

link

08

Direttore responsabile
Rinaldo Rini

Direttore editoriale
Vito Tummino (*Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP*)

Responsabile di redazione
Giovanni Cavadi

Redazione
Alessandra Albini, Cristina Albornico,
Marcela Blotta, Valentina Guggiari, Erika Riva,
Daniela Moro, Lucia Schiara

Comitato scientifico
Adalgisa Battistelli, Alessandro Bruni,
Anita Caruso (*Vicepresidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia*), Michele Cusano,
Raffaele Felaco (*Presidente Associazione Psicologi per la responsabilità sociale*), Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maurizio Gasseau, Gioia Gorla (*Presidente Associazione italiana per la psicologia e la psicoterapia*), David Lazzari, Giovanni Lodetti, Silvia Lapini (*Presidente SIPLES Società Italiana Psicologia Lesione Spinale*), Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso,
Anna Rita Ravenna, Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPPI*), Enzo Spaltro, Riccardo Telleschi, Isabella Zucchi (*Presidente Società italiana consulenti del linguaggio grafico*)

Redazione Como
DSM Azienda Ospedaliera Sant'Anna,
Unità Operativa di Psicologia
via Napoleone, 60 22100 Como,
tel. 031.5851896,
e-mail: psico.como@hsa.como.org

Redazione Roma
Sede centrale AUPPI,
via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.68873819,
fax 06.68809822

Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.68873819, fax 06.68809822
e-mail: formaupi@auppi.it

Art director
Andrea Rosso

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

Stampa
Editoriale Grafica, Roma,
via E. Mattei 17, tel. 06.5814154

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



08 GENNAIO 2006

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail al Direttore editoriale (Vito Tummino, vito.tummino@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 TEM45: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, *Journal of Personality Assessment*, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed.), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-40.

Zanni B. & Cicognani E. (1999) *La via del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

Quando aprirete questo numero avremo già eletto i nuovi consiglieri degli Ordini Regionali e mentre scrivo la campagna elettorale degli psicologi è in pieno svolgimento. I programmi delle differenti liste in campo sono molto interessanti e le aggregazioni di aree culturali della categoria sono rappresentate nelle varie liste. Questo fa ben sperare che chi avrà il maggior consenso sarà anche rappresentativo delle diverse istanze della professione; la speranza è che gli investimenti di risorse e di impegno nella campagna elettorale servano anche a fronteggiare le invasioni nel nostro ambito delle altre professioni, prima fra tutte quella degli universitari medici-“psicologi” delle facoltà di medicina che erano riusciti a far passare la specializzazione di Psicologia Clinica a Medicina alla fine dello scorso 2005.

Se così non fosse, si genererebbe una “muddle” nell’attuale contesto europeo e non si capirebbe l’“originalità italiana” di medici che si specializzano in Psicologia clinica con un titolo di psicologo clinico che non ha nessun riconoscimento e validità in Europa in tutte le altre associazioni di psicologi.

L’E.F.P.A. (*European Federation Psychologist’s Association*) a cui l’Italia aderisce con i suoi massimi rappresentanti del Sindacato AUPI, dell’Ordine nazionale, della F.I.S.S.P., e dell’A.I.P., ha costituito comitati nazionali per il rilascio del Certificato Europeo di Psicologo *EuroPsy*. Il Certificato *EuroPsy* è comprensivo di un sistema di standard per la formazione e il training di Psicologi professionisti in Europa, e ha lo scopo di dare agli Psicologi l’opportunità di esercitare la professione ovunque nella UE, rispondendo ai requisiti sia per la formazione accademica che per il training professionale richiesti dall’E.F.P.A.

Il Certificato *EuroPsy* sarà concesso sulla base dei seguenti requisiti: a) compimento di un curriculum accademico in psicologia; b) competenza nell’esercizio professionale durante la pratica supervisionata; c) accettazione del meta-codice europeo di etica e dei codici deontologici nazionali; d) aggiornamento, formazione continua e pratica professionale. All’accettazione della domanda gli psicologi saranno iscritti in un registro europeo che comprenderà le competenze specifiche acquisite. Il Certificato *EuroPsy* sarà valido per un periodo di 7 anni, al termine del quale verrà rinnovato se ancora permangono i requisiti iniziali.

Il collega Mario Andrea Salluzzo affronta in *focus* il tema delle ripercussioni negative sui figli rispetto alla separazione e al divorzio conflittuali; tali ripercussioni ingenerano una vera e propria patologia chiamata PAS (*Parental Alienation Syndrome*): un comportamento così distruttivo fa sicuramente del figlio una vittima, con conseguenze disastrose sia nella costruzione della sua personalità che in quella delle future relazioni affettive. Quando si porrà realmente l’interesse del minore al di fuori della disputa coniugale, anche con una legge sulla mediazione familiare attesa da decenni?

Ancora in *focus* la tragedia del Molise nel 2002 ha portato alla luce una nuova possibilità di intervento terapeutico rispetto alle vittime di traumi psicologici (PTSD) in conseguenza di eventi catastrofici: l’applicazione dell’EMDR da parte di Isabel Fernandez è risultata estremamente valida anche se il campione è limitato e incoraggia la ricerca a sviluppare questa tecnica che sta ottenendo riconoscimenti sempre più frequenti di efficacia nella pratica clinica.

La storia di cui ci parla in questo numero Giovanni Cavadi è dedicata a un geniale ricercatore italiano di inizio secolo, Vittorio Benussi, ideatore di un prototipo di quello che oggi chiamiamo *lie detector*: molti di noi ricorderanno nei primi telefilm polizieschi provenienti dall'America la "macchina della verità".

Nella sezione *esperienze* ospitiamo un interessante lavoro della collega Caprilli sulla gestione del dolore nei bambini: un tema sottovalutato e carico di pregiudizi tra i quali quello che l'imaturità del sistema nervoso centrale viene interpretato come una capacità maggiore del bambino rispetto agli adulti di "dimenticare" il dolore. Niente di più falso! I bambini avvertono il dolore al punto tale che la mancanza di un filtro cognitivo della sua elaborazione comporta una reazione intensa e traumatica che ha importanti ripercussioni nella formazione della personalità. In questo articolo la collega ci presenta il protocollo da lei utilizzato nel Servizio di terapia del dolore nell'Ospedale Meyer di Firenze.

Gianmi Biondi dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù ci presenta i dati relativi all'assistenza psicologica pediatrica con il day hospital psicologico. La psicologia pediatrica ha come principale obiettivo di realizzare interventi psicologici in sinergia con i medici, in quanto il bambino malato ha bisogno di sentirsi accolto, ascoltato, accompagnato durante il faticoso percorso terapeutico. Ridurre gli effetti psicologici della malattia e aiutare a gestire i vissuti di sofferenza e la percezione delle paure e della rabbia permette non solo di alleviare il dolore, ma anche di sostenere la speranza e la forza per affrontare la malattia.

Nella sezione *società* Fulvio Frati, componente della Commissione Deontologica del Consiglio Nazionale dell'Ordine, ci fornisce un ulteriore strumento di riflessione e una linea guida professionale sulla certificazione psicologica e la diagnosi psicologica nel SSN.

Di seguito la collega Anita Caruso del direttivo Nazionale della SIPO (Società Italiana di Psico-Oncologia) affronta il tema della formazione psicologica specialistica dei non psicologi chiarendo la differenza tra una relazione di aiuto e una relazione psicologica: nello specifico la prima - pur prevedendo l'acquisizione di conoscenze psicologiche - si orienta a migliorare la relazione di aiuto nell'accompagnare al meglio il paziente durante l'iter della malattia; la seconda modalità prevede una formazione specialistica che ha per obiettivo l'apprendimento di un setting psicologico qualificato.

La parte relativa agli *strumenti* è dedicata al test *Myers-Briggs Type Indicator* (MBTI) con un'analisi critica - fornita da Saggino e collaboratori - della validità e applicazione di queste scale: bene sarebbe cominciare a buttare al macero strumenti obsoleti e inutili nell'attuale panorama clinico lasciando spazio a nuovi strumenti diagnostici validati ed ancor meglio sarebbe che gli psicologi non lasciassero il campo a non psicologi nella critica ai test.

La sezione *ricerca* presenta un lavoro sperimentale - iniziato quattro anni fa - frutto di una collaborazione dipartimentale tra gli operatori della Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Como nell'ambito del progetto finanziato dal Ministero della Salute relativo alla prevenzione delle psicosi: l'intervento precoce con strumenti integrati psicologici e farmacologici di presa in carico di giovani pazienti con disturbi comportamentali prodromici.

Oltre al contributo sempre prezioso delle recensioni a cura di Giovanni Cavadi, ospitiamo nel capitolo *emozioni* una riflessione di Serena Scionti su un'autrice contemporanea, icona del femminismo e "sognatrice di respiri disperati": Sylvia Plath. Il documento finale è il Meta-Codice revisionato e approvato nel luglio 2005 a Granada dall'Assemblea Generale dell'EFPA che fornisce le linee guida a tutte le Associazioni Europee per i Codici Deontologici Nazionali.

Vi invitiamo a inviarci vostre esperienze e contributi, anche nella prospettiva della collaborazione di *Link* con *European Psychologist*, rivista scientifica indicizzata e di elevato *impact factor* edita dall'EFPA.

link 08 focus

La sindrome di alienazione genitoriale (PAS): psicopatologia e abuso dell'affidamento nelle separazioni. Interventi di confine tra psicologia e giustizia

MARIO ANDREA SALLUZZO

L'EMDR e il terremoto in Molise: una ricerca sul campo con bambini vittime di una catastrofe naturale

ISABEL FERNANDEZ



La sindrome di alienazione genitoriale (PAS): psicopatologia e abuso dell'affidamento nelle separazioni. Interventi di confine tra psicologia e giustizia

MARIO ANDREA SALLUZZO*

La **Sindrome di Alienazione Genitoriale (PAS)**, descritta da Richard Gardner a partire dagli anni ottanta, è un disturbo psicopatologico – e al tempo stesso un abuso emotivo – che colpisce i figli, solitamente in un'età compresa tra i 7 e i 14/15 anni, al momento della separazione. La PAS è dovuta a due fattori concomitanti: il primo è la programmazione o indottrinamento di un genitore – definito come “alienante” – ai danni dell'altro: il secondo, che costituisce la principale manifestazione della PAS, è l'allineamento dei figli col genitore alienante. La prole è personalmente coinvolta in una campagna di denigrazione – che non ha giustificazione e non è sostenuta da elementi realistici – nei confronti dell'altro genitore (il genitore alienato), che viene odiato fino ad essere escluso dalla loro vita.

Gardner descrive tre tipi di PAS: lieve, moderata e grave; inoltre individua otto sintomi principali e quattro criteri diagnostici aggiuntivi. Per un intervento terapeutico è necessario che gli operatori della giustizia e gli psico-professionisti lavorino in sinergia. Solo una chiara e rapida azione giudiziale, mirata a scoraggiare qualsiasi tentativo di sabotaggio da parte del genitore alienante, può garantire un buon margine di successo ad interventi psicoterapeutici o di mediazione familiare.

Svolgendo da più di dieci anni l'attività di psicologo nei servizi pubblici di salute mentale, ho potuto assistere alla graduale ma consistente crescita delle richieste di trattamenti psichiatrici da parte di coloro che si trovano coinvolti in eventi stressanti come l'interruzione o la radicale modificazione dei rapporti familiari. Cessazioni di convivenza, separazioni e divorzi costituiscono eventi sempre più frequenti nella nostra società e le famiglie sono sottoposte a traumatiche destrutturazioni.

La *Sindrome di Alienazione Genitoriale* (PAS – Parental Alienation Syndrome) è un disturbo dell'età evolutiva che nella realtà statunitense venne rilevato fin dagli anni Ottanta. Quando la separazione dà luogo ad aspri conflitti, ognuno degli ex coniugi – convinto di aver ragione – rischia di coinvolgere i figli in una sorta di “gara di lealtà” (Byrne, 1989) disorientandoli e costringendoli ad un'innaturale scelta forzata; i genitori trattano i figli come propri confidenti ed attuano comportamenti che hanno lo scopo di separarli dall'altro genitore e di cementarli a sé. Wallerstein e Kelly (1980) definirono tale fenomeno, da loro rilevato in soggetti di età tra i 9

«Quando ho lasciato Antonio ho pensato: ho vissuto un'esperienza con una persona che ti porta a fondo come mamma, e, pur avendola vissuta, come ho fatto ad essere così stupida da ricascarci di nuovo? Ero così convinta che tutte le cose che lui mi diceva fossero giuste e che io dovessi impararle. Intuivo che le cose non andavano bene, però non riuscivo a prendere una decisione [...] Anche con mia madre sentivo di non capire le cose e mi fidavo di lei...»



e i 12 anni, anche in presenza di buoni rapporti genitore-figlio prima della separazione, come *"allineamento del minore con un genitore"*.

Jacobs (1988) definì come *"Complesso di Medea"* il comportamento materno finalizzato alla distruzione del rapporto tra padre e figli dopo le separazioni conflittuali. In questo caso, le madri, invece di uccidere i loro figli per vendetta contro i mariti, come accade nella tragedia di Euripide - in cui Medea uccide i figliolotti per privare il marito, che l'ha ripudiata, delle gioie di essere padre - piuttosto tentano di "uccidere" il legame padre-figlio.

Sulla stessa scia si pongono i contributi di Turkat (1995, 1999) sulla *"Sindrome della Madre Malevola/Genitore Malevolo"*, secondo cui, dopo la cessazione del rapporto coniugale, il genitore, pur rimanendo esente da altre psicopatologie accertabili e mantenendo con i figli - almeno in apparenza - un efficace rapporto di accudimento, tuttavia esercita nei confronti dell'ex coniuge un comportamento lesivo, teso soprattutto ad impedirgli un normale ed affettuoso rapporto con i figli. L'alterazione della condotta può comprendere sia veri e propri gesti criminali, oppure può trasformarsi in un eccesso di azioni legali con cui impedire all'altro genitore il rapporto coi figli.

L'intento di questo scritto non è quello di riassumere la vasta letteratura ed il dibattito sulla conflittualità patologica dell'affidamento dei figli dopo le separazioni (per questo si rimanda il lettore alla bibliografia) ma quello di mettere a fuoco una patologia psichica, gli abusi connessi, esporne la teoria, i criteri diagnostici e i metodi psicoterapeutici.

Inizierò con alcuni esempi clinici.

Caso n. 1

Maria aveva circa 25 anni quando si rivolse al nostro servizio. I suoi genitori si separarono dopo circa cinque anni di matrimonio, quando la paziente aveva un anno e mezzo. Maria ha una sorella maggiore più grande di due anni. Fino all'età di 18 anni, Maria rifiutò quasi del tutto le frequentazioni col padre, adesso, da 5 anni, vive con lui, ma non riesce ad organizzare la propria vita: è incostante tanto nella scelta degli studi universitari quanto nella vita sentimentale.

Dopo una fase di valutazione iniziale decidiamo di iniziare la psicoterapia, ma, dopo pochi mesi, Maria si innamora e sparisce.

Torna dopo più di un anno. Due ostacoli l'hanno colta di sorpresa nella sua vita: il primo è la sua difficoltà ad ultimare il tirocinio universitario, a causa delle troppe problematiche psicologiche irrisolte; il secondo è la fine - dopo circa un anno - della convivenza con Antonio, il suo fidanzato.

Riprendiamo i colloqui, anche se la sua tendenza ad agire fa temere il rischio di ulteriori interruzioni della psicoterapia.

Dopo circa tre mesi, Maria riesce ad esprimere in seduta il suo disagio, creando spontaneamente importanti collegamenti tra passato e presente.

«Mia madre assomiglia molto ad Antonio, perché riesce sempre a passare per vittima e a far sentire in colpa gli altri. Sono gli altri che sono colpevoli delle sue disgrazie».

E prosegue parlando dei contrasti tra la sorella maggiore e la madre. Alla fine la sorella era andata via di casa: *«Mia madre era convinta che mia sorella se ne fosse andata via di casa perché mio padre le aveva fatto il lavaggio del cervello»*.

Maria procede liberamente, tornando a parlare della convivenza fallita col fidanzato, ricollegandola al rapporto con la madre: *«Quando ho lasciato A. ho pensato: ho vissuto un'esperienza con una persona che ti porta a fondo come mamma, e, pur avendola vissuta, come ho fatto ad essere così stupida da ricascarci di nuovo? Ero così convinta che tutte le cose che lui mi diceva fossero giuste e che io dovessi impararle. Intuivo che le cose non andavano bene, però non riuscivo a prendere una decisione [...] Anche con mia madre sentivo di non capire le cose e mi fidavo di lei. Quando mia madre diceva che mio padre manipolava mia sorella, non avevo la maturità di capire che erano i loro litigi a farle dire questo. La realtà in cui vivevo era tutta nebulosa: arrivai a pensare le stesse cose che pensava mia madre»*.

Maria non ha mai utilizzato il padre come riferimento genitoriale. Non ne ha mai

avuto la possibilità. La paziente spiega che in questi ultimi mesi sta avvenendo una sorta di imprevisto recupero:

«Già gli volevo bene a mio padre, ma il fallimento del rapporto con A. mi ha permesso di riavvicinarmi intimamente a mio padre. Lui pensava che fossi matura. Quando gli ho confessato i miei bisogni, ha dato prova di essere un buon genitore ... c'avevo rinunciato a mio padre. Anche negli ultimi sei anni pensavo che ormai il nostro rapporto fosse destinato a rimanere superficiale. Avere scoperto che c'era qualcuno che mi proteggeva come un padre mi ha dato la forza di lasciare A.».

Maria continua, oscillando sempre tra passato e presente:

«Adesso mia madre la sento soltanto, ma quando la sento mi viene il magone... la vedo vuota ... la vedo come A.... ha sempre i suoi problemi davanti... come se avesse sempre i fantasmi del passato. È come se ce l'avessi con lei perché mi ha tenuto nascosto mio padre per tanti anni... ma poi mi fa anche pena... è debole, fa la vittima. Non la sopporto certe volte, come prima non sopportavo papà e mia sorella...».

Caso n. 2

Giorgia aveva circa 30 anni quando si rivolse al nostro servizio a causa di una crisi depressiva, insorta alla vigilia delle nozze. Quando aveva 13 anni i suoi genitori si separarono e lei e il fratello maschio, più piccolo di un anno e mezzo, vennero affidati alla madre. La madre era ed è saldamente legata alla sua famiglia d'origine: lei e la sorella, insieme, sono imbattibili. Già prima della separazione il padre di Giorgia era oggetto di scherno, dapprima scherzoso, ma via via sempre più pesante. Alla fine il "pappamolla" si trovò un'altra donna. Giorgia e il fratello, che avevano avuto sempre rapporti teneri e affettuosi col padre, si trovarono a dover fronteggiare una campagna di demigrazione formidabile scagliata contro di lui. Il ragazzo reagisce positivamente e riesce a mantenere buoni rapporti col padre. Giorgia, invece, si schiera fedelmente con la madre ed il resto della famiglia nell'accusare il padre di essere colpevole della distruzione familiare. Alla fine il "pappamolla" si risente di questo atteggiamento e rinuncia a proseguire la frequentazione con la figlia. Con il figlio, invece, continuano a incontrarsi, sia pure saltuariamente.

In apparenza sembra non esserci alcun problema per Giorgia, a parte il tono depressivo che sembra caratterizzare il comportamento, sia suo che della madre. Alla vigilia delle nozze, però, Giorgia cade in crisi, presagisce la fine della sua esistenza e minaccia propositi suicidari. Il matrimonio sembra destinato al fallimento. Lo psichiatra prescrive una terapia farmacologica per contenere la fase acuta del disturbo della paziente, anche se confida maggiormente, come fattore terapeutico, nella ripresa dei rapporti tra padre e figlia. Anche se la madre di Giorgia e la sorella non comprendono quale giovamento possa portare alla vita della figlia il riavvicinamento al "pappamolla", tuttavia i rapporti riprendono. Alla fine il padre parteciperà perfino al matrimonio della figlia.

Caso n. 3

Oliviero Ferraris (2005) riporta l'intervista di una ragazza, ormai adulta, figlia di separati: «Pur di vincere mia madre si era inventata una serie di bugie su mio padre, sui torti che le aveva fatto e su come ci trattava quando andavamo da lui. Mi ricorderò sempre l'espressione di trionfo con cui lo fulminò, quando in tribunale il giudice le dette ragione. Il suo obiettivo non era il mio benessere, come diceva, ma il desiderio di umiliare mio padre...» (pag. 94).

Caso n. 4

Sandra è una ragazza di 15 anni che vive nel contesto di un aspro conflitto familiare dopo la separazione. La conflittualità non risolta rende impossibile al padre di par-

In apparenza sembra non esserci alcun problema per Giorgia, a parte il tono depressivo che sembra caratterizzare il comportamento, sia suo che della madre. Alla vigilia delle nozze, però, Giorgia cade in crisi, presagisce la fine della sua esistenza e minaccia propositi suicidari. Il matrimonio sembra destinato al fallimento. Lo psichiatra prescrive una terapia farmacologica per contenere la fase acuta del disturbo della paziente, anche se confida maggiormente, come fattore terapeutico, nella ripresa dei rapporti tra padre e figlia

«Se non la smetti di venire a cercarmi, alla prossima udienza andrò dal giudice a dire che tu sei voluto entrare in casa con la forza e hai preso mamma a parolacce, e sai bene che il giudice crederà a me e non a te...»



tecipare alla vita della figlia, che è affidata alla madre. Quest'ultima, spalleggiata dai suoi parenti, ha accusato l'ex marito di aver commesso maltrattamenti sia su Sandra che su di lei; maltrattamenti che, in realtà, non sono mai avvenuti. Sono diversi anni che gli viene impedito di vedere la figlia. Ella, schierata con la madre e i parenti, ha reso dichiarazioni accusatorie contro il padre.

Nonostante ciò, il padre insiste nel tentativo di riavvicinarsi a Sandra, anche sapendo di correre il rischio di esporsi ad ulteriori false accuse. La ragazza minaccia il padre quando viene a cercarla: «Se non la smetti di venire a cercarmi, alla prossima udienza andrò dal giudice a dire che tu sei voluto entrare in casa con la forza e hai preso mamma a parolacce, e sai bene che il giudice crederà a me e non a te». La ragazza scriverà al giudice una lettera piena di false dichiarazioni. Nonostante il padre si prodighi producendo a propria discolpa un elenco di testimoni e le loro dichiarazioni, tuttavia, verrà condannato penalmente.

Caso n. 5

Emanuele ha circa 40 anni quando esplode la sua crisi matrimoniale. Di fronte alla sua presa di posizione, la moglie gli dice a brutto muso: «Ah, è così, allora adesso esco, vado dai servizi sociali e ti distruggo». La donna, dopo qualche giorno, sparisce insieme ai due figli di 8 e 12 anni. Emanuele venne accusato di maltrattare i figli. Da allora può vederli solo attraverso incontri protetti. I figli però manifestano sempre più avversione nei suoi confronti, adducendo a pretesto motivazioni assurde che prima della crisi matrimoniale non avevano mai espresso.

I rapporti con i figli non riprendono regolarmente. Ma dopo circa due anni dalla separazione l'ex moglie muore in un incidente stradale. Improvvisamente i figli cambiano atteggiamento nei confronti di Emanuele: sono tornati ad essere i figli affettuosi di un tempo.

Definizione di PAS

Nel 1985 Richard Gardner, psichiatra infantile e forense, membro del Dipartimento di Psichiatria Infantile della Columbia University di New York, coniò il termine "*Parental Alienation Syndrome*" (PAS) - tradotto in italiano da alcuni autori (Buzzi, 1997; Gulotta, 1998) col termine *Sindrome di Alienazione Genitoriale* - per designare il disturbo psicopatologico dei soggetti in età evolutiva, frequentemente un'età compresa tra i 7 e i 14/15 anni (1985, 1998b), che costituisce la "risposta distintiva" del sistema familiare sottoposto al trauma della separazione. La PAS è dovuta a due fattori concomitanti: il primo è la "programmazione" o "indottrinamento" di un genitore - che è affetto da odio patologico - ai danni dell'altro (questo comportamento è definito come "alienante"); il secondo, che costituisce la principale manifestazione della PAS, è l'allineamento col genitore più amato (il genitore programmatore, che fa il lavaggio del cervello o che induce la PAS) da parte dei figli, i quali si dimostrano personalmente coinvolti in una campagna di denigrazione - che non ha giustificazione, né è sostenuta da elementi realistici - nei confronti dell'altro genitore, che viene "odiato" (il genitore alienato, denigrato, la vittima o il bersaglio). La finalità è quella di escluderlo dalla loro vita. Le madri sono genitori alienanti molto più frequentemente di quanto lo siano i padri. Naturalmente è fondamentale il ruolo svolto anche da tutti coloro, familiari e non, che si schierano dalla parte del genitore alienante.

Sono stati descritti da Gardner tre tipi di PAS: lieve, moderata e grave (Tavola 1).

