereotipata, iniziata verso i quattro anni. Il comportamento del bambino era aggressivo, specie con bambini più deboli, dava spinte, pugni, pretendeva giochi. Alla base di questo comportamento vi era il bisogno di ricevere attenzioni, sentirsi importante, accettato e stimato, specie in famiglia: di fatto, a scuola scaricava le frustrazioni del vissuto familiare.

Fig. 4



La vittima è solitamente più ansiosa e insicura degli altri studenti e in genere, se attaccata, reagisce con il pianto e tende a chiudersi in se stessa, soffrendo di bassa autostima e sviluppando una convinzione negativa di sé e delle proprie capacità. Si tratta di soggetti vulnerabili, fragili, che in classe tendono ad essere isolati, emarginati dai giochi ed esclusi da attività importanti. Ciò fa parte di un circolo vizioso che li rende progressivamente personaggi di scarso valore e quindi bersagli facili agli occhi di compagni dominanti

Le vittime aggressive o provocatrici pur subendo le prepotenze, mostrano uno stile di interazione di tipo reattivo e aggressivo; si tratta di soggetti emotivi, irritabili, che faticano a controllare le emozioni, che mostrano atteggiamenti provocatori e iper-reattivi di fronte agli attacchi dei compagni. Il comportamento della vittima provocatrice è agitato, accompagnato di frequente da difficoltà sul piano cognitivo e dell'attenzione e da modalità che innescano facilmente un circolo vizioso di elevata conflittualità

L'intervento educativo messo in atto ha coinvolto i genitori in una verifica del proprio ruolo e in un approfondimento della conoscenza del figlio, oltre a guidare le insegnanti nel proporre strategie alternative nel gruppo classe e con il bambino. Egli, dotato di buone potenzialità intellettive e affettive, ha risposto ai nuovi stimoli relazionali ed ha cominciato a modificare gli atteggiamenti con i coetanei.

Nella figura 4 si mostra un disegno dello stesso bambino, fatto a distanza di qualche mese: non compaiono più mostri con i denti e gli angoli si associano a forme curvilinee. Si può quindi osservare come la sua esuberanza psicomotoria esca dal caos e venga trasmessa in maniera creativa e decisamente più organizzata. Sul piano comportamentale, infatti, manifesta sentimenti di partecipazione, curiosità e la sua vivacità è espressa senza eccessi.

Chi è la vittima?

La vittima è solitamente più ansiosa e insicura degli altri studenti (Olweus, 1993) e in genere, se attaccata, reagisce con il pianto e tende a chiudersi in se stessa, soffrendo di bassa autostima e sviluppando una convinzione negativa di sé e delle proprie capacità. Si tratta di soggetti vulnerabili, fragili, che in classe tendono ad essere isolati, emarginati dai giochi ed esclusi da attività importanti. Ciò fa parte di un circolo vizioso che li rende progressivamente personaggi di scarso valore e quindi bersagli facili agli occhi di compagni dominanti (Borsini e Ricci, 2006).

Menesini (2000, p.28) pone in evidenza, relativamente ai meccanismi psicologici correlati con una condizione di vittimizzazione, i seguenti aspetti:

1. la difficoltà della vittima nel riconoscere le sue emozioni,
2. la scarsa capacità di comportamento assertivo accompagnata da eccessiva passività e sottomissione ai compagni (Menesini, Melan e Pignatti, 2000),
3. la difficoltà a fronteggiare la situazione di attacco mediante comportamenti reattivi o di richiesta di aiuto (Ciucci e Fonzi, 1999),
4. la tendenza nelle vittime ad accettare la propria sorte negando il problema, cercando di annullare la propria sofferenza emotiva, o addirittura sviluppando comportamenti di autocolpevolizzazione.

Alcuni studi mettono in rilievo che la vittima non è sempre per forza un tipo passivo, eccessivamente remissivo, incapace di reagire. *In base all'osservazione dell'espressione grafica emerge che il profilo temperamentale della vittima spesso comprende una potenziale reattività, un sottofondo di impulsività che non è visibile in maniera esplicita nel comportamento* (Zucchi, 2009).

Quindi, senza dimenticare il peso delle variabili ambientali, *c'è la vittima debole per precarietà costituzionale e la vittima potenzialmente aggressiva ma impossibilitata a reagire adeguatamente*. Quest'ultimo tipo riguarda soggetti che hanno un temperamento iperemotivo, facilmente eccitabile, impaziente e uno stato d'animo che li predispone al bisogno di emergere, di sentirsi importanti; per cui verbalmente provocano e fanno dispetti, ma non sono organizzati nelle azioni e, nel tentativo di atti di bullismo, risultano goffi, suscitando l'ilarità dei compagni. Ne consegue un senso di vergogna che pesa sullo sviluppo, oltre a un bisogno di rivendicazione. Sono situazioni critiche che, da un punto di vista evolutivo, serve individuare per evitare degenerazioni che porterebbero danni di personalità, provocando disturbi della sfera emozionale, fino ad indurre in età successive ad una percezione fallimentare di se stessi.

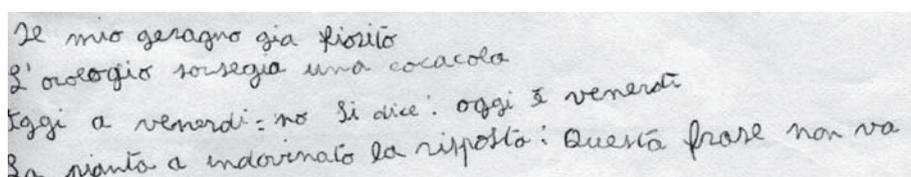
Menesini (2000), a proposito delle *vittime aggressive o provocatrici*, sostiene che, pur subendo le prepotenze, mostrano uno stile di interazione di tipo reattivo e aggressivo; si tratta di soggetti emotivi, irritabili, che faticano a controllare le emozioni, che mostrano atteggiamenti provocatori e iper-reattivi di fronte agli attacchi dei compagni. Il comportamento della vittima provocatrice è agitato, accompagnato di frequente da difficoltà sul piano cognitivo e dell'attenzione e da modalità che innescano facilmente un circolo vizioso di elevata conflittualità. "Da qui i termini con cui spesso vengono definiti: bulli-vittime, vittime-provocatrici, aggressori vittimizzati" (Menesini, 2000, p. 29), per indicare l'alternarsi di status prepotente e di vittimizzazione subita che vivono nella relazione con l'altro.

Sintetizzando, *il profilo della vittima è variamente articolato e correlato alla struttura biotipologica*, perché un tratto come quello dell'eccitabilità espone il soggetto a

scattare nei confronti delle sollecitazioni che riceve ma, se il contesto è caratterizzato da forte insicurezza e ambivalenza, l'impulso reattivo può essere trattenuto, tanto che la vittima-provocatrice consuma molta energia nel meditare la 'vendetta' e ciò disturba l'attività cognitiva, predisponendo il soggetto a liberare in maniera disorganizzata la rabbia. L'educazione resta uno strumento di intervento fondamentale (Trincherò, 2009).

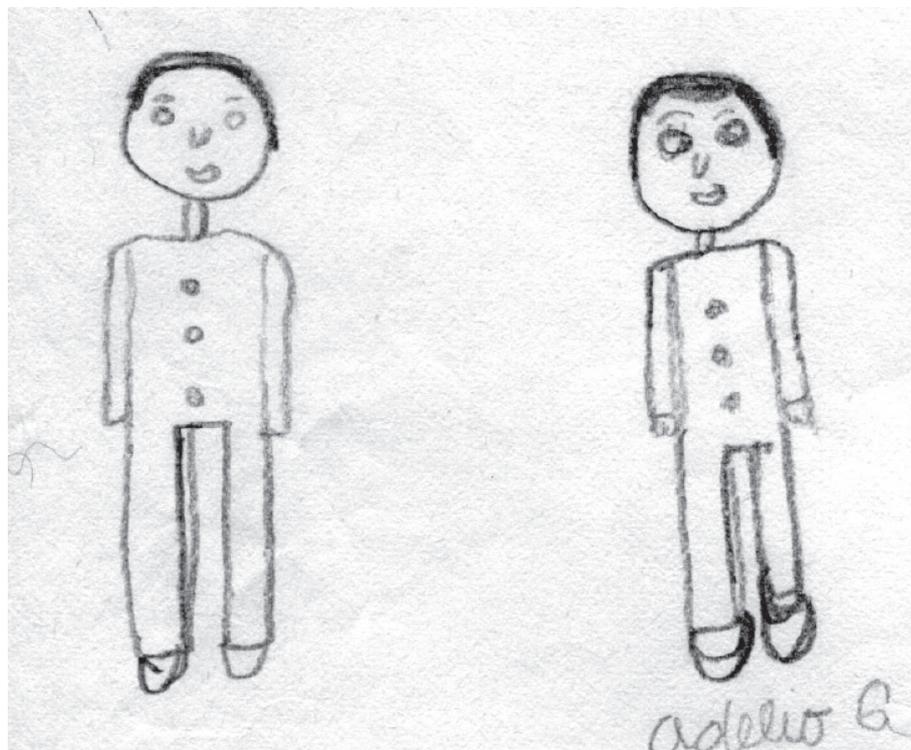
Ecco un esempio: la grafia della figura 5 è di un ragazzino undicenne, che presentava una motricità con ritmo lento, stentato, non organizzato nello spazio. L'alto grado di non omogeneità della forza d'incisione è indice di forte emotività e instabilità delle tendenze, un contesto critico dove domina l'insicurezza e la carenza di energia vitale. Anche il disegno di sé e dell'amico (fig. 6) comunica uno stato di impotenza. D'altro canto, l'enfatizzazione della testa nei disegni umani è significativa di un investimento sul pensiero di tipo fantastico. Il ragazzino era fatto bersaglio di prese in giro, di umiliazioni tali da inibirlo nel comportamento: teneva lo sguardo sempre basso e la voce, mentre parlava, si affievoliva fino ad essere un sussurro. Intervenedo sulla classe, con la collaborazione degli insegnanti, è stato possibile interrompere un pericoloso circolo vizioso, aiutando il ragazzino a credere nella possibilità di affermarsi, correggendo la carenza temperamentale di energia con l'organizzazione pratica.

Fig. 5



Il mio geragno già fissito
L'orologio sorseggia una cocacola
Oggi a venerdì: no si dice: oggi è venerdì
In niente a indovinato la risposta: Questa frase non va.

Fig. 6



Le famiglie delle vittime

Le famiglie delle vittime tendono a risultare iperprotettive e ciò predispone all'instaurarsi di legami di dipendenza, con la conseguenza che questi bambini trovano difficoltà a gestire le relazioni sociali con gli altri, a difendersi, e a controbattere eventuali aggressioni verbali o fisiche agite dai compagni (Menesini, 2000). L'inca-

Le famiglie delle vittime tendono a risultare iperprotettive e ciò predispone all'instaurarsi di legami di dipendenza, con la conseguenza che questi bambini trovano difficoltà a gestire le relazioni sociali con gli altri, a difendersi, e a controbattere eventuali aggressioni verbali o fisiche agite dai compagni

In base alle osservazioni della grafia dei ragazzi, l'emulare riflette un diffuso bisogno di trovare modelli che diano sicurezza: il bullo può diventare un punto di riferimento e spesso dietro il comportamento spavaldo, c'è sempre un'interiorità ferita, un Io fragile che ha reagito con la forza del risentimento. Spesso dietro il comportamento spavaldo, c'è un'interiorità ferita, un Io fragile che ha reagito con la forza del risentimento

pacità a reagire non ha sempre origine solo dalle relazioni familiari, ma può avere anche una natura biologica: per cui problemi familiari sommati ad una predisposizione biologica aumenterebbero il rischio. Si tratta di bambini fortemente carenti di reattività, costituzionalmente deboli e quindi potenziale terreno ideale per ricevere le aggressioni.

Gli effetti del bullismo sulla vittima

Un comportamento prepotente di un alunno può influenzare negativamente gli altri in tanti modi e sono soprattutto le vittime dei bulli che hanno vita difficile. Ecco alcuni elementi rilevanti:

- possono sentirsi schiacciati e spesso non vogliono più andare a scuola;
- sviluppano sentimenti di disistima verso se stessi, di sfiducia;
- si sentono colpevoli di attirare le aggressioni di qualche compagno;
- in alcuni casi scaricano in famiglia, contro un genitore o un fratello, il risentimento accumulato a scuola;
- tendono ad evitare i confronti, anche in attività extrascolastiche.

Tutto ciò si riflette sulla qualità delle prestazioni scolastiche dei ragazzi che perdono la concentrazione, diventano molto distratti, molto suscettibili e tendono a chiudersi in se stessi; spesso hanno difficoltà a parlare durante le interrogazioni, si vergognano ad essere chiamati alla lavagna, sentono su di sé il peso del giudizio dell'altro, sviluppano sintomi come vomito, mal di testa, ansia.

Quando il comportamento da bullo vince, almeno apparentemente, gli altri coetanei potrebbero tendere ad emularlo e questo sarebbe un altro presupposto per la diffusione del fenomeno, a cui contribuiscono peraltro anche i mass media.

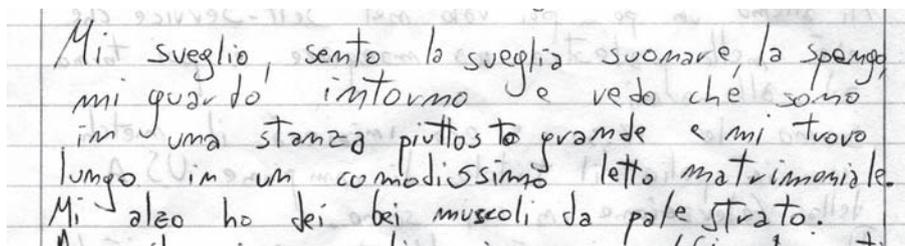
Riterrei che l'emulare, in base alle osservazioni della grafia dei ragazzi, rifletta un diffuso bisogno di trovare modelli che diano sicurezza: il bullo può diventare un punto di riferimento e spesso dietro il comportamento spavaldo, c'è un'interiorità ferita, un Io fragile che ha reagito con la forza del risentimento.

Nella scuola, il bullismo assume forme fisiche (colpire con pugni o calci, rovinare le cose di un compagno, ecc.), verbali (deridere, insultare, prendere in giro, ecc.) e indirette (alimentare pettegolezzi, escludere qualcuno dal gruppo, ecc.).

Dall'espressione grafica si ricavano significative caratteristiche: ecco qui di seguito un esempio relativo ad un 'bullo' (fig. 7) e alla sua vittima (fig. 8).

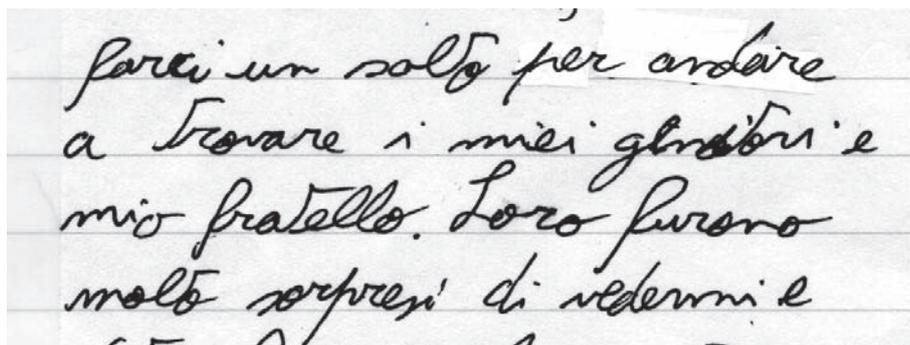
La scrittura della figura 7 appartiene ad un ragazzo di 13 anni, III media, che ha conquistato la posizione di leader in classe. A scuola, il suo rendimento è ottimale. Il grafismo esprime un temperamento vivace, reattivo, orgoglioso. La grafia è piccola e staccata, caratteristiche che esprimono la tendenza ad esercitare un controllo sui suoi impulsi, dando spazio alle strategie mentali. Questo ragazzo era solito organizzare 'spedizioni punitive' contro la sua vittima. Il contesto grafodinamico evidenzia un Io che tende ad ostentare sicurezza e spavalderia, non è esente da stati d'ansia non riconosciuta, che viene proiettata sulla vittima sotto forma di aggressioni.

Fig. 7



Il campione grafico della figura 8 è di un compagno di classe, 13 anni, la sua vittima privilegiata. Ha un grafismo di base nervoso, in cui il ritmo grafico appare sussultare sul rigo, la forza d'incisione è marcata e tesa. Il movimento, carente di espansione orizzontale, tende ad inclinarsi verso destra. Significative sono le 't' che dal basso vanno verso l'alto comunicando la voglia di fuggire la realtà e lanciarsi simbolicamente verso il piano delle fantasticherie: infatti, se nella realtà è insicuro, preoccupato di sé e quindi molto vulnerabile, nel mondo immaginario può essere l'eroe e l'uomo forte. Questo ragazzino reagiva lamentandosi e provando a rispondere verbalmente con rabbia, ma finiva col piangere, soddisfacendo in questo modo il bullo. In questa coppia di preadolescenti si era creata una sorta di complementarità rigida che ha richiesto un intervento a livello relazionale, per smontare rituali condizionanti.

Fig. 8



I dati concorderebbero con le ipotesi di autori che ritengono che la mente dei bulli dispone spesso di numerose abilità. Il deficit sociocognitivo non è sempre correlato al comportamento del bullo, anzi è stata avanzata l'ipotesi di spiccata abilità nella comprensione della mente dell'altro, utilizzata per manipolare la situazione a proprio favore. Non sempre sono ragazzi in difficoltà sul piano della comunicazione sociale, incapaci di leggere emozioni o pensieri del compagno; si tratta invece di soggetti che dispongono di una competenza sociale, ma la strumentalizzano a proprio vantaggio.

Bullismo al femminile

Le complicazioni relazionali a proposito di bullismo sono più frequenti tra le ragazze che tra i ragazzi. In adolescenza, le femmine attraversano fasi complesse e instaurano dei rapporti esclusivi, dove sentimenti come la gelosia, l'invidia, la permalosità, la calunnia, sono di intensità spiccata e quindi il bullismo al femminile si presenta molto articolato (Wilson, 2007; Gernardo, 2007).

Le 'bulle' giungono a toccare livelli molto elevati di scatti d'ira, drammatizzando su questioni apparentemente di poco conto, ma percepite come sostanziali, come può accadere ad esempio quando la compagna che tengono sottomessa non esegue immediatamente un ordine. Un legame tra ragazze che può apparire a genitori e insegnanti una grande amicizia, può invece essere un legame in cui una ha il pieno potere sull'altra, la quale non è più libera di scegliere.

Si tratta di situazioni non facilmente individuabili che portano l'amica-vittima a sentire di odiare l'amica-bulla, ma ad essere incapace di interrompere la relazione, in un coinvolgimento che può durare anni.

Qui di seguito propongo due campioni grafici appartenenti a due ragazze di 14 anni. La grafia della figura 9 è di una ragazza che in classe aveva assunto un ruolo dominante, in particolare tormentava una compagna con problemi di linguaggio (iperemotiva e tendente all'agitazione, parlava in maniera concitata, balbettando), la cui grafia è stentata e agitata (fig. 10).

Le 'bulle' giungono a toccare livelli molto elevati di scatti d'ira, drammatizzando su questioni apparentemente di poco conto, ma percepite come sostanziali, come può accadere ad esempio quando la compagna che tengono sottomessa non esegue immediatamente un ordine. Un legame tra ragazze che può apparire a genitori e insegnanti una grande amicizia, può invece essere un legame in cui una ha il pieno potere sull'altra, la quale non è più libera di scegliere

Uno studente è oggetto di azioni di bullismo se prevaricato, ripetutamente oppresso ed esposto ad azioni offensive perseguite da uno o più compagni. Possiamo individuare tre criteri fondamentali per definire il bullismo: l'intenzionalità, la persistenza, l'asimmetria

Fig. 9

il proposito di ritardare l'uscita (Alligatori) dove con tutta la corte nel [scartata] dove pochi giorni ma il 19 Novembre. racconto Gregorio XI (S. chiese)

La ragazza 'bullo' in realtà dietro il suo comportamento spavaldo, orgoglioso, verbalmente aggressivo, viveva delle ansie per il timore di non sentirsi accettata (vedi nel grafismo lettere che si addossano, tratti accartocciati, inclinazione non omogenea), per cui si rivaleva con chi non riusciva a difendersi. La vittima, bassa in autostima, era portata a sviluppare relazioni dipendenti, a mostrarsi insicura nel determinarsi. È stato determinante riuscire a trovare una 'breccia' per comunicare con l'interiorità della ragazza dominante, portandola a guardare le cose da punti di vista diversi, insegnandole a non aver paura di affrontare i propri problemi e soprattutto a mettersi nei panni della vittima, che, d'altro canto, andava sostenuta per conquistare più fiducia in se stessa.

Fig. 10

secondo me il libro che ho letto è molto bello perché ci espone un tema che oggi è molto diffuso perché ai giovani non piace essere comandati dagli adulti ma vogliono

Adolescenti e bullismo a scuola

Secondo Olweus (1993, 2007) uno studente è oggetto di azioni di bullismo se prevaricato o vittimizzato, ripetutamente oppresso ed esposto ad azioni offensive perseguite da uno o più compagni.

