

l'Iniziale

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

06

GENNAIO 2005

Edit

Vito Tùmmino 3

Focus

**La gestione dei clienti difficili e dei casi resistenti
al trattamento nel disturbo ossessivo compulsivo**

Michael H. Bruch 6

Il sogno nella psicoterapia di gruppo

Rossella Della Pepa, Maurizio Gasseau 14

**Promuovere il fattore umano in sanità: uno strumento
di analisi del clima organizzativo-relazionale**

David Lazzari, Renato Pisanti 24

Una storia

John Carlyle Raven (1902-1970)

Giovanni Cavadi 40

La psicologia come ecologia umana

John Carlyle Raven 44

Esperienze

Disturbo da deficit di attenzione con iperattività.

Sport e analisi transazionale

Giovanni Lodetti 48

**Trattamento cognitivo-comportamentale dei disturbi
da Binge Eating. Integrazione con Emdr**

Marina Balbo 53

**Il counselling genetico in oncologia. Aspetti psicosociali
del tumore ereditario della mammella e dell'ovaio**

Eleonora D. Capovilla, Samantha Serpentine 58

**La valutazione psicologica alla idoneità alla guida
di autoveicoli: sperimentazione di un protocollo operativo**

Mario Zerilli, Mario Merzari, Massimo Prior 65

Società

Politica e nonprofit. Case-study delle rappresentazioni sociali

Giuseppe Napoli 80

Strumenti

IX Congresso Europeo di Psicologia 91

Recensioni

a cura di Giovanni Cavadi 94

link 06



Direttore responsabile

Rinaldo Perini

Direttore editoriale

Vito Tummino (*Presidente Federazione Società Scientifica di Psicologia, FISSP*)

Responsabile di redazione

Giovanni Cavadi

Redazione

Stefano Arrighi, Chiara Pellizzoni, Erika Segat, Betty Sivocci, Francesca Soddu, Micol Tummino.
Traduzioni a cura di Danila Moro

Comitato scientifico

Anita Caruso (*Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia*), Marco De Polo (*Presidente SIPO*), Raffaele Felaco, Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau, David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso (*Post-President SIPO*), Anna Rita Ravenna, Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPI*), Enzo Spaltro, Riccardo Telleschi, Mario Troiano

Redazione Como

DMS Azienda Ospedaliera Sant'Anna,
via Castelnovo 1, 22100 Como,
tel. 031.5855896,
e-mail: psico.como@hsacomo.org

Redazione Roma

Sede centrale AUIPI,
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@auipi.it

Art director

Andrea Rosso

Grafica e impaginazione

Natura e comunicazione/Como

Stampa

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

**NORME PER GLI AUTORI**

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail al Direttore editoriale (Vito Tummino, vitotu@tin.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, Saperi, Recensioni, Info, Congressi.

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.

I trattamenti empiricamente supportati (*Evidence Based Medicine*) rappresentano una frontiera dell'applicazione delle discipline scientifiche della salute; esse mirano a mettere in grado specialisti e fruitori dei servizi sanitari di scegliere le terapie più efficaci. In campo medico l'applicazione del criterio delle evidenze scientifiche si è realizzato con la costituzione della *Commissione Unica del Farmaco* sulla classificazione dei farmaci nelle fasce A-B-C, selezionati in base all'utilità, ai costi ed alla fondatezza terapeutica. Attenendosi allo stesso criterio, la Federazione delle Società Scientifiche di Psicologia si è impegnata a diffondere i risultati delle ricerche e delle loro applicazioni e continuerà a farlo attraverso i prossimi numeri di *Link*.

Per quanto concerne la nostra realtà lavorativa, dobbiamo finalmente fare il punto sulla questione della formazione: le lauree triennali rilasciano un titolo di laurea breve di "Dottore in scienze e tecniche psicologiche", di cui – a differenza della laurea quinquennale di "Specialista in psicologia" – risultano poco chiari il profilo professionale, quello scientifico e gli sbocchi occupazionali. Nel mondo accademico la maggior parte dei docenti di psicologia è concorde nel voler riaffermare lo standard di formazione dello psicologo in cinque anni di frequenza universitaria più un anno di tirocinio, e grande è la perplessità intorno alle lauree brevi. Sappiamo che la legge che istituiva le lauree triennali era stata approvata anche dal Consiglio del precedente Ordine nazionale degli Psicologi (presidente Luigi Ranzato) e dobbiamo dare atto all'attuale presidente Sardi dei tentativi di modificare tale legge verso la completa abolizione delle lauree brevi in psicologia.

Se nella formazione universitaria degli studenti di psicologia riscontriamo questi problemi, cosa succede nel dopo laurea? Va considerato che entrambe le nostre specializzazioni post laurea (Psicologia e Psicoterapia) danno accesso ai concorsi pubblici di dirigente sanitario. La prima specializzazione è presente solo all'Università e annovera la specializzazione in Psicologia clinica, Psicologia del ciclo di vita, Psicologia della salute; l'altra, in Psicoterapia, è presente solo nel privato.

A complicare questa situazione vi è il tentativo, da parte delle Facoltà di Medicina, di includere la Psicologia clinica tra le proprie specializzazioni. La FISSP è pienamente concorde con la tradizione consolidata della nostra storia centenaria che psicologia clinica e psicologia appartengono alla identica matrice culturale e scientifica, dove la prima è approfondimento di una campo e competenza della seconda. La legge di ordinamento della professione è chiara quando afferma (art. 1) che la competenza dello psicologo è la "psicodiagnosi". Ancora stupisce che in Italia le professioni sanitarie dipendano dal Ministero della Salute e la nostra professione dal Ministero di Grazia e Giustizia!

Ma nel Bel Paese l'abilità di dare significati diversi alle parole in rapporto alle convenienze è storia antica. Per fortuna l'Europa, così come la comunità scientifica internazionale, ci conforta in questa posizione: nelle specializzazioni allegate alle direttive europee non è mai comparsa la specializzazione in Psicologia Clinica, perché essa è, appunto, una branca della Psicologia, non della Medicina.

Accanto a questo stato di cose abbiamo lo scenario di 180 scuole private di psicoterapia che offrono ai neolaureati in psicologia ben 18 indirizzi psicoterapeutici. È una ricchezza scientifica e culturale o un decadimento inflattivo? Non è forse eccessiva questa offerta formativa di scuole private rispetto alla domanda? Quanti annunci leggiamo del tipo: «cercasi psicoterapeu-

ta ad orientamento di Approccio Centrato sulla Persona» o «ad orientamento Psicoterapeutico Psicanalitico»? Lo status quo, che vede un alto numero di formati nelle tante scuole esistenti, si riflette inevitabilmente sugli standard di qualità, sulle competenze tecnico-scientifiche e su redditi poco competitivi. È necessario essere onesti e comunicarlo a coloro che si affacciano all'attività di psicologo.

Non passa giorno senza che uno psicologo partecipi a programmi televisivi, rilasci pareri e interviste su quotidiani o riviste che fanno psicologia spicciola, al limite della violazione deontologica. Dobbiamo constatare che forse c'è domanda di psicologia, ma non di psicologi. A quando una regolamentazione e un limite al proliferare delle scuole di psicoterapia? E in che rapporto sono queste con le attuali evidenze scientifiche e con il sogno di molti psicologi di diventare bravi psicoterapeuti senza che vi sia la certezza di un soddisfacente sbocco professionale?

Nella società più privatistica del mondo, gli USA, i college universitari si fanno una concorrenza spietata e il prestigio e i relativi costi di frequenza si diversificano tra loro non per l'offerta formativa o per la bravura dei professori, ma per il successo economico che dicono di garantire ai loro studenti una volta inseriti nella professione.

Un passo nuovo e importante per l'unità degli psicologi del nostro Paese è stato il recentissimo accordo del 2 dicembre, firmato dai presidenti delle organizzazioni maggiormente rappresentative degli psicologi e dall'Ordine Nazionale che hanno aderito all'INPA (Italian Network of Psychologists Associations), associazione che rappresenta l'Italia nell'EFPA (European Federation Psychologists Association). Infatti, da oggi, le componenti del mondo professionale (AUPI), delle Società Scientifiche (FISSP), dell'Università (AIP) e dell'Ordine Nazionale perseguiranno azioni ed intenti comuni per la valorizzazione della psicologia italiana nel contesto europeo.

In questo numero di *Link* troverete un inedito di Michael Bruch, un'autorità nel mondo cognitivo-comportamentale, sulla gestione dei casi difficili durante il trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi. L'autore propone agli psicologi clinici e agli psicoterapeuti di prestare maggior attenzione ai fattori associati alla resistenza al cambiamento, utilizzando la tecnica della formulazione del caso. Lo studioso pone anche l'accento su una maggior collaborazione fra clinici e ricercatori, rimproverando ai primi una certa ritrosia nel descrivere e nel raccontare le loro esperienze cliniche. Un aspetto significativo del suo lavoro è il "limite nel trattamento": «i clienti che hanno sviluppato strategie di evitamento efficaci non dovrebbero per nessuna ragione essere forzati a iniziare un trattamento».

Nella sezione *Focus* proponiamo un articolo di un analista di gruppo, Maurizio Gasseau, e della sua collega Rossella Della Pepa che ci conducono in un affascinante viaggio nell'utilizzo del sogno in terapia: una strada per raggiungere una concreta identità e differenziazione dai condizionamenti esterni.

David Lazzari e Renato Piatti analizzano l'importanza della qualità in un sistema sanitario proiettato. Una ricerca originale sul clima organizzativo visto in modo integrato tra economia e tecnologia, con una particolare sottolineatura dei fattori umani. Gli autori ci offrono una prospettiva di assoluta ragionevolezza: la salute degli utenti di un sistema sanitario è in diretta correlazione con la salute e il benessere di chi vi opera.

L'AUPI ha svolto un lavoro di sensibilizzazione con il pubblico nella seconda metà degli anni '90 sulla psicologia della sicurezza viaria, arrivando a far approvare in Parlamento una legge analoga a quella vigente in Spagna, relativa alle visite psicologiche per il conseguimento della patente di guida (poi abolita per le fortissime pressioni di quelle associazioni professionali, che da sempre valutano gli aspetti psicologici in questo campo pur non avendone le competenze). L'articolo di Mario Zerilli, Mario Merzari e Massimo Prior testimonia che l'impegno formativo e di diffusione dell'importanza della valutazione psicologica fatta da psicologi comincia a dare i suoi frutti in termini di professionalità e strumenti operativi.

I disturbi alimentari rappresentano aspetti della salute che vengono trattati dagli psicologi con varie terapie: l'EMDR è una di queste e Marina Balbo ce ne illustra le caratteristiche e le modalità.

Eleonora Capovilla e Samantha Serpentine affrontano un tema di grande interesse scientifico e nel contempo di notevole spessore etico: la complessa materia della genetica in oncologia per quanto riguarda la previsione della percentuale di rischio di tumore mammario e dell'ovario. Quale l'intervento dello psicologo?

Nel *Caso* di questo numero, Giovanni Lodetti affronta il delicato problema di un bambino affetto da D. D. A. I. (Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività) trattato con una terapia transazionale, utilizzando lo strumento della scherma in un setting di riabilitazione.

Nella sezione *Società* ospitiamo un'interessante ricerca di psicologia politica di Giuseppe Napoli sulle rappresentazioni sociali della politica e dei suoi addetti nel contesto del Terzo settore. Anche in questo numero Giovanni Cavadi ci presenta una biografia: si parla di John Carlyle Raven e dell'importanza che ha avuto per lo sviluppo della psicologia sperimentale e della teoria dei test oggettivi di misurazione dell'intelligenza.

link 06 focus

LA GESTIONE DEI
CLIENTI DIFFICILI E
DEI CASI RESISTENTI
AL TRATTAMENTO NEL
DISTURBO OSSESSIVO
COMPULSIVO

Michael H. Bruch

IL SOGNO NELLA
PSICOTERAPIA
DI GRUPPO

Rossella Della
Papa, Maurizio
Gasseau

PROMUOVERE IL
FATTORE UMANO IN
SANITA': SVILUPPO
DI UNO STRUMENTO DI
ANALISI DEL CLIMA
ORGANIZZATIVO-
RELAZIONALE

David Lazzari,
Renato Pisanti



La gestione dei clienti difficili e dei casi resistenti al trattamento nel disturbo ossessivo compulsivo

MICHAEL H. BRUCH *

Generalità sulla resistenza al trattamento

Il concetto di resistenza è stato tradizionalmente impiegato nei circoli psicoanalitici per descrivere le caratteristiche di personalità e gli atteggiamenti di un cliente, piuttosto che aspetti del processo terapeutico. L'interesse dei terapeuti comportamentali e cognitivisti è invece mirato all'identificazione e definizione dei comportamenti problematici che possono insorgere entro la dimensione della cura. Ovviamente ciò potrebbe anche riguardare il comportamento del terapeuta.

Turkat e Meyer (1982) hanno suggerito che «la resistenza è il comportamento del cliente che il terapeuta etichetta come antiterapeutico» (p.158) in ogni contesto dato, così come messo in atto dagli individui e successivamente valutato dal terapeuta.

Ovviamente i comportamenti resistenti possono avere varie origini, a seconda delle diverse circostanze del processo terapeutico, per cui è probabilmente inutile sforzarsi di farne una lista esaustiva.

Turkat e Meyer (1982) hanno illustrato questo punto attraverso nove esempi specifici che si riferiscono a *condizioni di rinforzo e punizione, situazioni di evitamento, metodologia del cambiamento, deficit di competenze, relazione terapeutica, discrepanza negli obiettivi, idee irrazionali del cliente, manipolazione da parte del cliente*.

Nel discutere di pazienti "difficili" o "resistenti" potrebbe essere utile anche distinguere tra casi che non vengono compresi appieno e individui che non aderiscono ai suggerimenti terapeutici.

Comportamenti difficili e resistenti nel Disturbo Ossessivo Compulsivo

Scorrendo la letteratura recente sul disturbo ossessivo compulsivo (DOC) si potrebbe essere tentati di credere che una volta che i pazienti abbiano compreso ed accettato la logica del trattamento, essi siano disposti e siano in grado di impegnarsi conseguentemente (per es. Salkovskis, 1999). Benché per i trattamenti con la tecnica della ERP (exposure/response prevention), esposizione e prevenzione della risposta, sia stimata una percentuale di successo pari al 75 per cento (per es. Salkovskis e Kirk, 1997), la maggior parte di questi casi può essere considerata come migliorata o molto migliorata.

La nostra esperienza clinica suggerisce che una "guarigione completa" sia molto più difficile da trovare e da sostenere. Persino i casi di trattamento riuscito richiedono spesso, di tanto in tanto, interventi di follow-up a lungo termine, incluse "sedute di

La letteratura recente sul disturbo ossessivo compulsivo tende ad accreditare l'idea che una volta che i pazienti abbiano compreso ed accettato la logica del trattamento, essi siano disposti e in grado di impegnarsi conseguentemente. La nostra esperienza clinica suggerisce che una "guarigione completa" sia molto più difficile da trovare e da sostenere.



Una “guarigione completa” è molto difficile da trovare e da sostenere. Persino i casi di trattamento riuscito richiedono spesso, di tanto in tanto, interventi di follow-up a lungo termine, incluse “sedute di incoraggiamento”.

salire sul treno della metropolitana ecc. Ogni qual volta le era possibile, ella evitava queste attività, per esempio non mangiava più banane e salsicce e la sua vita era diventata una “pena”. Impiegava ore a vestirsi o a percorrere brevi tratti di strada. La paziente attribuiva questi cambiamenti alla psicoanalisi, poiché attraverso di essa aveva appreso tutta la portata del simbolismo sessuale» (p. 276). Alla luce di questa esperienza non sorprende che la motivazione di questa paziente a un ulteriore trattamento fosse prossima allo zero. Questa è una reazione tipica e alcuni pazienti hanno osservato che avrebbero fatto meglio applicando per proprio conto le strategie di neutralizzazione.

Alcuni pionieri dell'ERP come Meyer (1974) hanno sottolineato le difficoltà di controllare i comportamenti ritualistici tra le sedute e hanno parlato di una “resistenza soggettiva” come importante predittore dell'efficacia del trattamento. Tuttavia non hanno indicato le possibili cause. Esistono alcune prove che una proporzione maggiore di pazienti con DOC rifiuti il trattamento di esposizione, se paragonati a pazienti con altri disturbi d'ansia. Circa il 10-20 per cento non è probabilmente disposto a impegnarsi nell'ERP (Salkovskis e Kirk, 1997). Al momento attuale è possibile solo avanzare tentativi di ipotesi sulle possibili cause, che possono includere l'incapacità di tollerare l'ansia, l'incapacità di anticipare il rinforzo a lungo termine riguardante il risultato del trattamento, la rigidità di pensiero che non permette modalità di adattamento più flessibili e infine varie forme di vantaggio secondario della malattia.

Inoltre le persone che soffrono di DOC da lungo tempo hanno spesso sviluppato schemi disadattivi che interferiscono coi processi adattivi di autoregolazione. Ciò si manifesta di solito con un pervasivo stile di pensiero negativo e con una bassa autostima e viene messo in relazione con la depressione e l'isolamento sociale (Bruch, 1988).

incoraggiamento”. Pertanto non deve sorprendere che i tassi di drop out e di rifiuto siano stati complessivamente stimati per una percentuale di oltre il 50 per cento. (per es. Salkovskis e Kirk, 1997).

Meyer (1966) ha fornito un esempio calzante di un caso difficile che può essere ascritto a una gestione scorretta del trattamento. La paziente era stata inviata in terapia comportamentale dopo una successione di trattamenti falliti, inclusi la terapia elettro-convulsiva, la lobotomia e un prolungato trattamento psicoanalitico. La paziente lamentava soprattutto pensieri blasfemi intrusivi, che le provocavano ansia e sensi di colpa. I trattamenti offerti in precedenza erano stati inefficaci o avevano portato a un peggioramento dei sintomi. Per esempio, dopo 11 anni di psicoanalisti «...non erano solo le parole e i pensieri sessuali intrusivi sullo Spirito Santo a evocare i suoi rituali compulsivi, ma anche ogni altra attività con un significato sessuale, come ad esempio chiudere i cassetti, inserire una spina nella presa di corrente, pulire una pipa, spolverare calici, indossare i collant, mangiare cibi oblungi, compiere azioni per quattro volte (associazione con parole anglosassoni di quattro lettere), calpestare disegni a forma di organi sessuali,

Caratteristiche cliniche dei pazienti difficili

La nostra esperienza clinica ci porta a considerare alcune caratteristiche secondo le quali riteniamo “difficile” un paziente DOC. Descriviamo le più comuni da noi riscontrate.

Scarsa motivazione al trattamento

I problemi motivazionali sono spesso associati alla riluttanza ad affrontare alti livelli di ansia, specialmente quando il risultato viene percepito come incerto. Molti pazienti con DOC risultano ipersensibili all’attivazione dell’ansia, che a sua volta condiziona negativamente la loro motivazione. Inutile dire che, per impegnarsi in programmi di ERP che implicano alti livelli di ansia, è richiesta una forte motivazione.

Scarsa comprensione della logica del trattamento

Il trattamento di elezione per la maggior parte dei problemi del DOC, ovvero l’ERP, non è immediatamente comprensibile e accettabile da parte di tutti i pazienti. Come è stato ripetutamente sottolineato, questa procedura è associata ad alti tassi di abbandono o rifiuto diretto di impegnarsi nel trattamento (per es. Foa et altri, 1998).

Tratti di personalità del paziente

Prove aneddotiche suggeriscono che determinate tendenze comportamentali possono almeno in parte predisporre all’insorgenza del DOC, nonché causare la non aderenza al trattamento o le ricadute. Alcuni tratti tipici descritti sono: *il perfezionismo, l’evitamento del rischio, la tendenza a sentirsi colpevole e la paura di commettere errori*. Alcune di queste caratteristiche possono indicare una comorbidità col disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Più nello specifico, come hanno sottolineato Rachman e Shafran (1998), l’attenzione selettiva che coinvolge la scansione di materiale minaccioso, la perdita delle fiducia nella propria memoria e un eccessivo senso di responsabilità possono tutti portare ad un’accresciuta resistenza al trattamento.

Fattori associati ai comportamenti difficili e resistenti

La letteratura consultata e la nostra esperienza clinica ci suggeriscono di considerare alcuni fattori che risultano associati ai comportamenti difficili e resistenti. Elenchiamo i principali

Difficoltà di valutazione del problema

Ciò si riferisce specialmente a operazioni cognitive nascoste. Per esempio i pazienti possono non essere consapevoli dei loro pensieri e aver bisogno di uno specifico training alla consapevolezza per diventarlo (per esempio esperimenti comportamentali). Oppure possono non collaborare nella rivelazione della natura dei propri pensieri intrusivi o rituali, a causa di vergogna o senso di colpa per il loro contenuto inaccettabile o per timore delle conseguenze. Per esempio un uomo inibito aveva sviluppato un’ideazione aggressiva e blasfema verso la moglie dopo che questa aveva avuto una storia extraconiugale. Sentendosi imbarazzato e temendo che la moglie lo avrebbe punito o lasciato, non era in grado di rivelare il contenuto dei suoi pensieri intrusivi.

Mancanza di un’adeguata formulazione del problema

Un approccio terapeutico esclusivamente incentrato sui sintomi lamentati dal paziente può mancare di indirizzarsi completamente alle paure sottostanti. Come risultato può esserci un ritorno della paura o l’emergere di “nuovi” sintomi correlati ai medesimi stimoli. Ciò avrà un effetto demoralizzante sulla maggior parte dei pazienti che possono veder confermati i propri dubbi e preoccupazioni originali sull’efficacia della terapia cognitivo-comportamentale.

I pazienti possono non essere consapevoli dei loro pensieri e aver bisogno di uno specifico training alla consapevolezza per diventarlo (per esempio esperimenti comportamentali). Oppure possono non collaborare nella rivelazione della natura dei propri pensieri intrusivi o rituali, a causa di vergogna o senso di colpa per il loro contenuto inaccettabile o per timore delle conseguenze.

È stato Victor Meyer a proporre di formulare i casi sulla base di un valutazione idiografica. Secondo Mayer, con questi casi le tecniche standard della terapia comportamentale, in voga negli anni Sessanta, erano ampiamente inefficaci, poiché non si rivolgevano, come avrebbero invece dovuto, al meccanismo del disturbo. Egli sosteneva che doveva essere tentata la "formulazione del problema", ovvero una comprensione individualizzata del comportamento problematico in termini di apprendimento.

Relazione terapeutica inadeguata

Le persone affette da DOC di lunga durata possono essere ambivalenti o confuse circa l'idea di iniziare una relazione di cura. Vi sono spesso rilevanti problemi interpersonali (correlati all'isolamento sociale) che rendono difficile a questi pazienti sviluppare la fiducia in un terapeuta che potrebbe incoraggiarli a confrontarsi con le proprie paure. La loro sofferenza può portarli a pensare che qualcosa debba essere fatto, ma queste persone potrebbero avere poca fiducia nelle possibilità concrete di fare qualcosa.

Problemi nel sostegno ambientale

Può essere considerato un cattivo inizio il caso in cui persone con DOC vengano costrette a fare un trattamento dai genitori o da altri familiari. In circostanze rare sono implicati anche i datori di lavoro o gli amici. Talvolta i pazienti possono sentirsi tanto disperati per i propri problemi da essere disposti ad accettare qualsiasi consiglio, per lo meno inizialmente. Tuttavia, l'esperienza clinica suggerisce che un impegno basato, come in questo caso, su di una motivazione estrinseca è raramente una buona base per un'alleanza terapeutica costruttiva.

Complicazioni causate da problemi coesistenti

I pazienti con DOC tendono ad avere pattern complessi di comorbidità, che indicano alti livelli di sofferenza. Per esempio uno studio che ha impiegato i criteri del DSM IV ha rilevato che il 29 per cento dei pazienti con una diagnosi principale di DOC soddisfa i criteri per una diagnosi aggiuntiva, il 17 per cento per due diagnosi aggiuntive e il 18 per cento per tre o più diagnosi (Antony e coll., 1998).

Stando ai nostri dati clinici, i tipici problemi di comorbidità includono la depressione (le stime si aggirano attorno al 50 per cento di tutti i casi), la fobia o l'ansia sociale, l'agorafobia, schemi disadattivi che implicano una bassa autostima e la mancanza di fiducia, i problemi coniugali e familiari e anche l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti.

Questi problemi addizionali possono facilmente indurre sentimenti di disperazione e di impotenza che rendono difficile al paziente ottenere un focus appropriato nella terapia.

La formulazione del caso

È utile fornire un breve resoconto della formulazione del caso come è stata originariamente sviluppata in ambito psichiatrico. La sua nascita si deve al tentativo degli psicologi di comprendere i disturbi complessi "intrattabili" in base ai principi dell'apprendimento. Tali casi non avevano risposto agli approcci terapeutici tradizionali o questi pazienti venivano visti come inadatti ad un trattamento terapeutico.

Originariamente, mentre cercava di trattare casi difficili e complessi in un contesto psichiatrico, è stato Victor Meyer (Meyer e Chessier, 1970) a proporre di formulare i casi sulla base di un valutazione idiografica. Secondo Mayer, con questi casi le tecniche standard della terapia comportamentale, in voga negli anni Sessanta, erano ampiamente inefficaci, poiché non si rivolgevano, come avrebbero invece dovuto, al meccanismo del disturbo. Egli sosteneva che doveva essere tentata la "formulazione del problema", ovvero una comprensione individualizzata del comportamento problematico in termini di apprendimento, e questo principalmente per due ragioni:

1. persino lamentele apparentemente simili possono avere una grande variabilità individuale in relazione alla loro evoluzione, al modo di presentarsi e al mantenimento;
2. comprendere e concettualizzare i disturbi più gravi e complessi sulla base del modello diagnostico psichiatrico si è dimostrato insoddisfacente se non impossibile, particolarmente quando venivano lamentati sintomi multipli o vaghi.

Consideriamo l'approccio della formulazione del caso come una procedura clinica sperimentale atta a fornire un modello esplicativo globale. Questo modello richiede

la raccolta sistematica di informazioni adeguate ottenute sulla base di ipotesi cliniche ragionate fondate sui principi cognitivo-comportamentali.

Ogni ulteriore decisione clinica nel corso del trattamento viene presa basandosi sulla formulazione del problema del cliente.

Una formulazione globale del caso può essere anche uno strumento utile per dare l'avvio a una relazione terapeutica costruttiva in quanto fornisce indicazioni sulla struttura della relazione in considerazione della personalità del paziente e della natura del problema (vedi anche Aubuchon e Malatesta, 1998).

La formulazione del caso permette una comprensione globale dei sintomi presentati dal paziente in termini di eziologia e mantenimento. Nel complesso, incoraggia una pratica psicoterapeutica innovativa e creativa.

Coi clienti più difficili e i casi più complessi è essenziale predisporre un contesto positivo per il processo terapeutico.

Per facilitare la cosa è necessario valutare ed esplorare ulteriormente i seguenti aspetti: ci sono delle limitazioni date dal modello psichiatrico alla comprensione del disturbo psichico; non c'è forse una precisa relazione tra la diagnosi psichiatrica e la formulazione del caso.

Non possiamo non sottolineare come l'approccio della formulazione del caso può essere impiegato per analizzare e modificare i comportamenti di pazienti con un potenziale "antiterapeutico". Ciò dovrebbe essere svolto in preparazione della procedura terapeutica principale da seguire.

Crediamo che questo approccio, oltre che per i disturbi del comportamento, sia adatto anche per problemi legati alla salute associati con attivazione emotiva e disfunzione cognitiva. Ciò specialmente se consideriamo che la metodologia cognitivo-comportamentale è stata ampiamente impiegata nella medicina comportamentale e nella psicologia della salute per diverso tempo (vedi Baum e coll., 1997 o Feuerstein e coll., 1986).

È ovvio che, data la grande complessità e difficoltà di comprensione del comportamento umano e dei problemi ad esso associati, una focalizzazione troppo angusta su singole lamenti sintomatiche è raramente utile. La formulazione del caso non rappresenta una soluzione magica, ma offre una cornice pratica per la gestione dei disturbi del comportamento, specialmente in caso di problemi complessi. I nostri dati clinici hanno infatti dimostrato coerentemente l'efficacia di questo approccio (Bruch e coll., 1996, 1999, 2000).

Come ricorda la Turkat (2000) la formulazione del caso «si riferisce alla natura in cui i fenomeni presenti appaiono organizzarsi e svilupparsi agli occhi del clinico. La diagnosi è semplicemente una descrizione stenografica di vari comportamenti che spesso coesistono nello stesso individuo» quindi meramente descrittiva. Essa viene utilizzata soprattutto con lo scopo di comunicare e classificare, per cui la diagnosi psichiatrica «non è stata una fertile generatrice per il clinico cognitivo-comportamentale». A questo punto la diagnosi e la formulazione del caso potrebbero coesistere.

Abbiamo sottolineato il ruolo attivo del paziente in questo approccio in quanto il nostro obiettivo è promuovere l'autoregolazione adattiva il prima possibile. Ai fini della motivazione viene tenuto in grande considerazione il punto di vista del paziente. Tutti gli aspetti della procedura di cura vengono discussi nel dettaglio con lui e si procede solo dopo aver raggiunto un completo accordo. Ciò risulta particolarmente cruciale per il problema della formulazione del caso. Grande enfasi viene anche accordata a una completa spiegazione della logica del trattamento, in quanto si incoraggia il paziente a diventare terapeuta di se stesso ad uno stadio intermedio della cura.

Per concludere l'approccio della formulazione del caso è un innovativo processo dinamico orientato all'obiettivo. Esso implica la continua raccolta di informazioni e verifica di ipotesi ed è guidato in ogni fase dai principi della psicologia sperimentale in generale e in particolare da quelli cognitivo-comportamentali.

Lane ci ha fornito ulteriori rifiniture operative che sono diventate il modello di riferimento per la pratica nella *Cognitive-Behavioural Psychotherapy Unit* da noi diretta.

La formulazione del caso «si riferisce alla natura in cui i fenomeni presenti appaiono organizzarsi e svilupparsi agli occhi del clinico. La diagnosi è semplicemente una descrizione stenografica di vari comportamenti che spesso coesistono nello stesso individuo» (Turkat), quindi meramente descrittiva. Essa viene utilizzata soprattutto con lo scopo di comunicare e classificare, per cui la diagnosi psichiatrica «non è stata una fertile generatrice per il clinico cognitivo-comportamentale». A questo punto la diagnosi e la formulazione del caso potrebbero coesistere.



Lane ha proposto cinque fasi distinte come linee guida operative della procedura terapeutica globale, denominata DEFINE. Egli la spiega così: «Definire il problema o obiettivo, Esplorare i fattori di influenza, Formulare una spiegazione dei fattori di influenza, Intervenire utilizzando un progetto operativo basato sulla formulazione e Valutare (Estimate) il risultato del progetto basato sulla formulazione».

Il lavoro di Lane, fatto interessante, è stato il primo tentativo di adattare il modello della formulazione del caso di Meyer al contesto scolastico nel lavoro con bambini e adolescenti disturbati, da cui la designazione di "analisi focalizzata sul contesto" (Lane, 1990).

Lane considera l'approccio di Meyer l'unico adatto a questo gruppo di pazienti, particolarmente difficile da valutare e da trattare. L'autore ha impiegato due decenni per sviluppare e raffinare il modello. In termini pratici, Lane (1990) ha proposto cinque fasi distinte come linee guida operative della procedura terapeutica globale, denominata DEFINE. Egli la spiega così: «Definire il problema o obiettivo, Esplorare i fattori di influenza, Formulare una spiegazione dei fattori di influenza, Intervenire utilizzando un progetto operativo basato sulla formulazione e Valutare (Estimate) il risultato del progetto basato sulla formulazione» (p. 116).

Presentiamo di seguito nel dettaglio il modello di Lane.

Come si può vedere, ci sono cinque fasi che sono interconnesse da circuiti di feedback per consentire la verifica e la correzione del processo. Le fasi 1-3 vengono espletate durante il colloquio iniziale.

Fase uno: definizione dei problemi

1. Raccolta delle definizioni del problema fornite dalle persone coinvolte;
2. Chiarimento degli obiettivi iniziali delle persone coinvolte;
3. Definizione del problema sulla base delle informazioni iniziali ricevute.

Tema: si tratta di un processo di crescente consapevolezza mirante al consenso terapeutico.

Fase due: esplorazione

4. Proposta di ipotesi sulle origini e il mantenimento del problema;
5. Svolgimento dell'assessment cognitivo-comportamentale multilivello;
6. Raccolta dei dati per la verifica delle ipotesi.

Tema: si tratta di un processo di osservazioni sempre più raffinate.

Fase tre: formulazione

7. Proposta di formulazione e di ipotesi di intervento;
8. Discussione coi partecipanti e ridefinizione degli obiettivi;
9. Verifica dell'adeguatezza delle ipotesi.

Tema: si tratta di un processo di verifica delle ipotesi finché non sarà disponibile un'adeguata spiegazione.

Fase quattro: intervento

10. Specificazione delle procedure da utilizzare;
11. Stipula del contratto terapeutico;
12. Attuazione e monitoraggio del programma concordato.

Tema: si tratta di un processo di pratica strutturata.

Fase cinque: valutazione

13. Valutazione dei risultati raggiunti;
14. Supporto e rafforzamento dei vantaggi raggiunti; ottimizzazione del programma e perseguimento di ulteriori obiettivi, qualora suggeriti;
15. Proseguimento della valutazione e revisione. Proposta di ulteriori idee per consolidare il progresso.

Tema: si tratta di un processo di sostegno e monitoraggio dei risultati.

Conclusioni

Nonostante le prove convergenti dell'efficacia dei trattamenti ERP per il DOC, rimane il fatto che una quota considerevole di questi pazienti è troppo confusa o intimorita per aderire completamente a questo tipo di intervento. Le ragioni di ciò andrebbero ulteriormente investigate, ma alcune singole prove ottenute in contesti natu-

realistici indicano il concorso di una varietà di fattori. Per queste ragioni, un'attenta formulazione individualizzata del caso dovrebbe sempre precedere la selezione e l'attuazione delle procedure di trattamento. Foa e coll. (1998) hanno ragione nel sottolineare che, nonostante l'abbondanza di manuali sul trattamento, resta limitato l'accesso a specialisti qualificati di terapia cognitivo-comportamentale. Inoltre questi autori suggeriscono che, oltre al numero insufficiente di esperti, esiste una pressione sociale crescente a razionalizzare i servizi, giacché la domanda supera l'offerta. Ciò porta spesso a trattamenti standardizzati a breve termine o trattamenti di gruppo, che, nella nostra prospettiva, sono entrambi inadeguati per i clienti più difficili e ambivalenti.

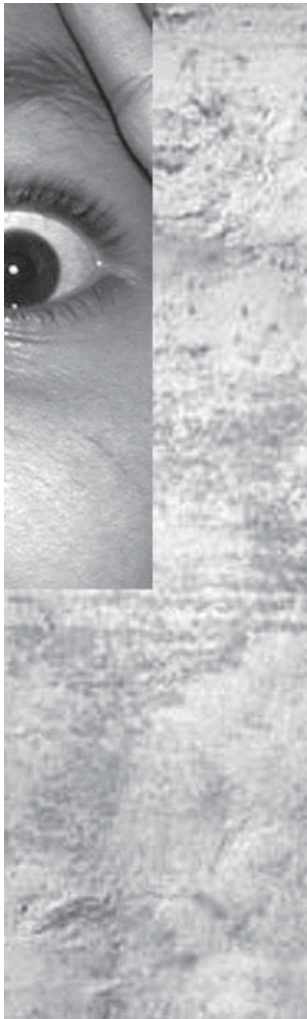
Un'altra preoccupazione riguarda la crescente (e pubblicizzata) moda di affidarsi a procedure di valutazione standardizzate. Ciò appare principalmente motivato da ragioni di ricerca e meno da preoccupazioni cliniche (sfortunatamente i clinici scrivono raramente dei libri). Per esempio, in un manuale molto citato (Taylor, 1998), il capitolo sulla valutazione dedica solo una pagina alla considerazione *cliniche* e ai problemi metodologici. Ciò è sorprendente, dato l'atteggiamento globale di molti pazienti con DOC circa i propri problemi. Presso la nostra Cognitive-Behavioural Psychotherapy Unit, crediamo che una valutazione e una formulazione altamente individualizzate siano necessarie per trattare adeguatamente queste difficoltà. Pensiamo che le interviste strutturate, le checklist e i questionari non siano molto utili in questo processo; questi strumenti, tuttavia, potrebbero venir utilizzati per avanzare ipotesi, confermare la formulazione del caso, stabilire la baseline e le misure del cambiamento.

Inoltre l'attuale entusiasmo per il modello cognitivo del DOC promosso da Salkovskis e il suo gruppo (Salkovskis, 1999) richiede qualche commento. Nelle supervisioni cliniche, quando si discute di clienti intrattabili, una domanda che si incontra frequentemente è: sarebbe utile provare il modello cognitivo? (suggerendo che potrebbe essere una panacea per tutte le possibili difficoltà nel DOC). La nostra evidenza clinica indica che pazienti molto ansiosi e resistenti trovano spesso più difficile concentrarsi e focalizzarsi sul lavoro principalmente cognitivo, per non parlare delle insidie della fusione pensiero-azione. È spesso problematico tracciare una netta distinzione tra lavoro cognitivo e modi sottili di cercare rassicurazione. Nel complesso ci sembra adeguato rifarsi al modello, ben consolidato, dell'autoefficacia di Bandura (1977), che indica chiaramente la superiorità della performance comportamentale come base per la creazione di strutture cognitive adattive. A noi pare che gli approcci cognitivo-comportamentali siano più efficaci per via del miglioramento sinergico di cognizione e comportamento. Come sempre, ciò richiede una valutazione globale e una appropriata temporizzazione di questi due aspetti del processo terapeutico. Senza dubbio, è un matrimonio che non dovrà mai sciogliersi!

Attualmente è impossibile fornire prove conclusive sull'efficacia dell'approccio cognitivo nel DOC, paragonato alle procedure di ERP, ben consolidate. Nemmeno i trattamenti combinati sembrano uscirne meglio dell'ERP classica (per esempio Stanley e Averill, 1998); in sostanza, l'effetto di miglioramento appare discutibile. Dalla nostra prospettiva, le tecniche cognitive possono essere più adatte per il miglioramento e la massimizzazione dei risultati del trattamento, in altre parole per facilitare il processo di autoregolazione. A questo stadio è prematuro pronunciare un giudizio definitivo sugli approcci cognitivi al DOC finché non avremo a disposizione altre evidenze empiriche. Per inciso, sembra meritevole di nota il fatto che la maggior parte dei clinici che si rifanno al modello cognitivo applica, ciò non di meno, le procedure comportamentistiche per disconfermare conseguenze temute e via dicendo. (per esempio Salkovskis, 1999).

Infine, nel discutere le cause e le caratteristiche dei comportamenti difficili e resistenti al trattamento vorremmo sottolineare che gli aspetti sopraccitati sono stati trattati separatamente per ragioni di chiarezza concettuale. Ovviamente, nella realtà clinica queste caratteristiche si trovano tra loro intrecciate e non dovrebbero essere considerate isolatamente. Questa situazione può rendere difficile decidere a quali problemi rivolgersi e in quale ordine. Di nuovo, noi crediamo che una formulazione globale del caso ci consenta di stabilire adeguatamente le priorità e conse-

Una preoccupazione riguarda la crescente (e pubblicizzata) moda di affidarsi a procedure di valutazione standardizzate. Ciò appare principalmente motivato da ragioni di ricerca e meno da preoccupazioni cliniche (sfortunatamente i clinici scrivono raramente dei libri).



guentemente affrontare i problemi. D'altra parte i clienti difficili o resistenti che potrebbero non essere pronti per il trattamento e potrebbero aver sviluppato strategie di evitamento efficaci non dovrebbero per nessuna ragione essere forzati a incominciare un trattamento.

* Direttore dell'Unità di psicoterapia Cognitivo-Comportamentale del Department of Psychiatry & Behavioural Sciences, Medical School University College of London.

[Traduzione dall'inglese di Danila Moro]

BIBLIOGRAFIA

- Antony M. M., Downie F., Swinson R. P. (1998), *Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder*. In R.P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (eds) *Obsessive-compulsive disorders: theory, research and Treatment*. Guilford, New York.
- Aubuchon P. & Malatesta V (1998), *Managing the therapeutic relationship: he need for a case formulation*. In Bruch M. H. & Bond F. W. (eds) *Beyond diagnosis: Cognitive-behavioural case formulation*. Wiley, Chichester
- Bandura A. (1977), *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baum A., Newman S., Weinman J., West R. & McManus C. (1997), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. University Press, Cambridge.
- Bruch M. H. (1988), *The self-schema model of complex disorders*. Roederer, Regensburg.
- Bruch M. H. (1999/2000), *Cognitive-behavioural case formulation*. Symposia held at the 29th and 30th annual EABCT meetings in Dresden, and Granada.
- Bruch M. H. & Bond F. W. (eds) (1998), *Beyond diagnosis: Cognitive-behavioural case formulation*. Wiley, Chichester. (Trad. It. Oltre la diagnosi. Nuovi percorsi per la formulazione del caso. McGraw-Hill Libri, Italia, Milano, 2000).
- Feuerstein M., Labbé E. E. & Kuczmierczyk A. R. (1986), *Health psychology: A psychobiological perspective*. Plenum, New York.
- Foa E. B., Franklin M. E. & Kozak M. J. (1998), *Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder*. In R.P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (eds) *Obsessive-compulsive disorders: theory, research and Treatment*. Guilford, New York.
- Lane D: (1990), *The impossible child*. Trentham, Stopke on Trent.
- Meyer V. (1966), *Modification of expectancies in cases with obsessional rituals*. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Meyer V. & Chesser E.S. (1970), *Behaviour therapy in clinical psychiatry*. Penguin Books. (trad. it.: La terapia comportamentale, Boringhieri, Torino, 1976).
- Meyer V., Levy R. & Schnurer A. (1974), *The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders*. In H.R. Breech (ed) *Obsessional states*. Methuen, London.
- Salkovskis P.M. (1999), *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Salkovskis P.M. & Kirk J. (1997), *Obsessive-compulsive disorder*. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (eds) *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, Oxford.
- Taylor S. (1998), *Assessment of obsessive-compulsive disorder*. In R. P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman & M.A. Richter (eds) *Obsessive-compulsive disorders: theory, research and Treatment*. Guilford, New York.
- Turkat I. (2000), *Presentazione al volume M. H. Bruch & F. W. Bond (eds) Oltre la diagnosi. Nuovi percorsi per la formulazione del caso*. McGraw-Hill Libri, Italia, Milano.
- Turkat I. & Meyer V. (1982), *The behaviour-analytic approach*. In P. Wachtel (ed) *Resistance. Psychodynamic and behavioural approaches*. Plenum, New York.

The management of treatment-resistant cases and the difficult clients in DOC

Management of difficult clients and of resistant cases to the treatment of obsessive-compulsive disorder.

After having inquire into the problems of difficult clients, particularly those which are suffering of the OCD, the author advises that it's very difficult to have a complete recovery, although with ERP treatments is possible to have a success about 75%.

The author affirms that the global formulation of the case assent to fairly establish the priority and tackle the problems.

With an overall therapeutic procedure, named DEFINE, is shall be suggest an operative guide in five steps: Define the problem or goal, Explore the factors of the process, Formulate an explanation of the factors, Intervene using an operative project based on the global formulation and Estimate the results of the project.

Il sogno nella psicoterapia di gruppo

Un'analisi delle diverse modalità e finalità di utilizzo del materiale onirico all'interno del processo terapeutico, attraverso un confronto tra quattro schemi teorici di riferimento: lo psicodramma, la gruppoanalisi, la gestalt e l'analisi transazionale. I sogni avranno, quindi, diverse valenze, che verranno utilizzate per metodologie differenti, a seconda delle finalità delle diverse terapie

ROSSELLA DELLA PEPA, MAURIZIO GASSEAU

Storicamente l'utilizzo del sogno a livello terapeutico, in un setting gruppale, è da collocarsi nell'ambito della civiltà greca ed in particolar modo nel V secolo a. C., col diffondersi del culto di Asclepio. Attraverso l'apparizione del dio in sogno, che avveniva dopo un percorso di preparazione e purificazione svolto in gruppo, il paziente guariva dal suo malessere fisico o psichico.

Il sogno riveste tutt'oggi un'importanza fondamentale all'interno di un percorso terapeutico, sia esso individuale o di gruppo, testimoniando, forse in un modo meno evidente rispetto alla guarigione miracolosa di Asclepio, il processo del paziente verso la soluzione dei conflitti.

Le modalità e le finalità di utilizzo del materiale onirico all'interno del processo terapeutico sono inevitabilmente influenzate dalla concezione della personalità dello schema teorico di riferimento. A seconda dell'obiettivo che la terapia si pone, il sogno avrà, quindi, una certa valenza e sarà utilizzato con metodologie differenti. La finalità ultima dello psicodramma moreniano è l'addestramento del soggetto alla spontaneità e alla creatività, elementi cardine che permettono di sviluppare ed ampliare modalità di comportamento adatte a soddisfare i bisogni dell'individuo. Lo psicodramma, nella concezione moreniana, nasce come terapia di gruppo con l'obiettivo di «facilitare l'individuo nella costruzione di una personalità capace di produrre ruoli adatti a sé ed adeguati alle diverse situazioni interpersonali in cui egli viene a trovarsi» (Boria, 1997, p. 23). Per Moreno, il ruolo è inteso come rappresentazione simbolica di una forma operativa, che il soggetto assume in una data situazione, in relazione ad altre persone; esso contiene in sé una fusione di elementi privati, costituiti dalla storia dell'individuo e di elementi collettivi, dati dai modelli culturali della società in cui il soggetto vive.

Il sogno diviene, quindi, un pretesto, come qualsiasi evento della vita reale, per lavorare sui ruoli che il soggetto impersona nella vita quotidiana e per permettergli di uscire dalla fissità dei suoi atteggiamenti. Caratteristica peculiare dello psicodramma moreniano è l'utilizzo di modalità differenti di trattazione del materiale onirico, a seconda che si tratti di un sogno recente oppure no. Se il sogno è avvenuto in un passato non definibile, esso viene utilizzato come qualsiasi altro materiale e verrà, cioè, raccontato e poi drammatizzato.

Se, invece, il sognatore riesce a collocare il sogno in una precisa dimensione temporale, lo psicodrammatista rivolgerà la sua attenzione allo spazio di tempo che va dagli eventi che hanno preceduto il sogno, fino alla conclusione di esso. Il protagonista, ossia colui che rappresenta gli eventi sulla scena, verrà invitato a drammatizzare le azioni che hanno preceduto l'addormentarsi, ricostruendo dettagliatamente



Il soggetto è invitato a riprendere la posizione abituale nel letto e a ripercorrere mentalmente il susseguirsi delle scene del sogno, senza raccontarlo. Questa prima fase ha la funzione di riportare il protagonista all'atmosfera del sogno.

però, il protagonista ha raggiunto non solo una comprensione dei processi sottostanti il sogno, ma, grazie alla possibilità di viverlo realmente, è diventato più autonomo rispetto al sogno stesso. Il soggetto, infatti, può sperimentare nel nuovo finale nuovi ruoli, diversi modi di essere, che non agisce nella vita di tutti i giorni. Egli riscopre, così, ruoli interni non ancora riconosciuti che potrà integrare con quelli abituali. Nel lavoro con i sogni, non vengono fatti collegamenti con scene di vita diurna, perché lo scopo è quello di aiutare il soggetto a modificare il proprio modo di sognare e a porre fine ai sogni ricorrenti e agli incubi, intesi come ripetizione stereotipata dei ruoli che l'individuo esperisce nella veglia. Moreno, infatti, affermava: «Noi crediamo che, se possiamo aiutarti a cambiare il tuo modo di sognare, ad addestrare il tuo inconscio, per così dire, la prossima volta che sognerai, i tuoi sogni cambieranno carattere, ne avrai un maggior controllo» (Moreno, 1969, tr. it. 1987, p. 275-276).