Nel tipo lieve, l'avversione è relativamente superficiale ed i figli collaborano alle visite col genitore denigrato, ma sono a tratti ipercritici e di cattivo umore. Nel tipo moderato, l'alienazione è più profonda: i figli sono più aggressivi ed irrispettosi e la campagna di denigrazione può essere quasi continua. Nel tipo grave, le visite al genitore alienato possono essere impedita da vissuti e intense manifestazioni di persecuzione/ostilità da parte dei figli, che possono spingerli a commettere azioni

dirette a provocare dispiaceri o violenza fisica al genitore odiato. La gravità della PAS non dipende dall'intensità dell'indottrinamento impartito dal genitore alienante, bensì dal successo che ottiene da parte dei figli. Di conseguenza, è dal personale contributo dei figli alla campagna di denigrazione che deriva la gravità della sindrome e non dal livello di impegno profuso dal genitore più amato nell'indottrinamento. Gli otto sintomi primari della PAS riscontrabili nei figli hanno lo scopo di rafforzare e vitalizzare quanto più è possibile il legame patologico col genitore alienante.

Sintomi principali della PAS e loro implicazioni

- Campagna di denigrazione: i figli evidenziano astio nei confronti del genitore alienato in maniera continua e insistente.
- Razionalizzazioni deboli, superficiali e assurde per giustificare il biasimo: i figli riferiscono giustificazioni irrazionali e spesso risibili per spiegare il loro rifiuto del genitore odiato.
- Mancanza di ambivalenza: i figli mostrano una minima, se non nessuna, ambivalenza nella loro ostilità per il genitore-bersaglio, il quale è sempre considerato totalmente negativo.
- Il fenomeno del pensatore indipendente: i figli affermano orgogliosamente che i loro sentimenti di avversione verso il genitore odiato, e le ideazioni relative, provengono da loro stessi e non dal genitore alienante.
- Appoggio automatico al genitore alienante: i figli accettano come valide unicamente le asserzioni del genitore amato, a danno di quelle del genitore odiato, prima ancora di averle ascoltate o comprese.
- Assenza di senso di colpa: i figli non mostrano empatia per la sofferenza del genitore alienato, che si permettono di bersagliare impietosamente con una crudeltà quasi psicopatica.
- Scenari presi a prestito: i figli utilizzano termini o frasi solitamente estranee al repertorio dei ragazzi della loro età e di cui possono anche non conoscere esattamente il significato.
- Estensione dell'ostilità alla famiglia allargata ed agli amici del genitore alienato.

Oltre agli otto sintomi primari della PAS, Gardner ha successivamente aggiunto (si veda tav. 1) altri quattro criteri diagnostici (1998a e b; 1999b):

- Difficoltà di transizione: nel momento in cui il figlio deve separarsi dal genitore alienante per trascorrere il periodo di visita con l'altro genitore.
- Comportamento durante le visite presso il genitore denigrato.
- Il legame col genitore alienante.
- Il legame col genitore alienato prima che intervenisse il processo di alienazione.

Il genitore alienante (Gardner, 2002b), invece di contestare ai figli l'assurdità delle loro affermazioni, ne "rispetta" i sentimenti e ne tollera le ripetute esibizioni di maleducazione e diffamazione. Ne risulta un *atteggiamento adoltomorfico* dei figli, che li fa sentire come se si fossero rapidamente elevati a rango di eroici adulti e col quale essi possono far colpo sui coetanei. Facendo le debite distinzioni, tale fenomeno ha delle analogie con quello del *bullismo* (Olweus, 1996). Il bullo compie azioni che mirano a dominare, danneggiare, abusare, offendere, minacciare vittime innocenti che sono incapaci di difendersi. Tale comportamento trova origine sia nell'istigazione da parte di adulti che influenzano i ragazzi in tal senso, sia nell'imitazione di un comportamento di altri, sia coetanei che adulti, percepito come vincente.

Nella PAS, appoggiando automaticamente il genitore alienante, percepito come il più potente dei due, i figli sentono di acquisire potere, perché si mettono al sicuro

Sono stati descritti da Gardner tre tipi di PAS: lieve, moderata e grave. Nel tipo lieve, l'avversione è relativamente superficiale ed i figli collaborano alle visite col genitore denigrato, ma sono a tratti ipercritici e di cattivo umore. Nel tipo moderato, l'alienazione è più profonda: i figli sono più aggressivi ed irrispettosi e la campagna di denigrazione può essere quasi continua. Nel tipo grave, le visite al genitore alienato possono essere impedito da vissuti e intense manifestazioni di persecuzione/ostilità da parte dei figli, che possono spingerli a commettere azioni dirette a provocare dispiaceri o violenza fisica al genitore odiato

Tavola 1. Diagnosi differenziale dei tre tipi di Sindrome di Alienazione Genitoriale

Manifestazioni sintomatiche principali	Lieve	Moderato	Grave
Campagna di denigrazione	Minima	Moderata	Formidabile
Razionalizzazioni deboli superficiali o assurde per il biasimo	Minime	Moderate	Razionalizzazioni assurde multiple
Mancaza di ambivalenza	Normale ambivalenza	Assenza di ambivalenza	Assenza di ambivalenza
Fenomeno del pensatore indipendente	Abitualmente assente	Presente	Presente
Sostegno automatico al genitore alienante nel conflitto genitoriale	Minimo	Presente	Presente
Assenza di senso di colpa	Normale senso di colpa	Senso di colpa da minimo a assente	Assenza di senso di colpa
Scenari presi a prestito	Minimi	Presenti	Presenti
Estensione dell'animosità alla famiglia allargata del genitore alienante	Minima	Presente	Formidabile, spesso estrema
Difficoltà di transizione al momento delle visite	Abitualmente assenti	Moderata	Formidabili a visite non possibili
Comportamento durante le visite	Buono	Antagonistico e provocatorio a intermittenza	Visite assenti o comportamento distruttivo e continuamente provocatorio
Legame con l'alienatore	Solido, sano	Forte, da lievemente a moderatamente patologico	Legame gravemente patologico, spesso paranoide
Legame con il genitore alienato	Forte, sano o minimamente patologico	Forte, sano o minimamente patologico	Forte, sano o minimamente patologico

Tratto da Gardner (1996b)



dal non subire punizioni e dal non fare la stessa fine del genitore vittimizzato, ricalcando il classico schema del meccanismo di difesa, descritto da Anna Freud nel 1936, dell'identificazione con l'aggressore. Se dimostrassero affetto al genitore bersaglio, essi stessi correrebbero il rischio di ritorsioni, quanto meno la perdita dell'affetto del genitore alienante (Montecchi, 1994).

Come vedremo più avanti, vi sono anche diversi punti di convergenza tra la dinamica della PAS e quella del *mobbing* (Giordano, 2004).

Nonostante la maggior parte dei genitori bersagliati dalla PAS non facciano granché per meritarsi le sofferenze che vengono loro inflitte dai figli, tuttavia, una minoranza di loro, con la *passività*, contribuisce al consolidamento della relazione conflittuale. Essendo senza difesa, denigrati, derisi ed ignorati impunemente, i genitori alienati diventano delle vittime ideali; finiscono con l'aver paura ad intraprendere qualunque azione, divenendo così, agli occhi dei figli, genitori delegittimati (Rowles). Normalmente, il genitore bersaglio ha avuto un rapporto affettuoso con i figli, o una minima carenza nelle sue capacità genitoriali. Il marchio caratteristico della PAS è l'esagerazione di difetti marginali e di minime mancanze; alla denigrazione, qualora non sia stata sufficiente a spezzare il legame affettivo tra il genitore bersaglio e i figli, si possono aggiungere anche le false dichiarazioni o le denunce (anche di abusi sessuali).

L'esperienza dimostra che, qualora venga meno l'influenza dei figli da parte del genitore alienante, se il rapporto col genitore alienato, in precedenza, era solido e non è trascorso molto tempo, i sintomi della PAS svaniscono. Il tempo inoltre è un elemento a favore del consolidamento della sindrome.

Abuso, categorie diagnostiche ed effetti della PAS

Secondo Gardner, la PAS costituisce una forma di abuso emotivo (*emotional abuse*) (1998b; 1999a) che si pone all'inizio di una cascata di eventi psichici che ha solo l'origine nel trauma dell'esposizione continuata dei figli al genitore indottrinante, il quale gli trasmette un vissuto di minaccia incombente per l'avvicinarsi dell'altro genitore, nonché il suo odio patologico. In seguito, così come accade per altre forme di abuso, si sviluppano nei figli - proprio per difendersi dal trauma - diversi meccanismi di difesa. Come evidenziato da Burgess (1987), la ripetuta esposizione ad esperienze di abuso in età evolutiva - atti prima subiti e poi fatti subire - può determinare l'attivazione di alcuni meccanismi difensivi propri della patologia borderline: l'onnipotenza, la svalutazione e la dissociazione. Affinché l'esperienza dell'abuso possa avvenire, è necessario il meccanismo del diniego, cioè la negazione, della propria vulnerabilità. Solo in seguito si attiverebbe il meccanismo dell'identificazione con l'aggressore, attraverso il quale i ragazzi possono percepire un iniziale sentimento di onnipotenza, di potere sull'altro che viene quindi svalutato ed oggettivizzato. Per impedire che sentimenti di identificazione con il soggetto aggredito o sottomesso, sentimenti di dolore e vissuti di colpa vengano ad emergere, ai soggetti coinvolti in abusi occorre un alto livello di dissociazione.

Sia ben inteso che anche il genitore alienato subisce un abuso emotivo: l'odio del suo ex partner si materializza come vendetta compiuta per mano dei figli al punto che Gardner (2002b) descrive la sua terribile sofferenza paragonandola ad uno "*state of morte vivente*" (*state of living death*).

Tra gli effetti - sia a breve che a lungo termine - sui figli, si sono riscontrati (Gulotta, 1998): aggressività, tendenza all'*acting-out*, egocentrismo, futuro carattere manipolatorio e/o materialistico, comportamenti autodistruttivi, ossessivo-compulsivi e dipendenti, narcisismo, falso sé, disturbi psicosomatici, alimentari, relazionali, scolastici e dell'identità sessuale, eccesso di razionalizzazione, confusione emotiva o intellettuale, bassa autostima, depressione, fobie, regressione.

Anche Gardner elenca un ventaglio di alterazioni psicopatologiche che possono colpire i figli e che vanno dalla mancanza di rispetto per le autorità, al narcisismo, all'indebolimento delle capacità empatiche, fino a giungere alla compromissione dell'esame di realtà e alla paranoia. Sia per i genitori alienanti che per i figli possono diagnosticarsi (DSM IV, 1994; Gardner, 2002a) il Disturbo Psicotico Condiviso (*folie à deux*) o il Problema Relazionale Genitore-Bambino, mentre, per il genitore alienante, sono riscontrabili il Disturbo Delirante, in particolare quello Tipo di Persecuzione, o i Disturbi di Personalità Paranoide, Narcistico e Borderline; per i figli, invece, sono riscontrabili i Disturbi della Condotta, o d'Ansia di Separazione, o Dissociativo NAS, oppure tutti i tipi di Disturbi dell'Adattamento.

Poiché ciascun tipo di PAS (lieve, moderato o grave) richiede approcci giuridici e terapeutici differenti, è importante che venga condotta un'appropriate valutazione diagnostica preliminare.

Distinzione della PAS dall'abuso realmente commesso dal genitore rifiutato

È di fondamentale importanza riuscire a diagnosticare i casi di PAS da altri apparentemente simili (Gardner, 1999a). Gardner fornisce un lungo elenco di criteri - relativi ai sintomi dei figli, ai modelli comportamentali, alla storia familiare e alla patologia dei genitori - in base ai quali poter fare questa distinzione.

I sintomi manifestati dai figli, in caso di abuso realmente subito dal genitore rifiutato, rientrano solitamente nell'area del Disturbo Post-traumatico da Stress (DSM IV, 1994), e difficilmente mostrano qualcuno degli otto sintomi tipici della PAS.

Relativamente ai *Modelli comportamentali dei genitori*, si evidenzia come solitamente, i genitori alienanti siano poco collaborativi nel sottoporsi a valutazioni, poco attendibili nei loro resoconti, bisognosi di fare continue iniezioni di richiamo per ricordare ai figli i maltrattamenti subiti, premurosi nel proteggere i figli dai pericoli

PAS costituisce una forma di abuso emotivo che si pone all'inizio di una cascata di eventi psichici che ha solo l'origine nel trauma dell'esposizione continuata dei figli al genitore indottrinante, il quale gli trasmette un vissuto di minaccia incombente per l'avvicinarsi dell'altro genitore, nonché il suo odio patologico. In seguito, così come accade per altre forme di abuso, si sviluppano nei figli diversi meccanismi di difesa



I genitori bersaglio della PAS, abitualmente, sono attendibili nei loro resoconti, si sono sempre preoccupati del benessere familiare e le denunce di abuso riguardano solo i figli, non gli altri familiari. I genitori rifiutati e realmente abusanti, al contrario, di solito, sono poco attendibili nei loro resoconti, si sono preoccupati poco del benessere familiare e la denuncia di abuso si estende anche ad altri membri della famiglia



del genitore bersaglio, anche quando si tratti di contesti protetti, e denunciano i presunti abusi solo dopo la separazione. I genitori di figli realmente abusati dal genitore respinto, invece, tendenzialmente, lasciano che i figli ricordino spontaneamente gli abusi subiti, riconoscono il rischio dell'indebolimento del rapporto tra il genitore abusante ed i figli e fanno di tutto per ripristinare tale relazione in condizioni protette; infine, la denuncia degli abusi risale ad un periodo di molto precedente alla separazione. I genitori bersaglio della PAS, abitualmente, sono attendibili nei loro resoconti, si sono sempre preoccupati del benessere familiare e le denunce di abuso riguardano solo i figli, non gli altri familiari. I genitori rifiutati e realmente abusanti, al contrario, di solito, sono poco attendibili nei loro resoconti, si sono preoccupati poco del benessere familiare e la denuncia di abuso si estende anche ad altri membri della famiglia.

Nella *Storia familiare* dei genitori realmente abusanti spesso si riscontrano precedenti di abuso nella famiglia d'origine e nelle generazioni precedenti, al contrario di quanto avviene per i genitori bersagliati dalla PAS.

Infine, in merito alla *Patologia dei genitori*, quelli rifiutati e realmente abusanti soffrono di tendenza all'impulsività (acting-out), all'esplosione violenta di rabbia e tendono maggiormente alla paranoia rispetto alla popolazione in generale. I genitori alienanti condividono con i precedenti la tendenza alla paranoia; mentre i genitori alienati, solitamente, hanno un normale autocontrollo e le eventuali esplosioni di rabbia sono conseguenti al rifiuto, alla frustrazione e al senso di impotenza generato dalla ostilità dei figli.

Proprio a proposito di quest'ultimo aspetto, si possono facilmente rilevare dinamiche comuni a quanto avviene col mobbing nel lavoro (Giordano, 2004). Infatti, il genitore denigrato viene sottoposto ingiustamente e spesso subdolamente, allo stress dell'avversione dei figli, per poi essere mobbizzato dal genitore alienante, nel momento in cui perde il controllo e reagisce con esasperazione. Il genitore alienante ridefinirà le reazioni del genitore alienato come disturbo psicopatologico e le utilizzerà, sia in sede giudiziale che davanti ai figli, come argomentazione per dimostrare l'indoneità genitoriale.

Fattori extrafamiliari di consolidamento della sindrome

Esaurite le capacità autonome di contenimento del disagio di coppia, i genitori si rivolgono all'esterno. I parenti e gli amici possono diventare facilmente istigatori del conflitto, o utili consiglieri, se non addirittura promotori di capacità di riflessione. È estremamente difficile nei casi di conflittualità familiare rimanere neutrali ed evitare il peggio, anche per i professionisti e per coloro che svolgono ruoli istituzionali; costoro, se non sono adeguatamente preparati, corrono il rischio di farsi suggestionare, schierandosi a favore dell'una o dell'altra fazione (Gardner, 2002b).

Gli avvocati lavorano in un ambito tipicamente basato sul conflitto e pertanto inadatto a risolvere le difficoltà delle famiglie in crisi (Waldron, Jarnis, 1996). Solitamente, gli avvocati difettano di conoscenze psicologiche; non sempre riescono a rendersi conto della distorsione delle dichiarazioni dei loro clienti e possono ben colludere inconsciamente con atteggiamenti che ad uno psico-professionista apparirebbero patologici (Salluzzo, 2004a). Naturalmente, il mandato dell'avvocato non è quello di diagnosticare una verità psicologica, bensì quello di delineare una *verità processuale* tale da far prevalere, all'interno della contesa giudiziaria, gli interessi del proprio assistito. In conseguenza di ciò, le versioni di parte hanno spesso un tasso di distorsione così elevato, che alcuni autori parlano di "fattoidi" (de Cataldo, 1997) per designare quanto riferito da chi è sottoposto a interrogatori o perizie in ambito giudiziale. Ciononostante, laddove venga paventato il rischio di maltrattamenti o abusi, spesso gli operatori dei servizi sociali, suggestionati dal rischio di lasciare indifesi dei soggetti deboli, si allarmano e attivano i canali di protezione del minore; e i magistrati, anche quando chiamati ad intervenire da uno dei genitori, non solo sono costretti a prendere provvedimenti limitativi contro il genitore incriminato, ma, preoccupati del rischio di lasciare liberi di agire dei sog-

getti pericolosi, possono anche colludere col vittimismo/allarmismo degli accusatori, e condannare anche dei genitori innocenti (Gardner, 2002b).

Gardner (1998a) insiste sulla necessità di affrontare la PAS attraverso una serie di interventi psicoterapeutici e provvedimenti giudiziari integrati e modulati a seconda della gravità della sindrome. Il suo approccio prevede delle *sanzioni* specifiche di livello crescente contro il genitore alienante, fino ad arrivare, nei casi più gravi, al *trasferimento dell'affidamento* e della residenza del figlio nella casa dell'altro genitore. Laddove i tribunali si rifiutano di adottare tali provvedimenti, Gardner non vede la possibilità di trattare efficacemente la PAS.

È bene sottolineare non solo la palese inadeguatezza, ma addirittura la pericolosità del contesto giudiziario nel trattare la conflittualità familiare, tanto che potremmo definire la PAS una patologia *iurigena* (Salluzzo, 2004a). Detto ciò, non si può nascondere che è difficile per chiunque rimanere neutrali nelle dispute sull'affidamento – anche per gli psicoterapeuti – e cadere in *agiti difensivi*. Infatti, è elevato il rischio degli psicoterapeuti di consolidare la sindrome, invece di curarla; di farsi manipolare quando i colloqui avvengono solo col genitore alienante e col figlio indottrinato e quando si tiene conto solo delle loro dichiarazioni (Lamontagne, 1998). Così come, quando le informazioni dello psicoterapeuta provengono da una sola parte, si evidenzia il rischio di consolidare nel figlio la convinzione dell'esistenza di un genitore buono ed uno cattivo (Lund, 1995).

Interventi terapeutici al confine tra psicologia e giustizia

La riuscita di un intervento sulla PAS richiede la collaborazione congiunta sia degli psico-professionisti che degli operatori della giustizia (Waldron e Joanis, 1996). Il modello terapeutico di Gardner (1999b) prevede un approccio integrato tra disposizioni del tribunale ed interventi psicoterapeutici.

Nei casi di PAS di tipo lieve, solitamente, non è necessario alcun intervento psicologico, ma basta assicurare il genitore alienante che manterrà l'affidamento.

Nei casi di PAS di tipo moderato, che sono i più comuni, il tribunale deve stabilire un sistema di *sanzioni* efficaci che non deve esitare ad infliggere al genitore alienante qualora tenti di sabotare il programma terapeutico concordato con lo psicoterapeuta. Le sanzioni sono di grado crescente, fino ad arrivare al carcere.

La psicoterapia con i figli adotta principi simili a quelli della *deprogrammazione* (*deprogramming*) attuata con i prigionieri che sono stati indottrinati dalla propaganda nemica, subendo il lavaggio del cervello, al punto di arrivare a manifestare una pubblica avversione verso il loro paese d'origine. Lo psicoterapeuta deve imparare a non prendere troppo sul serio le lamentele dei figli e capire che accontentare eccessivamente i loro desideri di respingere il genitore alienato non va nel loro interesse. Naturalmente, la migliore terapia consiste nel dare ai figli la possibilità di sperimentare, in una frequentazione priva di ostacoli ed influenzamenti del genitore alienante, che il genitore alienato non è così disprezzabile o pericoloso come loro pensano.

Il genitore alienato, invece, è spesso alquanto confuso a proposito di cosa stia accadendo e incapace di gestire il rapporto coi figli; quanto più riceverà informazioni e spiegazioni sul meccanismo della sindrome, tanto più riuscirà a ben orientare le sue reazioni nei confronti delle ostilità dei figli. Innanzi tutto, deve essere rassicurato rispetto alla paura di non essere più amato dai figli; paradossalmente, è proprio la loro animosità che deve rassicurarlo e fargli comprendere che, finché lo odieranno, egli non gli è del tutto indifferente. Inoltre, il genitore alienato deve essere aiutato a *"indurirsi"*, a *"tenersi duro"* e a non prendere seriamente le svalutazioni dei figli; deve essere aiutato a capire che l'ostilità è una sceneggiata in favore del genitore programmatore, dovuta alla paura di inimicarselo, specialmente se esprimerà affetto verso il genitore alienato. Ciò può essere visto come un meccanismo di difesa (Waldron e Joanis, 1996) che ha la principale funzione di proteggere il livello di autostima del genitore alleato con i figli, e serve a sostenerlo nell'affrontare la separazione. Il genitore bersagliato deve capire che, nonostante dimostrino

È bene sottolineare non solo la palese inadeguatezza, ma addirittura la pericolosità del contesto giudiziario nel trattare la conflittualità familiare, tanto che potremmo definire la PAS una patologia iurigena. Non si può però nascondere che è difficile per chiunque rimanere neutrali nelle dispute sull'affidamento e cadere in agiti difensivi



La psicoterapia con i figli adotta principi simili a quelli della deprogrammazione (deprogramming) attuata con i prigionieri che sono stati indottrinati dalla propaganda nemica, subendo il lavaggio del cervello, al punto di arrivare a manifestare una pubblica avversione verso il loro paese d'origine. Lo psicoterapeuta deve imparare a non prendere troppo sul serio le lamentele dei figli e capire che accontentare eccessivamente i loro desideri di respingere il genitore alienato non va nel loro interesse



avversione, tuttavia i figli ancora accettano di incontrarlo e che potrebbe essere peggio se non lo facessero. Infine, deve essere aiutato a distogliere i figli dalle provocazioni, ad evitare le lunghe ed estenuanti polemiche, ritornando, invece, con i ricordi, ai periodi in cui il loro rapporto era sereno e felice.

Nei casi di PAS di tipo grave (Gardner, 1998a), che rappresentano una piccola minoranza (dal 5 al 10% circa), il conflitto di lealtà del bambino risulta così acuto da rendere impossibili gli incontri. I figli dimostrano di avere una relazione di folie à deux con il genitore alienante, condividendone le idee paranoide. È necessario allora, per Gardner, mettere in atto la misura giudiziaria più severa: *trasferire l'affidamento e la residenza del figlio nella casa dell'altro genitore*. A tal fine, sotto la guida di uno psico-professionista, è opportuno provvedere ad una sistemazione intermedia dei figli in un *luogo di transizione (Transitional Site)*, piuttosto che il trasferimento diretto dei figli nella casa del genitore odiato. Il *Transitional Site Program* non preclude la possibilità che il genitore alienante ritorni ad acquisire, infine, lo stato di affidatario primario. È prevista l'espansione delle opportunità di accesso ai figli, in rapporto a quanto potrà ridurre il suo tasso di induzione della PAS.

Rilevi critici e approfondimenti

È opportuno sottoporre ad alcuni rilievi critici il modello di Gardner, senza però addentrarci nell'ampio contesto di controversie che ha suscitato la PAS nella letteratura scientifica.

È vero che il modello della PAS ha una sua indubbia validità, ma è pur vero che, non sempre, dopo la separazione, la preferenza di un figlio per un genitore e l'avversione per l'altro dipendono da una campagna di denigrazione. Anche nelle famiglie normalmente unite, ed in assenza di denigrazione, i figli possono allearsi con un genitore e rifiutare l'altro. Quindi, dal momento che il clima rovente e persecutorio delle separazioni spesso induce gli attori della contesa ad attribuire le cause di qualsiasi disagio all'azione ostile della fazione avversa, l'accusa di programmare il figlio potrebbe essere anche solo un malevolo sospetto corredato da apparenze.

Per non parlare del concetto di programmazione, è naturale che un genitore, per educare il figlio, gli trasmetta la sua realtà e che questa realtà possa essersi profondamente alterata riguardo all'ex partner, dopo la separazione. Perciò diventa impossibile distinguere quello che in buona fede il genitore trasmette al figlio a scopo educativo e quanto egli faccia con l'intento doloso di allontanare il figlio dall'altro genitore (Gulotta, 1998). Ma è pur vero che Gardner non attribuisce alla programmazione il significato univoco di intento consapevole e che la sola determinazione inconscia – anche in buona fede – del genitore alienante è sufficiente a provocare la PAS.