Facendo riferimento al lavoro di Genta et al. 1996, possiamo individuare tre criteri fondamentali per definire il bullismo:

1. **l'intenzionalità**, cioè "il fatto che il bullo mette in atto intenzionalmente dei comportamenti fisici o verbali con lo scopo di offendere l'altro e di arrecargli danno o disagio",
2. **la persistenza**, in quanto "indica che, sebbene anche un singolo episodio possa essere considerato una forma di bullismo, l'interazione bullo-vittima è caratterizzata dalla ripetitività di comportamenti di prepotenza protratti nel tempo",
3. **l'asimmetria**, che caratterizza il tipo di relazione, è "fondata sul disequilibrio e sulla disuguaglianza di forza tra il bullo che agisce e la vittima che spesso non è in grado di difendersi".

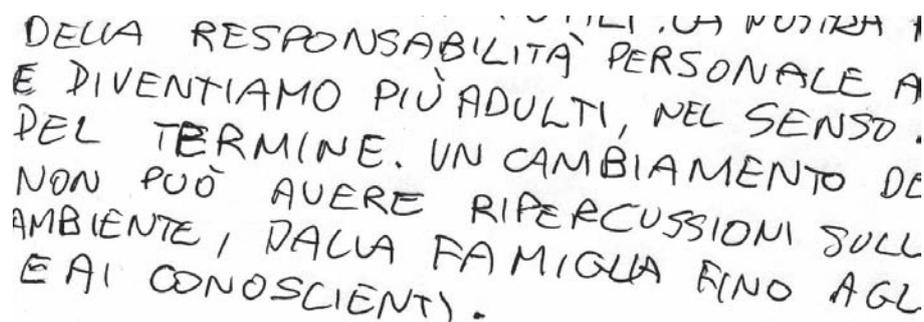
Alcuni autori, tra cui Rigby (1996), hanno proposto di distinguere un bullismo

malevolo da uno non malevolo, che al contrario del primo non implicherebbe consapevolezza e intenzionalità in chi agisce le prepotenze.

Alcuni ragazzi fanno i bulli per conformismo e senso di appartenenza al gruppo, non rendendosi conto delle conseguenze che i loro comportamenti producono sulla vittima (Parise e al., 2009).

È il caso di un ragazzo di 15 anni (fig.11), secondo anno di un istituto professionale, che viene condizionato da un gruppo il cui leader lo porta a compiere piccoli furti, danneggiare il motorino di un compagno...

Fig. 11



DELLA RESPONSABILITÀ PERSONALE A E DIVENTIAMO PIÙ ADULTI, NEL SENSO DEL TERMINE. UN CAMBIAMENTO DE NON PUÒ AVERE RIFERIMENTI SULL AMBIENTE, DALLA FAMIGLIA FINO AGLI AI CONOSCENTI.

Il movimento grafico presenta ritmo impulsivo disordinato, non tiene il rigo ed è poco curato. Il ragazzo è emotivamente suggestionabile, non sa valutare le conseguenze di atti irresponsabili, anche perché cerca protagonismo. Il caso ha richiesto un intervento psicologico per portare il ragazzo a divenire consapevole dei suoi punti di debolezza e a rinforzare le risorse. Gradualmente si è aperto al dialogo, mostrando capacità di collaborazione e maggiore impegno.

Nella situazione scolastica si possono rilevare casi, nel rapporto tra insegnante e alunno, in cui ci può essere un attacco che sebbene sia motivato da finalità pedagogiche, può aver l'effetto di umiliazione nel destinatario, inducendo in lui uno stato di sofferenza (Menesini, 2000, 2003). Le prepotenze agite da una persona che ricopre il ruolo dell'insegnante provocano danni gravi all'autostima personale.

Nella scuola c'è il bullo che agisce, la vittima che subisce e lo spettatore (Belacchi, 2001): il coetaneo che assiste alle scene di bullismo e memorizza delle emozioni, l'insegnante, il genitore o altra persona coinvolta indirettamente.

I programmi di prevenzione dunque, devono avviare strategie in grado di intervenire a più livelli (Petroni e Troiano, 2008; Parise e al., 2009; Zbigniew e al., 2008; Facchinetti, 2007).

L'importanza di programmi di prevenzione educativa

È possibile impostare programmi di prevenzione ed intervento educativo, partendo dalla conoscenza del sistema temperamentale di un bambino. Fondamentale è il supporto di strategie efficaci per affrontare il bullismo e promuovere il benessere personale (Tirocchi, 2008; Stanley, 2008; Fedeli, 2007; Schiralli e Mariani, 2007).

In un'esperienza nata come Osservatorio Territoriale sull'infanzia¹ (Zucchi, 2005), un progetto sperimentale durato dal 1999 al 2006, si è intervenuto a diversi livelli sia con bambini di difficile temperamento, individuabili nei loro grafismi impetuosi e marcati, sia con bambini che mostravano un atteggiamento passivo, isolandosi e ritirandosi in se stessi. L'azione concordata tra operatori, scuola e famiglia ha permesso a questi bambini di non rimanere ancorati a ruoli rigidi di bullo e vittima, anzi in alcuni casi, si sono creati rapporti di amicizia.

Ha apportato un proficuo aiuto la visione del materiale grafico: le produzioni esprimevano i cambiamenti evolutivi, dando informazioni per monitorare lo sviluppo e adeguare progressivamente la linea educativa. Favorire la crescita di ogni bambino è una possibilità concreta (Oliverio Ferraris, 2008).

È possibile impostare programmi di prevenzione ed intervento educativo, partendo dalla conoscenza del sistema temperamentale di un bambino. Fondamentale è il supporto di strategie efficaci per affrontare il bullismo e promuovere il benessere personale. Un proficuo aiuto è offerto dalla visione del materiale grafico

Di seguito l'esempio di un bambino di 8 anni. La figura 12 mostra il suo autoritratto eseguito nel mese di novembre: si osservino le cancellazioni. È un bambino oggetto di prese in giro, un bersaglio favorito dai leader. Lotta tra la voglia di reagire e la rabbia di non farcela, è insicuro ed emarginato.

Fig. 12

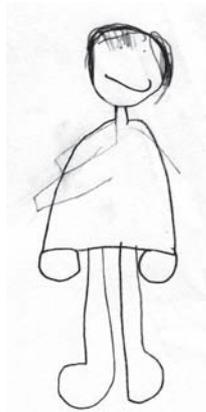
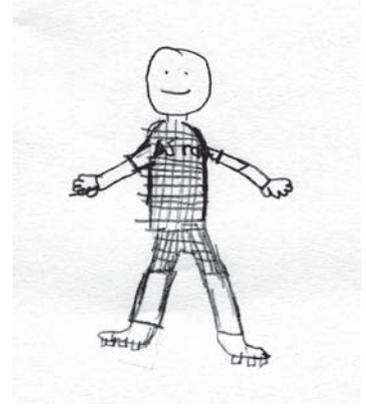


Fig. 13



Nella figura 13, l'autoritratto (eseguito in aprile) comunica una percezione migliorata di sé: si sente più sicuro ed attivo. L'intervento educativo è stato mirato a sollecitare la sua capacità di difesa e a rinforzare le sue risorse temperamentali, suggerendo di fare attività motoria. Anche la scrittura di questo bambino è cambiata: a novembre (fig. 14) prevaleva un atteggiamento remissivo, la motricità era stentata e le 't' erano la spia del suo desiderio di reagire; mentre in aprile (fig. 15) la grafia si presenta più piccola, segno che è concentrato su di sé e il gesto grafico sta acquisendo più sicurezza. Ora il bambino è uscito da una situazione che lo vedeva ricoprire ruoli di sottomissione.

Fig. 14

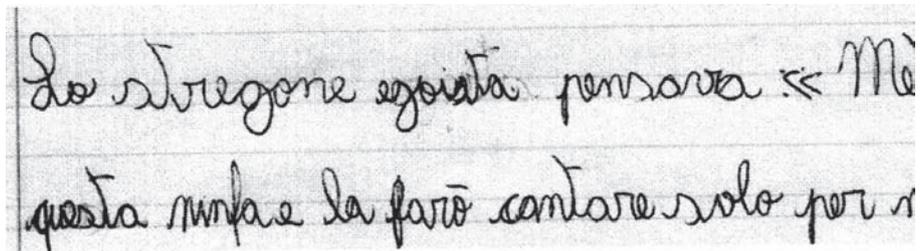
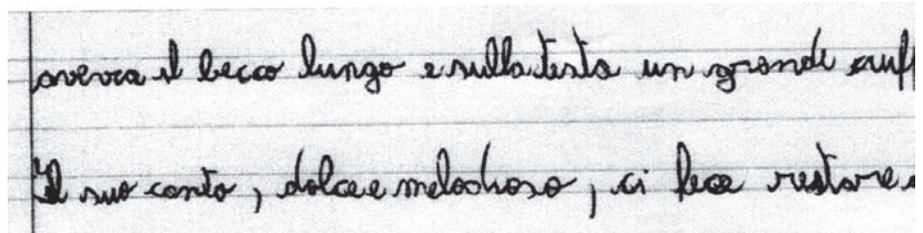


Fig. 15



Queste immagini testimoniano come può cambiare una situazione evolutiva in pochi mesi a seguito di sollecitazioni educative finalizzate ad armonizzare le tendenze temperamentali che, se precocemente individuate e comprese, permettono efficaci strategie di prevenzione del disagio evolutivo.

Conclusioni

L'espressione grafica, dando informazioni sul sistema temperamentale, informa anche sulle modalità delle dinamiche emotive, cognitive e sui modi dell'aggressività, contribuisce a comprendere la personalità del bullo e, di conseguenza, a capire le motivazioni del fenomeno stesso. Il sistema temperamentale, nella prospettiva grafodinamica, è un concetto complesso ed articolato (Zucchi, 2000, 2004).

L'aggressività è tipica dei temperamenti che sono dotati di energia vitale, ma può orientarsi in senso espansivo o difensivo, positivo o negativo, organizzato o disorganizzato, con dirette influenze sullo stile comunicativo (Zucchi, 2002). Ne consegue che, nei casi critici, la dinamica aggressiva caratterizza il tipo di manifestazione del comportamento da bullo (Zucchi, 2009): forme esplicite con atti ostentati, a parole o a fatti, forme nascoste, con atti che sono agiti 'dietro le quinte', quali furti e atti vandalici, sono tutte espressioni di difficoltà relazionali.

Screening osservativi hanno evidenziato che l'aggressività espansiva determina comportamenti ostentati ed evidenti nell'attacco che:

– *può essere agito verbalmente*, con atteggiamenti polemicici, parolacce, parole crudeli urlate con disprezzo contro l'altro, per sfidare, offendere, scaricare la rabbia contro un bersaglio su cui in genere vengono proiettate le proprie problematiche (il bullo a livello latente spesso si sente inferiore): atteggiamenti comunque correlati all'individualità del bullo;

– *oppure è agito fisicamente*, con il ricorso alla forza dei muscoli per aggredire, mostrando una reattività violenta che si accende con facilità e si scarica sull'obiettivo in maniera impulsiva, incurante delle conseguenze.

Dati emersi da indagini grafodinamiche² (Zucchi, 2006) su soggetti in età evolutiva mostrano che *i temperamenti³ più predisposti a manifestare comportamenti da bullo* presentano, fin dall'infanzia, indici grafici significativi di tendenze che sono sintetizzate nel seguente quadro:

- *il temperamento d'Assalto* (disposizione all'attività fisica e psichica; la sua positività sta nell'energia vitale) *è presente con un grado elevato nel grafismo di indici critici, che accentuano la tendenza alla reattività di tipo espansivo, a tratti d'impulsività, impazienza, spavalderia, impetuosità, senso del conflitto e del contrasto, tendenza al fanatismo;*
- *il temperamento della Cessione* (la cui positività sta nella disposizione a identificarsi con l'altro, a dare disponibilità e comprensione) *è spiccatamente presente con un indice alto della tendenza a cedere ai propri impulsi, tratti di pigrizia, menefreghismo, disordine generalizzato, disimpegno, tendenza alla vigliaccheria;*
- *il temperamento dell'Attesa* (disposizione a organizzarsi nelle dinamiche della personalità, quindi anche nella modalità aggressiva, con indici positivi quali la capacità di riflessione, di ragionamento, di senso della misura) *tende ad essere carente come spinta compensativa, mentre può essere presente con indici significativi di preoccupazione dell'Io;*
- *il temperamento di Resistenza* (disposizione a difendere la propria persona, ad agire con fermezza e linearità) *non subentra come fattore correttivo (cioè con tratti di tenuta psichica, equilibrio e controllo delle tendenze), bensì accentua la rigidità delle difese, portando atteggiamenti di difesa prevenuta, testardaggine e chiusura irrazionale.*

Per quanto riguarda il quadro temperamentale della vittima, dai dati attualmente a disposizione, si ricavano dal grafismo determinati indici che sono significativi delle seguenti caratteristiche:

- *il temperamento d'Assalto* è carente negli indici di forza vitale, ma è *presente con tratti di iperemotività, impulsività prevalentemente a risonanza secondaria, irrequietezza interiore, tendenza all'agitazione;*
- *il temperamento della Cessione* è sempre presente in grado elevato con indici significativi di *influenzabilità, titubanza, mancanza di forza, tendenza al cedimento di fronte alle difficoltà, facile sconforto;*
- *il temperamento dell'Attesa* è presente con spiccati *tratti di insicurezza soggettiva, tendenza all'ambivalenza, tentennamenti, stentatezza, percezione preoccupata*

L'aggressività è tipica dei temperamenti che sono dotati di energia vitale, ma può orientarsi in senso espansivo o difensivo, positivo o negativo, organizzato o disorganizzato, con dirette influenze sullo stile comunicativo. Ne consegue che nei casi critici, la dinamica aggressiva caratterizza il tipo di manifestazione del comportamento da bullo: forme esplicite con atti ostentati, a parole o a fatti, forme nascoste, con atti che sono agiti 'dietro le quinte', quali i furti, atti vandalici, ecc., tutte espressioni di difficoltà relazionali

La scuola è un luogo privilegiato per gli interventi, perché fin dalla scuola dell'infanzia è possibile avviare programmi di prevenzione educativa. Essi devono coinvolgere tutti i protagonisti, mirando alla conoscenza dei soggetti e del loro temperamento per valorizzare le risorse e comprendere i rischi, allo scopo di aiutare chi cresce a prendere consapevolezza delle proprie potenzialità, ad amare la propria persona e ad apprendere che il 'tu' è importante per la propria realizzazione

dell'Io, tendenza ad accumulare emozioni e indignazione, rimuginazione, esigenze narcisistiche;

• *il temperamento di Resistenza* non è mai predominante e la sua presenza porta *tendenza all'inibizione, tratti di permalosità, paura di essere invasi, scontroosità, atteggiamenti introversivi, ansia che disturba i processi mentali.*

Per concludere, richiamerei l'attenzione sul linguaggio grafico come strumento operativo, per contribuire non solo alla comprensione del fenomeno quando è eclatante, ma anche alla prevenzione e trattamento di questo problema: bulli e vittime fanno parte di storie in cui in comune può esserci la sofferenza di una crescita che non riesce ad evolversi positivamente e che porta poi a una diversificazione delle tipologie di manifestazione.

Bisogna considerare la scuola come luogo privilegiato per gli interventi, perché fin dalla scuola dell'infanzia è possibile avviare programmi di prevenzione educativa (Iannacone, 2007; Zucchi, 2005). Essi devono coinvolgere tutti i protagonisti, mirando alla conoscenza dei soggetti e del loro temperamento per valorizzare le risorse e comprendere i rischi, allo scopo di aiutare chi cresce a prendere consapevolezza delle proprie potenzialità, ad amare la propria persona e ad apprendere che il 'tu' è importante per la propria realizzazione.

* Isabella Zucchi: psicologa, psicoterapeuta, consulente del linguaggio grafico, si occupa della realizzazione di programmi a favore della prevenzione del disagio evolutivo e di centri di ascolto educativo per la famiglia e la scuola. Esperto Psicologo Corte di Appello di Ancona. Presidente e Direttore Didattico della S.S.I.Co. L.G., Società Scientifica Italiana Consulenti del linguaggio grafico. Ha una lunga esperienza di docente presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'UNIVERSITA' degli STUDI "Carlo Bo" di URBINO.

NOTE

1. Nella provincia di Pesaro-Urbino, mi occupo da anni di progetti nel cui ambito, con il coinvolgimento delle scuole, è possibile svolgere indagini osservative nell'ottica grafodinamica, con risultati significativi relativi a soggetti di diversa fascia di età e relativi anche al fenomeno del bullismo.
2. L'approccio grafodinamico è un modello elaborato, a seguito di studi e sperimentazioni realizzate nel corso della mia attività professionale. Per il rilievo e l'elaborazione dei dati si utilizzano schede e programmi specifici.
3. Le quattro disposizioni fondamentali di *Assalto, Cessione, Resistenza e Attesa*, fanno capo alla *tipologia temperamentale* coniata da P. Moretti (1980).

BIBLIOGRAFIA

- ARORA C.M.J., 1996, Defining bullying, *School Psychology International*, 17, 317-329
- BELACCHI C., a c. di, Il bullismo a scuola fattore di rischio evolutivo?, *ATTI DEL CONVEGNO – Ancona 15 dicembre 2000, Arti Grafiche Stibu, Urbana, 2001.*
- BORSINI M.C., RICCI C., Metti giù le mani. Bullismo. Né vittime, né prepotenti, Giunti Progetti educativi, Firenze, 2006.
- Calabretta M., Le fiabe per... affrontare il bullismo. Un aiuto per grandi e piccini, Franco Angeli, Milano, 2009.
- CASSOL A., Bullismo? No, grazie, Giraldi, 2009.
- CIUCCI E., FONZI A., 1999, La grammatica delle emozioni in prepotenti e vittime, in A. FONZI (a c. di), *Il gioco crudele*, Giunti, Firenze, 27-38.
- ESPOSITO F., Bullismo perché, capire per meglio intervenire, Sovera Editore, 2009.
- FACCHINETTI O., Bulli! Guida operativa per genitori, insegnanti e ragazzi per prevenire e combattere il bullismo, Eurilink, 2007.
- FEDELI D., Bullismo oltre. Vol. 1: Dai miti alla realtà: la comprensione del fenomeno, Vol. 2: Verso una scuola prosociale: strategie preventive e di intervento sulla crisi, Vannini, 2007.
- GENTA M.L., MENESINI E., FONZI A., COSTABILE A., SMITH P.K., 1996, Bullies and victims in schools in central and southern Italy, *Eur. Journal of Psychology of Education*, 11, 97-110.
- GERNARDO L., Il bullismo femminile, Circolo il Grandevetro, 2009.
- GINI G., Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere del gruppo, Ed. Carlo Amore, 2005.
- HEINEMANN P.P., *Mobbing: Gruppväld blant Barn og Vokane, Natur och Kultur, Stockholm, 1972.*
- KEOGH B.K., Impulsivi, introversi, emotivi, apatici, Erickson, Trento, 2006.
- IANNACONE N., Né vittime, né prepotenti, una proposta didattica di contrasto al bullismo, La Meridiana, Firenze, 2007.
- JERVIS G., *Fondamenti di psicologia dinamica*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- LAURENZANO M., ROSA F., *Aggressività e bullismo*, Rubettino, Soveria Minelli, 2009.
- LAZZARIN M.G., *Attenti al lupo. Aggressività e bullismo tra i giovani*, Armando, Roma, 2008.
- LODOLO D'ORIA L., *La scuola paziente. Riflessioni in famiglia*, Alpes, Roma, 2009.

MENESINI E., *Bullismo, che fare?*, Giunti, Firenze, 2000.

MENESINI E. (a c. di), *Bullismo: le azioni efficaci della scuola*, Erickson, Trento, 2003.

MENESINI E., MELAN E., PIGNATTI B., 2000, Interactional styles of bullies and victims observed in a competitive and a cooperative setting, *The Journal of Genetic Psych.*, 161, 3, 261-281.

MORETTI G., *Trattato di Grafologia*, Messaggero, Padova, 12^a ed., 1980.

MUSCHITIELLO A., *Ragazzi contro o contro i ragazzi? Dal bullismo alla criminalità. La pedagogia si interroga e propone*, Laterza G. Ed., Bari, 2008.

OLIVERIO FERRARIS A., *Piccoli bulli crescono. Come impedire che la violenza rovini la vita ai nostri figli*, BUR Biblioteca Universale Rizzoli, 2008.

OLWEUS D., 1978, tr. it., *L'aggressività a scuola*, Bulzoni, Roma, 1983.

OLWEUS D., 1993, tr. it., *Il bullismo a scuola*, Giunti, Firenze, 1996.

OLWEUS D., *Bullismo a scuola, ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*, Giunti Editore, Firenze, 2007.

PARISE M., MASALA A., BARBIERI L., DIONISI E., 2009, Una risposta al mobbing, *Link*, 14, 44-49.

PETRONI L.B., TROIANO M., *Dalla violenza virtuale alle nuove forme di bullismo. Strategie di prevenzione per genitori, insegnanti e operatori*, MA.GI, Roma, 2008.

RIGBY K., *Bullying in schools: And what to do about it*, Acer, Melbourne, 1996.

SAURO R., MANCA M., *Il bullismo come fenomeno di gruppo*, Kappa, Roma, 2006.

SHARP S., SMITH P.K., 1994, tr. it., *Bulli e prepotenti nella scuola*, Erickson, Trento, 1995.

STANLEY T. W., *Tookie. Un vero duro contro il bullismo e le sue conseguenze*, Gallucci, 2008.

SUNDERLAND M., *Attività psicoeducative con il supporto di una favola*, Erickson, Trento, 2006.

TIROCCHI S., *Ragazzi fuori. Bullismo e altri percorsi devianti tra scuola e spettacolarizzazione mediale*, Franco Angeli, Milano, 2008.