Nello psicodramma moreniano il sogno viene usato come addestramento alla spontaneità, attraverso una rappresentazione che va al di là del sogno effettivo, dove, nella scena immaginata, il là e allora sembra porsi in una dimensione a venire. Infatti, il soggetto attraversa tre dimensioni, percorrendo una linea che, dal passato del sogno effettivo si estende al futuro del sogno modificato, passando per il presente dei giochi. È grazie ad un riattraversamento del passato e ad una proiezione verso il futuro, che avvengono nel qui ed ora della rappresentazione drammatica, che è possibile per l'individuo effettuare quella trasformazione che riguarda non solo il proprio modo di sognare, ma anche quello di porsi nei confronti del mondo.

la scena, anche con l'ausilio di materiale come sedie o cuscini. In seguito, il soggetto verrà invitato a riprendere la posizione che assume abitualmente nel letto e a ripercorrere mentalmente il susseguirsi delle scene del sogno, senza raccontarlo. Questa prima fase, chiamata "riscaldamento", ha la funzione di riportare il protagonista all'atmosfera del sogno, di accompagnarlo a rivivere il sogno così come si è presentato a lui. Segue, quindi, la seconda parte del lavoro, la drammatizzazione, in cui i personaggi del sogno prendono corpo grazie agli io ausiliari, scelti tra gli altri componenti del gruppo. Questi devono attenersi al testo del sogno, senza alterare il ruolo che gli è stato assegnato, come, invece, è possibile fare nella drammatizzazione delle scene reali.

La terza fase del lavoro è la più importante e prevede la formulazione di un nuovo finale del sogno. Il protagonista rappresenta, quindi, il sogno sul palcoscenico, dando ad esso un finale più congeniale, o che permetta un maggior controllo sulle dinamiche che lo sconvolgono. Questa procedura porta ad una forma di catarsi molto intensa, chiamata *dream catharsis* (Moreno, 1950). In questa fase, la spontaneità degli io ausiliari può essere utilizzata per riscaldare il protagonista a risognare un nuovo sogno, a staccarsi da quello originale, tenendo sempre presente, però, che il sogno è del protagonista. Il lavoro è, quindi, rivolto al singolo e questo conferisce allo psicodramma moreniano la caratteristica di essere più una terapia *in* gruppo, che *di* gruppo, poiché l'attenzione è sempre rivolta al protagonista e non al gruppo nel suo insieme.

Nella parte finale del lavoro, il soggetto torna a dormire nel letto, come nella prima fase. Adesso,

La tecnica di ridefinizione del finale del sogno non è propria solamente dello psicodramma moreniano, ma viene utilizzata anche nell'analisi transazionale. La finalità, qui, non è però quella di modificare il modo di sognare, ma di rintracciare le decisioni di copione in base alle quali il soggetto ha fondato la percezione di sé e del mondo. Quindi, sebbene la tecnica sia simile in quanto entrambi i modelli invitano il sognatore a modificare il finale del sogno, la differente ottica in cui questo processo avviene, implica un approccio più incisivo e radicale nell'analisi transazionale. Infatti, mentre nello psicodramma moreniano l'enfasi è posta sulla sperimentazione di nuovi ruoli, che solo successivamente saranno integrati all'interno della personalità, in analisi transazionale il lavoro sul sogno implica l'andare a rintracciare nel passato la fonte delle concezioni alla base della formazione del copione. In analisi transazionale, il sogno viene visto come regno dello stato dell'*Io Bambino*, come elemento che pesca direttamente nel mondo arcaico delle emozioni e del linguaggio propri dell'infanzia.

Lo stato dell'*Io Bambino* è una delle tre strutture che costituiscono la personalità del soggetto nell'ottica dell'analisi transazionale, insieme all'*Adulto* e al *Genitore*. Esso è l'insieme di pensieri, sentimenti e modelli di comportamento che risalgono all'infanzia del soggetto. Il Bambino può manifestarsi operativamente sotto forma di *Bambino Adattato*, che esibisce un comportamento sotto il dominio di influenze genitoriali (per esempio il rispetto delle regole), o di *Bambino Libero*, che si esprime con forme di comportamento autonome, che non seguono né si ribellano ad imposizioni genitoriali.

Lo stato dell'*Io Adulto* è, invece, caratterizzato da un insieme autonomo di sentimenti, pensieri e modelli comportamentali che risultano appropriati alla realtà del momento, mentre lo stato dell'*Io Genitore* è l'insieme di pensieri, sentimenti e stili comportamentali incorporati dall'esterno e, in modo particolare, dai genitori o da figure genitoriali. Come il Bambino, anche il Genitore è suddiviso in due forme dal punto di vista operativo, cioè il *Genitore Normativo*, che si manifesta con una serie di messaggi a natura proibitiva o imperativa ed il *Genitore Affettivo*, caratterizzato da messaggi permissivi e da atteggiamenti di prendersi cura.

Affermare che il sogno è il regno del Bambino implica sottolineare che esso non è regolato dalle leggi di necessità che governano il mondo della veglia, ma si costituisce come luogo dove «il Bambino può perseguire il suo procedimento magico» (Berne, 1961, tr. it. 1971, p. 50).

Inoltre, questo significa poter rintracciare nei comportamenti dell'infanzia quelle decisioni che hanno strutturato la vita del soggetto. Il sogno è, infatti, visto anche come rappresentazione del *copione*, inteso come piano di vita dell'individuo che si basa su una decisione presa durante l'infanzia, rinforzata dai genitori, che culmina in una scelta decisiva.

Il bambino redige nei primi sei anni della sua esistenza un piano specifico della propria vita. Fin dai primi giorni, riceve dai genitori dei messaggi sulla base dei quali egli forma delle conclusioni su se stesso, sugli altri e sul mondo che lo circonda, che diventeranno la struttura di riferimento per la formazione del copione.

Durante gli anni di strutturazione del copione, il bambino è in una situazione di inferiorità e percepisce i genitori come dotati di potere di vita o di morte, di soddisfare o meno i suoi bisogni. Le decisioni di copione vengono prese dal bambino per fronteggiare questo mondo ostile sulla base dei suoi modi peculiari di pensare e di sentire. Agli inizi del processo di formazione del copione, il bambino ha già assunto delle convinzioni su sé e sugli altri, a partire dalle quali si generano le *posizioni di vita*, atteggiamenti fondamentali che una persona assume circa il valore essenziale che percepisce in sé e negli altri.

Queste posizioni si rispecchiano, poi, nella vita adulta attraverso modalità particolari di interazione:

- dalla posizione «io sono OK, tu sei OK» deriverà una modalità positiva di relazione con gli altri;
- la posizione «io sono OK, tu non sei OK» indurrà l'individuo a comportamenti per cui tenderà a liberarsi degli altri;

La seconda parte del lavoro consiste nella drammatizzazione, in cui i personaggi del sogno prendono corpo grazie agli io ausiliari, scelti tra gli altri componenti del gruppo. Questi devono attenersi al testo del sogno, senza alterare il ruolo che gli è stato assegnato, come, invece, è possibile fare nella drammatizzazione delle scene reali.

La terza fase del lavoro è la più importante e prevede la formulazione di un nuovo finale del sogno. Il protagonista rappresenta, quindi, il sogno sul palcoscenico, dando ad esso un finale più congeniale, o che permetta un maggior controllo sulle dinamiche che lo sconvolgono. Questa procedura porta ad una forma di catarsi molto intensa, chiamata dream catharsis.

Nella parte finale del lavoro, il soggetto torna a dormire nel letto, come nella prima fase. Adesso, però ha raggiunto non solo una comprensione dei processi sottostanti il sogno, ma, grazie alla possibilità di viverlo realmente, è diventato più autonomo rispetto al sogno stesso, e può sperimentare nel nuovo finale nuovi ruoli, diversi modi di essere.



- la posizione «io non sono OK, tu sei OK» porterà il soggetto a ritirarsi dalla relazione, strutturando una modalità depressiva;
- dalla posizione «io non sono OK, tu non sei OK» deriverà un copione distruttiva, dove né sé né gli altri hanno valore.

Una volta adottata una posizione di vita, il bambino tenderà a costruire il resto del proprio copione in modo che collimi con essa.

L'analisi transazionale sottolinea che il copione, come pure la posizione di base, è modificabile e, per fare questo, è necessario risalire al periodo in cui il bambino ha preso le decisioni di copione. Attraverso il sogno è possibile osservare come il soggetto ha strutturato il suo piano di vita. In analisi transazionale, quindi, il passato non è tanto il sogno effettivo, come nello psicodramma moreniano, ma è inteso come tempo delle origini delle opinioni su sé e sugli altri.

Il sogno, in realtà, rappresenta la situazione psichica esistenziale di chi sogna, mostrando talvolta il conflitto tra il dato copionale e l'elemento di novità. Quando il soggetto attua delle strategie da bambino per far fronte alle situazioni, ripropone decisioni che una volta potevano essere valide, ma che oggi non sono adeguate alla realtà. Il sogno non solo raffigura questo conflitto, ma spesso ne propone una soluzione. Tale riadattamento avviene attraverso il confronto tra situazioni passate e il presente, tra identificazioni copionali e necessità della vita attuale. Spesso la soluzione prospettata dal sogno implica un'uscita dal copione, espressa attraverso simboli che il soggetto avverte come pericolosi. A questo proposito, assume un'importanza fondamentale la componente emotiva presente al risveglio, poiché dà al soggetto e all'analista l'idea generale del significato onirico, ossia se esso sia una conferma di uscita dal copione oppure il riproporsi di un momento critico già vissuto e non risolto.

L'analisi dei sogni è volta, quindi, ad identificare la situazione presente, ad esaminare il conflitto tra copione e novità, a trovare una soluzione attraverso il significato del sogno e a verificare se il soggetto è pronto a tale cambiamento, attraverso il vissuto del risveglio. Il sogno diventa quasi una prova di ridecisione, che avviene in uno stato particolare, dove è possibile contattare le origini delle decisioni copionali. La dimensione prospettica, quindi, non è data dal nuovo finale del sogno come nello psicodramma moreniano, ma è contenuta nel sogno stesso.

Poiché il lavoro sul sogno è in funzione di una ridecisione del copione, una tecnica utilizzata dall'analisi transazionale è la ridefinizione del finale del sogno.

L'analisi comincia da un contratto col paziente per definire lo scopo del lavoro sul sogno. Dopo un primo racconto, in cui il terapeuta presta particolare attenzione al linguaggio non verbale, al soggetto viene chiesto di raccontare nuovamente il sogno al tempo presente, in prima persona. Partendo dalla considerazione che ogni elemento del sogno è una proiezione di sé e che queste proiezioni sono conseguenza di una decisione di copione, la fase successiva del lavoro prevede, attraverso una tecnica mutuata dalla psicoterapia della gestalt, l'identificazione del soggetto con i vari elementi del sogno. Queste identificazioni non riguardano solo le parti del sogno, ma anche aspetti di sé, messaggi provenienti dal Bambino del sognatore, che non sono stati censurati dal suo Adulto. Quando la persona ha sperimentato se stessa come le parti del sogno, è invitata a dare un nuovo finale al sogno senza modificare il resto. Questa fase del lavoro è molto importante perché il cambiamento è possibile solo quando, tramite le identificazioni, gli stati dell'Io hanno cominciato a comunicare tra loro.

Per facilitare questo passaggio, è possibile utilizzare una versione modificata della tecnica di Stuntz delle cinque sedie. Dopo essere stata impersonata, ogni parte del sogno può essere assegnata ad uno stato dell'Io, cioè Adulto, Genitore Normativo, Genitore Affettivo, Bambino Libero e Bambino Adattato. Su ogni sedia vengono, quindi, posti gli elementi del sogno appartenenti ai cinque stati dell'Io ed il paziente passa da una sedia all'altra, facilitando in tal modo il dialogo delle parti. Alternativamente, gli elementi del sogno possono essere impersonati dai membri del gruppo, enfatizzando le caratteristiche particolari degli stati dell'Io.

Tramite la drammatizzazione e l'osservazione delle parti del sogno come "funzioni" degli stati dell'Io, il messaggio esistenziale può essere posto in un contesto copio-

nale, in modo da chiarire e risolvere i conflitti attuali. Alla fine di questa fase, viene richiesta la formulazione di un nuovo finale del sogno. Il problema principale è che ogni cambiamento mette in allarme il Bambino, perché va contro le decisioni di copione prese nell'infanzia. Così, spesso, il paziente propone un nuovo finale che è ancora in linea col copione; in tal caso il lavoro va avanti finché il nuovo finale non testimonia un decisivo cambiamento, che conferma una ridecisione esistenziale, un nuovo modo di rapportarsi alla realtà.

Il sogno, in quanto raccontato al terapeuta e al gruppo, si configura non solo come disvelamento della dinamica copionale, ma presenta anche un'immagine della relazione tra paziente e terapeuta e segnala lo stato del processo terapeutico.

Anche nel modello gestaltico, è presente la concezione del sogno come messaggio esistenziale e come proiezione di parti di sé. In effetti, le due terapie hanno avuto molti contatti tra loro, tanto da costituire delle scuole di formazione comuni.

Per la psicoterapia della gestalt il sogno è la via regia, non per l'inconscio, ma per l'integrazione. Nell'ottica gestaltica, la personalità è formata da varie parti, dovute all'introduzione di relazioni significative. Tali parti vengono rappresentate nel sogno dai personaggi ed oggetti in esso presenti. Il mondo onirico, però, si costituisce anche come messaggio esistenziale, inteso come rappresentazione attuale del soggetto e come tentativo di completare una gestalt aperta.

Per gestalt si intende una configurazione percettiva che emerge da uno sfondo. Il soggetto crea attivamente queste figure nella sua esperienza prestando attenzione ai propri bisogni, grazie ad una capacità denominata *presenza*. Essa si costituisce come consapevolezza rispetto alle diverse dimensioni dell'esperienza, come capacità di esistere e costruire il senso della propria continuità attraverso i cambiamenti. Quando il processo della presenza, che rende l'individuo consapevole dei propri bisogni e organizza il comportamento, viene bloccato, l'individuo non è più in grado di formare delle gestalt. Se un bisogno rimane insoddisfatto, impedisce la formazione di una nuova configurazione poiché imprigiona l'energia nel tentativo di completare una gestalt rimasta aperta. Il soggetto rimane, quindi, "fissato" e non è più in grado di rispondere ai propri bisogni, non riesce più a decidere a quale bisogno dare la priorità. Considerando l'essere umano non isolato, ma sempre in relazione all'ambiente, quando sono presenti necessità diverse, l'individuo è costretto a decidere quale bisogno deve diventare figura emergendo dallo sfondo. Questa polarità, sempre presente, viene avvertita dalla persona come conflitto tra sé e il mondo, mentre, in realtà, si tratta di una polarità interna tra parti diverse di sé.

Questa separazione dei conflitti nella loro dualità e la successiva esperienza in terapia, attraverso una serie di dialoghi tra le varie parti, porta il soggetto a sperimentare un sentimento di oscurità e sfiducia. Questa esperienza viene definita *impasse* ed è l'espressione ultima delle due forze che virano in due direzioni opposte. Il paziente è invitato a sentirsi e a rimanere in questa emozione per evitare la pacificazione affrettata dei conflitti, che comporta la ripetizione del solito copione. Solo potendo percepire e tollerare la sensazione di *impasse*, il soggetto è portato ad una nuova consapevolezza che gli permette di scegliere.

Nell'ottica gestaltica, il sogno si costituisce come rappresentazione di queste lotte all'interno dell'individuo. Nel sogno, le polarità affettive sono maggiormente visibili rispetto alla realtà quotidiana, poiché il quadro d'insieme è semplificato e sono rappresentate dai personaggi e dagli oggetti del sogno. Infatti, ogni elemento del sogno è una proiezione del sognatore ed insieme rappresentano le varie parti di cui è composta la personalità. La tecnica utilizzata per rendere il soggetto responsabile delle proprie proiezioni è la drammatizzazione e l'immedesimazione con i vari elementi del sogno. L'obiettivo è rendere il paziente consapevole delle parti in lotta tra loro e rendergli, così, la responsabilità del modo in cui si impedisce di decidere.

Il lavoro con i sogni parte dal racconto del sogno. Il terapeuta chiede al soggetto di narrare nuovamente il sogno in prima persona, al tempo presente, come se stesse accadendo in quel momento. Grazie a questo espediente, il paziente rivive il sogno nel qui ed ora della seduta, rendendo il racconto un dramma. Poi, l'individuo viene aiutato a mettere in atto le parti del proprio sogno come aspetti della sua esistenza. Tramite l'identificazione con le varie parti del sogno, è data al soggetto la possibi-

Nell'ottica gestaltica, il sogno si costituisce come rappresentazione di queste lotte all'interno dell'individuo. Nel sogno, le polarità affettive sono maggiormente visibili rispetto alla realtà quotidiana, poiché il quadro d'insieme è semplificato e sono rappresentate dai personaggi e dagli oggetti del sogno. Infatti, ogni elemento del sogno è una proiezione del sognatore ed insieme rappresentano le varie parti di cui è composta la personalità.



Per la gruppoanalisi, il sogno è un analogo del transfert, nel senso che è possibile vedere in esso quelle dinamiche familiari dalle quali l'individuo è vissuto. Le matrici culturali del soggetto propongono suggestioni così forti che l'Io si confonde con le sue matrici e questo fa sì che egli viva la realtà come se fosse un sogno, ma fatto da altri per lui. Infatti, nella prospettiva gruppoanalitica, la personalità dell'individuo si forma attraverso la possibilità per la persona di rielaborare i contenuti culturali tramandati dalla famiglia.

lità di integrare i conflitti e di reidentificarsi con le parti alienate, rappresentate attraverso quegli elementi del sogno che il paziente si rifiuta di impersonare. La fase successiva del lavoro prevede la drammatizzazione, ossia il dialogo con le varie parti del sogno. A differenza che nello psicodramma, è in genere lo stesso soggetto che rappresenta gli elementi del sogno. Egli, posto sulla hot seat, la sedia calda, ha davanti a sé una sedia vuota, sedia delle proiezioni, usata per facilitare il gioco delle parti, sulla quale viene collocato idealmente l'elemento con cui il paziente sta dialogando. Anche nella psicoterapia della gestalt avviene il cambio di ruolo, non con uno io ausiliario, ma spostandosi sulla sedia vuota e impersonando la parte del sogno con cui si sta parlando. Questa procedura serve per entrare in contatto con gli aspetti più alienati del sé. Infatti l'immedesimazione con i vari elementi del sogno può dar luogo alla sospensione dai propri bisogni nel tentativo di tener unite le polarità opposte. Proprio perché nel sogno le cose sono molto spesso ingigantite e accentuate, riflettono in modo evidente i meccanismi della proiezione e, tramite il lavoro della drammatizzazione, è possibile riconoscere tale struttura e riappropriarsi delle parti proiettate. Man mano che il gioco dei ruoli va avanti, il paziente riconosce di essere responsabile di tutti gli elementi del sogno e che ognuno di essi è parte di sé. In questo modo arriva a formare una gestalt di sé più completa ed integrata. Nell'ottica gestaltica, è presente anche una visione del sogno come elemento relazionale. In questo caso, l'elemento onirico non è considerato come un'insieme di proiezioni, ma come una retroflessione, ossia qualcosa che il soggetto fa a se stesso invece di farlo ad un altro. Il sogno è considerato una retroflessione per eccellenza ed il racconto del sogno è un segno di disponibilità a risolvere questa retroflessione. Il sogno diventa, quindi, il mezzo attraverso il quale il paziente dice ciò che non sarebbe in grado di esprimere direttamente. In questo modo, l'attenzione è focalizzata alla relazione terapeutica nel qui ed ora. Per cui, invece di chiedere al paziente di identificarsi con le parti del sogno, gli si può chiedere quali degli elementi del sogno rassomiglia al terapeuta e perché. In questo modo è possibile per il soggetto esprimere liberamente ciò che era celato nel sogno. Acquistano grande importanza, quindi, i sogni fatti prima e dopo la seduta, in quanto rappresentano ciò che il paziente voleva comunicare al terapeuta ma non ha potuto. Questa concezione del sogno, utilizzata da From, riporta l'elemento onirico nell'ottica relazionale che vede sempre il soggetto in contatto con l'ambiente. L'attenzione è, comunque, sempre rivolta alla relazione paziente-terapeuta, perché la gestalt si configura come terapia in gruppo, dal momento che un singolo soggetto lavora, volta per volta, con il terapeuta, mentre gli altri membri costituiscono lo sfondo dell'esperienza. Nell'ottica gestaltica, non vi è una ricerca attiva del passato, presente, invece, nell'analisi transazionale come ricerca delle decisioni di copione, ma l'origine del blocco attuale viene rivelata attraverso la visione degli elementi del sogno come parti di sé che emergono alla coscienza. In questo ambito, la prospettiva futura è data dalla drammatizzazione in quanto riappropriazione di segmenti della propria personalità, attraverso il sogno, inteso come luogo in cui pulsioni contrapposte possono coesistere. Inoltre, il continuo aggancio con la vita reale permette al soggetto di verificare nella realtà la situazione prospettata dall'elemento onirico. Il sogno rivela, quindi, il rimosso, inteso non come qualcosa che è stato cancellato, ma come qualcosa che non c'è mai stato, ossia quelle parti di sé che non hanno potuto essere rappresentate nella vita quotidiana e sono state, quindi, introiettate e non assimilate. Esse sono diventate come personaggi autonomi, con una vita propria, che, con le loro lotte, hanno condizionato l'intera esistenza del soggetto. La concezione del rimosso come impossibilità ad esistere è presente anche nell'ottica gruppoanalitica, dove il sogno rivela le gruppalità interne del soggetto, che si sono costituite nelle relazioni con la matrice familiare. Per la gruppoanalisi, il sogno è un analogo del transfert, nel senso che è possibile vedere in esso quelle dinamiche familiari dalle quali l'individuo è vissuto. Le matrici culturali del soggetto propongono suggestioni così forti che l'Io si confonde con le sue matrici e questo fa sì che egli viva la realtà come se fosse un sogno, ma fatto da altri per lui. Infatti, nella prospettiva gruppoanalitica, la personalità dell'individuo

si forma attraverso la possibilità per la persona di rielaborare i contenuti culturali tramandati dalla famiglia. Questo è possibile soltanto se la matrice familiare, intesa come campo mentale che racchiude le comunicazioni e le relazioni del gruppo d'origine, si struttura come spazio transizionale, o matrice insatura, tale da permettere una discontinuità rispetto alla cultura degli antenati, trasformando in nuovi significati i contenuti trasmessi. La possibilità di costituirsi come spazio transizionale si esplica nella trasformazione di eventi transpersonali, cioè avvenimenti inconsci relativi a generazioni passate, in eventi dotati di senso per l'individuo. Nel caso in cui la matrice familiare fallisce in questo processo, si creeranno aree senza senso; in tal modo, il soggetto non potrà darsi una propria autenticità, né riconoscere in sé ciò che appartiene ai gruppi interni della sfera del transpersonale.

Per transpersonale si intende l'insieme dei processi che penetrano le componenti individuali e che hanno luogo sia all'interno dei singoli, sia a livello delle interazioni. I processi transpersonali hanno sia una dimensione verticale, intrapsichica, intesa come dinamica transgenerazionale, sia una dimensione attuale, interpersonale, che costituisce il substrato su cui avviene l'interazione tra le persone.

Nella prospettiva gruppoanalitica, il sogno è il luogo dove è possibile osservare la dinamica di assoggettamento al desiderio altrui, inteso come trasmissione della cultura della famiglia ed imposizione di ruoli prestabiliti, rendendo, così, impossibile alla persona di costituirsi come soggetto. L'elemento onirico rivela il rimosso, dato dalle possibilità che non sono emerse nella vita reale, ma che rimangono come altri modi di essere potenziali. Il sogno, però, è anche esperienza di confine, dove interno ed esterno non sono più divisi, dove vecchio e nuovo possono trovare un luogo comune. Ogni sogno, infatti, è inteso come rappresentazione della condizione dell'essere vissuti dalla propria matrice con la quale ci si identifica, ma in esso è visibile, attraverso le sue alterazioni e le sue stranezze, come questi mondi si posano continuamente ricostruire.

I personaggi del sogno raffigurano le gruppaltà interne, intese come introiezioni delle modalità relazionali con gli altri significativi e rappresentano altri possibili modi di essere.

Il setting analitico introduce uno spazio tra il sognatore ed i personaggi del sogno e istituisce tra essi un rapporto specifico. Le immagini del sogno, attraverso le associazioni e le interpretazioni dei componenti del gruppo, diventano personaggi della scena gruppale, dove si addensano le figure provenienti dai sogni dei diversi pazienti. Il sogno del singolo diviene, quindi, sogno del gruppo ed ogni personaggio diviene una sorta di immagine allo specchio, nella quale tutti i membri del gruppo possono riconoscersi. In questo modo il soggetto si distacca dal proprio sogno e riconosce i personaggi di esso come altre parti di sé. Attraverso il lavoro sul sogno, il paziente porta alla luce la dinamica familiare che ha costituito la sua personalità e, nello spazio di condivisione del gruppo, ha la possibilità di vedere gli aspetti innovativi, già contenuti nel sogno, che portano alla rottura dei copioni precostituiti e alla trasformazione. Nell'ottica gruppoanalitica, quindi, la dimensione passata e quella futura sono contemporaneamente presenti nel sogno, dove il passato è la raffigurazione della propria matrice ed il futuro è rappresentato dagli elementi alterati che troveranno espressione nella scena gruppale.

In gruppoanalisi il sogno non si riferisce unicamente alla dimensione personale, ma anche a quella interpersonale e transpersonale.

Il contesto transpersonale viene visualizzato, soprattutto, attraverso dei sogni che si riferiscono allo sviluppo del gruppo nel suo complesso. Il gruppo è assimilabile ad un percorso iniziatico che ripropone il riattraversamento delle origini e tale viaggio è puntellato dai sogni archetipici, identificabili attraverso la comparsa di motivi mitologici e simboli arcaici. Tali sogni testimoniano l'attivazione dell'inconscio collettivo o del transpersonale e sono espressione dei livelli più arcaici, specifici più che del singolo individuo dello sviluppo del gruppo nel suo complesso. Il sogno rivela, quindi, sia la dinamica mitologica che quella relazionale tra il soggetto e il gruppo, inteso come un tutto. I livelli relazionale e intrapsichico sono strettamente legati, poiché i contenuti dei sogni sono influenzati non solo dai conflitti interni, ma anche dalla dinamica di gruppo. Spesso, all'ingresso del gruppo, i partecipanti

Il setting analitico introduce uno spazio tra il sognatore ed i personaggi del sogno e istituisce tra essi un rapporto specifico. Le immagini del sogno, attraverso le associazioni e le interpretazioni dei componenti del gruppo, diventano personaggi della scena gruppale, dove si addensano le figure provenienti dai sogni dei diversi pazienti. Il sogno del singolo diviene, quindi, sogno del gruppo ed ogni personaggio diviene una sorta di immagine allo specchio, nella quale tutti i membri del gruppo possono riconoscersi.



I personaggi del sogno sono personalità parziali della nostra psiche e corrispondono ai nostri ruoli interni e ai complessi autonomi, equivalenti degli archetipi dell'inconscio collettivo. Essi si manifestano e operano come possibilità che ampliano e completano i nostri punti di vista. Il gioco psicodrammatico dei sogni, attraverso le consonanze e le dissonanze di questi ruoli interni, indica una via di individuazione del paziente.



portano dei sogni di transfert, ossia dei sogni in cui il gruppo è visto come replica della famiglia di origine. Le associazioni su questi sogni riportano alla memoria esperienze passate dimenticate, di cui il soggetto si serve per ricostruire la sua storia. Si risale così da una dimensione interpersonale ad una intrapsichica, attraverso la condivisione e l'elaborazione del sogno.

Anche nell'ottica dello psicodramma junghiano, è possibile vedere il sogno come espressione del mondo interno del singolo, come metafora della situazione del gruppo e come espressione dell'inconscio collettivo.

La finalità ultima dello psicodramma junghiano è il cammino verso l'individuazione ed i sogni ne costituiscono lo specchio.

Quando un sogno si presenta al gruppo, compare la necessità di capire come adoperarlo. Infatti esso può essere impiegato in tre modi diversi, a seconda dei quali verranno utilizzate tecniche differenti. In un primo modo il sogno può essere adoperato facendo giocare il sogno stesso per elaborarne il significato; in questo caso, avremo un'interpretazione a livello del soggetto. Un secondo modo è quello di far giocare una scena di vita diurna evocata dal sogno; in questo caso avremo un'interpretazione a livello dell'oggetto, che permette di cogliere l'allusione del sogno alla situazione reale. Un terzo modo è quello di cogliere nel racconto del sogno a quel gruppo, in quel momento, una caratteristica relazionale tipica del soggetto. In questo caso, sarà fatto giocare il momento in cui è visibile questa modalità relazionale.

Esistono, quindi, tre domini che si intersecano, cioè il mondo interno, quello dell'oggetto, ossia l'ambito sociale attuale e la storia del soggetto e quella della dinamica di gruppo. Il sogno viene sempre modificato dalla drammatizzazione, poiché i personaggi del sogno vengono rappresentati dagli io ausiliari, a cui sono date brevi indicazioni sui ruoli da impersonare. La scelta di una persona per il ruolo si rivela come risultato di coincidenze dettate dall'inconscio e l'interazione con gli io ausiliari porterà ad una amplificazione del sogno stesso.

I personaggi del sogno sono personalità parziali della nostra psiche e corrispondono ai nostri ruoli interni e ai complessi autonomi, equivalenti degli archetipi dell'inconscio collettivo. Essi si manifestano e operano come possibilità che ampliano e completano i nostri punti di vista. Il gioco psicodrammatico dei sogni, attraverso le consonanze e le dissonanze di questi ruoli interni, indica una via di individuazione del paziente. La dimensione futura non è data, quindi, dalla modificazione del sogno, ma dalla visione prospettica contenuta nei simboli del sogno, i cui contenuti vengono distribuiti tra coloro che sono chiamati a fare da io ausiliari.

Nel gruppo di psicodramma, il sogno del singolo diventa materiale di tutti. Non è raro che esso si configuri come metafora della situazione del gruppo; infatti, il processo di amplificazione porta ad una storia del gruppo, visibile attraverso i sogni, che può esprimere un'identità del gruppo, dei singoli membri del gruppo e delle loro interazioni. Lo psicodramma si configura, quindi, come sogno del gruppo, luogo in cui memorie, ricordi e sogni si confondono e dove vivere nel reale e con personaggi concreti le immagini dei sogni.

Qualche volta i sogni sembrano completamente stravolti dal gioco e portano il sognatore a sentirli come oggetti sacrificali dati in pasto al gruppo, in cui, però, trovano opportunità le trasformazioni delle immagini archetipiche dal sogno evocate. Il sogno si configura come analogo al simbolo, per la possibilità di trascendere il tempo presente e contenere in sé le tre dimensioni dell'esistenza, ossia il passato dei ruoli imposti, il presente della situazione attuale e il futuro della riappropriazione di altri modi di essere. Tramite l'affiorare della dimensione archetipica e, quindi, dell'inconscio collettivo, è possibile per il soggetto ritrovare nella propria dimensione personale i complessi autonomi (corrispondenti individuali degli archetipi) dai quali è vissuto, che si presentificano attraverso la drammatizzazione. Il sogno rivela così una dimensione intrapersonale e transpersonale, come pure si configura come rappresentazione della dinamica del gruppo.

Nonostante differenti modalità d'utilizzo, è possibile osservare in tutti i modelli esaminati come il sogno si configuri come luogo d'emersione del non conosciuto. Esso non ha, però, solo una funzione di scoperta di qualcosa di già esistente, ma è

luogo privilegiato di riflessione e possibilità creativa di dare un nuovo senso alla propria esistenza, attraverso una “prova” di ridecisione (A. T), configurandosi come spazio insaturo (gruppoanalisi), come territorio di sospensione dei bisogni (gestalt) o come luogo in cui gli opposti possono coesistere (psicodramma).

È la dimensione di non azione, la possibilità di poter sospendere la ripetizione dei nostri copioni che dona al sogno questa particolare caratteristica che fa emergere una nuova creazione, una configurazione che è possibile sperimentare in un luogo tranquillo. Il sogno è quindi un’area transizionale, intesa da Winnicott come spazio potenziale tra realtà psichica e realtà esterna, dove sono presenti entrambe e dove il soggetto inizia la differenziazione tra sé e non sé. Attraverso il sogno, è possibile per il soggetto ritrovare quelle parti di sé che non hanno trovato espressione nel mondo e distinguersi da quelle introiezioni che hanno costituito i ruoli giocati, ma non veramente propri.



BIBLIOGRAFIA

- Attanasio S., (1983), *Il significato identificatorio del sogno e sua applicazione clinica in Analisi Transazionale*, Rivista Italiana di Analisi Transazionale, giugno, III, 4, pp. 67-76
- Attanasio S., (1989), *Il sogno come attività di pensiero auto-identificatorio*, in *Il sogno nell'analisi transazionale clinica*, a cura di Gaudieri M., Quagliotti L., Tommaso Marotta Editore, Napoli
- Berne E., (1961), *Transactional Analysis. A systematic individual and social psychiatry*, Grove Press, New York (tr. it. *Analisi Transazionale. Un sistema di psichiatria sociale e individuale*, Astrolabio, Roma, 1971)
- Boria G., (1997), *Lo psicodramma classico*, Franco Angeli, Milano
- Bradshaw Tavoun K., (1998), *Psychodrama and group-analytic psychotherapy*, in Karp M., Holmes P., Bradshaw T. K., *The handbook of Psychodrama*, Routledge, London
- Brillante C., (1991), *Studi sulla rappresentazione del sogno nella Grecia antica*, Sellerio, Palermo
- Chalfen L., (1964), *The use of dreams in Psychoanalytic Group Psychotherapy*, *Psychoanalytic Review*, n. 51, p. 125-132
- Cohn C. R., (1970), *Therapy in Groups: Psychoanalytic, Experiential and Gestalt*, in *Gestalt Therapy Now*, a cura di Fagan J., Shepherd I., Science and Behaviour Books, Inc., Palo Alto
- Di Maria F., Lo Verso G., (a cura di), (1995), *La psicodinamica dei gruppi*, Cortina, Milano
- Druetta W., (1994), “Sogno e individuazione: alla ricerca della maglia dell'uomo che ride”, *Psicodramma Analitico*, n. 2, pp. 41-51
- Ehrhardt A., (2003), *Esperienze di psicodramma dal punto di vista di un gruppoanalista*, in *Psicodramma Analitico. Punto d'incontro di metodologie psicoterapeutiche*, a cura di Gasca G., Franco Angeli, Milano
- Ehrhardt A., Grilli L., (2000), *Il sapere del sogno e il sogno del sapere*, Rivista Italiana di Gruppoanalisi, vol. XIV, n. 3, pp. 135-139
- Fagan J., Shepherd I., (a cura di), (1970), *Gestalt Therapy now*, Science and Behaviour Books, Inc., Palo Alto
- Ferrara A., (1989), *Il sogno come esperienza: un messaggio esistenziale per reintegrare le parti alienate di sé*, in *Il sogno nell'analisi transazionale clinica*, a cura di Gaudieri M., Quagliotti L., Tommaso Marotta Editore, Napoli
- Ferrara A., (1989), *Tra Gestalt e Analisi Transazionale: Considerazioni sul contatto. Teoria e prassi*, Quaderni di Gestalt, n. 8-9, pp. 107-114
- Foulkes S. H., (1964), *Therapeutic Group Analysis*, George Allen & Unwin, London (tr. it. *Analisi terapeutica di gruppo*, Boringhieri, Torino, 1967)
- Foulkes S. H., (1975), *Group-analytic Psychotherapy. Method and Principles*, Gordon and Breach, London (tr. it. *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e Principi*, Astrolabio, Roma, 1976)
- Galliano W., (1989), *Rispetto a cosa analizziamo il sogno? Un contributo alla teoria della tecnica*, in *Il sogno nell'analisi transazionale clinica*, a cura di Gaudieri M., Quagliotti L., Tommaso Marotta Editore, Napoli
- Gasca G., (1993), *Lo psicodramma come analisi attraverso il gruppo*, *Psicodramma Analitico*, n. 2, pp. 5-14
- Gasca G., (1999/2000), *Sviluppi teorici e pratici della tecnica di analisi dei sogni nei gruppi di Psicodramma Analitico*, *Psicodramma Analitico*, n. 8, p. 1-11
- Gasca G., (a cura di), (2003), *Psicodramma Analitico. Punto d'incontro di metodologie psicoterapeutiche*, Franco Angeli, Milano
- Gasca G., (2003), *Lo psicodramma analitico individuativo e lo psicodramma moreniano classico*, in *Psicodramma Analitico. Punto d'incontro di metodologie psicoterapeutiche*, a cura di Gasca G., Franco Angeli, Milano

- Gasseau M., (1995), *Incubazione del sogno nei templi di Esculapio*, in *Il sonno-sogno*, Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi, 2, n.19, pp. 183-190
- Gasseau M., Gasca G., (1991), *Lo psicodramma junghiano*, Bollati Boringhieri, Torino
- Gaudieri M., Quagliotti L., (a cura di), (1989), *Il sogno nell'analisi transazionale clinica*, Tommaso Marotta Editore, Napoli
- Gecele M., (2003), *Confronto fra lo psicodramma analitico individuativo e la psicoterapia della gestalt*, in *Psicodramma Analitico. Punto d'incontro di metodologie psicoterapeutiche*, a cura di Gasca G., Franco Angeli, Milano
- Ginger S., (1999), *Dreams as Unfinished Business (or Unachieved Gestalt)*, *Studies in Gestalt Therapy*, n. 8, p. 50-51
- Gold V. S., (1973), *Dreams in Group Therapy: A Review of the Literature*, *International Journal of Group Psychotherapy*, n. 23, pp. 394-407
- Johns D. H., (1989), *The interpretation of dreams*, *Rivista Italiana di Analisi Transazionale*, Dicembre, vol. IX, n. 17, pp. 30-37
- Kipper D. A., (1992), *Psychodrama: Group Psychotherapy through Role Playing*, *International Journal of Group Psychotherapy*, 42 (4), pp. 495-521
- Klein-Lipshutz E., (1953), *Comparison of dreams in individual and group psychotherapy*, *International Journal of Group Psychotherapy*, n. 3, pp. 143-149
- Kolb G. E., (1983), *The Dream in Psychoanalytic Group Therapy*, *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(1), pp. 41-52
- Landoni G., (2000), *Sognare*, *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, vol. XIV, n. 2, pp. 93-111
- Lewis S. A., Groman W. D., (1975), *Dreamwork in a Gestalt therapy context*, *The American Journal of Psychoanalysis*, n. 35, pp. 147-156
- Montesarchio G., Margherita G. V., (1993), *Percorsi trasformativi del sogno: dall'individuo al gruppo fino alla rappresentazione psicodrammatica*, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, n. 54, pp. 402-418
- Moreno J. L., (1950), "Fragments from the psychodrama of a dream", *Group Psychotherapy*, n. 3, p. 344-365
- Moreno J. L., Moreno T. Z., (1969), *Psychodrama, Vol. III*, Beacon House, Inc., New York (tr. it., *Manuale di psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*, Astrolabio, Roma, 1987)
- Müller B., (1993), *Il contributo di Isadore From alla teoria e alla pratica della Gestalt terapia*, *Quaderni di Gestalt*, n. 15, pp. 7-23
- Nolte J., Weistart J., Wyatt J., (1977), *Psychodramatic production of dreams: the end of the road*, *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, n. 30, pp. 37-48
- Orcutt T., (1977), *Roles and rules: the kinship and territoriality of psychodrama and gestalt therapy*, *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, n. 30, pp. 97-107
- Perls F. S., Hefferline R. F., Goodman P., (1951), *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the human Personality*, The Julian Press, New York (tr. it. *La terapia della Gestalt. Eccitamento e accrescimento nella personalità umana*, Astrolabio, Roma, 1971)
- Perls F. S., (1970), "Dream seminars", in *Gestalt Therapy Now*, a cura di Fagan J., Shepherd I., Science and Behaviour Books, Inc., Palo Alto
- Rotondo A., (1989), "Sogni e stati dell'io", in *Il sogno nell'analisi transazionale clinica*, a cura di Gaudieri M., Quagliotti L., Tommaso Marotta Editore, Napoli
- Samuels A., (1974), *A T.A. Approach to Dreams*, *Transactional Analysis Journal*, July, vol. 4, n. 3, pp. 27-29
- Scategni W., (1996), *Psicodramma e terapia di gruppo, spazio e tempo dell'anima*, Red, Como
- Scategni W., (2001), *La materia dei sogni-dall'immagine onirica all'immagine psicodrammatica*, *Il sorriso del Camaleonte*, *International Review of Jungian Psychodrama*, n.3, pp. 60-71
- Scilligo P., (1987), *Sogni e lavoro con i sogni. Parte I*, *Polarità*, vol. 1, n. 2, pp. 79-88
- Scilligo P., (1988), *Sogni e lavoro con i sogni. Parte II*, *Polarità*, vol. 2, n. 2, pp. 115-130
- Scilligo P., (1988), *Sogni e lavoro con i sogni: una interpretazione degli incubi*, *Polarità*, vol. 2, n. 3, pp. 225-232
- Shepard D. G., (1975), *How to reach early scenes and decisions by dream work*, *Transactional Analysis Journal*, October, 5:4, pp. 411-414
- Shuttleworth-Jordan A. B., Saayman G. J., Faber P. A., (1988), *A Systematized Method for Dream Analysis in a Group Setting*, *International Journal of Group Psychotherapy*, October, 38 (4), pp. 473-489
- Thomson G., (1987), *Dreamwork in Redecision Therapy*, *Transactional Analysis Journal*, October, vol.17, n. 4, pp. 169-177
- Valente E., Ruffino C., (1980), *Psicodramma tra mito e sogno*, *Giornale storico di Psicologia Dinamica*, n. 18, pp. 125-147
- Vicelli V., (2000), *Presentazione del convegno: In sogno. Cento anni dopo Freud tra il sapere del sogno e il sogno del sapere*, *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, vol. XIV, n. 3, pp. 129-133
- Wolk D. J., (1996), *The Psychodramatic Reenactment of a Dream*, *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, n. 49, pp. 3-9
- Zanasi M., Hussein M., (1995), *I sogni in gruppoanalisi*, in *Manuale di Gruppoanalisi*, a cura di Zanasi M., Ciani N., Franco Angeli, Milano
- Zavattero M., (1994), *Sogni in Psicodramma*, *Psicodramma Analitico*, n. 3, pp. 107-122
- Zimmerman D., (1967), *Some characteristics of Dreams in Group-Analytic Psychotherapy*, *International Journal of Group Psychotherapy*, n. 17, pp. 525-535

The dream in Groups Psychotherapy

The following article deals with different procedures and aims of the oneiric activity, with a comparison between four theoretical patterns. They're psychodrama, groupanalysis, gestalt and transactional analysis.

The dreams have a different valence and they're analysed with different methodologies, according to the aims of the therapies.

Promuovere il fattore umano in sanità: uno strumento di analisi del clima organizzativo-relazionale

Il metodo utilizzato è l'approccio sistemico per processi, contenuto anche nelle norme ISO 9000, individuate a livello nazionale e regionale come uno dei principali riferimenti per le politiche di qualità e accreditamento. Occorre particolare attenzione agli aspetti relazionali, ma anche una riflessione che registri l'evoluzione e proponga l'incontro tra approcci diversi, spesso tradizionalmente separati

DAVID LAZZARI* , RENATO PISANTI**

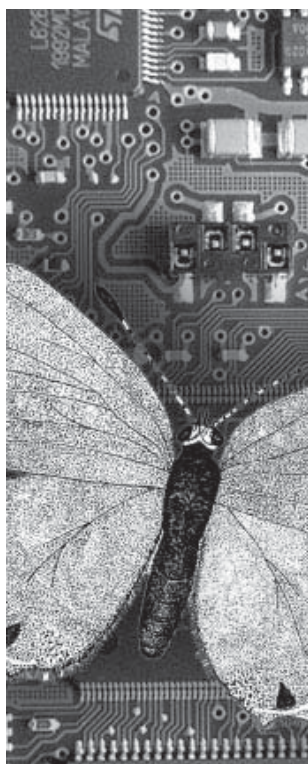
Lo scenario attuale: esigenze ed opportunità

Chi vuole occuparsi di promozione del benessere e della salute degli operatori all'interno di una organizzazione, così come dell'utilizzo ottimale del personale e del miglioramento delle capacità relazionali, finisce con incontrare il concetto di "clima organizzativo".

Se pensiamo in particolare alle strutture sanitarie dobbiamo definirle come organizzazioni complesse che producono relazioni e messaggi per tutti i soggetti che vi lavorano, che ne utilizzano i servizi, che vi transitano. Queste relazioni e messaggi possono essere meglio organizzati ed orientati per contribuire significativamente al benessere delle persone, considerando che le strutture sanitarie non sono un luogo qualsiasi, ma un contenitore di significati ed emozioni "forti" per tutti i soggetti a vario titolo coinvolti.

Se il paziente è in uno stato di sofferenza verso le istituzioni sanitarie non si può certo affermare che il personale sanitario – cioè coloro che svolgono una professione di aiuto – stia meglio. L'aziendalizzazione e il successivo meccanismo di finanziamento degli ospedali sulla base dei DRG hanno determinato per il personale una serie di conseguenze: i medici e gli altri dirigenti sanitari hanno dovuto valutare in termini di costi-ricavi le prestazioni trovandosi impreparati allo scopo; hanno sviluppato conflitti interni derivanti dalla sovrapposizione di competenze o dalla esclusiva titolarità delle stesse. Gli infermieri e gli altri operatori, che hanno conosciuto nel loro operato e nella loro collocazione interna all'organizzazione ospedaliera profonde trasformazioni, sono ugualmente coinvolti nella ricerca di maggiore efficienza gestionale. *Leit motiv*, in tutte le organizzazioni sanitarie, la lamentela per organici insufficienti, le eccessive attività burocratiche e quindi il poco tempo da dedicare al malato. Il personale dimostra sofferenze e disagio e aumentano le cifre del *Burn-out*. Guardare al personale come una "risorsa umana" vuol dire, per l'azienda sanitaria, coinvolgere il personale in modo nuovo, favorendo processi di formazione e miglioramento che incidano sugli aspetti relazionali e di clima lavorativo. In sintesi: *un personale più motivato in grado di dare maggiore attenzione ai bisogni soggettivi degli utenti.*

Si distinguono un accreditamento volontario o di eccellenza, promosso all'interno del mondo sanitario con scopo di formazione e di continuo miglioramento della qualità organizzativa e un accreditamento istituzionale, effettuato da o per conto dei governi, senza il quale un'organizzazione sanitaria pubblica non è autorizzata a operare e una privata a convenzionarsi col sistema pubblico.



L'attuale scenario è caratterizzato dalla progressiva introduzione di una normativa nazionale e regionale che prevede l'adozione nelle strutture sanitarie di politiche per la qualità, le quali comportano un coinvolgimento dei processi organizzativi ed una diversa attenzione nei confronti del personale.

L'approccio sistemico per processi – contenuto anche nelle norme ISO 9000, individuate a livello nazionale e regionale come uno dei principali riferimenti per le politiche di qualità ed accreditamento – comporta una diversa integrazione di aspetti tradizionalmente ritenuti separati: competitività dell'azienda, capacità di perseguimento degli obiettivi, soddisfazione dei suoi utenti, motivazione del personale, adeguati processi di integrazione organizzativa e clima aziendale sono tutti fattori legati da interconnessioni ed influenzamenti reciproci. Risulta quindi *elemento strategico fondamentale la capacità dell'organizzazione di avere una visione ed una capacità di azione integrata.*

L'orizzonte che si va delineando pone alcuni elementi, tradizionalmente residuali o volontaristici – come l'attenzione agli aspetti qualitativi dell'organizzazione, dei servizi che rende, del suo modo di gestire e coinvolgere il personale, delle relazioni tra gli operatori e tra questi ed gli utenti – *è al centro di meccanismi economici, di competitività aziendale e di verifica esterna*, certo con il rischio che siano visti come meri adempimenti burocratici, ma con l'opportunità di focalizzare aspetti e nessi tradizionalmente cari a chi si occupa di Psicologia: sia essa delle organizzazioni, clinica o della salute.