Le implicazioni giudiziarie dell'approccio terapeutico di Gardner possono apparire troppo punitive e ulteriormente traumatizzanti, ma si deve pur riconoscere all'autore il merito di aver sottolineato gli aspetti giudiziari di rafforzamento/terapia della sindrome. La legge pervade ogni nostro comportamento e, laddove ci sia un vuoto di legalità, può attecchire facilmente qualsiasi forma di abuso o di psicopatologia. Tanto è vero, che, secondo le associazioni di genitori e alcuni promotori di riforme legislative (Eurispes, 2002; Salluzzo, 2004b), la PAS troverebbe un solido fattore di sviluppo nella normativa vigente, che prevede l'affidamento esclusivo ad un solo genitore, come regola generale.

L'intervento, che viene considerato il metodo d'elezione per affrontare la conflittualità sulla gestione dei figli nei casi di separazione, è quello della *mediazione familiare* (Malagoli, 1998; Canevelli e Lucardi, 2000). C'è chi sostiene (Lund, 1995) che la mediazione familiare possa essere efficace anche nei casi di PAS. C'è chi, invece, è convinto (Cartwright, 1993) che non sia efficace e che debbano esser presi immediatamente, da parte del tribunale, provvedimenti contro il genitore alienante. In effetti, sembra difficile, se non impossibile, che il genitore rancoroso, che induce i tipi più gravi di PAS e che trae vantaggio dalla situazione, accetti spontaneamente di aderire – almeno di aderirvi genuinamente – ad un programma di mediazione

familiare. Infatti, c'è chi (Vestal, 1997) ritiene che esistano modelli di mediazione attuabili, ma solo in combinazione con una chiara e rapida azione giudiziale mirata a scoraggiare qualsiasi tentativo di sabotaggio da parte del genitore alienante.

Una situazione ideale di trattamento dovrebbe essere orientata, più che al contenimento coatto della rabbia agita, verso un processo di elaborazione del lutto per la perdita felicità. Infatti, " ... quando i lutti non vengono elaborati essi possono essere fissati (con un restringimento dell'Io e della vita psichica) oppure denegati e rifiutati, pronti all'espulsione e all'agito ..." (Del Guerra et al., 1996, pag. 206). L'incapacità di superare il trauma della separazione può provocare una regressione, una limitazione, o peggio, un blocco delle capacità di pensiero (Bion, 1962) sia negli ex partner che nei figli, e gli ex coniugi - in particolare il genitore alienante - possono rimanere vittime di un odio implacabile per decine di anni se non per tutta la vita (Main, 1966).

Si consideri che tutto ciò non è privo di implicazioni per lo sviluppo delle generazioni future. Diversi sono gli autori che sostengono la trasmissibilità tra più generazioni (Kaes et al., 1993) delle dinamiche psichiche individuali e familiari insolite: "Il lutto espulso può venire *trasportato*... da una persona all'altra, da una generazione all'altra, aumentandone il carico e rendendo sempre più difficile la sua metabolizzazione. Chi riceve il processo negato - "il portabagagli" (Racamier, 1992) - deve affrontare un lavoro inaffrontabile in quanto non ne conosce il senso" (Del Guerra et al., 1996, pag. 206).

In virtù di ciò, dovremmo sempre e comunque sostenere la funzione genitoriale nel momento della crisi che conduce alla separazione. A scopo preventivo, prima della separazione, dovremmo predisporre dei percorsi di sensibilizzazione e preparazione delle coppie. Però solo un programma di interventi - se necessario, anche su invio del tribunale - abbinati ad una normativa che preveda sanzioni mirate, può evitare che i figli affetti da PAS continuino ad essere abusati e subiscano danni più o meno gravi per il loro sviluppo psicologico. L'intervento psicologico, anche se inizialmente penalizzato dalla mancanza di motivazione spontanea, nel tempo, può acquisire un margine sempre più ampio di efficacia.

Conclusioni

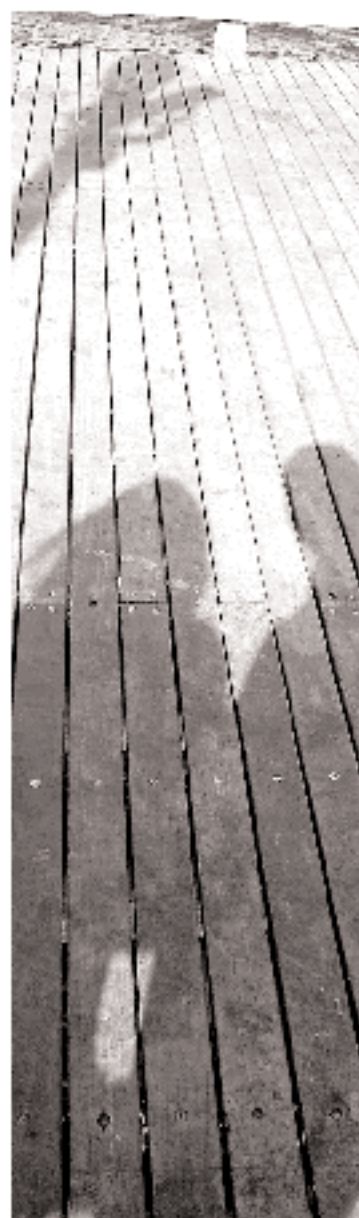
Non dobbiamo scoraggiarci di fronte al rifiuto di un figlio verso un genitore, così come non ci scoraggeremmo - ed interverremmo con dei provvedimenti, nel suo stesso interesse - qualora un bambino si rifiutasse di andare a scuola, o di fare le vaccinazioni, o di curarsi quando è malato, o compiere qualsiasi altro gesto autoleSIONISTICO. Dovremmo cercare di capire, invece, se dietro l'apparenza di un desiderio del bambino si nasconde l'interesse di un genitore che sta abusando della sua fiducia. Allontanare l'odiato ex partner dal figlio può sicuramente corrispondere all'interesse del genitore, ma sicuramente non a quello del figlio.

L'interesse del figlio è quello di disporre di entrambi i genitori e, se possibile, che siano ancora capaci di collaborare e favorire i rapporti, sia con l'altro genitore che con il relativo ramo parentale, quello che può essere definito come *cogenitorialità* (Mazzoni, 2002), o *bigenitorialità* (Eurispes, 2005, Nestola, 2005).

Indipendentemente dai differenti fattori che possono entrare in gioco in ogni singolo caso, e al di là dei limiti e delle polemiche che la teorizzazione della PAS ha suscitato, tuttavia, dobbiamo riconoscere che il fenomeno esiste e, qualunque ne sia la causa, è un problema col quale dovremo confrontarci sempre di più, nei casi di figli contesi a seguito di separazioni.

Come abbiamo visto, i tribunali sono il luogo dove le relazioni familiari vengono reificate e il compito degli psico-professionisti è quello di riuscire ad inserirsi all'interno di questo doloroso cammino, evitando che il fallimento e il disorientamento si trasformino in *agiti* (acting-out) e *conflittualità giudiziaria*, inasprendo ulteriormente una situazione già compromessa. L'unico modo per evitare questo *danno aggiuntivo* (Salluzzo, 2004a) è che i professionisti dell'ambito giudiziario e quelli dell'ambito psicologico imparino a lavorare fianco a fianco, sia per tutelare i diritti di

Dovremmo sempre e comunque sostenere la funzione genitoriale nel momento della crisi che conduce alla separazione. A scopo preventivo, prima della separazione, dovremmo predisporre dei percorsi di sensibilizzazione e preparazione delle coppie. Però solo un programma di interventi - se necessario, anche su invio del tribunale - abbinati ad una normativa che preveda sanzioni mirate, può evitare che i figli affetti da PAS continuino ad essere abusati e subiscano danni più o meno gravi del loro sviluppo psicologico



ognuno sta per cercare di ridare un senso ed una progettualità alle famiglie separate. Fino a quando non verranno prese in considerazione le motivazioni, per lo più inconscie o non dichiarate, che animano i conflitti familiari, difficilmente la giustizia, da sola, riuscirà a gestire efficacemente le separazioni.

* Psicologo, psicoterapeuta del Dipartimento di Salute Mentale ASL RM D; Responsabile Area Psicologica dell'Associazione Ge.Se.F (Genitori separati dai figli) - Per contatti e-mail: maricandrea.salluzzo@virgilio.it

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Trad.it. (2001), *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- Andolfi M. (2001). *Il padre ritrovato*, Franco Angeli, Milano.
- Anzieu D. (1986). *Scène de ménage et espace imaginaire du couple*. *Nouv. Rev. Psychanal.*, 33. Trad. it. in *Interazioni*, n. 1/1993, pp. 75-79.
- Bion W. R. (1962). *Learning from experience*. W. Heinemann, London. Trad. it. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.
- Bruno M. (2001). *Separazione e divorzio*, Biffetti, Roma.
- Burgess A.W., Hartman C.R., McCormack A. (1987). *Abused to Abuser: Antecedents of Socially Deviant Behaviors*. *Am. J. of Psychiatry* 1987, 144, 1431-1436.
- Buzzi I. (1997). *La sindrome di alienazione genitoriale*. In Cigoli V., Gulotta G. & Santi G. (a cura di), *Separazione, divorzio e affidamento dei figli*, Giuffrè, Milano, II Ed., pp. 177-188.
- Byrne K. (1989). *Brainwashing in Custody Cases: The Parental Alienation Syndrome*. *Australian Family Lawyer*, 4(3), p.1.
- Canevelli F. e Lucardi M. (2000). *La mediazione familiare*, Boringhieri, Torino.
- Cartwright, G. F. (1993). *Expanding the parameters of parental alienation syndrome*. *American Journal of Family Therapy* 21:205-15.
- De Caraldo L. (1997). *L'esame del minore*. *Quaderni ESIS*, n. 13, pp.119-149; citato in Giorgi R., *Madre Tessa non ha sposato Hitler*. Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, n. 14, pp.5-7, 2003.
- Del Guerra R. et al. (1996). *Separazione dei genitori: I processi di tutto nella coppia e nei figli*. Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, vol. 14, n. 2, pp. 204-215.
- Dicks H. V. (1967). *Marital Tensions*. Routledge & Kegan Paul Ltd., London. Trad. it. (1992) *Tensioni coniugali*, Edizioni Boringhieri, Roma.
- Eurispes-Telefono Azzurro (2002). *3° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza*.
- Eurispes - Osservatorio sulla Famiglia (2005). *Verso un "Famismo utilitaristico"*, pubblicato su Territorio Scuola, Roma, il 5 Maggio 2005.
- Francescato D. (1994). *Figli senza di amori smarriti*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Freud A. (1961). *The ego and the mechanisms of defence*, The Hogart Press and The Institute of Psycho-Analysis. London. Trad. it. (1967) G. Martinelli, Firenze.
- Gardner R.A. (1985). *Recent trends in divorce and custody litigation*. *Academy Forum*, 20 (2), pp.3-7.
- Gardner R.A. (1988a). *Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome*. *Journal of Divorce & Remarriage*, Volume 28(3/4), pp.1-21.
- Gardner R.A. (1988b). *The Parental Alienation Syndrome (2nd. ed.)*. Gresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Gardner R.A. (1990a). *Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect*. *The American Journal of Family Therapy*, Vol. 27, n. 2, pp.97-107.
- Gardner R.A. (1990b). *Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome*. *The American Journal of Family Therapy* 27:195-212.
- Gardner R.A. (2002a). *Does DSM-IV Have Equivalents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) Diagnosis?*. *American Journal of Family Therapy*, 31(1), pp.1-21.
- Gardner R.A. (2002b). *The empowerment of children in the development of parental alienation syndrome*. *The American Journal of Forensic Psychology*, 20(2):5-29. Trad. It. (2005), *L'acquisizione di potere dai bambini: dallo sviluppo della sindrome di alienazione genitoriale*, Nuove tendenze della psicologia, vol. 3, n. 1, pp. 75-102.
- Giordano G. (2004). *Conflittualità nella separazione coniugale: il "mobbing" genitoriale*. *Psychomedia Tele-matic Review*, 20 luglio 2004.
- Giorgi R. (2005). *Le possibili insidie della child custody disputes*. *Nuove tendenze della psicologia*, vol. 3, n. 1, pp. 53-74.
- Gulotta G. (1998). *La sindrome di alienazione genitoriale: definizione e descrizione*. *Pianeta infanzia*, questioni e documenti, n. 4, Istituto degli Innocenti di Firenze, pp. 27-42.
- Hirigoyen M. F. (1998). *Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien*. Editions La Découverte et Syros, Paris. Trad. it. (2000), *Molestie morali*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- Jacobs J.W. (1988). *Euripides' Medea: a psychodynamic model of severe divorce pathology*. *American Journal Psychotherapy*, XIII 2, pp.308-319.
- Kies R., Feinberg H., Enriquez M., Baranes J. J. (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Dunod, Paris. Trad. it. (1995), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Boringhieri, Roma.
- Lamontagne P. (1998). *Syndrôme d'aliénation parentale: contexte et pièges de l'intervention*. Chapitre 9 de Van Gijpeghem H., *Us et Abus? De la mise en mots en matière d'abus sexuel*, Paris (F), Meridien. Citato in Giorgi R., cit.

Lund M. (1995). *A therapist's view of parental alienation syndrome*. Family and Conciliation Courts Review, vol. 33 (3), pp. 308-316.

Main T. (1966). *Una taccia sul matrimonio e le sue applicazioni pratiche*. Interazioni, n.1/1993, pp.81-107.

Malagoli Togliatti M. (1998). *La mediazione familiare*. Pianeta infanzia, questioni e documenti, n. 4, Istituto degli Innocenti di Firenze, pp. 7-18.

Malagoli Togliatti M. (a cura di) (2002). *Affido congiunto e condivisione della genitorialità*. Franco Angeli, Milano.

Masella M. G. (2003). *Dall'ordine all'ibrido*. Feltrinelli, Milano.

Mazzoni S. (a cura di) (2002). *Nuove coesistenze familiari*. Giuffrè Editore, Milano.

Montecchi F. (1994). *Gli Abusi all'infanzia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.

Nestola E. (2005). *Perché i giudici non sono bambini*. Fe.N.Bi. - Federazione Nazionale per la Bigenitorialità, Roma.

Oliverio Ferraris A. (2005). *Dai figli non si divorzia*. Rizzoli, Milano.

Olweus D. (1996). *Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*. Giunti Ed., Firenze.

Orlicci M. (1988). *Il padre ombra*. Giardini Editori, Pisa.

Racamier P.C. (1992). *Legami e delirio. Psicanalisi e psicosi*. Trad. it. (1993), *Il genio delle origini*, Milano, Cortina.

Rowles G.L.. *The "Disenfranchised" Father Syndrome*. Psychomedia Tematic Review, 9 settembre 2003. Traduzione di A. Vanni, S. Ciotola e G. Giordano.

Salluzzo M.A. (2004a). *Psicopatologia nella separazione, divorzio e affidamento*. Attualità in Psicologia, Volume 10, n. 3/4 - pp. 221-235.

Salluzzo M.A. (2004b). *Associazioni di familiari e giustizia*. AIPG (Associazione Italiana di Psicologia Giuridica) Newsletter, n. 10, pp. 6-8.

Turkat I. D. (1995). *Divorce related malicious mother syndrome*. Journal of Family Violence, 10(3), pp. 253-256.

Turkat, I.D. (1999). *Divorce Related Malicious Parent Syndrome*. Journal of Family Violence, 14, 95-97.

Vestal A. (1997). *Perspectives on Parental Alienation, Child Custody and Dispute Resolution Systems*. American Bar Association, Paper of Section on Dispute Resolution.

Waldron K.H. e Joaris D.E. (1995). *Understanding and Collaboratively Treating Parental Alienation Syndrome*. American Journal of Family Law, Vol. 10 pp.121-133.

Wallerstein J.S. e Kelly J.B. (1980). *Surviving the Breakup: How Children and Parents Cope with Divorce*. New York City (USA): Basic Books.



The Parental Alienation Syndrome (PAS): psychopathology and abuse of custody in separation. Borderline interventions between psychology and justice

The Parental Alienation Syndrome (PAS), described by Richard Gardner since the 1980s, is a psychopathological disorder - and at the same time an emotional abuse - that affects children, usually between 7 and 14/15 years of age, during separation. The PAS is due to two concomitant factors: the first one is the programming or indoctrination of children by one parent - defined as "alienating" - against the other; the second factor, that represents the main PAS manifestation, is the alignment of the children with the alienating parent. The children are personally involved in a campaign of denigration - that has no justification and is not supported by realistic elements - towards the other parent (the alienated parent) who is hated so much to be excluded from their life. Gardner describes three types of PAS: mild, moderate and severe; moreover he describes eight primary symptoms and four additional diagnostic criteria. To implement an effective therapeutic intervention justice operators and psycho-professionals should work in synergy. Only a clear and swift judicial action, aimed at discouraging any attempt of sabotage from the alienating parent, can guarantee a good margin of success for psychotherapeutic or family mediation interventions.

L'EMDR e il terremoto in Molise: una ricerca sul campo con bambini vittime di una catastrofe naturale

ISABEL FERNANDEZ

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un metodo di intervento terapeutico sviluppato negli ultimi 16 anni che facilita la rielaborazione e l'integrazione dei ricordi traumatici e la cura del PTSD. In questo studio viene esplorata l'efficacia dell'EMDR e l'andamento dei sintomi post-traumatici in un contesto di post-emergenza sui bambini vittime del terremoto avvenuto in Molise, nel 2002. L'EMDR lavorando specificatamente sul ricordo dell'evento traumatico e favorendo un'elaborazione adattiva dello stesso, è stato scelto come trattamento d'elezione per i bambini della Scuola Elementare di San Giuliano in Molise. L'intervento si è dispiegato in tre fasi a cui hanno partecipato 22 bambini della scuola elementare che avevano vissuto l'evento traumatico del terremoto e il crollo della loro scuola, dove sono stati intrappolati per ore con i corpi dei loro compagni morti. Tutti i bambini hanno ricevuto tre cicli di trattamento con EMDR nel corso di un anno, con una media totale di 6,5 sedute per bambino. I risultati evidenziano che l'EMDR ha contribuito alla diminuzione o alla remissione dei sintomi del PTSD, favorendo l'elaborazione dell'esperienza traumatica.

INTRODUZIONE

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un metodo di intervento psicoterapeutico che viene usato per avere accesso, elaborare e favorire l'integrazione di ricordi traumatici in una modalità più adattiva. Questa metodologia complessa è caratterizzata dal fatto che viene richiesto al paziente di focalizzarsi sul ricordo traumatico (target) mentre, contemporaneamente, viene esposto ad una stimolazione sensoriale bilaterale che facilita e accelera l'elaborazione adattiva dello stesso.

Questo metodo terapeutico è già stato utilizzato con diverse tipologie di traumi nel campo del PTSD e con diverse patologie (American Psychiatric Association, 2004; Chambless, D.L. et al., 1998; Foa et al., 2000) ed è stata esplorata la sua efficacia con questo disturbo in situazioni d'emergenza (Bleich et al., 2002) e con bambini vittime di trauma (Jareiro et al., 1999; Chemtob et al., 2002; Jabergaderi et al. in stampa; Fernandez et al., 2004). Il presente studio rappresenta un'esplorazione dell'efficacia dell'EMDR in un particolare contesto d'emergenza: il terremoto del Molise avvenuto nel 2002. Nessuno in Italia dimenticherà per molti anni questo drammatico terremoto, ma chi lo ha vissuto direttamente, come per esempio i bambini sopravvissuti o i soccorritori, potrebbe essere forzato dal proprio cervello non solo a ricordare, ma anche a rivivere l'evento in continuazione.

A seguito del terremoto del 31 ottobre del 2002 che ha colpito il Molise e altre regioni, l'Associazione EMDR Italia è intervenuta con una task-force costituita da suoi membri che si sono recati a San Giuliano volontariamente in 3 occasioni.

In particolare, questo studio si è proposto di indagare l'eventuale interazione tra i tre cicli di EMDR e la remissione o la diminuzione di sintomi del PTSD nei bambini di scuola elementare vittime della tragedia del suddetto terremoto. La scelta dell'EMDR come trattamento d'elezione è avvenuta in base al fatto che i bambini avevano vissuto un evento traumatico che rientrava in tutti i criteri del DSM IV-TR, tra i quali ricordiamo la particolare drammaticità dell'evento (i bambini sono rimasti per ore imprigionati sotto le macerie della scuola, a contatto diretto con la morte dei loro compagni e con una minaccia reale alla propria vita) e l'età evolutiva delle vittime. La caratteristica essenziale del Disturbo Post-traumatico da Stress, secondo il DSM IV TR (Text Revision), è la presenza di sintomi tipici che seguono l'esposizione diretta ad un fattore traumatico estremo, che causa o può comportare morte, lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; oppure il venire a conoscenza di una morte violenta o inaspettata, di un grave danno, di una minaccia di morte o di lesioni gravi di un membro della famiglia o di un'altra persona con cui si è in stretta relazione. Il trattamento con EMDR è stato programmato perché, senza un intervento mirato e tempestivo, la personalità del/la bambino/a potrebbe svilupparsi intorno al trauma ed adattarsi ad esso, provocando negli anni disturbi psicologici. Eventi traumatici singoli o cronici possono avere un grave impatto nel funzionamento psicologico di una persona anche anni dopo l'evento. A tale proposito risulta eloquente uno studio di Morgan et al. (2003) nel quale è stato stimato che a distanza di 33 anni tra i sopravvissuti ad un disastro nel quale molti bambini furono uccisi nella loro scuola a Aberfan, il 29% soffre ancora di PTSD.

I bambini traumatizzati manifestano dei disturbi nello schema cognitivo: l'elaborazione del Sé e del mondo diventa rigida e incentrata sulla "storia del trauma", la quale prende parte alla formazione della personalità del soggetto non solo per il trauma in sé, ma per l'adattamento ad esso.

Psicologia dell'Emergenza, PTSD ed EMDR

Il trattamento con l'EMDR è stato concordato e coordinato dall'ASL 4 Basso Molise nell'ambito del progetto POSPE (programmi di supporto ed intervento psicologico rivolti alla popolazione colpita dal sisma del 31 ottobre 2002). L'intervento è stato quindi un buon esempio di integrazione tra le ASL e l'associazione per l'EMDR in Italia.

L'EMDR ha fatto parte di un programma più ampio e integrato di psicologia dell'emergenza. Uno degli obiettivi della psicologia dell'emergenza è quello di supportare in modo specialistico le persone che si trovano a vivere una situazione traumatica, quale per esempio un terremoto come nel nostro caso, un'alluvione o altre calamità naturali o provocate dall'uomo.

Secondo i criteri del DSM-IV, il Disturbo Post Traumatico da Stress non compare immediatamente dopo il trauma ma a un mese dall'evento e, se i sintomi dovessero persistere oltre i tre mesi, la patologia potrebbe cronicizzarsi. Da qui l'importanza dell'intervento in un contesto d'emergenza, che, offrendo la possibilità di fruire di un supporto psicologico in fase acuta, può costituire un fattore protettivo e terapeutico. Tra le metodologie più usate in questa fase troviamo il defusing, il debriefing, le tecniche cognitive comportamentali e l'EMDR. Quest'ultimo, in particolare, si è rivelato uno degli strumenti più efficaci per risolvere i sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress. L'FBI ha introdotto l'EMDR come trattamento standard per il suo personale, l'Unicef ha avviato dei programmi di assistenza basati sull'utilizzo dell'EMDR e molti enti governativi e privati in molti paesi lo hanno inserito tra gli strumenti di intervento con le vittime di esperienze traumatiche (Shapiro, 2000, EMDR Humanitarian Assistance Programs). In una ricerca Shapiro (1989a) ha messo in luce l'efficacia dell'EMDR con i veterani del Vietnam e con vittime di violenza sessuale, verificando il mantenimento di un certo benessere a tre anni dal primo intervento (Shapiro, 1991a). In Italia viene utilizzato dalla Polizia di Stato, da centri privati, associazioni che lavorano con bambini e donne vittime d'abuso, enti parastatali e in generale da molte ASL sul territorio nazionale.

I bambini traumatizzati manifestano dei disturbi nello schema cognitivo: l'elaborazione del Sé e del mondo diventa rigida e incentrata sulla "storia del trauma", la quale prende parte alla formazione della personalità del soggetto non solo per il trauma in sé, ma per l'adattamento ad esso



Le reazioni post-traumatiche non furono legate soltanto allo stress di aver vissuto un reale pericolo per la propria vita, ma anche al lutto per la perdita dei compagni, cugini e/o fratelli, ed infine all'esposizione prolungata alla presenza di cadaveri sotto le macerie (da 1 a 10 ore). Inoltre, è importante considerare che molte di queste piccole vittime hanno perso la casa, la loro quotidianità e soprattutto i propri compagni di gioco



SOGGETTI

In questo studio viene analizzata l'efficacia dell'EMDR e l'andamento dei sintomi post-traumatici in un intervento sul campo dell'emergenza a seguito di un terremoto. I soggetti di questo studio sono i bambini della scuola elementare che è crollata al momento del terremoto (l'unico edificio a crollare) uccidendo dei bambini, ferendo e intrappolandone altri per ore.