TRINCHERO R., *Io non ho paura. Vol. 2: Capire e affrontare il bullismo*, Angeli, Milano, 2009.

VALSECCHI E., *Emergenza bullismo. Manuale di sopravvivenza per genitori, educatori e ragazzi*, Ancora, Milano, 2007.

WILSON J., *Piantatela! Chi l'ha detto che il bullismo esiste solo tra maschi?*, Salani, Milano, 2007.

ZANETTI M.A., *L'alfabeto dei bulli*, Ediz. Erickson, Trento, 2008.

ZANETTI M.A., RENZI R., BERRONE C., *Il fenomeno del bullismo. Tra prevenzione ed educazione*, MA.GI, Roma, 2009.

ZBIGNIEW F., LO PRESTI A., RICCI A., *Bullismo e disagio relazionale nella scuola*, LAS, 2008.

ZUCCHI I., *L'espressione grafodinamica della personalità*, Maestri Editori, Riccione, 2000.

ZUCCHI I., *Counseling psicografodinamico: esperienze e proposte*, Scienze Umane e Grafologia, 9-10/2000-2001, 379-387.

ZUCCHI I., *Counseling psicografodinamico*, Lingraf, Urbana, 2002.

ZUCCHI I., *Il rapporto devianza-grafismo*, Lingraf, Urbana, 2004.

ZUCCHI I., *Psicologia scolastica e counseling*, AUPI-News, 3, 42-49, 2004°.

ZUCCHI I., 2005, *Psicologia scolastica: un modello per un centro operativo di consulenza*, *Link*, 7, 62-72.

ZUCCHI I., *L'osservazione del grafismo in campo psicoeducativo*, *Percorsi Grafologici*, 2006.

ZUCCHI I., 2009, *Aggressività e bullismo*, *Donare*, 6, 12-14.

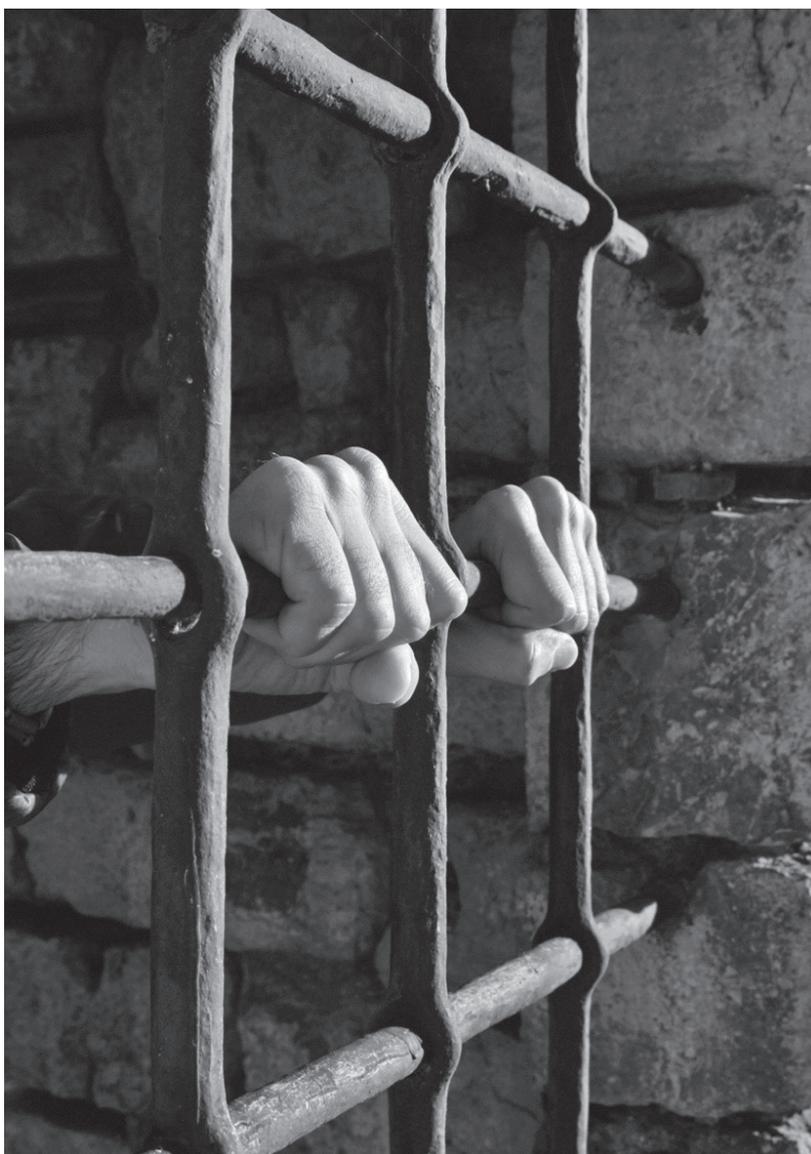
The personalities of bullies and victims

On the personalities of bullies and victims and their report a recent research has highlighted significant aspects. In particular, I would like to present some observations collected through a graphodynamical survey on records and drawings of bullies and victims. The graphic language is a form of expression of personality which may open interesting windows on the temperamental structure and on the relationships that involve bullies and victims. The methodologic observation of graphic language, used in experimental projects, made it possible to collect interesting results for the prevention of the phenomenon of bullying and information of interdisciplinary interest.

link 15 società

Obama e i colleghi dell'American Psychological Association (APA) dicono finalmente no

CAROLINA MEUCCI



Obama e i colleghi dell'American Psychological Association (APA) dicono finalmente no

La recente polemica nata negli Stati Uniti sul ruolo degli psicologi-militari in setting di detenzione militare. Alcuni militari sono stati invece coinvolti come consulenti e supervisori della C.I.A. nell'addestrare e formare coloro che avrebbero condotto gli interrogatori ai detenuti, utilizzando le tecniche SERE (fra cui il *waterboarding*, tecnica di interrogatorio considerata tortura). Gli psicologi coinvolti sono oggi sotto accusa nell'indagine sulla tortura criminale avvenuta nei centri di detenzione della C.I.A. avviata dal governo Obama, e l'American Psychological Association (APA) ha rivisto la presenza di psicologi come "consulenti ad interrogatori al fine di assicurarsi che tali processi siano etici e sicuri", proibendo finalmente a qualsiasi psicologo di lavorare in "setting" di detenzione dove le leggi internazionali o la Costituzione americana siano violate

CAROLINA MEUCCI *

La guerra presenta molteplici e controversi aspetti, e un'aureola di paradossale omertà di cui siamo tutti responsabili. Nel mondo occidentale odierno, dove la democrazia, il politically correct e l'informazione regnano sovrani e dove i diritti umani sono riconosciuti come tali e difesi (o almeno dovrebbero esserlo) tutti noi sappiamo che la guerra è molto di più rispetto a come ci viene descritta nei giornali o a come ci viene riportata dalla televisione. Nonostante questa consapevolezza, quando episodi di violenza e barbarie accadono in posti dai nomi impronunciabili e lontani, non ci stupiscono più di tanto, assuefatti come siamo dal bombardamento mediatico quotidiano: il distacco fisico e culturale che ci separa, ci rassicura e al tempo stesso ci anestetizza, emotivamente, fisicamente e moralmente. Ma quando le barbarie, che pensavamo di aver culturalmente superato con la fierezza della civilizzazione, vengono applicate invece da chi si proclama evoluto e democratico (vedi i disdicevoli episodi di Abu Grahib e Guantanamo), e soprattutto quando vengono allo scoperto, allora l'opinione pubblica si desta dal torpore e si pone finalmente qualche domanda.

Molti eserciti nel mondo hanno programmi speciali di addestramento per i propri militari. Il Dipartimento della Difesa americano (Department of Defense) ha il SERE, acronimo che sta per Survival, Evasion, Resistance and Escape (Sopravvivenza, Evasione, Resistenza e Fuga), programma di addestramento avanzato, che utilizza tecniche specifiche per addestrare i propri militari a resistere e sopravvivere a forme di interrogatorio ostili e alla tortura, nel caso fossero catturati da nemici che non rispettano le convenzioni di Ginevra.

Il programma SERE consiste nel sottoporre i militari a pressioni fisiche e psicologiche, che agiscono come tecniche di contro-resistenza, replicando le condizioni estreme a cui potrebbero andare incontro, se catturati e tenuti in ostaggio. Parte del programma di addestramento consiste nel sottoporre i militari addestrandoli a varie forme di abuso, come deprivazione del sonno, umiliazione sessuale e culturale (nudità forzata, posizioni stressanti, isolamento) e "water-boarding".

Centrale nello svolgimento degli addestramenti SERE è il ruolo degli psicologi-militari,



Jim Mitchell e Bruce Jessen sono due ex-militari e psicologi che non avevano particolari capacità linguistiche o esperienza di Al Qaeda. Ma avevano credenziali psicologiche e familiarità con i brutali trattamenti usati decenni fa dai comunisti cinesi

la cui presenza è richiesta durante certi aspetti del programma (come ad esempio durante la somministrazione del “water-boarding”) nel ruolo di “ufficiale di sicurezza”, per monitorare le condizioni del militare-“vittima” e fermare l’addestramento, nel caso in cui l’addestrando rischi di essere eccessivamente traumatizzato o a rischio.

Dal 2002, considerata l’inefficacia nell’ottenere informazioni dai detenuti a Guantanamo della Joint Task Force 170 (JTF-170), l’unità deputata ad ottenere informazioni dai prigionieri di guerra, è stato deciso, approvato ed introdotto l’utilizzo delle tecniche di contro-resistenza del programma SERE, al fine di ottenere informazioni dai detenuti. L’unità di scienze comportamentali dell’FBI (Behavioral Science Unit), la squadra di consultazione di scienze comportamentali dell’esercito (Army’s Behavioral Science Consultation Team) insieme a psicologi clinici facenti parte del JTF-170, hanno quindi messo a punto un piano per sfruttare al meglio le vulnerabilità dei detenuti al fine di ottenere informazioni. Psicologi-militari ed altri psicologi esterni, come il dr. Mitchell e il dr. Jessen, hanno così collaborato con la Behavioral Science Consultation Teams (BSCTs), non essendo più direttamente coinvolti come “ufficiali di sicurezza” al fine di monitorare lo stato delle vittime/militari, ma come consulenti e supervisori nell’addestrare e formare coloro che avrebbero condotto gli interrogatori ai detenuti, utilizzando le tecniche SERE.

Jim Mitchell e Bruce Jessen sono due ex-militari e psicologi che hanno trovato un eccellente cliente nella C.I.A, dove dal 2002 sono diventati gli architetti del più importante programma di interrogatori nella storia del controterrorismo americano. Non avevano capacità rilevanti, le loro tesi di dottorato erano sulla pressione sanguigna e sulla terapia familiare, non avevano particolari capacità linguistiche o esperienza di Al Qaeda. Ma avevano credenziali psicologiche e familiarità con i brutali trattamenti usati decenni fa dai comunisti cinesi. E questo è stato più che sufficiente per un’amministrazione statunitense pressata dalla necessità di fornire all’opinione pubblica immediati risultati della ricerca e della lotta contro coloro che avevano ucciso 3.000 americani. Così il “Doc Mitchell” e il “Doc Jessen” hanno aiutato gli Stati Uniti a condurre una battaglia segreta e fuori dalle regole sulla tortura con la tortura, sul terrorismo con il terrore, sui valori e contro i valori, che sette anni più tardi ancora non ha ancora portato i risultati attesi.

Il dott. Jessen ha lavorato per il SERE della Scuola di Sopravvivenza dell’Aeronautica

Militare dal 1980, nel 1988 passò ad un'altra scuola e Mitchell prese il suo posto. I due diventarono quello che gli ufficiali del Dipartimento della Difesa chiamano "esperti" su come resistere agli interrogatori nemici e sono ricordati per aver messo a punto metodi in alcuni casi poco ortodossi, in altri di brutalità sicuramente inaudita per le regole del Dipartimento della Difesa. Mitchell ha preso spunto dagli studi del dr. Seligman sull'impotenza appresa ("learned helplessness"). L'impotenza, che è poi divenuta un concetto chiave nel trattamento della depressione, è stata discussa molto nei programmi di sopravvivenza militari: gli istruttori cercavano di far sì che non si riproducesse negli addestrandi, dal momento che il loro fine era di rafforzare lo spirito dei militari in mani nemiche. Mitchell invece credeva che produrre la "learned helplessness" nei prigionieri degli interrogatori potesse assicurare che si sarebbero conformati alle richieste dei carcerieri. Molti esperti di interrogatori non erano d'accordo, affermando che un prigioniero così demoralizzato direbbe qualsiasi cosa l'interrogante si aspetti. Nonostante ciò, nel 2001 le teorie di Mitchell richiamarono attenzione nella C.I.A, che gli richiese di rivedere un manuale di Al Qaeda, nel quale si insegnava ai terroristi come resistere alle torture. Fu contattato Jessen e i due elaborarono il primo progetto per trasformare le brutali tecniche del nemico in un programma di interrogatori americano, iniziando nel 2002 la loro collaborazione con il Centro di Controterrorismo della C.I.A (quando, in quell'anno, fu catturato Abu Zubaydah, inizialmente descritto come n. 3 di Al Qaeda, le descrizioni dei resoconti sono che fu spogliato, esposto al freddo, tempestato di musica rock ad alto volume per impedirgli il sonno e sottoposto al waterboarding ben 83 volte; mentre Khalid Shaikh Mohammed, altro indiziato chiave, fu sottoposto al waterboarding ben 183 volte).

Da quel momento l'attività dei due psicologi fu sempre più richiesta e il loro giro di affari ne risentì assai positivamente, con tariffe che andavano dai 1.000 ai 2.000 dollari al giorno. Il Dottor Mitchell, sempre continuando a lavorare per la C.I.A, aveva creato una nuova società inizialmente chiamata "Wizard Shop", e poi rinominata "Mind Science" e "What If". Nel 2004, invece, la sua società originaria, "Knowledge Works", aveva ottenuto dall'APA la certificazione per consentirle di rilasciare ai colleghi psicologi crediti ECM (l'APA ha poi bloccato la certificazione lo scorso anno). Nel 2005 i due psicologi fondano la "Mitchell Jessen & Associates" con altri cinque soci – quattro dei quali militari del programma SERE – che nel 2007 arriva a contare ben 60 dipendenti.

Sette mesi dopo che il presidente Obama ha ordinato la chiusura dei programmi di interrogatori della C.I.A, le sue ripercussioni fanno ancora parlare. Nelle prossime settimane l'avvocato e generale Eric H. Holder Jr. deve decidere se iniziare un'indagine sulla tortura criminale, in cui il ruolo degli psicologi sarà messo sotto attenta analisi. L'ufficio di Etica del Dipartimento di Giustizia deve completare un resoconto sugli avvocati che dichiararono questi metodi legali. E la C.I.A dovrà rilasciare un rapporto altamente critico sul programma del 2004. Per anni il presidente G. W. Bush ha dichiarato il programma di interrogatori legale e l'ha usato per tentare di fermare gli attacchi terroristici. Barack Obama, al contrario, ha affermato che la sua brutalità poteva solo radunare reclute per Al Qaeda; ha chiamato il metodo "waterboarding" tortura e, in una visita alla sede della C.I.A, ha suggerito diplomaticamente che il programma di interrogatori è stato uno degli "sbagli" dell'agenzia.

Christopher Hitchens, giornalista britannico residente negli States, era rinomatamente favorevole all'uso di quelle che venivano chiamate "forme di interrogazione estreme" nella lotta contro il terrorismo e, per verificare in cosa consistessero queste tanto controverse tecniche, si è volontariamente fatto sottoporre ad una di queste: il "water-boarding", ovvero "simulazione" di annegamento. Dopo, ha cambiato idea. La tecnica di "simulazione" di annegamento consiste nell'essere legati ad una tavola inclinata, con la testa sotto il livello dei piedi. Viene coperto il viso con un cappuccio e diversi strati di stoffa e poi, improvvisamente, viene versata acqua sul viso. La persona trattiene il respiro, ma una volta esalato, deve ri-inalare e quando lo fa, l'acqua entra direttamente nelle sue narici e la stoffa si incolla ancora di più alla faccia. Hitchens rivela che il "water-boarding" non ha niente della simulazione:

Jim Mitchell ha preso spunto dagli studi del Dr. Seligman sull'impotenza appresa ("learned helplessness"). L'impotenza, che è poi divenuta un concetto chiave nel trattamento della depressione, è stata discussa molto nei programmi di sopravvivenza militari: gli istruttori cercavano di far sì che non si riproducesse negli addestrandi, dal momento che il loro fine era di rafforzare lo spirito dei militari in mani nemiche. Mitchell invece credeva che produrre la "learned helplessness" nei prigionieri degli interrogatori potesse assicurare che si sarebbero conformati alle richieste dei carcerieri

Secondo la testimonianza di Malcolm Wrightson Nance, uno specialista del contro-terrorismo ed istruttore di sopravvivenza, la tecnica del water-boarding dovrebbe essere considerata tortura a tutti gli effetti e non dovrebbe essere utilizzata dagli interrogatori americani. Il partecipante può ricevere danni gravi e permanenti (fisici, emotivi e psicologici) e anche morire, a causa di danni al sistema respiratorio e neurologico. Si tratta inequivocabilmente di tortura

è annegamento vero e proprio. Hitchens sapeva di poter fermare l'esperimento cui si era sottoposto in qualsiasi momento: eppure, da quel giorno riporta incubi ricorrenti, in cui racconta di sentirsi soffocare dalle lenzuola.

Malcolm Wrightson Nance, uno specialista del contro-terrorismo ed istruttore di sopravvivenza, che ha insegnato al programma SERE della scuola della Marina Militare della California, l'8 novembre del 2007 ha testimoniato davanti al Congresso durante un processo sulla tortura, raccontando che la tecnica del water-boarding dovrebbe essere considerata tortura a tutti gli effetti e non dovrebbe essere utilizzata dagli interrogatori americani: "Il water-boarding è un'attività potenzialmente pericolosa, in cui il partecipante può ricevere danni gravi e permanenti (fisici, emotivi e psicologici) e anche morire, a causa di danni al sistema respiratorio e neurologico".

Si tratta inequivocabilmente di tortura e chiunque la subisca direbbe o farebbe qualsiasi cosa pur di farla smettere, rendendo le informazioni così ottenute totalmente inattendibili e non valide. L'APA stessa ha richiesto "alle Corti americane di rifiutare le testimonianze ottenute sotto tortura o altri trattamenti inumani".

Ecco come nel 2008 negli Stati Uniti è nata la polemica: l'American Psychiatric Association e l'American Medical Association avevano rispettivamente vietato ai propri membri di collaborare a queste forme di interrogatorio estreme, mentre l'American Psychological Association, pur essendosi dichiarata inequivocabilmente contraria alla tortura e agli abusi (vedi dichiarazioni del 10 agosto 2006 e 19 agosto 2007), nel giugno del 2005, attraverso la Presidential Task Force on Psychological Ethics and National Security, PENS, aveva concluso che:

"È coerente con il codice di etica dell'APA che gli psicologi presenzino sotto forma di periti o consulenti ad interrogatori – o processi per ottenere informazioni a scopi di sicurezza nazionale. Impegnarsi in tali ruoli di periti o consulenti comporta un delicato equilibrio di considerazioni etiche, ma permette così agli psicologi di assistere in una posizione unica e di assicurarsi che tali processi siano etici e sicuri per tutti i partecipanti".

Aspettando le presidenziali APA del 2008, il continuo e animato dibattito aveva portato i colleghi americani nel giugno 2008 a firmare una petizione per far votare i propri membri su questa risoluzione (i regolamenti locali dell'APA permettono un tale voto quando l'1 per cento dei membri firma una petizione richiedendo tale azione). Il ballottaggio era avvenuto dal 1 di agosto 2008 fino al 15 settembre 2008: il voto, scrutinato da una terza parte indipendente, era stato di 8,792 contrari contro 6,157 favorevoli.

I membri dell'APA hanno così approvato una risoluzione che proibisce a qualsiasi psicologo di lavorare in "setting" di detenzione dove le leggi internazionali o la Costituzione americana siano violate, a meno che lo psicologo non lavori direttamente per i detenuti o per una terza parte indipendente per proteggere i diritti umani, o per fornire trattamento al personale militare.

Il Consiglio dei Rappresentanti dell'APA aveva superato quindi le risoluzioni che vietavano agli psicologi di partecipare in specifiche tecniche di interrogatorio, e l'associazione stava esortando l'uscente presidente Bush, il Dipartimento della Difesa, la C.I.A e il Congresso, ad assicurare che tutti gli standard etici professionali nel trattamento dei detenuti in tutto il mondo fossero difesi.