Risulta quindi fondamentale che le scienze psicologiche possano trovarsi nella condizione di fornire il loro peculiare apporto a questo processo ormai in atto.

La Psicologia può svolgere un ruolo significativo in questo terreno di incontro, mettendo a sintesi, da un lato, le conoscenze e le problematiche relative alla dimensione individuale con quelle proprie dei contesti e delle dimensioni organizzative ed aziendali e dall'altro i dati relativi al trattamento dei problemi di salute con quelli pertinenti le strategie di prevenzione e promozione. Questa, peraltro, è stata l'esperienza dell'Unità di Psicologia dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, che è nata con una "missione" che integra gli aspetti clinici con quelli del lavoro e dell'organizzazione.

Nelle prossime pagine il lavoro sul questionario di clima viene introdotto da un sintetico excursus su alcuni fattori di scenario che dovrebbero, a nostro avviso, essere visti in modo integrato per "dare corpo e sostanza" ad una politica di attenzione al "fattore umano" in sanità, in grado di bilanciare l'attuale distorsivo peso del fattore economico e di quello tecnologico.

Qualità ed accreditamento

L'esigenza di definire standard di qualità riconosciuti e verificabili e la necessità che vi siano forme di verifica indipendenti ha portato a legare le politiche per la qualità al concetto di accreditamento.

Nel mondo sanitario l'accREDITamento è il processo che porta a riconoscere che un'organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti espliciti di buona organizzazione.

La storia dell'accREDITamento sanitario inizia nel 1919 negli USA con l'*Hospital Standardization Program*, nel 1951 viene fondata la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, nel 1953 sono emanati gli *Standards for Hospital Accreditation*; nel 1965, con il *Medicare Act*, il processo di accREDITamento è legato al finanziamento: il Governo USA chiede che, per lavorare nell'ambito del programma di assistenza sanitaria pubblica (*Medicare e Medicaid*), le singole strutture siano accreditate. Nel 1995 con il *Comprehensive Accreditation Manual* vengono introdotti tra i requisiti per l'accREDITamento i principi dei sistemi qualità del *Total Quality Management*.

Il modello dell'accREDITamento per le strutture sanitarie, su un modello di tipo "volontario" quale quello USA, si è sviluppato dal 1958 in Canada, quindi in Australia (1974), nel Regno Unito (1990) e in Olanda (1998). La conferenza dell'ISQUA del 1998 ha censito inoltre 13 paesi dell'America Latina, Giappone, Indonesia, Filippine

e Singapore. Francia ed Italia sono gli unici paesi che hanno adottato completamente il modello del cosiddetto “accreditamento istituzionale”.

Si distinguono un *accreditamento volontario o di eccellenza*, promosso all'interno del mondo sanitario con scopo di formazione e di continuo miglioramento della qualità organizzativa e un *accreditamento istituzionale*, effettuato da o per conto dei governi, senza il quale un'organizzazione sanitaria pubblica non è autorizzata a operare e una privata a convenzionarsi col sistema pubblico.

In tutti i tipi di accreditamento si dà essenziale importanza al sistema qualità ed esistono degli elementi comuni:

- a. un modello organizzativo e qualitativo di riferimento;
- b. dei requisiti che derivano dal modello adottato e che devono essere verificabili;
- c. la presenza di valutatori indipendenti che effettuano delle verifiche periodiche;
- d. un processo di miglioramento e sviluppo che è supportato anche dalle verifiche periodiche esterne.

Come è noto, in Italia ed in Francia l'accreditamento si definisce “istituzionale” poiché è diventato un adempimento di legge per le strutture sanitarie pubbliche o private ed i professionisti che intendono fornire prestazioni per conto del servizio sanitario pubblico.

Qualunque sia il tipo di accreditamento, si può senz'altro condividere il consiglio di Paolo Cacciari e Maurizio Cappelli (2000): nell'ambito dei progetti di accreditamento non si tratta di scrivere documenti burocratici su quello che si fa, ma di riprogettare i processi e di avviare miglioramenti continui, sia a piccoli passi che mediante trasformazioni più complesse.

In conclusione, gli *obiettivi dell'attività di accreditamento* sono:

1. valutazione puntuale della qualità della struttura in riferimento ad un modello e quindi a dei requisiti;
2. promozione e sostegno del ciclo di miglioramento della qualità;
3. creazione di un sistema di garanzie – tendenzialmente oggettive e verificabili – per l'utenza.

La normativa ISO e le risorse umane

Come modello di riferimento per l'accreditamento istituzionale – ma anche per l'accreditamento dei professionisti promosso dagli Ordini e dalle associazioni professionali – sia a livello nazionale che regionale si è guardato con crescente interesse alle norme ISO 9000, nate originariamente per la certificazione di aziende produttive, la cui ultima edizione è stata emanata nel 2000. (UNI, 2000).

In questa sede, non potendo dar conto dei vari approcci, faremo riferimento alla normativa ISO, per sottolineare come il metodo tradizionalmente più distante dalla sanità e da “sensibilità” psicologiche, sia oggi arrivato.

Le norme per i sistemi di gestione per la qualità, definite dall'ISO a livello internazionale ed adottate a livello europeo (EN) ed italiano (UNI), sono molteplici e riguardano diversi aspetti e settori, quelle che qui interessano sono:

- UNI EN ISO 9001: requisiti fondamentali per i sistemi di gestione per la qualità.
- UNI EN ISO 9004: Linee guida per i sistemi di gestione per la qualità (amplia e approfondisce i requisiti della 9001).

Si tratta di norme emanate nel 2000, dopo una revisione dettata dall'evoluzione del contesto e dall'esigenza di applicazione a settori diversi da quelli produttivi, quali i servizi alla persona. Si è prodotta in tal modo una sostanziale convergenza tra la gestione della qualità secondo le norme ISO ed i modelli prevalentemente adottati in sanità, tra i quali spicca il *Total Quality Management*.

La versione 2000 della norma «promuove l'adozione di un approccio per processi nello sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità, al fine di accrescere la soddisfazione del cliente mediante l'osservanza dei requisiti del cliente stesso».

Un'organizzazione, per funzionare efficacemente, deve individuare e gestire numerose attività collegate tra di loro. Un'attività, che utilizza risorse e che è gestita per

Per funzionare efficacemente, un'organizzazione, deve individuare e gestire numerose attività collegate tra di loro. Un'attività, che utilizza risorse e che è gestita per consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita, può essere considerata come un processo. Spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso per un processo successivo.



Il monitoraggio del grado di soddisfazione degli utenti richiede la valutazione di informazioni sulla percezione del cliente riguardo alla qualità dell'organizzazione. Per migliorare la qualità è necessario avere una visione sistemica della realtà aziendale ed un approccio per processi alle attività. Sono particolarmente importanti il coinvolgimento degli operatori e le condizioni del clima lavorativo. È stato detto che queste norme segnano il passaggio dell'operatore dallo sfondo della scena al primo piano.

consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita, può essere considerata come un processo. Spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso per un processo successivo. L'applicazione di un sistema di processi nell'ambito di un'organizzazione, unitamente all'identificazione e alle interazioni di questi processi nonché alla loro gestione, viene denominata "approccio per processi".

Un vantaggio dell'approccio per processi è quello che permette, nell'ambito del sistema di processi, di mantenere, con continuità, un controllo sui legami fra i singoli processi, come pure sulle loro combinazioni ed interazioni.

Tale approccio, quando utilizzato nell'ambito del sistema di gestione per la qualità, sottolinea l'importanza:

- a. della comprensione dei requisiti e della loro osservanza;
- b. dell'esigenza di valutare i processi in termini di valore aggiunto;
- c. del conseguimento di risultati relativi alle prestazioni e all'efficacia dei processi;
- d. del miglioramento continuo dei processi sulla base di misurazioni oggettive.

I clienti (o utenti) svolgono un ruolo importante nella definizione dei requisiti come elementi in ingresso. Il monitoraggio del grado di soddisfazione dei clienti richiede la valutazione delle informazioni relative alla percezione del cliente sulla modalità in cui l'organizzazione ha soddisfatto i suoi requisiti.

Si ritiene che per migliorare la qualità è necessario avere una visione sistemica della realtà aziendale ed un approccio per processi alle attività.

In questo contesto viene data peculiare importanza al coinvolgimento degli operatori ed alle condizioni del clima lavorativo. È stato detto che queste norme segnano *il passaggio dell'operatore dallo sfondo della scena al primo piano.*

Tra i "principi di gestione per la qualità" (ISO 9004, p. 2) troviamo:

- b) Leadership. I capi stabiliscono unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione. Essi dovrebbero creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione.
- c) Coinvolgimento del personale. Le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione.

Tra le "responsabilità della direzione" (9004, punto 5), rientrano azioni quali:

- condurre l'organizzazione dando il buon esempio per sviluppare la fiducia del personale;
- creare un ambiente che incoraggi il coinvolgimento e lo sviluppo del personale;
- valutazioni (con appropriate metodologie di misura) del livello di soddisfazione del personale dell'organizzazione.
- Promozione di politiche ed obiettivi mirati ad accrescere la consapevolezza, la motivazione ed il coinvolgimento del personale.

La stessa norma definisce l'ambiente di lavoro come «insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro (...) tali condizioni comprendono fattori fisici, sociali, psicologici ed ambientali».

Alla voce *Comunicazione interna* (9004; p. 5.5.3) si afferma che «la direzione dovrebbe attivamente incoraggiare il ritorno di informazioni e la comunicazione tra il personale dell'organizzazione come mezzo per il suo coinvolgimento», e tra le modalità specifica «inchieste tra il personale».

Alla voce *Gestione delle risorse* (6), il testo si sofferma dettagliatamente sulle azioni di promozione e coinvolgimento delle persone che operano in azienda. Circa il *Coinvolgimento del personale* (6.2.1) si prevede, tra l'altro:

- l'aperto scambio di informazioni, nei due sensi;
- la misurazione della soddisfazione del personale.

Nello stesso capitolo si prendono in considerazione in modo esaustivo di diversi aspetti dell'*Ambiente di lavoro* (6.4), evidenziando come lo stesso «influisce sulla motivazione, soddisfazione e prestazione del personale».

Il dato interessante da sottolineare è che questi contenuti delle norme non sono frammentarie raccomandazioni, alla stregua di analoghe “grida” contenute in migliaia di documenti mai tradotti in realtà, ma si pongono come requisiti – come tutto ciò che è contenute nelle Norme – cioè come aspetti coerenti e cogenti di un sistema di gestione per la qualità che viene valutato e verificato nel suo complesso. Le norme puntano infatti non tanto alla realizzazione di “frammenti di qualità” ma alla creazione e sviluppo di una “logica sistemica” che metta a fattor comune e rilegga le strategie aziendali in una ottica finalizzata al miglioramento continuo della qualità.

In questo contesto gli aspetti relativi al clima organizzativo, alle dimensioni lavorative, alla motivazione, coinvolgimento e soddisfazione del personale, divengono elementi necessari di un sistema coerente. Elementi che, ovviamente, saranno presenti a vari livelli e con diverso spessore, non statici ma processi dinamici in continua evoluzione.

Il clima organizzativo

Il clima organizzativo può essere sommariamente descritto come il modo in cui le persone che lavorano in un’azienda percepiscono le loro condizioni di lavoro e il funzionamento dell’azienda stessa.

La letteratura sui climi organizzativi ci permette di essere concordi nell’identificare la matrice originaria del concetto di “clima sociale” (da cui poi deriverà il concetto di clima organizzativo) nei lavori di Lewin, Lippt e White alla fine degli anni ‘30 in seguito all’osservazione dei fenomeni prodotti da differenti stili di leadership nei gruppi e nei vissuti interpersonali.

Lewin, ricorrendo al concetto di “atmosfera”, ha indicato le condizioni di tipo psico-sociale che si creano nei gruppi. «Una proibizione o una meta da raggiungere possono giocare un ruolo essenziale nella situazione psicologica senza tuttavia essere chiaramente presenti alla coscienza. Lo stesso è in particolare vero per ciò che riguarda l’atmosfera sociale generale: il suo essere favorevole, ostile o tesa. Spesso ci si accorge dell’importanza di ciò solo quando tale atmosfera ha subito dei mutamenti». (Lewin, 1972, p. 310).

Il concetto di clima organizzativo si sviluppa, dunque, in un’ottica di attenzione verso il contesto psicosociale delle relazioni lavorative, attenzione che acquista notevole importanza durante i primi anni ‘70, ovvero quando dagli studi di persone isolate, cioè considerate isolatamente dal contesto, si è passati all’interesse per la relazione che intercorre tra le persone e tra queste e il loro ambiente circostante.

In quegli anni è avvenuto un passaggio da una concezione atomistica del lavoro ad una di tipo relazionale, nella quale vengono appunto presi in considerazione anche gli strumenti usati e i rapporti che intercorrono tra i membri del gruppo.

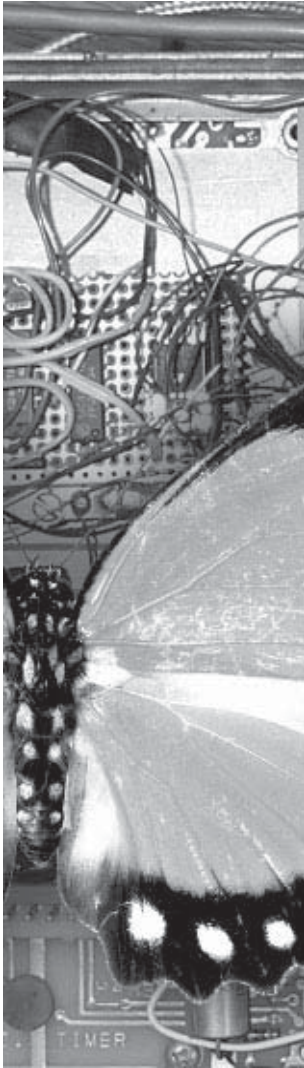
Questo passaggio di prospettiva è stato fondamentale, da una parte per arrivare ad un approccio non più basato sul concetto di adattamento dell’uomo al lavoro, ma incentrato sulla concezione preventiva, e dall’altra per sviluppare una prospettiva che non mutasse più il suo punto di vista da un quadro di riferimento di tipo clinico-medico-ergonomico, ma che puntasse l’attenzione invece sulle organizzazioni.

Negli ultimi 25 anni sono stati sviluppati diversi modelli teorici nel tentativo di spiegare il modo in cui il clima organizzativo si formi, mettendo l’accento, nel corso degli anni, ora sul livello macro ora sul livello micro di analisi del clima organizzativo: le varie definizioni si sono situate ora più vicine ai vissuti psicologici dei lavoratori, ora più alle variabili strutturali dell’organizzazione.

Seguendo T. Moran e F. Volkwein (1992), questi diversi approcci possono essere sinteticamente raggruppati in quattro categorie generali: strutturale, percettivo, interattivo, culturale.

Sintetizzando i quattro approcci teorici, possiamo affermare che il clima organizzativo è una caratteristica relativamente omogenea di un’organizzazione ed è costituito dalle percezioni collettive che gli individui hanno della loro organizzazione (considerando dimensioni come autonomia, fiducia, coesione, sostegno, riconoscimento, innovazio-

Durante i primi anni '70 il concetto di clima organizzativo si sviluppa in un'ottica di attenzione verso il contesto psicosociale delle relazioni lavorative. Dagli studi di persone isolate dal contesto, si passa all'interesse per la relazione tra le persone e tra queste e l'ambiente circostante. Un mutamento di prospettiva fondamentale, sia per arrivare ad un approccio non più basato sul concetto di adattamento al lavoro, ma incentrato sulla concezione preventiva, sia per sviluppare una prospettiva non più di tipo clinico-medico-ergonomico, ma che puntasse l'attenzione sulle organizzazioni.



ne, equità), ma è allo stesso tempo il prodotto dell'interazione degli individui e riflette la cultura organizzativa ed i prevalenti valori normativi e atteggiamenti.

De Cock et al. (1987) hanno sviluppato un modello del clima organizzativo distinguendo quattro tipi di clima, definiti da due dimensioni bipolari: 1. flessibilità *versus* controllo; 2. orientamento all'individuo *versus* orientamento all'organizzazione.

Nella realtà organizzativa i confini non sono così assoluti in quanto i tipi misti sono proprio i più frequenti. Ogni tipo di clima ha caratteristiche proprie, stile di management diverso, modi di comunicazione e strutture consultive differenti. I quattro tipi di climi sono così sintetizzati:

- *clima di supporto*: l'organizzazione si focalizza sull'individuo, la flessibilità è diretta all'interno, le decisioni vengono prese mediante contatti informali. Lo stile di leadership è centrato sulle persone e sulla relazione. Si rileva una mancanza di struttura. Il pericolo è che l'organizzazione assuma più l'aspetto di una associazione. La direzione della comunicazione è bottom-up.
- *Clima innovativo*: l'organizzazione è focalizzata sugli obiettivi ed è flessibile verso l'esterno. Tale tipologia è caratterizzata dalla decentralizzazione del modo di lavorare e dall'assunzione che tutti i membri si impegneranno per realizzare gli obiettivi. La struttura è a rete. Lo stile di leadership è orientato sia al compito che alla relazione. Il pericolo di questa organizzazione è che possa degenerare nel caos.
- *Clima volto al rispetto delle regole*: l'organizzazione è focalizzata sull'individuo e sul controllo del suo comportamento. L'equilibrio è raggiunto mediante lo sviluppo di una struttura gerarchica; forte è il grado di centralità e la leadership è orientata alle procedure. Il pericolo è che le regole e le procedure diventino più importanti della realizzazione stessa degli obiettivi.
- *Clima orientato all'obiettivo*: l'organizzazione è centrata sugli obiettivi e sul controllo dei mezzi per raggiungerli. Lo stile di leadership predominante è quello orientato al compito; le persone si devono adattare all'organizzazione, essendo ricompensate per il perseguimento degli obiettivi. Il pericolo è di essere troppo focalizzato sugli obiettivi e non considerare i segnali che provengono dai fattori esterni.

Il clima tra salute dell'organizzazione e salute del lavoratore

Fin qui sono stati richiamati aspetti teorici del clima organizzativo, è necessario però, al fine della descrizione del concetto di clima, soffermarsi in breve anche sui suoi aspetti applicativi.

Abbiamo detto che il clima organizzativo esercita la sua influenza modellando il comportamento, le soddisfazioni e le motivazioni individuali ed incidendo quindi in modo significativo sulla performance organizzativa. La soddisfazione è la dimensione che valuta la sensazione di completezza, o comunque di positività, nello scambio con l'organizzazione. La motivazione è l'insieme degli stimoli, delle energie, delle risorse che le persone si sentono di rendere disponibili nella relazione con l'organizzatore. Qualora si voglia indagare la motivazione bisogna chiedersi quante risorse hanno le persone da rendere disponibili e qual è la direzione e la qualità di queste energie (Majer et al. 2002). Molta letteratura di psicologia organizzativa, per esempio, sottolinea l'importanza del clima in azienda per il suo impatto sulla socializzazione, sulle relazioni umane nell'ambiente di lavoro, sulla soddisfazione che le persone traggono dal lavoro stesso e dalle proprie condizioni. Il clima è in pratica anche la qualità della rete di tensione collettiva che lega o non lega gli uomini e le donne dell'organizzazione, è lo stare insieme, il lavorare insieme, il piacere di ritrovarsi oppure no, l'eccessiva freddezza che circola nelle relazioni interpersonali, la distanza, oppure anche l'eccessiva informalità ecc. (Quaglini 2002). Tenendo in considerazione dunque l'influenza sul comportamento dei lavoratori e sulla performance organizzativa, può essere determinante per un'organizzazione conoscere, in determinati momenti, il clima esistente al proprio interno. Il clima è anche uno strumento di consapevolezza e di diagnosi organizzativa (De Vito Piscicelli, 1984) e quindi uno strumento di progettazione del cambiamento.

Nella vita lavorativa, infatti, i membri stessi dell'organizzazione si trovano ad essere, anche se in maniera non del tutto consapevole, attori di processi di cambiamento che confluiranno anche nella cultura stessa dell'organizzazione. (Spesso però il cambiamento può essere subito e determinare incertezza soprattutto se è in atto un mutamento strutturale che può cogliere impreparati; ecco un motivo ulteriore per sottolineare l'importanza di arrivare ad una presa di coscienza dei vissuti dei lavoratori).

La modificazione degli assetti organizzativi aziendali è un processo continuo che caratterizza il normale andamento della vita delle organizzazioni. Questa modificazione è finalizzata, in generale, all'ottenimento di performance e di capacità competitive sempre più elevate, ma queste capacità non possono prescindere, come abbiamo già osservato, dalla qualità del clima relazionale ed in generale dal benessere delle persone nei propri ruoli lavorativi.

Le aziende, infatti, si propongono oggi come obiettivi, elevati standard di efficienza e di efficacia, ma necessariamente si devono proporre anche di migliorare, contemporaneamente, la qualità della vita all'interno dell'organizzazione, e non ultimo l'obiettivo di una più attiva partecipazione alla vita aziendale.

Per tutte queste ragioni si fa determinante la necessità di poter eseguire un check-up organizzativo che permetta di conoscere il clima psicologico e la cultura aziendale. L'obiettivo dell'analisi del clima è ascoltare (e non controllare) questi fatti organizzativi al fine di investire positivamente nella relazione con i protagonisti. Un'azienda disposta a porsi in ascolto della dimensione della soddisfazione, della motivazione e del clima e a voler seguire il loro andamento e le loro dinamiche, deve farlo tramite una ricerca sul campo.

L'analisi del clima organizzativo può essere utile anche ad evidenziare, nell'ottica della politica della prevenzione, situazioni critiche di particolare disagio causate, per esempio, dallo stress lavorativo (le cui cause legate alla struttura dell'organizzazione e al clima sono fondamentali e possono essere per esempio: una partecipazione scarsa o nulla a prendere decisioni, alcune restrizioni sul comportamento, l'accortezza nell'impegno e la mancanza di effettiva consultazione, ecc.).

Analizzare il clima significa fotografare lo stato di un'organizzazione, tenendo conto soprattutto dei punti di vista dei membri della stessa; rilevando cioè in maniera obiettiva e standardizzata (per esempio tramite una metodologia di ricerca-intervento) percezioni, motivazioni, vissuti, conflitti, dinamiche comunicative, stili di leadership, collaborazione, autonomia, sicurezza, ecc. Tali metodologie di rilevazione possono essere utilizzate nell'ottica del miglioramento della qualità, intesa come orientamento e strategia che coinvolge tutta l'organizzazione e vede partecipi tutti gli attori che vi operano (anche la soddisfazione del cliente, per esempio, ha assunto oggi una importanza crescente: misurare la soddisfazione del cliente significa anche misurare l'esito delle attività e dei prodotti aziendali).

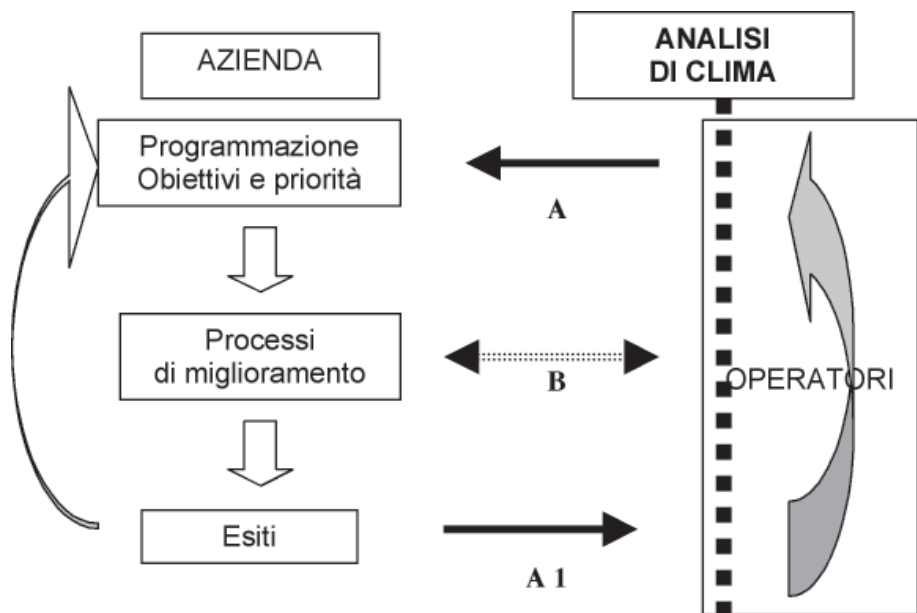
Lo stato dell'organizzazione attuale scaturito dal check-up può essere quindi confrontato con quello rilevato in passato, con il fine di tracciare un percorso evolutivo e di cambiamento. È stato giustamente sottolineato che nessuna ricerca, per quanto metodologicamente corretta, produce reali effetti di cambiamento se non si iscrive in una sequenza temporale (per restituire il passato al passato, il presente al presente ed il futuro al futuro, come dice Quaglino, 2002) ed in un processo più vasto che acquista senso se supera una dimensione storica di eterno presente. Da questo punto di vista l'indagine sul clima deve rappresentare non un punto di arrivo, ma il punto di innesco di un percorso: il movimento e le professionalità che si attivano e si organizzano intorno alla ricerca hanno la possibilità ed il compito di aprire un terreno di confronto e di dialogo nuovo, di favorire il chiarimento dei bisogni e delle aspettative, di ricollocare il significato della domanda all'interno di un processo fatto di persone e di relazioni. Si potrebbe quasi dire che l'indagine è un pretesto, che tuttavia si rivela fondamentale perché costringe l'organizzazione a misurarsi e confrontarsi.

È sempre incombente il pericolo dell'adempimento burocratico, tuttavia i sistemi di gestione per la qualità e le verifiche di accreditamento richiedono non tanto la presenza di indagini episodiche e "fine a se stesse", quanto piuttosto una attività

E eseguire un check-up organizzativo è fondamentale per conoscere il clima psicologico e la cultura aziendale. L'obiettivo dell'analisi del clima è ascoltare (e non controllare) questi fatti organizzativi al fine di investire positivamente nella relazione con i protagonisti. Un'azienda disposta a porsi in ascolto della dimensione della soddisfazione, della motivazione e del clima e a voler seguire il loro andamento e le loro dinamiche, deve farlo tramite una ricerca sul campo.

Il sistema di monitoraggio non si esaurisce in una verifica periodica, ma sviluppa una “logica dell’ascolto”, dell’attenzione a ogni progetto che sia pensato per il cambiamento. Poiché cambiare nell’immediato comporta fatica e responsabilità, questo processo può illuminare i vantaggi dell’apprendere reciproco e della reciproca responsabilità. Innescare un processo di monitoraggio del clima deve servire a favorire e praticare la logica dell’organizzazione “che apprende”.

FIG. 1



di monitoraggio (Figura 1), anzi, per meglio dire, un “sistema di monitoraggio” che consenta di modulare i processi organizzativi sulla scorta di un feedback adeguato. Questo si incontra con l’esigenza che qui esprime l’orientamento psicologico e lo rafforza: il sistema di monitoraggio non consiste solo in un meccanismo temporale, una cadenza periodica, ma vuol dire sviluppare la “logica dell’ascolto”, dell’attenzione a ogni progetto che sia pensato per il cambiamento. Poiché cambiare nell’immediato comporta fatica e responsabilità, questo processo può illuminare i vantaggi dell’apprendere reciproco e della reciproca responsabilità (Quaglinò 2002). Innescare un processo di monitoraggio del clima deve servire a favorire e praticare la logica dell’organizzazione “che apprende”.

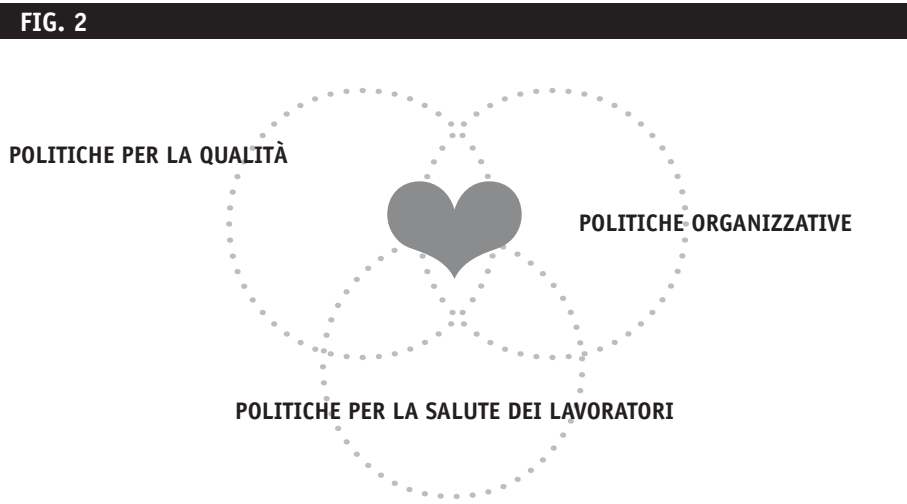
Nella Figura 1 sono schematizzate le interazioni tra sistema di gestione, inteso come sintesi dei processi nella logica del miglioramento della qualità, ed il monitoraggio del clima organizzativo. I dati relativi al clima devono diventare strumenti utili alla definizione di obiettivi e priorità aziendali (A), e sono un parametro degli esiti dei processi attuati (A1), concorrono cioè ad un processo di *feedback* nella logica dell’organizzazione che apprende. Ovviamente gli operatori sono coinvolti nei processi di miglioramento (B) e questo richiede una strategia che sia in grado di renderli protagonisti e di attivarne le energie.

Questo passaggio sottolinea il problema dell’efficacia e il rapporto tra salute dell’organizzazione e salute degli operatori.

Nella sanità, peraltro, ci si scontra con il problema di coniugare l’efficacia individuale, spesso elevata, con adeguati livelli di efficacia collettiva (spesso insufficienti). «L’efficacia collettiva nasce quando le persone pensano e sentono che sono agenti più che essere il prodotto del contesto organizzativo e sociale nel quale vivono; la premessa è che le persone abbiano la possibilità di sentire che sono degli agenti nel contesto nel quale operano» (Avallone, 2002). Questa definizione dell’autoefficacia collettiva – che si richiama a quella di Bandura, «quando le persone sentono e credono di essere capaci di imprimere una direzione all’azione per raggiungere degli obiettivi stabiliti e convenuti» – evidenzia le interconnessioni tra temi organizzativi e di salute.

Evolvere da una visione della prestazione individuale a quella della efficacia collettiva, dalla cultura del compito a quella dell’obiettivo, dalla concezione sommativa degli apporti professionali al progetto integrato (Kaneklin 2002) è una necessità delle aziende sanitarie se vogliono coniugare esigenze cliniche ed organizzative,

l'efficacia con l'efficienza, senza che questo incontro si traduca – come spesso accade – in uno scontro, a scapito di uno o di entrambi i poli della questione. Vediamo quindi come le istanze del coinvolgimento del personale finiscono, in questo scenario, per assumere un connotato ben diverso dal passato, improntato magari ad un atteggiamento parternalistico o “illuministico”, legato alla episodicità o a fattori contingenti, per diventare elemento necessario di una strategia più complessa e sempre più centrale per i destini dell'azienda. In questo contesto la valutazione del clima, peraltro richiesta dai modelli di qualità e dalle norme per l'accreditamento, può diventare non soltanto un elemento dinamico di verifica della qualità della vita lavorativa, ma anche un catalizzatore degli elementi di interconnessione tra dimensioni lavorative e soggettive, tra i processi gestionali e quelli organizzativi (Figura 2).



In questo senso la rilevazione del clima può fornire elementi utili per la progettazione di politiche ed interventi di promozione della salute degli operatori, e soprattutto può contribuire al miglioramento di una serie di aspetti lavorativi (relazioni, riconoscimento, possibilità decisionali, ecc.) che incidono sulla qualità della vita degli operatori e contribuiscono – come evidenziato in letteratura (Del Rio, 1990;

TAB. 1

Categoria	Condizioni di rischio
CONTESTO DI LAVORO	
Cultura e funzione organizzativa	Scarsa comunicazione, bassi livelli di sostegno per la risoluzione dei problemi e la crescita personale, mancanza di definizione di obiettivi aziendali.
Ruolo nell'organizzazione	Ambiguità di ruolo e conflitti di ruolo, responsabilità di persone.
Sviluppo di carriera	Stagnazione ed incertezza della carriera, promozione al di sopra o al di sotto, bassa retribuzione, precarietà, basso valore sociale del lavoro svolto.
Autonomia decisionale/controllo	Scarsa partecipazione al processo decisionale, mancanza di controllo sul lavoro.
Rapporti interpersonali sul lavoro	Isolamento sociale o fisico, rapporti scadenti con i superiori, conflitto interpersonale, mancanza di sostegno.

Fonte: European Agency for Safety and Health at Work, Research on Work-related stress, 2000.



La valutazione del clima, peraltro richiesta dai modelli di qualità e dalle norme per l'accreditamento, può diventare non soltanto un elemento dinamico di verifica della qualità della vita lavorativa, ma anche un catalizzatore degli elementi di interconnessione tra dimensioni lavorative e soggettive, tra i processi gestionali e quelli organizzativi.



European Agency for Safety and Health at Work, 2000; EAOHP, 2002; Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro 8, 2002) – alla salute legata al lavoro. La *Tabella 1* riporta alcune condizioni di rischio per la salute legata al lavoro secondo l'Agenzia ufficiale europea per la sicurezza e la salute sul lavoro.

Questo approccio favorisce inoltre, accanto ad una visione della salute lavorativa prevalentemente legata alla dimensione individuale, all'intervento sullo stress e al disagio del singolo lavoratore a "valle" del processo, una logica che progetta la promozione della salute, favorendo ambienti, situazioni e relazioni "salutari", dove l'adattamento è fisiologico e non patogeno. (Bertini 1998, 2000).

Lo sviluppo del questionario COR

Ci si è posti l'obiettivo di costruire uno strumento per autosomministrazione abbastanza agile nella compilazione e destinato a tutte le figure operanti nelle aziende sanitarie. Sono stati elaborati 20 item con risposte chiuse su una scala a 5 gradi che misurano la valutazione su 4 dimensioni (ciascuna di 5 item).

Per la costruzione delle domande ci si è basati sulla letteratura specifica (Carey, 1975; Flarey 1991; Koys e DeCootis 1991; Zammuner 1996; Tonini 1998; Agenzia Sanitaria Regionale Marche 1998; Darchini 1999; Cavalli 1999; Di Stanislao et al., 2000; Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna 2000; Mayer et al. 2002) con particolare riferimento al modello domanda-controllo-sostegno di Karasek, & Theorell (Karasek e Theorell, 1990; Basseroni et al. 1998) e sulla raccolta empirica tra operatori sanitari di diversa professionalità delle opinioni relative agli aspetti più importanti delle dimensioni scelte.

Ai 20 item sono state aggiunte 4 domande aperte codificate in base ad un raggruppamento per codici. Le risposte alle domande aperte non sono state considerate nel presente lavoro.

La prima parte del questionario contiene una serie di domande relative ai dati socio-demografici e lavorativi: sesso, età, stato civile, età lavorativa e area lavorativa (medica, chirurgica, critica).

La seconda parte presenta una struttura articolata su 4 dimensioni: qualità del servizio prestato dall'unità di appartenenza, qualità del lavoro svolto, qualità della convivenza organizzativa e qualità dell'organizzazione.

Primo studio

Il questionario, in questa prima versione è stato somministrato a 106 operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera "S.Maria" di cui 74 di sesso femminile (70% circa) e con età media di 37 anni \pm 7.

Analisi dei dati

Per valutare le caratteristiche dimensionali dello strumento gli item sono stati sottoposti ad analisi delle componenti principali, utilizzando come criterio di selezione dei fattori lo *Scree-Test* (Cattell, 1966), quindi si è proceduto alla rotazione Oblimin degli assi fattoriali. È stato scelto un criterio di validità $>.50$.

I quattro fattori spiegano complessivamente il 63% della varianza totale. *Il primo fattore* (37,6% di varianza) è risultato saturo dai 5 item inerenti la *percezione della "qualità dell'organizzazione"* (esempio: livello tecnologico, ambiente fisico, chiarezza degli obiettivi, etc.) e da un item riguardante la qualità del servizio prestato dalla propria Unità Operativa (Accuratezza della lettera di dimissione); *il secondo fattore* è risultato saturo dalle 5 affermazioni concernenti la *qualità della convivenza organizzativa* (esempio: relazione con i colleghi, con gli utenti, con le altre figure professionali dell'azienda) e da un item relativo alla qualità del lavoro con i colleghi (saturazione = 52); *il terzo fattore* è risultato saturo da 4 item concernenti la *qualità del servizio prestato dall'unità di appartenenza* (esempio: compilazione della cartella), con esclusione dell'item concernente la "accuratezza della lettera di dimissione"; infine *il quarto fattore* è risultato saturo da 4 affermazioni inerenti la *qualità*

del proprio lavoro (esempio: apprezzato dagli utenti, stimato dai colleghi) con esclusione dell'item concernente la "stima dei colleghi". Le scale hanno presentato dei coefficienti alpha di Cronbach pari, rispettivamente, a .86; .79; .80; .76

I risultati presentati hanno indicato che il COR, nei limiti della popolazione considerata, è uno strumento accettabilmente valido e affidabile.

Le analisi fattoriali esplorative hanno evidenziato una struttura a quattro fattori secondo le ipotesi generative degli autori. Tuttavia in due casi vi è stata una contaminazione di item in più di un fattore. Nel primo caso l'item "Accuratezza della lettera di dimissione" presenta una maggiore saturazione sulla qualità dell'organizzazione, che può evidenziare una importanza paragonabile per i due ordini di struttura (micro e macro), il dato va comunque considerato tenendo conto che i soggetti considerati sono in parte infermieri e, come tali, non agiscono direttamente sulla lettera di dimissioni. Nel secondo caso gli item relativi alla stima dei colleghi presenta una più forte saturazione con la qualità della convivenza organizzativa rispetto alla qualità della vita lavorativa.

Secondo studio

Sulla scorta delle indicazioni emerse nella primo studio si è manifestata l'opportunità di procedere alla somministrazione del questionario ad una popolazione più vasta e di cogliere tale occasione per valutare alcuni aspetti che apparivano poco rappresentati nel questionario.

In particolare si è ritenuto utile valutare i seguenti aspetti:

- nella qualità del servizio prestato dall'Unità di appartenenza: la *sintonia tra l'attività dell'Unità Operativa e gli obiettivi dell'Azienda*;
- nella qualità del lavoro svolto: il *riconoscimento del proprio ambito decisionale*, cioè del potere decisionale legato alla professionalità posseduta ed al ruolo ricoperto, e l'*incentivazione economica* fornita dall'Azienda;
- nella qualità della convivenza organizzativa: la *collaborazione professionale con i superiori*;
- nella qualità dell'organizzazione: la *capacità dell'Azienda di motivare il personale e la coerenza che l'Azienda esprime tra gli obiettivi enunciati e le azioni intraprese*.

Sono state quindi inserite domande relative a tali aspetti procedendo all'ampliamento del questionario a 24 item ed alla eliminazione di due item (soddisfazione e organizzazione del lavoro) ritenuti troppo generici nella loro formulazione.

Si è quindi ritenuto di inserire una scala Likert a 10 punti (1 max negativo, 10 max positivo) allo scopo di rendere più "sensibili" le risposte.

È stata inoltre valutata la validità di costrutto delle tre dimensioni del COR attraverso l'analisi delle correlazioni con le dimensioni del Maslach Burnout Inventory.

Il questionario, oltre al COR, comprendeva la versione italiana del Maslach Burnout Inventory, Maslach e Jackson (1990), curata da Sirigatti e Stefanile, (1992), la scala utilizzata per misurare il grado di disagio lavorativo nelle professioni di aiuto, è composta da 22 item che sottendono tre dimensioni: l'Esaurimento Emotivo, la Depersonalizzazione e la Realizzazione Personale. In generale è prevista la possibilità di misurare o la frequenza con cui si sperimentano le tre dimensioni o l'intensità. Nel presente studio è stata utilizzata la scala per la rilevazione della frequenza, sostituendo il termine utente con quello di paziente.

Metodologia e popolazione

È stato individuato un campione a random tra tutto il personale dell'Azienda Ospedaliera "S.Maria" di Terni. Il questionario anonimo è stato riconsegnato in busta chiusa, mediante l'inserimento in un'urna. Tale seconda fase di è conclusa nel gennaio 2004 con la raccolta di 238 questionari validi.

La popolazione è composta da 164 femmine (69%), l'età media è di 40 anni (D.S. = 8,2) ed è composta dal 17% di medici (N = 40), dal 66% di infermieri (N = 158), dall'11% (N = 27) di ausiliari ed OTA; e dal 5% di amministrativi (N = 13).





Analisi dei dati

Per valutare le caratteristiche dimensionali dello strumento gli item sono stati sottoposti ad analisi delle componenti principali, utilizzando come criterio di selezione dei fattori lo Scree-Test (Cattell, 1966), quindi, anche in questo caso, si è proceduto alla rotazione Oblimin degli assi fattoriali.

I risultati dell'analisi delle componenti principali sono contenute nella tabella 1. Come si può osservare l'analisi fornisce una struttura a tre fattori, che spiegano complessivamente il 65% della varianza totale. Nella *Tabella 2* vengono forniti i raggruppamenti degli item in base ai tre fattori e l'alpha di Cronbach calcolata per ciascun item e per il fattore nel suo complesso.

Il *primo fattore* spiega il 47,9% della varianza complessiva. I nove item che presentano una saturazione maggiore indicano la percezione della qualità delle relazioni sul posto di lavoro con i colleghi (saturazione fattoriale = .800), con i superiori (.847), con le altre figure professionali (.749) e infine con gli utenti (.745).

Il *secondo fattore* (varianza spiegata complessiva uguale al 10,1%) è saturato principalmente da otto item indicanti la percezione della qualità dell'organizzazione, cioè dalla valutazione delle dimensioni organizzative "macro", attribuite all'azienda nel suo complesso come: "la capacità di motivare il personale" (saturazione fattoriale = .919); "la chiarezza degli obiettivi" (.885); "la coerenza tra obiettivi e azione" (.883); e il "livello di informazione interna" (.874).

Il *terzo fattore* (varianza spiegata complessiva uguale al 7%) risulta saturato da sette item che indicano la "Qualità del servizio prestato dall'Unità di appartenenza". Gli item che maggiormente saturano nel fattore sono: "la qualità complessiva del servizio" (saturazione fattoriale = .816); "la sintonia con gli obiettivi aziendali" (.805), "la qualità tecnico-professionale degli operatori" (.785).

I coefficienti di consistenza interna (alfa di Cronbach) risultano essere rispettivamente: .94, .91 e .86.

La *Tabella 2* mostra i risultati dell'analisi fattoriale del COR [saturazione degli items delle prime tre componenti estratte (rotazione Oblimin)].

TAB. 2

	Fattore I	Fattore II	Fattore III
Item 1			.774
Item 2			.806
Item 3			.742
Item 4			.749
Item 5	.568		.718
Item 6			.816
Item 7		.743	
Item 8		.790	
Item 9		.800	
Item 10	.79	.652	
Item 11	.809		
Item 12	.768		.53
Item 13		.721	
Item 14	.809	.763	.564
Item 15		.847	
Item 16		.757	
Item 17		.745	
Item 18	.803		
Item 19	.643		
Item 20	.512		
Item 21	.919		
Item 22	.874		
Item 23	.88		
Item 24	.874		

Analisi delle correlazioni

Le tre dimensioni del COR risultano intercorrelate tra loro e correlate negativamente con l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione e positivamente con la realizzazione personale (Tabella 3).

TAB. 3

	Q.O.	Q.R.	Q.S.	E. E.	D. P.	R. P.
Qualità dell'organizzazione	--	.64***	.6***	-.35***	-.21	.2***
Qualità relazionale (lavoro e convivenza)		--	.67***	-.33***	-.30*	.33**
Qualità Servizio UO			--	-.29***	-.29***	.31***

Coefficienti R prodotto-momento di Pearson tra le dimensioni del COR e gli indici di burnout (N = 106).

Legenda: Q.O. Qualità dell'organizzazione; Q.R. Qualità relazionale; Q.S. Qualità del servizio; E.E. Esaurimento emotivo; D.P. Depersonalizzazione; R.P. Realizzazione personale;

*p <.05; ** p <.01; *** p <.005

Conclusioni

I risultati presentati indicano che il COR, modificato in forma trifattoriale, nei limiti del campione osservato, è uno strumento valido ed affidabile.

È interessante notare come la valutazione dello strumento su una popolazione composta da tutte le tipologie di operatori (sanitari, tecnici ed amministrativi; dirigenti e del comparto) ha prodotto una saturazione su tre fattori. In realtà si tratta di una conferma delle scale precedenti con la unificazione di quelle relative alla qualità del lavoro e della convivenza organizzativa e della migrazione di alcuni item di queste scale verso la dimensione "micro" della qualità del servizio ("livello tecnologico") e verso la dimensione "macro" della qualità dell'organizzazione nel suo complesso ("valorizzazione professionale", "incentivazione economica" e "atmosfera in azienda").

Questi ultimi item, in effetti, appaiono degli indicatori di comportamenti e decisioni aziendali. La qualità dell'organizzazione (primo fattore) si pone quindi come una scala coerente e valida di misura della qualità di clima che risulta attribuita alle capacità e potestà dell'azienda.

Il secondo fattore riunisce la qualità del lavoro svolto e della convivenza, suggerendo una dimensione prevalentemente relazionale, legata alla diretta attività professionale svolta.

La stima e collaborazione con i superiori appare qui più legata alla qualità del proprio vissuto relazionale, del proprio lavoro.

Relativamente al terzo fattore, qualità del servizio, possiamo sottolineare come esso faccia riferimento ad aspetti quali la compilazione della cartella, la comunicazione con gli utenti, la qualità tecnico-professionale degli operatori, la collaborazione professionale con i colleghi e l'ambiente fisico. Mentre l'apprezzamento degli utenti è visto come fatto relazionale e più legato alla attività personale, la "comunicazione con gli utenti" appare più legata allo "stile" del servizio nel suo complesso. Così i rapporti con i colleghi: se si parla di "relazione personale" o di "stima" vanno nella dimensione relazionale, mentre la "collaborazione professionale" viene vista maggiormente come un aspetto che caratterizza l'équipe, e, quindi, la qualità del servizio.

Rispetto alle correlazioni tra dimensioni del COR e del burnout possiamo notare come la qualità dell'organizzazione, relazionale e del servizio correlino in modo





analogo e significativo (negativo) con l'“esaurimento emotivo” ($p < .005$) e con la realizzazione personale. La correlazione (negativa) con la “depersonalizzazione” riguarda solo la qualità relazionale ($p < .05$) e del servizio ($p < .01$).

In conclusione, se il presente studio ci ha consegnato una soddisfacente analisi psicometrica del COR, appare tuttavia opportuno un allargamento della popolazione per consolidare tali risultati.

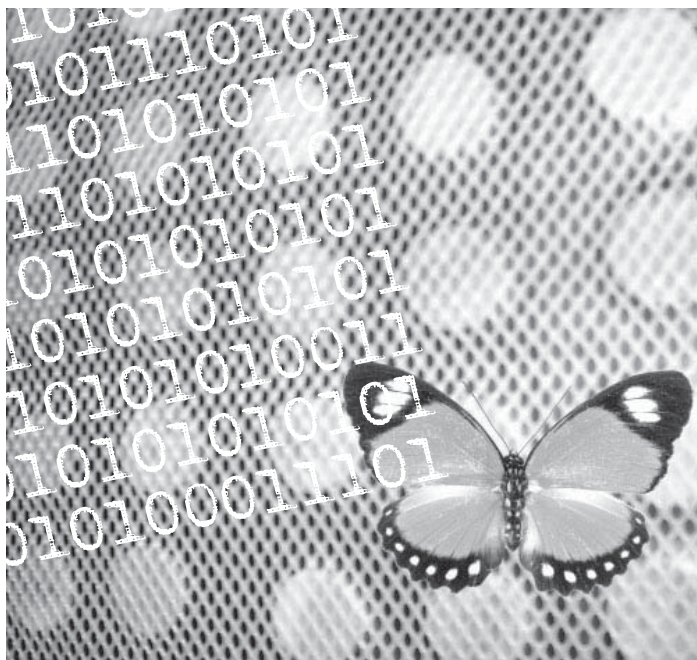
* Specialista in Psicologia della Salute, Responsabile dell'Unità di Psicologia Ospedaliera Az. Osp. di Terni, Docente Psicologia Medica Università di Perugia.