I soggetti che hanno completato il ciclo di tre interventi con l'EMDR sono 22 bambini della scuola elementare di San Giuliano, vittime del sisma. Come abbiamo già menzionato, la drammaticità di tale evento ha comportato l'esposizione diretta ad una situazione estrema la quale, oltre a costituire una grave minaccia per la propria vita (i bambini sopravvissuti erano convinti che non sarebbero stati tratti in salvo dalle macerie), ha causato la morte di alcuni loro compagni. Le reazioni post-traumatiche non furono legate soltanto allo stress di aver vissuto un reale pericolo per la propria vita, ma anche al lutto per la perdita dei compagni, cugini e/o fratelli, ed infine all'esposizione prolungata alla presenza di cadaveri sotto le macerie (da 1 a 10 ore). Inoltre, è importante considerare che molte di queste piccole vittime hanno perso la casa, la loro quotidianità e soprattutto i propri compagni di gioco. La sinergia di questi fattori ha aumentato la probabilità di sviluppare un Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD). Come indicano le Linee guida del National Institute for Clinical Excellence (2005), gli individui che sono ad alto rischio di sviluppare il PTSD dopo un disastro collettivo dovrebbero ricevere uno screening per questo disturbo un mese dopo l'evento catastrofico. Ricordiamo che a causa del sisma e del conseguente crollo della scuola di San Giuliano 32 bambini sono sopravvissuti e 27 sono morti. Sono stati trattati con l'EMDR 29 bambini, di cui 3 drop out e 4 soggetti che parteciparono unicamente all'ultimo ciclo di trattamento, aggiungendosi nell'ultima fase. Per questo motivo l'analisi dei dati e le conclusioni di questo studio riguardano solamente i 22 bambini che hanno completato il ciclo di trattamento previsto. L'età dei soggetti trattati era tra 7 e 11 anni.

PROCEDURA

L'EMDR è stato uno degli interventi nell'ambito di un programma complesso e articolato, concordato e supportato dal POSPE, dalle autorità, dal personale scolastico e dai genitori dei bambini trattati. Il corpo docente e non docente della scuola si è dimostrato collaborativo e supportivo durante l'implementazione dell'intervento. A queste persone è stato a loro volta fornito un supporto psicologico mirato attraverso dei colloqui con i terapeuti, incontri di debriefing di gruppo, incontri informativi sulle reazioni da stress nei bambini, su come gestire la classe e su alcuni aspetti complessi instauratesi nella quotidianità dopo il terremoto, oltre a sedute di EMDR sulla propria esperienza.

Una parte fondamentale del programma di intervento è stata costituita dagli incontri informativi con i genitori sulle reazioni da stress e sui comportamenti da tenere con i bambini, per dare loro un supporto più efficace per ridurre e normalizzare le reazioni da stress. Durante gli incontri è stato somministrato un questionario ai genitori sui sintomi dei loro figli, sono state poi fornite tutte le informazioni sull'intervento con i bambini e sull'EMDR per ottenere il consenso informato e l'autorizzazione a procedere. Il fatto stesso di compilare un questionario mirato sulle reazioni da stress post-traumatico dei propri figli ha permesso ai genitori di focalizzarsi meglio sui sintomi dei bambini, facilitando la collaborazione durante tutto il processo. I genitori, inoltre, hanno potuto partecipare alle sedute di EMDR che il terapeuta svolgeva con il/la bambino, sia in qualità di supporto per il proprio figlio, sia per capire il processo di elaborazione che avveniva. Questo facilita, in ultima istanza, il supporto post-trattamento, condiviso e discusso con il terapeuta dopo ogni ciclo. Il coinvolgimento e la collaborazione dei genitori è stata così consistente e proficua da portarli a richiederlo per altri loro figli e per se stessi. È importante ricordare che non solo i bambini ma anche i genitori, l'ambiente familiare e tutta la comunità sono stati coinvolti in questo disastro collettivo, vivendo reazioni post-traumatiche, processi di lutto, la perdita della casa, il senso di colpa e non ultimo i conflitti che si sono creati all'interno della comunità. Tutti questi aspetti riguardanti la vita degli adulti, come facilmente prevedibile, sono stati percepiti e assorbiti dai bambini, rappresentando un'ulteriore ostacolo verso la risoluzione dei disturbi psicologici. L'attività di supporto e informazione rivolta ai genitori si è rivelata fondamentale per fornire loro gli strumenti adeguati per sostenere i propri figli nel chiudere in modo rassicurante la drammatica esperienza scaturita dal sisma.

METODO

Sono stati realizzati 3 cicli di trattamento ad un mese, 3 mesi ed un anno, con una media totale di 6,5 sedute di EMDR per bambino. Il terremoto è avvenuto il giorno 31 ottobre 2002.

- *A un mese dal terremoto:* dal 1° al 4 dicembre 2002
- *A tre mesi dal terremoto:* dal 1° al 3 febbraio 2003
- *A un anno dal terremoto:* dal 17 al 19 novembre 2003

L'intervento con l'EMDR è stato fatto, come da protocollo, sulla parte più disturbante del momento del terremoto, sulle reazioni attuali che creavano disagio e sul futuro. Sono state seguite le fasi previste in un lavoro terapeutico con EMDR: raccolta di informazioni sul paziente, preparazione con esercizio di "Posto al Sicuro", spiegazione del lavoro, identificazione del target (cioè i ricordi più disturbanti di quello che è successo), sedute di EMDR, rivalutazione, stimoli presenti che scatenavano ansia o disturbo, scenari futuri che creavano ansia anticipatoria.

Non solo i bambini ma anche i genitori, l'ambiente familiare e tutta la comunità sono stati coinvolti in questo disastro collettivo, vivendo reazioni post-traumatiche, processi di lutto, la perdita della casa, il senso di colpa e non ultimo i conflitti che si sono creati all'interno della comunità. Tutti questi aspetti riguardanti la vita degli adulti, come facilmente prevedibile, sono stati percepiti e assorbiti dai bambini, rappresentando un'ulteriore ostacolo verso la risoluzione dei disturbi psicologici





STRUMENTI DIAGNOSTICI

Gli strumenti diagnostici e le valutazioni sono state realizzate da valutatori indipendenti, costituiti da psicologi dei Servizi territoriali dell'ASL 4 Basso Molise. Gli psicoterapeuti che hanno realizzato il trattamento con EMDR si sono limitati a fare l'intervento, mentre le valutazioni sono state delegate ad un altro gruppo di psicologi.

L'efficacia dei tre cicli di trattamento e l'andamento dei sintomi del PTSD a seguito dell'EMDR sono stati valutati confrontando, in cinque diversi momenti, i risultati del questionario costruito dall'Istituto superiore di Sanità che indaga i sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress nei bambini vittime di terremoto, questionario compilato direttamente con le risposte del bambino. Inoltre, è stata utilizzata l'intervista diagnostica SCID-I e scale self-report in cui i bambini riferivano il loro livello di disturbo (Scala SUD, valori da 0 a 10).

I sintomi presenti per i criteri B, C e D del DSM IV-R sono quelli risultanti tra gli item del questionario dell'Istituto Superiore di Sanità:

Criterio B: (una o più)

Ti capita spesso di fare brutti sogni?

Ti capita di pensare e ripensare alle cose accadute durante il terremoto?

Pensi a quello che è accaduto anche non volendo?

Ci sono cose o situazioni che ti fanno ripensare a quell'evento?

Criterio C: (3 o più- evitamento e riduzione reattività)

- Riesci a divertirti ancora come prima del terremoto?

- Cerchi di dimenticare quello che è accaduto?

- Cerchi di allontanarti da posti o situazioni che ti ricordano quello che è successo?

- Preferisci non parlare di quello che è accaduto?

Criterio D: (aumentato arousal)

- difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno iritabilità o scoppi di collera

- difficoltà a concentrarsi

- ipervigilanza

I trattamenti EMDR sono stati effettuati secondo lo standard presentato da Shapiro (1989b, 1991b, 1992a, 1992b) e Greenwald (1993). Dopo il questionario, il bambino veniva sottoposto a un trattamento EMDR per un tempo che poteva variare da 20 a 90 minuti. Il questionario veniva somministrato una settimana prima e una dopo l'intervento con l'EMDR; da questa modalità di rilevazione ne conseguono 5 misurazioni:

- DICEMBRE 2002 (Pre-trattamento)

- GENNAIO 2003 (Post-trattamento e pre-trattamento per febbraio)

- FEBBRAIO 2003 (Post-trattamento)

- NOVEMBRE 2003 (Pre-trattamento)

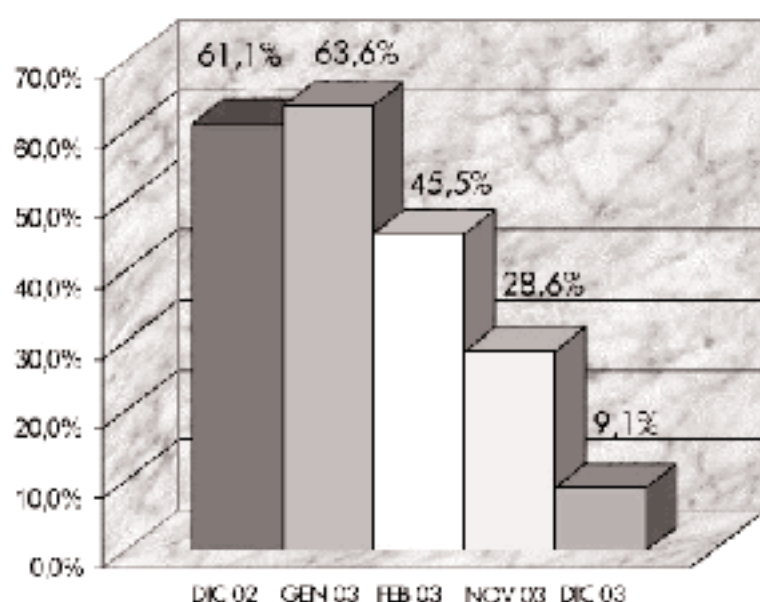
- DICEMBRE 2003 (Post-trattamento)

RISULTATI

I dati raccolti attraverso le 5 misurazioni effettuate sono stati analizzati attraverso l'utilizzo del Test di Wilcoxon (test non parametrico). Come possiamo vedere dal grafico sottostante, l'analisi della somma dei sintomi del PTSD, evidenzia un miglioramento statisticamente significativo da dicembre 2002 a dicembre 2003.

Da un'ispezione grafica dei dati possiamo evincere alcune considerazioni. Innanzitutto, si può constatare un lieve incremento della sintomatologia dalla misurazione effettuata da dicembre 2002 a quella di gennaio 2003. Nello specifico, tra le due misurazioni pre e post-trattamento in realtà intercorre una sola seduta EMDR la

PTSD



quale, più che costituire un intervento vero e proprio sul trauma, ebbe la funzione di fare familiarizzare i soggetti con il terapeuta e il protocollo EMDR. Per quel che concerne, invece, il secondo e terzo ciclo di trattamento con l'EMDR, possiamo notare, attraverso l'ispezione grafica, un decremento dei clustersommati in un'unica misurazione complessiva. Dall'ispezione grafica risulta poi un miglioramento anche tra febbraio 2003 e novembre 2003, nonostante tra le due misurazioni non sia stato implementato alcun ciclo di trattamento. Questo risultato è in linea con i principi guida dell'EMDR, i quali suggeriscono che l'elaborazione innescata attraverso le sedute EMDR non solo non si arresta alla fine della seduta terapeutica, ma prosegue dopo la fine della stessa.

Il dato più importante dal punto di vista clinico che si può chiaramente evincere dall'ispezione grafica, è il cambiamento del trend che avviene a partire dalle misurazioni post-trattamento di febbraio 2003, misurazioni effettuate, per definizione, dopo l'implementazione dell'intervento EMDR.

Il trattamento implementato non solo ha permesso di elaborare l'esperienza in maniera adattiva con l'EMDR, ma ha anche fornito l'opportunità di poter parlare del proprio vissuto, dei pensieri più disturbanti e delle situazioni problematiche che si erano generate dopo, e a causa, del terremoto. Dopo un'esperienza così drammatica è di fondamentale importanza poter parlare in una situazione di sicurezza (data dalla presenza stessa del terapeuta) di quanto avvenuto, esprimendo attraverso le parole idee irrazionali, immagini, sensazioni fisiche ed emotive.

CONSIDERAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

La particolare drammaticità dell'evento traumatico considerato nel nostro studio, ha portato un elevato numero di soggetti a sviluppare un Disturbo Post Traumatico da Stress. Vediamo qui di seguito le percentuali di diagnosi di PTSD da dicembre 2002 a dicembre 2003, nei 22 bambini seguiti nel nostro studio.

DICEMBRE 2002: 61,1%
 GENNAIO 2003: 63,6%
 FEBBRAIO 2003: 45,5%
 NOVEMBRE 2003: 28,6%
 DICEMBRE 2003: 9,1%

Il trattamento implementato non solo ha permesso di elaborare l'esperienza in maniera adattiva con l'EMDR, ma ha anche fornito l'opportunità di poter parlare del proprio vissuto, dei pensieri più disturbanti e delle situazioni problematiche che si erano generate dopo, e a causa, del terremoto. Dopo un'esperienza così drammatica è di fondamentale importanza poter parlare in una situazione di sicurezza (data dalla presenza stessa del terapeuta) di quanto avvenuto, esprimendo attraverso le parole idee irrazionali, immagini, sensazioni fisiche ed emotive





Dall'andamento dell'incidenza della diagnosi di PTSD nei 22 soggetti che parteciparono al nostro intervento, si possono fare alcune importanti osservazioni:

- La percentuale di soggetti che ha sviluppato PTSD a un mese dall'evento è molto elevata; essendo del 61,1% è superiore alle percentuali trovate in letteratura e riportate dal DSM IV-TR.
- I soggetti che non hanno sviluppato PTSD entro 3 mesi dall'evento non l'hanno più sviluppato.
- A distanza di tre mesi dell'evento, come indicano i dati della valutazione di gennaio 2003, il 63,6% dei soggetti rientrava nella diagnosi di PTSD. Questa percentuale è un indice del fatto che non solo le reazioni da stress non andavano verso una risoluzione spontanea ma, tendevano a salire. Secondo quanto riportato dal Manuale Diagnostico Statistico, entro tre mesi dall'evento traumatico il 50% della popolazione dovrebbe presentare una remissione spontanea dei sintomi del PTSD tale per cui non rientrerebbe più in tale categoria diagnostica. Per quel che concerne lo studio effettuato, il tempo non ha portato i miglioramenti previsti nel DSM IV, al contrario, nel nostro caso, la percentuale di bambini che presentava ancora una diagnosi di PTSD dopo tre mesi dall'evento era in aumento. L'andamento di questo dato potrebbe trovare un'ipotesi interpretativa in alcuni eventi susseguitesisi durante le feste natalizie: la morte di un altro bambino, il progressivo diradarsi dell'attenzione dei volontari e dei mass-media, il ritorno per la prima volta dopo la tragedia alla quotidianità nel mese di gennaio.
- La percentuale di PTSD cala bruscamente tra gennaio e febbraio 2003, passando da 63,6% a 45,5%. Questo dato è un'altra importante testimonianza dell'efficacia del trattamento EMDR, implementato nel lasso di tempo che separa le due misurazioni.
- Tra febbraio e novembre 2003 si può osservare un ulteriore crollo delle diagnosi di PTSD fra i soggetti indagati. Anche se nel tempo che intercorre fra queste due misurazioni non è stato implementato alcun trattamento, non si può attribuire tale diminuzione unicamente ad una remissione spontanea dei sintomi, in quanto il trattamento con l'EMDR, per le sue caratteristiche intrinseche, favorisce la continuazione dell'elaborazione del trauma e degli aspetti ad esso collegati anche nel periodo successivo alle sedute terapeutiche.
- Un ultimo decremento delle diagnosi di PTSD si verifica nell'ultima misurazione avvenuta a dicembre 2003 a seguito dell'ultimo ciclo di intervento con l'EMDR.
- Da un'analisi descrittiva effettuata con il gruppo di 4 soggetti assegnati in modo random al trattamento ritardato a 3 mesi sembra avere un trend di maggior efficacia che dopo un mese.

CONCLUSIONI

La mancanza di un gruppo di controllo e la scarsa numerosità del campione rappresentano i limiti più evidenti di questa ricerca. Negli studi futuri, per verificare con più forza l'efficacia del trattamento EMDR, occorrerà prevedere un gruppo di controllo sia tra la popolazione clinica con altri tipi di patologia, sia tra la popolazione normale. Bisognerebbe inoltre, qualora la situazione lo permettesse, avere una numerosità di almeno 30 soggetti per campione, in modo da poter condurre l'analisi dei dati attraverso l'utilizzo di test parametrici. Nel nostro caso il campione di soggetti, per evidenti motivi che scaturiscono da un intervento dispiegatosi in un contesto d'emergenza, non è stato scelto dai ricercatori ma dettato dalle circostanze. Questo punto, nonostante sia uno dei limiti più evidenti che non permette alla nostra ricerca di rientrare nei parametri del disegno sperimentale, rappresenta simultaneamente un punto di forza per una ricerca come la nostra che, scaturendo da un problema concreto che richiede una soluzione pratica e immediata, rientra nell'ambito delle ricerche applicate le quali, per definizione, guadagnano molto in validità ecologica e quindi in generalizzabilità dei risultati in contesti di vita quo-

tidiana. L'analisi dei dati della ricerca effettuata ha poi avallato l'ipotesi dell'efficacia dell'EMDR in un contesto di post-emergenza drammatica come quello vissuto dai bambini vittime del terremoto di San Giuliano.

* Associazione per l'EMDR in Italia.

NOTA

L'Associazione per l'EMDR in Italia ringrazia i terapisti che hanno partecipato a questo progetto recandosi a San Giuliano per realizzare i cicli di trattamento in modo volontario: Cristina Roccia - Renzo Barbato - Daniela Bruno - Piera Spinnocchi - Anna Rita Verardo - Tania Lardo - Marina Balbo - Daniela Sacchi - Emanuela Tizzani - Cristina Vanoli - Domenico Pinto - Isabel Fernandez.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth ed. Washington, D.C.: A.P.A. Press. Edizione italiana: *DSM IV® manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (1995) Masson Milano.

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Bleich, A., Kottler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jerusalem, Israel.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Gathoun, K. S., Gritz-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

Chemtob, C. M., Nakashima, J., Hamada, R. S., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.

Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2004). A school-based EMDR intervention for children who witnessed the Pielli Building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129-136.

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Greenwald, R. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): New hope for children suffering from trauma and loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 279-287.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadi, S., & Zard, S. O. (in press). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

Jarero, I., Artigas, L., Hauer, M., Lopez Cano, T., & Alcalá, N. (1999, November). Children's post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocols. Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.

Morgan, L., Scourfield, J., Williams, D., Jasper, A. & Lewis, G. (2003). The Aberdeen disaster: A thirty three-year follow-up of the survivors. *British Journal of Psychiatry*, 182, 532-536.

National Institute for Clinical Excellence (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26. National.

Rubin, A. (2003). Unanswered Questions about the Empirical Support for EMDR in the Treatment of PTSD: a review of research. *Traumatology*, Vol. 9, No. 1.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

EMDR and earthquake in Molise: a study with children, victims of a natural disaster

EMDR (Eye Movement Desensitization and reprocessing) is a therapeutic method that facilitates the review and the integration of traumatic memories and the treatment of PTSD. This study analyses the effectiveness of EMDR and the course of the post-traumatic symptoms in a post-emergency context on children victims of 2002 earthquake in Molise. EMDR works specifically on the memory of the traumatic event and encourages the working through process. The treatment of children was divided in three phases and involved 22 primary school children who experienced the traumatic event of the earthquake and the collapse of their school building, where they remained trapped for hours near the bodies of their dead friends. All the children received three treatment cycles with EMDR within the period of a year, with a total average of 6,5 sessions for each child. The results show that EMDR contributed to the reduction or remission of the symptoms of PTSD, fostering the working through of the traumatic experience.

link 08
una storia

Vittorio Benussi (1878-1927)

GIOVANNI CAVADI



Vittorio Benussi (1878-1927)

GIOVANNI CAVADI

Vittorio Benussi è nato a Trieste il 17 gennaio 1878. Figlio di Bernardo, un istriano, professore liceale di storia, e Maria Rizzi. Il padre è stato uno dei più importanti studiosi della storia locale dell'Istria italiana curando la pubblicazione di numerosi volumi sull'argomento.

A Trieste Vittorio trascorre l'infanzia e l'adolescenza e qui compie gli studi superiori presso il Ginnasio comunale; nel 1896 si trasferisce a Graz, dove si iscrive alla facoltà di Filosofia.

Graz è la 'capitale' della Stiria, il 'cuore verde' per via del suo grande patrimonio boschivo, e la seconda città dell'Austria per popolazione. Adagiata sulla Mur, e circondata da dolci colline, è una città che è stata nel passato un importante baluardo contro le invasioni mussulmane; ha una storia millenaria di cultura. La sua prima delle tre attuali università, la Karl-Franzens Universität, fu fondata nel 1585 dall'arciduca Karl e, dopo una temporanea chiusura, fu riaperta nel 1827 all'imperatore Franzens. Il Politecnico fu istituito nei primi del 1900 e l'Università di Musica e Belle Arti è recente e risale invece al 1998.

Graz conserva importanti vestigia dell'arte gotica, rinascimentale e barocca. La Torre dell'orologio è un po' il simbolo della città. Qui il tempo cammina in modo diverso: lo rivelano le lancette delle ore e dei minuti, scambiate dagli orologiai nel 1712, "forse per far perdere ai visitatori la cognizione del tempo, e prolungando così la loro visita in città". Nel 2003 Graz è stata eletta "patrimonio dell'umanità e capitale europea della cultura".

A Graz Benussi svolgerà l'intero corso degli studi, con una sola interruzione nel semestre invernale 1898/99, trascorso alla facoltà di Filosofia dell'Università di Roma.

A Graz A. Meinong (1853-1920) professore di filosofia, già allievo di Brentano a Vienna, è considerato, come psicologo, il principale rappresentante della Scuola di Graz insieme a C. von Ehrenfels (1859-1932), il precursore della psicologia della Gestalt, S. Witasek (1870-1915), E. Martinak e Benussi.

Meinong aveva fondato nel 1894 il laboratorio di psicologia sperimentale affidandone il funzionamento a Witasek e proprio qui Benussi inizia a coltivare il suo interesse verso la psicologia, e si laurea nel 1901 discutendo una tesi sotto la guida di Meinong dal titolo "L'influenza del colore sulla grandezza dell'illusione ottico-geometrica di Zoellner". Nel suo lavoro di tesi Benussi "attraverso 14000 osservazioni rigorose riunite in numerose tabelle e diagrammi, composte e scomposte in tutti i sensi" stabiliva in che rapporto stava "l'intensità dell'illusione ottica con i vari colori utilizzati e soprattutto con la differenza del risalto cromatico dei vari elementi" (Musatti, 1928). Questo studio fornisce gli spunti per una spiegazione delle illusioni ottico-geometriche su un piano psicofisiologico e cognitivo. Poi ottiene la libera docenza e nell'Istituto conosce, nel 1902, una allieva di Meinong Wilhelmine Liel de Bernstett, di circa dieci anni più grande di Benussi, per la quale sviluppa un profondo legame affettivo. La Liel è stata "la prima donna in Austria a laurearsi in filosofia" (Antonelli, 2005). Legati anche dai medesimi interessi scientifici, pubblicheranno un lavoro insieme nel 1904. La Liel, filosofa ma con uno spiccato interesse per la psicologia, si è poi dedicata a questioni psicopedagogiche. Si sposano nel 1907.

Nel 1905 Benussi è a Roma per partecipare al V Congresso Internazionale di psicologia dove conosce Sante De Sanctis (1862-1935) e presenta tre relazioni di ampio respiro teorico che gli permettono di farsi conoscere nell'ambito della nascente psicologia italiana.

Nel 1906 studiando l'illusione di Mueller - Lyer dimostra la validità dell'ipotesi relativa all'esistenza di processi asensoriali nella percezione visiva. Nel 1912 individua una classe di movimenti apparenti di origine asensoriale, che nomina "movimenti S".

Nel 1913 viene proposto al titolo di professore straordinario a Graz, senza alcuna conferma da parte del Ministero austriaco.

In quello stesso anno H.G. Gross, il fondatore della moderna antropologia criminale, docente a Graz, fonda l'Istituto di criminalistica, concepito come centro interdisciplinare di ricerca, e a Benussi viene affidato il settore della psicologia applicata. Nell'anno seguente il nostro pubblica un contributo, il primo di una serie, dedicato alla psicologia forense *Die Atmungssymptome der Lüge* (Sintomi respiratori della finzione) presentato anche in lingua italiana in un convegno a Roma. In quell'evento viene presentata l'invenzione del primo lie - detector.

Nel 1914 al Congresso internazionale di Gottinga, Benussi espone ventitré leggi generali relative alla percezione inadeguata di forma. Nello stesso anno viene respinto al concorso di professore di filosofia a Praga per non aver voluto sottoscrivere la dichiarazione che, pur essendo di nazionalità italiana, professava sentimenti tedeschi. Gli oppositori alla sua nomina motivano che «egli è italiano, e attraverso la sua nomina l'integrità nazionale della facoltà verrebbe per principio messa in pericolo».

Non possiamo non ricordare che in quello stesso anno a Sarajevo viene ucciso l'arciduca Francesco Ferdinando e dopo l'ultimatum alla Serbia l'Austria il 28 luglio dichiara guerra: ha inizio la Grande guerra. Dopo l'offensiva austro-ungarica sui Carpazi e in Galizia il 24 maggio del 1915 l'Italia dichiara guerra all'Austria.