In base ai regolamenti locali e allo statuto dell'APA, la risoluzione dovrebbe diventare una linea di condotta durante la Convention Annuale dell'APA, che si è tenuta questo agosto 2009. Comunque rimangono irrisolte alcune questioni, come l'effetto che questa linea di condotta avrà su colleghi che lavorano in questi specifici "setting". L'ex presidente dell'APA, Dr. Alan E. Kazdin, aveva nominato un gruppo di lavoro composto da membri dell'APA Board of Directors e del Consiglio dei Rappresentanti, per determinare gli argomenti che richiedono chiarificazione riguardo la risoluzione e per identificare possibili vie per chiarire questi argomenti da rivedere al meeting che si terrà a febbraio 2010, dichiarandosi nel frattempo contento e fiero di essere un membro dell'APA: "adesso il ruolo dell'APA è quello di abbracciare questa politica e di lavorare per far sì che la risoluzione sia chiara, ben comunicata ed applicata". Il nostro codice deontologico impone a noi professionisti il compito di intervenire e fermare atti di tortura ed abuso, in qualsiasi contesto essi avvengano, e di difendere

i diritti umani. Uno dei motivi che ci permette di infrangere il segreto professionale è proprio in casi in cui la sicurezza di un essere umano è a rischio. Il compito dei colleghi che sono contemporaneamente psicologi e militari è quindi sicuramente arduo, ma non dovrebbe essere conflittuale: non dovremmo dimenticare mai che, in quanto professionisti, abbiamo la responsabilità di sapere per quale scopo è richiesto il nostro servizio e cosa il cliente che ci ha assunto farà con la nostra assistenza, anche quando il cliente è l'Agenzia Federale Governativa Americana stessa.

La protezione dei diritti umani è un dovere che ci spetta sia come esseri umani, sia come cittadini, sia a maggior ragione, come professionisti: esso va difeso e rispettato. Come la nostra professione, esso è stato una progressiva conquista, che ci distingue dalle barbarie e dall'ignoranza del passato. Progredire quindi, non regredire, e finalmente i colleghi dell'APA e la nuova amministrazione statunitense ci hanno dato una chiara risposta al riguardo.

* Istituto di Specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi Relazionale (ISIPSe), Roma.

BIBLIOGRAFIA

- APA, Monitor on Psychology, June 2008, vol.39, no.6
APA, Monitor on Psychology, November 2008, vol. 39, no. 10
APA Press Release, "American Psychological Association reaffirms unequivocal position against torture and abuse" August 10, 2006, www.apa.org/releases/notorture.html
APA Press Release "Reaffirmation of the American Psychological Association Position against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and its application to individuals defined in the United States Code as "Enemy Combatants", August 19, 2007, www.apa.org/governance/resolution/councilres0807.html
Benjamin Mark, "The CIA's torture teachers", June 21, 2007
Hitchens Christopher, "Believe me, it's torture", August 2008, Vanity Fair
Kaye Jeffrey S., "The torture election: fighting for the soul of the American Psychological Association" April 23, 2008, www.alternet.org/story/82477/
Mollica, R. 2007. "Le ferite invisibili", Il Saggiatore.
Nance Malcolm, "Waterboarding is torture...period", October 31, 2007, www.smallwarjournals.com
Soldz Stephen "The torture trainers and the American Psychological Association", June 27, 2008
Soldz Stephen, "Shrinks and the SERE techniques at Guantanamo"
The New York Times, "2 U.S. Architects of Harsh Tactics in 9/11's Wake", Scott Shane, August 12, 2009

President Obama and the colleagues of the American Psychological Association (APA) say no, at last

The article talks about the recent controversy occurred in the United States on the role of military psychologists in military detention settings. Originally, psychologists were involved within the SERE programs (Survival, Evasion, Resistance, Escape) of the American Department of Defence, only as safety guards, in order to monitor the condition of the military-victims during trainings aimed to teach them how to resist to hostile interrogations and to torture, in case they were held by enemies violating Geneva's conventions. Later on, some military psychologists were instead involved as consultants and supervisors to the C.I.A. by training those who were in charge of interrogating detainees, utilizing SERE's techniques (among which waterboarding, an interrogation technique considered torture) and the results of psychological studies, for instance those on learned helplessness. The psychologist who were involved are now under indictment of the investigation on criminal torture held in C.I.A. detention's centers that was started by the Obama's administration, and the American Psychological Association, after several controversies and a petition demanded by American colleagues, eventually revised the presence of psychologists "as consultant at interrogations in order to ensure that those processes are ethical and safe", finally prohibiting "to every psychologist to work in detention setting where international law or the American Constitution are violated, unless they are working directly for the detainees or for a third independent part to protect human rights, or to provide psychological treatment to military personnel".

link 15 . una storia clinica

**L'oggetto simbiotico nelle patologie
della dipendenza: La supervisione nel
contesto del servizio sanitario come
prevenzione del burn-out**

ELVIRA ARCIDIACONO, CATERINA BISCARO, SILVIA VERBENA
BRAVIN, MADDALENA CALCAGNO, MARTA TORRIANI, CATERINA
VEZZOLI



L'oggetto simbiotico nelle patologie della dipendenza: La supervisione nel contesto del servizio sanitario come prevenzione del burn-out

Un'esperienza di supervisione in un servizio pubblico. La metodologia della supervisione è centrata sulle abilità specifiche degli operatori coinvolti e sull'analisi dei loro vissuti contro-transferali come strumento per accedere alle dinamiche inconsce sottese alle patologie della dipendenza. L'approccio al caso attraverso una metafora ha consentito agli operatori la comprensione profonda e la partecipazione empatica alle traumatiche esperienze di vita dei pazienti alcolodipendenti. Il gruppo di supervisione ha cercato di cogliere i modelli di attaccamento precoce dei pazienti ai loro oggetti d'amore in modo da evitare di cadere in una presa in carico solo formale e finalizzata al controllo sociale. Le diverse professionalità che costituivano l'équipe del servizio hanno lavorato insieme per sviluppare un modello di cura rispettoso delle loro differenze e focalizzato sulla realtà traumatica del paziente

ELVIRA ARCIDIACONO*, CATERINA BISCARO**, SILVIA VERBENA BRAVIN***, MADDALENA CALCAGNO****, MARTA TORRIANI*****, CATERINA VEZZOLI*****

1. Contesto della supervisione

I componenti del gruppo di supervisione sono operatori del servizio per l'alcool dipendenza e dell'équipe carcere, con professionalità diverse: psicologi, medici, psichiatri, assistenti sociali, assistenti sanitari, educatori. Gli psicologi e la psichiatra sono psicoterapeuti con formazioni diverse. Nessuno dei partecipanti ha una formazione di tipo analitico. Gli operatori che partecipano lavorano da anni nei servizi per la dipendenza, non sono nuovi al lavoro clinico e neppure alla supervisione di gruppo, sono esperti nel loro lavoro e consapevoli che il confronto con le gravi patologie della dipendenza li obbliga ad una continua ricerca clinica e teorica. Le patologie diventano spesso croniche e sono in continua trasformazione, affondano la loro origine in traumi precoci dello sviluppo. Il supervisore ha una formazione come analista junghiano, con precedenti esperienze di lavoro e di supervisione in vari ambiti.

L'obiettivo dichiarato e consapevole, non solo formale, della supervisione è di focalizzare quali elementi delle situazioni di équipe e di incontro con gli utenti possono determinare il burn-out degli operatori. La domanda di supervisione è centrata quindi sulle dinamiche provocate dall'incontro clinico con le patologie della dipendenza e sulle relazioni all'interno dell'équipe più che sulla gestione quotidiana dei casi. Nel corso del primo incontro di supervisione, viene inoltre espresso dai partecipanti l'interesse a comprendere i passaggi inconsci che creano collusioni e bloccano la comprensione operatore-paziente a stadi arcaici di funzionamento.

Sono stati effettuati 10 incontri di supervisione da marzo a dicembre 2006 con una pausa da giugno a settembre per le ferie estive. Ogni incontro aveva la durata di 3 ore con un intervallo di 15 minuti dopo la prima ora e mezza. Il luogo era una sede della ASL cui il servizio appartiene.

L'obiettivo dichiarato e consapevole della supervisione è di focalizzare quali elementi delle situazioni di equipe e di incontro con gli utenti possono determinare il burn-out degli operatori. La domanda di supervisione è centrata quindi sulle dinamiche provocate dall'incontro clinico con le patologie della dipendenza e sulle relazioni all'interno dell'equipe più che sulla gestione quotidiana dei casi

Al primo incontro si è stabilito che un operatore a turno avrebbe portato il resoconto scritto di una seduta o parte di una seduta ritenuta in qualche modo significativa o problematica per la comprensione o non comprensione del caso. I pazienti di cui si parlava erano sempre in carico a più operatori che potevano intervenire con le loro esperienze e vissuti del paziente. Nell'andamento del corso di supervisione sono stati soprattutto gli psicologi, il medico e una delle assistenti sociali che si sono attenuti alla presentazione della seduta, mentre per gli altri operatori, soprattutto inizialmente, ciò è stato più difficile.

Nel primo incontro, inoltre, il supervisore suggerì, per una questione di privacy, ma non solo, che venisse dato un nome di fantasia al paziente cui si riferiva la supervisione. La finalità della supervisione era infatti quella di creare uno spazio riflessivo condiviso: dare un nome di fantasia significava spostarsi dalla quotidianità della gestione del paziente alla riflessione creando uno spazio terzo nella mente sia dell'operatore coinvolto nella presentazione che del gruppo di supervisione.

2. Burn-out

La sindrome che chiamiamo burn-out (Hawkins & Shohet 2005) ha a che vedere con l'incapacità di far fronte alle richieste di cura per un esaurimento delle risorse interne degli operatori. Gli operatori non riescono più a simbolizzare, ad avere una visione "dal di fuori" che mantenga un equilibrio tra le loro risorse e la complessità della cura delle dipendenze. Il riferimento più pertinente è alla "battle fatigue" dei soldati americani, cioè alla depressione e all'esaurimento mentale che coglie i soldati nelle situazioni di guerra: i soldati perdono di vista il significato del perché stanno combattendo ed è il momento in cui possono avvenire i crimini peggiori a causa delle identificazioni peggiori. A modo loro gli operatori delle professioni di aiuto che lavorano nei servizi sono in prima linea, sono chiamati a rispondere in continuazione a situazioni di cura molto richiedenti e confuse anche dal punto di vista istituzionale.

Gli elementi riconoscibili del burnout sono:

- stato emozionale e fisico di esaurimento, una mancanza di interesse per il lavoro, scarsa fiducia nei colleghi.
- depersonalizzazione dei pazienti, perdita di interesse alla cura, cinismo.
- Svalutazione di sé, perdita dei valori morali, profondo senso di fallimento.

Ben riconoscibile è l'apatia che coglie operatori con un buon iter formativo e lavorativo che nel corso della loro carriera hanno sviluppato buone capacità di cura e che smettono di imparare e di crescere. Si fossilizzano sui modelli conosciuti e li applicano senza considerare le mutate situazioni, con effetti disastrosi da tutti i punti di vista.

La supervisione può prevenire il burn-out favorendo la comprensione di sé nella relazione (Hawkins & Shohet 2005)). L'operatore cui è affidata la battaglia alla malattia corre il rischio di essere contaminato da identificazioni e proiezioni personali e collettive che se non riconosciute lo esauriscono. Riconoscere gli effetti della contaminazione è il modo dell'operatore di prendersi cura di sé e si passare dal dovere della cura al prendersi cura di sé e dell'altro.

3. Caratteristiche dalla Supervisione

Nel corso della supervisione la formazione non analitica degli operatori non è stata di ostacolo alla comprensione della dinamica relazionale operatore-equipe-paziente. Anche se il supervisore non poteva rivolgersi direttamente alle immagini del transfert e del contro-transfert, è stato possibile creare delle metafore della relazione. L'uso della metafora permetteva di creare un ponte tra conscio e inconscio senza ricorrere ad interpretazioni troppo analitiche.

Il modello di supervisione possibile in questo contesto era di supporto, con la finalità di restituire alla relazione di cura, attraverso la riflessione ed il confronto, significato e "distanza" sufficienti ad evitare collusioni, consentendo anche una visione di maggiore empatia con il paziente. I meccanismi dell'empatia permettono la comprensione mentale della situazione dell'altro mantenendo la distinzione tra sé e l'altro; quindi identificazioni inconsce e collusioni, pur avvenendo, hanno maggiore possibilità di essere comprese. Nel modello ideale del supervisore il gruppo avrebbe

dovuto focalizzarsi non sul paziente, non sul terapeuta, non sugli interventi, ma sulla relazione diadica, sui vissuti degli operatori e sulla comunicazione tra loro all'interno delle équipes.

Nel corso dei primi incontri fu particolarmente difficile lavorare sulla relazione. Quasi impossibile far scegliere agli operatori un nome di fantasia per i pazienti che presentavano. Era molto evidente l'adesione alla storia del paziente come elemento difensivo: dare un nome di fantasia voleva già dire staccarsi dalla situazione quotidiana ed accettare un punto di vista che poteva spostare la prospettiva di lettura della situazione. L'urgenza di trovare una soluzione, di trovare la formula giusta affinché "il caso" fosse magicamente risolto, grazie anche all'investimento che veniva fatto parlandone in supervisione, impediva di comprendere ciò che avveniva nella relazione.

Nonostante l'atmosfera del gruppo di supervisione fosse buona e rispettosa erano all'opera meccanismi simbiotici e collusivi. Gli operatori nonostante le loro più buone intenzioni si difendevano dall'angoscia disperante che i loro pazienti alcool dipendenti proiettavano inconsciamente su di loro rendendoli immobili, facendoli sentire inutili, cinici e incapaci. Gli operatori contro reagivano negando la contaminazione e colludendo almeno parzialmente con le varie figure fantasmatiche e non, prodotte dai pazienti e dall'istituzione.

Il paziente restava l'oggetto narcisistico che doveva dimostrare di accettare le cure oppure dimostrare di essere così disastroso che per lui/lei non si poteva fare nulla. Gli operatori inconsapevolmente si trovavano a riprodurre le dinamiche relazionali che i pazienti avevano già sperimentato nelle loro relazioni primarie: oggetti narcisistici di genitori manipolanti.

Di volta in volta, adeguatamente sollecitato, l'operatore che esprimeva la seduta riusciva a spostarsi dalla situazione difensiva, dove gli interventi sul paziente visto come monade erano sempre privi di effetto, ad un'immagine più relazionale dell'intervento. I protagonisti fantasmatici presenti nella mente del paziente e trasmessi all'operatore potevano entrare nel quadro relazionale e essere compresi senza per forza richiedere un'azione da parte del curante. Determinante è stato poter collocare l'episodio relazionale che l'operatore portava in supervisione, in un contesto che potesse tener conto delle sue associazioni sia di origine culturale che personale, nate nell'interazione con il paziente. Le "libere associazioni" all'operatore recepite ed amplificate dal gruppo di supervisione hanno permesso l'insight della relazione che ristrutturava la conoscenza.

Il ruolo del gruppo di supervisione, attraverso l'amplificazione delle associazioni e delle emozioni suscitate, era di contenere le angosce e il senso di frustrazione e impotenza. Al tempo stesso contribuiva al dipanarsi di una comprensione empatica del paziente e della dinamica del gruppo.

Attraverso tre casi clinici, presentati da tre figure professionali diverse, seguiremo il progressivo avvicinarsi del gruppo di supervisione alle richieste del supervisore ed il suo progressivo decentrarsi dal progetto di cura possibile (alternativo a quello già progettato ed eventualmente in empassé) alle caratteristiche della relazione terapeutica operatore-paziente.

4. Casi clinici

a. "Imprevisti del mestiere"

Nel contesto della supervisione l'assistente sociale presenta in maniera sintetica un colloquio effettuato con un paziente ricoverato in comunità terapeutica e nella fase di reinserimento (sperimentazione di un'attività lavorativa in previsione del rientro a casa). Il titolo scelto dall'assistente sociale per la presentazione al gruppo di supervisione è "imprevisti del mestiere", titolo che sintetizza lo stato mentale prevalente dell'operatore. Il paziente viene presentato inizialmente con il proprio nome di battesimo: quando il supervisore la sollecita a trovare un nome di fantasia, l'assistente sociale propone: "l'Uomo Diviso". L'espressione veicola la percezione che l'operatrice ha della situazione personale del paziente e anche la sua ambivalenza nell'accettare la comunicazione del paziente.

Il modello di supervisione possibile in questo contesto era di supporto, con la finalità di restituire alla relazione di cura significato e "distanza". I meccanismi dell'empatia permettono la comprensione dell'altro mantenendo la distinzione tra sé e l'altro. Identificazioni inconsce e collusioni, pur avvenendo, hanno maggiore possibilità di essere comprese. Nel modello ideale del supervisore il gruppo avrebbe dovuto focalizzarsi non sul paziente, non sul terapeuta, non sugli interventi, ma sulla relazione diadica, sui vissuti degli operatori e sulla comunicazione tra loro all'interno dell'équipe

Il gruppo con un atteggiamento inizialmente difensivo si interroga dove collocare la comunicazione: realtà o fantasia? Dall'atteggiamento difensivo emerge la necessità di chiarire ulteriormente la domanda. La modalità in cui viene riferito l'abuso sessuale con il suo repentino passaggio da un piano di realtà esterna ad un altro senza apparente connessione pone la domanda sulla fluttuazione nell'esame di realtà

Nella breve sintesi riportata al gruppo l'assistente sociale precisa la finalità dei colloqui svolti con il paziente e gli avvenimenti precedenti il colloquio oggetto della supervisione.

I colloqui avevano l'obiettivo di valutare e monitorare le abilità sociali e lavorative del paziente e di aiutarlo a fare un adeguato esame della propria realtà per poter programmare un progetto di vita realistico e soddisfacente. Dice l'operatrice: "Il percorso riabilitativo in comunità non aveva avuto intoppi. Dopo l'inizio dei miei colloqui per il reinserimento che non avevano presentato problemi sono stata chiamata dalla comunità perché "l'Uomo Diviso", a seguito di una "punizione" stava per abbandonare il programma riabilitativo. Nel colloquio successivo è stato sufficiente che spiegassi le conseguenze dell'abbandono e cioè che il Servizio non avrebbe potuto più supportarlo nella ricerca di un lavoro, perché il paziente desistesse dal portare a termine la sua idea. Nel successivo colloquio a distanza di 15 giorni avviene qualcosa di inaspettato. Il colloquio si era incentrato sulla relazione tra l'educatore del servizio inserimenti lavorativi dell'ASL che aveva il compito di seguire il suo tirocinio lavorativo e sulla "punizione" che lo stava portando ad abbandonare la comunità. Alla fine del colloquio in maniera apparentemente incongrua il paziente mi racconta di essere stato violentato da adolescente. Aggiunge che sono la seconda persona con cui ha deciso di parlare di questo episodio doloroso, essendo la prima la psichiatra di una comunità per malattie mentali in cui era stato inserito in passato per disturbo grave della personalità. Con la psichiatra aveva lavorato sui suoi vissuti di vergogna, arrivando a convincersi per la prima volta di non essere lui la 'persona sporca'. Aggiunge che per anni non ne aveva mai più parlato con nessuno".

L'assistente sociale pone al gruppo di supervisione un quesito: «Mi chiedo perché l'Uomo Diviso abbia deciso di raccontarmi questo evento traumatico in questo momento e come sia meglio gestire tale comunicazione in considerazione del mio ruolo di assistente sociale». Il modo dell'operatrice di porre la domanda al gruppo di supervisione indica la sua ambiguità che in parte è consapevole, tra un fare operativo ed un bisogno di comprendere più chiaramente il tipo di relazione che si sta instaurando con il paziente.

Il gruppo con un atteggiamento inizialmente difensivo si interroga dove collocare la comunicazione: realtà o fantasia? Dall'atteggiamento difensivo emerge la necessità di chiarire ulteriormente la domanda. La modalità in cui viene riferito l'abuso sessuale con il suo repentino passaggio da un piano di realtà esterna ad un altro senza apparente connessione pone la domanda sulla fluttuazione nell'esame di realtà. Soprattutto sembra in contrasto con la riservatezza mostrata dal paziente nel parlare dell'episodio di violenza. Il gruppo a questo punto si chiede perché il paziente ne parli con l'assistente sociale proprio dopo la tentata interruzione del percorso riabilitativo. Benché l'utilizzo dello spazio relazionale socio-riabilitativo possa sembrare incongruo per una comunicazione di questo tipo, nel caso specifico la relazione con l'assistente sociale era di lunga durata all'interno di un percorso di cura e a sostegno di scelte progettuali future. In quest'ottica nessun progetto futuro avrebbe avuto possibilità di riuscita se non integrando il vissuto dell'abuso.

Una volta fatta questa considerazione l'assistente sociale ricorda e comunica al gruppo che la "punizione" all'origine della tentata interruzione del percorso comunitario riguardava l'inserimento in comunità di un nuovo utente dichiaratamente omosessuale che aveva creato nell'Uomo Diviso una forte reazione di rifiuto. Al gruppo appare allora probabile che l'impatto con il "nuovo utente" abbia spostato i confini tra realtà concreta e materiale rimosso, mettendo il paziente ancora una volta in contatto con la paura profonda provata nella relazione con il violentatore uomo. La relazione di rifiuto nei confronti dell'utente omosessuale sembra connessa ai confini imprecisi dell'identità sessuale. A causa dell'abuso subito sia esso reale o fantasmatico, il paziente non ha potuto elaborare le sue normali tendenze omofobiche e la relazione con l'altro uomo resta minacciosa. La vergogna legata all'abuso ha impedito l'elaborazione della sofferenza che è stata nascosta e negata ma che al tempo stesso ha impedito lo sviluppo, mantenendo l'area del trauma scissa dalla coscienza (Bordi, 1999).

La vergogna implicita legata all'esperienza traumatica e ignota agli operatori della

comunità fa emergere aspetti dell'io particolarmente fragili, impedisce di tollerare la frustrazione di rapporti umani connotati dal "giudizio". Gli operatori della comunità, l'educatore che valuta il suo rendimento lavorativo in accordo con il datore di lavoro, vengono associati a figure abusanti dai quali fuggire.

L'assistente sociale pur riportando dati di realtà: "se si allontana dalla comunità non posso più aiutarla", sposta l'attenzione sulla funzione che le compete di aiuto e supporto, riducendo le ansie persecutorie.