** Specialista in Psicologia della Salute, Collaboratore del Dipartimento di Psicologia Università di Roma “La Sapienza”.

Per informazioni contattare: Davide Lazzari, Azienda Ospedaliera “S. Maria”, Unità di Psicologia Ospedaliera (0744-205332; lazzarid@aosp.terni.it).

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna (2000) *ICONAS: Indagine sul Clima Organizzativo Nelle Aziende Sanitarie*. Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna
- Agenzia Sanitaria Regionale Marche (1998), *Il clima organizzativo – Indagine nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Marche*. Agenzia Sanitaria Regionale, Ancona.
- Argyris C. (1958), *Some problems in conceptualizing organizational climate: a case of study of a bank*, Administrative Science Quarterly 2, pp. 501-520.
- Avallone F. (1994), *Psicologia del lavoro. Storia, modelli, applicazioni*. La Nuova Italia Scientifica, Bologna.
- Avallone F. (a cura di) (1998), *Conoscere le organizzazioni. Strumenti di ricerca e intervento*. Guerini, Milano.
- Avallone F. (2002), *Dalla prestazione individuale all'efficacia collettiva*, in Majer V., Marcato A. D'Amato A. (a cura di) “La dimensione psicosociale del clima organizzativo”. Franco Angeli, Milano.
- Baldasseroni A., Camerino D., Cenni P., Cesana G.C., Fattorini E., Ferraio M., Mariani M., Tartaglia R. (1998), *La valutazione dei fattori psicosociali: proposta della versione italiana del Job Content Questionnaire di Karasek*. Il Ponte Vecchio, Cesena.
- Bertini M. (1998), *Psicologia e salute*. La Nuova Italia, Roma.
- Bertini M. (2000), editoriale, *Psicologia della Salute*, 3; pp. 5-7.
- Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A. (1994), *Curare la Qualità*. Guerini, Milano.
- Cacciarri P., Cappelli M. (2000), *In Rotta verso la qualità totale*. Il Sole 24 ore - Sanità Management; n.3, pp. 37-39.
- Carey R.G. (1975), *Measuring organizational climate*, Hosp. Prog., 56 (2): 53-7.
- Cavalli L. (1999) *Indagine sul clima aziendale nell'Azienda USL di Piacenza*, in Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (a cura di), *Il Miglioramento continuo nelle aziende sanitarie*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Celin D., Montaguti U., Zanetti M. (1991), *L'accreditamento negli ospedali*, QA, 4-5, pag. 7.
- Consiglio d'Europa (1994). *Raccomandazione n.17/97*, in Il Sole 24 ore Sanità, 21-27 sett.
- De Cock G. - Bouwen R. - DE Witte K. - DE Visch J. (1987), *Organizational climate and organizational culture: theory and practical guidelines for the Index for organizational climate in profit organizations (OKIPO) and its short version (VOKIPO)*, Leuven, Acco.
- Darchini A. (1999), *La misura del clima organizzativo in una area USL*, in Boni S., Grandi S., La Rosa M. (a cura di) *La formazione del management sanitario*. Angeli, Milano.
- Datamedia (1997), *Immagine di una nuova azienda – Indagine quantitativa sui dipendenti*. Azienda USL Cesena, Cesena.
- De Vito Piscicelli P. (1984), *Il clima organizzativo e le sue dimensioni*, Psicologia e lavoro, 2, pag. 68-82.
- Di Stanislao F., Bacchielli M. P., Garuti M. G., Pallante A. (2000) *L'analisi del clima aziendale come strumento di lettura del fabbisogno formativo nelle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Marche*. Agenzia Sanitaria Regionale Marche, Ancona.
- European Academy of Occupational Health Psychology (2002), *Newsletter*, vol. 3-1 Jul.
- European Agency for Safety and Health at Work, *Research on Work-related stress* (2000) www.osha.eu
- European Agency for Safety and Health at Work (2002), *Facts* n.8.
- Flarey D.L. (1991), *The social climate scale. A tool for organizational change and development*, J. Nurs Adm, 21(4): 37-44.
- Guion, R.M. (1973), *A note on organizational climate*. Organizational Behavior and Human Performance, 9, pp.120-125.
- James L.R., Hater J.J., Gent M.J. e Bruni J.R. (1998), *Psychological climate: Implications from cognitive social learning. Theory and interactional psychology*. Personnel Psychology, 31 pp.783-814.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1998) *Introduzione ai principi del miglioramento della qualità*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Jones A.P. - James L.R. (1974), *Organizational climate. A review of theory and research*, Psychological Bulletin, 81, 12, pag. 1096-1112
- Jones A.P. - James L.R. (1979), *Psychological climate: dimensions and relationship of individual and aggregate work environment perceptions*, Organization Behavior and Human Performance, 23, pp. 201-250.
- Joyce W.E. - Slocum Jr. (1982), *Climate discrepancy: refining the concepts of psychological and organizational climate*, Human Relations, 35, 11, pp. 951-971.
- Kaneklin C. (2002), *Riorganizzare l'Università: questioni di metodo*, in Majer V., Marcato A. D'Amato A. (a cura di) “La dimensione psicosociale del clima organizzativo”. Franco Angeli, Milano.
- Karasek R. A., Theorell T. (1990) *Health work, stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Book, New York,
- Koys Daniel J., Decotiis Thomas A. (1991), *Misure induttive del clima psicologico*. Human Relation, 44(3), pp. 265-85.



- Lawler, E. E., Hall D.T. e Oldham G.R. (1974), *Organizational Climate: Relationship to organizational Behavior and Human Performance*, 11, pp. 139-155.
- Lazzari D., Pisanti R. (2002), *Il ruolo del clima organizzativo e delle caratteristiche socio-demografiche nella predizione del Burnout tra il personale infermieristico di una azienda ospedaliera*, Firenze, Atti del IV Congresso Italiano di Psicologia della Salute.
- Lewin K. (1972), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Lewin K. (1987), *I conflitti sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Majer Vincenzo, Marcato Antonio, D'Amato Alessia (a cura di) (2002), *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Franco Angeli, Milano.
- Morosini, Perraro F. (2001), *Enciclopedia della gestione della qualità in sanità*. Centro scientifico editore, Torino.
- Thomas Moran E., Fredericks Volkwin J. (1992), *The cultural approach to the formation of organization climate*. Human Relation, 45 (1) pp. 19-47.
- Payne R. F. e Pugh D. (1976), *Organizational structure and climate*. In Dunnette M.D. (ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology*. Rand McNally, Chicago.
- Pedon A., Maeran R. (2002), *Psicologia e mondo del lavoro*. LED Ed Univ., Padova.
- Quaglini G. P. - Mander M., *I climi organizzativi*, Bologna, Il mulino, 1987.
- Quaglini G. P. (2002), *Motivazione, clima, soddisfazione: monitorare il cambiamento individuale ed organizzativo*, in Majer V., Marcato A. D'Amato A. (a cura di) "La dimensione psicosociale del clima organizzativo". Franco Angeli, Milano.
- Schein E. H (1990), *Cultura d'azienda e leadership. Una prospettiva dinamica*. Guerini e Associati, Milano.
- Schein E. H. (1992) *Lezioni di consulenza*. Cortina, Milano.
- Schneider B. (1975), *Organizational climate: individual preferences and organizational realities revisited*, Journal of Applied Psychology, 60, a, pp.459-465.
- Steers R.M., Black J. S. (1994), *Organizational behavior*. HarperCollins, New York.
- Tonini M. (1998), *Ricerca sul clima organizzativo della Ausl di Rimini*. Azienda USL-ASRI, Rimini.
- UNI-Ente Nazionale Italiano di Unificazione (2000) *Sistemi di gestione per la qualità: requisiti*. UNI EN ISO 9001. UNI, Milano .
- Welsch H., La Van H. (1981), *Inter-relationships between organizational commitment and job characteristics, job satisfaction, professional behavior and organizational climate*. Human Relations, 34 (10) pp. 1079-1089.
- WHO (1981) *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, in Health for All, Series n.3, Geneva.
- Zammuner V.L. (1996), *Interviste e questionari: processi psicologici e qualità dei dati*. Borla, Roma.

Promoting the human factor in Health services: an instrument to analyze the connection organization/ relationship

In this present work it's highly regarded the development of an instrument to evaluation organizational-atmosphere, with particular attention to relational aspects, but also the reflection from the beginning and the registration of evolution. It propose the meeting of different approaches, often traditionally separated. The method used is the systemic approach for processes, also contained in the norms ISO 9000, individualized in national and regional level like one of the principal referiments for the politics of quality and credit.

link 06 *una storia*

JOHN CARLYLE RAVEN
(1902-1970)
Giovanni Cavadi



John Carlyle Raven (1902-1970)

GIOVANNI CAVADI

Raven nasce in Scozia nel 1902. Dopo aver compiuto gli studi superiori si laurea in scienze biologiche e per qualche anno ha fatto l'insegnante nelle scuole medie: «La mia prima sistemazione fu ovviamente quella di insegnante».

Successivamente studia psicologia a Londra, prima al King's College, sotto la guida di Aveling, e quindi all'University College, con C. H. Spearman, (1863-1945) con il quale discute nel 1936 la tesi dal titolo *Mental test used in genetic studies*. Quindi si trasferisce a Colchester: «Quando seppi che Penrose cercava uno psicologo raggiunsi il suo gruppo di ricerca a Colchester per lo studio della genetica umana e quella che io chiamo ecologia umana [...]. Durante la guerra divenimmo un dipartimento di ricerca sulla contaminazione delle acque ed io mi trovai a intervistare dei ragazzini che non evacuavano bene».

Lavora quindi per il *Child Guidance Council* presso vari ospedali londinesi: il *London Hospital*, il *West End Hospital for Nervous Diseases* e la *Tavistock Clinic*. In quest'ultima inizia una serie di indagini per la selezione del personale. Lo ricorda con questo aneddoto: «Una sera, a mensa, un colonnello disse "Cos'è tutta questa sciocchezza di misurare l'intelligenza? A me basta di vedere un uomo per sapere se è intelligente o no". "Sì – rispose Raven – ma noi non abbiamo bisogno di vederlo!"».

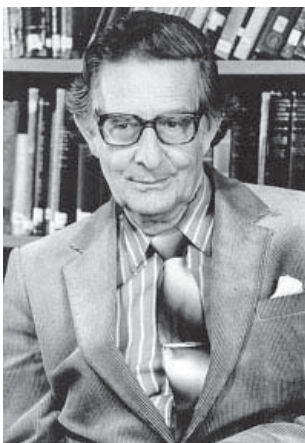
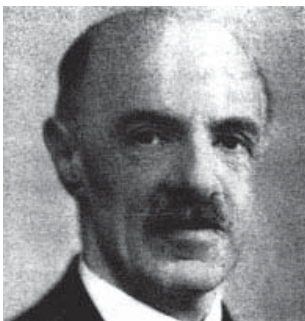
Fa parte anche dello staff della sezione di Emergenza psichiatrica presso l'ospedale londinese *Mill Hill*, che durante la Seconda guerra mondiale si trovava presso il *Maudsley Hospital*, dove operava Eysenck (1916-1997). Qui trova l'opportunità di applicare le sue idee ai problemi posti dalla psicologia clinica. Mentre si trovava a lavorare al Maudsley incontra lo psichiatra Mayer-Gross, che dirige a Dumfries il Dipartimento di Ricerca Clinica del *Crichton Royal Hospital*, che gli offre nel 1943 la direzione del Dipartimento per la Ricerca Psicologica.

Raven non sa rifiutare questa opportunità e si trasferisce al *Crichton*, dove lavora per venti anni, sino al maggio 1964; costituendo un importante dipartimento ospedaliero di psicologia applicata «sviluppando lo studio dello sviluppo mentale normale e delle condizioni di mente anormali per quanto esse potessero essere considerate come deviazioni della norma».

Spearman nel 1933 aveva ideato un test di educazione che si basava su figure percettive astratte che a suo parere era saturo nel fattore G, quello da lui individuato come fattore comune a tutte le operazioni mentali. Il test era composto da due serie di tre figure ciascuna delle quali presentava una propria caratteristica ed obbediva ad un regola differente.

Secondo la teoria di Spearman ogni prestazione ad un test dipende dalla cooperazione di due funzioni o fattori mentali indipendenti: un fattore generale (G) che agisce in tutte le operazioni ed un fattore specifico (S), diverso per ogni prestazione: «il livello della prestazione dipende a sua volta dal livello dei due fattori G ed S che sono presenti ciascuno in misura diversa nei singoli individui e concorrono in misura diversa in ogni diversa prestazione». Nella teoria fattoriale di Spearman il problema interpretativo riguardava un unico fattore, il G: «perché i fattori S, con la

«Quel che lo psicologo deve riconoscere è che ogni conclusione raggiunta riguardo alle "cause" per cui una persona si comporta in qualche modo particolare, è sempre dedotta da quanto egli osserva e che, per quanto logico questo possa essere e su qualunque evidenza sia basato, implica sempre giudizi personali che sono di natura essenzialmente soggettiva».



In alto: C. H. Spearman; qui sopra: Hans Eysenck

Le Progressive Matrices di Raven sono un reattivo che «misura la capacità del soggetto a comprendere delle figure che non hanno un significato definito». Le Standard Progressive Matrices sono suddivise in cinque gruppi di dodici problemi e sono progettate per coprire l'intera area dello sviluppo intellettuale; ciascun gruppo svolge un tema che diviene progressivamente più difficile.

loro estrema specificità si identificano con l'aspetto specifico del singolo test e mancano in genere di interesse». Il fattore G interveniva per Spearman in misura preponderante nelle prestazioni caratterizzate da operazioni logiche.

Nel 1936 Penrose e Raven presentano sotto il nome di *perceptual test* le Matrici Progressive, indicando alcune chiavi di realizzazione d'eduazione per le relazioni additive.

Il termine "eduazione" era stato introdotto da Spearman qualche anno prima per designare un modo elementare di pensiero, consecutivo all'apprendimento dell'esperienza. C'è eduazione di relazioni, secondo Spearman, quando la presenza di due caratteri suscita la conoscenza della relazione che li unisce: «Quando un uomo ha nel proprio spirito due o più idee, egli ha un certo potere di concepire mentalmente le relazioni essenziali che esistono tra di esse»; c'è eduazione di correlati quando, in presenza di un carattere e di una relazione, viene ad esser fornita la conoscenza di un carattere correlativo, come specifica Spearman «Quando un uomo ha in sé un'idea ed una relazione ad un tempo, egli ha un certo potere di concepire l'idea che corrisponde alla sua idea iniziale nella relazione in questione».

Affascinato dalla teoria fattoriale di Spearman sull'intelligenza umana, Raven ne svilupperà l'idea in senso applicativo, ideando nel 1938 il test delle Matrici Progressive in cinque serie di tipo differente con crescente difficoltà. Composto da 65 item, di cui cinque come esempio, ciascuno dei quali propone sei figure tra le quali scegliere quella giusta. La saturazione fattoriale in G era di 87.

Il test fu applicato nella selezione delle forze armate. «Penso che, senza la guerra, avrei potuto continuare a lavorare con Spearman. Certamente egli considerava le Matrici come un suo parto. Anch'io!»

La psicologia clinica tra gli anni Quaranta e Cinquanta in Gran Bretagna era polarizzata tra la corrente psicoanalitica, la cui roccaforte era la *Tavistock Clinic*, e quella comportamentale presso l'istituto di Psichiatria del *Maudsley Hospital*, fondato e diretto da Eysenck.

Raven prende una sua posizione di equidistanza, che così descrive: «Dobbiamo essere d'accordo con il comportamentista, che tutto quello che possiamo osservare di una persona è il suo comportamento, incluso ovviamente quello che egli dice» [...] «Dobbiamo concordare con lo psicoanalista che qualunque tentativo di interpretare il comportamento di una persona con le stimolazioni passate implica soggettive preferenze che non possono essere trascurate» [...] «Quel che lo psicologo deve riconoscere è che ogni conclusione raggiunta riguardo alle "cause" per cui una persona si comporta in qualche modo particolare, è sempre dedotta da quanto egli osserva e che, per quanto logico questo possa essere e su qualunque evidenza sia basato, implica sempre giudizi personali che sono di natura essenzialmente soggettiva».

Raven era convinto che la psicologia fosse una scienza naturale e a tal guisa doveva essere studiata ed operata. Nel corso della sua vita professionale usò i fenomeni osservabili nei pazienti come una fonte principale di idee: «Sento che sono sempre stato attento ai pensieri degli altri (...). Mi rendo conto di essere consapevole delle cose prima che esse accadano e proprio questo credo mi abbia portato alla psicologia».

È probabile che Raven verrà ricordato nella storia della psicologia come l'ideatore delle Matrici Progressive, ma si farebbe un falso storico se non ricordassimo gli altri strumenti psicometrici e clinici da lui ideati e commercializzati. Li descriviamo sommariamente, data la conoscenza dovuta all'uso diffuso dagli psicologi.

Le *Progressive Matrices* 1938, poi *Standard Progressive Matrices* (SPM) sono un reattivo che assolve come compito principale quello di «misurare la capacità del soggetto a comprendere delle figure che non hanno un significato definito» (1954). Le SPM sono suddivise in cinque gruppi di dodici problemi e sono progettate per coprire l'intera area dello sviluppo intellettuale; ciascun gruppo svolge un tema che diviene progressivamente più difficile. In questo modo possiamo dedurre la coerenza dell'attività intellettuale di una persona in cinque linee successive di pensiero». Una prima taratura del test fu pubblicata nel 1941 e compiuta su un campione di

3.665 uomini di età tra i 20 e i 30 anni appartenenti alle Forze Armate e su un campione di 2.192 civili.

La *Mill Hill Vocabulary Scale* (MHVS) 1944 è una prova di vocabolario a forma scritta è ordinata in due metà parallele «così che può essere accuratamente misurata la coincidenza delle valutazioni».

Le Matrici e la *Mill Hill* sono state progettate da Raven per essere utilizzate insieme nella valutazione dell'attuale attività mentale di una persona.

Le *Matrici Progressive* 1947 (poi *Coloured Progressive Matrices* CPM gruppi A, Ab, B) furono ideate per ragazzi minori di 11 anni e con equivalente sviluppo intellettuale. Esse sono «pensate per mostrare in qual grado si può dire che una persona ha raggiunto una maturità mentale, e, in caso negativo, il grado maggiore di percezione coerente e di giudizio ordinato di cui, al momento, è capace».

Si possono utilizzare anche «in caso di minorazione intellettuale [...] esse indicheranno il grado di percezione coerente e giudizio ordinato di cui una persona è capace, e dove egli difetta».

Vanno bene con bambini piccoli, persone mentalmente deficienti e persone molto anziane con la capacità di formulare comparazioni e ragionamenti per analogia.

Vi sono due forme: una a quaderno ed una ad incastro. La prima taratura del test fu compiuta su un campione di bambini dai 5 ai 10 anni delle scuole primarie di Dumfries in Scozia.

La *Crichton Vocabulary Scale* CVS è composta da due forme parallele, simile alla MHVS, ma con un numero di parole ridotte di un terzo e per fanciulli sotto i 12 anni. Essa completa i dati raccolti con le CPM.

La *Controlled Projection for Children* (CPC), 1951, è una tecnica di «accostamento comparativo per registrare quello che un fanciullo pensa delle situazioni quotidiane». Scopo della tecnica è quello di scoprire come un ragazzo la pensa: «Noi ci interessiamo all'eroe delle sua storia, alle cose che egli fa dire al suo eroe, a quel che gli fa pensare, alle paure, alle speranze che attribuisce a questo eroe e come egli sistema i fatti a suo modo». Le informazioni ottenute possono essere usate per calcolare il grado di conformità delle risposte di un ragazzo con quelle dei suoi coetanei.

Le *Progressive Matrices serie I e II* o *Advanced Matrices* (AM), del 1943, furono usate, nella forma sperimentale, al Ministero della Guerra per la selezione militare. Nel 1947 fu preparata una revisione, cioè un test di efficienza intellettuale non verbale «che dia al soggetto nel tempo consentito la possibilità di fare confronti fra figure e sviluppare un metodo di ragionamento logico» (1955). Le AM sono un reattivo veloce che ci fornisce «un'indicazione dell'efficienza nell'attuale stato mentale (...) in situazioni in cui una persona deve prendere pronte, accurate decisioni e agire di conseguenza».

L'*Edinburgh Questionnaires* (EQ) – *A cluster of experimental questionnaires for use in organisational development and in staff guidance, placement and development* – è un questionario per valutare la motivazione al posto di lavoro in situazioni individuali o di gruppo. Ad un certo livello dell'organizzazione può essere usato per individuare il grado di pressione sociale sopportabile nel corso dell'azione lavorativa.

Gli strumenti psicometrici ideati da Raven sono stati tutti pubblicati e commercializzati sino dal 1972 dall'editore-libraio *H. K. Lewis and Co. Ltd.* di Londra.

Nel 1972 i tre figli di Raven, avuti da sua moglie Mary, Barton, Martin e John, quest'ultimo psicologo clinico, costituiscono una società, la *J. R. Raven Company Ltd.* con la finalità di aggiornare e distribuire le *Progressive Matrices Tests* e le *Vocabulary Scales*.

Un ricercatore australiano, J. H. Court, della *School of Social Sciences* dell'Università di Flinders Bedford Park, fin dagli anni '70 è impegnato nella compilazione di una bibliografia completa ed aggiornata sulle ricerche svolte in tutto il mondo che forniscono dati fondamentali sulle Matrici progressive. Court si è anche assunto il compito di assicurare il collegamento tra i vari ricercatori che lavorano con questo test e di promuovere un programma per ulteriori ricerche coordinando le attività degli sperimentatori.

Nel 2003 venivano segnalate nella bibliografia internazionale oltre 3.000 pubblicazioni sulle Matrici.



Raven era convinto che la psicologia fosse una scienza naturale e come tale doveva essere studiata e operata. Nel corso della sua vita professionale usò i fenomeni osservabili nei pazienti come una fonte principale di idee: «Sento che sono sempre stato attento ai pensieri degli altri (...). Mi rendo conto di essere consapevole delle cose prima che esse accadano e proprio questo credo mi abbia portato alla psicologia».



**Gli strumenti
psicometrici ideati da
Raven sono stati tutti
pubblicati e
commercializzati
dall'editore-libraio
londinese H. K. Lewis.
Nel 1972 i tre figli di
Raven costituiscono
una società, la J. R.
Raven Company Ltd.
con la finalità di
aggiornare e
distribuire le
Progressive Matrices
Tests e le Vocabulary
Scales.**

Scritti di J. C. Raven e collaboratori

- Davidson M. (1939), *Studies in the application of mental tests to psychotic patients*. British Journal of Medical Psychology, 18,
- Esher F. J. S., Raven J.C. & Earl C.J.C. (1942), *Discussion on testing intellectual capacity in adults*. Proceeding of Royal Society of Medicine, 25, 779-785.
- Eusen M.D. (1945), *An exploratory study of mental organization in senility*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 8, .
- Forbes A. R. (1964), *An item analysis of the Advances Matrices*. British Journal of Educational Psychology, 34, 3.
- Foulds G. A. & Raven J. C. (1948), *Normal changes in the mental abilities of adults as age advances*. Journal of Mental Science, 94, 133-142.
- Foulds G. A. & Raven J. C. (1948), *Intellectual ability and occupational grade*. Occupational Psychology, 22, 197-203.
- Foulds G. A. & Raven J.C. (1950), *An experimental survey with Progressive Matrices (1947), Set I and II*. British Journal of Educational Psychology, 20, 104-110.
- Houliston M. (1947), *Note on selection tests given to nursing applicants*. Nursing Times, 17 May.
- Miller F. M. & Raven J.C. (1939), *Positional factors on the choice of answers to Perceptual Intelligence tests*. British Journal of Medical Psychology, 18.
- Penrose L. S. (1946), *The pattern perception test: Experimental results*. British Journal of Medical Psychology, 20, 146-339.
- Penrose L. S. & Raven J.C. (1936), *A new series of perceptual tests: preliminary communication*. British Journal of Medical Psychology, 16, 97-104.
- Raven J. C. (1936), *Mental test used in genetic studies*. Master of Science, University of London.
- Raven J. C. (1938), *Progressive Matrices. Instructions, key and norms*. London.
- Raven J. C. (1939), *The R. E. C. I. series of perceptual tests; an experimental survey*. British Journal of Medical Psychology, 18, 16-34.
- Raven J. C. (1940), *Matrix tests*. Mental Health, 128.
- Raven J. C. (1941), *Standardisation of Progressive matrices*. British Journal of Medical Psychology, 19, 137-150.
- Raven J. C. (1942), *Testing the mental ability of adults*. Lancet, 242, 115-117.
- Raven J. C. (1944), *The Mill Hill Vocabulary Scale*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1944), *Controlled projection: a standard experimental procedure*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1947), *Progressive Matrices (1947). Set I and II (for adults)*. Lewis and Co., London
- Raven J. C. (1947), *Progressive Matrices 1947, Set A, Ab, B., (for use with children under 11 years of age, defective children and for clinical work)*, Lewis, London. (1986) Manuale di istruzioni delle Progressive Matrices 1947: serie A, Ab, B, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Raven J. C. (1948), *A comparison of skill and awkwardness*. Quarterly Bulletin B. P. S.
- Raven J. C. (1948), *The comparative assessment of intellectual ability*. British Journal of Psychology, 39, 12-19.
- Raven J. C. (1948), *Guide tousing Progressive Matrices (1938)*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1948), *Guide tousing the Mill Hill Vocabulary Scale with Progressive Matrices (1938)*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1948), *A method for determining the typicality of personality descriptions (Applied to assessing the noticed after-effects of prefrontal leucotomy)*. Journal of Mental Science, 94, 114-117.
- Raven J. C. (1949), *What is clinical psychology?* Bulletin B. P. S.
- Raven J. C. (1949), *The comparative assessment of intellectual ability*. British Journal of Psychology, 39, 12.
- Raven J. C. (1949), *Progressive Matrices (1947) Set A. Ab. B.* Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1950), *The comparative assessment of personality*. British Journal of Psychology, 40, 115-123.
- Raven J. C. (1951), *The instinctive disposition to act intelligently*. British Journal of Psychology, 42, 336-344.
- Raven J. C. (1951), *Controlled projection for children*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1951), *Some problems of projection encountered in an drawing*. Bulletin of B. P. S., 58-60.
- Raven J. C. (1952), *Human nature. Its development, variations and assessment*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1952), *Professional relations between psychologist and client*, Bulletin of B. P. S.
- Raven J. C. (1953), *The contribution of the professional psychologist to the community in which he works*. Revue de Psychologie Appliquée, 165-169.
- Raven J. C. (1954), *Morbid and healthy hallucinations*. Paper read at the Oxford Meeting of the British Association.
- Raven J. C. (1956), *The principle of individuation and the co-ordinates of conduct*. British Journal of Psychology, 47, 95-100.
- Raven J. C. (1957), *A comparative study of two psychological tests given toboys applying to become youths-in-training in the Engineering Department of the Post Office (Scotland) and P. O. five-year progress records of accepted applicant*.
- Raven J. C. (1958), *Guide to using the Coloured Progressive Matrices*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1958), *Verbal dysfunction in mental illness: a comparative study*. Language and Speech, 1, 3.
- Raven J. C. (1959), *Note on Burt's "The distribution of intelligence"*. British Journal of Psychology, 50, 70-71.
- Raven J. C. (1960), *Changes in productive and reproductive intellectual activity between 60 and 90 years of age*. Paper read at B: P: S: Annual Conference, Cambridge.
- Raven J. C. (1962), *Extended guide to using the Mill Hill Vocabulary Scale with the Progressive Matrices Scale*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1962), *Revised edition of Advenced Matrices Set II*. Lewis and Co., London.
- Raven J. C. (1966), *Psychological principles appropriate to social and clinical problems*. Lewis and Co., London. (Trad. It. Principi di psicologia per problemi sociali e clinici, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1968).
- Raven J. C., Court J. H. & Raven J. (1977), *Coloured Progressive Matrices. Manual*, Lewis, London

Raven J. C., Raven J. & Court J. H. (1994), *Manual of Raven's Progressive Matrices and Vocabulary scales. Section 4, The Advanced Progressive Matrices*. Oxford Psychologist Press, Oxford.

Raven J. C., Raven J. & Court J. H. (1995), *Manual of Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section 1, General overview*. Oxford Psychologist Press, Oxford.

Raven J. C., Raven J. & Court J. H. (1998), *Manual of Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section 4, The Advanced Progressive Matrices*. The Psychological Corporation, San Antonio, TX.

Raven J. C. & Waite A. (1939), *Experiments on physically and mentally defective children with perceptual test*. British Journal of Medical Psychology, 18, 40-43.

Raven J. C. & Walshaw J. B. (1944), *Vocabulary tests*. British Journal of Medical Psychology, 20, 185-194.

Spearman C. (1933), *The Spearman visual perception test*.

Yates A. J. (1961), *Item analysis of Progressive Matrices (1947)*. British Journal of Educational Psychology, 31, 152-157.

Yates A. J. (1963), *A further study of Progressive Matrices (1947)*. British Journal of Educational Psychology, 33, 307-311.

La psicologia come ecologia umana

JOHN CARLYLE RAVEN

Raven ha scritto un solo volume in cui riassume tutto il suo pensiero riguardo al lavoro clinico e alla ricerca applicativa nella psicodiagnostica. Si tratta di *Principi di psicologia per problemi sociali e clinici* del 1966, edito dalle *Organizzazioni Speciali* di Firenze. Abbiamo cercato di estrapolare alcune frasi importanti che ci sembrano riassumere il suo pensiero

La psicologia può essere definita come la sistematica ricerca sul comportamento e le esperienze di individui viventi ma, come branca della scienza della natura, sarà giudicata dal grado in cui i fenomeni studiati potranno essere valutati e coordinati in modo da dimostrare la loro coerenza e la loro relazione con le altre branche del sapere.

Una preziosa caratteristica della scienza naturale è il suo metodo di osservazione sistematica e di registrazione e comparazione delle esperienze di persone diverse, in modo che facilita il fare predizioni sul futuro corso degli eventi che poi possono essere validate con successivi controlli.

Questa era la linea di ricerca che mi attirava, ma per la psicologia, e particolarmente per la psicologia sociale e clinica, mi sembrava di eguale importanza il riconoscere la natura essenzialmente soggettiva di qualunque genere di esperienza e lo scegliere metodi di studio adeguati.

Quel che lo psicologo deve riconoscere è che ogni conclusione raggiunta riguardo alle "cause" per cui una persona si comporta in qualche modo particolare, è sempre dedotta da quanto egli osserva e che, per quanto logico questo possa essere e su qualunque evidenza sia basato, implica sempre giudizi personali che sono di natura essenzialmente soggettiva. Tutto quello che possiamo registrare è il comportamento attuale di una persona in una situazione data.

Qualunque genere di teoria si ami accettare per spiegare il comportamento, si deve sempre valutare l'attività mentale di una persona dalla maniera in cui si adatta al

«Ogni conclusione raggiunta riguardo alle "cause" per cui una persona si comporta in qualche modo particolare, è sempre dedotta da quanto egli osserva e che, per quanto logico questo possa essere e su qualunque evidenza sia basato, implica sempre giudizi personali che sono di natura essenzialmente soggettiva. Tutto quello che possiamo registrare è il comportamento attuale di una persona in una situazione data».



suo ambiente, dal modo in cui fa tesoro delle sue esperienze precedenti per raggiungere qualche scopo.

Se si chiede a qualcuno di specificare le "cause" del suo agire in un certo modo, egli di solito ci dichiara lo "scopo" che egli aveva in mente al momento. Egli ci dice che sta stava cercando di risolvere un certo problema o che voleva raggiungere un certo obiettivo.

Per queste ragioni mi sembra che qualunque teoria psicologica che non tiene conto dell'universale interdipendenza tra esperienza soggettiva e obiettivo metodo di studio, va considerata non soltanto non scientifica, ma incapace, in un lavoro sociale e clinico, di trovare un'applicazione che ci permetta di trarre alcuna deduzione chiaramente definita da tutte le nostre osservazioni.

Procedendo, come ho fatto, dalla psicologia genetica alla sociale e alla clinica [...] mi sembrava ovvio che il primo problema di cui dovevo occuparmi fosse lo stabilire la natura di relazione tra due persone e di definire le coordinate lungo le quali era possibile per una persona descrivere e valutare il comportamento di un'altra. Per lo psicologo, almeno, la legge "in ogni relazione tra due individui ciascuno esercita un'influenza sull'altro e la subisce a sua volta" è un assioma basilare che deve essere riconosciuto e debitamente considerato prima di trarre qualunque deduzione da un colloquio, o prima che qualunque studio sperimentale sul comportamento umano possa cominciare ad essere scientifico.

Nel corso del mio lavoro come psicologo clinico mi rendevo conto che quanto si riferisce alla valutazione della deviazione della personalità, doveva riferirsi egualmente, anche se in modo più semplice, alla valutazione dello sviluppo mentale normale e che da questo punto dovevo prendere le mosse [...]. Dal punto di vista psicologico, il significato del termine "normale" va riconosciuto e valutato in base alla frequenza con cui una data forma di comportamento è riscontrata in una data situazione; l'accettazione o la disapprovazione sociale che comporta; l'ampiezza

che lascia all'equilibrio personale. Il primo punto è di natura quantitativa. Il secondo implica questioni di valore. Il terzo riguarda la continuità o meno del comportamento personale.

Noi pensiamo sempre che il comportamento di una persona provenga da condizioni di mente anormali, se per qualche ragione cessa di adeguarsi ai mutamenti del suo ambiente attuale col risultato di essere incapace di esprimere la sua individualità in armonia con ciò che lo circonda [...]. Per comprendere condizioni mentali anormali è necessario non solo valutare la frequenza con cui la gente indulge a tal genere di comportamento e il grado in cui tale comportamento può prevedibilmente incontrare accettazione o disapprovazione sociale, e porta a un benessere o ad un disagio personale; occorre anche conoscere quali caratteristiche di condotta personale siano generalmente descritte come derivanti da una attività mentale, come distinta motivatamente da quella puramente fisica.

Non comprenderemo appropriatamente le determinanti di un'azione abile, né le cause di disadattamento sociale e della malattia mentale, finché non terremo conto della normale estensione della percezione del passato e del futuro e non formuleremo le nostre leggi del comportamento conseguente.



Sono certo che la psicologia in quanto scienza deve considerare seriamente il futuro e comprendere che il futuro influenza il presente in maniera determinante. Già esistono modi pratici di studiare la capacità di una persona di anticipare il futuro e di rispondere agli avvenimenti prima che essi abbiano luogo. Questo è il futuro della ricerca psicologica [...] ed ha anche indubbe implicanze cliniche.

«Non comprenderemo appropriatamente le determinanti di un'azione abile, né le cause di disadattamento sociale e della malattia mentale, finché non terremo conto della normale estensione della percezione del passato e del futuro e non formuleremo le nostre leggi del comportamento conseguente».

Credo che il disadattamento all'ambiente provenga molto largamente dall'incapacità di anticipare il corso degli eventi e a prepararsi ad essi tempestivamente.

È chiaro che, una volta che qualche idea, o modo di agire, è iniziata, essa tende a persistere e ad essere ripetuta. E da questa universale tendenza del pensiero e dell'azione a mantenere e ripetere quel che è acquisito che le persone si formano le loro idee della memoria, abitudini, istinti, ed anche di meccanismi neurali d'ogni genere. Possiamo dunque stabilire la Prima Legge del Comportamento Intenzionale: *L'attività mentale mantiene e ripete le sue forme acquisite di espressione.*

L'organizzazione mentale, utilizzabile da una persona ad ogni momento dato, determina la conoscenza e l'abilità che egli può acquisire. Essa determina anche il punto da cui egli deve cominciare ad imparare qualcosa che egli voglia fare. Possiamo di fatto stabilire la Seconda Legge del Comportamento Intenzionale: *Il presente livello di organizzazione mentale di una persona fornisce le basi da cui può svilupparsi la successiva organizzazione mentale.*

Benché il presente livello di organizzazione mentale di una persona determini l'organizzazione del pensiero e dell'azione che egli può acquisire, è solo in caso di fatica, o di malattia, che la gente ricorda le informazioni o ripete abitudini acquisite indiscriminatamente. La nostra osservazione degli altri, come l'introspezione su di noi, mostra che richiamiamo alla memoria ed agiamo, a seconda di quel che intendiamo fare. È il fine che una persona vuole raggiungere, o l'idea che egli vuole esprimere, che determina le informazioni acquisite che egli richiama dal passato, come anche quel che egli fa nel presente. Possiamo allora stabilire la Terza Legge del Comportamento Intenzionale: *L'organizzazione del pensiero e dell'azione di cui ci si prende cura e che vengono sviluppate, sono determinate da quel che una persona intende raggiungere o divenire.*

John Carlyle Raven (1902-1970)

A brief biography of J. C. Raven is presented in this article: biologist, he increased his knowledge in the psychological field. Raven pointed out his interest in the possibility of a scientific measure of mental development using mental test. He worked together noted psychologists like Spearman, Penrose and others. With Penrose Raven presented in 1936 the first form of Progressive Matrix. Apart from this test and its reviews, Raven devised and marketed some other psychometric instruments. In 1966 Raven published *Psychological principles appropriated to social and clinical problems*. In this volume he defined psychology a systematic research concerning living individual's behaviour and their experiences. A characteristic quality of this natural science (so Raven described psychology) is its method of orderly observations, of recording, in comparison with different people's experiences; the goal of this science would be support the prediction of future flow of events: these events would be then validated by following controls.

link 06 *esperienze*

DISTURBO DA
DEFICIT DI
ATTENZIONE CON
IPERATTIVITA'.
SPORT E ANALISI
TRANSAZIONALE
Giovanni Lodetti

TRATTAMENTO
COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE
DEI DISTURBI DA
BINGE EATING.
INTEGRAZIONE CON
EMDR
Marina Balbo

IL COUNSELLING
GENETICO
IN ONCOLOGIA.
ASPETTI
PSICOSOCIALI DEL
TUMORE EREDITARIO
DELLA MAMMELLA
E DELL'OVAIO
Eleonora D.
Capovilla,
Samantha
Serpentini

LA VALUTAZIONE
PSICOLOGICA ALLA
IDONEITA' ALLA
GUIDA DI
AUTOVEICOLI: LA
SPERIMENTAZIONE DI
UN PROTOCOLLO
OPERATIVO
Mario Zerilli,
Mario Merzari,
Massimo Prior



Disturbo da deficit di attenzione con iperattività. Sport e analisi transazionale

Questo lavoro è la sintesi di un'esperienza di neuropsicologia clinica che valuta e cerca di riabilitare un deficit cognitivo e le annesse complicazioni psicologiche, affettive e di personalità a carico del sistema nervoso centrale. Parla del *disturbo da deficit di attenzione con iperattività* di un giovane soggetto e la strutturazione di un setting che usa come correttivi: le regole dello sport e la psicoterapia in un contesto di giovani atleti in età evolutiva, l'interazione tra lo spazio sportivo, tradizionalmente gestito come luogo di regole e codici di gioco, e gli aspetti clinici e metodologici della terapia clinica nell'Analisi Transazionale. L'intento è di offrire uno spazio di riflessione, comune sia all'operatore sportivo sia al clinico, per interagire in una visione allargata e più completa del messaggio ludico sportivo, visto così in chiave clinico preventiva.

GIOVANNI LODETTI*

La disciplina guida sportiva: la scherma

Lo sport per l'intervento di lavoro è in questo caso la scherma.

Antica disciplina marziale "occidentale" è uno sport estremamente ritualizzato con regole ed imposizioni assai rigide che vanno prese con modalità proprie e portano a misurarsi. L'insegnamento è personalizzato.

In precedenti ricerche si sono riscontrate nei gruppi di lavoro e in un quadro d'apprendimento della scherma assolutamente ludico e di confronto, le seguenti caratteristiche omogenee: crescita della presa di coscienza delle regole comportamentali, crescita della socializzazione a livello interpersonale e di gruppo, crescita della formazione del proprio Io, diminuzione dello stato d'aggressività nei casi eccessivi.

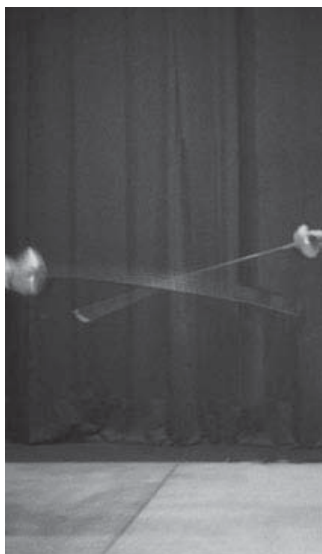
Il gruppo in cui si svolge il setting di lavoro con il caso "Carlo" è composto da circa dodici-quattordici soggetti normodotati, d'età compresa tra i sette e gli undici anni (età di latenza), e da due soggetti, portatori di handicap, uno di ventotto, l'altro di quaranta anni che corrispondono in linea generale all'età mentale del gruppo di lavoro. Questi due soggetti sono accompagnati e seguiti durante l'attività da una professoressa ISEF formatasi, con adeguate metodologie, agli aspetti relazionali dell'attività sportiva dei portatori di handicap mentali (A. I. P. S. 1997/98).

Il lavoro si svolge all'interno di una palestra milanese polistrutturata, nel contesto di un corso di scherma rivolto alla fascia d'età descritta. L'intervento si svolge durante due sedute settimanali pomeridiane di circa 50/60 minuti, per tutto l'anno scolastico.

Il setting di lavoro è composto di un primo gruppo di schermidori con uno o due anni d'esperienza schermistica. Questi hanno conoscenze oramai acquisite di gran

Un gruppo di dodici-quattordici soggetti normodotati, tra i sette e gli undici anni, e due soggetti portatori di handicap, uno di ventotto, l'altro di quaranta anni, seguiti da una professoressa ISEF. Il lavoro si svolge in una palestra milanese, nel contesto di un corso di scherma, durante due sedute settimanali, per tutto l'anno scolastico.

«Carlo ha otto anni ed è un bel bambino proveniente da una famiglia di buona estrazione sociale e culturale. Ha iniziato l'attività con il gruppo di lavoro a settembre. Ha evidenti problemi di relazione, di gestione della concentrazione e del tempo lavoro, di coordinazione spazio/motoria e goffaggine».



«In accordo coi genitori, presenti per mia richiesta al di fuori della Sala d'Armi, si è stabilito che la gestione del tempo della lezione è a mia discrezione. Il gruppo sembra assorbire e sopportare la "strana esuberanza" di Carlo. Sono consci che Carlo è "fatto così"...».

parte delle dinamiche ritualistiche della disciplina, buona conoscenza della tecnica e della tattica di gestione del combattimento e discreta capacità di gestione arbitrale. Questo gruppo da due mesi interagisce, con una progressione nel tempo (cinque, dieci, venti minuti), con un secondo gruppo neofita di giovani schermidori alle prime armi. È di questo secondo gruppo che Carlo fa parte.

Il caso Carlo

Carlo ha otto anni e si è presentato in Sala d'Armi accompagnato dalla madre. È un bel bambino proveniente da una famiglia di buona estrazione sociale e culturale. Ha iniziato l'attività con il gruppo di lavoro a settembre con evidenti problemi di relazione, di gestione della sua concentrazione e del tempo lavoro, grossi problemi di coordinazione spazio/motoria e goffaggine.

Il mio intervento d'istruttore terapeuta si è limitato, nelle prime sedute, a stabilire in dieci o quindici minuti il tempo massimo di relazione col gruppo.

In relazione al quadro presentatomi nelle prime due tre sedute di lavoro, ed in seguito confermatomi per il periodo di sei mesi tra settembre e febbraio, ho rilevato delle situazioni con *comportamento disturbante* e nell'Asse II secondo del DSM III-R un *disturbo da deficit di attenzione con iperattività (D. D. A. I.)*. Infatti, erano presenti ben tredici dei quattordici punti rilevati dal DSM III-R.

Tali elementi mi hanno indotto a stabilire il criterio della gravità del disturbo come "Moderato" con sintomi e menomazioni funzionali intermedi tra la forma "Lieve" e la forma "Grave".

Escludendo problemi di tipo deficit-mentale, in quanto l'intelligenza è da considerarsi viva, ho iniziato il lavoro, mantenendo inalterate le caratteristiche del setting sopradescritte e gestendo la "ludoterapia schermistica" con l'attività globale dei giochi di approfondimento delle tematiche schermistiche, simili in tutti i soggetti del gruppo.

Primo sviluppo dell'intervento (settembre – gennaio)

Nei primi due mesi di lavoro sono aumentati progressivamente i minuti di interazione con il gruppo; il suo livello di attenzione si è alzato e, pur con fatica, vi è stata un'accettazione delle regole del gioco, ma è ancora scarsa la sua capacità di attenzione al lavoro. In accordo coi genitori, presenti per mia richiesta al di fuori della Sala d'Armi, si è stabilito che la gestione del tempo della lezione è a mia discrezione. Il gruppo sembra assorbire e sopportare la "strana esuberanza" di Carlo. Sono consci che Carlo è "fatto così".

Nei gruppi si è consapevoli che la sua forte iperattività è legata alla non abitudine a gestire il gioco per molto tempo.

Nei primi quattro mesi sono riuscito ad avere un incremento della sua attenzione, della gestione dei lavori ed accettazione delle regole, sino ad un massimo di quarantacinque minuti, con l'opzione sempre valida che a troppa esuberanza sarebbe tornata la mamma e lo avrebbe portato a casa.

Questi risultati sono possibili con l'ausilio di una ludoterapia strutturata.

A causa della malattia invalidante ad andamento cronico con fase acuta della mamma, un mese d'ospedalizzazione con problemi cardiaci piuttosto gravi, è stato impossibile per Carlo venire a scherma.

Mi è stato riferito dal personale scolastico che, in questo periodo, sono comparsi in Carlo sintomi gravi di bullismo, con atti di vandalismo a causa di un forte contrasto con l'insegnante.

Secondo il *Codice degli Eventi Psico sociali Stressanti per Bambini ed Adolescenti* può essere classificato come Moderato (3) nell'Asse IV del DSM III R, che va a sommarsi così con il quadro già descritto nell'Asse II. Ciò va a complicare il quadro diagnostico con il pericolo di poter sfociare in una sorta di cronicizzazione del comportamento antisociale del fanciullo (codice V 71.02 del DSM III-R).

Al ritorno di Carlo nel setting schermistico, corrispondente alla dimissione della mamma dall'ospedale, la situazione è estremamente peggiorata. Carlo non ha la capacità di gestire più di dieci minuti di lavoro con evidente imbarazzo dei compagni che ne sono, a questo punto, disturbati. Carlo in questi dieci minuti si esprime con espressioni di aggressività verbale che sembrano essere lo strascico del forte contrasto con la propria insegnante scolastica apostrofata come: "stronza, puttana", con un'emissione di forti rutti, compiendo gesti, talvolta ripetuti in modo stereotipato privi di significato apparente (smorfie ecc.).

Alla mia domanda diretta di perché tanta rabbia lui risponde che «la professoressa lo odia, che lui non riesce a contenersi e che si è organizzato con gli altri della "banda" per fargliela pagare».

A schermo non ha mai messo le mani addosso ai suoi compagni con la volontà di fare male, talvolta però si butta a peso morto su di loro e li insulta. Non ha mai compiuto atti di violenza contro gli oggetti, atto invece quotidiano a scuola.

Giochi transazionali

In questa fase di evidente disagio la strutturazione del tempo presenta per lui indubbie difficoltà di gestione. La sua comunicazione così come la sua metacomunicazione esprimono una necessità di gestire una relazione che offra in qualche modo una sorta di sollievo al disagio contingente. Questa può essere messa in evidenza attraverso delle modalità di comportamento che possono essere classificate nella metodologia psicoterapeutica dell'Analisi Transazionale come giochi. Un gioco è una serie progressiva di transazioni ulteriori complementari rivolte ad un risultato ben definito e prevedibile. Si può descrivere come un insieme ricorrente di transizioni, spesso monotone, superficialmente plausibili, con una motivazione nascosta, o più semplicemente, come una serie di mosse insidiose "truccate" (Berne, 1967, p. 55).