Questo clima di guerra che ingenera sospetti e paure viene ben descritto da un anonimo sulla rivista *Der Friede* (1918): «... Da quasi due decenni si pubblicano in Austria lavori psicologici che rappresentano quanto di più progredito sia stato prodotto in questo campo... e il loro autore si chiama Vittorio Benussi... Nel suo paese non lo conosce quasi nessuno, ne legge ciò che egli scrive... dato che ha pubblicato tutte le sue ricerche in riviste tedesche... in tedesco, lingua che conosce in tutte le sue sfumature. Tuttavia non può ricevere una cattedra universitaria per il fatto che casualmente è triestino».

Per guadagnarsi da vivere Vittorio deve invece trascorrere buona parte del suo tempo nella biblioteca universitaria di Graz «intento nell'impareggiabile lavoro di catalogare libri», pur continuando a svolgere la sua attività di ricerca e didattica nell'Università. Nel 1917 gli viene offerta la cattedra di Vienna ma egli rifiuta, fedele alle idee di ineditismo condivise con il padre Bernardo, di prestare la dichiarazione di lealismo al governo austriaco a cui era subordinata la nomina. Gli rimane la nomina di Primo Bibliotecario di Stato dell'Università di Graz anche se continua a tenervi i suoi corsi come incaricato di psicologia sperimentale fino al 1918: «Aggravata dalle pesanti condizioni della guerra la sua salute malferma peggiora, e la delicata situazione di straniero in patria pesa gravemente sul suo spirito, conducendolo alle prime gravi crisi depressive. Impedimenti e difficoltà ostacolano la sua carriera accademica, lui "l'italiano"... la sua nazionalità, che durante i difficili anni della guerra venne a costituire un ostacolo pressoché insormontabile" (Antonelli, 1996).

Il rientro in Italia

Nel novembre 1918 abbandona improvvisamente Graz per Trieste e nel dicembre, a seguito dell'annessione all'Italia, diviene cittadino italiano, prima a Trieste dove viene assegnato come Bibliotecario al Segretariato generale civile presso il Comando supremo e poi a Padova dove gli viene affidato l'incarico dell'insegnamento di psicologia sperimentale presso la Facoltà di filosofia.

A Padova fonda e dirige il Laboratorio di psicologia sperimentale "che in solo otto anni per la genialità tecnica e l'appassionata cura del suo fondatore divenne tra i

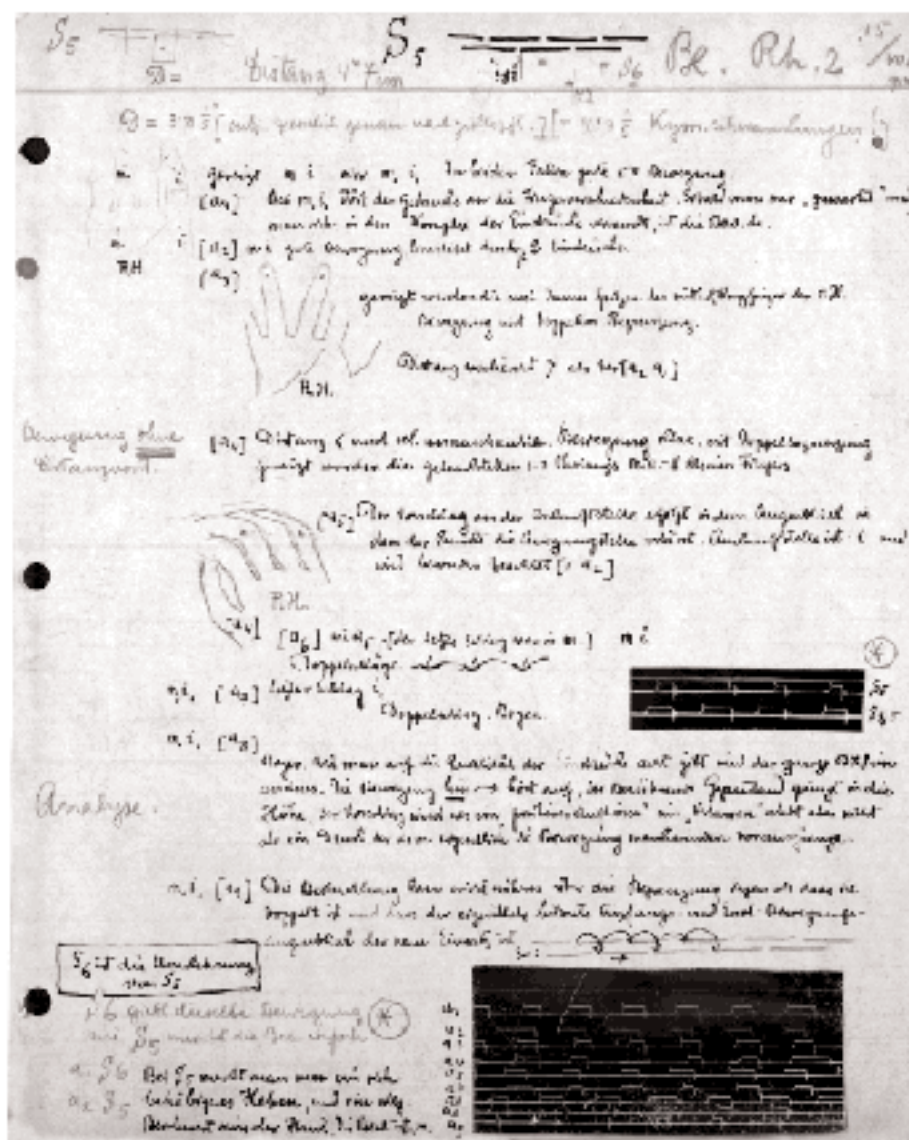
migliori d'Italia" (De Marchi Musatti, 1926). Benussi si trova ad usare a Padova gli strumenti sperimentali che erano stati acquistati presso la ditta Zimmermann di Lipsia nel 1882 da A. Ardigò (1828-1920), professore di Storia della filosofia, che "probabilmente non ebbe mai occasione di usarli" (Perussia, 1994). L'Ardigò, massimo esponente del positivismo italiano, pur insegnando storia della filosofia, aveva favorito la sperimentazione al punto da caldeggiare l'istituzione di cattedre di psicologia sperimentale. Come ha ricostruito Bozzi (1993) "Gli apparecchi che utilizzava Benussi erano strumenti progettati appositamente per una ricerca. Molto spesso si trattava di apparecchiature che lui inventava direttamente per conto suo, ne elaborava i disegni esecutivi, questi andavano in officina e l'officina fabbricava l'attrezzo. Lui faceva gli esperimenti con i suoi apparecchi". Tra i vari apparecchi inventati per lo studio della percezione va ricordato il 'sintescopio' e il kinohapt ideato per studiare la percezione del movimento apparente da parte del tatto.

Benussi, rispetto ad altri suoi colleghi della psicologia italiana "rivendicava la priorità del momento sperimentale... che doveva essere sancita istituzionalmente con il trasferimento dell'insegnamento di psicologia dalle facoltà di lettere e filosofia alle facoltà di scienze naturali" (Sinatra 1998).

Il suo sperimentalismo si è rivelato nello sforzo di rivendicare l'oggetto nei confronti dell'atto soggettivo, una "fenomenologia sperimentale", come ebbe a spiegare in una delle lezioni 1926-1927.

Non poter svolgere a pieno tempo il lavoro scientifico accentua in lui uno stato di profonda crisi depressiva a tal punto che De Sanctis lo descrive come "disorientato, sgomento e povero". Finalmente nel 1922, per interessamento dello stesso De Sanctis, gli viene conferita senza concorso, "per chiara fama" la cattedra di psicologia. Ciò non è sufficiente a lenire i sentimenti di estraneità e di nostalgia verso l'esperienza austriaca: "A Graz mi pareva che la mia vita, solo se vissuta là, avesse senso. Qui a Padova sono un po' fantastico e un po' stordito" (Antonelli, 1996) e, come sottolinea David (1970) "Egli fu diviso tra due patrie per tutta la sua vita in modo drammatico".

Purtra queste difficoltà e crisi personali il laboratorio e l'insegnamento da lui svolti incominciano a produrre una serie di ricerche, con l'aiuto di due allievi Silvia De Marchi, la prima donna a laurearsi a Padova con una tesi in psicologia, e Cesare Musatti. Al IV Congresso Nazionale di Psicologia, tenuto a Firenze nel 1923, vengono presentati i lavori dell'Istituto sulla suggestione e l'ipnosi e sulla percezione batoscopica dello spazio (Benussi), sui fenomeni stereocinetici e sulla diagnosi pneu mografica delle testimonianze col metodo Benussi (Musatti) e sulle valutazioni



Pagina di un manoscritto di Benussi (Fondo Benussi, gentilmente concessa dal Prof. Sturchi).

numeriche di collettività (De Marchi), che danno lustro al laboratorio di Padova e alla psicologia italiana.

Ma lo stato d'animo del Maestro non ha pace, gli attacchi depressivi si accentuano e "arrivano improvvisi, creando in lui l'inferno e la incapacità anche di comunicare con alcuno" riferirà Musatti.

Nel 1926 Benussi incontra a Groningen K. Jasper (1883-1969) e L. Binswanger (1881-1966), un importante scambio di idee sulla psicopatologia fenomenologica o forse anche un parere qualificato sulla sua condizione psicopatologica? Non abbiamo elementi certi per suffragare questa seconda ipotesi.

Sta di fatto che il 24 novembre del 1927, ad appena quarantanove anni, Benussi si dà la morte: «lo trovammo morto sulla sua poltrona in Istituto, con una tazza di the, che odorava di cianuro, davanti a sé», riferirà Musatti, che lo trova con Novello e Bianca Papafava. Per salvare l'immagine del maestro, gli allievi riescono «a fare rilasciare un certificato di morte per paralisi cardiaca».

La moglie Liel rimane per circa due anni in Italia lavorando in Alto Adige quale Direttrice di una scuola magistrale di lingua tedesca, poi rientra definitivamente a Graz (Stucchi, 2005).

Benussi e la psicoanalisi

Occupandosi del problema dell'autonomia emotiva e della combinazione dei movimenti apparenti ortogonali fino al 1923, si occupa della diagnosi obiettiva dell'amnesia, del rallentamento nel sonno base, della determinazione delle costanti del sogno, dell'animazione dei sogni e della determinazione obiettiva dell'allucinazione positiva e "delle determinanti concettuali riguardanti la percezione, la rappresentazione, la funzione della parola e infine di tutti i dati di dettaglio sull'analisi presuggestiva della combinazione dei movimenti". In questo quadro di riferimento la parola costituisce un elemento di importanza centrale (Rizzi, 1980): "Se un fatto qualsiasi del passato è fissato in un complesso di segni ed un soggetto capace di intenderti, li avverte, ... la cosa o il fatto rappresentato dai quei segni possono inserirsi o reinserirsi nel circuito di quegli elementi presenti che determinano casualmente il comportamento fisico o mentale di un soggetto" (Benussi, 1925).

Benussi si interessa della suggestione e dell'ipnosi, non come fenomeni da sottoporre ad indagine come tali, o come elementi di una tecnica psicoterapeutica, bensì come strumento per l'analisi delle più svariate funzioni psichiche (Musatti, 1987).

A Graz era stato avviato alla tecnica della suggestione vigile da Walter e nel 1916 "cominciai a sviluppare il metodo dell'analisi psichica reale dopo essere venuto in sicuro possesso della tecnica suggestiva... La suggestione viene usata come mezzo di ricerca, e con questo mezzo si raggiunge o si tenta di raggiungere un approfondimento di analisi che appariva insuperabile per altra via... Mentre l'analisi psicologica abituale, salve rare eccezioni, non può essere che analisi mentale, basata sull'astrazione di affinità e rassomiglianze, l'analisi psicologica suggestiva può veramente assumere il carattere di un'analisi per scomposizione ed essere quindi considerabile come una vera e propria analisi reale... Dall'esperienza da me acquisita sin d'ora posso concludere che è possibile, nell'applicare la suggestione all'analisi dei fatti psichici, distinguere i seguenti procedimenti: la scomposizione; l'annullamento o l'elisione; l'immobilizzazione; il rallentamento; l'estensione; la sensibilizzazione, intesa come a) sensibilizzazione intensificatrice, b) sensibilizzazione rivelatrice". (Benussi, 1925 e 1927).

Queste ricerche e riflessioni lo conducono ad occuparsi della psicoanalisi. Musatti (1987) riferisce che data la stretta amicizia con il triestino Edoardo Weiss (1889-1971), discepolo diretto di Freud, Benussi "si era sottoposto (a Graz?) ad un'analisi con un allievo di Freud" forse W. Stekel (1868-1940) (Hautmann, 1990) e che pure "iniziò alcuni trattamenti psicoterapeutici, più che a fini curativi, a scopo di ricerca".

La SPI, Società Psicoanalitica Italiana, fu costituita nel 1921, come associazione sostanzialmente culturale con la presenza di un solo vero e proprio psicoanalista,

Weiss, e in assenza di Benussi (Penussia, 2001) anche se nel VIII Congresso dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale, tenutosi a Salisburgo nel 1924, ricevette l'invito a tenere una comunicazione.

Il suo tardo interesse per la psicoanalisi, le cui ricerche sono raccolte nel volume "Suggestione e psicoanalisi", viene così precisato: "La psicanalisi è un filo prezioso, fragile ma prezioso; solo la ricerca esatta, che ancora manca, gli potrà dare resistenza... L'esigenza a cui deve rispondere chi si sente attratto verso queste ricerche è unicamente quella di dare alla psicanalisi una base sperimentale, che ancora le manca, di toglierle, quanto più è possibile il carattere di arte fondata su intuizioni... trasformandola in un metodo scientifico basato su leggi assicurate dall'esperimento... La psicanalisi è anzitutto un metodo di ricerca... e come terapia, è fondamentalmente un capitolo della psicologia applicata" (Benussi, 1932).

Il programma di Benussi è molto chiaro, è quello di verificare sperimentalmente, nella misura del possibile, i concetti freudiani; ma da un lato la morte prematura del nostro unico psicologo sperimentale veramente geniale del primo novecento, dall'altro la non disponibilità degli psicoanalisti italiani, ieri come oggi, impedisce la realizzazione di questo programma scientificamente rilevante e internazionalmente inedito, che verrà ripreso solo molti anni dopo; ma non in Italia e non con l'acutezza e la finezza di Benussi, nel quale coesistono l'esprit de finesse e l'esprit de géométrie.

Vittorio Benussi rappresenta un esempio molto interessante di sviluppo coerente di un tipo di nuovo sapere originale; e questo proprio per l'attenzione che egli rivolse fin dall'inizio al presentarsi fenomenico degli atti comportamentali e non solo dei percetti" (Soro, 1994). Egli è stato uno dei protagonisti della psicologia classica internazionale, la cui attività scientifica si è svolta in un periodo particolarmente ricco di scoperte ma anche di cambiamenti nella psicologia come d'altronde nelle altre scienze. Egli è il capostipite di una parte importante della psicologia italiana attraverso la continuazione della sua opera da parte di discepoli diretti (Musatti) e indiretti (Metelli e Kanizsa) dell'Istituto di psicologia di Padova.

IL FONDO BENUSSI

Presso l'Università di Milano "Bicocca", nel Dipartimento di Psicologia, è stato costituito l'"Archivio storico della psicologia italiana: centro di ricerche in storia della psicologia sperimentale, clinica, giuridica e del lavoro (ASPI)", diretto dal Prof. Mauro Antonelli. Egli ha curato una edizione critica in lingua originale di tutti i lavori scientifici di Benussi pubblicati in tedesco "Psychologische Schriften. Textkritische Ausgabe" (2002).

Presso l'Archivio c'è il Fondo Benussi, diretto dal prof. Natale Stucchi, costituito di circa 20.000 fogli manoscritti, per la maggior parte in tedesco, corredati di documenti, carteggi e disegni che documentano principalmente l'attività scientifica di Vittorio Benussi dal 1902 al 1927, ma anche gli scambi con altri scienziati ed uomini di cultura del tempo.

Archivio sta curando l'edizione elettronica dei manoscritti e l'Università di Bologna sta approntando una edizione critica cartacea delle opere di Benussi.

BIBLIOGRAFIA

OPERE DI VITTORIO BENUSSI

Benussi V. (1901) Ueber die Zollnersche Figur. Eine experimental-psychologische Untersuchung. Tesi di laurea. Università di Graz.

Benussi V. (1902) Ueber den Einfluss der Farbe auf die Grosse der Zollner'schen Täuschung. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, 20, 264-351:385-433.

Benussi V. (1904) Zur Psychologie des Gestalterfassens, (Die Müller-Lyrsche Figur) in A. Meinong (Hrsg.) Untersuchungen zur Gegenstandstheorie und Psychologie, Barth, Leipzig, 303-448.

Benussi V. (1904) Ein neuer Beweis für die spezifische Helligkeit der Farben, in A. Meinong (Hrsg.) Untersuchungen zur Gegenstandstheorie und Psychologie, Barth, Leipzig, 473-480.

Benussi V. (1905) Ein neuer Beweis für die spezifische Helligkeit (bzw. Dunkelheit) der Farben, in Bericht ueber den 1. Kongress für experimentelle Psychologie in Gießen 1904, in (Hrsg.) F. Dohmann, Barth, Leipzig, 17-21.

Benussi V. (1905) La natura delle cosiddette illusioni ottico-geometriche, in Atti del V Congresso internazionale di Psicologia, Forzani, Roma, 262-267.

- Benussi V. (1905) Un tachistoscopio per esperimenti collettivi, in *Atti del V Congresso Internazionale di Psicologia*, Forzani, Roma, 267-269.
- Benussi V. (1905) Gli atteggiamenti intellettivi elementari e i loro oggetti, in *Atti del V Congresso Internazionale di Psicologia*, Forzani, Roma, 440-445.
- Benussi V. (1906) Die Psychologie in Italien *Archiv für der gesamte Psychologie*, 7, 141-180.
- Benussi V. (1906) Sul valore veridico della storia, in *Atti del Congresso internazionale di scienze storiche*, Tipografia della Real Accademia dei Lincei, Roma, 627-632.
- Benussi V. (1906) Experimentelles ueber Vorstellungsinadäquatheit I. Das Erfassen gestaltmehreutiger Komplexe, *Zeitschrift für Psychologie*, 42, 22-55.
- Benussi V. (1907) Experimentelles ueber Vorstellungsinadäquatheit III. Gestaltmehreutigkeit und Inadäquatheitsumkehrung, *Zeitschrift für Psychologie*, 43, 188-230.
- Benussi V. (1907) Zur experimentellen Analyse des Zeitvergleichs I. Zeitgrosse und Betonungsgestalt, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 366-440.
- Benussi V. (1908) Zur experimentellen Analyse des Zeitvergleichs II. Erwartungszeit und subjektive Zeitgrosse, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 13, 71-130.
- Benussi V. (1909) Ueber Aufmerksamkeitsrichtung beim Raum und Zeitvergleich, *Zeitschrift für Psychologie*, 51, 73-107.
- Benussi V. (1910) Ueber die Grundlagen des Gewichtseindrucks (Beiträge zur Psychologie des Vergleichens), *Archiv für der gesamte Psychologie*, 17, 1-185.
- Benussi V. (1911) Ueber die Motive der Scheinkörperlichkeit beim umkehrbaren Zeichnungen, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 20, 363-396.
- Benussi V. (1912) Stroboskopische Scheinbewegungen und geometrisch-optische Gestalttauschungen, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 24, 31-62.
- Benussi V. (1913) Kinematographische Erscheinbe (Vorläufige Mitteilung ueber Scheinbewegungsauffassung auf Grund haptischer Eindrücke), *Archiv für der gesamte Psychologie*, 29, 385-388.
- Benussi V. (1913) Psychologie der Zeitauffassung. Winter, Heidelberg.
- Benussi V. (1913) Psychologie der inadäquaten Auffassung. Pro Manuscripto, Fondo Benussi Università di Milano.
- Benussi V. (1913) Referat ueber Köfler - Kinkel. Beiträge zur Psychologie der Gestalt und Bewegungserlebnisse, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 32.
- Benussi V. (1914) Die Atmungssymptome der Lüge, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 31, 244-273.
- Benussi V. (1914) Gesetze der inadäquaten Gestaltauffassung, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 32, 305-420. trad. It. Leggi della percezione inadeguata della forma, in E. Rusini, N. Stucchi & D. Merin (a cura di) *Forma ed esperienza. Antologia di classici della percezione*, Angeli, Milano, 1984).
- Benussi V. (1914) Die Gestaltwahrnehmungen. Bemerkungen zu den gleichnamigen Untersuchungen K. Buhlers, Bd. I. *Zeitschrift für Psychologie*, 60, 256-292.
- Benussi V. (1914) Versuche zur Bestimmung der Gestaltzeit, in *Bericht über den VI Kongress für experimentale Psychologie*, Göttingen, 1914. Barth, Leipzig, 71-73.
- Benussi V. (1914) Kinematographische Scheinbewegungen (KSß) und Auffassungsumformung, in *Bericht über den VI Kongress für experimentale Psychologie*, Göttingen, 1914. Barth, Leipzig, 31-35.
- Benussi V. (1915) Monokularlokalisationsdifferenz und haploskopisch erweckte Scheinbewegungen, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 33, 266-272.
- Benussi V. (1917) Versuche zur Analyse taktil erweckter Scheinbewegungen (kinematographische Erscheinungen) nach ihren äusseren Bedingungen und ihren Beziehungen zu den parallelen optischen Phänomenen, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 36, 59-135.
- Benussi V. (1918) Ueber Scheinbewegungskombination. (Lissajoussche S-M- und E Scheinbewegungsfiguren) *Archiv für der gesamte Psychologie*, 37, 233-282.
- Benussi V. (1918) Missverständnisse: die Messbarkeit des Psychischen, *Der Friede*, 12, 287-289, 311-312.
- Benussi V. (1918) Lüge und Aufrichtigkeitsdiagnose, *Der Friede*, 15, 359-361.
- Benussi V. (1918) Ueber den freien Willen, *Der Friede*, 34, 178-181.
- Benussi V. (1918) Aus der forensischen Psychologie. (Die Fehlerwurzeln unserer Aussage), *Der Friede*, 39, 301-303; 40, 323-326.
- Benussi V. (1919) Anmerkung, *Archiv für der gesamte Psychologie*, 38, 164.
- Benussi V. (1923) *Lezioni 1922-1923. Dattiloscritto a cura di C.L. Musatti*. Fondo Benussi Università di Milano.
- Benussi V. (1924) Suggestie ve stavu bdelém a hyprotickém v psychologii, *Česka Mysl*, Prag, 244-248; 290-296.
- Benussi V. (1925) La suggestion e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica reale, Zanichelli, Bologna.
- Benussi V. (1925) La suggestion e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica reale; in *Atti del IV Congresso Nazionale di Psicologia*, Firenze, 1923. Stabilimento Tipografico Bandettini, Firenze, 35-65 (discussione, 65-68).
- Benussi V. (1925) Recherches expérimentales sur la perception de l'espace. La méthode haplo-diplocinescopique, *Journal de Psychologie*, 22, 1925, 625-666.
- Benussi V. (1925) La suggestion e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica reale, *Rivista di Psicologia*, 21, 1-22.
- Benussi V. (1926) Ricerche a plocinescopiche su fenomeno di Panum, in *Atti del IV Congresso nazionale di Psicologia* Stabilimento Tipografico Bandettini Firenze, 135-140.
- Benussi V. (1927 ?) Autobiografia scientifica. Fondo Benussi Università di Milano.
- Benussi V. (1927) Sur l'autonomie fonctionnelle émotive (A propos d'un compte rendu de M. H. Wallon), *Journal de Psychologie normale et pathologique*, 24, 341-343.
- Benussi V. (1927) Zur experimentellen Grunlegung hyposuggestiver Methoden psychischer Analyse, *Psychologische Forschung*, 9, 197-274.
- Benussi V. (1928) Recherches expérimentales sur la perception de l'espace II. Le phénomène de Panum, *Journal de Psychologie normale et pathologique*, 25, 464-506.
- Benussi V. (1932) Suggestione e psicoanalisi. Principato, Messina.
- Benussi V. (2002) (Hr. M. Antonelli). *Psychologische Schriften. Textkritische Ausgabe in 2 bänden*. Rodopi, Amsterdam & New York.
- Benussi V. & Lid W. (1904) Die verschobene Schachbrettfigur in A. Meinong (ed) *Untersuchungen zur Gegenstandstheorie und Psychologie*, Barth, Lipsia, 449-472. York.