L'ansia non espressa ma presente nel paziente per il suo ritorno alla vita autonoma dopo anni di comunità può essere allora letta non solo come banale "disassuefazione" alla vita quotidiana, ma come consapevolezza implicita del paziente di non essere pronto a sostenere una vita ed un lavoro "al di fuori" di un contesto protetto. La comunità diventa un luogo insicuro quando viene inserito l'omosessuale dichiarato che fa riemergere aspetti dell'identità sessuale compromessa dall'abuso subito. Ciò mette in evidenza anche la carenza di investimento oggettuale che l'io fragile e ferito trasforma rapidamente in oggetto persecutorio.

L'incoerenza notata dall'assistente sociale nel colloquio rispecchia le incoerenze e le contraddittorietà presenti nel paziente per quanto riguarda la rappresentazione di sé e della relazione d'oggetto, che con ogni probabilità affondano le loro radici nell'incoerenza e contraddittorietà del primo investimento oggettuale. Il senso di smarrimento provato dall'assistente sociale al momento della comunicazione dell'abuso ("Perché mi dice questo e proprio adesso? Cosa posso e debbo fare di questa comunicazione?") rispecchia lo smarrimento del paziente di fronte alle richieste della società (capacità di lavorare e di vita autonoma). Il precario adattamento sociale per lui possibile attraverso pesanti meccanismi di scissione che frammentando la sua identità, lo rendono un uomo diviso e apparentemente incoerente il suo modo di comunicare. Nel colloquio la confusione del paziente si era trasmessa all'operatrice che tentando di sottrarsi alla contaminazione aveva riportato sul piano di realtà la sua funzione di assistenza. Proprio la limpidezza dell'assistente sociale nei confronti del suo ruolo ha tolto il paziente dalla situazione confusiva. Il gruppo di supervisione fungendo da mente contenitiva ha compreso i bisogni di cura del paziente ed ha gettato una luce nuova sul significato profondo della relazione sociale di accompagnamento all'autonomia (Zucca Alessandrelli 1996).

b. Giulietta dello spirito

In un incontro di supervisione successivo, è il medico a presentare un "episodio relazionale" che la vede coinvolta con una paziente donna cui si riferisce da subito con un nome fittizio: "Giulietta dello spirito".

Questo nome nasce dal confronto fra il medico e la psicologa dell'équipe anche lei coinvolta nello stesso incontro. La psicologa aveva riferito al medico che il volto tumefatto, gonfio e segnato della paziente le aveva ricordato una maschera del teatro latino classico e Giulia era il primo nome di gens latina che le era venuto in mente. Il medico aveva poi per "libera associazione" collegato al nome di Giulia l'espressione "di spirito di-vino" senza però aver colto il riferimento al film di Fellini "Giulietta degli spiriti". Questo riferimento emergerà invece subito chiaro al gruppo di supervisione, aprendo nuove prospettive nella discussione del caso.

Ritorniamo però al dettaglio dell'episodio relazionale portato in supervisione. Si trattava di un incontro fissato per discutere con Giulietta il progetto terapeutico elaborato per lei dall'équipe. Gli operatori coinvolti aveva valutato che la situazione relazionale e di salute fisica e mentale di Giulietta fosse gravemente compromessa. Viveva sola in attesa della separazione legale dal marito cui l'autorità giudiziaria aveva in via provvisoria e contrariamente ai suoi desideri affidato i figli minori, non aveva una attività lavorativa che le consentisse di mantenersi. Giulietta aveva già subito un ricovero in clinica psichiatrica per depressione ed abuso di alcol riprendendo subito il potus ed era stata appena dimessa da un servizio di riabilitazione alcolologica che nella lettera di dimissione sottolineava la necessità di un forte supporto pedagogico per orientarla nelle scelte di vita. In passato era stata seguita in neurologia per problemi correlati ad una forma di atrofia cerebrale che Giulietta non era in grado di meglio specificare.

La psicologa aveva riferito al medico che il volto tumefatto, gonfio e segnato della paziente le aveva ricordato una maschera del teatro latino classico e Giulia era il primo nome di gens latina che le era venuto in mente. Il medico aveva poi per "libera associazione" collegato al nome di Giulia l'espressione "di spirito divino" senza però aver colto il riferimento al film di Fellini "Giulietta degli spiriti"

Passività ed impulsività di tipo autodistruttivo da un lato, oppositività e determinazione nel sostenere le sue posizioni dall'altro, appaiono in stridente contrasto. Cogliere tale contraddittorietà aiuta il gruppo a formulare una diversa ipotesi sul funzionamento mentale di Giulietta: quella di un difetto della funzione metacognitiva



Vista la situazione altamente complessa l'equipe reputava che un periodo di trattamento in comunità potesse essere utile a Giulietta per affrontare le sue diverse problematiche esistenziali e per rinforzare un'astinenza da alcolici che appariva al momento assai fragile.

L'incontro era stato preceduto da una telefonata di Giulietta che sollecitava l'appuntamento poiché aveva ripreso gli abusi e da una telefonata dell'ex-marito che chiedeva interventi più incisivi.

Giulietta si presenta all'incontro in uno stato di evidente e pesante intossicazione alcolica, confermata dalla misura all'etilometro.

Presenta inoltre una vistosa ecchimosi al volto. Riferisce di essere venuta al servizio guidando l'auto di un "amico". È comunque in grado di comprendere le domande e di esprimersi con lucidità.

Per la prima volta da quando il servizio la segue rivela che l'ex-marito è stato varie volte violento con lei, ma che lei non ha mai sporto denuncia per maltrattamenti. Rifiuta di essere riaccompagnata a casa come il medico le propone perché reputa di essere in grado di guidare, seppur lentamente.

Gli operatori cercano di entrare in sintonia con il suo senso di solitudine e di smarrimento per la fine dolorosa e difficile del suo matrimonio, sottolineano l'estrema fragilità della sua astensione di alcolici, comprendono il suo bere come risposta all'angoscia che la assale nei suoi risvegli precoci e le propongono la comunità terapeutica come contesto di protezione e di solidarietà che può aiutarla.

Giulietta strenuamente si oppone alla proposta, fattale ripetutamente e con motivazioni plurime: sostiene di essere in grado di trovarsi da sola un'attività lavorativa e di poter riprendere facilmente l'astinenza senza bisogno di ausili specialistici. Gli operatori si offrono allora per interpellare i suoi genitori, i suoi fratelli perché la sostengano in questo percorso, ma anche questa proposta viene rifiutata perché il padre è affetto da una grave malattia. Non intende rivolgersi a loro neppure per essere riaccompagnata a casa in questo frangente.

Il medico a chiusura della presentazione esprime il proprio senso di impotenza per non riuscire a motivare Giulietta a proteggersi dal proprio bere angosciato ed impulsivo. Gli operatori che hanno seguito Giulietta in passato (lo psichiatra, il medico del servizio di riabilitazione alcolica) le hanno confermato che Giulietta non sembra in grado di fare scelte di vita che la tutelino, spesso si affida al sostegno di persone a loro volta problematiche per colmare la sua solitudine e necessita di costanti consigli. Il medico si chiede se ci si trovi di fronte ad un quadro di deterioramento cognitivo tale da impedire alla paziente una valutazione adeguata della sua realtà e che vanifica ogni tentativo "terapeutico" basato sulla sua responsabilizzazione e collaborazione: forse solo la coercizione di un'autorità giudiziaria che riconoscesse la sua incapacità di scegliere e di volere (infermità mentale) potrebbe ottenere qualche successo terapeutico.

Il supervisore a questo punto ricorda che il film di Fellini a cui il medico si è inconsapevolmente ispirata per dare un nome "nuovo" alla paziente è un film sul masochismo femminile. Il gruppo inoltre rimanda il fatto che nonostante operatori diversi che descrivono Giulietta come una personalità dipendente che necessita di guida e consigli, ella nel corso dell'incontro narrato si mostra ostinata nel rifiutare il consiglio del medico e della psicologa del servizio: non accetta di farsi ricompagnare a casa, di affrontare un percorso terapeutico in comunità, di coinvolgere i suoi familiari nel progetto di cura.

Il gruppo di supervisione rileva inoltre che l'impressione di deterioramento cognitivo avuta dal medico è in contraddizione con la lucidità che nonostante l'intossicazione Giulietta mostra nel corso dell'incontro.

Passività ed impulsività di tipo autodistruttivo da un lato, oppositività e determinazione nel sostenere le sue posizioni dall'altro, appaiono in stridente contrasto. Cogliere tale contraddittorietà aiuta il gruppo a formulare una diversa ipotesi sul funzionamento mentale di Giulietta: quella di un difetto della funzione metacognitiva (Fonagy & Target, 2001) o trascendente (Jung, 1985). La funzione trascendente nasce dalla dialettica fra processo primario e secondario ed è caratterizzata dalla capacità di anticipare le conseguenze delle proprie azioni sul mondo considerandole non solo nel proprio effetto fisico, ma anche nel proprio valore simbolico-relazionale. L'azione verso l'altro è orientata infatti dalla capacità di cogliere i suoi stati mentali, capacità che insorge nel bambino intorno all'anno di vita all'interno della relazione di attaccamento sufficientemente sicuro con la figura materna. La protezione sperimentata dal bambino nelle sue prime fasi di vita, vale a dire la capacità della madre di comprendere gli stati emotivi del figlio, i suoi desideri e bisogni, e di contenerli nella propria mente, consentono di acquisire quella "fiducia di base" indispensabile per esplorare il mondo fisico e relazionale, costruendo rapporti costanti e prevedibili con le cose e le persone che lo circondano. Quando Giulietta accenna alla propria madre nel corso dell'incontro descritto in supervisione la definisce una donna da sempre aggressiva con lei, molto rimproverante.

Secondo Knox (2004), se il bambino non sente accolto il suo desiderio, ma anzi sperimenta il rifiuto di esso da parte della madre (perché depressa e/o ripiegata su sé stessa e sui suoi bisogni insoddisfatti), ricorre al ritiro schizoide e l'identificazione proiettiva con l'oggetto simbiotico per difendersi dai desideri e dagli stati emotivi altrui. Knox definisce questa modalità di funzionamento mentale "inibizione della funzione trascendente" e la ritiene tipica dell'"instabilità instabile" dei fenomeni borderline e della personalità "come se". In questa economia mentale la violenza subita masochisticamente, produce un effetto fisico manifesto che l'altro non può non considerare, e crea così un legame paradossale. Allo stesso tempo la violenza risponde alla necessità di rompere il rapporto fusionale, confusivo e claustrofobico con l'oggetto simbiotico.

Giulietta instaura con i curanti un legame ambivalente sollecita il loro aiuto e quando offerto lo rifiuta. In maniera simmetrica gli operatori oscillano fra un forte desiderio di accudimento protettivo ed una profonda rabbia che nasce dalla frustrazione di non sentirsi legittimati nel loro operato. Pensare la paziente come priva di una mente (il sospetto di decadimento cognitivo), indica la difesa degli operatori che tentano di sottrarsi al senso di impotenza. In realtà quello che stanno sperimentando sembra

Giulietta si presenta come "vittima" (del suo bere impulsivo e angosciato, del marito violento, della madre distante, della sorte che ha indebolito gravemente la salute del suo unico supporto, il padre, rendendolo non disponibile, dell'autorità giudiziaria che la priva dell'affidamento dei figli), sollecitando negli operatori istanze di protezione forte ed immediata. Al contempo si oppone ad ogni proposta protettiva (la comunità, l'essere ricompagnata a casa, il coinvolgere i suoi familiari) perché onnipotentemente convinta di potercela "fare da sola"

Le fantasie di fusione e di controllo dell'oggetto sono evidenti. La capacità di adattamento di cui Medea si vanta è illusoria, di facciata, caratteristica di un "falso Sé" ed è possibile solo attraverso l'uso massiccio della difesa intellettualistica (parlare di Kant), della negazione della vergogna legata alla sessualità e forse della stessa identificazione sessuale (il sentirsi considerata o il considerarsi quasi asessuata)



riflettere l'ambivalenza desiderio-rifiuto sperimentata da Giulietta nella relazione con la figura di accudimento primario. Infatti Giulietta nell'incontro descritto si presenta come "vittima" (del suo bere impulsivo e angosciato, del marito violento, della madre distante, della sorte che ha indebolito gravemente la salute del suo unico supporto, il padre, rendendolo non disponibile, dell'autorità giudiziaria che la priva dell'affidamento dei figli), sollecitando negli operatori istanze di protezione forte ed immediata. Al contempo si oppone ad ogni proposta protettiva (la comunità, l'essere riaccompagnata a casa, il coinvolgere i suoi familiari) perché onnipotentemente convinta di potercela "fare da sola".

L'alcol in questo tipo di funzionamento mentale svolge un duplice ruolo: sostiene l'illusione onnipotente di autarchia e di controllo dell'oggetto simbiotico vissuto come imprevedibile e spaventoso (Catella & Zucca Alessandrelli, 1999).

La frustrazione provata dagli operatori nel riconoscere l'impossibilità alla cura permette di comprendere il vissuto di violenta impotenza provato dalla paziente nei confronti dell'oggetto d'amore primario. Le è impossibile riconoscere la prepotenza del proprio desiderio ingordo e incontenibile agito in modo onnipotente. Solo l'empatia degli operatori che percepiscono la frustrazione inabilitante della paziente permette loro di vedere il suo bisogno disperato e disperante di legame.

c. Medea

In un ulteriore incontro la terapeuta (psicologa) presenta la trascrizione per esteso di una seduta con una paziente denominata Medea. Viene specificata l'attribuzione del nome mitico come segue: *"Il medico di base che ha fatto l'invio aveva descritto la situazione familiare della paziente come pericolosa per i figli minori, e la relazione con il marito come compromessa. La presentazione ha per me evocato, prima ancora che conoscessi la paziente, la tragedia di Medea di Euripide. Medea uccide i suoi figli per vendicarsi del marito. Al momento del primo colloquio mi colpiscono i suoi capelli, come quelli di una Gorgone... li porta sempre legati quando viene al servizio, ma lei stessa dice che sono come quelli di una Gorgone"*.

Riporteremo di seguito solo alcuni passaggi della seduta che era avvenuta dopo alcuni mesi di astinenza da alcolici senza utilizzo di farmaci, e senza la frequenza a gruppi di auto-aiuto, unico sostegno gli incontri al servizio alcol-dipendenza per colloqui di monitoraggio della situazione. L'incontro con lo psicologo aveva cadenza quindicinale con il medico mensile.

La seduta oggetto della supervisione era stata stabilita per restituire la valutazione psicodiagnostica effettuata con test di Rorschach e PDQ-R.

Nell'apertura del colloquio, presentato in supervisione, Medea racconta che:

"sul lavoro è in atto una riorganizzazione che non la mette in ansia, si adatterà alla nuova realtà come sempre. Sul lavoro si trova bene sebbene sia in mezzo a due gruppi di colleghi che si contrappongono: uno che, come lei, concepisce il lavoro come servizio e l'altro come carriera, ambizione, questo ultimo costituito prevalentemente da uomini. Il secondo gruppo opera un sabotaggio sistematico del lavoro altrui, ma a lei non riescono a dare noia perché è in grado di aggiustare da sola le apparecchiature di laboratorio. Medea riesce così a mantenere rapporti cordiali anche con il secondo gruppo di colleghi verso i quali non prova particolare acrimonia, anzi la considerano "quasi asessuata" per cui intrattengono con lei un rapporto "goliardico": le mostrano i filmini porno che scaricano sul cellulare, le dicono cose irripetibili sulle donne. Un collega del primo gruppo non potrebbe mai andare a mangiare una pizza con un collega del secondo gruppo, a lei invece è capitato da poco di pranzare con uno di loro e "parlare insieme di Kant"....

Il supervisore invita il gruppo degli operatori a comprendere il funzionamento mentale della paziente invitando gli operatori a focalizzare l'attenzione sulla descrizione che la paziente fa della sua situazione lavorativa e delle sue relazioni con i colleghi.

Le risposte che vengono date dagli operatori a questa sollecitazione, pur nella differenza legata alle diverse professionalità, possono così essere riassunte: un funzionamento mentale che oscilla fra la posizione depressiva: "i colleghi che concepiscono il lavoro come servizio", e la posizione schizoide: "l'attacco invidioso dei colleghi arrivisti".

A proposito della posizione depressiva, la terapeuta che presenta il caso ricorda che la radice del nome Medea è la stessa della parola medico ed inizia ad interrogarsi sulla perché abbia attribuito il nome alla paziente.

Nel racconto che la paziente fa della sua situazione lavorativa le fantasie di fusione e di controllo dell'oggetto sono evidenti. La capacità di adattamento di cui Medea si vanta è illusoria, di facciata, caratteristica di un "falso Sé" ed è possibile solo attraverso l'uso massiccio della difesa intellettualistica (parlare di Kant), della negazione della vergogna legata alla sessualità e forse della stessa identificazione sessuale (il sentirsi considerata o il considerarsi quasi asessuata).

Il gruppo di supervisione ritrova le tracce di questo funzionamento oscillante nel corso di tutto il colloquio successivo. Durante la seduta riportata in supervisione la psicologa in più momenti cerca di creare collegamenti fra caratteristiche di pensiero e di comportamento che Medea si attribuisce, ed eventi ed esperienze della sua storia, nel tentativo di dare senso e continuità; Medea non sembra però in grado di coglierli.

Ecco il passaggio successivo:

"Chiedo a Medea perché lei nel PDQ-R abbia affermato che "la violenza l'affascina". Risponde che la violenza l'affascina come tutto ciò che è estremo, anche se l'aborrisce, non riuscirebbe mai ad alzare un dito sui figli e non concepisce le persone intorno

Medea non si sofferma a riflettere e sembra non essere in grado di cogliere il legame fra la depressione materna ed il suo sentirsi non riconosciuta, al punto di dover assumere per la madre le caratteristiche del fratello amato nella speranza di divenire visibile ai suoi occhi. Il gruppo crede di capire che la violenza potrebbe avere a che fare con il bisogno di riconoscimento: la rabbia per non essere riconosciuta crea una fantasia violenta che vorrebbe la distruzione del legame

Il trasferimento dell'idea inconscia che un paziente evoca nel terapeuta su un'immagine tratta da un'opera letteraria, teatrale o cinematografica, permette la distanza e al tempo stesso il riconoscimento di sentimenti, sensazioni, altrimenti difficili da comprendere perché troppo dolorosi anche per il terapeuta. La relazione terapeutica cerca di cogliere gli aspetti contraddittori e tragici dei traumi di cui i pazienti sono portatori attraverso il riconoscimento simbolico ed empatico di sentimenti di amore ed odio presenti nelle relazioni di attaccamento e di cura

a lei che lo fanno per delle "sciocchezze" (fa l'esempio dello scappellotto di una conoscente al figlio perché l'aveva interrotta mentre parlava). Il ricorso alla violenza nei confronti di un bambino e in generale le appare come un segno di "stupidità" perché lei si rende conto di riuscire ad ottenere molto di più dai suoi figli spiegando loro perché un certo comportamento non va bene. Le ricordo che mi aveva riferito in un altro colloquio che quando alterata dall'assunzione di alcol aveva alzato le mani nei litigi con il marito. A questo punto Medea risponde: "A parte mio marito che ha una visione tutta sua, per me quella non era violenza, ma legittima difesa.."

Il gruppo di supervisione seguendo l'andamento della seduta è invitato ad interrogarsi sulla violenza cui Medea ha fatto riferimento.

Il gruppo si interroga sul significato del fascino della violenza e collega l'affermazione di Medea alla rabbia nei confronti della madre espressa nel passaggio immediatamente successivo del colloquio.

"La psicologa rievoca che in uno dei primi colloqui il marito aveva accennato al fatto che Medea era molto arrabbiata con la madre.

Medea risponde : "Lo sono anche ora da sobria perché mia madre ha sempre giustificato mia sorella che per lei era plagiata dal marito, mentre io devo essere sempre perfetta... io sono sempre disponibile: se ha bisogno di una visita le prendo l'appuntamento, l'accompagno, ma lei è sempre insoddisfatta di me, non mi riconosce nulla" .

"La psicologa chiede se fosse accaduto qualcosa fra la sua nascita e quella della sorella che potrebbe aver influenzato il diverso atteggiamento della madre nei suoi confronti".

Medea racconta: Quando era incinta di me, è morto in un incidente suo fratello cui lei era molto legata; non aveva neanche trent'anni. Per questo mi hanno chiamato (Medea). Anche mio padre stravedeva per lo zio, tutti lo descrivevano come molto disponibile, sempre pronto per tutti.

"l'operatrice commenta che è la stessa cosa che la paziente dice della disponibilità verso la madre.

Medea risponde "Sì". La psicologa ricorda e ripete la risposta che è stata data alla tavola VII o materna del Rorschach: "Questa sembra una persona che si guarda allo specchio e dice: Che cavolo sto vedendo? Sembro io che mi guardo al mattino allo specchio i miei capelli stanno così".

Medea a questo punto dice "Io non mi sono mai sentita riconosciuta da mia madre."

Il commento che chiude lo scambio riguarda l'esservi vista riflessa come brutta e imperfetta negli occhi di sua madre.

Nel corso del colloquio riportato in supervisione si evidenzia l'evitamento difensivo operato da Medea nel confronto del desiderio del terapeuta di creare precocemente connessioni tra i fatti riportati e il loro significato affettivo.