Per giocare c'è bisogno sia di un contesto, sia di compagni, per entrare nella relazione a due nel contesto dell'attività sportiva. Carlo sembra mettere in atto dei comportamenti stereotipati e tende ad imporsi nelle sue modalità espressive e relazionali anche ai suoi compagni o al trainer.

In questo contesto posso affermare che Carlo tende a giocare al "Goffo Pasticcione" gestito con l'evidente tornaconto di ricevere delle rassicurazioni positive, anche se volontariamente crea dei disagi a terzi con un comportamento aggressivo "premeditato" a prima vista celato.

Quest'aggressività celata vuole essere un espediente per sfogare un grosso sentimento di rabbia ed impotenza, in modo tale da portarlo addirittura a essere compreso dalla vittima. Carlo ha provato questo gioco con i ragazzi più piccoli, che però si sono prestati per poco tempo; molto presto hanno adottato delle contromosse o dei comportamenti molto schietti denunciando apertamente il gioco di Carlo e costringendolo a smettere. In questa fase la scelta a questo primo gioco è «Prendimi a calci», dove l'atto estremo della punizione finale, il faticoso calcio, sembra un'inevitabile conseguenza di un comportamento stressante e che ha come tornaconto il «Perché capitano tutte a me», ovvero «tutti ce l'hanno con me». In entrambi i giochi vi è evidente una richiesta di relazione e di gestione della rabbia o dell'aggressività che ha comunque delle modalità patologiche di esprimersi.

Bisogna comunque riflettere che, a parte i dovuti correttivi esercitati in seguito, vi era da parte del gruppo nella sua totalità una "discreta componente sana". Si sono, infatti, sviluppate delle dinamiche che tendono da sé a rientrare nella gestione di uno spazio comunicativo pre-adolescenziale "normale".

L'intervento con metodologie di analisi transazionale (marzo – giugno)

Facendo presente ai genitori che la situazione era estrema, loro si sono espressi come consci del problema e disponibili ad un intervento che potesse alleviare le

La strutturazione del tempo presenta per Carlo indubbie difficoltà di gestione. La sua comunicazione, così come la sua metacomunicazione, esprimono la necessità di gestire una relazione che offra una sorta di sollievo al disagio contingente. Questa può essere messa in evidenza attraverso modalità di comportamento che sono classificate nella metodologia psicoterapeutica dell'Analisi Transazionale come giochi



L'aspetto più positivo è la serenità di Carlo durante il lavoro fortemente strutturato, come gli assalti schermistici che comportano molte e complesse nozioni tecniche e di gestione delle regole del combattimento. In quest'ambito è stata ampliata la consapevolezza del gruppo sui ruoli relazionali dello Stato dell'Io. In molte situazioni, talvolta legate anche allo svolgimento della mattinata scolastica positiva, le capacità di Carlo di relazionarsi con il gruppo aumentavano, raggiungendo, a maggio, l'ora di lezione completa nell'arco delle due sedute settimanali, con grande miglioramento dell'attenzione.

tensioni di Carlo, con l'evidente clausola sempre valida della mia possibilità di poter effettuare la mia lezione in base alla capacità di Carlo di gestire i suoi tempi di attenzione. Barbara, insegnante Isef, è la responsabile del corso e già mia allieva in corsi di formazione in Analisi Transazionale.

In occasione di un episodio di intolleranza da parte di Carlo verso un bambino molto piccolo, circa cinque anni (appartenente ad un corso di ginnastica parallelo che condivideva contemporaneamente gli spogliatoi), apostrofato come "piccolo coglione" si è deciso, in accordo con Barbara, di gestire un intervento secondo le metodologie dell'Analisi Transazionale.

Dapprima durante l'ora di Barbara la possibilità di scambio di ruoli è a discrezione dell'insegnante: allievo, assistente, collaboratore, allievo più piccolo, ecc. a patto di prendere visione e coscienza di altre realtà che sono quelle legate anche alla diversa età e capacità di essere nei bimbi. C'è da considerare che Carlo è l'ultimo di tre fratelli. La clausola di contratto più forte è però di discutere insieme i suoi comportamenti nei diversi contesti e nei ruoli ricoperti.

Le stesse cose avvengono poi durante la mia ora. Con l'ausilio di tecniche di drammatizzazione si gestiscono a ruota i vari ruoli: maestro, allievo, allievo esperto, allievo principiante ecc.

Nel contesto dell'esperienza sono stati usati: i giochi di ruolo (*role-playng*), scambi di ruolo allievo/maestro, assunzione del ruolo di direttore di torneo, di giudice arbitro, di allievo in atteggiamento schermistico di difesa, o di offesa; la drammatizzazione, giochi di pantomima sul comportamento del giudice, dell'allievo che vince o che perde, dell'allenatore, del genitore; teatrino quotidiano legato all'assunzione di un comportamento fuori delle regole, prove di un "processo", assunzione dei ruoli quali imputato, accusa, difesa, giuria con espressione di verdetto; rinforzi positivi (carezze psicologiche) legati al bisogno di riconoscimenti, funzione primaria per l'essere umano che ha bisogno in modo imprescindibile di stimolazioni fisiche e mentali; la redistribuzione dei meccanismi di difesa psicologici attraverso il gioco schermistico. In questo modo, questi possono essere condivisi nel gruppo ed integrati come parte di un'interazione ritualizzata per offrire sollievo al gruppo stesso.

Osservazioni

Durante l'applicazione d'interventi a carattere preventivo terapeutico, quali carezze o rinforzi positivi al lavoro, scambi di ruolo nella drammatizzazione, o forte emozione agonistica durante l'assalto strutturato, è evidente uno stato manifesto di sollievo di Carlo.

L'impegno durante questi fasi è aumentato, tanto che durante un "piccolo processo" dove è stato coinvolto come imputato per aver disturbato la lezione, ha appreso con serenità il verdetto che gli intima di comportarsi come uno del gruppo seguendo le regole dell'ambito schermistico se vuole continuare a rimanere in quel contesto. Nel corso di questa drammatizzazione c'è stata molta partecipazione da parte del gruppo che ha assunto il ruolo di giuria, accusa e difesa con molta onestà e serenità, sapendo che i ruoli potevano in altre occasioni essere invertiti.

Gran sollievo si è manifestato durante gli attacchi schermistici, gestiti nell'arbitraggio e nell'accettazione del risultato con l'esecuzione del saluto e del ringraziamento dell'avversario (accettazione dei ruoli).

L'aspetto più positivo è la serenità di Carlo durante il lavoro fortemente strutturato, come gli assalti schermistici che comportano molte e complesse nozioni tecniche e di gestione delle regole del combattimento.

In quest'ambito ho ampliato la consapevolezza del gruppo riguardante i ruoli relazionali dello Stato dell'Io. Ho spiegato cosa s'intende quando si parla di **Bambino**, qual è il suo comportamento dinanzi ai momenti difficili, ad esempio dopo una sconfitta, o prima di un assalto complesso. Ho spiegato cosa è il **Genitore** che è in noi in molti momenti ed infine qual è il comportamento dell'atleta maturo **Adulto** in occasioni anche estreme come arbitraggi talvolta contrari ecc.

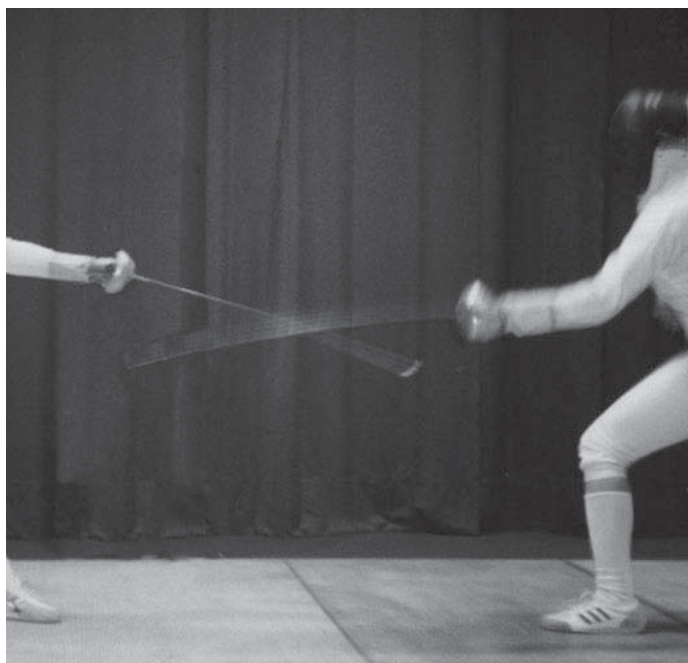
Hanno così cominciato a distinguere la struttura della loro personalità durante il

loro essere insieme; durante la drammatizzazione e gli scambi di ruolo ci siamo divertiti a mettere in atto i vari comportamenti e le transazioni nella comunicazione verbale e non. Tutto questo come un gioco che ha permesso di distinguere i vari ruoli. In questa fase mi ha aiutato con la sua presenza anche Margherita che nel ruolo di accompagnatrice di due ragazzi con sindrome Down, ha assunto spesso e volentieri il ruolo di appoggio a me molto gradito.

In questo clima ho potuto verificare che in molte situazioni, talvolta legate anche allo svolgimento della mattinata scolastica positiva, le capacità di Carlo di relazionarsi con il gruppo andavano ad aumentare, raggiungendo a maggio l'ora di lezione completa nell'arco delle due sedute settimanali con gran miglioramento dell'attenzione. Durante l'anno, inoltre non vi è stato da parte di Carlo nessun'attività degna di nota di contrasto né con me, Barbara o Margherita.

Con i compagni solo qualche lieve scaramuccia legata tra l'altro ai contesti già esaminati in precedenza. Ha ben legato con i due ragazzi down Luca e Gabriele, definendoli sempre come i suoi compagni di gioco e schermidori, non connotandoli mai come dei diversi.

Infine ha affrontato un saggio finale di gruppo dinnanzi a più di mille persone superando delle remore dovute al fatto che si vergognava per non essere capace, ma poi mostrando fierezza nell'aver superato positivamente la prova. Ha aggiunto che l'anno successivo vuole tornare a fare scherma e a combattere con più attenzione, anche perché è, a sua detta "un po' scarso".



*Dr. Ph.,Presidente e Direttore Scientifico A. I. P. P. S., Membro W. C. P., E. A. T. A., A. U. P. I., F. I. S. S. P.

BIBLIOGRAFIA

- Berne E. (1967), *A che gioco giochiamo*, Fabbri Editore, Milano
 Berne E. (1979) *Ciao... e poi? La psicologia del destino umano*, Fabbri Editore, Milano
 D.M.S.-III (1988) *Criteri diagnostici*, Masson, Milano
 Harris T.A. (1974) *Io sono Ok tu sei Ok*, rizzoli libri s.p.a.
 Lodetti G., Carlo Ravasini (1990) *Aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva*, Ghedini, Milano
 Lodetti G., Carlo Ravasini (1994) *Sport ed educazione giovanile, riflessi di carattere psicologico e sociale*, Ghedini, Milano
 Lodetti Marcello e Giovanni (1995) *La scherma, tecnica, didattica, psicologia*. Mursia. Milano.
 Moisio C.;Novellino M. (1982) *Stati dell'io, le basi teoretiche dell'Analisi Transazionale integrata*. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma.
 Ricardi F. (1997) *L'Analisi Transazionale. Il Sé e l'altro*. Xenia Edizioni, Milano.
 Steward J., Joines Vann (1990), *L'analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*. Garzanti.
 Watzlawick P., Beavin J.H., Don D.Jackson. (1967) *Pragmatic of Human Communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. W.W. Norton & Co., Inc., New York.

Attention deficit disorder. Sport and transactional analysis

The present work deals with the treatment of *Attention and Hyperactivity Disorder* in a young boy, through the use of a sporting setting: a fencing course. In particular this text describes the utility of the interaction between the sporting rules and the clinical aspects, in order to create a reflection scope. In this context it is possible to use the fencing playful message with clinical and preventive aims.

Trattamento cognitivo-comportamentale dei disturbi da *Binge Eating*. Integrazione con Emdr

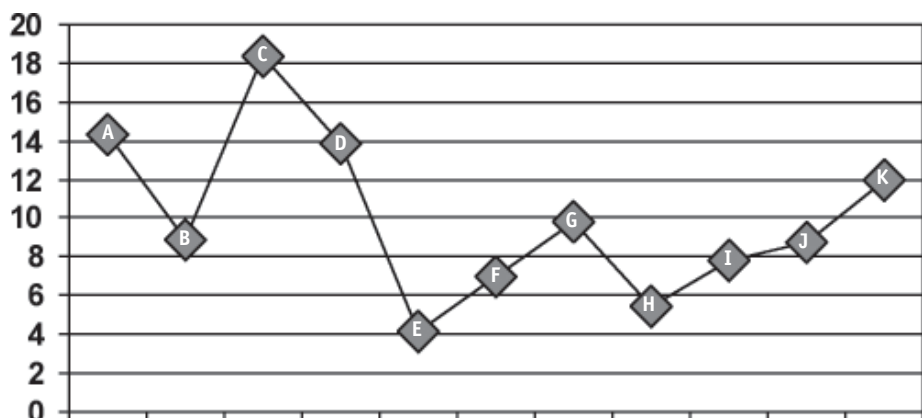
L'approccio terapeutico dell'EMDR nel trattamento dei disturbi alimentari con attacchi di fame compulsiva con e senza *purging* su pazienti in trattamento con psicoterapia cognitiva e comportamentale. L'insoddisfazione per il corpo (manifestata con un'eccessiva preoccupazione per il peso e per la forma fisica) e l'inadeguatezza di sé, derivati dall'influenza dei fattori culturali, sembrano rappresentare i più alti elementi di mantenimento dei sintomi dei disturbi alimentari con attacchi di fame compulsiva

MARINA BALBO *

Il modello cognitivo-comportamentale individua, tra i fattori che possono mantenere e perpetuare i sintomi, quelli più collegati a problematiche irrisolte di natura interpersonale dove la relazione con l'altro diventa difficile da definire, da interrompere o da accettare. Il corpo spesso viene utilizzato come "strumento di comunicazione" e anche l'accettazione e la valutazione di sé passa attraverso questo filtro. Anche le emozioni positive o negative sono modulate dai pazienti sulla base di quanto la percezione del corpo a volte grasso a volte magro comunica e può essere o non essere accettato dall'altro. Il lavoro terapeutico si attua e si consolida attraverso una forte, ma non sempre facile, alleanza con il terapeuta.

Il campione è composto di 10 casi di pazienti (8 femmine e 2 maschi) che facevano rilevare sia nei punteggi dell'EDI 2 (*Eating Disorder Inventory – 2* di David M. Garner) che dall'analisi della loro storia di vita, diverse idee disfunzionali provocate da costruzioni distorte riguardo il loro livello di autostima, di accettazione di sé e del loro valore personale (molte delle quali di origine traumatica).

- A. Impulso della magrezza
- B. Bulimia
- C. Insoddisfazione per il corpo
- D. Inadeguatezza
- E. Perfezionismo
- F. Sfiducia interpersonale
- G. Consapevolezza enterocettiva
- H. Paura della maturità
- I. Ascetismo
- J. Impulsività
- K. Insicurezza sociale



Valori patologici (oltre la soglia di un punteggio grezzo di 13) erano rilevabili nelle aree: *Insoddisfazione per il corpo*, *Inadeguatezza* e *Insicurezza sociale*.

Si è inoltre somministrato l'SQ (*Symptom Questionnaire* di R. Keller) in quanto, specie quest'ultimo, risomministrabile a tempi brevi, ha permesso di rilevare un significativo livello di cambiamento dei soggetti. (I valori patologici erano rilevabili nella scala dell'ansietà, della depressione e dell'ostilità).

I test dell'EDI 2 e l'SQ sono stati risomministrati dopo 6 sedute di EMDR. Significativi e rilevanti sono stati i risultati ottenuti, specie se confrontati agli indici patologici della prima somministrazione.

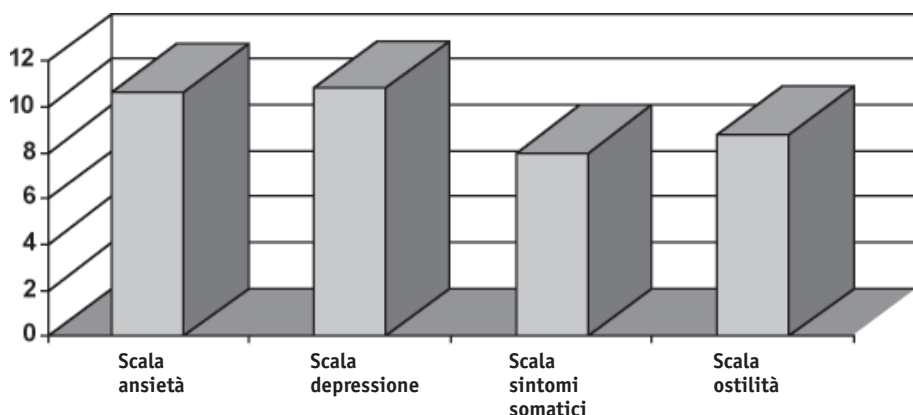
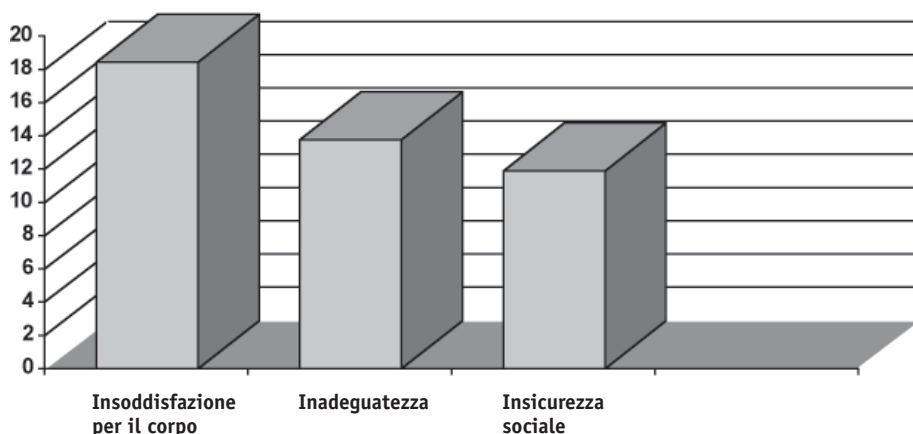
Metodo

Soggetti 10 pazienti (8 femmine, 2 maschi) con attacchi di fame compulsiva, età media 24 anni per le femmine e 30 per i maschi.

Assessment SQ
EDI2
Diario alimentare

L'elaborazione iniziale dei test faceva rilevare nei soggetti, un elevato livello di depressione e di ansia sociale con comportamento sociale restrittivo derivante da problematiche legate all'autostima, al corpo, all'immagine corporea ed a scarso autocontrollo.

Il cibo era considerato l'unica fonte di pace. Il ricorso ad esso avveniva nei momenti in cui era più difficile tollerare la frustrazione causata dalle emozioni considerate difficili da sopportare e spesso anche difficili da discriminare tra loro: ansia, noia, rabbia, tristezza, senso di perdita del controllo, impotenza, inadeguatezza, vergogna, delusione, instabilità (talvolta percepite come inevitabili e sempre comunque imputabili a sé).



L'applicazione dell'Emdr si è focalizzata sulle esperienze traumatiche che la raccolta anamnestica aveva evidenziato fin dai primi colloqui come significative, perché legate a certi aspetti del disturbo alimentare come alcune cognizioni negative inerenti l'immagine di sé, il proprio valore e la sensazione spesso generalizzata di impotenza. In questo modo è risultato evidente come queste esperienze di natura traumatica avevano contribuito nel tempo allo sviluppo del disturbo alimentare.

Dal diario alimentare risultava che il cibo era considerato l'unica fonte di pace ed il ricorso ad esso avveniva nei momenti in cui era più difficile tollerare la frustrazione causata dalle emozioni considerate difficili da sopportare e spesso anche difficili da discriminare tra loro: *ansia, noia, rabbia, tristezza, senso di perdita del controllo, impotenza, inadeguatezza, vergogna, delusione, instabilità* (talvolta percepite come inevitabili e sempre comunque imputabili a sé).

Il modello cognitivo nel campo dei disturbi alimentari ci mostra come queste emozioni facciano parte di quel "circolo vizioso" tipico dei disturbi alimentari, dove il mantenimento dello stesso è legato all'alterazione dell'intreccio tra bio e psico, dove gli antecedenti e le cause diventano conseguenze. (Si cerca di seguire una regola estrema, poi vi è la perdita del controllo nel binge, il problema è nel controllo e nella paura di diventare grasse). Il tutto riassumibile in una percezione di sé vaga ed indefinita.

L'applicazione del modello cognitivo-comportamentale ha permesso ai pazienti di prendere coscienza dell'utilizzo inadeguato della dieta e di ridurre i comportamenti di binge (impiegato spesso autonomamente come unica strategia per perdere peso e anche come controllo del sé emotivo) e di sostituirlo con strumenti più idonei come: rompere regole rigide di alimentazione, tollerare il senso di urgenza imparando che il binge non è inevitabile.

A livello cognitivo la terapia si è focalizzata su:

- La Concettualizzazione del problema e degli schemi cognitivi disfunzionali
- L'Automonitoraggio
- L'Educazione sulle regole e sugli aspetti chiave del comportamento alimentare

L'obiettivo dell'intervento in campo cognitivo era quello di modificare e di migliorare i seguenti aspetti:

- Perfezionismo
- Scarso concetto di sé
- Rigidità rispetto ai valori e al modo di pensare
- Relazione tra perfezionismo e autostima (come fattore di rischio di personalità)
- Imparare a tollerare gli stati emotivi negativi senza abbuffarsi
- Pensiero dicotomico

A livello comportamentale l'intervento terapeutico è stato mirato a incrementare le abilità di assertività e di *problem solving* e a fare esercizi di esposizione per l'immagine corporea.

Nonostante i miglioramenti su queste aree e sui comportamenti alimentari dopo 15 sedute di terapia cognitivo-comportamentale permanevano ancora emozioni disfunzionali (rilevate peraltro dall'uso del diario) provate prevalentemente nelle situazioni in cui era possibile legare l'evento a problematiche legate all'autostima e all'immagine corporea, che risultavano essere inoltre fattori altamente predittivi per ricadute al comportamento di binge appena ridotto.

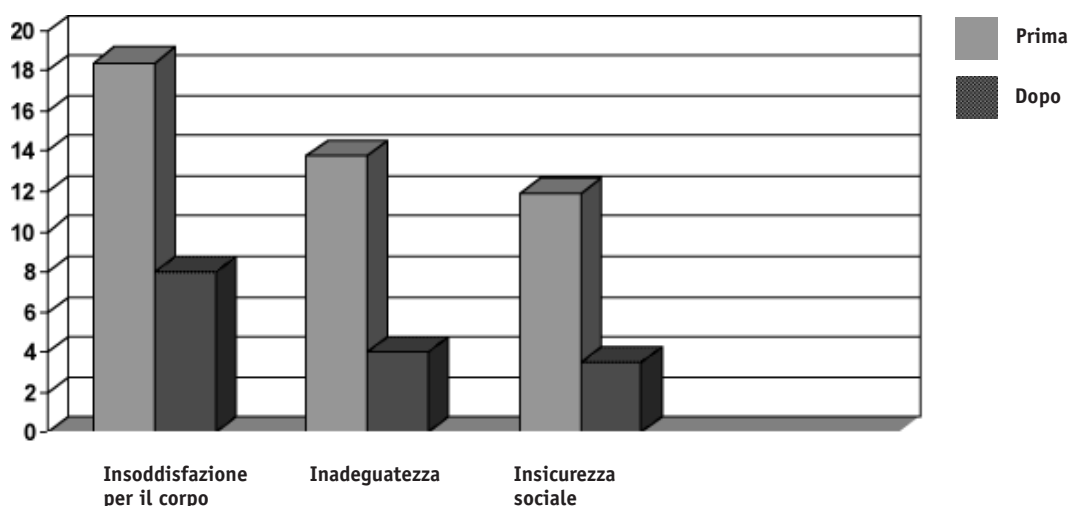
L'applicazione dell'Emdr (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) si è focalizzata sulle esperienze traumatiche che la raccolta anamnestica aveva evidenziato fin dai primi colloqui come significative, perché legate a certi aspetti del disturbo alimentare come alcune cognizioni negative inerenti l'immagine di sé, il proprio valore e la sensazione spesso generalizzata di impotenza.

In questo modo è risultato evidente come queste esperienze di natura traumatica avevano contribuito nel tempo allo sviluppo del disturbo alimentare.

È stato interessante correlare le variabili patologiche elaborate dalle somministrazioni dell'EDI con i contenuti delle cognizioni negative, (intese come autoaffermazioni negative legate all'evento) legate ad esperienze traumatiche, vissute dai pazienti che da anni "contaminavano" i canali di informazione associati a quell'evento. Alcune affermazioni collegate a diverse memorie traumatiche disorganizzate: «Non merito di essere amato»; «Non sono una cara persona»; «Sono debole»; «Sono brutta».

In questo campione di soggetti gli eventi traumatici erano avvenuti in età evolutiva e i più comuni sono stati l'abuso sessuale, l'abbandono delle figure genitoriali,

l'assistere a conflitti e violenza in famiglia e situazioni in cui la critica e la svalutazione sociale avevano compromesso l'organizzazione di un sé integro e sicuro. La maggior parte delle emozioni derivanti da queste esperienze erano associate a comportamenti alimentari disfunzionali: la sensazione di colpa, di solitudine, di non essere degni di amore, di diversità, di non valore e di fallimento. Infatti i



pazienti riferivano che durante gli attacchi di binge provavano queste emozioni, le stesse che erano state sperimentate durante le esperienze di natura traumatica. Il presupposto teorico dell'Emdr ha permesso infatti di dare una visione più completa della patologia nonché la possibilità di integrare una nuova modalità di intervento alla psicoterapia cognitiva e comportamentale. Secondo l'Emdr il cervello infatti ha un sistema innato di elaborazione dell'informazione ma, a causa di certe esperienze traumatiche, tale elaborazione non avviene come dovrebbe: le esperienze che hanno fornito una base significativa alla patologia sono state conservate e non elaborate a sufficienza. L'Emdr contribuisce a risolvere certi schemi e blocchi cognitivi ed emotivi legati allo sviluppo della sintomatologia.

Risultati

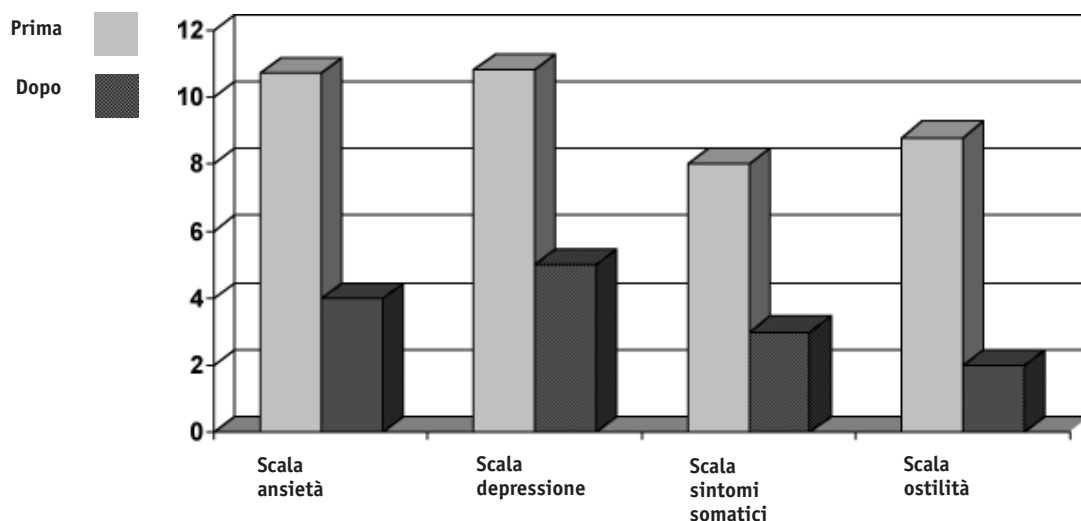
Dopo 6,5 sedute di Emdr

Le emozioni conseguenti la rielaborazione delle esperienze traumatiche attraverso l'Emdr sono passate da una esperienza rivissuta di emozione negativa ad una più costruttiva legata ad un'adeguata percezione di sé e degli altri. Il fatto di rielaborare queste esperienze con l'Emdr ha permesso ai pazienti di avere *insight*, di cambiare la valutazione dal punto di vista cognitivo, di incorporare emozioni adeguate, reazioni fisiche e di adottare comportamenti più adattivi.

I pazienti hanno accettato di iniziare a distanziarsi dal proprio sistema di valori disfunzionali per cominciare a vedere gli effetti che un cambiamento comportamentale può avere anche sul modo di pensare. I valori legati all'SQ risomministrato dopo il trattamento, evidenziano dei risultati significativi. Conseguentemente anche i livelli depressivi si sono ridotti notevolmente determinando i seguenti cambiamenti: aumento dell'aderenza al trattamento, della motivazione alla psicoterapia per l'incremento e il consolidamento delle abilità cognitive legate alla capacità di:

- analizzare il proprio modo di pensare;
- combattere la pressione culturale sulla magrezza (anche per il mantenimento del peso);
- modificare valori e atteggiamenti per attivare un sistema di pensiero più neutrale e positivo;

Le emozioni conseguenti la rielaborazione delle esperienze traumatiche attraverso l'Emdr sono passate da una esperienza rivissuta di emozione negativa ad una più costruttiva legata ad un'adeguata percezione di sé e degli altri. Il fatto di rielaborare queste esperienze con l'Emdr ha permesso ai pazienti di avere insight, di cambiare la valutazione dal punto di vista cognitivo, di incorporare emozioni adeguate, reazioni fisiche e di adottare comportamenti più adattivi



- maggiore accettazione di sé e del proprio valore personale “globale”;
- controllo dei comportamenti di *binge eating*.

Conclusioni

L'integrazione dell'Emdr in un programma terapeutico cognitivo-comportamentale si è dimostrato efficace e ha contribuito a risolvere degli aspetti cognitivi ed emotivi che si mantenevano nonostante ci fosse stato un miglioramento significativo della sintomatologia. I risultati inoltre ottenuti intervenendo con l'emdr sulle cognizioni negative formulate, apprese e mantenute dai pazienti nella loro esperienza nonché sui metodi alternativi alle abbuffate, ha permesso di ridurre notevolmente le loro idee disfunzionali legate alla costruzione di un sé negativo, nonché i comportamenti di *binge eating* facendo rilevare inoltre un aumento della motivazione al cambiamento che ha permesso di continuare la psicoterapia con maggiore aderenza ed autonomia.

* Psicologa Psicoterapeuta, Asti, Centro Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale.

BIBLIOGRAFIA

- Bara, B. a cura di (1996), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri 5, 105-130.
 J. Claiborn & Pedrick (2002), *The BDD Work book*; New Harbinger Publications 8, 110-120.
 Cooper, M. Todd, G. & Well. A. (1998), *Bulimia Nervosa, A cognitive therapy Programme for Clients*, London Jessica Kingsley Publishers. 7,69-79.
 Dalle Grave R. (2001), *Terapia Cognitivo Comportamentale dell'obesità*, Positive Press.
 Garner, D. Garfinkel, P. (1997), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Guilford Second Edition 10, 188-198 25, 437-488.
 Shapiro F. (2000), *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*. McGraw-Hill Italia.

Cognitive behavioural therapy for binge eating integration with EMDR

The present work illustrates the EMDR's method for alimentary disorders with binge eating in subjects attended with behaviour-cognitive therapy. The discontent with one's body and the dissatisfaction with oneself, derivated from cultural factors, contribute towards the maintenance of the alimentary disorders with binge eating.

Il counselling genetico in oncologia. Aspetti psicosociali del tumore ereditario della mammella e dell'ovaio

Il counselling genetico in oncologia è un atto medico che, essendo rivolto alla globalità della persona, implica necessariamente un approccio multidisciplinare integrato che consideri i molteplici aspetti e bisogni del soggetto a rischio di tumori ereditari. In questo ambito numerosi studi sono stati condotti in Nord America, in Europa e negli ultimi anni anche in Italia

ELEONORA D. CAPOVILLA*, SAMANTHA SERPENTINI*

L'alta incidenza dei tumori della mammella e dell'ovaio nei paesi occidentali, la maggiore disponibilità di informazioni dovute alle campagne per la diagnosi precoce del tumore e la scoperta dell'identificazione dei geni BRCA1/2 rendono conto della crescente necessità di una consulenza genetica.

Numerosi studi mettono in evidenza i risultati delle ricerche genetiche e il loro ruolo nel progresso della medicina, ma sottolineano anche l'importanza delle attitudini individuali e del comportamento, sia in relazione alle malattie che nei riguardi della salute mentale del singolo individuo (Borreani & Gangeri, 1996). Da qui l'opportunità di considerare il counselling da un punto di vista non esclusivamente medico, ma anche da un punto di vista etico e psicosociale.

Se in passato il rischio di cancro veniva maggiormente trattato come opportunità per un migliore controllo della prevenzione, in questi ultimi anni si è parallelamente introdotto un approccio più globale riguardante, per esempio, i problemi inerenti la percezione di tale rischio e le possibili conseguenze che questo implica sul piano biologico, medico, psicologico e sociale.

Definizione ed obiettivi del counselling

Il *counselling* è stato definito dall'Organizzazione Sanitaria Mondiale (OMS) come un processo estremamente focalizzato, limitato nel tempo e specifico. Esso pone al suo centro la persona con il suo specifico problema e opera attraverso la comunicazione, il dialogo e la relazione personale al fine di aiutare gli individui a risolvere e gestire al meglio i loro problemi (WHO, 1990).

Dal punto di vista sanitario il counselling costituisce un'attività professionale importante nella relazione di aiuto, che consiste nel dare informazioni e nel verificarne la comprensione, ciò ai fini della prevenzione e di funzionali strategie di *coping* rispetto alle malattie fisiche e ai disturbi psichici (Gallini, 1996).



Il counselling genetico svolto in oncologia pone nuove sfide alle tipologie di counselling genetico esistenti, poiché tocca nuovi punti e nuove problematiche riguardanti la persona già adulta. Principalmente si considera la possibilità di prevenire il cancro e sostenere in una ottica di approccio multidisciplinare le persone che sono a rischio di sviluppare la malattia nel corso della vita

Lo studio della natura e del ruolo dei fattori genetici all'interno della variabilità umana e nell'eziologia delle malattie ha reso la genetica clinica uno dei campi più in rapido sviluppo della medicina. In particolare le nuove conoscenze hanno sollecitato notevoli progressi soprattutto nell'area della prevenzione delle malattie. Di qui l'importanza sempre crescente dei servizi di consulenza genetica e del ruolo che essi svolgono nell'ambito della salute pubblica.

"Counselling genetico" è il termine storicamente usato per descrivere il colloquio che avviene quando un individuo o una famiglia richiedono, o viene loro offerta, una consulenza su problematiche di carattere genetico. La sua natura non direttiva offre al consultante la possibilità di fare delle scelte; questo aspetto costituisce il fulcro della pratica clinica (Murday, 1994).

Questo processo rappresenta il tentativo da parte di una o più persone, adeguatamente formate, di:

- aiutare individui e famiglie a comprendere informazioni mediche circa la diagnosi, il probabile corso della malattia e i trattamenti disponibili per quel particolare disordine;
- informare sugli aspetti ereditari e sul rischio di ricorrenza della malattia nei parenti dell'affetto;
- come affrontare e valutare il rischio genetico;
- individuare il modo di agire più appropriato in relazione a tale rischio, ai progetti familiari, alle credenze etiche e religiose dei soggetti;
- fare in modo che il paziente e la famiglia si adeguino nel miglior modo possibile alla malattia e al rischio di trasmissione associato, o in altri termini aiutare queste persone ad accettare la malattia e a convivere con questa realtà (Committee on Genetic Counselling, 1975).

Il counselling genetico ha la sua origine e trova la sua applicazione più significativa nell'ambito della diagnosi prenatale, ma recentemente il suo impiego risulta essere particolarmente indicato per i pazienti e i familiari affetti da una malattia ereditaria ad insorgenza precoce e a penetranza completa o incompleta.

Il counselling genetico svolto in oncologia pone nuove sfide alle tipologie di counselling genetico esistenti, poiché tocca nuovi punti e nuove problematiche riguardanti la persona già adulta. Principalmente si considera la possibilità di prevenire il cancro e sostenere in una ottica di approccio multidisciplinare le persone che sono a rischio di sviluppare la malattia nel corso della vita (Varesco & Crotti, 2002).

Il processo di consulenza genetica in oncologia dovrebbe costituire parte integrante della gestione globale di tutti gli individui a rischio e/o affetti provenienti da famiglie predisposte a forme ereditarie di cancro (Lynch & Lynch, 1994). Infatti, la consulenza genetica è un momento delicato e importante, perché il consultante può essere chiamato a prendere decisioni complesse relative ai molteplici aspetti legati alla malattia genetica, i quali vanno dalla scelta di conoscere o meno la propria costituzione genetica e quindi il proprio rischio di malattia, a scelte di carattere personale e familiari (esempio lavoro, figli, ecc.). Si tratta spesso di scelte profonde che richiedono la piena autonomia decisionale ed un processo di elaborazione che la consulenza genetica deve favorire e supportare.

Pertanto, il percorso di counselling dovrebbe consistere in un approccio multidisciplinare comprendente le diverse figure professionali (oncologo, genetista, chirurgo, radioterapista, psicologo) adeguatamente preparate ad aiutare il paziente affetto e la sua famiglia nell'intento di:

1. far comprendere le informazioni mediche che includono la diagnosi, l'eventuale decorso della malattia e le forme di assistenza disponibili;
2. valutare il modo in cui l'ereditarietà può contribuire allo sviluppo della malattia, ed il rischio eventuale per i familiari;
3. offrire tutte le opzioni esistenti per affrontare il rischio di malattia;
4. prendere coscienza del proprio stato e compiere le scelte più adeguate per sé stessi e per i propri familiari;
5. cercare di assistere nel miglior modo possibile la paziente e/o i familiari affetti.

Il counselling si caratterizza per essere una attività distintiva e non generica, fondata su principi peculiari e caratterizzata dall'applicazione di un insieme di abilità comunicative. Si svolge secondo modalità che rispettano valori, risorse personali e capacità di autodeterminazione del paziente (*British Association for Counselling*, 1995). Il consulente, infatti, deve adoperare un linguaggio chiaro, comprensibile e adeguato ogni volta a quello dell'interlocutore e al suo livello culturale; egli dovrebbe inoltre accertarsi della reale comprensione da parte del consultante tenendo sempre ben presente i suoi compiti nell'intento di ridurre lo stato di incertezza, e soprattutto accogliere le preoccupazioni, le ansie e le perplessità del consultante.

La "non direttività"

Come precedentemente accennato, un aspetto fondamentale della consulenza genetica riguarda il carattere di "non direttività" che consiste nel fornire al consultante (a meno che quest'ultimo manifesti la chiara volontà di *non* sapere) tutte le informazioni necessarie affinché possa orientare le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e personali in modo assolutamente libero, ma consapevole dei rischi e dei benefici che derivano dalle sue decisioni. Questo aspetto nell'ambito del counselling genetico oncologico assume caratteristiche leggermente differenti rispetto a quelle che siamo abituati a considerare nel counselling genetico tradizionale. In quest'ultimo la "non direttività" si rivolge essenzialmente all'area delle scelte riproduttive e meno ai processi decisionali riguardanti una malattia, come accade invece per il cancro che insorge in età adulta.

All'interno del processo relazionale col malato oncologico e con la sua famiglia, l'offerta di un counselling rappresenta un modo nuovo ed efficace per rispondere ai bisogni delle persone e per aiutarle a maturare con consapevolezza le scelte necessarie a mantenere la loro qualità di vita (Standard, opzioni e raccomandazioni. SIPO, 1998). Pertanto, il consulente oncologico dovrebbe essere preparato ad accogliere i diversi significati e i problemi che di volta in volta i soggetti riportano. Cercando inoltre di comprendere ciò di cui il soggetto "ha bisogno" in quel momento e valutando anche quanto esso sia capace di accettare.

Aspetti psicosociali del tumore ereditario della mammella e dell'ovaio: rassegna bibliografica

L'avvento della genetica predittiva sta determinando importanti cambiamenti sia in campo medico che in campo psicosociale. In particolare, l'utilizzo di test genetici che consentono di individuare con anticipo la predisposizione allo sviluppo di tumore pone problematiche nuove che la società attuale è chiamata ad affrontare. Al di là degli indiscussi vantaggi di questa pratica è importante, infatti, chiedersi cosa accade nella mente e nel cuore di chi scopre di poter essere predisposto a una malattia così grave e quale può essere l'impatto a livello psico-emozionale del processo di consulenza genetica, caratterizzato da diversi momenti di criticità per il benessere bio-psico-sociale. Certo per una persona affetta (comunicazione del rischio genetico, decisione di effettuare o meno il test genetico, attesa del risultato, comunicazione e gestione del risultato se informativo, comunicazione ai familiari), ma anche sana: in questo caso medico e "cliente" si troveranno di fronte a decisioni da prendere non sulla base della certezza di malattia, ma solo sulla sua elevata probabilità di svilupparla.

Una nuova espressione è stata coniata per definire coloro che sanno che potranno contrarre malattia: "malati di rischio"; proprio questa espressione sottolinea quanto la nuova realtà dei test genetici di predisposizione potrà mettere in crisi i concetti di salute e di malattia.

«L'anticipo della diagnosi, la riformulazione del concetto di rischio, il coinvolgimento del soggetto non ancora paziente (ma già diverso da un non portatore di alterazione genetica) comportano una radicale ridefinizione e riconcettualizzazione dell'idea stessa di malattia e di salute» (Tamburini & Santosuosso, 1999).

Un aspetto fondamentale della consulenza genetica riguarda il carattere di "non direttività" che consiste nel fornire al consultante (a meno che quest'ultimo manifesti la chiara volontà di non sapere) tutte le informazioni necessarie affinché possa orientare le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e personali in modo assolutamente libero, ma consapevole dei rischi e dei benefici che derivano dalle sue decisioni.



L'impatto psicosociale del tumore ereditario della mammella e dell'ovaio può determinare nel paziente e nei suoi familiari una serie di reazioni psicologiche ed affettive molto intense e difficili da gestire. Gli aspetti maggiormente critici sono la percezione del rischio, il processo di decision making, motivazioni, speranze e paure prima del test genetico, capacità di adattamento al test genetico, vissuti psico-emozionali e modalità di adattamento al risultato, implicazioni psicosociali della comunicazione ai familiari.

A conferma di ciò, da qualche anno, il problema del rischio genetico di sviluppare tumori ereditari ha coinvolto intensamente l'opinione pubblica, in quanto sono state documentate forme ereditarie anche per tumori molto frequenti, come quelli della mammella e dell'ovaio a cui si farà riferimento quale paradigma dei tumori ereditari in genere. Si stima, infatti, che circa il 5-10% di tutti i casi di cancro della mammella e dell'ovaio si sviluppino in soggetti predisposti, insorgano cioè su base ereditaria.

La recente scoperta dei geni BRCA1 e BRCA2 come predisponenti al tumore ereditario della mammella e dell'ovaio se alterati ha reso applicabile l'indagine genetica che consente l'individuazione di eventuali mutazioni costitutive e, quindi, l'identificazione di soggetti predisposti perché portatori delle stesse. Il rischio genetico rappresenta una nuova condizione tra salute e malattia che necessita di essere studiata e gestita adeguatamente. Nella realtà italiana non esistono informazioni specifiche riguardo alle reazioni psico-emozionali delle persone coinvolte nella consulenza genetica.

L'impatto psicosociale del tumore ereditario della mammella e dell'ovaio può determinare nel paziente e nei suoi familiari una serie di reazioni psicologiche ed affettive molto intense e difficili da gestire (Kash & Lerman, 1998). A partire dagli inizi degli anni '90 sono stati effettuati numerosi studi che ne hanno evidenziato gli aspetti maggiormente critici: la percezione del rischio, il processo di *decision making*, motivazioni, speranze e paure prima del test genetico, capacità di adattamento al test genetico, vissuti psico-emozionali e modalità di adattamento al risultato, implicazioni psicosociali della comunicazione ai familiari.

La presente rassegna si propone di effettuare una revisione dei principali articoli pubblicati in campo internazionale dal 1997 al 2002, con l'obiettivo prioritario di individuare le principali problematiche psicosociali relative al tumore ereditario della mammella/ovaio e le prime conclusioni emerse. Sono stati utilizzati tre database: Medline (Index Medicus); Psychinfo; Google. La ricerca è stata mirata alla individuazione di studi sperimentali inerenti l'argomento e pubblicati sulle principali riviste mediche e psicologiche; pertanto sono stati esclusi abstract e pubblicazioni di carattere teorico. Dopo una selezione degli articoli rintracciati, sedici studi sono stati identificati come maggiormente significativi da un punto di vista psicologico.

La letteratura sull'impatto psicosociale del tumore ereditario della mammella/ovaio non riporta significativi risultati sulla relazione tra gli aspetti emotivi e quelli cognitivi della minaccia, rappresentata dalla condizione di rischio. Ciò è determinato sicuramente dalla estrema difficoltà di indagare meccanismi psichici che appartengono alla soggettività e che sfuggono a generalizzazioni e oggettivazioni. Inoltre è da notare che poter cogliere gli aspetti emozionali di una situazione così complessa, quale è la percezione di rischio di una malattia ereditaria, è particolarmente difficile, poiché il campo in cui si applica è molto specifico e di recente indagine. Le problematiche nascenti sono infatti tuttora oggetto di ricerca. Da un punto di vista applicativo, è interessante sottolineare che ogni centro ospedaliero che svolge l'attività di consulenza in questo ambito, si avvale di modalità proprie e strategie basate sull'esperienza in materia. Per tale motivo risulta difficoltoso descrivere precisamente questo campo.

Tuttavia, dalla lettura degli articoli revisionati è possibile individuare le problematiche più rilevanti ed effettuare, comunque, delle interessanti riflessioni sull'argomento.

L'area sicuramente più indagata risulta essere la percezione della propria condizione di rischio, con le sue possibili ripercussioni su fattori quali ansia e distress. In più studi la tendenza a sovrastimare il rischio risulta associata a maggiori livelli di ansia e stress (Cull et al., 1999); per contro la tendenza invece a sovrastimare risulta causata da scarse conoscenze o informazioni errate (Blumane et al., 1999).

Il counselling genetico risulta efficace nell'aumentare l'accuratezza del rischio percepito senza però causare distress nei soggetti che tendono a sottostimarli; tuttavia l'inaccuratezza persiste anche dopo il counselling (Cull et al., 1998). Emerge, dunque, l'importanza dell'informazione fornita dal counselling rispetto all'ereditarietà, e alle sue numerose implicazioni, e della reale comprensione da parte dei soggetti coinvolti.

Un aspetto su cui diverse ricerche pongono una certa enfasi è proprio la necessità di creare programmi di counselling che siano in grado di dare informazioni semplici, chiare e comprensibili su ereditarietà e rischio genetico. Gli autori spesso concludono i loro studi riportando che le donne possono non trarre benefici dal counselling, in quanto non adeguatamente informate e supportate psicologicamente. Tali articoli riferiscono che le donne dichiarano di avere bisogno di un maggiore coinvolgimento nel processo di counselling, poiché le loro conoscenze riguardo l'ereditarietà dei tumori mammella/ovaio sono insufficienti (Lerman et al., 1998; Metcalfe et al., 2000; Hallowell et al., 2001).

L'importanza di fornire una buona educazione in fase pre-test è sottolineata anche da Bluman et al. (1999), i quali evidenziano come molte donne a rischio riportano una conoscenza deficitaria a proposito dell'HBOC e, pertanto, tendono a sovrastimare il loro rischio con relative ripercussioni sul piano psicosociale. Nel lavoro precedentemente menzionato di Lerman viene suggerita l'opportunità di una adeguata educazione su counselling e test genetico anche per chi non desidera essere testato. Inoltre, da alcune ricerche, risulta che il *cancer specific distress* può rappresentare uno stimolo a modificare stili di vita o comportamenti (Watson et al., 1999, Lerman et al., 1998).