- Antonelli M. (1993) Coscienza e temporalità. Vittorio Benussi e la comprensione del tempo, in L. Albertazzi & R. Poli (a cura di) *Brentano in Italia. Una filosofia rigorosa contro positivismo e attualismo*. Guerini e Associati, Milano, 207-233.
- Antonelli M. (1994) *Die experimentelle Analyse des Bewusstseins bei Vittorio Benussi*. Rodopi, Amsterdam - Atlanta.
- Antonelli M. (1994) Vittorio Benussi und die österreichisch - italienische Tradition der Gestaltpsychologie. *Brentano Studien*, 5, 107-127.
- Antonelli M. (1995) Vittorio Benussi: Biographie und Bibliographie, in *Internationale Bibliographie zur österreichischen Philosophie (IBOP)*. Rodopi, Amsterdam - Atlanta.
- Antonelli M. (1995) Percezione e coscienza nell'opera di Vittorio Benussi. Angeli, Milano.
- Antonelli M. (2002) (Hr.) *Psychologische Schriften. Textkritische Ausgabe in 2 Bänden*. Rodopi, Amsterdam & New York.
- Antonelli M. (2005) *Comunicazione personale*, Milano.
- Bozzi P. (1993) Benussi e la psicologia italiana, in L. Albertazzi & R. Poli (a cura di) *Brentano in Italia. Una filosofia rigorosa contro positivismo e attualismo*. Guerini e Associati, Milano, 175-191.
- Cesa Bianchi M. (1975) Ipnosi e psicologia sperimentale. *Minerva Medica*, 66, 3829-3834.
- David M. (1970) *La psicoanalisi nella cultura italiana*. Boringhieri, Torino.
- De Marchi Musatti S. (1931) Introduzione a "Suggestione e psicoanalisi". Principato, Messina, 3-13.
- De Marchi Musatti S. (1931) Bibliografia completa di Vittorio Benussi, in "Suggestione e psicoanalisi", 105-107.
- De Ruggero G. (1951) *La filosofia contemporanea*. Laterza, Bari.
- De Sanctis S. (1927-28) Commemorazione del Prof. Vittorio Benussi. *Annuario della Regia Università di Padova*, 241-250.
- Fraisse P. (1957) *Psychologie du temps*. P.U.F., Paris.
- Gurwitsch A. (1957) *Théorie du champ de la conscience*. Desclée de Brouwer, Bruges.
- Hofstadter P.R. (1964) *Psicologia*. Feltrinelli, Milano.
- Katz D. (1950) *La psicologia della forma*. Boringhieri, Torino.
- Koffka K. (1970) *Principi di psicologia della forma*. Boringhieri, Torino.
- Köhler W. (1961) *La psicologia della gestalt*. Feltrinelli, Milano.
- Lazzeroni V. (1956) *Le origini della psicologia contemporanea*. Universitaria, Firenze.
- Marhaba S. (1992) *Lineamenti della psicologia italiana (1870-1945)*. Giunti Barbera, Firenze.
- Meinong A. (1886) Gli oggetti di ordine superiore in rapporto alla percezione interna. *Faenza*, (1970).
- Metelli F. (1987) La polemica Benussi-Koffka in G. Mucciarelli (cur) *Vittorio Benussi nella storia della psicologia italiana*. Pitagora Ed., Bologna, 110-132.
- Nezger W. (1971) *I fondamenti della psicologia della Gestalt*. Giunti, Firenze.
- Mucciarelli G. (1984) *La psicologia italiana. Fonti e documenti. Vol. II. La crisi 1918-1945*. Pitagora, Bologna.
- Mucciarelli G. (1987) (a cura di) *Vittorio Benussi nella storia della psicologia italiana*. Pitagora Ed., Bologna.
- Musatti C.L. (1928) La scuola di psicologia di Padova. 1919-1927. *Rivista di Psicologia*, 24, 26-42.
- Musatti C.L. (1928) L'attività scientifica di Vittorio Benussi. *Archivio Italiano di Psicologia*, 6, 259-273.
- Musatti C.L. (1957) Coscienza ed inconscio nell'opera di Vittorio Benussi. *Rivista di Psicologia* 51, 3-23.
- Musatti C.L. (1966) Benussi Vittorio, in *Dizionario Biografico degli Italiani*. Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 8, 657-659.
- Musatti C.L. (1984) *Vittorio Benussi e i fenomeni ipnosuggestivi*. I. Girasoli, Ed. Riuniti, Roma, 181-192.
- Olivetti Beria. V. (1954) Vittorio Benussi ed i mezzi di analisi psichica reale. *Autaut*, 4, 503-511.
- Osgood C.E. (1968) *Method and theory in experimental psychology*. Oxford University Press, New York.
- Radovan R. (1936) *Relazione sull'opera fondamentale di Vittorio Benussi: "La suggestione e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica reale"*. Verona.
- Rapafava N. (1947) Ricordando Benussi. *Gazzettino Veneto*, 23-XI-1947.
- Rapafava N. (1951) Psicoanalisi e moralità. *Rassegna Pedagogica*, 1, 1-7.
- Peri P. (1955) *L'Italia nella prima guerra mondiale (1915-1918)*. Einaudi, Torino.
- Benussi V. (1904) *Psicologo. Storia e attualità di una professione scientifica*. Boringhieri, Torino.
- Rizzi P. (1980) *Analisi psichica reale e l'opera di Benussi*, in G. Cimino & N. Dazzi (cur) *Gli studi di psicologia in Italia*. Domus Galileiana, Pisa.
- Rizzi P. (1987) *L'autonomia funzionale emotiva. A proposito di una controversia tra V. Benussi e H. Wallon*, in G. Mucciarelli (cur) *Vittorio Benussi nella storia della psicologia italiana*. Pitagora Ed., Bologna, 165-184.
- Sinatra M. (1998) *Vittorio Benussi*. In *La psicologia in Italia*. LBU, Roma, 473-521.
- Soro G. (1987) *Fenomenicità ed osservazione sperimentale*. In Vittorio Benussi, in G. Mucciarelli (cur.) *Vittorio Benussi nella storia della psicologia italiana*. Pitagora Ed., Bologna, 133-145.
- Soro G. (1994) *Psicologia ed osservazione fenomenica: Vittorio Benussi*. UPSEL, Torino.
- Soro G. & Valentini T. (1985) *Intentionality and Productiveness in Benussi's Psychologie der Zeitauffassung: The significance of the Auffassung*. *Toria & Modelli*, 2, 275-284 (Supplement 1).
- Stucchi N. (1987) *Percezione, rappresentazione e persuasione nell'attività scientifica di Vittorio Benussi*, in G. Mucciarelli (a cura di) *Vittorio Benussi nella storia della psicologia italiana*. Pitagora Ed., Bologna, 147-164.
- Stucchi N. (1987) *V. Benussi: breve biografia e bibliografia degli scritti*. In G. Mucciarelli (a cura di) *Vittorio Benussi nella storia della psicologia italiana*. Pitagora Ed., Bologna, 187-220.
- Stucchi N. (1993) *La psicologia teorica di tradizione brentaniana in alcuni lavori sperimentali di Vittorio Benussi*, in L. Albertazzi & R. Poli (a cura di) *Brentano in Italia. Una filosofia rigorosa contro positivismo e attualismo*. Guerini e Associati, Milano, 193-205.
- Stucchi N. (1995) *Seeing and Thinking. Vittorio Benussi and the Graz School*, in P.M. Simons (Ed.) *Essay on Meinong*. Philosophia, München.
- Stucchi N. (2005) *Comunicazione personale*, Milano.
- Valentini T. (1991) *Le indagini sulla psicologia del tempo in V. Benussi*. Pro manoscritto, Istituto Psicologia, Milano.
- Vicario G. (1973) *Tempo psicologico ed eventi*. Giunti - Barbera, Firenze.
- Zurini G. (1964) *Psicologia*. Morcelliana, Brescia.

Pubblichiamo due brevi interventi di Benussi: la presentazione del primo lie-detector (1913) e una delle ultime lezioni accademiche (1926)

SINTOMI RESPIRATORI DELLA FINZIONE

VITTORIO BENUSSI

Il procedimento delle mie esperienze si può riassumere brevemente così: al soggetto dell'esperimento seduto innanzi a un numeroso uditorio, si danno diversi biglietti sui quali si trovano scritte lettere, cifre e figure; alcuni di questi biglietti sono contrassegnati da un asterisco.

Il soggetto deve leggere il biglietto dicendo la disposizione generale delle lettere e delle cifre, la loro qualità, il loro numero; gli altri oggetti visibili, e deve mentire nella lettura dei biglietti contrassegnati con asterisco.

Contemporaneamente viene presa la grafica respiratoria toracica.

Agli spettatori poi si domanda il parere sull'attendibilità delle parole udite, e dal rapporto tra i pareri giusti e quelli sbagliati si calcola un quoziente di attendibilità dei pareri degli osservatori, il cui valore inverso misura la capacità di mentire del soggetto: il valore medio di tale quoziente è uguale a 0,020, il che significa che i pareri degli osservatori sono praticamente inservibili per una diagnosi di veridicità e di menzogna.

Da queste esperienze ho ottenuto i seguenti risultati:

1. La media dei quozienti fra le inspirazioni e le espirazioni delle cinque respirazioni antecedenti alla lettura è maggiore della media dei quozienti delle cinque respirazioni successive alla lettura, quando il soggetto dice il vero. Nel caso di menzogna si osserva il fatto inverso.
2. Per alcuni soggetti i quozienti nei casi di menzogna sono sempre maggiori che nei casi di veridicità; per altri soggetti invece i quozienti antecedenti alla lettura nei casi di menzogna sono minori degli stessi quozienti nei casi di veridicità; in quest'ultimo caso il quoziente di attendibilità dei pareri degli osservatori raggiunge un valore massimo, quindi questa relazione è un sintomo costante della inettitudine a fingere. Nel primo caso avviene l'opposto.
3. Il valore assoluto dei quozienti respiratori sta in ragione inversa all'attitudine naturale a mentire, quindi lo sforzo del mentire è direttamente proporzionale alla differenza fra i quozienti antecedenti e i susseguenti.
4. Modificando opportunamente le esperienze si è potuto assodare che i sintomi respiratori osservati nella menzogna sono l'espressione degli atteggiamenti emotivi che l'accompagnano, non dei suoi atteggiamenti intellettuali.
5. Non è possibile alterare volontariamente il respiro così da alterare i rapporti suddetti; cambiano i valori assoluti, ma i rapporti restano immutati.

Concludendo: per la diagnosi tra veridicità e menzogna l'attendibilità dei sintomi respiratori è massima, e lo scrivente l'ha calcolata uguale a 0,973.

Comunicazione preliminare presentata al II Convegno della Società Italiana di Psicologia Roma, marzo 1913.

LA FENOMENOLOGIA SPERIMENTALE

dalle Lezioni tenute nell'anno accademico 1926-1927

L'esperimento psicologico si diversifica dall'esperimento nelle altre scienze naturali e biologiche nel modo seguente.

Un esperimento di chimica si fa usando delle sostanze e dati dispositivi sperimentali i quali danno origine ad un dato fenomeno. Questo fenomeno è negli apparecchi e nelle sostanze usate.

Ci deve essere però uno sperimentatore il quale aziona tutti gli strumenti. Nell'esperimento psicologico la situazione è l'inversa. Occorrono anzi tutto almeno due persone ed occorrono due strumenti. Chiamiamo A lo sperimentatore, B il soggetto dell'esperienza e C gli strumenti.

Il fenomeno che si vuole provocare, ora, per studiarlo, non è in C, non è in A, ma è in B.

L'esperimento psicologico è dunque basato :

1. sull'introspezione da parte di B.
2. su determinati strumenti, dispositivi sperimentali, atti a provocare una data reazione psichica in B, se azionati adeguatamente da A.
3. su determinate reazioni somatiche che accompagnano la reazione psichica provocata da A per mezzo di C su B.

Tutte le attività degli strumenti sono qui accessorie. È essenziale invece il fenomeno, la reazione psichica che si ingenera nel soggetto, cioè in B.

Lezione 2, del 3 dicembre 1926; dal Fondo Benussi, in Sinistra, 1998.



Vittorio Benussi a 35 anni (Foto Archivio Benussi gentilmente donata dal Prof. Stucchi).

link 08 *esperienze*

**Il dolore nel bambino: strategie
psicologiche di trattamento**

SIMONA CAPRILLI

**Alcune riflessioni sul ruolo della
psicologia pediatrica nella malattia
cronica**

GIANNI BIONDI



Il dolore nel bambino: strategie psicologiche di trattamento

I bambini non solo provano dolore, ma lo ricordano. O meglio, non è il dolore ad essere ricordato, né nei bambini né negli adulti, ma le esperienze che al dolore sono associate: le circostanze del dolore, le sue cause e la sua localizzazione. Anche se non si è capaci di ricordare il dolore in sé per sé, esso è riconosciuto e identificato se riappare e mai dimenticato: anzi, sembra che il dolore, e la paura che suscita, si accumulino nel tempo

SIMONA CAPRILLI *

1. INTRODUZIONE

Nonostante diversi studi abbiano evidenziato che la maggior parte di bambini in ospedale provano dolore moderato o grave (Purcell-Jones et al, 1987; Grundy, et al, 1993) il dolore nel bambino è stato per anni sottovalutato e, di conseguenza, molto poco studiato sia dal punto di vista medico che psicologico.

Tale mancanza di attenzione ha portato alla creazione di pregiudizi e false credenze su questo argomento (Caprilli & Messeri, 2004). Gli assunti che in maggior parte hanno contribuito alla formazione di questi pregiudizi sono che i bambini non provano dolore e che, anche qualora lo provino, non ne hanno memoria una volta che sia passato. Nel 1987, grazie al lavoro svolto da Arad e Hickey, è stato dimostrato che «la densità dei recettori del dolore nei bambini è simile a quella degli adulti, che la connessione di questi recettori al sistema centrale è completa già alla trentesima settimana di gestazione e che lo stimolo doloroso può viaggiare sia in fibre nervose non mielinizzate che in fibre sottili mielinizzate». Dopo quindici anni di studi, si è finalmente giunti a riconoscere, ufficialmente, che il bambino soffre e che l'immaturità nel sistema nervoso, anziché essere motivo di assenza di sofferenza fisica nel bambino, è motivo di una soglia di dolore più bassa e di una percezione più intensa e diffusa (Arad et al, 1987a).

Per quel che riguarda la memorizzazione del dolore, uno studio sulle risposte comportamentali di bambini durante un programma di vaccinazione ha dimostrato che, già verso i nove mesi di età, alcuni bambini piangono prima della vaccinazione, se ne hanno già ricevuta una sei settimane prima (McCaffery & Beebe, 1989). È il ricordo del dolore provato precedentemente che induce tale comportamento e ciò dimostra che i bambini non solo provano dolore, ma lo ricordano. O meglio, non è il dolore ad essere ricordato, né nei bambini né negli adulti, ma le esperienze che al dolore sono associate: le circostanze del dolore, le sue cause e la sua localizzazione. Anche se non si è capaci di ricordare il dolore in sé per sé, esso è riconosciuto e identificato se riappare e mai dimenticato; anzi, sembra che il dolore, e la paura che suscita, si accumulino nel tempo (Kuttner, 1998).

L'infondatezza dei pregiudizi è la premessa necessaria alla trattazione del dolore nel bambino e ad una sua più corretta definizione.

Il dolore nel bambino è stato per anni sottovalutato e, di conseguenza, molto poco studiato sia dal punto di vista medico che psicologico. Tale mancanza di attenzione ha portato alla creazione di pregiudizi e false credenze. Gli assunti che in maggior parte hanno contribuito alla formazione di questi pregiudizi sono che i bambini non provano dolore e che, anche se lo provano, non ne hanno memoria



Che cosa è il dolore?

È molto difficile dare una definizione esaustiva e completa del termine "dolore" in quanto si tratta di un'esperienza emotiva del tutto individuale, che può essere capita solo se è stata provata.

La definizione di dolore oramai accettata a livello internazionale risale al 1979 ed è dello IASP, l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (International Association Study of Pain), che lo descrive come una «sgradevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un reale o un potenziale danno tissutale, o descritta in termini di tale danno». Emerge quindi che la componente fondamentale dell'esperienza di dolore è la soggettività con cui viene vissuta e che la dimensione emotiva e psicologica del soggetto acquista un ruolo preponderante.

Quando un bambino ha dolore la componente psicologica riveste una parte molto importante. Infatti sappiamo per esperienza comune che se il bambino prova paura o è spaventato la percezione del dolore aumenta e quindi la soglia del dolore si abbassa.

Questo è del resto già valido per l'adulto, ma lo è molto di più per il bambino che, essendo in fase di sviluppo, presenta un'emotività ancora non ben definita e strutturata e difese psicologiche talvolta meno efficaci rispetto all'adulto. Infatti se una persona deve sottoporsi ad un esame doloroso può far appello alla razionalità o anche a meccanismi di difesa evoluti per affrontare l'evento («vado dal dentista, così mi faccio curare i denti»). Invece la situazione è più difficile per il bambino, specialmente se è in fase prescolare, poiché non riuscendo a creare i nessi cognitivi di causa-effetto non riesce a capire il perché di una cura dolorosa. Sappiamo infatti che in quella che Jean Piaget chiama fase pre-operatoria dello sviluppo intellettuale, il bambino ha una conoscenza concreta del mondo circostante e crede a ciò che vede, per cui se deve essere sottoposto ad un prelievo di sangue pensa solamente che avrà un dolore e non riuscirà a pensare che quest'operazione paurosa/dolorosa servirà perché venga effettuata una diagnosi.

Soggettività dell'esperienza dolorosa

Anche se negli esseri umani le vie nocicettive sono identiche, la reazione individuale ad uno stesso stimolo doloroso varia molto da persona a persona e anche nello stesso soggetto nei diversi momenti.

La "soglia del dolore" è estremamente diversa da bambino a bambino, anche in funzione dell'età e può cambiare con il passare del tempo, a seconda delle esperienze di vita.

Esistono due tipi di fattori che modulano l'esperienza del dolore nel bambino: situazionali e individuali: da un lato la percezione del dolore nel bambino dipende dalla situazione, dal contesto in cui esso si manifesta e da che cosa è stato causato (un bambino che si fa male durante un gioco percepirà meno dolore rispetto ad una stessa sofferenza inflitta in ospedale); dall'altro lato dobbiamo considerare tutta una serie di fattori individuali che determinano una certa modalità di percezione del dolore, in primo luogo gli aspetti psicologici e di personalità del bambino e la fase di sviluppo. Influiscono anche le dimensioni familiari, socio-culturali e religiose che possono creare diverse aspettative dei familiari sulle reazioni del bambino al dolore, influenzandolo nella modalità di espressione e nella percezione del dolore.

2. VARI TIPI DI DOLORE DEL BAMBINO

Diamo adesso alcuni esempi di tipi di dolore che si riscontrano nel bambino ospedalizzato.

Il dolore del bambino affetto da cancro

Quasi tutti i bambini affetti da cancro in un certo momento della loro malattia

provano dolore che è causato dalla malattia stessa, dai trattamenti e dalle procedure diagnostiche e terapeutiche (Ljungman, 1996; McGrath & Finley, 2000).

Il dolore legato alla malattia può essere acuto o cronico ed è, di solito, provocato da un'invasione diretta delle strutture anatomiche, dalla compressione sui nervi, o dall'ostruzione. Il dolore legato al trattamento può essere o il risultato diretto dell'intervento fisico o un effetto secondario del trattamento. Per molti bambini il dolore che deriva dalle stesse cure è l'aspetto peggiore della loro malattia. L'aspirazione del midollo e la puntura lombare vengono ripetute frequentemente in molti bambini e adolescenti con tumore e questo può essere percepito dai pazienti come peggiore rispetto alla malattia (Zeltzer, 1980).

Le procedure eseguite senza un adeguato controllo del dolore possono provocare ansia nel bambino, aumentando significativamente il dolore nelle procedure successive, alterare la sua relazione con i care-givers e ridurre la compliance con le indicazioni mediche. I bambini che guariscono dal tumore frequentemente ricordano le procedure mediche come eventi traumatici ed alcuni riportano sintomi di stress post-traumatico dodici anni dopo che il trattamento del tumore è terminato (Stuber, 1996).

I bambini affetti da tumore possono anche provare moltissimo dolore a causa degli effetti collaterali della chemioterapia (mucositi, neutropenie) e della radioterapia (reazioni alle radiazioni). Tali esperienze sono estremamente drammatiche poiché costringono i bambini ad interrompere le attività (ad esempio di gioco e di studio che li aiutano a condurre una vita più vicina possibile alla quotidianità e ad affrontare le cure) con un notevole carico psicologico che aumenta lo stato di sofferenza.

Il dolore post-chirurgico

L'intervento chirurgico si configura come un evento stressante nella vita del bambino e numerosi studi hanno provato che la fase più stressante per il bambino che viene sottoposto ad intervento chirurgico è l'induzione di anestesia (Kain, 1996). È stato anche dimostrato che esiste una correlazione significativa tra ansia al momento dell'induzione dell'anestesia e dolore percepito dal bambino nel post-operatorio e comportamento mostrato in reparto.

Bambini che erano più ansiosi nella fase pre-operatoria avevano anche maggiore stress nel post-operatorio (Holm-Knudsen et al., 1998) e un bambino più ansioso ha 3,5 volte maggiori rischi di comportamenti negativi nel periodo post-operatorio rispetto a un bambino meno ansioso.

La frequenza di comportamenti e atteggiamenti negativi nel periodo post-operatorio diminuisce con il passare del tempo dopo l'intervento chirurgico. Problemi rilevati con un'ente dopo l'intervento chirurgico sono brutti sogni, risvegliarsi piangendo, disobbedire ai genitori, ansia di separazione, carattere capriccioso. Meno comuni sono problemi più importanti come enuresi secondaria. Tuttavia altri studi hanno mostrato un miglioramento del comportamento del bambino dopo l'intervento per il miglioramento delle loro condizioni cliniche (Kotiniemi, 1997).

Il dolore del neonato

I neonati sicuramente provano dolore. È già stato rilevato come in passato il neonato e il feto fossero considerati incapaci di provare l'esperienza dolore. Recenti ricerche sullo sviluppo fetale durante la vita intrauterina e studi sul comportamento del neonato hanno modificato questo punto di vista ed è ora ampiamente dimostrato che il concetto di nocicezione si applica completamente anche al neonato (Levine & Gordon, 1982; Porter, 1986).

La mancanza della mielinizzazione era stata proposta come un indice di immaturità del sistema nervoso del neonato ed è un argomento spesso usato per sostenere che i neonati a termine e i prematuri non sono capaci di percezione dolorosa. Ma l'incompleta mielinizzazione implica solamente una più lenta velocità di conduzione dei nervi periferici o dei tratti nervosi centrali del neonato ed è comunque completamente compensata dalla più breve distanza (Amad et al., 1987a).

In ogni caso, all'inizio della ventinovesima settimana di vita endo-uterina, le vie spinali lunghe sono completamente differenziate e mielinizzate (Dalen B., 1993).

I bambini affetti da tumore possono provare moltissimo dolore a causa degli effetti collaterali della chemioterapia (mucositi, neutropenie) e della radioterapia (reazioni alle radiazioni). Tali esperienze sono estremamente drammatiche poiché costringono i bambini ad interrompere le attività (ad esempio di gioco e di studio che li aiutano a condurre una vita più vicina possibile alla quotidianità e ad affrontare le cure) con un notevole carico psicologico che aumenta lo stato di sofferenza



Nel trattamento del dolore i genitori diventano alleati del bambino e delle risorse per i curanti. In primo luogo il genitore conosce le differenti modalità di espressione del proprio figlio e può aiutare il medico o l'infermiere ad identificare i diversi segnali di sofferenza. Inoltre la relazione con il genitore può diventare per il bambino sottoposto ad esperienze dolorose un vero e proprio aiuto



L'insieme di questi dati anatomici, più gli ultimi studi biologici ed elettrofisiologici, suggerisce fortemente l'esistenza di funzioni corticali precoci. Così, già nel prematuro, la maturità anatomica e neurochimica è sufficiente perché gli stimoli nocicettivi siano normalmente trasmessi e percepiti (Arnad et al, 1987b).

Nel neonato il dolore può avere conseguenze negative ed anche mortali. Alcuni autori (Taddio et al, 1987) sostengono che il dolore nei neonati può essere talvolta rischioso per la vita stessa, specialmente se il bambino risponde con il pianto e con conseguente diminuita ossigenazione cui può seguire un'emorragia intraventricolare che è una delle più importanti cause di morte dei prematuri. Per quanto riguarda la memorizzazione del dolore, uno studio sulle risposte comportamentali di bambini durante un programma di vaccinazione, dimostra che già verso i 9 mesi di età alcuni bambini piangono prima della vaccinazione se ne hanno avuto un'altra 6 settimane prima (Taddio et al, 1987). È dunque il dolore che è qui in causa: il cambiamento del comportamento del neonato non può più essere legittimamente considerato come di natura semplicemente riflessa o sottocorticale. Al contrario, esso implica una memorizzazione (Arnad et al, 1987), cioè a dire una partecipazione corticale con integrazione.

3. IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Per trattare il dolore è necessario per prima cosa evidenziarlo e rilevarlo e, nel caso di bambini ospedalizzati, è necessario riportarlo in cartella regolarmente almeno tre volte al giorno o anche molto più spesso in relazione alla sua intensità. Esistono specifiche scale di misurazione del dolore adeguate ad ogni fascia di età che permettono di evidenziare anche il dolore di bambini che non parlano (perché piccoli, oppure portatori di handicap oppure intubati o sedati).