L'evitamento operato da Medea è ben visibile quando risponde seccamente al commento del terapeuta sulla disponibilità dello zio materno mettendola in relazione con la disponibilità nei confronti della madre. In tal modo Medea non si sofferma a riflettere e sembra non essere in grado di cogliere il legame fra la depressione materna ed il suo sentirsi non riconosciuta, al punto di dover assumere per la madre le caratteristiche del fratello amato nella speranza di divenire visibile ai suoi occhi.

Il gruppo crede di capire che la violenza potrebbe avere a che fare con il bisogno di riconoscimento: la rabbia per non essere riconosciuta crea una fantasia violenta che vorrebbe la distruzione del legame (De Zulueta, 1999).

La violenza può rappresentare un tentativo di sciogliere un legame simbiotico-fusionale che è poi quello che Medea tenta di costruire con le figure di attaccamento. Della sua relazione con il marito Medea dice: "prima della nascita dei figli eravamo sempre appiccicati". La violenza reciproca fra Medea ed il marito che ha caratterizzato spesso la relazione coniugale viene da lei giustificata come legittima difesa. Un paradosso, che mostra l'oscillazione di Medea tra fusione e distruzione.

Il funzionamento mentale fluttuante della paziente impedisce il confronto e l'integrazione di processo primario e secondario, di conscio ed inconscio, e di conseguenza non riesce a creare un'esperienza dotata di senso.

Lo scambio tra il terapeuta e la paziente permette di comprendere elementi dia-

gnostici importanti: la rabbia che Medea prova nei confronti della madre per non essere stata "vista" nelle prime fasi della sua vita perpetua lo stato di dipendenza da una situazione frustrante in cui l'oggetto simbiotico perduto o mai posseduto rende impossibile la reverie. Sempre nel corso di questo colloquio la paziente dirà con rabbia dell'attenzione della propria madre nei confronti dei suoi figli. La madre si preoccupa che i figli e il marito della paziente abbiano il pranzo pronto, ma non che la figlia abbia mangiato.

Estrapolando i vari elementi che emergono dal resoconto della seduta e che possono aiutare la formulazione di una diagnosi dinamica si evidenziano i fenomeni borderline e della personalità "come se", dove ritiro schizoide e stato di dipendenza sono una difesa dalla vergogna provata di fronte al rifiuto dell'oggetto d'amore mancato (riconoscimento di Medea da parte della madre depressa per la morte del fratello). L'alcol in Medea appare funzionale a sostenere la scissione fra aspetti affettivi ed intellettuali, fra tendenza alla cura e aspetti di narcisismo maligno, ma anche a scatenare la violenza nella relazione principale d'attaccamento.

In chiusura del colloquio però Medea parla in tono auto-ironico di quando ruba i cioccolatini ai figli rivelando toni affettivi autentici in contatto con i suoi bisogni infantili. Sorridere di sé è un modo per creare uno spazio dove la fantasia di fusione che utilizza l'alcol per annullare la separazione non ha bisogno di essere immediatamente agita. Sorridendo del suo infantile desiderio di rubare ai figli i cioccolatini Medea gioca in modo "creativo" con i suoi bisogni venendo a patti con la sua onnipotenza.

Alla conclusione della discussione del caso si ritorna sulla scelta del nome e sul mito; alcuni del gruppo ricordano che Christa Wolf (1996), la scrittrice femminista tedesca, nella sua Medea recupera miti anteriori ad Euripide in cui Medea è la donna che conserva capacità primigenie e naturali di cura, il mondo razionale e maschile è spaventato per la sua incessante ricerca di verità. La Medea di Wolf non uccide i suoi figli, ma questi vengono uccisi dagli abitanti di Corinto spinti dal loro re, spaventato dall'idea che Medea possa aver scoperto il terribile segreto su cui si fonda il suo potere e possa aver grande carisma in virtù delle sue capacità di cura empatica. Descritta da Euripide come una carnefice, Medea invece è indicata da Wolf come una vittima.

La rêverie del gruppo di supervisione utilizza una metafora letteraria nel tentativo di recuperare Medea come oggetto. Sè in senso Kohutiano (Kohut 1976) estrapolando quindi un'esperienza narcisistica sufficientemente buona da consentire un transfert dove continuità, coerenza, benessere possono essere esperiti sul piano simbolico. Per gli operatori la riflessione si è spostata dal piano concreto a quello metaforico e all'oggetto è restituita vitalità.

Conclusioni

Il gruppo di supervisione è cambiato nel momento che si è creata una metafora. Nel momento che un paziente assume un nome di fantasia gli operatori possono avvicinarsi empaticamente all'esperienza di deprivazione affettiva precoce di cui il paziente alcol-dipendente è portatore.

Il trasferimento dell'idea inconscia che un paziente evoca nel terapeuta su un'immagine tratta da un'opera letteraria, teatrale o cinematografica, permette la distanza e al tempo stesso il riconoscimento di sentimenti, sensazioni, altrimenti difficili da comprendere perché troppo dolorosi anche per il terapeuta. La relazione terapeutica cerca di cogliere gli aspetti contraddittori e tragici dei traumi di cui i pazienti sono portatori attraverso il riconoscimento simbolico ed empatico di sentimenti di amore ed odio presenti nelle relazioni di attaccamento e di cura. Nel vissuto transferale e controtransferale si addensano gli esiti dei vissuti contraddittori e tragici che stellano la vita del paziente, utilizzare un punto di vista metaforico consente di non soccombere agli effetti del trauma. Le emozioni rappresentate dal mito di Medea, ad esempio, sono forti, nessuna narrazione del caso avrebbe potuto darci un impatto così immediato delle emozioni racchiuse nella relazione e che hanno a che fare con la realtà quotidiana trasfigurandola. Non ci si può trattenere dal parlare di Eliot e di Dante, della trasfigurazione dell'oggetto attraverso le metafore che rendono

La rêverie del gruppo di supervisione utilizza una metafora letteraria nel tentativo di recuperare Medea come oggetto. Sè in senso Kohutiano, estrapolando quindi un'esperienza narcisistica sufficientemente buona da consentire un transfert dove continuità, coerenza, benessere possono essere esperiti sul piano simbolico. Per gli operatori la riflessione si è spostata dal piano concreto a quello metaforico e all'oggetto è restituita vitalità.

Gli operatori si attivano e comprendono sulla base del riconoscimento legato alla narrazione mitica, aprendosi alla metafora, al simbolo, a una diversa possibilità di recupero valorizzando aspetti di cura emotivamente più autentici. Il piano della riflessione si sposta a livello empatico, il terapeuta e il gruppo di supervisione trasformano la funzione di controllo sociale attribuita al servizio pubblico per l'alcol-dipendenza in un contesto protettivo-contenitivo

l'oggetto conoscibile ed integrabile invece che distruggerlo. Eliot (citato in Knox 2008) credeva nel valore gnoseologico della percezione, nello stretto rapporto tra intelletto e sensibilità e nella trasfigurazione del fondo emotivo delle idee nelle immagini mitiche. Per Eliot la Divina Commedia con le sue allegorie rappresenta l'elemento più alto e mai superato della rappresentazione icastica delle emozioni. Dante esplora l'oggetto nelle sue varie forme e sfaccettature e arriva a conoscerne gli aspetti più infidi e reconditi rispettandone il valore e partecipando empaticamente dei dolori dell'oggetto, basti pensare alla grande poesia d'amore che incontriamo nei gironi infernali. Si possono conoscere gli orrori dell'oggetto senza pre-giudizio e senza collusione.

Le immagini di Medea, di Giulietta dello Spirito, hanno a che fare con i repertori immaginifici e simbolici che fanno parte del bagaglio collettivo occidentale: gli operatori si attivano e comprendono sulla base del riconoscimento legato alla narrazione mitica, si aprono alla metafora, al simbolo. Si aprono ad una diversa possibilità di recupero valorizzando aspetti capaci di prendersi cura, emotivamente più autentici, pur utilizzando a loro volta una difesa intellettuale che ripropone l'attacco invidioso ma capovolto... simbolico. Il piano della riflessione si sposta a livello empatico, gli operatori cercano di capire il paziente, la sua vicenda. Il terapeuta e con lui il gruppo di supervisione si attivano con una funzione clinica che trasforma la funzione di controllo sociale attribuita al servizio pubblico per l'alcol-dipendenza in un contesto protettivo-contenitivo in cui restituire senso all'esperienza di vita dell'altro attraverso l'ascolto empatico.

La metafora garantisce la sopravvivenza dell'oggetto.

BIBLIOGRAFIA

- Bordi S. (1999) "Realtà psichica, trauma, difesa" in *Setting 7*: 8-25
Catella M., Zucca Alessandrelli C. (1999) "La personalità dipendente. Percorsi di interpretazione e di cura dei fenomeni di dipendenza alla luce della tradizione psicoanalitica" Centro Ambrosiano Milano
Copeland S. *Counselling Supervision in Organisation Professional and Ethical Dilemmas Explored*, Routledge London 2005
De Zulueta F. (1999) "Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività" Cortina Milano
Fonagy P., Target M. (2001) "Attaccamento e funzione riflessiva" Cortina Milano
Hawkins P. & Shohet R. (2004) *Supervision in the Helping Profession*, Open University Press
Knox J. (2004) "Trauma e difese: le loro radici nella relazione. Una panoramica" Studi Junghiani, 19
Knox J. (2008) "Archetipo, attaccamento, analisi" Magi Firenze
Kohut H. (1976) "Narcisismo ed analisi del Sé" Boringhieri Torino
Jung C. G. (1985) "Coscienza, inconscio ed individuazione" Bollati Boringhieri Torino
Wolf C. (1996) "Medea - voci" e/o Roma
Zucca Alessandrelli C. (1996) *La realtà come funzione ricostruttiva della dipendenza malata* in *Gli argonauti* 18-71: 341-347

The symbiotic object in addiction pathologies. Experience of supervision as prevention of burn-out syndrome in a public health service for the treatment of addiction

Experiences of Supervision in a public health service for alcohol addiction are reported. The methodology of the Supervision was centred on the specific ability of the professionals and their counter-transference feelings as an instrument entering in contact with hidden psychological and relational aspects related to the abuse of the substance. The metaphorical approach helped the understanding of the traumatic experiences and the empathic participation to the life of the patients. The supervision group worked around the recognition of the implicit patterns of the patient early relationship dynamics avoiding the traps of a formalized and controlling setting. The different professionals worked together at the development of a model that respecting the differences tried to focalize on the traumatic reality of the patients.

RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Davide Dèttore (a cura di), Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento. McGraw-Hill Italia, Milano, 2005, pp. 392, euro 29,00

Nelle lingue antiche, e in qualche lingua moderna, ci sono i tre generi: maschile, femminile e neutro, e quelli di singolare, plurale e duale. Il poderoso volume curato da Dèttore, affronta in maniera ampia ed approfondita il Disturbo di identità di genere (DIG), specificando la sostanziale differenza tra sesso e genere. Come sottolinea Dèttore nella prefazione "la cultura occidentale non ha mai pienamente accettato il concetto di bisessualità, preferendo una prospettiva bipolarizzata e rigidamente definita, che comporta una (almeno apparentemente) ben precisa dicotomia fra soli due sessi biologici, cui sono associati due altrettanto ben definiti generi culturali, il maschile e il femminile. "La nostra cultura ha trascurato soprattutto le strutturazioni psicologiche" fondate su processi di apprendimento e su eventi di vita che portano all'organizzazione dell'immagine di sé e della propria identità. Queste strutturazioni, che stanno alla base del modo con cui ciascuno di noi esprime nel comportamento, nelle emozioni e nel pensiero la propria natura e identità variamente sessuata, non si distribuiscono su alternative bipolari, ma lungo un esteso continuum, all'interno del quale sono possibili le più ampie variabilità". Il volume, a cui hanno partecipato 13 autori appartenenti a varie discipline mediche e psicologiche ad orientamento cognitivo-comportamentale, si articola partendo dalle teorie eziopatogenetiche, quindi gli aspetti evolutivi, i processi cognitivi associati con i livelli ormonali, la transessualità omosessuale. Vengono quindi presentati gli aspetti generali del trattamento psicoterapeutico, gli aspetti relativi alla riconfigurazione chirurgica dei caratteri sessuali in senso gino-androide e gli aspetti legali. Nella conclusione del volume l'Autore rimanda un messaggio molto rilevante per chi si occupa di psicoterapia di persone con DIG: "È possibile affrontare le acute angosce di queste persone esercitando la nostra funzione terapeutica con accettazione, coscienza e rispetto, studiando ogni caso nella sua singolarità e trovando per ciascuno la soluzione il più possibile individualizzata, senza

cadere nella tendenza a volere a tutti i costi riparare qualcosa che non è rotto, ma è solo atipico, ma neppure nel rischio di considerare normali, su basi spesso ideologiche, condizioni che necessitano di seria considerazione clinica, se non altro per ridurre la sofferenza che queste comportano, e che non possono essere affrontate, talora in modo troppo semplicistico, solamente addossandone la colpa ai pregiudizi della società". Un'ampia bibliografia completa l'opera. (G.C.)

Giuseppe Castelli & Vittore Mariani. L'educazione sessuale delle persone disabili. Guida per genitori & operatori. Edizioni Ares, Milano, 2005, pp. 327, euro 18,00

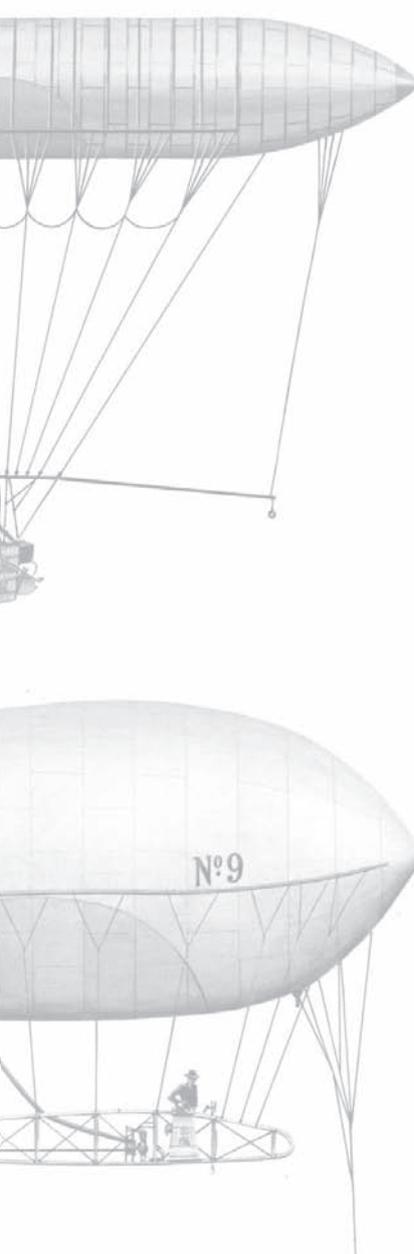
Il libro affronta il tema del rapporto sessualità e disabilità e dell'educazione sessuale delle persone disabili all'interno delle comunità educative. Il volume si sviluppa in due parti, ciascuna curata da uno degli autori: una psicologica ed una pedagogico-educativa. (G.C.)

Max Dorfer. Psicologia del traffico. Analisi e trattamento del comportamento alla guida. Presentazione di Paolo Moderato, McGraw-Hill Italia, Milano, 2004, pp. 243, euro 28,00

La psicologia del traffico è una disciplina molto diffusa in Europa in particolare nei paesi di lingua tedesca. Nel nostro Paese l'interesse degli psicologi verso questa disciplina è dovuto soprattutto dell'impegno di un piccolo gruppo di psicologi associati a SIPSI e che da circa un decennio si occupa della materia dal punto di vista applicativo professionale. Il libro di Dorfer cerca di coprire il vuoto editoriale sulla materia. Il volume riporta i contributi di diciannove psicologi europei, per la maggior parte di cultura tedesca. Partendo da una rassegna storica della psicologia del traffico in Europa, l'opera tocca tematiche che vanno dalla predisposizione agli incidenti stradali, all'analisi del comportamento di guida, all'ergonomia della guida, ai problemi psicologici dell'idoneità alla guida e relativa valutazione, alle misure di prevenzione e di riabilitazione per finire al mobility management. Un capitolo molto interessante riguarda il driver improvement, nei termini



RECENSIONI



di riabilitazione e terapia, che ha trovato realizzazione soprattutto nei paesi di lingua tedesca, ma che, almeno per il momento, non può essere svolto dagli psicologi italiani che si occupano di sicurezza stradale in quanto ciò non previsto dal nostro Codice della strada. Una ricca e dettagliata bibliografia, in lingua tedesca ed inglese, accompagna il volume. (G.C.)

Giuseppe Antonino Morgana. Sguardi che si trasformano. La psicoterapia e il suo mondo poetico. Edizioni del Cerro, Tirrenia, 2005, pp. 290, con 4 fotografie dell'Autore e 6 quadri di René Magritte, euro 16,50

Il volume propone una possibile poesia poetica ed un atteggiamento poetico in psicoterapia. Come riferisce l'Autore una psicologia poetica "nasce quando si scopre di avere un'interiorità che riflette la realtà della vita, a partire dal proprio intimo e invisibile punto di vista sul mondo". Inoltre l'atteggiamento poetico in psicoterapia utilizza "gli stessi mezzi utilizzati dall'arte non per una finalità estetica, ma per dare voce e immagine al sentire dell'anima come discorso psicologico e terapeutico". Siccome il poetico si configura secondo due aspetti fondamentali e complementari cioè come "sfondo naturale della psiche da un alto e dall'altro come qualità generale del vivere" allora l'esperienza psicoterapeutica consiste nel "dare forma alla propria sensibilità individuale, coltivando un atteggiamento sia religioso che etico verso lo sfondo estetico della mente (le immagini interiori)". L'Autore conduce una riflessione sui fondamentali aspetti del lavoro psicoterapeutico individuando "negli sguardi che si trasformano tra paziente e terapeuta" un aspetto centrale della loro esperienza clinica... un recupero dello sguardo poetico che si configura come una qualità dello psichico da cui guardare il mondo". Molti riferimenti a tale tematica secondo l'Autore si trovano in C.G. Jung che ha inaugurato l'esistenzialismo immaginale "cioè ha dato dignità di realtà dell'anima, all'esistenza interiore delle immagini e dei ricordi, delle emozioni e dei sentimenti, delle intuizioni e delle sensazioni, del pensiero e delle riflessioni". In fondo, conclude l'Autore, "abbiamo bisogno che nel nostro cuore abiti la poesia, affinché la solitudine invisibile che sempre ci accompagna diventi una buona amica". (G.C.)

Vivere una società a rischio. XIII Congresso Nazionale AIAMC – IX Congresso Latini Dies. Milano 5-8 maggio 2005, Arti Grafiche Sud, Pellezzano, 2005, pp. 207, s.i.d.p.

Si tratta degli abstracts presentati da oltre 500 autori italiani e stranieri, di orientamento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale, presentati a Milano nel 2005. (G.C.)

ISFOL Informare per scegliere. Strumenti e documentazione a supporto dell'orientamento al lavoro e alle professioni. Introduzione di Aviana Bulgarelli. Rubbettino Officine Grafiche, Soveria Mannelli, 2005, pp. 193, s.i.d.p.

Il libro riporta alcune sperimentazioni attuate dalla rete italiana delle Città dei Mestieri e delle Professioni, in particolare a Milano, Genova, Taranto, Fano, Treviso e in Sardegna. In queste esperienze si sono sviluppate strategie di informazione per la scelta lavorativa relative a: 1. come aiutare i lavoratori adulti che vogliono cambiare lavoro o che sono stati messi in condizione di cambiarlo; 2. come elaborare e presentare informazioni sulle professioni; 3. come reperire, organizzare ed aggiornare la documentazione e l'informazione; 4. come informare sui diritti all'emersione al lavoro irregolare.

Questo è un modo di fare orientamento professionale in una prospettiva sociologica, in cui l'Osservatorio dell'ISFOL ha un ruolo centrale.

Nel volume vengono indicate delle tecniche di informazione e documentazione a supporto dell'orientamento e della formazione al lavoro. Un'ampia bibliografia ragionata completa il volume (G.C.).

Dora Camozza & Chiara Volpato. Le intuizioni psicosociali di Hitler. Un'analisi del Mein Kampf. Patron Editore, Bologna, 2004, pp. 90, euro 7,50

Nel volumetto viene presentata una ricerca realizzata con gli strumenti della psicologia sociale mediante la tecnica dell'analisi del contenuto e dell'analisi delle corrispondenze "allo scopo di contribuire a far chiarezza sul movimento nazista e sui suoi esiti perversi, primo fra tutti il genocidio ebraico". Pur tenendo

in considerazione le ragioni storiche che hanno cercato di spiegare il fenomeno, le Autrici cercano di dare una spiegazione psicosociale, attraverso l'analisi del Main Kampf, della diffusione del nazismo con le teorie dell'identità sociale e dei rapporti intergruppi: «Hitler suscitava antisemitismo non solo tramite la spiegazione dei fallimenti del popolo tedesco, ma anche presentando gli Ebrei superiori ai Tedeschi in una importante dimensione di confronto: coesione, solidarietà, omogeneità versus l'eccessivo individualismo germanico... Sottolineando la superiorità estranea, Hitler spingeva i Tedeschi all'unità e stimolava discriminazione e competitività». Come ci ha insegnato la psicologia sociale, quando è saliente l'identità sociale, tende a scomparire la disposizione a percepire l'outgroup più omogeneo dell'ingroup.

Il libro si colloca in un filone di ricerca psicologica dei fenomeni storici (psicografia e psicostoria), in cui in passato un grosso contributo è stato offerto dalla psicoanalisi, a partire dagli studi di Freud su Mosè e su Wilson.