Per quanto riguarda le motivazioni relative alla decisione di effettuare il test genetico, la rassegna evidenzia che sia donne giovani che meno giovani, sane e affette, accettare di effettuare il test genetico sembra essere legato soprattutto alla preoccupazione per i figli, ossia alla possibilità di aver trasmesso loro la mutazione. Un altro motivo rilevante è rappresentato dalla esigenza di conoscere il proprio stato di portatore della mutazione unitamente all'idea di poter agire preventivamente tramite una maggiore sorveglianza ed eventuale chirurgia preventiva (Lynch et al., 1997; Liede et al., 2000).

Un dato caratteristico riguarda le reazioni emotive all'esito del test. Mentre un risultato negativo permette ai soggetti di tranquillizzarsi e alleviare la loro ansia e stress, un risultato positivo può aumentare rabbia, tristezza e senso di colpa; per quanto riguarda invece ansia e stress non sempre se ne rileva un incremento, ma possono rimanere invariati (Schwartz et al., 2002; Lynch et al., 1999; Doroval et al., 2000).

Studi recenti sembrano poter confermare che le reazioni emozionali correlate agli interventi di chirurgia profilattica sono buone; infatti le donne che si sono sottoposte alla mastectomia profilattica non presentano particolari ripercussioni sul piano dell'autostima o dell'identità personale, probabilmente perché tale operazione ha conferito loro una maggiore tranquillità verso la possibilità di sviluppare il tumore (Frost et al., 2000; Payne et al., 2000).

Negli ultimi cinque anni l'avvento dei test genetici per i tumori ereditari ha creato una forte preoccupazione per le possibili ripercussioni nell'opinione pubblica. Più in dettaglio, in merito ai dati di letteratura da noi raccolti, emerge che la maggior parte delle donne che richiedono il test genetico presentano significativi livelli di ansia rispetto alla possibilità di essere portatrici e di sviluppare il tumore di mammella/ovaio. Inoltre, nelle donne ad alto rischio si riscontra in genere una scarsa conoscenza degli argomenti ed una significativa aspettativa di essere portatrici della mutazione (Bluman et al., 1999; Kash et al., 2000; Hallowell et al., 2001).

È stato dimostrato che alti livelli di distress interferiscono con il processo di *decision-making* rispetto al test; in particolare le persone più stressate mostrano una maggiore vulnerabilità riguardo alle possibili conseguenze negative del counselling declinando il test. Tali soggetti sembrano essere maggiormente a rischio per lo sviluppo di disturbi depressivi rispetto agli individui risultati portatori (Lerman et al., 1998).

Un problema importante che si rileva dalla letteratura internazionale riguarda le diverse motivazioni, conoscenze e capacità dei soggetti che richiedono il test genetico. Pertanto, migliorare l'aspetto educativo-informativo del counselling e valutare più approfonditamente le caratteristiche e le risorse delle persone che vi accedono sembrano essere le strategie più efficaci.

Il più grande limite del test genetico per il tumore ereditario della mammella/ovaio è legato all'incertezza rispetto alle possibilità di sorveglianza, chirurgia e chemioprevenzione (Kash e al., 2000). I soggetti ad alto rischio nel corso del processo di

Il più grande limite del test genetico per il tumore ereditario della mammella/ovaio è legato all'incertezza rispetto alle possibilità di sorveglianza, chirurgia e chemioprevenzione. I soggetti ad alto rischio nel corso del processo di counselling si trovano di fronte ad una molteplicità di argomenti nuovi e non facili da comprendere. Il counselling genetico deve fornire informazioni complete riguardo a rischi e benefici del test genetico e rispetto alle possibili conseguenze sul piano medico-biologico, psicosociale ed etico-legale.



counselling si trovano di fronte ad una molteplicità di argomenti nuovi e non facili da comprendere, i quali avranno un profondo impatto sulla loro vita e su quella dei loro familiari. Il counselling genetico deve fornire informazioni complete riguardo a rischi e benefici del test genetico e rispetto alle possibili conseguenze sul piano medico-biologico, su quello psicosociale e sul piano etico-legale.

La consulenza è un atto medico (Tamburini & Santosuosso, 1999), ma essendo rivolta alla persona nella sua globalità implica necessariamente un tipo di approccio multidisciplinare e integrato (oncologico, genetico e psicosociale), che tenga conto dei diversi aspetti e dei diversi bisogni della persona a rischio di cancro ereditario. Di qui l'importanza di un adeguato sostegno psicologico, ai soggetti affetti e a quelli sani, affinché l'individuo sia preparato psicologicamente ad affrontare lo stress emotivo legato al percorso di counselling. Il ruolo dello psicologo risulta inoltre fondamentale nel difficile processo di elaborazione della decisione rispetto alla possibilità di effettuare il test genetico. A tal fine si evidenzia l'opportunità di verificare la reale comprensione dei diversi aspetti legati alla condizione di rischio e di valutare attentamente il vissuto psicoemozionale nei confronti del test e del suo possibile esito (sentimenti, motivazioni, aspettative, capacità cognitive e affettive di gestione del risultato). Risulta altresì importante seguire queste persone nel tempo, giacché il processo di elaborazione cognitiva ed affettiva del vissuto di rischio genetico può essere lungo e soggetto a complessi cambiamenti legati alla straordinaria e irripetibile soggettività dell'individuo.

In conclusione, date la specificità e la complessità della condizione di rischio per lo sviluppo del tumore ereditario della mammella e dell'ovaio, emerge l'opportunità di effettuare opportuni studi sperimentali sulla popolazione italiana al fine di valutare nel tempo l'impatto psicosociale del test genetico, a livello individuale, familiare e sociale, e individuare interventi psicologici adeguati a trattare e riabilitare le persone che presentano eventuali disagi emozionali.

* Coordinamento di Psiconcologia, Azienda Ospedaliera- Università degli Studi di Padova.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- British Association For Counselling (1995), *Code of Ethics and Practice for Counsellors*. Rugby.
- Baider L., Ever-Hadani P. & De Nour A.K. (1999), *Psychological in healthy women with familial breast cancer: like mother, like daughter?* Int J Psyc Med, 29, 411-420.
- Bluman L.G., Rimer B.K., Berry D.A., Borstelman N., Iglehart J.D., Regan K., Schildkraut J. & Winer E.P. (1999), *Attitudes, knowledge, and risk perception of women with breast and/or ovarian cancer considering testing for BRCA1 and BRCA2*. J Clin Oncol, 17, 1040-1046.
- Borreani C & Gangeri L. (1996), *Genetic counselling: communication and psychosocial aspects*. Tumori, 82; 147-150.
- Committee on Genetic Counselling, *The American Society of Human Genetics* (1975). *Genetic Counselling*. Amer J of Med Genet, 27, 240-242.
- Crotti N. (2000), *La consulenza genetica in oncologia: obiettivi, norme, procedure, problemi*. In: Ambrosini G., Barni S. & Frontini L. (a cura di). Ereditarietà e cancro. Trento.
- Crotti N. & Oppenheim D. (1996), *Personal freedom and genetic over-determination*. Tumori, 82; 143-146.
- Cull A., Anderson E.D.C., Cambell S., Mackay J., Smyth E. & Steel M. (1999), *The impact of genetic counselling about breast cancer risk on women's risk perception and levels of distress*. BJC, 79, 501-508.
- Decruyenaere M., Evers-Kiebooms G., Claes E., Denayer L., Welkenhuysen M., Legius E. & Demyttenaere K. (1999), *Psychosocial aspect of familial breast and ovarian cancer: psychological guidelines for genetic testing*. Disease Markers, 15, 152-153.
- Di Lauro L. (2000), In: Lopez M. (a cura di), *Oncologia Medica Pratica*. Società Editrice Universo, Rovigo.
- Doroval M., Patenaude A.F., Schneider K.A., Kieffer S.A., Di Gianni L., Kalkbrenner K.J., Bromberg J.I., Basili L.A., Calzone K., Stopfer J., Weber B.L. & Gardner J.E. (2000), *Anticipated versus actual emotional reaction to disclosure of results of genetic testing for cancer susceptibility: findings from p53 and BRCA1 testing programs*. J Clin Oncol, 18, 2135-2142.
- Frost M.H. & et al (2000), *Long-Term Satisfaction and Psychological and Social Function Following Bilateral Prophylactic Mastectomy*. JAMA, 284, 319-324.
- Gail M.H., Brinton L.A., Byar D.P., Corle D.K., Green S.B. & Schairer C. (1998), *Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually*. J Natl Cancer Inst, 20; 81, 1879-1886.
- Gallini R. (2000), *Introduzione al counselling sanitario*. In: Morasso G. & Schiaffino S. (a cura di). Tossicodipendenze e AIDS. Genova.

Gangeri L. (2000), *Perché e quale intervento psicologico*. In: Ambrosini G., Barni S. & Frontini L. (a cura di). Ereditarietà e Cancro. Trento.

Gangeri L., Borreani M. & Tamburini M. (1999), *Perché e quale intervento psicologico*. In: Tamburini M. & Santosuosso A. (a cura di). Malati di rischio. Implicazioni etiche, legali e psico-sociali dei test genetici in oncologia. Masson, Milano.

Goelen G., Rigo A., Bonduelle M. & De Grève J. (1999), *Moral concerns of different types of patients in clinical BRCA1/2 gene mutation testing*. J Clin Oncol, 17, 1595-1600.

Grann V.R. & et al (1998), *Decision analysis of prophylactic mastectomy and oophorectomy in BRCA1 positive or BRCA2 positive patients*. J Clin Oncol, 16, 979-985.

Hallowell N., Murton F., Statham H., Green J.M. & Richards M.P. (1997), *Women's need for information before attending genetic counselling for familial breast or ovarian cancer: a questionnaire, interview, and observational study*. BMJ, 25, 314:281.

Hopwood P., Shenton A., Lallo F., Evans D.G.R. & Howell A. (2001), *Risk perception and cancer worry: an exploratory study of the impact genetic counselling in women with history of breast cancer*. J Med Genet, 38, 139-142.

Kash M. & Lerman C. (1998), *Psychological, Social, and Ethical Issues in Gene Testing*. In: Holland J.C. (a cura di). Psycho-Oncology. Oxford University Press, New York.

Kash K.M., Ortega-Verdejo K., Dabney M.K., Holland J.C., Miller D.J. & Osborne M.P. (2000), *Psychosocial aspect of cancer genetics: women at high risk for breast and ovarian cancer*. Sem Surg Oncol, 18, 333-338.

Lerman C., Hughes C., Lemon S.J., Main D., Snyder C., Durham C., Norod S. & Lynch H.T. (1998), *What you don't can you: adverse psychologic effects in members of BRCA1-linked and BRCA2-linked families who decline genetics testing*. J Clin Oncol, 16 (5), 1650-1654.

Liede A., Metcalfe M., Hanna D., Hoodfar E., Snyder C., Durham C., Lync H.T. & Noard S.A. (2000), *Evaluation of the needs of male carriers of mutation in BRCA1 or BRCA2 who have undergone genetic counselling*. Am J Genet, 67, 1494-1504.

Linee guida per i test genetici. Rapporto del gruppo di lavoro (19 Maggio 1998). Comitato Nazionale per la biosicurezza e le biotecnologie, Istituto Superiore di Sanità. Coordinatore Prof. D'Agnolo G, Presidente Prof.Santi.

Lynch H.T., Lemon S.J., Durham C., Tinsley S.T., Connolly C., Lynch J.F., Surdam J., Orinion E., Slominski-Caster S., Watson P., Lerman C., Tonin P., Lenoir G., Serova O. & Narod S. (1997), *Testing and reactions to disclosure of test results*. Cancer, June 1, vol.79/num.11.

Metcalfe K.A., Liede A., Hoodfar E., Scott A., Foulkes W.D. & Narod S.A. (2000), *An evaluation of needs of females BRCA1 an BRCA2 carriers undergoing genetic counselling*. J Med Genet, 37; 866-874.

Murday V. (1994), *Genetic counselling in the Cancer Family Clinic*. Eur J Cancer, 13 ; 2012-2015.

Payne D.K. & et al. (2000), *Women's regrets after bilateral prophylactic mastectomy*. Ann Surg Oncol, 7; 150-154.

Schrag D. & et al. (1997), *Decision analysis effects of prophylactic mastectomy and oophorectomy on life expectancy among with BRCA1 or BRCA2 mutations*. N Engl J Med, 336, 1465-1471.

Schwartz M.D., Peshkin B.N., Hughes C., Main D., Isaacs C. & Lerman C. (2002), *Impact of BRCA1/BRCA2 mutation testing on psychologic distress in a clinic-based*. J Clin Oncol, 15; 20(2), 514-520.

Schwartz M.D., Hughes C., Roth J., Main D., Peshkin B.N., Isaacs C., Kavanagh C. & Lerman C. (2000), *Spiritual faith and genetic testing decision among high-risk breast cancer probands*. Cancer Epidid Biom & Prev, 9, 381-385.

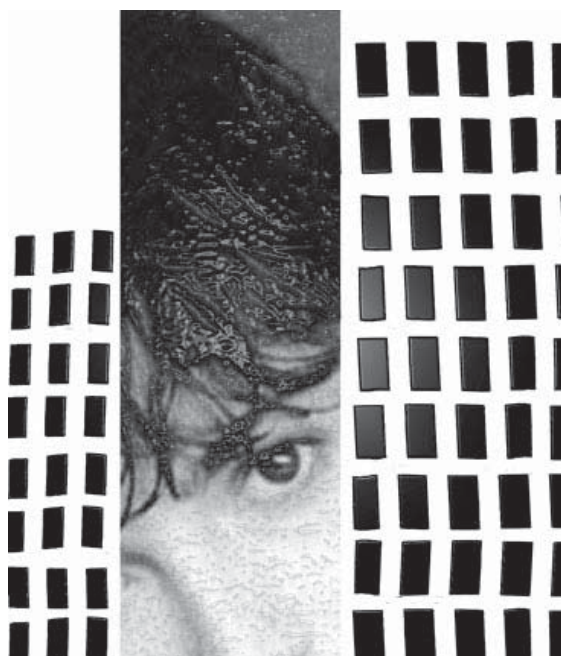
Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica in Psiconcologia (1998), Società Italiana di Psiconcologia (SIPO).

Tamburini M. & Santosuosso A. (1999), *Malati di rischio. Implicazioni etiche, legali e psico-sociali dei test genetici in oncologia*. Masson, Milano.

Varesco L. & Crotti N (2002), *Il counselling genetico*. In: Bellani M., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P. & Bruzzi P. (a cura di), *Psiconcologia*. Masson, Milano.

Watson M., Lloyd S., Davidson J., Meyer L., Ebbs S. & Murday V. (1999), *The impact of genetic counselling risk perception and mental health in women with a family history of breast cancer*. BJC, 79, 868-874.

WHO. (1990), *AIDS Series 8: Guidelines for counselling about HIV infection and disease*. Geneva: WHO.



Genetic counselling in oncology: psychosocial aspects of hereditary breast/ovarian cancer syndrome

The psychosocial implications related to hereditary predisposition can determine in the affected proband (from whom the genetic survey start) and his healthy relatives a series of severe and difficult psychological and emotional reactions. On the basis of these observations it seems very important the offer of a psychological counselling that supports adequately the individual during the different steps of genetic counselling process in order to decide if undergoing or not genetic testing and to know or not the outcome so that assure him/her their own and familial phisical and psychological well-being.



La valutazione psicologica alla idoneità alla guida di autoveicoli: sperimentazione di un protocollo operativo

Numerosi fattori di rischio suggeriscono la visita psicologica per la patente di guida. Tra i requisiti cognitivi rilevanti per la guida sicura: la *concentrazione e l'attenzione*, la *capacità di reagire a stimoli complessi*, la *coordinazione visuomotoria* e le *capacità cognitive percettive*, l'*intelligenza* e le *funzioni mnestiche*. L'importanza di alcuni aspetti legati alla personalità: l'*esame di realtà*, la *responsabilità sociale*, l'*autocontrollo*, la *stabilità psichica* e la *tendenza a comportamenti aggressivi durante la guida*.

MARIO ZERILLI¹, MARIO MERZARI², MASSIMO PRIOR³

Introduzione

La sinistrosità potenziale di un soggetto può esser correlata a diversi fattori e, limitando l'analisi a quelli di competenza dello psicologo, si rileva come alcuni requisiti cognitivi rilevanti per la guida sicura siano la *concentrazione e l'attenzione*, assieme alla capacità di *reagire a stimoli complessi*; la *coordinazione visuomotoria* e le *capacità cognitive percettive*; l'*intelligenza* e le *funzioni mnestiche*. Altresì sono importanti alcuni aspetti legati alla personalità come l'*esame di realtà*, la *responsabilità sociale*, l'*autocontrollo*, la *stabilità psichica* e la *tendenza a comportamenti aggressivi durante la guida* (Sartori, 1997; Bukasa, Dorfer, 1999).

1. Fattori di rischio

Si elencano i fattori di rischio che suggeriscono alla Commissione medica Provinciale per le Patenti l'invio alla visita psicologica di un utente, rinviando per una più completa rassegna delle evidenze disponibili nella letteratura ad un'altra pubblicazione (Zerilli, Prior, in stampa).

Età

I grafici che presentano il numero di incidenti correlato all'età del guidatore presentano la classica curva ad "U" (Hole, 2000). I giovani e gli anziani, seppur per motivi diversi (legati rispettivamente alla maggior velocità di guida ed al mancato rispetto delle norme per quanto riguarda i *giovani* ed alla minor efficienza psicofisica per quanto riguarda gli *anziani*), sono sovrarappresentati tra gli autori di sinistri automobilistici.

La maggior incidenza epidemiologica negli incidenti automobilistici che riguardano i giovani maschi come guidatori del resto è nota. Uno studio ha verificato che i

giovani maschi percepiscono come meno probabile la possibilità di causare un incidente rispetto agli adulti maschi. Analogamente i maschi adulti sono meno prudenti nella stima che le loro coetanee (Bragg, 1986). I giovani maschi, rispetto agli adulti, rilevano più lentamente i segnali stradali, non rispettano le distanze di sicurezza ed hanno una “storia” di maggiori violazioni al codice (Cox et al., 2001). Del resto le compagnie assicurative, almeno in Italia, considerano questi fattori di rischio (*età e genere*).

Alcol e droghe

L'assunzione di tali sostanze rallenta i processi decisionali, l'attenzione, l'esame di realtà ed i tempi di reazione; viene deformata la percezione del mondo esterno ed interno e perciò le legislazioni stradali riservano le dovute attenzioni

I dati rilevati negli Usa sulle droghe sono preoccupanti: le sostanze psicotrope (come la *marijuana*, la *cocaina* e – vengono aggiunti - i *tranquillanti*) sarebbero assunte dal 10-32% dei guidatori feriti in incidenti stradali.

Per quanto riguarda l'alcol vi sono conseguenze certe sull'efficacia della guida: ad es. in una *coorte* di uomini svedesi, seguiti per vent'anni, il rischio relativo di morire in un incidente stradale tra i forti bevitori era 2,3 volte maggiore rispetto a quello dei bevitori moderati e 8 volte maggiore in confronto a quello degli astemi.

Danni cerebrali da traumi, problemi vascolari ed altre patologie

Tali danni comportano frequentemente deficit sensoriali e cognitivi: in relazione alla guida di autoveicoli questi soggetti hanno punteggi deficitari nel test UFOV ed in genere danni funzionali della visione periferica (Fisk et al., 2002). Ricercatori svedesi hanno evidenziato come siano evidenti deficit in tutte le funzioni psicomotorie e cognitive correlate alla guida

Patologie degenerative, malattie che alterano gli stati mentali

Sono diverse le malattie che possono alterare il funzionamento cognitivo. Ad esempio il morbo di Parkinson si verifica una maggiore fragilità nel comportamento di guida direttamente proporzionale al grado di gravità della malattia (Zesiewicz et al., 2002).

I soggetti con HIV conclamato presentano danni cognitivi che variano dalla gravità media alla demenza.

Soggetti con dolori persistenti e non maligni, curati con oppioidi (*Chronic Opioid Analgesic Therapy*) presentano prestazioni simili nella guida di autoveicoli al gruppo di soggetti con lesioni cerebrali, che non hanno superato le prove di guida per la patente.

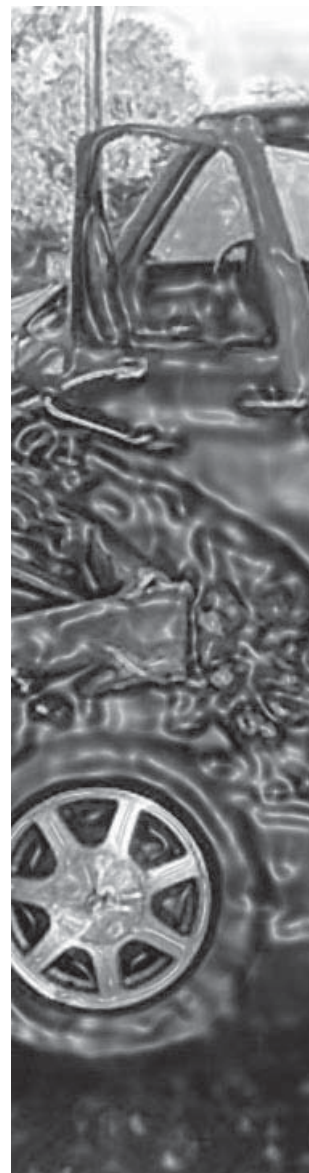
Le aree di difficoltà sono nel seguire istruzioni ed il possedere una tendenza all'impulsività (Galski et al., 2000). Diverse sono quindi le situazioni che possono indurre il medico a richiedere accertamenti psicologici.

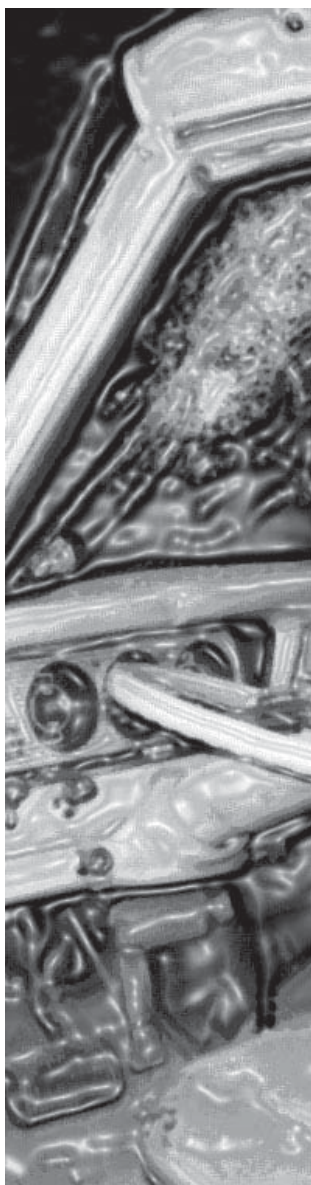
Ritardo Mentale

In genere i soggetti con ritardo mentale non riescono a conseguire la patente di guida per le scarse capacità cognitive. Un indicatore può essere il ripetuto non superamento delle prove teoriche di guida (Bukasa, Dorfer, 1999). In casi in cui l'esame medico o i certificati sanitari (ad es. certificazione di handicap ai fini di certificato di sostegno scolastico) rilevi dei dubbi, come nei “casi limiti” (con Q.I. vicino alla soglia di deficitarietà), sarebbe necessario richiedere uno screening. Invece i soggetti dislessici, avendo un Q.I. nella norma e solo difficoltà nella lettura, possono conseguentemente sostenere esami orali alternativi a quelli scritti per il conseguimento della patente di guida. Tale ultima situazione deve esser certificata da un esame psicologico che dimostri l'esistenza di tale deficit specifico cognitivo secondo i criteri stabiliti dall'ICD 10.

Altri Fattori

L'aver causato un incidente negli ultimi 12 mesi risulta esser un fattore di rischio pari a 3, analogamente alla grave infrazione del codice. Anche storie di criminalità





sono associate a rischi maggiori di provocare incidenti stradali. Sartori (1997) riporta che studi rilevano come la percentuale d'incidenti commessi da un gruppo di 114 carcerati era 5,5 volte maggiore di quella della popolazione in generale e, quella relativa agli incidenti mortali, era addirittura 19,5 volte superiore

Disturbi mentali e psicofarmaci

In Italia il rilascio od il rinnovo della patente di guida sono subordinati all'accertamento dell'assenza di psicosi e di turbe della personalità. Le psicosi rimandano, tra l'altro, sia ai "*deliri ed allucinazioni rilevanti*" con o senza consapevolezza del soggetto della loro natura allucinatoria, sia alla "*compromissione della capacità di esame della realtà*" (v. Manuale DSM-IV).

Le "*turbe di personalità*" sono riferibili sia ai gravi disturbi della personalità ove "rigidamente e non adattivamente" vi è una compromissione funzionale significativa, ma anche a tutte quelle situazioni mentali che comportano un grave disagio clinicamente significativo con danno al funzionamento sociale, lavorativo e ad altre aree importanti. Sartori (1997) indica che la patente di guida non dovrebbe essere rilasciata a tutti coloro che presentino in atto una sintomatologia *psicotica acuta* che comporti un'*alterazione del giudizio di realtà*: disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, disturbi cognitivi, disturbi d'ansia, disturbi dissociativi, disturbi da uso di sostanze.

Questo tema introduce al fattore di rischio rappresentato dall'assunzione di farmaci: le malattie mentali ne richiedono sovente l'assunzione. Pur essendo il fatto di competenza neuropsichiatria, lo psicologo dovrebbe conoscere gli effetti dei singoli farmaci sulle capacità di guida (Guaraldi et al., 2000) e in particolare sono di interesse i farmaci antidepressivi, le benzodiazepine, i neurolettici.

Il protocollo sperimentale

Sulla base di quanto descritto è possibile formalizzare un protocollo per lo screening psicologico dei soggetti con alto rischio di sinistrosità stradale all'interno di linee guida specifiche.

Il Piano Sanitario Nazionale e le normative sui Livelli Essenziali di Assistenza indicano la necessità di prassi sanitarie basate sull'evidenza: lo screening psicologico dei soggetti ad alto rischio di incidente deve esser effettuato basandosi sui risultati della ricerca scientifica e non solo su opinioni per quanto esse siano competenti e rispettabili. In questi campi di prevenzione si utilizzano in genere le *linee guida* ovvero raccomandazioni di comportamento a supporto del processo decisionale degli operatori. Questo strumento assiste i processi decisionali dell'operatore e non implica una obbligatorietà: il non seguire in casi specifici la linea guida è possibile nel caso si evidenzino particolarità che richiedano *altri* interventi suggeriti in base a evidenze scientifiche.

Sartori (1997) suggerisce di usare nella visita psicologica criteri di valutazione di tipo *trasversale* (valutazione dei sintomi psicopatologici presenti al momento della visita di idoneità senza approfondire l'approccio psichiatrico diagnostico, ma valutando la diminuzione di funzionalità) e di tipo *longitudinale* (valutazione delle informazioni anamnestiche e di terzi curanti sul caso).

Particolare attenzione bisognerebbe riporre ai soggetti con sintomatologia subclinica (non evidenziabile senza l'uso di strumenti) che possono avere una *propensione* agli incidenti (anziani, tossicodipendenti, alcolisti etc.). L'uso di strumenti psicometrici, la verifica e la consultazione di documenti medici ed assicurativi e il consulto con il medico curante sono elementi indispensabili in un contesto ove può esser presente la dissimulazione di fatti e sintomi (Brauner, 1999).

La valutazione non è finalizzata ad un processo di presa in carico e di cura (anzi deontologicamente le funzioni peritali sconsigliano la commistione di altre funzioni) ed eventuali deficienze rilevate potranno esser approfondite da un altro esperto

allo scopo di approfondire la diagnosi (ad es. *neurologo, psicologo specialista in disturbi mentali, neuropsicologo*). Lì il paziente potrà usufruire di un contesto diverso, ove si potranno effettuare più sedute, senza l'influenza del *setting* peritale con le correlate tematiche di *dissimulazione* di sintomi e problemi.

Procedure Operative

Prima della valutazione occorrerà effettuare i seguenti *steps*:

- a. esame della patente del soggetto (v. eventuali pregresse o in atto sospensioni della patente) e accertamento dell'identità;
- b. anamnesi con l'esame della documentazione clinica e degli elementi eventualmente segnalati dalla Commissione Provinciale Medica per le patenti. L'anamnesi raccoglierà la storia del paziente, con attenzione ai disturbi mentali, neurologici, l'assunzione di alcolici, droghe, farmaci.

In particolare il piano di lavoro dovrà prendere in considerazione:

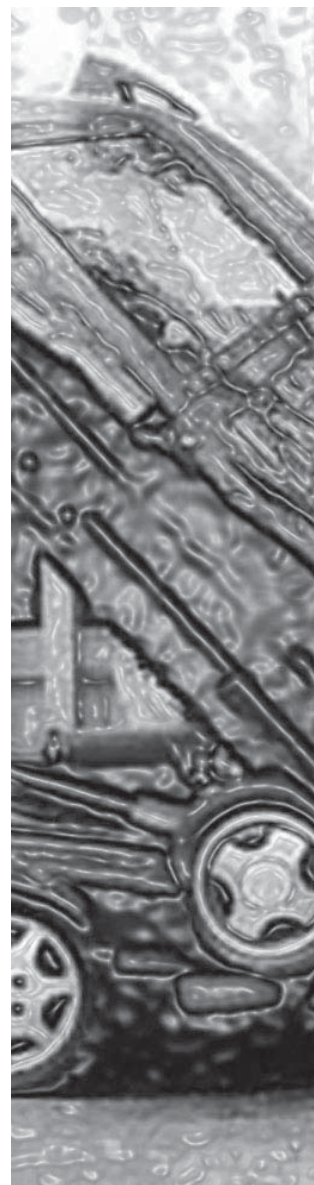
- a. le situazioni fisiche e comportamentali, malattie attuali o pregresse che comportano disfunzioni nell'orientamento, nella memoria, nell'attenzione, nell'intelligenza, nelle abilità strumentali (linguaggio, prassie, cognizioni spaziali, percezione visiva) e problemi comportamentali, farmaci assunti;
- b. la raccolta di documentazione clinica (ad es. certificato di dimissione da reparti ospedalieri, risultati esami, precedenti perizie psicologiche) e la necessità eventuale di contattare il medico o servizio curante;
- c. la situazione globale del soggetto in relazione al grado di istruzione, tipo lavoro, stato civile, appoggio familiare, eventi stressanti, eventuali sport praticati;
- d. i precedenti sinistri automobilistici causati (è *buona norma* visionare il certificato assicurativo che riporta gli ultimi incidenti colposi causati nel quinquennio precedente e la classe di merito, indicatore della sinistrosità del soggetto) ed eventuali ritiri della patente. In caso di sinistro grave o di grave violazione al Codice Stradale occorre chiedere nel colloquio la descrizione del fatto e richiedere l'invio della documentazione amministrativa in caso di incidenti o gravi infrazioni del Codice Stradale che hanno provocato gravi lesioni o causato omicidi colposi. È necessario determinare il *Locus of control* interno od esterno nell'attribuzione delle cause di incidente, la presenza eventuale di sentimenti di colpa e di propositi per il futuro;
- e. gli indicatori di stile cognitivo e di struttura personalità evidenziabili nel colloquio, come, ad esempio, la tolleranza alle frustrazioni, la capacità di cogliere elementi di realtà, la consapevolezza di eventuali propri deficit e limiti, la *compliance* a cure e trattamenti medici e la capacità di comprensione verbale.

Eseguita l'anamnesi si procede con la valutazione neuropsicologica del soggetto. L'uso di una batteria neuropsicologica per predire le competenze nella guida di autoveicoli, fino a proporre un parere negativo nel caso di inidoneità, è stata sperimentata (Meyers et al. 1999) e, da sola, si è rilevata un utile strumento in grado di classificare correttamente il 94% del campione.

La batteria dei test sperimentata prevede:

- a. Orientamento del soggetto nel tempo (Test Orientamento Temporale);
- b. Q.I. (subtest scala Wais R: Comprensione, Disegno cubi e Completamento figure);
- c. Funzioni visuospatiali:
 - attentive e tempi di reazione (Test matrici, Test Poster);
 - screening delle agnosie visive (v. capacità del soggetto di integrare frammenti percettivi in una unica figura realistica) (*Streets completion Test*);
- d. Memoria a breve termine e a lungo termine (Test Ripetizione seriale di parole bisillabiche, Test di memoria di prosa);
- e. Caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo (se richiesta dalla Commissione Medica una valutazione di struttura di personalità o se ritenuta necessaria vista l'anamnesi dal valutatore: Test MMPI 2);
- f. *Locus of control* (se presenti in anamnesi sinistrosità gravi. *Test Locus of control*).

Nella *Tabella 1* è riassunta una guida nella scelta del percorso da seguire.



TAB. 1

	Anamnesi, visione patente, documenti	Test Orientamento e stima Q.I.	Batteria tests Funzioni VisuoSpaziali	Tests Memoria	Test di Struttura di personalità e disordini emotivi	Test Locus of control
Soggetto con handicap, anziano o con esiti di trauma <i>compensati</i>	–	–	–	–		
Soggetto con disturbi mentali o esiti traumatici <i>non compensati</i>	–	–	–	–	–	
Soggetto con grave sinistrosità	–	–	–	–	–	–

La sperimentazione del protocollo

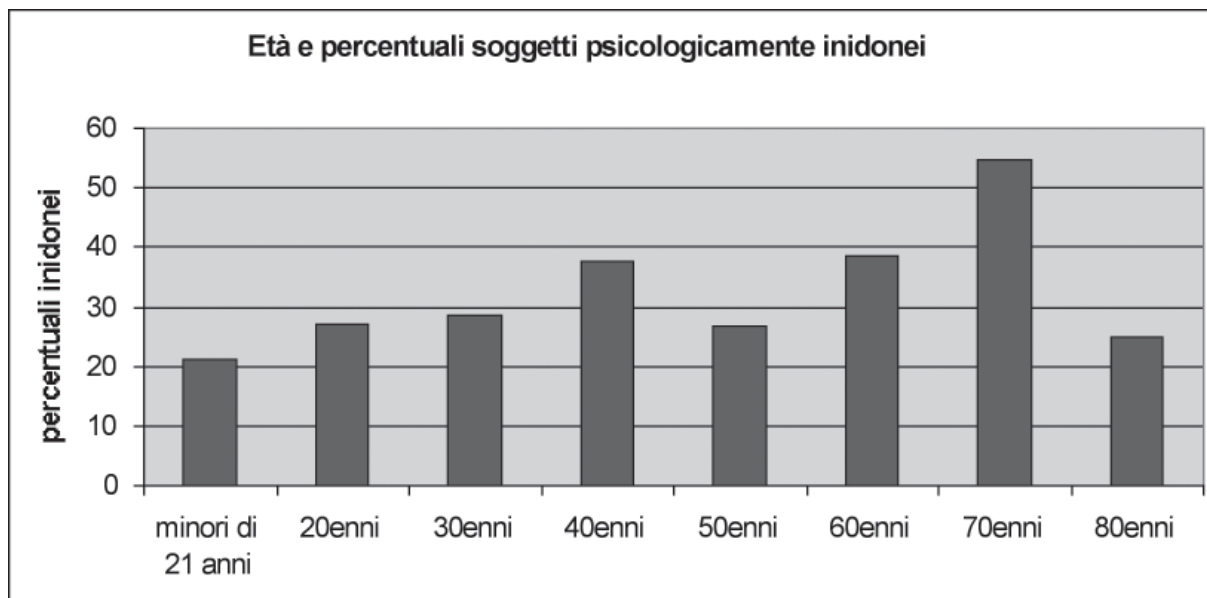
Il protocollo sopra presentato, elaborato in base ai dati provenienti dalla letteratura, è stato sperimentato nel periodo 1997 – 2003 da uno degli autori (M. Zerilli). Sono stati esaminati 204 soggetti; 31 soggetti di genere femminile (il 15.2% del gruppo dei soggetti. 7 giudicate non in possesso dei requisiti psicologici, 24 giudicate in possesso dei requisiti) e 173 soggetti di genere maschile (l'84.8% del gruppo esaminato. 61 giudicati non in possesso dei requisiti psicologici, 112 giudicati in possesso dei requisiti). Nessun paziente valutato nell'arco temporale sopra indicato è stato scartato dalla ricerca. In media ciascuna valutazione ha richiesto due sedute di lavoro con il soggetto ed una per la stesura della relazione. In alcuni casi ci si è limitati ad una seduta quando erano già presenti risultati testistici deficitari, concordando con l'utente la fine della consulenza psicodiagnostica al fine di evitare inutili perdite di tempo e di denaro. In altri casi complessi sono state necessarie tre sedute di lavoro. Complessivamente 138 soggetti sono stati giudicati positivamente mentre 68 (il 33.3%) non lo sono stati (Tabella 2).

TAB. 2

	N. soggetti psicologicamente idonei	N. soggetti psicologicamente non idonei
femmine	24 (77.4%)	7 (22.6%)
maschi	112 (64.7%)	61 (35.3%)
Totale	138 (66.3)	68 (33.3)

La distribuzione non segnala differenze statisticamente significative tra maschi e femmine; non è possibile quindi dire che i maschi sono più facilmente giudicati non idonei. La differenza è dentro il *range* della casualità. Il valore della statistica (*chi quadro* = 1.90 gl=1 p=.31) non è infatti significativo.

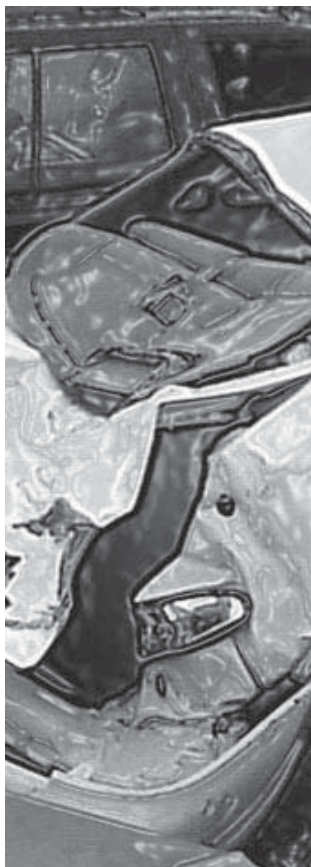
L'età del gruppo di soggetti esaminati variava tra i 17 anni ed i 90 anni (media 50 anni, deviazione standard 22 anni). Non vi è una relazione lineare evidente tra età e percentuali di idonei. La correlazione tra le due misure, pur se negativa è infatti bassa (correlazione età x idoneità = -.12). Il *Grafico A* riepiloga i dati relativi ai soggetti psicologicamente privi di requisiti alla guida (per brevità chiamati *inidonei*).



Nella *Tabella 3* è riassunta la frequenza dei soggetti divisi in fasce di età e le percentuali di soggetti considerati psicologicamente privi dei requisiti. Statisticamente si riscontrano differenze significative tra il gruppo dei soggetti settantenni ed i soggetti minori di 21 anni, i ventenni, i trentenni, i cinquantenni e gli ottantenni. Il numero di soggetti esaminati non è però congruo e le considerazioni che possono spiegare queste differenze sono certamente da confermare con successivi studi. Si può pensare che l'entrare nella ottava decade di vita comporti decadimenti mentali vistosi (come del resto segnalato da Spinler e Tognoni, 1987) mentre i

TAB 3

Fascia di età	Nr. soggetti	% sul campione	Psicologicamente inidonei	idonei	% inidonei sul sottogruppo esaminato
17 - 20	19	9.3 (<i>percentuale corretta 23.21</i>)	4	15	21.0
21 - 30	37	18,1	10	27	27.0
31 - 40	21	10.3	6	15	28.6
41 - 50	24	11.8	9	15	37.5
51 - 60	30	14.7	8	22	26.7
61 - 70	26	12.7	10	16	38.5
71 - 80	31	15.2	17	14	54.8
81 - 90	16	7.8	4	12	25
totale	204		68	136	33.3



soggetti più giovani sono naturalmente meno compromessi. Gli ottantenni, rispetto ai settantenni, risultano meno facilmente psicologicamente inidonei e questo può esser spiegato sia da una autoselezione dei soggetti sia dal lavoro della Commissione Medica, che invia alla consulenza psicologica meno frequentemente gli utenti palesemente inidonei rispetto quelli per cui vi sono possibilità o ragionevoli dubbi. Dal punto di vista clinico tra gli ottantenni si segnalano infatti diversi soggetti molto motivati che vivono autonomamente e continuano a praticare attività intellettuali (ad es. imprenditori, giocatore di scacchi) e manuali (cura dell'orto) per i quali l'auto è un mezzo per coltivare queste passioni ed attività.

Le richieste della Commissione medica sono in genere di valutazione psicodiagnostica (in 202 casi) ed in qualche caso di valutazione psicometrica (in 18 casi, quando esistono dubbi precisi sul Q.I. o sui tempi di reazione del soggetto) o di valutazione di struttura di personalità (in numero 23 casi, quando vi è il dubbio di alterazioni significative della personalità).

A questo punto si sono suddivisi i soggetti per tipo di causa dell'invio alla consulenza psicologica o situazione principale riferita dalla Commissione o patologia rilevabile nell'anamnesi e nella analisi della documentazione (esami medici, certificati di invalidità). Si è cercato di indicare la diagnosi principale eliminando alcune comorbidità (ad es. visti i dati della letteratura sull'effetto dell'alcol sulla guida, i soggetti con abuso di alcol e dipendenza non sono stati considerati nella categoria dei soggetti psichiatrici pur in presenza, in qualche caso, di sintomatologie psichiatriche) e le uniche classificazioni "doppie" (5 su 204 casi) hanno riguardato 3 soggetti con *problemi psichiatrici e pregresso ritiro della patente o ritiro della patente*; 2 soggetti *alcolisti* che avevano rispettivamente causato un grave incidente o a cui era stata ritirata la patente.

Il gruppo è stato suddiviso nelle categorie di soggetti con:

- con disturbi mentali;
- con problemi di dipendenza da alcolici o da altre droghe;
- affetti da morbo di Parkinson;
- con esiti di ictus cerebrale e di ischemie;
- con esiti da traumi cerebrali;
- affetti da problemi neurologici diversi dovuti ad una miscelanea di cause, non raggruppabili visto il numero esiguo, come epilessia, sclerosi multipla, meningite, tumori cerebrali, Alzheimer (1 caso) problemi di afflusso circolatorio carotidei;
- con sospetto ritardo mentale o problemi cognitivi (*dislessia*);
- affetti da diabete;
- con problemi legati alla senilità (sospetto deterioramento mentale senile senza altre patologie connesse specifiche individuate);
- che hanno causato un grave incidente stradale (spesso comportante il decesso di terzi) o violato una norma del codice stradale mettendo a repentaglio la sicurezza (un caso: inversione ad "U" in strada statale) o con pregresso ritiro della patente.

Le donne si distribuiscono nelle sopradescritte categorie in maniera casuale (*chi quadro* = 8.75; *gl*=9; *p*=.47. Comunque un numero di celle ha valori minori a 5 e statistiche su gruppi più vasti potrebbero evidenziare tendenze significative). Per quanto riguarda l'età i gruppi che differiscono statisticamente dagli altri sono il gruppo inviato per problematiche di deterioramento senile (età media di 76 anni; i più anziani) ed i gruppi relativi ai soggetti con sospetto *ritardo* o con *grave sinistro o violazione di norme* (rispettivamente 33 e 39 anni; i più giovani). In particolare in questo ultimo gruppo troviamo circa il 50% dei soggetti con meno di 27 anni.

Nella *Tabella 4* sono riportati i dati per ordine decrescente di frequenza di invio. Le categorie di pazienti con problematiche di *disturbi mentali*, da esiti di *ictus cerebrali*, problematiche di *abuso di alcol o dipendenze*, *senilità* o *ritardo mentale* sono le

più frequenti. Altri problemi di interesse neuropsicologico (*Parkinson, traumi* o altre *patologie neurologiche*) sono complessivamente presenti per il 21% degli invii.