Una volta rilevato il dolore del bambino si deve intervenire con specifiche tecniche volte ad alleviarlo che possono essere schematizzate in:

- tecniche farmacologiche: si tratta della somministrazione di farmaci adeguati all'intensità del dolore del bambino (da farmaci semplici come il paracetamolo fino a farmaci importanti come la morfina);
- tecniche psicologiche, che comprendono tutta una serie di strategie comportamentali e cognitive che permettono al bambino di affrontare il dolore con un valido supporto (Caprilli et al, 2004). Le tecniche psicologiche più utilizzate e più studiate in letteratura sono la presenza dei genitori, l'informazione al bambino e l'uso di tecniche non farmacologiche.

Presenza dei genitori

Un ruolo fondamentale è rivestito dal genitore in quanto è il migliore esperto del bambino, dei suoi bisogni e desideri. Nel trattamento del dolore i genitori diventano degli alleati del bambino e delle risorse per i curanti. In primo luogo il genitore conosce le differenti modalità di espressione del proprio figlio e può aiutare il medico o l'infermiere ad identificare i diversi segnali di sofferenza. Inoltre la relazione con il genitore può diventare, per il bambino sottoposto ad esperienze dolorose, un vero e proprio aiuto.

Alcuni studi dimostrano che la presenza del genitore è utile durante procedure dolorose, quali il prelievo di sangue, gli esami radiologici, soprattutto se queste devono essere ripetute nel tempo, o anche all'induzione dell'anestesia per intervento chirurgico (Messori et al, 2004). Ancora oggi accade che il personale sanitario veda la presenza della madre o del padre come fonte di disturbo per il processo di cura, sottovalutandone il potenziale.

Il genitore, durante il momento di dolore del proprio figlio, può essere sopraffatto da stati di ansia e paura e non sempre può essere in grado di stare accanto al bambino per supportarlo. È importante in questi casi rendere partecipe il più possibile il genitore delle procedure dolorose in maniera attiva, aiutandolo cioè a creare un'alleanza con il bambino e "formandolo" su come aiutare il proprio figlio. In

questi casi si cerca di dare un ruolo al genitore, favorendo le sue risorse di coping, anche con semplici indicazioni. Ad esempio, si può consigliare di raccontare una favola o cantare una canzone al bambino, oppure di utilizzare giochi, bolle di sapone, oppure di favorire il contatto fisico (carezzandolo, abbracciandolo ecc.). Naturalmente ci possono essere genitori che, nonostante consigli e suggerimenti, non si sentono in grado di assistere il proprio figlio durante il momento del dolore ed in questi casi è importante che sia il curante a garantire il più possibile al bambino un contenimento affettivo.

Informazione e preparazione del bambino

L'informazione è un diritto del bambino e un dovere dei curanti. Le spiegazioni ai bambini vanno date al momento opportuno, ovviamente con linguaggio semplice e adatto all'età.

È fondamentale il tipo di approccio che si ha con il bambino, non lo si deve ingannare o raccontargli bugie, soprattutto se è lui che chiede spiegazioni. Fa parte del nostro lavoro cercare di fornire a lui e ai genitori un'informazione veritiera, spiegandogli che cosa deve fare e come lo si può aiutare, naturalmente con i tempi giusti e con un linguaggio a misura di bambino.

Tecniche non farmacologiche

Le tecniche non farmacologiche¹ sono utilizzate nel bambino per il controllo del dolore da procedura e dell'ansia e della paura che ne derivano (Kuttner, 1999); sono tecniche psicologiche che possono essere applicate insieme con il bambino da chiunque sia preparato (infermieri, genitori, medici, psicologi, volontari). Lo scopo delle tecniche è quello di allontanare la mente del bambino dal momento di dolore e paura che sta vivendo, attraverso un processo di dissociazione mentale, in cui è possibile modificare le sensazioni fisiche dolorose.

Queste tecniche sfruttano le notevoli capacità immaginative dei bambini che, per loro natura, hanno dei confini mentali tra fantasia e realtà molto più fluidi e permeabili degli adulti.

Le principali tecniche utilizzabili in età evolutiva sono:

- a) Respirazione e rilassamento;
- b) Distrazione;
- c) Bolle di sapone;
- d) Visualizzazione;
- e) Desensibilizzazione (guanto magico).

a) Respirazione e rilassamento. La respirazione e il rilassamento aiutano il bambino a ridurre l'ansia già all'età di 3-4 anni. Sono molto utili per il dolore da procedura (in combinazione con l'anestetico locale) e risultano efficaci anche per il dolore cronico, in combinazione con il trattamento farmacologico.

Si invita il bambino a respirare profondamente, a gonfiare i polmoni a "sentire" l'aria che entra ed esce e si stimola una respirazione sempre più lenta e profonda.

Questa tecnica cattura l'attenzione del bambino, riduce la tensione muscolare, rilassa il diaframma e aumenta l'ossigenazione del corpo; inoltre è stato notato che le vene sono più facilmente visibili quando il bambino è rilassato perché non c'è vasocostrizione associata alla tensione fisica. Non è particolarmente utile al bambino trattenere il fiato durante un trattamento doloroso o pauroso perché ciò aumenta la tensione.

Ai bambini più piccoli può essere insegnato a respirare profondamente soffiando bolle di sapone (vedi avanti) oppure essi possono essere incoraggiati a buttare fuori la paura e il dolore. Si può ad esempio suggerire al bambino di soffiare via il proprio dolore attraverso una nuvola rossa, fingendo di vedere la nuvola di dolore che si materializza durante l'espirazione.

Insieme alla respirazione si può inoltre consigliare al bambino di rilassarsi, già dai

Le tecniche non farmacologiche sono utilizzate nel bambino per il controllo del dolore da procedura e dell'ansia e della paura che ne derivano. Lo scopo è quello di allontanare la mente del bambino dal momento di dolore e paura che sta vivendo, attraverso un processo di dissociazione mentale. Queste tecniche sfruttano le notevoli capacità immaginative dei bambini che, per loro natura, hanno dei confini mentali tra fantasia e realtà molto più fluidi e permeabili degli adulti



Gli studi hanno evidenziato che bisogna tenere conto delle variabili individuali: sarà la conoscenza di un dato bambino, il rapporto con lui e con i suoi genitori che ci saprà dire quale è la tecnica migliore in quello specifico momento. La respirazione ed il rilassamento, ad esempio, sono più indicati per bambini con capacità di concentrazione e di autocontrollo, mentre per bambini più vivaci ed estroversi sono più adatte le tecniche di distrazione

4-5 anni in poi. Il rilassamento consiste nell'invitare i bambini a rilasciare la muscolatura così da avere il corpo morbido e rilassato, come un "budino". Si può fare in maniera progressiva, partendo dalla muscolatura del collo, passando alle spalle, poi la pancia, fino alle braccia e alle gambe.

b) *Distrazione*. La distrazione è una potente tecnica non farmacologica di applicazione semplice e immediata che non richiede un precedente insegnamento e fornisce ottimi risultati. La distrazione prevede l'uso di oggetti quotidiani del bambino che, entrando nel contesto ospedaliero, catturano la sua attenzione allontanando la paura e l'ansia del dolore. Si possono usare libri tridimensionali, video, giochi (anche personali, portati da casa) in modo che il bambino sia impegnato mentalmente in attività a lui gradite. L'operatore può applicare in prima persona la distrazione o istruire i genitori affinché sostengano il figlio con questa modalità.

Una forma particolare di distrazione è il coinvolgimento, che consiste nel rendere partecipe il bambino durante la procedura dolorosa o paurosa. Per esempio per la rimozione del cerotto, manovra che i bambini spesso non gradiscono, si può suggerire al bambino di effettuarla lui stesso. In questo modo, oltre a distogliere l'attenzione dal dolore e dalla paura il bambino può controllare direttamente le sue sensazioni fisiche.

c) *Bolle di sapone*. Le bolle di sapone sono un potente strumento di distrazione e rilassamento soprattutto per i bambini in età prescolare, anche perché la maggior parte dei bambini conosce già questo gioco.

L'aspetto di distrazione si riferisce alla formazione delle bolle (numero, forma, colore) da cui il bambino può restare affascinato e catturato, seguendone il movimento nella stanza. L'aspetto rilassante si riferisce all'espirazione usata per produrle e soffiare.

d) *Visualizzazione*. Si tratta di una tecnica che utilizza l'immaginazione in modo che il bambino si concentri su un'immagine mentale di una esperienza piacevole anziché sul dolore.

Nella "visualizzazione" il bambino viene prima fatto rilassare, poi è guidato a immaginare una situazione e/o un luogo preferiti in cui vorrebbe trovarsi. È importante creare un'esperienza "multisensoriale" in cui si invita il bambino a utilizzare tutti e 5 i sensi nell'esplorazione del luogo preferito: si può chiedere se vede dei particolari, dei colori, se sente dei profumi, suoni o rumori, se riesce a toccare qualcosa o a sentire dei sapori. Concentrandosi sui particolari di ciò che ha immaginato, il bambino distoglie l'attenzione dall'angoscia, dalla paura e anche dal dolore da procedura. L'età per l'applicazione di questa tecnica va dai 5 anni in poi (Kuttner, 1991). Per utilizzarla il personale deve essere addestrato.

e) *Desensibilizzazione*. La desensibilizzazione è un processo in cui il bambino attraverso la concentrazione mentale riesce ad abbassare la sensibilità di una precisa zona corporea (ad es. la mano per l'incannulamento o la schiena per la puntura lombare). Un esempio di desensibilizzazione è la tecnica del "guanto magico" in cui si simula di calzare un guanto invisibile, massaggiando dolcemente la mano in cui verrà posizionato l'ago, in modo da desensibilizzarla dal dolore. Il bambino immaginando che l'infermiere stia mettendo il guanto e percependo l'effetto del massaggio alla mano percepirà una sorta di intorpidimento della mano che abbassa la sensibilità. Dopo avere effettuato il prelievo è importante togliere il "guanto magico" per far tornare la sensibilità della mano come prima. La tecnica del guanto magico può essere facilmente appresa dai curanti, da genitori e da volontari.

4. QUALE TECNICA PER QUALE BAMBINO?

Per scegliere quale tecnica usare si possono valutare le caratteristiche di personalità del bambino; la respirazione ed il rilassamento sono più indicati per bambini con

capacità di concentrazione e di autocontrollo. Invece bambini più vivaci ed estroversi sono più adatti per la distrazione. Un altro criterio di scelta è l'età: nella tabella seguente sono indicate le tecniche più adatte nelle diverse fasce di età. In generale gli studi hanno evidenziato che bisogna tenere conto di alcune variabili individuali: sarà la conoscenza di un dato bambino, il rapporto con lui e con i suoi genitori che ci saprà dire quale è la tecnica migliore in quello specifico momento.

Tabella 1. Le tecniche di controllo del dolore più adeguate per fasce di età

ETÀ	METODI
0-2 anni	Contatto fisico con il bambino: toccare, accarezzare, cullare. Ascoltare musica, giocattoli sopra la culla
2-4 anni	Giocare con pupazzi, raccontare storie, leggere libri, respirazione e bolle di sapone, guanto magico
4-6 anni	Respirazione, racconto di storie, gioco con pupazzi, parlare dei luoghi preferiti, guardare la televisione, guanto magico, visualizzazione, coinvolgimento
6-11 anni	Musica, respirazione, contare, parlare dei luoghi preferiti, guardare la TV, visualizzazione, gioco dell'interruttore
11-13 anni	Musica, respirazione, visualizzazione, gioco dell'interruttore

5. CONCLUSIONI

Il controllo del dolore del bambino appare essenziale durante la degenza ospedaliera, in particolare modo quando il piccolo paziente è soggetto a gravi malattie e ciò non solo per motivi di carattere etico, ma per garantire la migliore qualità di vita possibile all'interno di un percorso già di per sé difficoltoso e talvolta traumatizzante.

Il controllo del dolore è importante sia per diminuire il più possibile l'impatto psicologico della malattia, sia per migliorare l'adattamento alla cura e migliorare la compliance di bambino e genitori, ma anche soprattutto per prevenire eventuali complicanze psicopatologiche al termine della cura stessa. Pertanto il dolore non si configura più come un sintomo di malattia, ma va considerato alla stregua di una vera e propria malattia nella malattia.

Numerosi ed efficaci sono i metodi in nostro possesso per il trattamento del dolore in età pediatrica, ed è ormai largamente accettato un approccio multimodale che associa tecniche farmacologiche e non farmacologiche. Il trattamento del dolore del bambino, come abbiamo visto, coinvolge aspetti psicologici sia nella valutazione che nel suo trattamento.

Ma oggi il punto cruciale è la loro applicazione, in quanto persistono dubbi e pregiudizi che la rendono difficile o addirittura la bloccano, lasciando ancora che i bambini malati soffrano inutilmente.

NOTA

¹ Il termine "non farmacologiche" è stato criticato da autori statunitensi perché non ne definisce e chiarisce la specificità. In alternativa si può utilizzare l'espressione "tecniche psicosofiche" o "psicologiche" o la definizione più ampia di "tecniche di medicina complementare".

* SIMONA CAPELLI, Psicologa
Servizio Terapia del dolore- Azienda Ospedaliera Meyer, Firenze
Segretaria Sezione Toscana Società Italiana Psicologia Clinica e Psicoterapia

Il controllo del dolore è importante sia per diminuire il più possibile l'impatto psicologico della malattia, sia per migliorare l'adattamento alla cura e migliorare la compliance di bambino e genitori, sia infine per prevenire eventuali complicanze psicopatologiche al termine della cura stessa. Il dolore va considerato alla stregua di una vera e propria malattia nella malattia. Per il trattamento del dolore in età pediatrica è ormai largamente accettato un approccio multimodale.



BIBLIOGRAFIA

- Arndt KJ., Phil D., Hickey PR. (1987a). Pain and its effects in neonate and fetus. *N. Engl. J. Med.* 317, 1321-1329.
- Arndt KJ., Sippel WG., Kyneley-Green A. (1987b). Randomised trial on fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effect on the stress response. *Lancet* 10-162-66.
- Caprilli S., Robiglio A., Scollo Abeti M., Teodori C. (2004). Psychological interventions for pain in children and adolescents with cancer: a narrative review. *The suffering child*, 7, 2004.
- Caprilli S., Messeri A. (2004). Il dolore del bambino: aspetti clinici, psicologia e principali elementi di trattamento. In (a cura di) Gioffrè, D. Il dolore non necessario. Prospettive medico-sanitarie e culturali. Bollati Boringhieri, Torino, 77-103.
- Dalens B. (1993). Modificazione e dolore in Dalens B. Anestesia loco-regionale dalla nascita all'età adulta. Fogliozza ed. Milano.
- Grundy R., Howard R., Evans J. (1993). Practical management of pain in sibling disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 69, 255-9.
- Holm-Knudsen RJ., Carlin JB., McKenzie IM. (1996). Distress at induction of anaesthesia in children. A survey of incidence, associated factors and recovery characteristics. *Paed Anaesth*, 8, 383-392.
- Kain Z., Mayes L., O'Connor T., Cicchetti DV. (1996). Preoperative anxiety in children. Predictor and outcomes. *Arch. Pediatr Adolesc. Med.*, 150, 1238-45.
- Kotimäki LH., Rytönen PT., Mäkelä IK. (1997). Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow up of 552 children. *Anaesthesia*, 52, 970-976.
- Kutner L. (1991). Special Consideration for using Hypnosis with young children, in *Clinical Hypnosis for Children* Editors: Western, W & O'Grady D. Brunner/Mazel.
- Kutner L. (1998). *No Fears No Tears, Children with Cancer coping with pain 1985-1995. No Fears No Tears 23 years later* Canadian Cancer Society (trad. italiana a cura della Fondazione Livia Benini).
- Levine JD., Gordon NC. (1982). Pain in prelingual children and its evaluation by pain-induced vocalization. *Pain* 14-2 1485-93.
- Ljungman G., Kreuger A., Gordh T., Berg T., Sørensen S., Narinder R. (1996). Treatment of pain in pediatric oncology: a Swedish nationwide survey. *Pain*, 68, 385-394.
- Mocaffery M. & Beebe A. (1989). *Clinical manual for nursing practice* (Trad. it. e a cura di) Fondazione Livia Benini, Quaderno grande.
- McGrath J., Finley GA. (2000). *Pediatric Pain Letter* Vol. 4 No. 3. July.
- Olness K., Cohen D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Messeri A., Caprilli S., Busoni P. (2004). Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficacy of parents' presence. *Pediatric Anaesthesia*, 14, 551-556.
- Porter FL., Miller RH., Marshall RE. (1986). Neonatal pain cries, effects on circumcision on acoustic features and perceived urgency. *Childhood Development* 57, 790-802.
- Purcell-Jones G., Dornon J., Sumner E. (1987). The use of opioids in neonates. A retrospective study of 922 cases. *Anaesthesia*, 42, 1316-20.
- Stuber ML., Christakis DA., Houckamp B. (1996). Posttraumatic symptoms in childhood leukemia survivors and their parents. *Psychosomatics* 37, 254-261.
- Taddio A., Katz J., Iversich AL., Koren G. (1997). Effect on neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*, 349, 590-603.
- Zeltzer L., Kellerman J., Ellenberg L., Dash J., Rigler D. (1980). Psychological effects of illness in adolescence. Impact of illness in adolescence: curial issues and coping styles. *J. Pediatric*, 97, 132-8.
- Zeltzer LK. (1980). The adolescent with cancer, in Kellerman J. ed. *Psychological aspects of childhood cancer*, Springfield III, CC Thomas Publisher 70-90.

Pain in children: psychological treatment strategies

Pain is a very personal experience which can have serious psychological influences especially on a child, since it involves his whole family and their everyday life. Pain in children, even the best known types, has been underestimated for a long time, above all in newborns, who have never been addressed with specific treatments. Nevertheless, during the 90's the International Medical Committee has adopted different strategies of pain treatment, and much progress has been accomplished at this regard.

Nowadays there are many different methods of treating pain in the paediatric age: one of these is to combine pharmacological and non-pharmacological techniques with particular attention to the psychological support to the child and his family. Our attention is therefore focused on these various treatments.

Il ruolo della psicologia pediatrica nella malattia cronica

GIANNI BIONDI*

L'assistenza psicologica appare necessaria non solo nell'ospedale pediatrico. L'esperienza sin qui realizzata ha confermato come la psicologia clinica in genere, e la psicologia pediatrica in particolare, debbano avere un maggiore spazio operativo. L'attuale insufficiente presenza di psicologi strutturati negli ospedali italiani non è in grado di soddisfare l'aumento di richieste di sostegno psicologico che provengono dai pazienti e dai loro familiari né di dare la necessaria continuità all'intervento. I notevoli progressi della medicina consentono di fornire risposte terapeutiche sempre più importanti che ripropongono ancora una volta la differenziazione tra qualità dell'assistenza (erogata all'interno delle strutture sanitarie) e la qualità di vita che pretende una collaborazione interdisciplinare tra più servizi (intervento di rete)

Introduzione

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma istituì, nel 1981 tra i primi in Europa, il Servizio Psicosociale ritenendo importante l'apporto che la psicologia avrebbe potuto dare al miglioramento della qualità dell'assistenza (a quel tempo definita genericamente ed impropriamente *umanizzazione*), realizzando un progetto in stretta collaborazione e condivisione con le diverse realtà operative presenti (dai singoli reparti all'amministrazione).

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, già a quel tempo rappresentava una realtà clinica ed assistenziale importante per l'intero Centro-sud dell'Italia.

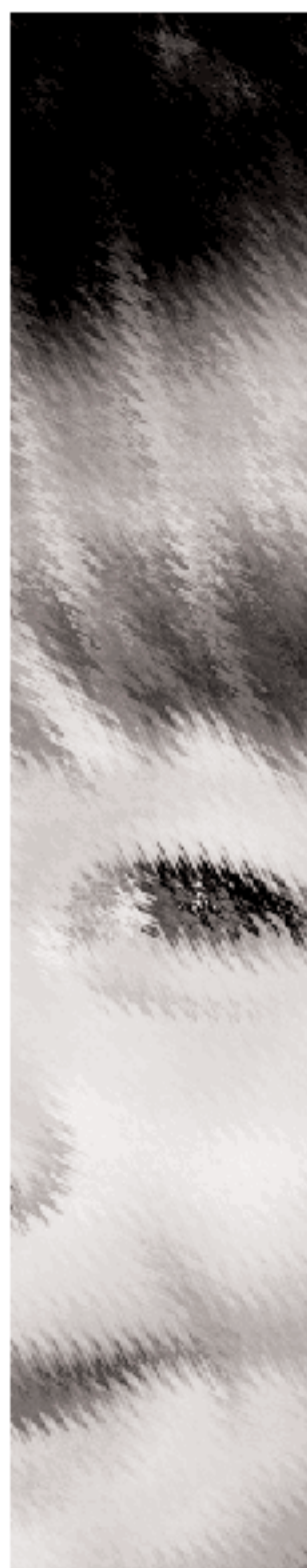
Nel 1985, in relazione ai ripetuti riconoscimenti scientifico-assistenziali, l'ospedale divenne un Istituto di ricerca a carattere scientifico. Tale conferimento ha dato un maggior impulso alla ricerca sia nell'area clinica che nell'area assistenziale: uno degli obiettivi primari ha riguardato, infatti, la stretta connessione tra la ricerca clinico-farmacologica e quella assistenziale.

In questi anni, l'Ospedale ha avuto uno sviluppo importante sia come numero di richieste sia per il livello di complessità degli interventi clinico-chirurgici che sono stati realizzati. (Tab.1)

Tab.1. Sintesi dell'attività riabilitativa per l'anno 2004

Numero degenze	34.1930
Numero interventi chirurgici	22.070
Numero Interventi DEA	54.765
Numero visite Ambulatorio	837.721
Numero DH	99.566
Numero Trapianti (*)	176

(*) Cuore; Cuore/polmone; Fegato; Midollo; Cornea



La necessaria mediazione dell'adulto, non di rado, è influenzata dalla tendenza a nascondere piuttosto che a informare. L'adulto (familiare ma anche medico o infermiere) tende, infatti, a proiettare la propria paura, che può derivare dal profondo significato di oltraggio e d'impegno emotivo che la malattia di un bambino, in quanto tale, determina in ognuno. Ne consegue che spesso si ricerchi nel silenzio e nella negazione la possibilità di nascondere e di nascondersi, privando il bambino della possibilità di evidenziare i suoi vissuti più profondi

Sin dall'inizio, obiettivo principale del Servizio è stato quello di contribuire, con la collaborazione dei colleghi, al miglioramento di un'assistenza in cui tra le necessità principali vi era quella di favorire una maggiore interdisciplinarietà, migliorando, per quanto possibile, la fluidità della comunicazione.

Non meno importante è stata la ricerca di modalità d'approccio che consentissero d'informare i bambini sin dalla comunicazione della diagnosi, seguendoli con continuità durante il loro itinerario clinico-chirurgico, aiutando e sostenendo i genitori. È stato altresì utile fornire ai colleghi alcune indicazioni di psicologia pediatrica che hanno consentito di rispondere in modo più adeguato ai bisogni dei bambini malati, riducendo gli effetti negativi di alcuni pregiudizi e comuni credenze relative all'atteggiamento degli adulti accanto ad un bambino malato (presenti anche in alcuni medici ed infermieri).

«La necessaria mediazione dell'adulto, non di rado, è influenzata dalla tendenza a nascondere piuttosto che a informare. L'adulto (familiare ma anche medico o infermiere) tende, infatti, a proiettare la propria paura, che può derivare dal profondo significato di oltraggio e d'impegno emotivo che la malattia di un bambino, in quanto tale, determina in ognuno. Ne consegue che spesso si ricerchi nel silenzio e nella negazione la possibilità di nascondere e di nascondersi, privando il bambino della possibilità di evidenziare i suoi vissuti più profondi. Il bambino è costretto a dover affrontare gli effetti delle sue paure ed emozioni che la negazione degli adulti coprono e *mettono sotto*, senza poter avere uno spazio per poterle rappresentare, manifestare, dare loro un *confine* che, per quanto fragile, possa assicurare e consentire l'attivazione di un personale processo di elaborazione della propria condizione di malato».

Negli ultimi venti anni si è osservata un'aumentata sensibilità verso le necessità del bambino malato: ancora alla fine degli anni '70, ad esempio, non era facile far comprendere l'importanza della presenza continua di un genitore accanto al figlio malato. Uno dei primi progetti che vide, infatti, l'allora Servizio Psicosociale maggiormente impegnato riguardò, anche grazie ad una fattiva e convinta collaborazione di diversi colleghi, la presenza di un genitore accanto al bambino malato nell'arco delle 24 ore.

Una non sufficiente considerazione da parte degli adulti (per ignoranza e/o per pregiudizi) dei principali bisogni, necessità, diritti del bambino malato ed ospedalizzato, accresce in lui non solo la percezione della sua sofferenza fisica e psicologica, ma anche un senso di solitudine ed incomprensione.

Tale scarsa considerazione può determinare delle conseguenze che, pur non sempre facilmente individuabili e valutabili, possono causare una profonda sofferenza per il bambino anche a distanza di tempo.

McPhilips ha osservato che un campione di 29.466 neonati ricoverati in ospedale nei primi tre mesi di vita per una qualunque ragione aveva il 50% di probabilità di avere successivamente un serio danno nello sviluppo se paragonati con 29.750 neonati sani, anche se in situazioni di rischio. Egli raccomanda la realizzazione di programmi di prevenzione che sostengano i genitori dei neonati ricoverati nei primi novanta giorni di vita.