Riengo che la lettura di questa ricerca possa esserci utile a farci riflettere su alcuni significati di quei movimenti politico-ideologici carichi di pregiudizio sociale presenti nel nostro paese. Un'appendice metodologica e una bibliografia specializzata accompagna il volumetto. (G.C.)

Carlo di Berardino (a cura di) L'approccio multimodale nella riabilitazione psichiatrica. Introduzione di Pierluigi De Iorio; presentazione di Gian Franco Goldwurm. McGraw-Hill Italia, Milano, 2005, pp. 289, euro 24,00

In questi ultimi dieci anni si è potuto vedere il grande lavoro svolto da psicologi e psichiatri nel trattamento delle psicopatologie gravi, in cui il modello psicoterapeutico cognitivo-comportamentale ha una funzione elettiva.

La cura della schizofrenia può essere affrontata solo attraverso l'approccio multimodale, che "apre al futuro della riabilitazione una dimensione specialistica interdisciplinare, del tutto in linea con le

tendenze della moderna ricerca scientifica, in particolare con i contributi recenti delle neuroscienze". Il volume porta i contributi di diciassette operatori psichiatrici che si occupano di riabilitazione degli schizofrenici il cui approccio non dipende "solo dagli obiettivi terapeutici, ma anche da ciò che l'operatore pensa circa la natura del disturbo mentale e delle sue cause". Essi si riferiscono all'approccio riabilitativo multimodale integrato, che tiene in considerazione sia la dimensione individuale sia quella sociale, prendendo in considerazione strategie e tecniche derivanti da altri modelli teorici (ad es. dall'intelligenza emotiva, al deficit metacognitivo, al Social skills training, allo sviluppo della consapevolezza emotiva, il training meditativo, l'autoregolazione emotiva, il training narrativo, la riabilitazione metacognitiva, i trattamenti psicoeducativi).

In appendice vengono presentati una scheda di valutazione e un piano riabilitativo individualizzato. Una dettagliata bibliografia completa il volume. (G.C.)

Giorgio Bouchard, La fede di Barack Obama
Quando la religione non è oppio. Introduzione di Bartolo Gariglio, Nostro tempo, n. 102, pp. 112, euro 10,00

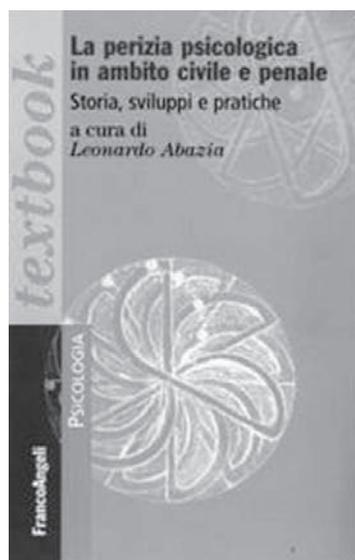
In questo volume Giorgio Bouchard dimostra un fatto sottovalutato, e talvolta addirittura negato, da alcuni studiosi italiani ed europei, ossia che la concezione politica di Barack Obama – primo presidente nero degli Stati Uniti e premio Nobel per la pace a meno di un anno dall'elezione – è fortemente intrecciata al suo pensiero religioso.

Figlio di una protestante secolarizzata e di un musulmano ateo, buon conoscitore del cristianesimo e dell'islam, Obama unisce alla tradizione *liberal* americana una fede cristiana moderna, aperta e dialogante, riuscendo a parlare in modo convincente sia ai credenti sia ai "laici", e a proporre a tutti una vera e propria rigenerazione morale e civile della società.

Giorgio Bouchard, pastore valdese e saggista, è stato moderatore della Tavola valdese e presidente della Federazione delle chiese evangeliche in Italia.



RECENSIONI



A cura di Leonardo Abazia. La perizia psicologica in ambito civile e penale. Storia, sviluppi e pratiche, Franco Angeli, pp. 512, euro 38

“Le convinzioni, più delle menzogne, sono nemiche pericolose della verità”. Con questa frase di F. Nietzsche l'autore fa iniziare la sua opera, e mai concetto fu più adeguato al mondo della psicologia giuridica. Il professionista che decide di collaborare con il mondo della giustizia, in particolare per quanto riguarda la perizia psicologica, affronta come primo e arduo compito quello di “spogliarsi” di convinzioni e preconcetti rispetto al periziando, agli eventi, al reato, al processo in atto e al sistema giudiziario stesso. Un lavoro complesso e multidisciplinare. L'idea di questo manuale nasce proprio dall'esigenza di offrire modelli epistemologici e pratici sia agli studenti sia ai giovani professionisti che si avvicinano al lavoro peritale. Il libro ha un taglio eminentemente pratico e si sviluppa in cinque parti. La prima parte focalizza i diversi ruoli dello psicologo forense, il suo operato e le norme deontologiche che ne regolano l'operato. Vengono esaminate tematiche quali la comprensione dei quesiti da parte del ctu, l'analisi della domanda in ambito giuridico, la problematica del modello seguito dal ctu e dal ctp, la stesura della relazione peritale, l'analisi degli atti giudiziari. Le tre parti centrali presentano, invece, le tre macroaree in cui un giudice o un magistrato può avvalersi della collaborazione dello psicologo: civile, penale e minorile. Relativamente alla prima macroarea, gli Autori ci presentano i diversi quesiti a cui è chiamato a rispondere lo psicologo in questo specifico settore. Vengono approfonditi il problema dell'imputabilità e della capacità di intendere e di volere nei disturbi di personalità attraverso un'analisi delle diverse patologie e

una sintesi della metodologia peritale; infine, viene affrontato il delicato argomento dei sex offenders e dell'abuso sessuale su minore. La seconda macroarea spazia dalle consulenze tecniche nei casi di separazione e divorzio, all'adozione nazionale e internazionale, ai disturbi dell'identità di genere, ai casi di nullità matrimoniale previsti dal can. 1095, alla sindrome di alienazione genitoriale-PAS. Vengono anche affrontate le valutazioni psicologiche del danno da mobbing e viene riportata una valida proposta di criteri per la valutazione del danno esistenziale. L'ambito minorile, trattato nella quarta parte, è il campo in cui lo psicologo ricopre il ruolo più delicato. Ogni contributo pone la massima attenzione sulla metodologia da utilizzare sia nella fase di valutazione dell'imputabilità sia soprattutto nei casi di ascolto del minore testimone o vittima di reato. Vi è, inoltre, una parte introduttiva sugli aspetti normativi che offre una panoramica in cui inquadrare, da un punto di vista strettamente legislativo, gli argomenti successivamente trattati. Chiude il manuale la quinta parte sulla psicodiagnostica con la presentazione dei test maggiormente utilizzati in ambito peritale. Diversi eminenti autori hanno accolto l'invito di Leonardo Abazia, a contribuire al volume con le loro esperienze e le sfide accettate. La competenza interdisciplinare della psicologia nel mondo giuridico è il filo conduttore dei contributi. Un buon lavoro peritale non può, infatti, prescindere da una buona conoscenza del diritto per quanto attiene gli ambiti di intervento psicologico. Pur riconoscendo l'importanza di evidenziare le peculiarità delle due discipline, la conoscenza di norme e codici è *conditio sine qua non* per un produttivo lavoro di consulenza così come la consapevolezza dei propri limiti e ambiti di competenza. Altro nodo centrale del manuale, sottolineato da più parti e protagonisti, è una specifica formazione giuridica. Non basta una formazione, per quanto accurata, nella clinica per potersi cimentare in ambito giuridico senza incorrere in errori e difficoltà. È un dovere per ogni professionista acquisire specifiche competenze che gli permettano di dialogare con i giusti strumenti. Questo è uno degli obiettivi del manuale. Leonardo Abazia è psicologo dirigente dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'ASL Napoli 1 e consulente psicologo per il Ministero della Giustizia nel settore minorile. Docente incaricato di Psicologia Generale alla S.U.N.. Didatta della scuola di specializzazione Psicoterapie Brevi ad Approccio Strategico di Roma, insegna Colloquio Clinico, Didattica e Supervisione dal 2001. Dall'esperienza ventennale nel campo della Psicologia Giuridica, nel 2003 nasce l'Istituto Campano di Psicologia Giuridica con il quale organizza i Master Biennali “La Perizia Psicologica in ambito civile e penale” che si tengono a Napoli. Ha pubblicato diversi scritti sull'argomento, è stato co-curatore di un volume sulla Perizia Psicologica edito da Liguori nel 2002 e ha curato, per l'Ordine degli Psicologi della Campania un “Quaderno di Psicologia Giuridica” nel 2005.

CONGRESSI & CONVEGNI

7TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON WORKPLACE BULLYING & HARASSMENT "TRANSFORMING RESEARCH: EVIDENCE AND PRACTICE"

Cardiff, UK, 2-4 June 2010
The Centre for Research on Workplace
Behaviours at the Glamorgan Business
School will this Conference
<http://www.bullying2010.com/>

EMPLOYMENT WEEK

20.-24. June 2010
Management Centre Europe, Brussels
<http://www.employmentweek.com>

8TH EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS: CONNECTING HEALTH AND ECONOMICS

Helsinki, Finland, 7-10 July 2010
<http://www.eche2010.fi/>

20TH IUHPE WORLD CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION

Geneva, Switzerland
11-15 July 2010
<http://www.iuhpeconference.net/>

INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE HEALTH, WORK AND SOCIAL RESPONSIBILITY THE OCCUPATIONAL HYGIENIST AND THE INTEGRATION OF ENVIRONMENT, HEALTH AND SAFETY

28 September - 2 October 2010
ROMA, Italy - Università Urbaniana
[http://www.ispesl.it/informazione/
eventi/DIL/2010ioha2010.pdf](http://www.ispesl.it/informazione/eventi/DIL/2010ioha2010.pdf)

MENTAL HEALTH IN WORKPLACE SETTINGS (EUROPEAN PACT FOR MENTAL HEALTH AND WELL- BEING)

Berlin, Germany: 8-9 November 2010
URL link later




**27th International Congress of
Applied Psychology †**
11-16 July 2010 Melbourne Australia
www.icap2010.com



International Association of Applied Psychology Australian Psychological Society

August 2009	Registration NOW OPEN
1 December 2009	Call for Abstracts Closes Includes Symposia, Oral Presentations & Brief Oral Presentations
March 2010	Early Bird Registration Deadline

* Dates subject to change.

ABSTRACT SUBMISSIONS DUE!

Call for Abstracts Closes in 3 weeks: **1 December 2009**

Be part of the high caliber of speakers and what will be a fantastic program!
The leaders in specific areas of Applied Psychology from across the world will be presenting and participating.
The scientific program will consist of:

- State-of-the-art keynote addresses by internationally renowned experts
- Invited and IAAP Divisional addresses by international experts
- Symposia
- Panel discussions and forums with experts
- Debates about controversies in applied psychology
- Streams of individual papers highlighting specific topics of interest
- Brief oral presentations and electronic posters using state-of-the-art technology
- A comprehensive program of full-day and half-day workshops
- Programs highlighting specific issues in applied psychology
- Visits to some of Melbourne's best known psychological research facilities.

See the website for the full range of topics & divisions being featured.

ICAP 2010 IS THE APS 2010 ANNUAL CONFERENCE

For all APS members, please note that ICAP 2010 is the 45th Annual APS Conference in 2010. We encourage you to register and submit your abstracts before the deadline.

Visit the website for Congress Information
www.icap2010.com

"See you in Melbourne 2010"

"See you in Melbourne 2010" www.icap2010.com

link.15 emozioni

**Da Baarìa a Bagheria: nel limbo fra
ricordi ed emozioni**

MARIACETA GANDOLFO *



Da Baarìa a Bagheria: nel limbo fra ricordi ed emozioni

MARIACETA GANDOLFO *

Se è vero l'assunto che in ogni creazione artistica l'autore, al di là di tutte le possibili oggettivazioni di personaggi e situazioni, finisce per parlare in fondo solo di se stesso, c'è però un momento nella vita di alcuni artisti in cui più impellente si rivela il bisogno di rievocare la storia della propria famiglia e della propria terra natale, ripercorrendo a ritroso il filo della memoria per fare i conti con le proprie radici storiche e psicologiche.

E nella memoria di ognuno di noi, artista o no, c'è un luogo privilegiato, che può essere quello dell'infanzia o del primo amore o degli anni giovanili ricchi di fermenti lavorativi, che racchiude in sé il nucleo fondamentale delle emozioni, mantenendo la capacità di riprodurre intatta la loro carica originaria, a dispetto del passare del tempo e delle nuove esperienze acquisite.

Questo luogo privilegiato della memoria ritorna oggi nell'ultima fatica del noto regista siciliano Giuseppe Tornatore, che già nel titolo *Baarìa* sembra rimandare ad atmosfere esotiche, ma che in realtà è la trascrizione in dialetto di Bagheria, la *Bab el gherib* ovvero "porta del vento", come poeticamente l'avrebbero chiamata gli Arabi.

Questo nome Bagheria è anche il titolo di un romanzo che Dacia Maraini nel 1993 volle dedicare alla città in cui trascorse gran parte dell'infanzia e dell'adolescenza presso i nonni materni, i nobili Alliata, nella splendida villa Valguarnera.

Bagheria ritorna ancora con i suoi paesaggi e i suoi colori in tante tele di Renato Guttuso, nelle poesie dialettali di Ignazio Buttitta, nelle foto di Ferdinando Scianna esposte al Metropolitan Museum di New York.

Ma cosa ha di particolare questa cittadina posta sulla costa settentrionale della Sicilia per aver ispirato tanti illustri figli che, dopo essersene allontanati, magari con rabbia e insofferenza, sentono il bisogno irresistibile di rievocarla?

Forse il fatto che Bagheria ha due anime, una aristocratica e una popolare, che sono connaturate alla sua stessa origine. Piccolissimo borgo rurale, viene scelto nel 700 come luogo di villeggiatura delle grandi famiglie nobili siciliane, che vi edificarono delle magnifiche ville, immerse in lussureggianti giardini digradanti verso il mare; e attorno a queste ville si raccoglie e ingrandisce il paese, fatto di contadini, pescatori, braccianti e di una schiera di bravissimi artigiani e artisti che vive al servizio e all'ombra delle grandi famiglie. Questi due mondi, contigui nello spazio eppure separati da un'enorme distanza sociale, convivono senza conoscersi, si sfiorano senza toccarsi.

E se la Maraini rievoca gli splendori e le delizie della vita di una casta privilegiata, colta e raffinatissima, che aveva il culto della bellezza e dell'apparenza, ma celava un cuore di tenebra, Tornatore invece volutamente lascia in disparte le ville per raccontare la "sua" Bagheria, di braccianti a giornata, di caprari, di gente umilissima ma straordinaria, che viveva in casupole di tufo e mangiava pane e cipolla, ma era capace di nutrire ideali di cultura e riscatto sociale, cuori generosi, candidi, visionari e sognatori, come Ignazio Buttitta, che gestiva una piccolissima salumeria e si ribellava al pizzo, come Renato Guttuso, che cercava nei volti dei popolani l'ispirazione per i suoi dipinti, o come lo stesso padre del regista "il comunista",



nato contadino e protagonista di tante lotte per l'occupazione delle terre e per l'emancipazione del popolo.

Sia per la Maraini che per Tornatore il bisogno di raccontare si manifesta dopo anni di lontananza e di distacco. Necessità del distacco per poi poter "vedere" la realtà in cui si è nati e cresciuti, finché ci sei dentro non riesci a capire fino in fondo, devi andare via, andare lontano nello spazio (a Roma) e nel tempo per poter avere una visione che, come nel presbite, è tanto più chiara quanto più l'occhio si allontana dall'oggetto contemplato: «Sono vent'anni che penso di fare questo film ... lo dedico a mia madre e mia figlia» (Tornatore).

«Parlare della Sicilia è stato come aprire una porta rimasta sprangata. Una porta che avevo talmente ben mimetizzato con rampicanti ed intrichi di foglie da dimenticare che ci fosse mai stata: un muro, uno spessore chiuso, impenetrabile. Poi una mano, una mano che non mi conoscevo... una mano ardimentosa e piena di curiosità ha cominciato a spingere quella porta strappando le ragnatele e le radici abbarbicate. Una volta aperta, mi sono affacciata nel mondo dei ricordi con sospetto e una leggera nausea. I fantasmi che ho visto passare non mi hanno certo incoraggiata. Ma ormai ero lì e non potevo tirarmi indietro». (Maraini).

Perché parlare di Bagheria significa fare i conti con la propria infanzia e con i fantasmi della propria famiglia: e qui le differenze non potrebbero essere più nette: nel mondo di Tornatore il contesto esterno è estremamente violento, sia nei rap-



porti economici che nelle più elementari manifestazioni di vita sociale, mentre la famiglia è la depositaria degli affetti più teneri e delicati, il “nido” pascoliano che fa da rifugio contro la crudeltà del mondo; in Maraini viceversa l’ambiente esterno appare ovattato ed edulcorato mentre la famiglia cela nei suoi segreti violenze fisiche e psicologiche, lotte fratricide per il denaro ed il potere e si mostra inadeguata a soddisfare il bisogno d’amore della bambina. Emblematico è in ambedue i casi il rapporto col padre: in Tornatore il rapporto di Beppuccio col padre e di suo padre col nonno è un rapporto “virile” che si mantiene immutato nel passaggio da una generazione all’altra. “*Va a vuscariti u pani*” (va’ a guadagnarti il pane) è il saluto che il nonno rivolge al bambino che va a servizio come pastorello ed è lo stesso saluto che il bambino, divenuto a sua volta padre, rivolge a suo figlio Beppuccio Tornatore che parte per Roma alla conquista del mondo. Ma questo gesto con cui si sancisce il distacco dal nido, il doloroso passaggio verso l’autonomia, è segnato da una tenerezza profonda, pur nel parco uso delle parole e della gestualità, che sottintende la sicurezza di una presenza che non verrà mai meno

La bambina Dacia, innamorata senza speranza del padre bellissimo, affascinante e sfuggente, vive invece la perenne ansia dell’abbandono: «L’ho amato molto questo mio padre, più di quanto sia lecito amare un padre, con uno struggimento doloroso, come anticipando in cuor mio la distanza che poi ci avrebbe separati... per tutta la mia infanzia l’ho amato senza essere ricambiata. È stato un amore solitario il mio. Vegliavo su di lui, sulle sue impronte mai ripercorse, sui suoi odori segreti».

Dall’interno all’esterno, dal microcosmo del proprio vissuto al macrocosmo della



società, il racconto si dipana parallelo nei due autori. Il film di Tornatore non è autobiografico, ma epico-familiare. Il regista non vuole parlare di se stesso, rimane volutamente in disparte, prima bambino troppo piccolo per essere al centro della vicenda, poi adolescente quasi nascosto dietro una macchina fotografica con cui registra, da testimone non da protagonista, la storia della sua famiglia e del suo paese, una testimonianza di amore-odio verso la sua città e la sua gente. In questo si può parlare di racconto epico perché il popolo di Bagheria, che è poi il popolo siciliano, è il co-protagonista della storia della Sicilia, e in parte dell'Italia intera, nei cinquant'anni che vanno dal 1910 al 1960. Si parte da un mondo rurale intriso di violenza e di lirismo (intollerabile la scena in cui il padrone alla fine della giornata perquisisce i braccianti per controllare che non abbiano nascosto addosso qualche pugno di olive) e si dispiega attraverso il fascismo, la guerra, le lotte contadine, l'effimero benessere delle fabbriche agroalimentari, fino ad arrivare alla Baaria caotica e disordinata dei motorini e dello scempio edilizio, in un viaggio segnato dallo sviluppo senza progresso.

Sviluppo materiale evidente nell'alimentazione, negli abiti, nelle abitazioni, nei simboli del consumismo, ma immobilismo, anzi regresso nelle coscienze. Un personaggio come nonno Cecco con appena la seconda elementare, ma che conosce a memoria l'Orlando Furioso ed è innamorato della politica come strumento di riscatto (muore ripetendo fra l'incredulità di chi lo circonda: «la politica è bella, la politica è bella») o come il padre di Beppuccio che, avendone raccolto l'eredità, dedica la sua vita di sognatore idealista alla militanza nel partito comunista, sacrificando il



BAGHERIA - PALAZZO PALAGONIA - I PUPPI

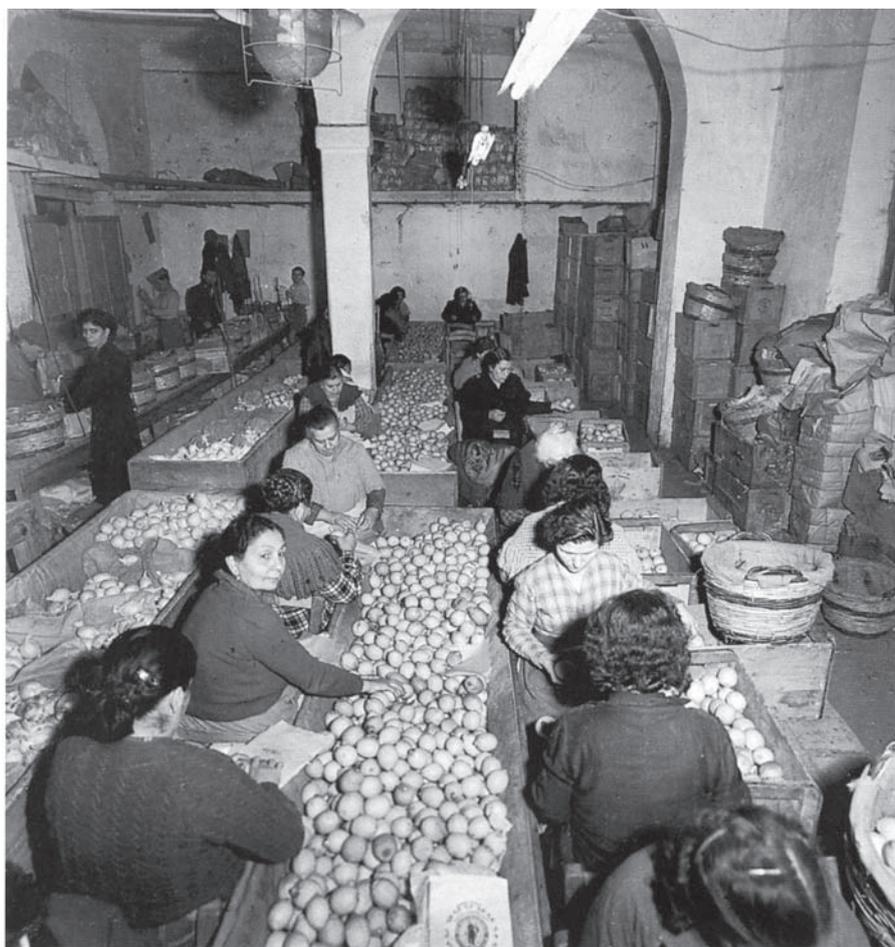


Bagheria - Palazzo Palagonia - Ingresso

benessere della famiglia, non sono più attuali purtroppo nell'Italia dei furbi, degli arricchiti, di chi vede nella politica solo il mezzo per fare soldi facili e sfuggire ai rigori della legge.