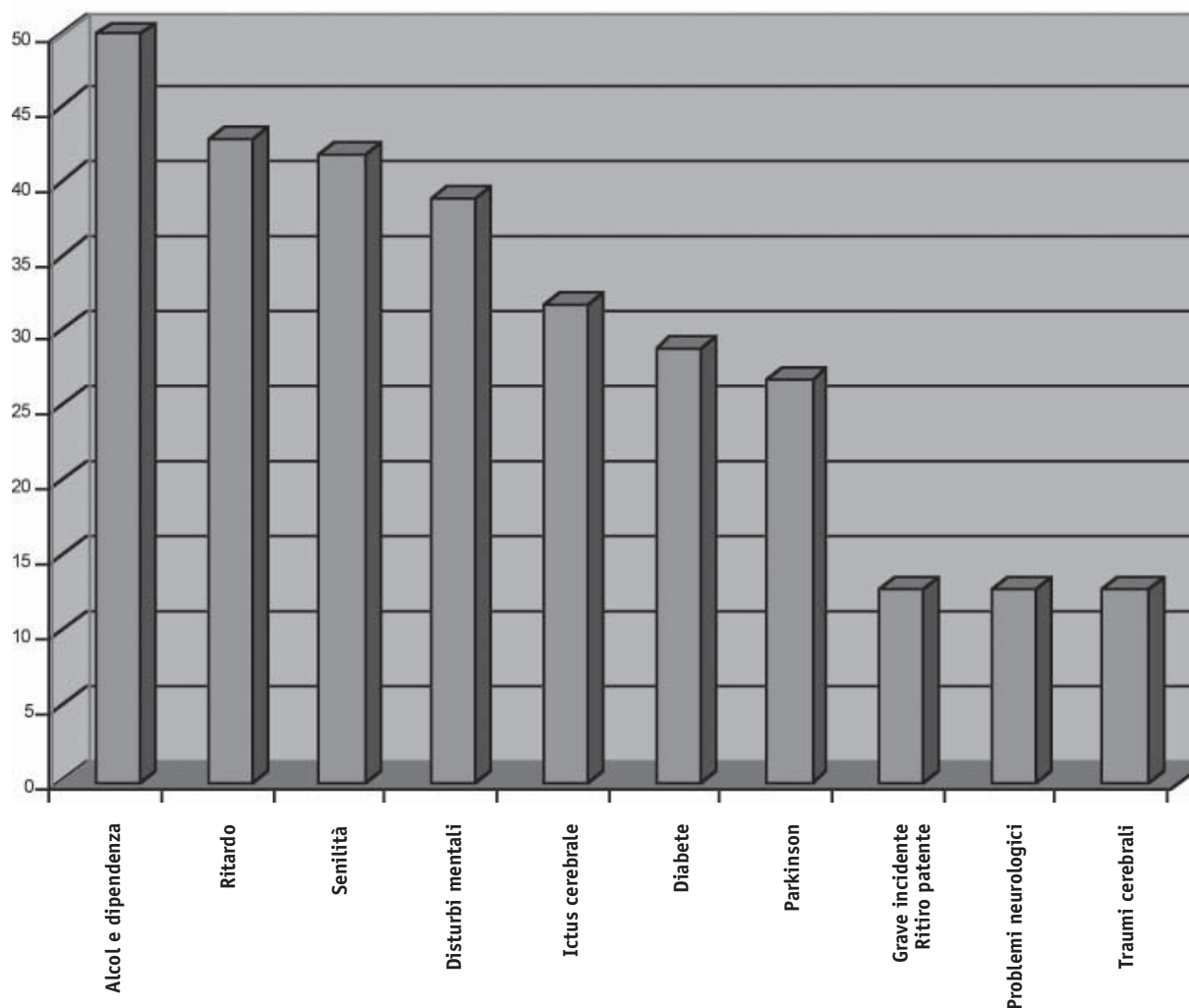
TAB 4

Problematiche	N. soggetti	% sul totale	N. soggetti privi dei requisiti psicologici alla guida	% soggetti privi dei requisiti sul sottogruppo
Disturbi Mentali (3 Femm. 38 Maschi) Età Media 47 D.S. 20	41	20	16	39
Ictus cerebrale (5 Femm. 23 Maschi) Età Media 55 D.S. 14	28	14	9	32
Abuso alcol e dipendenze (2 Femm. 22 Maschi) Età Media 52 D.S. 13	24	12	12	50
Senilità (1 Femm. 23 Maschi) Età Media 76 D.S. 7	24	12	10	42
Ritardo Mentale e problemi cognitivi (6 Femm. 17 Maschi) Età Media 33 D.S. 12	23	11	10	43
Grave incidente o Ritiro patente (4 Femm. 9 Maschi) Età Media 39 D.S. 15	15	7	2	13
Parkinson (0 Femm. 15 Maschi) Età Media 70 D.S. 7	15	7	4	27
Problemi neurologici vari (3 Femm. 12 Maschi) Età Media 48 D.S. 19	15	7	2	13
Traumi cerebrali (3 Femm. 12 Maschi) Età Media 42 D.S. 15	15	7	2	13
Diabete (0 Femm. 7 Maschi) Età Media 42 D.S. 8	7	3	2	29

In particolare si può rilevare dall'analisi delle *frequenze di soggetti privi dei requisiti psicologici* in ogni sottocategoria (*Grafico B*) che:

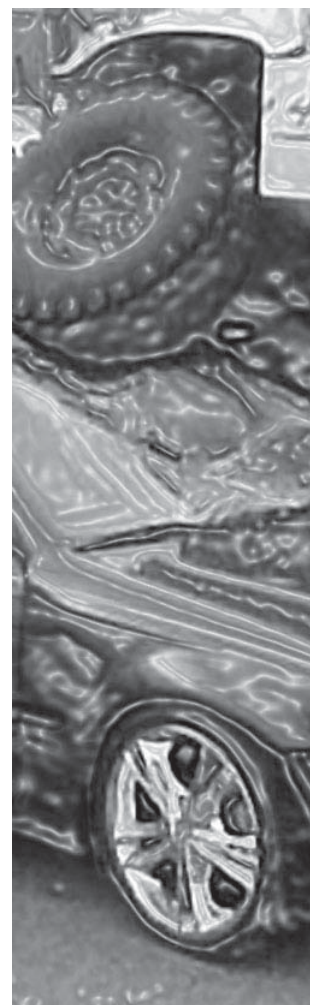
- la categoria di soggetti con problematiche di *alcolismo* e/o dipendenza è quella con maggior presenza di soggetti all'esame non psicologicamente idonei. Comunque dal punto di vista statistico⁵ le differenze di "idonei" tra gli alcolisti e le categorie di soggetti con sospetto *ritardo mentale* o *disturbi mentali* o sospetto *deterioramento senile* o esiti di *ictus* non sono significative. Ci troviamo di fronte ad un gruppo di categorie complessivamente omogenee;
- per quanto riguarda il ritardo mentale si deve sottolineare che comunque vi è presente un numero di soggetti che alla diagnosi presenterà un *deficit specifico di lettura*, frequentemente di comprensione del testo scritto. Tale deficit non inibisce la guida di autoveicoli ed anzi, nel caso sia rilevato prima del conseguimento della patente di guida, consente al soggetto di poter esser esaminato tramite *prove sostitutive* a quelle scritte di esame;
- seguono per frequenza di soggetti psicologicamente inidonei le categorie di soggetti affetti da *morbo di Parkinson* e da *Diabete di tipo II*;
- la percentuale di soggetti psicologicamente non idonei affetti da postumi di *traumi cerebrali* è tra le più basse, seppur degna di attenzione. Il dato può esser riferito ai *percorsi riabilitativi*, anche *neuropsicologici*, che sono stati attivati prima dell'invio alla Commissione Provinciale Medica per le Patenti di Guida;
- analogamente bassa è la percentuale di soggetti psicologicamente privi di requisiti tra i soggetti che hanno causato un *grave incidente* o infranto un importante *regola del codice* stradale in materia di sicurezza. Il dato può stupire poiché

GRAFICO B



spesso tali incidenti stradali hanno comportato il decesso di terzi coinvolti. Analizzando questa categoria si può notare che nel gruppo sono sovrarappresentati i soggetti giovani (il 50% ha una età minore di 30 anni) che hanno causato incidenti senza però successivamente (se non in percentuale ridotta) presentare alla valutazione psicologica anomalie psicologiche, disturbi mentali o seri disturbi del carattere. Il privarli del parere di idoneità psicologica, seppur comprensibile dal punto di vista controtransferale nell'identificazione con la vittima innocente e con i bisogni sociali di sanzione, non sarebbe motivato. Si tratta probabilmente di sinistri legati a fattori culturali di scarsa considerazione etica per le proprie responsabilità e per la vita di terzi. Negli utenti la *rimozione* dei sentimenti legati all'aver causato un incidente mortale o gravissime lesioni si constata anche nel disinteresse per la situazione delle vittime o dei loro familiari (spesso non se ne conosce il decorso post ospedaliero, non si effettuano comunicazioni di richiesta di scuse e/o cordoglio). Il compito dello psicologo è comunque psicodiagnostico mentre i compiti di educazione al rispetto, di sanzione e di condanna sono di competenza del sistema educativo, della Giustizia Amministrativa Civile e Penale. Nonostante non sia scientifico poter estrapolare conclusioni da un numero ristretto di casi clinici, può esser menzionato il meccanismo di difesa psicologica di *rimozione* e minimizzazione dei propri atti. Esempi clinici non risentono di fattori legati all'etnia (sia un utente extracomunitario sia una guidatrice italiana prestavano nulla attenzione alle vittime). A titolo esemplificativo si può citare che, durante la telefonata di richiesta di appuntamento, la madre dell'utente inviato alla visita psicologica si diceva stupita del-

l'invio di cui non sapeva intuire la causa. La breve inchiesta telefonica ("*soffre di problemi psichiatrici?*", "*lavora?*", "*beve alcolici?*"...) si conclude con la domanda "*per caso è stato coinvolto in incidenti?*". La risposta, seppur senza una comprensione del nesso tra incidente e visita, riferiva un incidente per un incauto sorpasso in autostrada (in una situazione di traffico limitato con corsia dimezzata per consentire il traffico a due sensi a causa di lavori in corso nell'altra corsia) con il coinvolgimento di un'auto che seguiva e la morte dei due (giovani) occupanti. L'utente era un giovane che guidava un'auto di grossa cilindrata con un rimorchio che trasportava moto da corsa. Analogamente si possono riportare alcune storie relative ai "sabati sera" che funestano le famiglie e causano morti tra i giovani. Oppure si può citare il paziente psichiatrico che si era addormentato ("*un colpo di sonno*") mentre guidava l'auto la mattina presto, all'alba, per recarsi al lavoro. L'auto colpiva in curva l'automezzo che procedeva in senso opposto. L'utente riferisce la responsabilità al curante che non lo avrebbe avvisato delle conseguenze delle benzodiazepine ("*En*"). Attualmente il soggetto è in cura solo con antidepressivi, è ben compensato, non presenta *decalages* nelle prestazioni psicomotorie e cognitive che giustifichino limitazioni nella guida e usa quotidianamente l'auto già da più di un anno senza aver causato incidenti (v. certificato assicurativo). Nei confronti di questi casi, lo psicologo è un testimone impotente. L'unico deterrente usato per prevenire la recidività eventuale dell'utente (un secondo grave incidente o trasgressione grave del Codice Stradale) è l'informazione che un secondo riesame comporterebbe un atteggiamento estremamente rigido e severo del professionista con un parere di non idoneità. L'invio di questi soggetti all'esame psicologico è comunque utile per motivi etici (adoperarsi il possibile per salvaguardare eventuali terzi rivalutando i requisiti di idoneità), clinici (una percentuale comunque ottiene un parere di non possesso dei requisiti), ambientali (l'iter dell'esame con le relative incertezze sull'esito, espone il soggetto ad una situazione di dipendenza e di stress che non si desidera ripetere) e preventivi (vi sono comunque comunicazioni, centrate sui modelli mentali interni del paziente, intorno ai fattori protettivi legati alla guida sicura).



In conclusione, nessuna delle dieci categorie rappresentate sopra riporta un numero di positivi all'esame psicologico così ridotto da consigliare una parsimonia nell'invio in ordine a considerazioni di rapporto tra *costi* e *benefici*.

A questo punto deve esser fornita debita attenzione agli strumenti usati. Gli strumenti testistici scelti sono tutti test su cui esistono sufficienti studi sulla attendibilità, sulla validità e norme relative a popolazione italiana ed i dati usati sono stati integrati con le informazioni acquisite durante l'anamnesi, il colloquio clinico e l'analisi della documentazione. Le correlazioni dei risultati (positivo/negativo) con l'esito finale della valutazione (possiede/non possiede i requisiti) sono molto alte per alcune prove ma si deve sottolineare che la correlazione non è tra due variabili indipendenti poiché il risultato deficitario ad un test influisce sul processo decisionale psicodiagnostico finale. Si può constatare che i test relativi all'*area visuomotoria* ed *attentiva* sono quelli che maggiormente determinano il processo decisionale psicodiagnostico. Dall'esame delle correlazioni tra esito del test e valutazione finale si possono immaginare delle ipotesi interpretative dei risultati da confermare con studi più estesi e approfonditi (ad es. elaborazioni fattoriali dei dati). Infatti, se da un lato vi sono deficitarietà che riguardano la comprensione delle situazioni sociali, del linguaggio, dell'esame di realtà interno ed esterno (evidenziate soprattutto dai subtest Weis R comprensione, test di orientamento, MMPI2), dall'altro canto appaiono presenti prove probabilmente riconducibili ad un unico fattore ovvero all'efficienza della *memoria di lavoro* (v. aree della corteccia prefrontali e collegamenti con corteccia parietale, temporale e visiva, Le Doux, 2002) maggiormente impegnata nelle prove visuomotorie ed attentive.

Durante la stesura del presente lavoro, uno degli Autori ha suggerito la necessità di utilizzare tre ulteriori test. Si tratta del *Test di Simion* (v. codifica automatica dello spazio in destra e sinistra), dello *Streets completion Test* (capacità di integrazione dei frammenti in una unica figura realistica, v. fenomeno gestaltico della chiusura)

e del *Test Locus of control* (percezione del soggetto sulle determinanti interne ed esterne del proprio comportamento). Attualmente si possiedono i dati relativi a questi tre tests per un numero ancora statisticamente esiguo di soggetti. I dati raccolti continuano ad essere registrati in una banca dati e se ne darà comunicazione in una pubblicazione successiva.

La *Tabella 5* mostra le percentuali di risultati deficitari ai test usati e la correlazione con l'esito finale della prova.

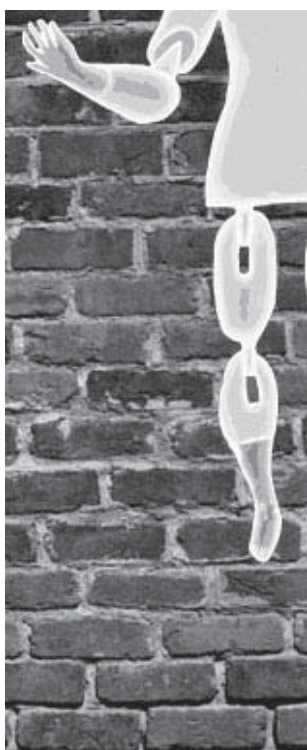
TAB. 5

Test	Test con esito positivo risultati deficitari	Correlazione con esito finale valutazione
Test di orientamento temporale	7%	.39
Sub Test Wais R/ comprensione	16%	.71
Sub Test Wais R/ Completamento figure	27%	.88
Sub Test Wais R/ Disegno con cubi	27%	.90
Test Memoria Breve Termine Ripetizione Seriale di Parole bisillabiche	12%	.38
Test Memoria di Prosa	24%	.88
Test delle matrici (visual search)	20%	.80
Test Posner (spostamento volontario dell'attenzione)	22%	.82
Test psicodiagnostico MMPI 2	13%	.70

Bisogna aggiungere che in casi isolati e specifici si sono usati ulteriori test quando era necessario approfondire la diagnosi. Questo però è un evento implicito nel seguire un protocollo che fornisce i "binari" del percorso diagnostico ma non priva il professionista di proporre diverse e più approfondite articolazioni.

Nel processo di valutazione psicodiagnostica finale relativa al soggetto, si sono comunque usate alcune accortezze, ovvero:

- in caso di una sola prova deficitaria (ad es. test attentivo di Posner), valutare il possibile effetto di *ansia da prestazione* legata al primo incontro e ripetere la prova nella stessa seduta o nella successiva, mettendo a proprio agio l'utente. Il privare un soggetto della possibilità di guidare è un handicap notevole e bisogna possedere la certezza clinica sia per responsabilità deontologica sia per motivare la diagnosi al soggetto e per rendergli, implicitamente, conto del fatto che ha goduto di sufficiente tempo ed attenzione. In questo modo si limitano le proteste e le opposizioni, amministrative e non, ad una diagnosi di non possesso dei requisiti psicologici e si attenua il dolore mentale favorendo una elaborazione dello stesso;
- valutare i risultati delle prove tenendo presente le prestazioni che adulti sani in età tra i 50 ed i 60 anni possiedono. Questa può essere la matrice di riferimento dei dati. È ingiustificato ad es. ritenere psicologicamente non idonei soggetti giovani con esiti di traumi cerebrali che dopo un iter riabilitativo ottengono prove deficitarie se paragonate ai coetanei (meno due deviazioni standard dalla norma per l'età) ma nel range di normalità per la fascia di età adulta sopracitata;
- valutare *cum grano salis* il risultato deficitario di prove non centrali (ad es. un leggero danno alla memoria a lungo termine) in soggetti (ad esempio anziani) che fanno un uso limitato dell'automezzo per spostamenti legati alla vita quotidiana (ad esempio piccole spese di alimentari) in contesti spaziali conosciuti (Falchero, 1999; Regnier, 1974) senza una storia pregressa di sinistrosità (v. certificato assicurativo) e con consapevolezza dei propri limiti;
- valutare la presenza di *psicosi deliranti* che possono non trovare riscontro nei test di performance sia perché l'apparato cognitivo-percettivo appare relativamente intatto sia perché a volte il soggetto non è disponibile a sottoporsi ad esami. In



questo caso si può correre il pericolo di esser inglobati nel delirio (ad es. ricevere lettere minatorie o visite inaspettate) ed il fatto di esser un professionista che lavora nel pubblico può aiutare per i filtri esistenti (*segreteria*) o per il fatto che, intuiva la patologia sottostante al primo contatto telefonico, si può esaminare il soggetto in una sede diversa dall'abituale ufficio lavorativo. In genere comunque il processo di valutazione psicodiagnostica in caso di presenza di patologie o situazioni invalidanti, espone sempre lo psicologo ad una quota di *aggressività* o a dilemmi relativi alla considerazione del conflitto tra le esigenze della società e quelle dell'individuo (ad es. un soggetto alcolista, perdendo la patente, può perdere il lavoro di conducente di auto o camion e tutta la sua famiglia può esserne coinvolta). Deve ovviamente sempre prevalere l'interesse superiore della società ed una certa contemporanea capacità di entrare in empatia con il paziente suggerendo percorsi terapeutici, esami di realtà o ristrutturazioni cognitive che permettano di prospettarsi una vita interessante anche senza l'ausilio del permesso di guida.

Per concludere la parte espositiva legata alla sperimentazione del protocollo si illustrano i dati relativi al *follow up* telefonico. Il *follow up* telefonico è stato effettuato da un operatore non coinvolto nel processo di esame del soggetto e veniva presentato come raccolta anonima a fine sperimentale, garantendo ai fini del rispetto della privacy come da Legge 675/96. Telefonicamente si rilevavano i dati relativi alla guida di autoveicoli (qualche soggetto era venuto alla visita psicodiagnostica prima di effettuare l'esame della patente) e ad eventuali sinistri. Erano inclusi nel *follow up* gli utenti che avevano ottenuto un parere di *presenza* dei requisiti psicologici alla guida da almeno 9 mesi.

Questo controllo a posteriori appare utile per fornire informazioni sulla *validità concorrente* del protocollo ovvero sulla capacità di individuare la popolazione non nella norma, non in possesso dei requisiti psicologici a guidare un autoveicolo (Anastasi, 1985). Eventuali soggetti che causino gravi sinistri o violino norme del Codice della Strada mettendo la sicurezza a repentaglio sarebbero "*falsi negativi*" mentre i "*falsi positivi*" non sono, allo stato attuale della ricerca, individuabili.

La sinistrosità potenziale di un soggetto può esser correlata a diversi fattori e, limitando l'analisi a quelli di competenza dello psicologo, si rileva come alcuni requisiti cognitivi rilevanti per la guida sicura siano la *concentrazione* e l'*attenzione*, assieme alla capacità di *reagire a stimoli complessi*; la *coordinazione visuomotoria* e le *capacità cognitive percettive*; l'*intelligenza* e le *funzioni mnestiche*.

136 utenti visti fino al 31 dicembre 2002 hanno ricevuto un parere di possesso dei requisiti psicologici alla guida. I dati relativi a questi utenti sono illustrati nella *Tabella 6*.

I dati sopraesposti, pur se relativi ad un numero di casi limitato per poter esser confrontato con i tassi di sinistrosità colposi della popolazione normale, lasciano intravedere un *trend* che non inficia le decisioni prese sulla base del protocollo sperimentato.

Conclusioni

I dati della ricerca confermano in un gruppo di soggetti italiano alcune linee di tendenza evidenziate dalla letteratura internazionale in ordine ai fattori di rischio psicologici. Bisogna comunque sottolineare che tutti i soggetti esaminati appartenevano ad un gruppo di persone già a rischio, poiché erano stati selezionati ed inviati alla consulenza dalla Commissione Provinciale Speciale per le Patenti di Guida di Vicenza.

In particolare sono confermati i fattori di rischio legati a:

- a. abuso di alcolici e di sostanze;
- b. disturbi mentali che spesso richiedono l'assunzione di farmaci
- c. fattori correlati al deterioramento senile. In questo ultimo caso la soglia dei 70 anni sembra esser un fattore di rischio come del resto evidenziato dalla letteratura italiana sul deterioramento mentale (Spinler, Tognoni 1987);



TAB. 6

Utenti che non hanno causato incidenti	78	63%
Utenti coinvolti in incidenti con responsabilità di terzi	3	2%
Utenti che hanno causato incidenti con propria responsabilità	2 (tamponamento senza danni a persone)	2%
Utenti che non hanno ancora superato l'esame di guida	9	7%
Utenti decessi per cause non relative ad incidenti stradali	5	4%
Utenti che non hanno ricevuto parere di idoneità dalla Commissione per altre comorbidità	1	1%
Utenti non rintracciabili (cambio residenza e telefono)	19	15%
Utenti che hanno ricevuto la patente ma che non guidano più	6	5%
Utenti che hanno ricevuto la patente ma ai quali è stata nuovamente sospesa	1	1%
Utenti ai quali è stato deciso di non effettuare il follow up perché visti nel corso del 2003	12	10%

- d. sospetto ritardo mentale;
- e. problematiche di interesse neurologico. I soggetti con esiti di ictus cerebrale o affetti dal Morbo di Parkinson non sono nel 30% in possesso dei requisiti psicologici. Appare migliore la situazione tra i soggetti con esiti di traumi cerebrali probabilmente poiché in genere questi soggetti sono maggiormente sensibili ai trattamenti riabilitativi. La miscellanea di situazioni neurologiche dovute a malattie o disturbi di varia causa (*epilessie, tumori, sclerosi a placche*) non consente, visto il ristretto numero di soggetti per ogni patologia di trarre delle conclusioni;
- f. diabete. I soggetti con sospetti problemi cognitivi correlati, inviati dalla Commissione risultano privi dei requisiti psicologici nella misura di un terzo.

Diverso il discorso per i soggetti che hanno causato gravi incidenti, spesso con danni irreparabili a terzi, o che hanno violato norme del Codice Stradale mettendo a repentaglio la propria ed altrui sicurezza. Tali soggetti risultano non in possesso di requisiti psicologici in misura significativa in relazione all'invio (13%) ma non in relazione alle necessità della società civile di cautelarsi. Appaiono soggetti tutto sommato spesso nella "norma statistica" e, seppur questo è un dato non scientifico, appare del resto nella vita quotidiana osservare una fetta consistente di popolazione che non guida in maniera sicura. Il dato quindi è da riferire probabilmente, in parte, dopo lo screening dei soggetti con patologie, a fattori socio-culturali e normativi.

Complessivamente il 33 % dei soggetti esaminati non sono stati ritenuti in possesso dei requisiti psicologici e ciò può esser già considerato un traguardo dal punto di vista della prevenzione poiché, con parere scientificamente motivato, la Commissione ha potuto inibire loro la facoltà di guida.

Il follow up dei soggetti che avevano ricevuto il permesso di guidare un autoveicolo, seppur con limiti (informazioni ricevute con telefono ed alcuni soggetti non rintracciabili) ha mostrato una assenza di sinistri con danni a persone.

¹ Psicologo, psicoterapeuta, perfezionato in Neuropsicologia e Psicofisiologia, Psicologia Viaria, Responsabile U.O. Promozione Familiare ULSS 3 Veneto. Consulente Commissione Speciale Provinciale Patenti di Vicenza. [mario.zerilli@aslbasano.it].

² Medico, Direttore SISP ULSS 6 Veneto. Presidente Commissione Medica Provinciale Vicenza per le Patenti di Guida [direttore.sisp@ulssvicenza.it].

³ Ph. D. Dirigente Psicologo Dipartimento Salute Mentale Ambulatorio di Neuropsicologia ULSS 8 Veneto, Professore a contratto, Facoltà di Psicologia Università di Padova. Psicoterapeuta. Perfezionato in Neuropsicologia e Psicofisiologia Clinica [massimo.prior@libero.it].



BIBLIOGRAFIA

- Anastasi A. (1985), *Psychological Testing* MacMillan, New York. (Tr. It. I tests psicologici, Angeli).
- Bragg B. (1986), *Perception of the risk of an accident by young and older drivers*. *Accident analysis & prevention*. 18(4). 289-298.
- Brauner I. (1999), *Il medico legale; "Esperienze di collaborazione fra psicologi e medici legali del Veneto"*. Atti del convegno neuropsicologia e valutazione quantitativa del danno cognitivo.
- Bukasa B., Dorfer M. (1999), *Idoneità alla guida. La legislazione austriaca*, La Professione Psicologo. Giugno. Pag. 11
- Cox, B.; Cox, -D.; Tuite, M. (2001), *Driving difficulties among male adolescents*. *Journal-of-Adolescent-Health*. 2001 Nov; Vol 29(5): 312-313.
- Falchero S. (1999), *Ambiente fisico e prestazioni cognitive nell'anziano*. In: Sgaramella T. (1999) *Neuropsicologia cognitiva dell'invecchiamento* Masson, Milano, 31- 61.
- Fisk, G. D.; Novack, T.; Mennemeier, M.; Roenker, D. (2002), *Useful field of view after traumatic brain injury*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. Feb; Vol 17(1): 16-25.
- Galski, T.; Williams, J.; Ehle, H. T (2000), *Effects of opioids on driving ability*. *Journal of Pain and Symptom Management*. Mar; Vol 19(3): 200-208.
- Guaraldi G.P, Sonetti D., Galliani I., Gibertoni G., Venuta M. (2000), *Psicofarmaci e Guida Review* Quaderni Italiani di Psichiatria.
- Meyers, J.; Volbrecht, M.; Kaster-Bundgaard, J. (1999) *Driving is more than pedal pushing*. *Applied-Neuropsychology*. Vol 6(3): 154-164.
- Noe, A. (2002), *Automobile driving in patients with HIV-1 disease*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Jun; Vol 62(11-B): 5385.
- Reigner V.A. (1974), *Neighborhood settings and the neighborhood use: Cognitive mapping as a method for identifying the macro-environment of older people*. Paper presented at the Gerontological Society Meeting, Portland.
- Sartori G. (1997), *Valutazione Psicica Alla Guida* Professional Psychology
- Sartori G. (1999), *Introduzione alla neuropsicologia in ambito forense*. Atti del convegno "Neuropsicologia e valutazione quantitativa del danno cognitivo".
- Spinler, Tognoni (1987), *Standardizzazione E Taratura Italiana Test Neuropsicologici* The Italian Journal of neurological sciences. Masson, Milano
- Weinger, K.; Kinsley, B.; Levy, C.; Bajaj, M.; Simonson, D.; Cox, D.; Ryan, C. & Jacobson, A. (1999), *The Perception of Safe Driving Ability during Hypoglycemia in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus* The American Journal of Medicine Volume 107, 246-253.
- Zesiewicz, T.; Cimino, C.; Malek, A.; Gardner, N.; Leaverton, P.; Dunne, P.; Hauser, R. (2002), *Driving safety in Parkinson's disease*. *Neurology*. 59(11): 1787-1788.



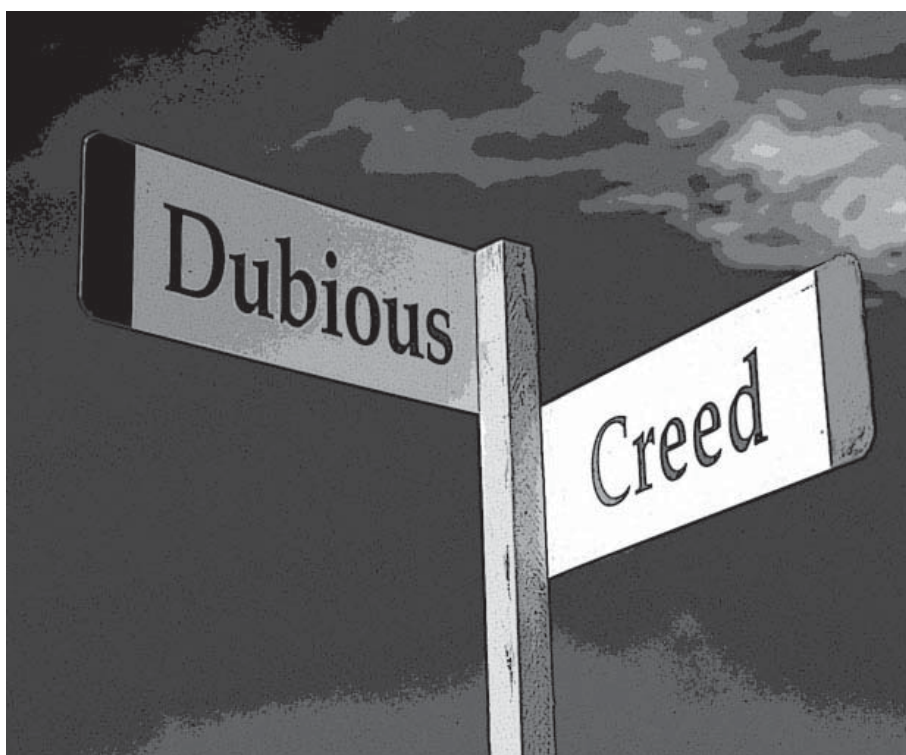
Psychological assessment of driving qualification: testing method of an operational protocol

The authors point out some psychological factors which are important for a safe guide: cognitive requirements like power of concentration and attention, capability of reaction to complex spurs; visual-motor coordination and cognitive perceptive abilities; intelligence and mnestic functions. Other personalistic features are very important such as review of reality, social responsibility, self control, psychic stability and tendency to aggressive behaviours during the guide. There are described the methods and the results of the psychological screening carried out with subjects with an elevate danger in guide. Then are suggested some lines of action an support to come to a decision for the operators.

link 06 *società*

POLITICA E
NONPROFIT.
CASE-STUDY DELLE
RAPPRESENTAZIONI
SOCIALI

Giuseppe Napoli



Politica e nonprofit. *Case-study* delle rappresentazioni sociali

Un confronto tra militanti nonprofit, componente fondamentale del Terzo settore, e politici di alcuni enti locali, nell'intento di capire quale sia la rispettiva visione della politica, utilizzando la la teoria delle rappresentazioni sociali

GIUSEPPE NAPOLI*

Il filone di studi della Psicologia politica (Amerio, Larrue, 1991; Catellani, 1997; Elster, 1993; Quadrio, 1998; Rouquette, 1995; Sabucedo, 1996) analizza il complesso rapporto fra gli enti locali e le organizzazioni del nonprofit, investigando le rappresentazioni sociali della politica e dell'uomo politico. Grazie all'analisi di alcune interviste, è stato possibile ricostruire i campi rappresentazionali di questi due concetti, cogliendo gli elementi centrali e periferici che li compongono, nonché i legami fra le singole parti, per due campioni di popolazione appartenenti ai gruppi citati.

Nell'ultimo decennio, la legislazione italiana ha introdotto una serie di norme nell'intento di riconoscere e disciplinare le molteplici attività delle organizzazioni cosiddette nonprofit – che promuovono la produzione di servizi di utilità collettiva senza fini di lucro –, nonché di includere queste ultime nella costruzione di un nuovo sistema di Welfare che possa far fronte alla crisi dello Stato sociale. Lo scopo è quello di creare i presupposti per un'integrazione fra l'operato dei soggetti pubblici e privati, non sussistendo più le condizioni per una gestione monopolistica dell'offerta dei servizi sociali da parte delle istituzioni pubbliche.

Per via della situazione che si sta delineando, è viva dunque la necessità di un confronto fra chi siede nelle stanze della politica e chi dirige le organizzazioni nonprofit, affinché i protagonisti delle nuove politiche sociali del futuro costruiscano insieme questo nuovo cammino.

Proprio in virtù della nuova funzione che assume, della sua repentina espansione, della crescente importanza economica su scala nazionale e della capacità di offrire occupazione, il nonprofit o Terzo settore ha suscitato un enorme interesse nel campo scientifico, dimostrato dai diversi studi politologici, economici e sociologici volti a coglierne le componenti, le possibilità di sviluppo e le potenzialità (Barbetta, Ranci, 1999; Barbetta, Maggio, 2002; Barbetta, 2002; Barbetta, Cima, Zamaro, 2003; D'Autilia, 2003; Fiorentini *et al.*, 2002; Zangrandi, 2000).

Tali studi hanno dato un contributo indispensabile alla comprensione del fenomeno da una prospettiva organizzativa e finanziaria. Ciò nonostante hanno trascurato di prendere in considerazione il punto di vista delle persone che lavorano all'interno del nonprofit, che pensano e si interrogano sul ruolo e sulle funzioni delle organizzazioni del Terzo settore nella società italiana.

La presente ricerca ha voluto dare voce ai militanti nonprofit, contribuendo a delineare una componente fondamentale del terzo settore spesso dimenticata. L'obiettivo è consistito nel porre a confronto quest'ultimo gruppo con quello dei politici di



Secondo la teoria delle rappresentazioni sociali la realtà non è come le persone la percepiscono, ma è il frutto di come esse se la rappresentano, dopo un accurato processo di rielaborazione: la conoscenza viene costruita passo a passo dall'individuo, nel confronto con gli altri e in particolar modo con i membri dei gruppi di appartenenza. Tale interazione avviene grazie alla comunicazione che veicola le credenze, immagini, opinioni, valori, idee che contribuiscono a edificare le rappresentazioni.



alcuni enti locali, nell'intento di capire quale sia la rispettiva visione della politica: è stata utilizzata a tal fine la teoria delle rappresentazioni sociali, elaborata da Serge Moscovici (1976), e integrata dalle indagini successive che hanno dato un apporto fondamentale alla sua crescita e al suo sviluppo (Abric, 1988; Aïssani, 1990; Jodelet, 1992; Di Giacomo, 1985; Doise, 1985, 2002; Flament, 1992; Guimelli, 1994; Mannoni, 1998; Moliner, 1993, 1996; Rateau, 1995).

L'assunto principale su cui si fonda la teoria è che la realtà non sia tale come le persone la percepiscono, ma sia il frutto di come esse se la rappresentano, dopo un accurato processo di rielaborazione: la conoscenza viene perciò costruita passo a passo dall'individuo, nel confronto con gli altri e in particolar modo con i membri dei gruppi di appartenenza. Tale interazione avviene grazie alla comunicazione che veicola quelle credenze, immagini, opinioni, valori, idee che contribuiscono a edificare le rappresentazioni.

Appare scontato, in questo caso, parlare non di comunicazione generata da una dottrina scientifica, né di propaganda ideologica, bensì di comunicazione generata dal senso comune, il cui unico scopo è lo scambio comunicativo fra gli individui. Le rappresentazioni costituiscono una modalità di pensiero pratico orientato verso la comunicazione, la comprensione e il dominio dell'ambiente, materiale e ideale; esse diventano altresì la teoria del senso comune, rivalutato nella sua funzione sociale (Farr, Moscovici, 1989).

Metodo e tecniche

La ricerca si è proposta di indagare le rappresentazioni sociali della politica e dell'uomo politico in due gruppi definiti, quali i militanti nonprofit e i politici locali, entrambi operanti nella provincia di Como, al fine di capire se esiste una distanza nel loro modo di vedere e concepire il mondo politico e i suoi attori.

Dal punto di vista teorico, è stato scelto lo studio di un singolo caso, ritenendo che questa strategia di comparazione potesse offrire l'opportunità di una disamina approfondita di una realtà circoscritta e, nel contempo, potesse fare emergere nuove questioni sul tema in oggetto. La teoria delle rappresentazioni sociali è stata determinante per questo scopo, in considerazione della possibilità che ha offerto per un confronto immediato dei contenuti rappresentazionali e dei legami che li tengono insieme.

Per la realizzazione di questo progetto, inoltre, è stata scelta una metodologia qualitativa strutturata e congrua a definire gli argomenti delle rappresentazioni (Richardson, 1996): l'analisi del contenuto, che costituisce un sistema per la classificazione esplicita e formalizzata di testi. Essa ha consentito di adattare il materiale reperito da alcune interviste alle finalità proposte, e in particolare, di passare agevolmente dai dati alla teoria e viceversa, in un continuo scambio di informazioni che è risultato proficuo per la creazione di nuovi costrutti teorici (Abric, 1988).

Strumento

La ricerca si è avvalsa di un'intervista individuale semistrutturata: tredici domande suddivise in due parti distinte, che hanno costituito il canovaccio degli incontri con gli intervistati. Talvolta non sono mancate occasioni per alcuni approfondimenti nel corso dei colloqui: l'intervistatore ha cercato di chiarire il significato di talune risposte quando il tema dibattuto che riguardava un'opinione o un atteggiamento dell'intervistato non risultava del tutto chiaro (*probing*).

Campione

Hanno risposto all'intervista sedici partecipanti: otto politici locali e otto militanti nonprofit della provincia di Como. La scelta è stata rivolta a persone che ricoprono

incarichi di responsabilità negli enti locali oppure nel nonprofit (responsabili, direttori, segretari generali, sindaci, assessori, ecc.). Tra gli otto politici si trovano sei sindaci, un assessore provinciale e un assessore comunale; tra i militanti nonprofit, il presidente nazionale di un'associazione di volontariato, il segretario generale di una ONG, nonché diversi direttori e responsabili locali di organizzazioni e cooperative sociali.

La media dell'età dei politici è di cinquantuno anni, mentre quella dei militanti nonprofit è di circa quarantasette. Le donne sono due su otto per i politici; tre per i militanti nonprofit. Degli otto politici, quattro appartengono ad amministrazioni di centro-sinistra e quattro di centro-destra.

Per quanto riguarda gli scopi delle organizzazioni nonprofit, si va dai progetti di sviluppo e cooperazione internazionale, a interventi per disabili, alla difesa dell'ambiente e del territorio, alle adozioni internazionali, alle missioni di enti religiosi, all'associazione di volontariato che propone scambi internazionali fra studenti, a un ente non commerciale che sostiene il mercato equo-solidale, finanche a una organizzazione internazionale per i diritti dell'infanzia. Quest'ultimo punto testimonia perfettamente una situazione eterogenea del terzo settore, riscontrabile a livello sia provinciale sia nazionale.

Procedura: l'analisi del contenuto tramite l'utilizzo del programma Nud.ist

Per un'analisi del contenuto accurata, è stato necessario innanzitutto darsi delle norme classificatorie che non fossero né complesse né incerte, e che soprattutto non creassero delle applicazioni casuali, in modo da restringere l'interpretazione di chi voglia applicare la medesima tecnica per un altro case-study o replicare la ricerca in un secondo momento per coglierne i cambiamenti nelle rappresentazioni (Rous-siau, 1996; Roussiau, Bonardi, 2000, 2001).

Il primo passaggio compiuto è stato la scomposizione dei testi in elementi più semplici. Nel caso specifico il programma Nud.ist si basa su criteri di enumerazione e offre la possibilità di scegliere, prima di inserire un testo nel suo sistema, se scomporre per paragrafi, linee o parole. La scelta operata è caduta sulla scomposizione in linee poiché è ben adatta al contenuto del testo senza alcuna distorsione.

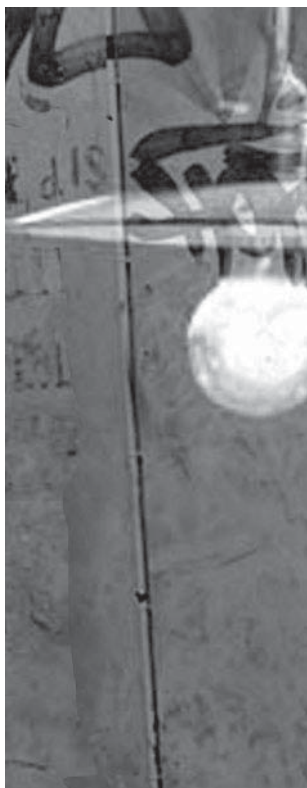
Il secondo passaggio è la classificazione in categorie: parte di esse sono state ricavate da uno studio precedente sulle rappresentazioni sociali della politica (Cattellani, 1990); altre sono emerse da un primo esame di alcune interviste pilota.

Ciascuna delle categorie contiene uno o più significati e consente di classificare concettualmente le unità di base – nel nostro caso le linee – che si distinguono per lo stesso tema. Le categorie possono riferirsi a situazioni, contesti, attività, conoscenze, relazioni fra persone, comportamenti, opinioni, sentimenti, punti di vista, metodi, strategie e processi.

La sintesi fra le categorie stabilite nella fase preliminare e quelle riscontrate durante la fase di *pilotage* ha dato il seguente risultato:

- democrazia (rapporti fra maggioranza e minoranza);
- ideologie e partitocrazia (appartenenze ideologiche; partiti e formazioni politiche varie);
- rappresentatività (elezioni e delega da parte dei cittadini);
- partecipazione (associazioni, volontariato, impegno sociale);
- potere (esercizio e conquista del potere; ambito d'interesse riservato a pochi e comunque ai partiti; compromessi);
- confronto e interazione sociale (incontro fra le parti; garanzia di rispetto per posizioni diverse; ma anche rapporti interpersonali; mediazione – ma non mediazione culturale – e compromesso; il polo negativo è la conflittualità);
- mediazione culturale (incontro fra culture diverse; aspetti socioculturali a confronto);
- gestione (fattore istituzionale: politica che si concreta nelle istituzioni, es. governo e varie amministrazioni, come gestione della cosa pubblica e come

I testi sono stati scomposti in elementi semplici. La scelta è caduta sulla scomposizione in linee poiché ben si adatta al contenuto del testo, senza alcuna distorsione. Successivamente si è operata una classificazione in categorie, ciascuna delle quali contiene uno o più significati e consente di classificare concettualmente le unità di base – nel nostro caso le linee – che si distinguono per lo stesso tema. Le categorie possono riferirsi a situazioni, contesti, attività, conoscenze, relazioni fra persone, comportamenti, opinioni, sentimenti, punti di vista, metodi, strategie e processi.



normatività; il polo negativo è la cattiva gestione della cosa pubblica, fra cui anche l'eccesso di burocrazia);

- risposta ai bisogni (fare politica significa agire socialmente – da cui azione sociale – per il bene comune, impegnarsi per la collettività, rispondere alle esigenze immediate dei cittadini, porsi al servizio degli altri allo scopo di favorire un cambiamento a breve termine);
- progresso (risolvere i problemi allo scopo di favorire lo sviluppo, il cambiamento, il miglioramento delle condizioni di vita, il benessere, in un'ottica a lungo termine; gli obiettivi prefissati sono ideali quali la giustizia, lo sviluppo, la prosperità e la pace).

Per quanto concerne le categorie associate all'uomo politico, l'elenco delle categorie utilizzate per definire la rappresentazione è stato il seguente:

- realismo (modo di pensare e comportarsi di chi si ispira alla concretezza e alla praticità, senza indulgere a sogni e illusioni; nel contesto delle interviste è la capacità di associare a determinati problemi di ordine pratico una soluzione coerente e soprattutto attuabile);
- immagine (attributi esteriori riferiti all'uomo politico);
- preparazione (doti mentali e culturali, fra cui anche la coerenza, la diplomazia, la competenza, la responsabilità, la capacità d'ascolto e la disponibilità, queste ultime associate alla politica vista come confronto e interazione);
- ambizione (opportunista, ambizioso, interessato al potere, arrivista);
- corruzione (uomo politico visto come disonesto e corrotto; profitto personale e/o del partito anteposto all'interesse pubblico).

Al sistema categoriale citato, vanno aggiunte quelle che possono essere ritenute come dimensioni trasversali delle rappresentazioni sociali. Se con le precedenti categorie l'intenzione è stata quella di raccogliere le rappresentazioni sociali della politica e dell'uomo politico, con le dimensioni trasversali delle rappresentazioni si è voluto indagare il rapporto che le stesse rappresentazioni hanno con alcuni tratti caratteristici quali l'ambito, la polarità e il grado di realtà.

Nella fattispecie l'ambito viene distinto in globale, nazionale e locale, a seconda che l'attenzione di chi parla sia rivolta alla situazione internazionale, a quella italiana o alle realtà locali. La polarità può essere negativa, qualora si sia evidenziato l'uso di aggettivi che denotano una visione sfavorevole della rappresentazione, o positiva, quando gli aggettivi adottati sono stati favorevoli. Con il grado di realtà si è voluto determinare le rappresentazioni il cui contenuto è ideale, da cui l'uso del condizionale a voler indicare una situazione auspicabile o auspicata, oppure reale, per i riferimenti a persone o avvenimenti reali del passato o del presente.

Alla luce delle considerazioni fin qui riportate, si è costruito il cosiddetto albero di Nud.ist che raffigura l'insieme di tutte le categorie, o nodi, in uno schema gerarchico, nel quale è riportato anche il numero di nodo di ciascuna categoria.

Una volta stabilite le categorie, due giudici hanno lavorato alla codifica delle interviste inserite nel programma Nud.ist ovvero all'associazione di una o più categorie alle unità di testo.

In questo modo si è potuto lavorare sui contenuti delle interviste evidenziando quali e quante parti dei testi sono associate a talune categorie, allo scopo di verificare le ipotesi del lavoro.

ANALISI DEI DATI

1. Il materiale sensibile

I testi dei politici locali e dei militanti nonprofit contano su un numero molto simile di unità: 1566 contro 1450. Il numero di unità che hanno avuto almeno una codifica corrisponde al 48% totale dei brani inseriti, pari a 1446 unità (47% per i politici locali, 49% per i militanti nonprofit).



2. Le rappresentazioni sociali della politica

Il 100% dei politici locali è concorde nel definire la politica come risposta ai bisogni; la seconda categoria è la gestione (87.5%), seguita dal potere (75%) e dal confronto (75%). Viceversa le categorie meno citate sono state la rappresentatività (25%), la mediazione culturale (12.5%) e la democrazia (12.5%).

Così come i politici locali, anche i militanti nonprofit hanno definito la politica principalmente come risposta ai bisogni (100% del campione). La seconda categoria menzionata è il progresso (87.5%). La gestione e il potere sono al terzo posto, al pari della partecipazione (75% per queste tre categorie). Si confermano come ultime la democrazia (37.5%), la rappresentatività (37.5%) e la mediazione culturale (25%).

Dal calcolo delle unità che contengono le categorie (sul numero totale di unità), emerge che per il gruppo dei politici locali la categoria più rappresentativa è il confronto (143 unità che corrispondono al 9.1% del totale), seguita dalla risposta ai bisogni (133 u., 8.5%) e dalla gestione (127 u., 8.1%). I militanti nonprofit considerano più importante la partecipazione (113 u., 7.8%), seguita dal confronto (101 u., 7%) e dalla risposta ai bisogni (98 u., 6.8%).

Le differenze più rilevanti riguardano la categoria della partecipazione: i militanti nonprofit impiegano il 4.2% in più di unità per definire la politica in termini di partecipazione.

3. Le rappresentazioni sociali dell'uomo politico

L'87.5% dei politici locali ha definito l'uomo politico in termini di realismo e preparazione; il 75% cita l'ambizione, il 25% l'immagine e il 12.5% la corruzione.

Per quanto riguarda i militanti nonprofit, il 100% del campione ha utilizzato per definire l'uomo politico la categoria preparazione. Il 37.5% cita il realismo, mentre il 12.5% rispettivamente l'immagine, l'ambizione e la corruzione.

Riguardo al numero di unità per categorie, per il gruppo dei politici locali il realismo è primo (incluso in 73 unità, pari al 4.7% del totale) mentre la preparazione è al secondo posto (110 u., 7%).

Nel gruppo dei militanti nonprofit, la categoria preparazione, utilizzata da tutti per definire l'uomo politico, conta sul maggior numero di unità (147 u., 10%). In seconda posizione si trova il realismo (64 u., 4.4%).

Dal raffronto fra i risultati dei due gruppi, emerge che i politici locali utilizzano la categoria ambizione nell'ordine di un +3.5% di unità rispetto ai militanti nonprofit.

4. Le rappresentazioni sociali della politica e le dimensioni trasversali

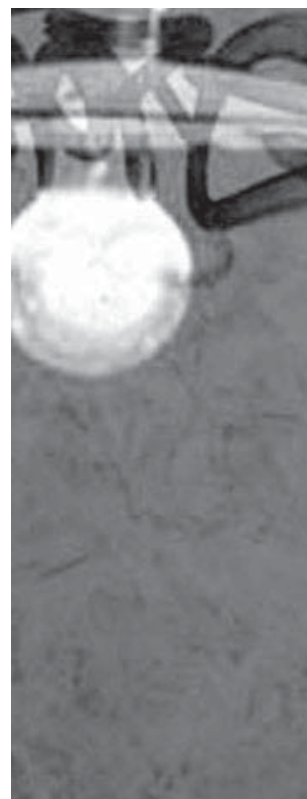
I politici locali hanno una visione prevalentemente ideale (14%) della politica, mentre i militanti nonprofit una visione negativa (17%).

Da un confronto fra le dimensioni trasversali e le singole categorie emerse a rappresentare la politica, si evidenzia come la visione ideale dei politici locali riguardi in particolare le categorie di confronto, risposta ai bisogni e progresso. Viceversa la visione negativa della politica da parte dei militanti nonprofit, è legata anzitutto al potere, ma anche alla risposta ai bisogni, alle ideologie e alla partitocrazia.

5. Le rappresentazioni sociali dell'uomo politico e le dimensioni trasversali

La rappresentazione sociale dell'uomo politico è prevalentemente ideale per entrambi i gruppi considerati (7.8% per i politici locali, 7.9% per i militanti nonprofit); in secondo luogo, negativa (6.1% contro 5.6%). Si sottolinea, però, come

Per il gruppo dei politici locali la categoria più rappresentativa è il confronto, seguita dalla risposta ai bisogni e dalla gestione. I militanti nonprofit considerano invece più importante la partecipazione, seguita dal confronto e dalla risposta ai bisogni. Le differenze più rilevanti riguardano la categoria della partecipazione: i militanti nonprofit impiegano il 4.2% in più di unità per definire la politica in termini di partecipazione.



Una differenza fra i due gruppi è rappresentata dalla visione negativa della politica e dell'uomo politico: entrambi i gruppi manifestano valutazioni sfavorevoli, ma nel confronto i militanti nonprofit sono assai più critici rispetto ai politici locali. Questi ultimi hanno sottolineato anche qualche aspetto positivo. L'elemento della corruzione è scomparso dai canoni di valutazione dell'uomo politico, per entrambi i gruppi.



nessun partecipante dei militanti nonprofit abbia espresso una rappresentazione positiva dell'uomo politico (contro il 3.1% dei politici locali).