La giovane Dacia vive gli stessi anni in una posizione di privilegio: la famiglia della madre, la bellissima Topazia *dalla bocca di geranio* appartiene a quella stirpe di gattopardi e viceré che hanno dominato per secoli la Sicilia e hanno vissuto una vita ovattata, volutamente lontani dalle sofferenze e dai soprusi subiti dal popolo «non ho mai voluto sapere da dove venissero quelle ville, quelle terre... conoscevo troppo bene le arroganze e le crudeltà della mafia che sono state proprio le grandi famiglie aristocratiche siciliane a nutrire e a fare prosperare perché facessero giustizia per conto loro presso i contadini, disinteressandosi dei metodi che questi campieri usavano in nome loro, chiudendo gli occhi sulle torture, sulle prepotenze infinite che venivano fatte sotto il loro naso, ma fuori del raggio delicato dei loro occhi». Eppure la giovane Dacia ha la fortuna di non appartenere del tutto a quel mondo, i suoi genitori sono i parenti poveri e stravaganti che pagano le conseguenze di una scelta quasi incomprensibile (il padre Fosco, noto antropologo, si trovava in Giappone per studio durante la guerra e fu internato con la famiglia in campo di concentramento per essersi rifiutato di aderire alla repubblica di Salò). Questa posizione di emarginata, di estranea le dà la forza di sottrarsi a quell'atmosfera incantata e sonnolenta e di ribellarsi, rifuggire dalla Sicilia e di costruirsi un suo percorso di vita e di scrittura, che le permetterà di guardare un giorno con occhio disincantato alla famiglia materna e alla Bagheria della sua infanzia

Il tratto che li accomuna è forse *"u malu carattere"*, il caratteraccio, l'anticonformismo, il non volersi piegare ad accettare lo stato delle cose, che per Dacia è



soprattutto la condizione femminile, la violenza fisica e psicologica subita dalle donne. Per Tornatore *"u malu carattere"* è il tratto distintivo che attraverso tre generazioni passa dal nonno al nipote: «Papà perché a noi ci dicono che abbiamo malu carattere?» – chiede Beppuccio al padre sulla banchina del treno che lo porterà a Roma – «Forse perché vorremmo abbracciare il mondo, ma ci accorgiamo di avere le braccia troppo corte».

E allora che non sia proprio *"u malu carattere"* il filo rosso che lega tutti questi figli illustri di Bagheria, il pittore, il fotografo, il regista, la scrittrice, che hanno concepito quell'inevitabile rapporto di amore-odio con la Sicilia, che prova chiunque abbia l'intelligenza di ribellarsi di fronte a tante storture, di andarsene via, di cercarsi altrove la propria affermazione personale, ma che poi inevitabilmente finisce per tornare, attirato dal canto di sirena di questa terra bellissima e terribile?

* docente di Filosofia presso il Liceo Classico di Bagheria (PA).

BIBLIOGRAFIA

Buttitta I. (1974) *Il poeta in piazza Feltrinelli*, Milano.
Guttuso R. *Opere pittoriche*. Pinacoteca di Villa Cattolica, Bagheria.
Maraini D. *"Bagheria"* (1993) Rizzoli, Milano.
Tornatore G. *"Baharia"* (2003) Medusa Film S.P.A., Roma.
Le fotografie sono state gentilmente fornite dal Sig. Angelo Restivo dell'Associazione Culturale "Bagnera" di Bagheria, che si ringrazia per la cortese collaborazione.

Freud, la psicanalisi e la solitudine di Vincent Van Gogh

La teoria dell'arte come appagamento sostitutivo, come risarcimento e consolazione, trova spazio soltanto a partire dall'esperienza romantica. Finché l'arte è considerata come mestiere e l'artista come artigiano, finché le cose cui deve provvedere sono il piacere, il divertimento, l'utile, non può essere perduto il contatto con la realtà concreta. L'artista romantico è invece vittima di un ordine naturale e sociale ostile, contro cui lotta, anche a costo di autodistruggersi. Egli "ama il dolore". Il "mal di vivere" (come contrassegno del genio) è la sua autodifesa, l'autopunizione la sua strategia

ROSA DE ROSA

arte

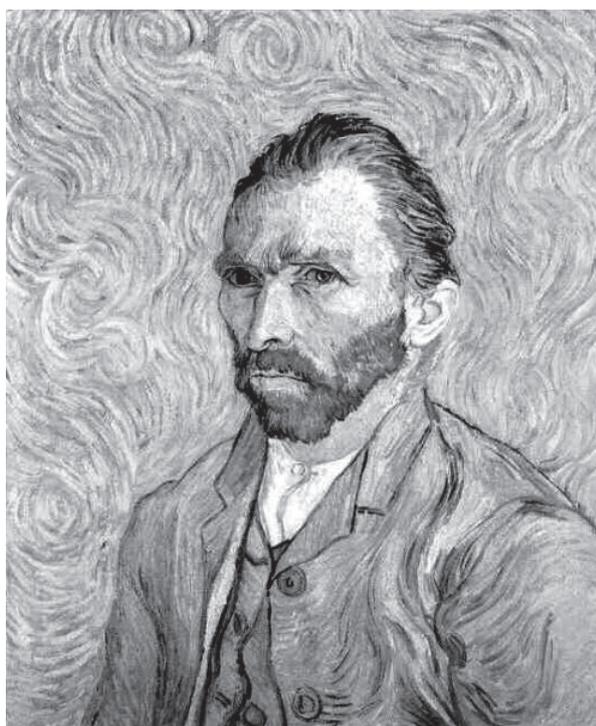
108

A settant'anni dalla morte di Freud, due recenti e importanti Mostre: *Arte Genio Follia. Il giorno e la notte dell'artista* e *La Lente di Freud. Una galleria dell'inconscio*¹ hanno indagato ancora una volta il difficile e affascinante rapporto tra produzione artistica e disagio mentale (la prima) e sul mistero della creatività (la seconda).

Nei saggi critici sull'ispirazione e i processi creativi, il più importante dei quali è "Il poeta e la fantasia" del 1907², Sigmund Freud considera l'opera d'arte non come oggetto estetico, ma come funzione espressiva del dramma soggettivo. Funzione dell'arte è liberare l'uomo dalle tensioni: non è la bellezza l'obiettivo, ma il riequilibrio della propria esperienza di vita. Se l'arte è una "valvola di scarico", allora può essere avvicinata ai sogni, e come in quelli l'appagamento dei desideri non si esprime in modo diretto, così nell'opera d'arte il contenuto è una manifestazione ambigua delle rappresentazioni che ne sono alla base.

Condizione preliminare della creazione artistica è per Freud l'insuccesso nella vita. L'artista che si estranea dalla realtà e si ritira nel mondo irrealistico dell'arte è come il nevrotico che si rifugia nella sfera della malattia. L'artista e il folle rinunciano al mondo piuttosto che ai propri ideali: il nevrotico non nega la realtà, ma la dimentica, mentre l'artista la rinnega e cerca di sostituirla con altro. Il rapporto tra arte e malattia è ambiguo e lo stesso Freud rileva che la spiegazione della natura del talento artistico è al di là dei limiti della sua teoria; nel "Disagio della civiltà" scrive infatti: «la psicanalisi sulla bellezza ha da dirci meno che sulla maggior parte delle altre cose»³. La Storia dell'Arte racconta lunghi periodi nei quali la produzione artistica risponde sostanzialmente a un obiettivo di utilità, molto lontano dall'alienazione dell'artista dalla società. L'incompatibilità delle rivendicazioni personali dell'artista con le esigenze della società, nel senso indicato dalla teoria freudiana, comincia ad assumere importanza soltanto in epoca romantica.

Vincent Van Gogh, Autoritratto a Saint-Rémy, 1889, Parigi, Museo d'Orsay





***Vincent Van Gogh,
Il Manicomio di
Saint-Rémy, ottobre
1889, Los Angeles,
The Armand Hammer
Collection***

Finché l'arte è considerata mestiere e l'artista artigiano che lavora per il piacere o per l'utile, non c'è possibilità di smarrire la realtà concreta. La teoria dell'arte come appagamento sostitutivo, come risarcimento e consolazione, trova spazio soltanto a partire dall'esperienza romantica. L'artista romantico è infatti vittima di un ordine naturale e sociale ostile, contro cui lotta, anche a costo di autodistruggersi. Egli "ama il dolore". Il "mal di vivere" (come contrassegno del genio) è la sua autodifesa, l'autopunizione la sua strategia.

Secondo Freud l'attività creativa è consolatrice perché riconcilia l'uomo con la durezza dell'esistenza e, anche se solo provvisoriamente, introduce senso e scopo al caos che minaccia il mondo, «libera la vita dalle apparenze dell'arbitrio». La sua azione di riequilibrio è dovuta essenzialmente alla capacità dell'artista di «levare la sua voce contro la forza del destino, di nominare per nome la sua pena», di descrivere la sua infelicità, invece di sopportarla in silenzio⁴.

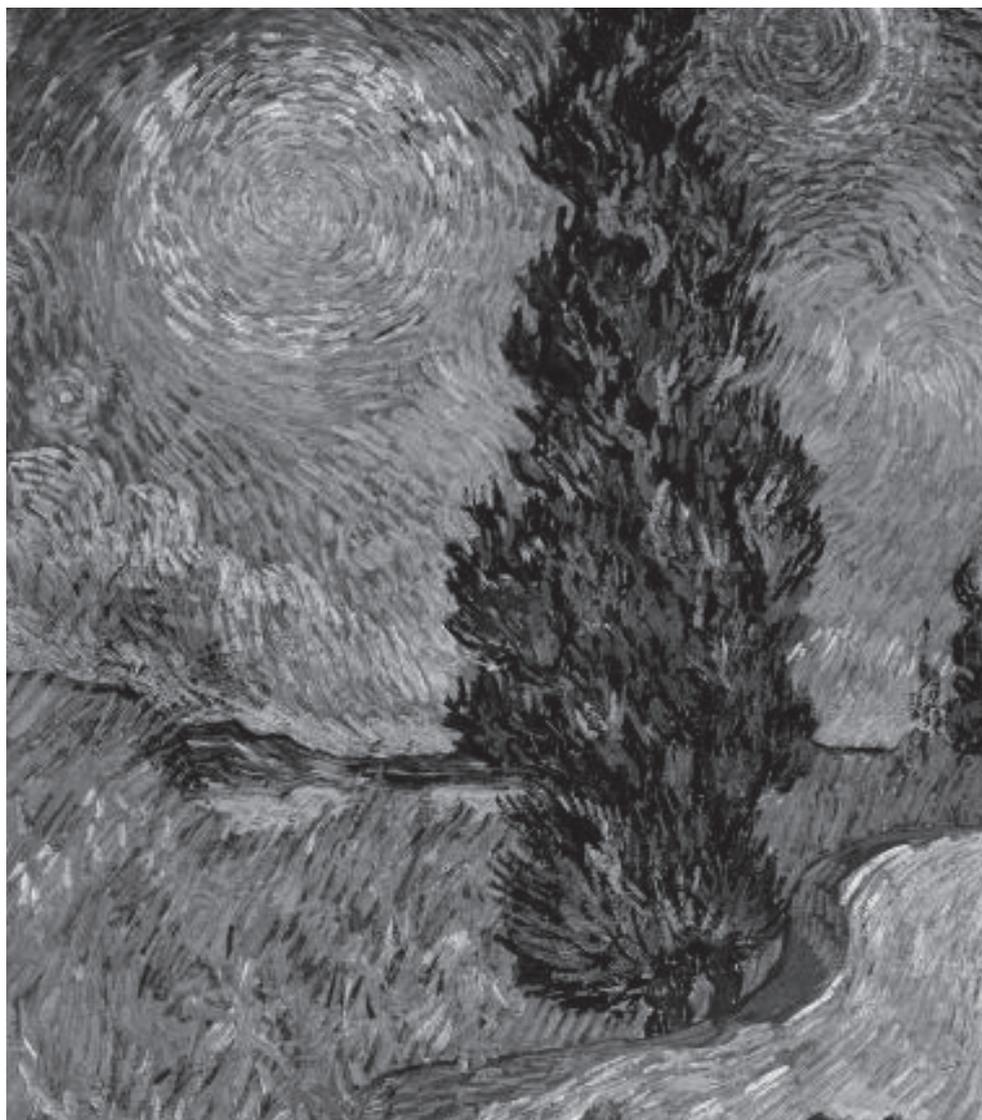
La figura di Vincent Van Gogh suscita da sempre grande interesse in psicanalisi e numerose sono le ricerche che hanno cercato le tracce della sua personalità inquietante, non solo nel suo linguaggio pittorico ma anche attraverso l'interpretazione del celebre epistolario, il corpus di lettere che Vincent scrive al fratello Theo, al quale confida speranze, delusioni, progetti, e agli amici. Si tratta di documenti fondamentali per



Art
STIT

seguire il percorso di un uomo che in meno di dieci anni di attività, in un isolamento ispirato e febbrile, ha scosso le fondamenta dell'arte visiva internazionale. In Van Gogh la stesura di lettere, la realizzazione di disegni e naturalmente di dipinti è esercitata come "terapia occupazionale nelle alternanze della sua solitudine", come contributo positivo alle distorsioni e ai vuoti della comunicazione, come meccanismo difensivo; ma al di là di un'apparente comunicabilità figurativa, e persino della leggendaria deflagrazione cromatica di molte opere, i contenuti della sua pittura sono espressione di una infelicità cruda e definitiva, accolta con rancore gelido e rassegnato. All'amico Bernard scrive: «talvolta la società rende l'esistenza molto penosa, da ciò viene la nostra impotenza e l'imperfezione del nostro lavoro» (St. Rémy, 1 dicembre 1889)⁵. Giunto tardi alla pittura (aveva 27 anni quando incominciò a disegnare da autodidatta), sin dagli esordi apparve chiara la sua determinazione a diventare radicalmente e integralmente artista. Perennemente angosciato dagli insuccessi e dalla dipendenza economica dal fratello Theo, divorato dall'urgenza di creare, in un crescendo di entusiasmo e delusioni, Vincent nel febbraio del 1888 lascia Parigi, dove ha già eseguito più di duecento dipinti (e non ne ha venduto nessuno), e si reca ad Arles per mettere ordine nella sua vita confusa. Stava tentando, in questi anni, di ricondursi a un sistema di vita "normale", con uno sforzo razionale e profondo, come si deduce dalla lettera a Theo del luglio 1880: «Invece di lasciarmi andare alla disperazione ho scelto la melanconia attiva, fin tanto che avevo il potere dell'attività, o in altri termini ho preferito la melanconia che spera e che aspira e che cerca, a quella che cupa e stagnante dispera». Questa

*Vincent Van Gogh,
Autoritratto, gennaio
1889, Londra,
Courtauld Institute of
Art*



*Vincent Van Gogh,
Cipressi e stelle, 1890
a Saint-Rémy, Otterlo,
Kröller-Müller Museum*

melanconia «tenta di trasformare la cupezza dell'esilio in un terreno dove si possa trovare un sistema di alterità. La melanconia può essere utilizzata come una produzione artistica, un proprio quadro di riferimento che rimanda a un'immagine non disperata di sé e che costituisce la possibilità di un proprio autoritratto (...). Non è la nostalgia o il dolore del ritorno impossibile, è l'aspirazione verso un luogo che non si trova su nessuna carta. L'avvenire del passato» (Jean-Bertrand Pontalis). Ma la battaglia era ormai perduta. Raggiunto a metà ottobre da Gauguin, inizia uno straordinario periodo creativo, intenso e brevissimo. Il 23 dicembre del 1888, dopo una crisi terribile dovuta ad una lite furiosa con Gauguin, che gli comunica la sua partenza, Vincent si abbandona all'autodistruzione mutilandosi l'orecchio sinistro⁶. La sua salute mentale è irrimediabilmente compromessa: ricoverato all'ospedale di Arles, dove tornerà nuovamente nei mesi successivi, in quei giorni scrive al fratello: «Mio caro Theo, dal momento che il mio equilibrio mentale era assolutamente sconvolto, sarebbe stato vano tentare di scriverti per rispondere alla tua bella lettera. Proprio oggi sono tornato temporaneamente a casa, speriamo bene (...)» (Arles, 17 febbraio 1889)⁷. L'8 maggio dello stesso anno, non riuscendo più a vivere da solo, si fa internare nell'ospedale psichiatrico di Saint-Rémy⁸, luogo che precede la tappa finale di Auvers-sur-Oise, dove morirà. I nuovi soggetti che ricorrono nelle opere di questa fase mostrano gli effetti della malattia sulla sua mente: "cipressi"⁹ dai colori cupi e dalle livide sfumature, ulivi dai rami contorti e rinsecchiti, prospettive deformate. Pennellate frenetiche, roteanti, colori vibranti, forme spirali e fiammeggianti allungate verso la sommità del cielo. Indizi di una



arte
L'INCHIESTA

solitudine irrimediabile, alimentata dall'impotenza cosciente rispetto alle condizioni di vita "normali", così detestate e così desiderate.

Malattia mentale o condizione naturale e necessaria di ogni rivoluzione artistica? L'arte può, al tempo stesso, sanare e uccidere? «La sua pittura non è la semplice espressione di stati emotivi, ma lo sforzo estremo di attingere, attraverso la luce e il colore, direttamente all'assoluto, alla Cosa stessa. La dedizione all'arte, che lo aveva in un primo tempo salvato dalla sua melanconia originaria, si rivela però ciò che lo fa precipitare negli abissi della follia. Il suo movimento pittorico e biografico dal Nord verso il Sud lo avvicina troppo al calore incandescente della Luce e in questa prossimità, come nel mito di Icaro, egli finisce per consumarsi»¹⁰. Il 29 luglio del 1890, a 37 anni, dopo un giorno di "normale" lavoro, Vincent si suicida, e vola via come i suoi ultimi corvi dal campo di grano. Aveva scoperto che la natura ha un'anima e che quest'anima non è amichevole. L'orrore, di sé come di ogni forma di vita, lo ha spento. Nelle sue tasche, l'ultima lettera al fratello: «Ebbene, nel mio lavoro ci rischio la vita e la mia ragione è consumata per metà.»

*Vincent Van Gogh,
Ritratto di paziente
dell'ospedale S. Paul,
1889, Amsterdam,
Van Gogh Museum*

NOTE

1. *Arte Genio Follia. Il giorno e la notte dell'artista*, a cura di Vittorio Sgarbi, 31 gennaio/25 maggio 2009, Siena, Complesso Museale Santa Maria della Scala, Catalogo Mazzotta; *La Lente di Freud. Una galleria dell'inconscio*, a cura di Giorgio Bedoni, 27 novembre 2008/ 22 febbraio 2009, Siena, Complesso Museale Santa Maria della Scala, Catalogo Mazzotta.
2. Sigmund Freud, *Saggi sull'arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1969.
3. Sigmund Freud, *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1971.
4. Ernest Hans Gombrich, *Freud e la psicologia dell'arte*, Einaudi, 1973.
5. Paul Gauguin, Vincent e Theo Van Gogh, *Sarà sempre amicizia tra noi, Lettere 1887/1890* (a cura di Victor Merlhès), Rosellina Archinto, Milano, 1991.
6. Vincent Van Gogh, *Autoritratto*, gennaio 1889, Courtauld Institute of Art, Londra. Questo autoritratto, uno dei più famosi dell'artista, fu eseguito davanti ad uno specchio, come si evince dalla fasciatura che anziché coprire l'orecchio sinistro, quello che realmente si tagliò, protegge invece quello destro.
7. Vincent Van Gogh, *Lettere a Theo*, Bologna, 1984.
8. Vincent Van Gogh, *Il Manicomio di Saint-Rémy*, ottobre 1889, The Armand Hammer Collection, Los Angeles.
9. Vincent Van Gogh, *Cipressi*, giugno 1889, MoMa, New York.
10. Massimo Recalcati, *Melanconia e creazione in Vincent Van Gogh*, Bollati Boringhieri, Torino, 2009.