Confrontando le dimensioni trasversali e le singole categorie, si nota per entrambi i gruppi un legame fra la visione ideale dell'uomo politico e le categorie di realismo e preparazione. Inoltre, per i politici locali emerge una relazione fra la dimensione positiva e l'ambizione, come a giustificare quest'ultimo tratto dell'uomo politico.

Incrociando le diverse dimensioni trasversali, la rappresentazione dell'uomo politico è negativa se messa in relazione con la realtà. Inoltre, per i militanti, la rappresentazione dell'uomo politico è negativa soprattutto in ambito nazionale (dall'intersezione fra dimensione negativa e nazionale risultano 49 unità pari al 3.4% del totale).

6. Le rappresentazioni sociali della politica e dell'uomo politico a confronto

Nell'ultima parte di analisi, si è messo a confronto le rappresentazioni della politica e dell'uomo politico per cogliere gli elementi di sovrapposizione fra i due campi rappresentazionali.

Osservando le *Tabelle 1 e 2*, costruite sui risultati delle matrici, si può notare che, per quanto concerne i politici locali, gli elementi che trovano una sicura correlazione sono le categorie di ambizione, dell'uomo politico, con quella di potere della politica; inoltre, si nota un'ulteriore correlazione fra la preparazione dell'uomo politico e il confronto, come nodo cruciale della politica.

Quest'ultima relazione (preparazione e confronto) è rinvenibile anche nei risultati dei militanti nonprofit.

I risultati

In termini generali si conferma con la presente ricerca il ruolo, già sottolineato negli studi di Quadrio et al. (1988) e Catellani (1990), che le variabili socioculturali esercitano sulla costruzione delle rappresentazioni.

La rappresentazione della politica è caratterizzata da una grande varietà di elementi, alcuni dei quali già distinti nelle precedenti investigazioni (Bonardi et al., 1994; Castelli Fusconi, 1993); questo dato, del resto, conferma ancor più l'efficacia della metodologia qualitativa utilizzata nel presente lavoro per cogliere i legami fra le parti del campo rappresentazionale.

Gli aspetti che maggiormente avvicinano i militanti nonprofit e i politici locali nella loro visione della politica sono stati la risposta ai bisogni e il confronto; per l'uomo politico, invece, la preparazione e il realismo. Tali elementi comuni a entrambi i gruppi campione concorrono a edificare due rappresentazioni globali, l'una della politica e l'altra dell'uomo politico.

Gli elementi della rappresentazione della politica che viceversa distinguono i due gruppi, evidenziando la distanza fra le rispettive posizioni, sono state la partecipazione e la gestione. I militanti nonprofit hanno sottolineato in modo specifico l'importanza della partecipazione, da intendere come forma di apertura della politica alle associazioni e al volontariato, parti essenziali del terzo settore. D'altro canto, come è stato ipotizzato, i politici locali sono assai più legati a un concetto di politica inteso come gestione, per via dell'esperienza diretta vissuta negli enti pubblici di cui fanno parte.

La dimensione ideologica, che era data in calo dalle precedenti ricerche (Aïssani, 1991; Catellani, 1990; Catellani, Quadrio, 1991), dimostra invece di essere ancora presente nella visione della politica propria dei politici locali, a sottolineare un cambiamento della rappresentazione avvenuto nell'ultimo decennio.

Un'ulteriore differenza fra i due gruppi è rappresentata dalla visione negativa della politica e dell'uomo politico: nonostante, infatti, entrambi i gruppi manifestino numerose valutazioni sfavorevoli, nel confronto i militanti nonprofit sono assai più critici rispetto ai politici locali. Questi ultimi hanno sottolineato, oltre a diverse

TAB 1. GRUPPO CAMPIONE DEI POLITICI COMASCHI

Rappresentazione della Politica		Rappresentazione dell'uomo politico					
		Realismo	Immagine	Preparazione	Ambizione	Corruzione	Totale % *
Democrazia	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Ideologie	Unità	9	0	0	5	0	14
	Interviste	(1)			(1)		1.8%
Rappresentazione	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Partecipazione	Unità	0	0	1	0	0	1
	Interviste			(1)			0.1%
Potere	Unità	0	4	0	29	0	33
	Interviste		(1)		(3)		4.4%
Confronto	Unità	4	0	58	1	0	63
	Interviste	(1)		(3)	(1)		8.5%
Mediazione	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Gestione	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Risposta a	Unità	7	0	15	0	0	22
	Interviste	(1)		(1)			2.9%
Progresso	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Totale		20	4	74	35	0	133
% per 8 doc. (1566u.tot.)		1.2%	0.2%	4.7%	2.2%		8.4%
% * (740u.cod.=47%)		2.7%	0.5%	10%	4.7%		17.9%

* La seconda percentuale si riferisce al numero delle unità nel riquadro sul numero totale di unità distinto per i due gruppi con almeno una categoria (si elimina da questo calcolo il testo che non presenta nessuna codifica).

lacune dell'uomo politico, anche qualche aspetto positivo, mentre così non è stato per i militanti nonprofit che non hanno fatto alcun cenno alle presunte qualità della classe politica. L'elemento della corruzione, al contrario, è scomparso dai canoni di valutazione dell'uomo politico per entrambi i gruppi, a testimonianza di un ulteriore mutamento delle rappresentazioni, che potrebbe costituire un nuovo tema di investigazione per le future ricerche nel campo.

Entrambi i gruppi posseggono una rappresentazione più ideale che reale della politica, anche se i militanti nonprofit collegano la categoria più citata, quella della risposta ai bisogni, principalmente alla realtà, in una visione più concreta e pratica dei compiti della politica. Questo risultato induce a prendere in considerazione la possibilità di nuovi studi che possano confermare la tesi di Catellani (1990), secondo la quale la dimensione ideale è adottata come standard di riferimento per la politica.

Da ultimo, l'analisi del contenuto ha evidenziato la rilevanza dell'ambito internazionale e nazionale che per i militanti nonprofit contribuisce in modo fondamentale a definire la rappresentazione della politica, più di quanto non avvenga per i politici locali: è ipotizzabile che questa visione più globale sia dovuta all'esperienza diretta vissuta dal primo gruppo, per il quale i problemi politici debbono essere colti ben al di là delle proprie competenze territoriali.

TAB 2. GRUPPO CAMPIONE DEI MILITANTI NONPROFIT

Rappresentazione della Politica		Rappresentazione dell'Uomo Politico					
		Realismo	Immagine	Preparazione	Ambizione	Corruzione	Totale % *
Democrazia	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Ideologie	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Rappresentazione	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Partecipazione	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Potere	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Confronto	Unità	27 (1)	0	40 (2)	0	0	67 9.4%
	Interviste						
Mediazione	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Gestione	Unità	0	0	0	0	11 (1)	11 1.5%
	Interviste						
Risposta a	Unità	0	6 (1)	0	0	0	6 0.8%
	Interviste						
Progresso	Unità	0	0	0	0	0	0
	Interviste						
Totale		27	6	40	0	11	84
% per 8 doc. (1450u.tot.)		1.8%	0.4%	2.7%		0.7%	5.7%
% * (706u.cod.=49%)		3.8%	0.8%	5.6%		1.5%	11.8%

* La seconda percentuale si riferisce al numero delle unità nel riquadro sul numero totale di unità distinto per i due gruppi con almeno una categoria (si elimina da questo calcolo il testo che non presenta nessuna codifica).

Conclusioni

In considerazione del particolare momento storico che il welfare italiano sta attraversando, è parsa opportuna una ricerca che prendesse in esame il rapporto fra politica, da una parte, e nonprofit, dall'altra, chiamati entrambi a svolgere un ruolo di primo piano nelle politiche sociali del futuro. L'accostamento è avvenuto in un contesto definito come quello della provincia di Como, per dar modo di confrontare i due gruppi dei politici locali e dei militanti del terzo settore, che già stanno sperimentando – o si accingono a farlo – una gestione associata e integrata di alcuni servizi.

È stato perciò applicato lo studio delle rappresentazioni sociali della politica e dell'uomo politico, nell'intento di cogliere l'ipotetica distanza esistente fra i due

gruppi citati: tale investigazione ha offerto alcuni risultati significativi che, se da un lato hanno confermato i dati raccolti da ricerche anteriori condotte sul tema, dall'altro hanno fornito sicuramente nuovi e inattesi elementi di riflessione. In termini generali, è stata comprovata la bontà della scelta della teoria delle rappresentazioni sociali, al fine di indagare un campo tanto ampio e articolato come quello della politica. Le rappresentazioni, che si generano grazie all'interazione fra gli individui e i gruppi d'appartenenza, hanno rivelato il processo grazie al quale la conoscenza viene costruita e veicolata dal senso comune e, in particolare, hanno svelato le componenti più complesse che ruotano attorno ai concetti di politica e di uomo politico.

Allegato A

Struttura del sistema di categorie

(1) Temi delle Rappresentazioni Sociali

(1 1) Rappresentazione della Politica

- (1 1 1) **Democrazia**
- (1 1 2) **Ideologie e partitocrazia**
- (1 1 3) **Rappresentatività**
- (1 1 4) **Partecipazione**
- (1 1 5) **Potere**
- (1 1 6) **Confronto e interazione sociale**
- (1 1 7) **Mediazione culturale**
- (1 1 8) **Gestione**
- (1 1 9) **Risposta ai bisogni**
- (1 1 10) **Progresso**

(1 2) Rappresentazione dell'Uomo Politico

- (1 2 1) **Realismo**
- (1 2 2) **Immagine**
- (1 2 3) **Preparazione**
- (1 2 4) **Ambizione**
- (1 2 5) **Corruzione**

(2) Dimensioni trasversali delle Rappresentazioni Sociali

(2 1) Ambito

- (2 1 1) **Globale**
- (2 1 2) **Nazionale**
- (2 1 3) **Locale**

(2 2) Polarità

- (2 2 1) **Negativa**
- (2 2 2) **Positiva**

(2 3) Grado di realtà

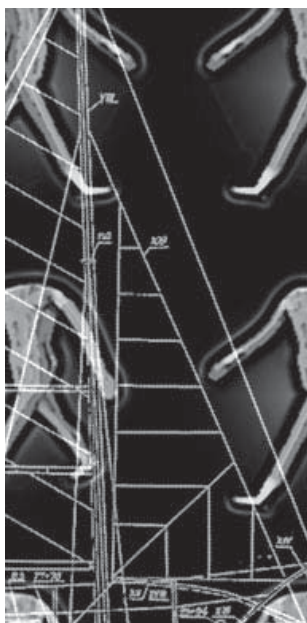
- (2 3 1) **Ideale**
- (2 3 2) **Reale**

Entrambi i gruppi posseggono una rappresentazione più ideale che reale della politica, anche se i militanti nonprofit collegano la categoria più citata, quella della risposta ai bisogni, principalmente alla realtà, in una visione più concreta e pratica dei compiti della politica. Questo risultato induce a prendere in considerazione la possibilità di nuovi studi che possano confermare la tesi di Catellani, secondo la quale la dimensione ideale è adottata come standard di riferimento per la politica.



BIBLIOGRAFIA

ABRIC, J.-C., (1988), *Coopération, compétition et représentations sociales*, Cousset, Del Val.
 AÏSSANI, Y., (1991), Etude expérimentale de la transformation d'une représentation sociale dans le champ politique, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, n. 4, pp. 279-303.
 AÏSSANI, Y., BONARDI, C., GUELFUCCI, B., (1990), Représentations sociales et noyau central, problèmes de méthode, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, n. 3, pp. 335-356.
 AMERIO, P., LARRUE, J., (1991), Psychologie sociale de la vie politique, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, n. 4, pp. 205-208.



- BARBETTA, G.P., (2002), *Il terzo settore in Italia: dimensioni economiche e prospettive*, in *Non profit e sussidiarietà, il terzo settore tra servizi alla comunità e alla persona*, a cura di A. Quadrio Curzio e G. Merzoni, pp. 17-40.
- BARBETTA, G.P., RANCI, C., (a cura di), (1999), *Nonprofit a Milano: fattori di nascita, consolidamento e successo. Una ricerca promossa dalla Camera di Commercio di Milano*, Milano, Franco Angeli.
- BARBETTA, G.P., MAGGIO, F., (2002), *Nonprofit*, Bologna, il Mulino.
- BARBETTA, G.P., CIMA, S., ZAMARO, N., (2003), *Le istituzioni nonprofit in Italia. Dimensioni organizzative economiche e sociali*, Bologna, il Mulino.
- BONARDI, C., DE PICCOLI, N., LARRUE, J., SOUBIALE, N., (1994), Dipendenza e interdipendenza delle rappresentazioni sociali: la rappresentazione dell'Europa e quella della politica, *Giornale italiano di psicologia*, XXI, n. 3, pp. 399-419.
- CASTELLI FUSCONI, C., (a cura di), (1993), *La società attuale nella rappresentazione dei giovani. Ricerche su conoscenze ed atteggiamenti sociali e politici*, Milano, Vita e pensiero.
- CATELLANI, P., (1990), I concetti di «politica» e di «uomo politico» nella percezione di militanti e non militanti, *Giornale italiano di psicologia*, XII, n. 4, pp. 625-649.
- CATELLANI, P., (1997), *Psicologia Politica*, Bologna, il Mulino.
- CATELLANI, P., QUADRIO, A., (1991), Ideal and real in the representation of politics, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, n. 4, pp. 231-256.
- D'AUTILIA, M.L., (2003), *Le istituzioni nonprofit tra pubblico e privato*, in *Le istituzioni nonprofit in Italia. Dimensioni organizzative economiche e sociali*, a cura di G.P. Barbetta, S. Cima e N. Zamaro, pp. 109-146.
- DI GIACOMO, J.-P., (1985), *Rappresentazioni sociali e movimenti collettivi*, Napoli, Liguori.
- DOISE, W., (1985), Les représentations sociales, définition d'un concept, *Connexions*, n. 45, pp. 243-253.
- DOISE, W., (2002), *La forza delle idee, rappresentazioni sociali e diritti umani*, Bologna, il Mulino.
- ELSTER, J., (1993), *Political psychology*, Cambridge, Cambridge University Press.
- FARR, R., MOSCOVICI, S., (1989), *Rappresentazioni sociali*, Bologna, il Mulino; ed. or. (1984), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press & Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- FIORENTINI, G., MAGGIO, F., MELANDRI, V., SANTUARI, A., SPERANZINI, E., ZAMAGNI, S., (2002), *Il nonprofit italiano al bivio*, Milano, Egea.
- FLAMENT, C., (1992), *Struttura e dinamica delle rappresentazioni sociali*, in *Le rappresentazioni sociali*, a cura di D. Jodelet, pp. 227-244.
- FLICK, U., (a cura di), (1998), *The Psychology of the Social*, Cambridge, University Press.
- GUIMELLI, C., (1994), *Structures et transformations des représentations sociales*, Lausanne, Texte de base.
- JODELET, D., (1992), *Le rappresentazioni sociali*, Napoli, Liguori; ed. or. (1989), *Le représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MANNONI, P., (1998), *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MOLINER, P., (1993), Cinq questions à propos des représentations sociales, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n. 4, pp. 5-15.
- MOLINER, P., (1996), *Images et représentations sociales*, Grenoble, Presses Universitaires.
- MOSCOVICI, S., (1976), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses Universitaires de France. (I ed. 1961)
- MOSCOVICI, S., (1998), *The history and actuality of social representations*, in *The Psychology of the Social*, a cura di U. Flick, pp. 209-247.
- QUADRIO, A., (a cura di), (1998), *Nuove questioni di psicologia politica*, Milano, Giuffrè.
- QUADRIO, A., CATELLANI, P., SALA, V., (1988), La rappresentazione sociale della politica, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, XLIX, n. 1, pp. 5-27.
- QUADRIO CURZIO, A., MERZONI, G., (a cura di), (2002), *Non profit e sussidiarietà, il terzo settore tra servizi alla comunità e alla persona*, Milano, Franco Angeli.
- RATEAU, P., (1995), Le noyau central des représentations sociales comme système hiérarchisé. Une étude de la représentation du groupe, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n. 26, pp. 29-52.
- RICHARDSON, J.T.E., (a cura di), (1996), *Handbook of qualitative research methods for psychology and social sciences*, Leicester, BPS Books.
- ROUQUETTE, M.-L., (1995), *La psychologie politique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ROUSSIAU, N., (1996), *Représentation sociale et théorie de l'engagement. La représentation sociale de la politique, étude expérimentale de ses transformations*, Université de Toulouse Le Mirail, Thèse de nouveau régime.
- ROUSSIAU, N., BONARDI, C., (2000), Dissonance cognitive et étude de la transformation d'une représentation sociale (le cas de la politique), *Anuario de Psicología*, XXXI, n. 1, pp. 89-114.
- ROUSSIAU, N., BONARDI, C., (2001), Structure et dynamique représentationnelles. La représentation sociale de la politique, *Bulletin de Psychologie*, LIV, n. 451, pp. 63-79.
- SABUCEDO, J.M., (1996), *Psicología Política*, Madrid, Síntesis.
- ZANGRANDI, A., (a cura di), (2000), *Aziende nonprofit, le condizioni di sviluppo*, Milano, Egea.

Local administrations and nonprofit organizations

The following research that belongs to the studies of Political Psychology (Amerio, Larrue, 1991; Catellani, 1997; Elster, 1993; Quadrio, 1998; Rouquette, 1995; Sabucedo, 1996), considers the multifaceted relationship between local administrations and nonprofit organizations, by investigating social representations of politics and political man. Thank to the text analysis it was possible to identify representational fields of both concepts. Moreover, central and external elements were discovered, as well as the relations among the single parties for two sample of local administrators and nonprofit employees.

link 06 *strumenti*

IX CONGRESSO
EUROPEO DI
PSICOLOGIA

RECENSIONI
a cura di
Giovanni Cavadi





PROGRAMMA SCIENTIFICO

Temi del convegno

Assessment psicologico • Apprendimento, memoria e cognizione • Comportamento animale • Condotta sessuale e abuso sessuale • Counseling psicologico • Differenze individuali • Dipendenze • Disturbi dell'apprendimento • Emozione e motivazione • Ergonomia • Etica della psicologia • Genere e diversità • Immigrati e rifugiati • Insegnamento della psicologia • Invecchiamento e ciclo di vita • Neuropsicologia • Personalità • Psicobiologia e psicofisica • Psicologia ambientale • Psicologia clinica • Psicologia cognitiva • Psicologia di comunità • Psicologia economica • Psicologia dell'età evolutiva • Psicologia forense • Psicologia della formazione • Psicologia dei mezzi di comunicazione di massa • Psicologia militare e della pace • Psicologia interculturale • Psicologia del lavoro e delle organizzazioni • Psicologia del linguaggio • Psicologia politica • Psicologia della salute • Psicologia della sicurezza viaria • Psicologia sociale • Psicologia sportiva • Psicologia statistica e matematica • Psicomетria • Storia della psicologia • Turismo e tempo libero • Violenza e terrorismo

CONFERENZE

Psicologia clinica

• Richard Bentall
Università di Manchester
Spiegando la follia
• Larry E. Beutle
Università di Stanford
Ritorno alle origini: la ricerca dei principi base del cambiamento e la loro applicazione alla psicoterapia
• Amparo Belloch
Università di Valenza
Ossessioni e compulsioni: lo stato dell'arte

Dipendenze

• Stephen Higgins
Università di Vermont
Implicazioni del rinforzo come determinante dei disturbi da uso di sostanze

Psicologia della salute

• Rosario Valdés
Consiglio nazionale del Messico per l'insegnamento e la ricerca in psicologia
Credenze sulla salute e prevenzione del cancro nelle aree urbane e rurali del Messico settentrionale
• Walter Vandereycken
Università cattolica di Leuven
Trattamento dei disturbi dell'alimentazione: dall'evidenza all'esperienza
• Ronald F. Levant Ed. D., M. B. A., A. B. P. P.
Nova Southeastern University
Approcci psicologici alla gestione della salute e della malattia: l'attenzione alla salute dell'intera persona

Psicologia del lavoro e delle organizzazioni

• José M. Peiró
Università di Valenza
Lo stress da lavoro e il coping: un approccio collettivo e proattivo
• José m. Prieto
Università C di Madrid
Le basi psicologiche della fiducia

Psicologia dei mezzi di comunicazione di massa

• Wilson López
Università javeriana e Università cattolica
I mass-media e la costruzione delle culture della pace: una sfida per la psicologia del XXI secolo

Psicologia politica

• Torngy Danielsson
Associazione svedese di psicologia
Il ruolo dello psicologo in politica

Psicologia interculturale

• Rainer Silbereisen
Università di Jena
Acculturazione dei giovani immigrati: una prospettiva di scienza evolutiva

Psicologia sociale

• Miriam Erez
Technion – Istituto israeliano di tecnologia
Dalle conseguenze della cultura agli antecedenti del cambiamento culturale: un approccio dinamico alla comprensione del cambiamento culturale nel contesto lavorativo globale

Psicologia della formazione

- Leandro Almeida

Università di Miño

Transizione accademica e completamento dell'università: contributi dell'indagine e della pratica psicologica

Psicologia e professione

- Ype Poortinga

Università di Tilburg

Verso una psicologia sostenibile

- Tuomo Tikkanen

Federazione europea dell'Associazione degli Psicologi

Lo stato attuale, gli sviluppi recenti e le

prospettive future della professione di psicologo in Europa

- Ingrid Lunt

Università di Londra

Lo psicologo europeo come scienziato

professionista: lo sviluppo di una formazione europea etica per psicologi

Invecchiamento e ciclo di vita

- Rocío Fernández-Ballesteros

Università autonoma di Madrid

Psicologia e invecchiamento

Assessment psicologico

- José Muñiz

Università di Oviedo

Test e strumenti di valutazione

in Europa

- Rolf Stayer

Università di Jena

Stati e tratti: due concetti

fondamentali e come impiegarli

nel modellamento delle variabili latenti

Psicologia di comunità

- Fernando Chacón

Università C di Madrid

La partecipazione sociale e il volontariato

Apprendimento, memoria e cognizione

- Lars-Göran Nilsson

Università di Stoccolma

Possano i geni insegnarci qualcosa sulla memoria umana?

NORME ORGANIZZATIVE

Simposi

I simposi sono sessioni incentrate su di un tema o problema di interesse comune sui quali i partecipanti presenteranno i propri contributi. Il coordinatore farà un riassunto e fornirà una panoramica sul tema del simposio.

Le proposte per la presentazione di simposi devono includere:

- Titolo
- Tema del congresso
- Nome, indirizzo postale ed elettronico del coordinatore
- Riassunto del contenuto (non più di 300 parole)
- Nome e abstract dei partecipanti (non più di 300 parole)
- Durata totale del simposio: 1 ora e 30 minuti.
- Durata massima di ogni comunicazione: 15 minuti
- Scadenza per inviare gli abstract: 31 dicembre 2004

Sessioni parallele

Le sessioni parallele raggrupperanno le comunicazioni verbali in base a un criterio stabilito dal Comitato Scientifico. Il criterio fondamentale della ripartizione sarà la somiglianza tematica tra le comunicazioni. La durata di ogni sessione parallela sarà di 1 ora e 30 minuti. Il pubblico che assiste avrà uno spazio per il dibattito.

Le proposte per le comunicazioni da presentare nelle sessioni parallele devono includere:

- Titolo
- Tema del congresso
- Nome, indirizzo postale ed elettronico degli autori
- Nome dell'istituzione
- Abstract (non più di 300 parole)
- Durata massima di ogni comunicazione: 15 minuti
- Tempo da dedicare alla discussione: 10-15 minuti
- Scadenza per inviare gli abstract: 31 dicembre 2004

Poster

I poster sono presentazioni grafiche di lavori scientifici. Le loro dimensioni massime devono essere di 90 cm di larghezza per 190 di altezza. Almeno uno degli autori del poster dovrà essere presente per illustrare e discutere il contenuto del poster col pubblico presente.

Le proposte per i poster devono includere:

- Titolo
- Tema del congresso
- Nome, indirizzo postale ed elettronico degli autori
- Nome dell'istituzione
- Abstract (non più di 300 parole)
- Scadenza per inviare gli abstract: 31 dicembre 2004

Workshop

I workshop sono piccoli incontri dedicati al training e al dibattito su di un tema specifico. Il loro scopo è fornire a ricercatori, studenti e professionisti informazioni e dati su risultati significativi in aree importanti della disciplina e identificare direttrici future per la pratica e la ricerca.

Le proposte per i workshop devono includere:

- Titolo
- Riassunto del contenuto
- Numero massimo dei partecipanti
- Nome, indirizzo postale ed elettronico del proponente

Tavole rotonde

Sono sessioni monografiche di discussione su di un tema di interesse attuale. Le tavole rotonde sono formate da specialisti e verrà dedicato uno spazio specifico per il dibattito tra le persone che assistono. Le proposte per le tavole rotonde devono includere:

- Titolo
- Tema
- Nome, indirizzo postale ed elettronico del chairman
- Nome dei partecipanti

PRESENTAZIONE DEGLI ABSTRACT

Gli abstract potranno essere inviati esclusivamente via Internet, scrivendo il testo direttamente nel modulo disponibile.

1. Collegatevi al sito <http://www.ecp2005.com>
2. Selezionate "abstract/proposal".
3. Fate la spunta sull'intervento desiderato: poster, comunicazione per le sessioni parallele, simposio, workshop o tavola rotonda.
4. Riempite i campi. Per inviare l'abstract dovete scrivere il testo (non più di 300 parole) direttamente nel campo a ciò predisposto.
5. Selezionate il tasto "invio".
6. Se non avrete compilato tutti i campi obbligatori (appositamente segnalati) comparirà un messaggio di errore. Una volta compilati tutti i campi indicati, selezionate di nuovo il tasto "invio".

Gli abstract devono essere strutturati in base a obiettivi, metodi (disegno sperimentale, procedure, misurazioni), risultati e conclusioni.

Si prega di non inviare più di due abstract.

Inviando il vostro abstract, acconsentite alla sua pubblicazione in formato elettronico e cartaceo.

Il Comitato Scientifico esaminerà il vostro abstract e vi comunicherà la sua accettazione o rifiuto entro febbraio 2005.

Una volta che il vostro abstract è stato accettato dal Comitato Scientifico, la vostra partecipazione al Congresso sarà confermata se la Segreteria del Congresso riceverà il pagamento della quota di iscrizione entro il 30 aprile del 2005. Gli abstract verranno pubblicati nel volume degli abstract solo se saranno soddisfatte le condizioni su menzionate.

Gli abstract saranno disponibili online una volta approvati dal Comitato Scientifico e avvenuto il pagamento della quota di iscrizione da parte dell'autore.

Vi invitiamo a porre attenzione alle scadenze per l'iscrizione e il pagamento.

Non inviate due volte lo stesso abstract.

Scadenza per inviare gli abstract (comunicazioni, poster, simposi): 31 dicembre 2004.

QUOTA DI ISCRIZIONE

<i>Categoria</i>	<i>Prima del 30 Aprile 2005</i>	<i>Dopo il 30 Aprile 2005</i>	<i>Sul posto</i>
Partecipanti	249.00 euro	300.00 euro	320.00 euro
Studenti	120.00 euro	120.00 euro	120.00 euro
Accompagnatori	100.00 euro	100.00 euro	100.00 euro

La quota di iscrizione per i partecipanti e gli studenti include l'ammissione a tutte le sessioni scientifiche, l'accesso alle esposizioni commerciali, la documentazione del Congresso (programma finale e libro degli abstract), la cerimonia di apertura, il cocktail di benvenuto e l'accoglienza da parte del sindaco (da confermare).

La quota di iscrizione per gli accompagnatori include: la cerimonia di apertura, il cocktail di benvenuto, l'accoglienza da parte del sindaco (da confermare) e la visita guidata alla città.

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Ricci Carlo,
Il computer insegna. Un software multiscopo per l'insegnamento individualizzato. Con un cd allegato. Prefazione di Giuseppe Mascioni, Edizioni Erickson, Trento, 1999, pp. 130, euro 25,31

L'agile libretto presenta i risultati di una ricerca-intervento condotta dall'Autore, quale responsabile scientifico del gruppo di ricerca, su commissione della Regione Marche, denominato *Computer ed handicap 2000*. Vengono sintetizzati gli studi e le ricerche condotte nell'arco di cinque anni per la diffusione dell'uso delle nuove tecnologie nella scuola per migliorare la qualità dell'integrazione scolastica e lavorativa delle persone portatrici di handicap. Come ricorda l'Autore nell'introduzione, il testo «si rivolge sia a quelle persone che affrontano per la prima volta l'utilizzazione del computer nella didattica, sia a quelle che hanno già esperienza in questo senso e che vogliono allargare il campo dei loro interessi». Il volume descrive le basi psicopedagogiche su cui si fonda un software didattico, curato dallo stesso Ricci, e il manuale d'uso del software a cura del gruppo di ricerca formato da F. Vetrano, D. Tamburo, R. Corradetti, L. Cottini e M. Giampieri. Vengono riportati anche gli applicativi presenti del CD-ROM con spunti per esercitarsi. Tre brevi appendici ed una bibliografia specifica del tema completano il volume. Pensiamo che l'opera possa risultare utile non solo agli psicologi scolastici, ma anche a quei colleghi che lavorano nel settore della

riabilitazione psichiatrica e neuropsicologica.

Ministero della Pubblica Istruzione, Progetto nazionale NETFORM. Formazione a distanza in rete telematica. Atti e documenti, Mantova, 2000, Microart's, Recco 2001, pp. 209, s. i. p.

Il volume, curato dalla Direzione Generale Istruzione Secondaria di I grado del M.P.I., raccoglie gli atti del progetto Netform che intende promuovere la formazione del personale scolastico nella gestione delle nuove tecnologie utilizzandole come «strumento privilegiato di trasmissione di conoscenze e competenze». La formazione a distanza assume oggi una valenza fortemente innovativa e di necessità, come è previsto e sollecitato anche dai progetti ECM del Ministero della Sanità, e come ci ricorda ripetutamente il presidente di FormAUPI, Mario Sellini. Il volume riporta alcune tematiche di attualità quali le metodologie e i modelli didattici che si configurano con la formazione a distanza, dato che è possibile identificare alcune specifiche «funzioni di amplificazione che la tecnologia può assumere in ambito didattico: l'amplificatore cognitivo e l'amplificatore cooperativo». L'amplificatore cognitivo, cioè l'utilizzazione della tecnologia per imparare meglio o di più quello di cui si ha bisogno o che interessa, per imparare dove, quando e come si vuole, in modo autonomo, più efficace e più motivante, e nel caso oggetto del volume per dare sostegno al docente nel processo di

insegnamento. L'amplificatore cooperativo, dato che operare in isolamento «sarà sempre meno possibile nella società delle comunicazioni e dell'informazione [...] come sottolineato da molti anni dalla psicologia cognitiva, l'interazione con gli altri riveste un ruolo importante per lo sviluppo cognitivo degli allievi». La dimensione collaborativa viene ritenuta di particolare significato didattico anche nei processi di formazione a distanza. Vengono quindi presentati i progetti delle scuole. All'interno del volume sono pure riportati alcuni questionari e schede di valutazione e autovalutazione, griglie di valutazione del clima di apprendimento, test di ingresso e finale di informatica e delle schede di rilevazione dei comportamenti di lavoro; gli autori le ritengono degli utili suggerimenti per coloro che si occupano di formazione degli educatori. Il volume manca di una dovuta bibliografia per opportuni approfondimenti. Voglio, infine, ricordare che la rivista *Rassegna di Psicologia*, quadrimestrale dell'Università *La Sapienza* di Roma, dedicò un numero speciale al tema "computer e processi cognitivi", a cura di E. De Grada e C. Pontecorvo (vol. 4, n. 2/3, 1987, pp. 207).

Renato A. Rozzi, Giusi Messetti e Donato De Silvestri,
Essere docenti. Una cattedra di Psicologia dello Sviluppo nella formazione di studenti e insegnanti, Cierre Edizioni, Verona, 1999, pp. 134 (L. 20.000).

Il tema che accomuna gli argomenti trattati dai tre

autori riguarda l'atteggiamento di ricerca-insegnamento in cui l'Università e le istituzioni scolastiche si sono incontrate e si sono interrogate. Il primo argomento è l'*infant observation*. Si riflette sul ruolo fondamentale, nella formazione psicologica degli insegnanti della scuola elementare, di un *training* sull'osservazione del bambino secondo Bick, nell'ambito dei programmi delle attività didattiche della *Tavistock Clinic* di Londra. Il secondo contributo tratta il tema della problematica giovanile attraverso l'analisi di un corso universitario ed infine, il terzo, sviluppa il tema della formazione di chi opera nella scuola e perciò degli insegnanti in quanto adulti in formazione permanente.

American Psychiatric Association,
Linee guida per il trattamento del disturbo di panico, Edizione italiana a cura di G.B. Cassano e Mauro Mauri, Masson Editore, Milano, 2000, pp. 70, s. i. p.

Le linee guida riportate, stilate nel 1997, riassumono quei dati che servono a fornire informazioni a chi si occupa dell'assistenza dei pazienti con disturbo di panico. Esse forniscono anche direttive specifiche per il trattamento del disturbo nei bambini e negli adolescenti. Come viene precisato nella Dichiarazione d'intenti queste linee guida «non sono state ideate come standard, né lo devono costituire... dato che gli standard vengono determinati sulla base di tutti i dati clinici disponibili per ogni singolo caso e sono soggetti a cambiamenti in base agli avanzamenti

della conoscenza scientifica e tecnologica e all'evolversi dei modelli. Tali parametri devono essere considerati soltanto delle linee guida». Come viene sottolineato nella presentazione all'edizione italiana «l'esperienza clinica e gli studi controllati confermano l'efficacia della terapia farmacologica e della psicoterapia cognitivo-comportamentale» nella remissione del disturbo di panico. Una bibliografia di 273 titoli completa il volume.

Alberto Siracusano e Cinzia Niuoli,
La paura di volare. Perché viene e come si supera l'ansia di prendere l'aereo, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1999, pp. 167, s. i. p.

Il volume affronta il tema dell'aerofobia, cioè la paura di volare: «un timore molto diffuso, sia tra coloro che utilizzano l'aereo come abituale mezzo di trasporto, sia tra coloro che non hanno mai volato». Il libro, steso con domande e risposte arricchite da una casistica clinica, è il risultato dei seminari svolti dagli Autori su un gruppo di oltre trecento persone che soffrivano di aerofobia.

Gianni Ferrucci, La relazione d'aiuto. Teoria e tecnica della psicologia umanistico-esistenziale. Prefazione di Vera Slepj, Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 2001, pp. 113, euro 8,26

Questo volume si colloca nella tradizione umanistico-esistenziale della psicoterapia che ha avuto come capostipite Rogers e si è evoluta più recentemente nel pensiero

del "dissidente" Carkhuff e che punta alla realizzazione del Sé. L'Autore, dopo aver presentato il modello e gli scopi della terapia centrata sul cliente si addentra nella tecnica psicoterapeutica proposta da Carkhuff, che individua tre momenti centrali che il cliente in terapia deve rielaborare: l'esplorazione, la comprensione e l'azione. Sono quindi esposte le condizioni necessarie per la terapia d'aiuto e quindi gli stadi del processo psicoterapeutico, che costituiscono il modello terapeutico "completo ed integrato". Molto utile, anche per chi non segue l'indirizzo terapeutico neorogersiano, l'appendice dedicata ai sei «esercizi sulla facilitazione d'aiuto e su risposte terapeutiche corrette». Una bibliografia essenziale conclude l'opera.

Nadia Crotti (a cura di), *Una famiglia come la tua. Affrontare insieme la malattia*, Tipografia Camusa, Brescia, pp. 23 (senza prezzo e senza data); Nadia Crotti e Diana Lucchini (a cura di), *La malattia in famiglia: condividere*, Tipografia Camusa, Brescia, pp. 23 (senza prezzo e senza data)

«Ammalarsi è una esperienza frequente nella vita. Da bambini ci è stato detto che ci sono malattie che bisogna avere per crescere, malattie di cui è meglio ammalarsi da bambini che da grandi, malattie che ci permettono di chiedere coccole, fare i capricci, essere noiosi e non andare a scuola. Ma, crescendo, abbiamo anche imparato che ci sono malattie di cui si parla solo a bassa voce,

che fanno paura, che isolano le persone: malattie che nessuno vorrebbe avere». Questi due libretti ben illustrati sono due favole scritte da due psicoghe per i bambini: l'intento è far loro capire cos'è il cancro. Dato che sono fuori commercio, vale proprio la pena di richiederli alla Dr. ssa Nadia Crotti, Servizio di psicologia dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova, largo Benzi 10, 16132 Genova (tel. 010/5600603) o alla Dr. ssa Diana Lucchini, Servizio di psicologia Casa di Cura S'Anna, 25100 Brescia.

Augusto Cavadi, *Quando ha problemi chi è sano di mente. Un'introduzione al philosophical counseling. Con una breve storia della consulenza filosofica di Neri Pollastri, Rubettino Editore, Soveria Nebbelle, 2003, pp. 164, euro 8,00.*

Che cos'è la consulenza filosofica, di che problemi si occupa, quali sono le effettive esperienze di questa pratica professionale, s chi bisogna rivolgersi per saperne di più e come usufruirne effettivamente? Se si sta male perché si è "fuori di testa" si sa a chi rivolgersi: medici psicologi e psicoterapeuti. Ma qualche volta, anzi pare che avvenga anche spesso secondo l'Autore, si sta male proprio perché si è ancora sani mentalmente. Ci sono degli interlocutori qualificati con cui confrontarsi? «Queste persone 'sagge' con cui scambiarsi opinioni, punti di vista, ipotesi operative sono sempre esistite ed è ancora possibile incontrarle, quasi

casualmente, agli incroci delle nostre strade esistenziali». Sembra che anche nel nostro Paese si stia aprendo una nuova attività professionale conosciuta come consulenza filosofica, una filosofia pratica. Non si tratta di una consulenza medica per disagi psichici, non è una direzione spirituale per problemi psicologici né, tanto meno, un'assistenza didattica per difficoltà nell'apprendimento: «È piuttosto un servizio all'intelligenza di persone, famiglie, aziende e gruppi disposti a cercare da sé le risposte più adatte alle sfide quotidiane. Una applicazione dei consulenti filosofici, è «la formazione etica di funzionari e impiegati pubblici», ad esempio. Secondo l'Autore la consulenza filosofica ricorda «per molti aspetti l'eros platonico: istituzionalmente debole, poco remunerativa dal punto di vista economico e proprio per questo inquieta, fantasiosa, in progress». Essa apre una ponte al dialogo tra filosofia e psicoterapia il cui criterio orientativo è «l'insostenibilità di qualsiasi conflittualità fra una consulenza filosofica consapevole dei propri limiti ed una psicoterapia altrettanto immune da deliri di onnipotenza». Interessante il capitolo dedicato agli strumenti di lavoro in cui a titolo esemplificativo vengono proposti alcuni seminari dal titolo molto invitante *Intelligenza artificiale in trattoria; Week-end filosofico per non... filosofi; Interpretare la morte: alcune prospettive*. (G.C.). Per saperne di più, oltre alla lettura dell'agile volumetto, l'Autore fornisce l'indicazione del sito www.phronesis.it che contiene vari link attraverso i quali

collegarsi ad iniziative analoghe in Italia e all'estero.

Lorenzo Recanatini, *Adolescenze. Informazioni e umorismo sull'adolescenza*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 2001, pp. 257, euro 12,91.

È un originale libro a fumetti dedicato all'adolescenza, un approccio umoristico all'adolescenza. L'Autore affronta questo tema con sagacia partendo dallo sviluppo fisico, poi quello psicologico, la crisi e la formazione dell'identità, gli aspetti relazionali e familiari e infine i percorsi e gli esiti adolescenziali. Le centinaia di vignette sono dell'autore stesso. Vale proprio la pena di consultarlo!

Raffaella, Teruggi Aurora, Verilli Ruggero (curatori), *Lavorare con i gruppi in alcologia*, Prefazione di Carlo C. Di Clemente, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2004, pp. XXIV + 226, euro 23,00 (libro e CD-ROM)

Alla stesura di questo volume hanno contribuito un gruppo di esperti, appartenenti alle diverse discipline delle scienze umane: medici, psicologi, psicoterapeuti di differenti formazioni, assistenti sociali, tutti con particolare esperienza in problematiche legate all'alcol, che propongono una prospettiva di lavoro sul trattamento di gruppo di alcolisti e tossicodipendenti innovativa, sofisticata e completa. Questo libro nasce all'interno di un ambiente esperienziale sintono con i nostri ambiti culturali e

operativi. Non è, pertanto, il riadattamento di esperienze nate in altre culture, dove il lavoro di gruppo è quasi la regola, ma si fonda su presupposti e logiche che fanno parte della nostra realtà; oltre ad essere una valida risorsa per la descrizione della teoria e dei tipi di gruppo, è anche un manuale che aiuta gli operatori alla conduzione degli stessi. Gli Autori descrivono come lavorare per attuare una modalità operativa che coinvolge tutte le figure professionali dell'équipe multidisciplinare. È offerta una descrizione piuttosto completa e approfondita degli interventi ed una guida per utilizzare i gruppi per assistere gli alcolisti e i tossicodipendenti a trovare una loro strada per un processo di modificazione del comportamento: la terapia di gruppo offre un metodo efficace ed efficiente per il trattamento dei problemi alcol correlati; i gruppi possono facilitare interazioni positive tra i loro membri, offrire un senso di solidarietà e supporto, fornire modelli di ruolo per il cambiamento, creare esperienze che possano attivare processi critici di trasformazione ed offrire opportunità per costruire alleanze interpersonali che non siano incentrate sul bere o sull'uso delle droghe. I gruppi sembrano essere particolarmente importanti per quei pazienti che mancano di sistemi di sostegno sociale o che trovano scarso supporto per l'astinenza del proprio contesto ambientale. Viene messa a fuoco la dimensione dell'attività di équipe degli operatori e il lavoro di gruppo con i pazienti perché, nel settore delle dipendenze

patologiche, più che in altri, il paziente è un collaboratore e un artefice del trattamento assieme al terapeuta. Nella prefazione Di Clemente afferma che le persone affette da dipendenza da alcol o droga devono percorrere da sole il lungo viaggio per guarire; devono trovare la motivazione per riconoscere e accettare il problema, la determinazione per seguire un piano d'azione personale, il coraggio per agire ed abbandonare la dipendenza e la saggezza per crearsi una nuova vita senza alcol e droghe. Tuttavia molti alcolisti e tossicodipendenti hanno trovato la saggezza, il supporto, la conoscenza e il loro sentiero personale verso il cambiamento in compagnia degli altri. I gruppi sono stati una componente molto importante nel processo di guarigione per molte persone affette da dipendenza. Il volume, corredato da un *cd-rom*, propone alcuni modelli di lavoro terapeutico con il gruppo nel trattamento dell'alcol dipendenza. I modelli operativi adottati dagli autori, già collaudati nei servizi alcolologici nei quali essi operano da anni, permettono di avviare, all'interno dell'attività di presa in carico e trattamento dell'alcolista e/o dei familiari, gruppi terapeutici socio-riabilitativi e motivazionali. I lavori con i gruppi, presentati attraverso informazioni tecniche molto operanti, sono corredati dal *Tool Box* (Cd-Rom) che contiene schede di lavoro, esercizi, materiale grafico da riprodurre. Lo scopo di questo è favorire la riproducibilità degli interventi proposti. Nella prima parte del testo, dopo una breve presentazione delle varie tipologie di gruppo, vengono descritte le specifiche metodologie

operative e le modalità per riproporle da parte di operatori quali medici, psicologi, assistenti sociali, educatori e infermieri professionali. Nella seconda e terza parte, per ogni gruppo, vengono spiegati, anche attraverso costanti riferimenti al *Tool Box*, il metodo di lavoro e gli strumenti operativi presentati graficamente il percorso di riproduzione del gruppo e di gestione dello stesso. I casi clinici esposti mettono in evidenza il percorso terapeutico svolto dagli alcolisti e dai familiari attraverso le tipologie di gruppo descritte. La quarta parte, attraverso una dettagliata descrizione del metodo di lavoro e dei risultati raggiunti, è dedicata a due tipologie di gruppo in fase sperimentale: per pazienti tossicodipendenti-alcolisti (TDA) e per i gruppi di formazione su "Alcol e guida". Il corredo bibliografico posto a conclusione del testo costituisce la premessa per eventuali approfondimenti delle idee presentate. Il *Tool Box* è uno strumento informatico su *cd-rom* pensato per fornire agli operatori dei servizi una guida che li accompagni nella progettazione e nella realizzazione dei gruppi descritti nei vari capitoli. Esso è ripartito in sezioni, ciascuna delle quali corrispondenti alle differenti tipologie di gruppo. In ognuna di esse è contenuto tutto il materiale necessario per avviare il metodo di lavoro attraverso la stampa su carta o lucido o la proiezione dei disegni, delle schede, delle tracce di percorso, degli esercizi, dei fogli report. Le esperienze proposte in questo manuale, legate alla realtà italiana, presentano una risposta a quelle problematiche sociali che,

quotidianamente, gli operatori dei servizi socio-sanitari si trovano ad affrontare.


Frank M. Dattilo e Louis J. Bevilacqua (a cura di), *Psicoterapia di coppia. Modelli a confronto*, Edizione italiana a cura di Vittorio Cigoli, Mc Graw-Hill, Italia, Milano, 2001, pp. 402, euro 38.00

Mike e Jan sono una coppia bianca, appartenente alla classe media. Sono in crisi e si rivolgono allo psicologo per trovare una soluzione al progressivo aggravamento del loro problema, che è sul traguardo della rottura. La domanda che si sono posti i curatori del volume è: «Che cosa farà lo psicoterapeuta specialista di coppia per aiutare questa coppia?». Partendo da questo caso complesso, anche se tipico, la soluzione viene affrontata da vari psicoterapeuti che appartengono a ben sedici diversi orientamenti terapeutici e che, nel complesso, sono rappresentativi della attuale realtà della terapia di coppia. Dalla lettura dei diversi modelli interpretativi proposti emerge che esistono, e a buon diritto, differenti punti di vista nell'ambito di una efficace terapia di coppia, che implicano l'utilizzazione di linguaggi diversi per riferirsi ad identici principi sottesi al cambiamento del comportamento. Come sottolinea Cigoli nella introduzione, la coppia si caratterizza come un «genere terapeutico... che si pone alle origini della nostra stessa cultura e come sia necessario avere a cuore la relazione tra i partner. Si tratta di una relazione drammatica, perché si fonda sulla

differenza dell'altro e sull'incontro dell'altro». Come ricordano gli Autori nella rassegna storica la terapia di coppia, pur essendo nata contemporaneamente alla terapia individuale, è stata confusa con il counseling matrimoniale, e perciò collocata al di fuori del contesto terapeutico. La cultura medica, inoltre, ha teso a collocare i problemi sorti nell'ambito del matrimonio di scarsa importanza e perciò non necessariamente collocabili nell'intervento psicoterapeutico. Anche lo sviluppo della terapia familiare non ha certo favorito la crescita dell'esercizio della terapia di coppia che oggi gode ormai di uno statuto a sé.

Ornella Casati, M. Rossin (ASL Brescia), *Adolescenti d'oggi nella realtà bresciana. Atti della giornata di studio 23 novembre 2001*, a cura di Pasquale Cirigliano, Italgraf, Castellanza, pp. 102, 2001, s. i. p.

Nel libro sono presentati gli atti degli interventi della giornata di studio dedicata al bilancio decennale del Consultorio dell'adolescente dell'ASL di Brescia. Partendo dall'evoluzione della domanda dell'adolescente in difficoltà, vengono analizzate le attività preventive svolte dagli psicologi del Centro nelle scuole cittadine valutando le potenzialità trasformative che si incontrano nel gruppo di pari. Curioso e stimolante il contributo di A. Valli su *Interventi di prevenzione e di riduzione del danno nelle discoteche*. (Per chi fosse interessato alla pubblicazione la può richiedere al Consultorio Adolescenti dell'ASL Brescia, vicolo Rizzardo, 25100 Brescia).



Link

Link è una pubblicazione prodotta grazie ai contributi dell'Aupi e delle Società scientifiche Form-Aupi, Sipo (Società Italiana di Psico-Oncologia), Emdr. *Link* non è in vendita, viene inviata agli iscritti delle associazioni citate.