A secondo dell'età, il bambino può essere in grado di percepire, intuire, comprendere cosa gli stia accadendo anche in relazione al modo con il quale gli adulti (genitori, medici, infermieri) lo aiutano a collocarsi all'interno di un percorso terapeutico teso a guarirlo o a consentirgli la migliore qualità di vita possibile.

Si tenga conto che solo da pochi anni si è realizzata, sulla scorta di quanto indicato nella Convenzione dei diritti dell'infanzia, una Carta dei diritti dei bambini malati.

Il Servizio di Psicologia pediatrica

Le principali aree d'intervento del Servizio di Psicologia pediatrica possono essere sintetizzate in:

- a) Ambulatorio.
- b) *Day Hospital* (con una specificità per le malattie croniche).

Vi vengono svolti interventi mirati alla:

- a. valutazione dello sviluppo psicologico (Anche attraverso la somministrazione di strumenti psicodiagnostici);
 - b. prevenzione;
 - c. programmi d'intervento precoce;
 - d. terapie.
- c) *Attività di sostegno* nei Reparti di degenza.
Viene prioritariamente svolta attività di sostegno psicologico indirizzata ai:
- a. bambini;
 - b. genitori;
 - c. staff (medico ed infermieristico).
- d) *Attività di formazione* che si realizza attraverso collaborazioni con alcune università ed istituti scientifici e con seminari e *workshop* destinati a:
- a. psicologi;
 - b. medici;
 - c. infermieri;
 - d. volontari.
- e) *Attività scientifica* attraverso la realizzazione e collaborazione a ricerche, progetti, etc.

Efficacia, efficienza, appropriatezza dell'intervento psicologico

In una Sanità che ricerca delle nuove modalità di valutazione del proprio intervento, il *criterio di efficienza e di efficacia* è divenuto un parametro sempre più importante anche se, negli ultimi tempi, vi è il fondato rischio di una sopravvalutazione di tali criteri a discapito di altri elementi di studio ugualmente importanti.

Per un Servizio di psicologia la valutazione del livello d'efficacia ed efficienza dell'intervento appare piuttosto complesso ed i numerosi tentativi sin qui realizzati presentano ancora un'attuazione complicata e spesso macchinosa.

A tutt'oggi la valutazione dell'organizzazione e degli interventi erogati da un Servizio di Psicologia in ospedale, è spesso realizzata in modo autonomo ed originale ma, proprio per questo, difficilmente confrontabile. In altre parole, la mancanza di linee guida in grado di valutare la qualità oltre che la quantità del lavoro che viene svolto all'interno di un Servizio, non consente di monitorare gli interventi rendendo i dati raffrontabili e permettendo di individuare in modo più oggettivo le aree in cui l'intervento è meno esaustivo.

La partecipazione e l'ascolto degli utenti devono essere quindi riconosciuti come bisogni e valori che vanno rispettati per raggiungere un'adeguata gestione dell'organizzazione sanitaria.

Va inoltre considerato che se da un lato vi è la necessità di una valutazione del gradimento, dell'utilità e della soddisfazione dell'utente rispetto alla proposta terapeutica non è meno importante il livello di qualità riconosciuto dalle istituzioni che, a vario titolo, interagiscono con la struttura stessa.

In quest'ottica, si sono ricercati dei parametri che consentissero di meglio individuare per qualità e quantità il lavoro che veniva svolto all'interno del Servizio. In sintesi vengono indicati alcuni termini di valutazione che, nel corso degli anni, sono risultati particolarmente utili per una valutazione interna del lavoro.

Per l'*attività ambulatoriale* sono stati considerati i seguenti fattori di valutazione:

- Gli *abbandoni* analizzati sia in relazione al loro numero che alla loro complessità;
- I *tempi* intendendo il tempo intercorso tra la richiesta di valutazione psicologica e la risposta diagnostica;
- La *valutazione quantitativa* al fine di valutare sia il valore economico degli interventi che di omogeneizzare l'impegno di tutti gli operatori, anche in relazione ai carichi di lavoro;
- I *Case reports* come possibilità di riflessione e di analisi dei percorsi proposti e del loro livello di efficacia

Per l'*intervento nei Reparti* sono stati considerati:

La valutazione dell'organizzazione e degli interventi erogati da un Servizio di Psicologia in ospedale, è spesso realizzata in modo autonomo ed originale ma, proprio per questo, difficilmente confrontabile. In altre parole, la mancanza di linee guida in grado di valutare la qualità oltre che la quantità del lavoro che viene svolto all'interno di un Servizio, non consente di monitorare gli interventi rendendo i dati raffrontabili e permettendo di individuare in modo più oggettivo le aree in cui l'intervento è meno esaustivo



- *Il lavoro interdisciplinare*, intendendo la valutazione del livello di realizzazione del processo di collaborazione e delle difficoltà incontrate (per la tipologia, la frequenza, l'organizzazione, ecc.);
- *I tempi*, non solo per la rapidità di risposta ma la capacità di offrire una reale continuità al trattamento;
- *La compliance*, come la capacità di instaurare con il bambino/adolescente un rapporto che lo rassicuri, lo motivi a collaborare e rispettare le terapie;
- *L'applicabilità del protocollo*, intendendo la valutazione, in funzione delle risorse, dell'organizzazione e della complessità nella realizzazione dei protocolli, valutandone interdisciplinamente il livello di efficacia ed efficienza;
- *Gli eventi sentinella*, come individuazione di alcune situazioni che, per la loro complessità e particolarità, possono più di altre favorire una riflessione sulle difficoltà di trattamento, gli eventuali errori di valutazione e d'intervento compiuti, sull'effetto negativo di alcune dinamiche comunicazionali intra ed extra gruppo.

Uno dei rischi che si possono incontrare in questo tipo di valutazione è di non avere un equilibrio tra i fattori d'analisi dell'intervento realizzato ed i fattori che possono risultare d'ostacolo all'intervento stesso.

L'esperienza di questi ultimi venti anni ha fatto emergere i seguenti elementi d'ostacolo non sempre superabili:

- *Gli spazi*: in generale la situazione logistica è uno dei problemi più pressanti e di una non facile soluzione, specie per alcuni ospedali di più antica costruzione. A tale penuria di spazi a disposizione si sovrappone la necessità di un luogo privato essenziale per realizzare un colloquio psicologico che spesso è permeato da una forte componente di sofferenza e motiva;
- *Le risorse*: in una generale tendenza a tagliare i costi della sanità vi è il rischio che l'intervento psicologico venga valutato come un intervento non così necessario: per la specificità dell'intervento non può, infatti, rispondere con una produttività che, per il numero delle prestazioni, sia in grado di coprire le spese;
- *La continuità*: l'organizzazione ospedaliera ha dei ritmi che non sempre consentono di poter mantenere quella continuità così necessaria;
- *Il referente*: uno degli aspetti che si collega al principio della continuità dell'intervento psicologico è la possibilità, per il piccolo paziente e per la sua famiglia, di poter avere sempre lo stesso referente con il quale condividere l'itinerario terapeutico che, non di rado, si prolunga nel tempo. In termini di organizzazione un tale principio si mostra difficile da rispettare specialmente quando il numero degli operatori è insufficiente in relazione alle richieste; resta comunque un criterio d'intervento da privilegiare;
- *Il progetto*: uno dei rischi che molti Centri hanno incontrato riguarda la tendenza a mantenere il proprio progetto nel tempo, rassicurati dalla sua buona capacità di risposta. In questi casi, con tempi diversi, il progetto può divenire una "gabbia" dove la routine blocca la flessibilità ed obbliga il paziente a adattarsi sempre più alle regole non sempre coerenti del sistema, riducendo la capacità del gruppo di crescere e modificare il proprio progetto d'intervento. Il progetto, infatti, va visto come un processo dinamico bisognoso di costanti verifiche;
- *La valutazione quantitativa*: l'attuale applicazione del sistema di valutazione dei DRG's rischia di privilegiare eccessivamente l'aspetto quantitativo a discapito di quello qualitativo;
- *La standardizzazione*: pur convinti della validità di quanto sopra accennato si ritiene necessario ed improrogabile l'individuazione di parametri di valutazione dell'intervento psicologico standardizzati, verificabili e modificabili nel tempo;
- *La condivisione dell'approccio psicologico*: uno degli aspetti che appare ancora non sufficientemente compreso riguarda la tendenza di alcuni medici a delegare allo psicologo l'emotività del paziente e della sua famiglia. In altre parole si opera una confusione tra le modalità di un approccio psicologico indispensabile alla relazione medico-bambino malato e quello relativo ad un intervento di psicologia clinica. Un adeguato approccio psicologico deve essere sempre una competenza presente in tutti gli operatori che a vario titolo agiscono accanto al bam-

bino ed ai genitori. Il trattamento psicologico resta, invece, una specifica competenza dello psicologo pediatrico.

Altro aspetto che pretende una riflessione, riguarda il livello di appropriatezza dell'intervento psicologico in ospedale. Anche per questo argomento si indicano alcuni dei fattori che si sono osservati con maggiore frequenza nell'esperienza sin qui realizzata, quali:

- *La definizione del contratto terapeutico:* è sempre opportuno tenere presente che la richiesta di un intervento dello psicologo avviene a seguito di un ricovero in ospedale. È apparso importante definire e condividere con i bambini o gli adolescenti e le famiglie le ragioni, gli obiettivi, la proposta di sostegno psicologico che verrà attuato. Tale chiarezza operativa è risultata importante anche per i colleghi medici e chirurghi (oltre che per il personale infermieristico) che hanno avuto modo di conoscere e comprendere la ragione di certi interventi.
- *L'adeguatezza della proposta:* anche se non è questa la sede per affrontare in modo approfondito alcuni aspetti dell'intervento psicologico in ospedale, il passaggio dal counseling ad un trattamento psicoterapeutico necessita di una grande attenzione e chiarezza nei criteri utilizzati, riproponendo il tema dell'appropriatezza delle proposte terapeutiche.
- *La verifica nel gruppo:* la possibilità di avere dei momenti di riflessione comune appare necessaria al fine di poter avere l'opportunità di una condivisione riguardo gli obiettivi, le metodologie e le stesse modalità di verifica e valutazione.

L'attuale organizzazione proposta dal sistema sanitario sta inevitabilmente contraendo le opportunità per tali necessarie riunioni. Resta però il bisogno di poter realizzare tali incontri con una loro continuità, anche se con tempi e frequenze più ridotte.

La ricerca scientifica

Un altro degli aspetti che non può essere tralasciato riguarda le possibilità per un Servizio di Psicologia pediatrica di realizzare delle ricerche scientifiche. L'attuale situazione di difficoltà economica nazionale ed internazionale ha determinato una riduzione delle risorse finanziarie da assegnare alla ricerca scientifica, specie per quanto riguarda l'approccio umanistico.

L'attuale tendenza di molti Istituti scientifici a privilegiare l'erogazione di fondi per le ricerche a quei gruppi che hanno già raggiunto un *impact factors* di un certo rilievo, pone in grande difficoltà i Servizi di Psicologia. Si tenga conto che il numero di riviste di psicologia che posseggano un riconoscimento d'*impact factor* è molto ridotto.

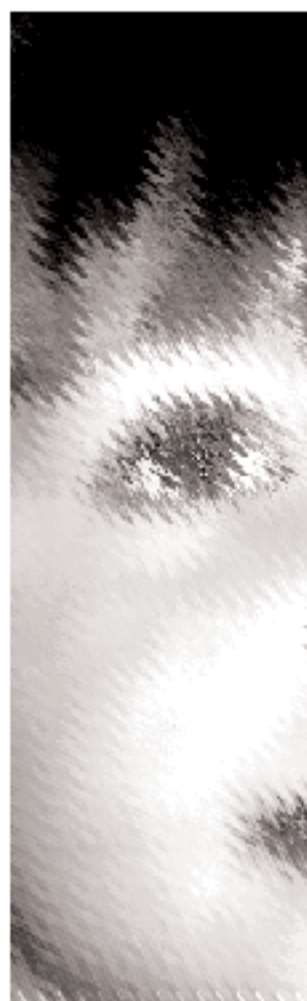
Quanto descritto determina un fenomeno piuttosto presente sul piano nazionale e che riguarda la realizzazione di ricerche scientifiche che vengono attuate con scarse risorse spesso avvalendosi di ricercatori volontari (spesso male o affatto retribuiti). Anche se quanto verrà affermato desterà qualche perplessità e possibili polemiche, va osservato che, non di rado, la metodologia di ricerca utilizzata e descritta nelle principali riviste anglosassoni è influenzata in modo rilevante dell'approccio medico-biologico che non sempre risulta essere il più idoneo per una ricerca in psicologia.

Conferma tale affermazione l'osservazione che molte ricerche descritte nelle riviste mostrano la presenza di una problematica psicologica (ansia, depressione, PTSD, ecc.) rilevata attraverso questionari e tests che consentono molteplici valutazioni statistiche, alcune anche molto raffinate, ma che non sempre applicano delle corrette metodologie.

Si osserva, infatti, la tendenza a privilegiare una valutazione prevalentemente quantitativa delle difficoltà psicologiche; meno frequente è l'esposizione di analisi e valutazioni sull'efficacia delle modalità d'intervento applicate.

Gli psicologi in grado di realizzare delle ricerche scientifiche sono ancora pochi; le università sembrano aver dato poco spazio a degli insegnamenti che permettessero ai futuri psicologi di realizzare delle ricerche di reale valore scientifico (sia per le metodologie applicate alla ricerca che per le valutazioni).

Le ricerche scientifiche vengono attuate con scarse risorse spesso avvalendosi di ricercatori volontari (spesso male o affatto retribuiti). Va osservato che, non di rado, la metodologia di ricerca utilizzata e descritta nelle principali riviste anglosassoni è influenzata in modo rilevante dell'approccio medico-biologico, che non sempre risulta essere il più idoneo per una ricerca in psicologia



È sempre più necessario un approccio alla malattia, soprattutto nel campo dell'infanzia, realmente olistico. La psicologia pediatrica, per sua natura, ha tra i suoi obiettivi più significativi la realizzazione di un intervento che veda coinvolti tutti coloro che sono accanto al bambino malato, al fine di aiutarlo ad elaborare le varie condizioni di sofferenza fisica e psicologica connesse al suo stato. È un impegno che va condiviso con i genitori e i colleghi, per ridurre il più possibile gli effetti della malattia sullo sviluppo dei bambini



È sufficiente riflettere sulle difficoltà ancora presenti per una collaborazione realmente paritetica tra Università e Centri di cura. Specialmente nel passato, si è osservata la tendenza dei ricercatori universitari a considerare l'ospedale come una base di raccolta dati, piuttosto che occasione per un coinvolgimento degli stessi colleghi ospedalieri nel progetto di ricerca.

Conclusione

L'assistenza psicologica appare necessaria non solo nell'ospedale pediatrico. L'esperienza sin qui realizzata ha confermato come la psicologia clinica in genere, e la psicologia pediatrica in particolare, debbano avere un maggiore spazio operativo. L'attuale insufficiente presenza di psicologi strutturati negli ospedali italiani non è in grado di soddisfare sia l'aumento di richieste di sostegno psicologico che provengono dai pazienti e dai loro familiari e sia di dare la necessaria continuità all'intervento.

I notevoli progressi della medicina consentono di fornire risposte terapeutiche sempre più importanti che ripropongono ancora una volta la differenziazione tra qualità dell'assistenza (erogata all'interno delle strutture sanitarie) e la qualità di vita che pretende una collaborazione interdisciplinare tra più servizi (intervento di rete). Questa necessaria collaborazione nasce dalla constatazione che l'uomo per avere una buona qualità di vita ha necessità di equilibrare fisico, psicologico e sociale. Non è così scontato che al recupero parziale o totale di un benessere fisico corrisponda un relativo benessere psicosociale. La malattia, in quanto tale, determina una serie di stati d'animo non sempre facilmente rilevabili che vanno dalla paura per il dolore, alla sensazione di una propria fragilità, ad un profondo senso della solitudine. La malattia può favorire un'intensa percezione d'instabilità psicologica che è rinforzata dal confronto con uno dei tabù più presenti nell'attuale società quale è la paura per la malattia, per il dolore fisico che, a loro volta, fanno riaffiorare le paure più intime connesse alla morte.

In conclusione, proprio perché la medicina compie continui e rilevanti progressi tecnico-scientifici, occorre prestare un'uguale attenzione al bisogno della persona malata di sentirsi accolta, ascoltata, accompagnata durante l'intero percorso clinico, sia esso un adulto o un bambino.

È sempre più necessario un approccio alla malattia, soprattutto nel campo dell'infanzia, realmente olistico. La psicologia pediatrica, per sua natura, ha come uno degli obiettivi più significativi la realizzazione di un intervento che veda coinvolti tutti coloro che, a vario titolo sono accanto al bambino malato, al fine di aiutarlo ad elaborare le varie condizioni di sofferenza fisica e psicologica connesse al suo stato.

È un impegno che va condiviso con i genitori e i colleghi, per ridurne il più possibile gli effetti della malattia sullo sviluppo dei bambini; questo consentirà di rafforzare il loro senso d'identità, di diminuire la percezione delle paure e della rabbia, potendo convertire in risorsa un momento così difficile della loro giovane vita.

* Direttore del Servizio Psicosociale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma. e-Mail: biondi@opbg.net

BIBLIOGRAFIA

- Biondi G., De Barieri C., Taberini P., (1990): *Il trapianto cardiaco in età pediatrica e neonatale: l'assistenza psicologica*, da: Marino B., Piccoli G.: *Il trapianto cardiaco autotopico*. Masson, Milano: 415-21.
- Biondi G. (1994): *Prevenzione dello stress nel personale sanitario*, in Melino C., Rubino S., Allocca A., Messineo A.: *L'ospedale. Igien, sicurezza e prevenzione*. Soc. Ed. Universo. Roma. : 712-18.
- Biondi G., (Edit) (1991): *Psicologia in ospedale/ Psychology in hospital*; Nuova Editrice Spada. Roma.
- Biondi G. (2001): *La ricerca biomedica di fronte al bambino*; Janus, 3: 55-62.
- Biondi G. (1991): *Rischio di abuso nel bambino con malattia cronica* in Montecchi F.: *Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso dell'infanzia*; Boringhieri, Roma: 91-101.
- Biondi G. (1993): *La qualità di vita nei bambini trapiantati*; in A. A. V. V.: *Qualità della vita del cardiopatico operato*. Fondazione Arturo Pinner Pintor. Torino: 94-98.
- Davis WB., Mooney D., Racusin R., Ford JD., Reischer A., McLugo GJ. (2000): "Predicting post-traumatic stress after capitalisation for pediatric injury". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. May; 39 (5): 576-83.
- Mc Philips H., Gallaher M., Koepsell T., (2001): *Children capitalised early and increased risk for future serious injury*. *Inj. Prev.* Jun; 7 (2): 150-4.
- Hoe PJ., Holen A., (2000): *Long term coping in childhood cancer survivors - influence of illness, treatment and demographic factors*. *Acta Paediatr.* Jan;89 (1): 105-11.
- Ralomba D., Cucchiari A., Manfredini S., Russo L., (1999): *L'informazione partecipativa per la preparazione del bambino all'intervento chirurgico: risultati preliminari*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*. A.3, n.3:365-84.
- Sluiter ML., Kazak AE., Meeske K., Barakat L., Guthrie D., Garnier H., Pynooos R., Meadows A. (1997): *Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors*. *Pediatrics* Dec; 100 (6): 958-64.
- Zelrad B., Zeltzer Lk., Whittton J., Mertens AC., Odom L., Berkow R., Robinson LL. (2002). "Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study". *Pediatrics*. Jul; 110 (1 Pt 1): 42-52.

Some considerations about the role of Paediatric Psychology in chronic disease

The paediatric hospital Bambino Gesù was one of the first to institute a psychological service, considering the importance of psychology in improving the assistance quality. One of the purposes of the psychological service consists in giving children the necessary information, in following them continuously during their clinical-surgical iter and giving support to their parents.

The main intervention areas of the psychosocial service are:

- Paediatric psychology for out-patients
- Support activities in wards
- Professional training
- Scientific research

All these activities help improve and maintain the psychological well-being of the patients in hospital and avoid high-risk situations linked to individual discomfort perception.

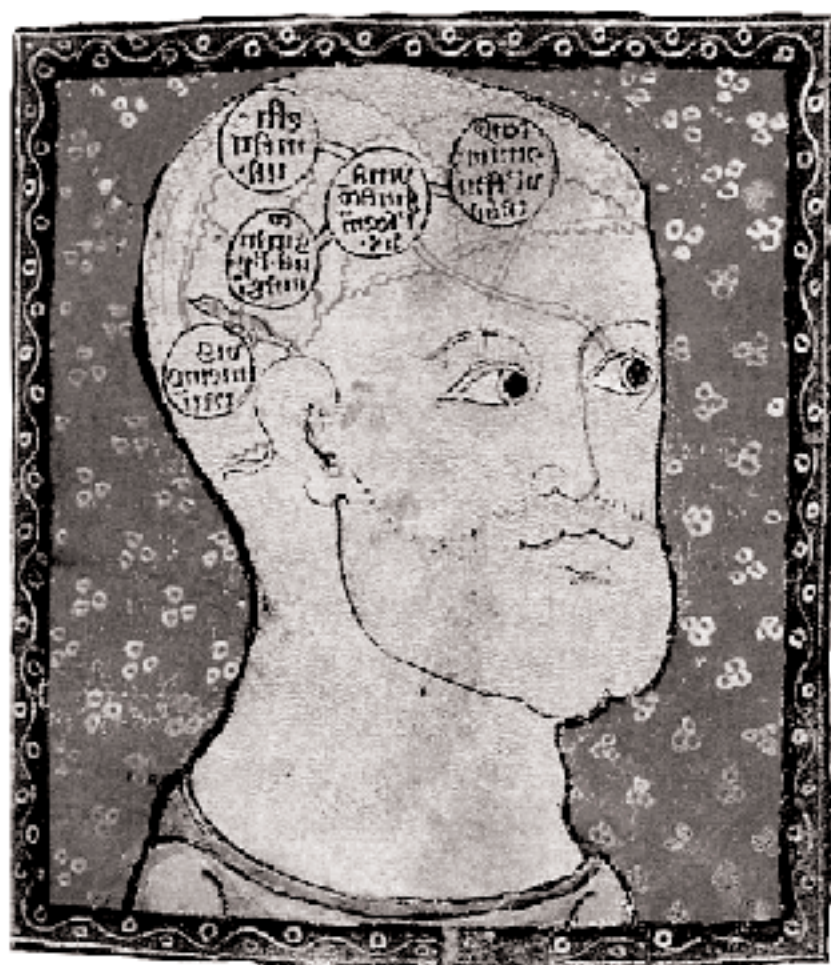
link 08 *società*

La diagnosi psicologica nel servizio sanitario nazionale e la certificazione psicologica per gli psicologi professionisti

FULVIO FRATI

La formazione psicologica degli operatori sanitari e la formazione psicologica specialistica in ambito oncologico

A. CARUSO, A. TRAMONTANA



La diagnosi psicologica nel servizio sanitario nazionale e la certificazione psicologica per gli psicologi professionisti

Recentemente una Collega dirigente del Servizio Distrettuale di Psicologia di una Azienda U.S.L. ha rivolto al proprio Ordine Regionale di appartenenza alcuni quesiti, relativi alla possibilità per gli Psicologi delle A.U.S.L. di certificare una diagnosi Psicologica e, in particolare, di certificare una diagnosi "codificata". Si riporta pertanto qui di seguito, considerato l'interesse che tali quesiti e le relative risposte possono suscitare anche in molti altri Colleghi che operano non solo nel Servizio pubblico ma anche al di fuori di esso, l'estratto della lettera di questa Collega al proprio Ordine Regionale e la relativa risposta ad essa fornita

FULVIO FRATI *

Il quesito rivolto

Si richiede un parere scritto in merito alla certificazione della diagnosi da inserire nei protocolli e procedure per gli Psicologi che operano nei Servizi di questa Azienda U.S.L.

Tale richiesta nasce dall'esigenza di informare i Colleghi del Servizio di Psicologia dell'Azienda e pubblicare tali note nell'Archivio di Psicologia dell'Azienda.

Si ricorda che nella stesura delle procedure relative alle visite psichiatriche e psicologiche individuate e approvate per il servizio di Igiene Mentale viene richiesta una diagnosi sul paziente da poter inserire all'interno del sistema informativo codificabile con DSM-IV o ICD-10.

Dalla riunione con i Colleghi sono stati posti i seguenti interrogativi:

- È possibile per gli Psicologi certificare?
- È possibile certificare una diagnosi codificata?

La risposta dell'ordine

Si rileva innanzitutto che il parere richiesto al riguardo verte, essenzialmente, sulla titolarità della potestà certificatrice e sulla individuazione dei soggetti legittimati a certificare.

Prima di affrontare nel merito la questione, nei limiti correlati all'esigenza di fare chiarezza sulla puntuale situazione del Servizio Distrettuale di Psicologia, giova premettere che la potestà certificatrice ha carattere sussidiario, nel senso che essa intanto esiste, è riconosciuta ed è esercitata in quanto, a monte, sono definite ed attribuite ex lege competenze e funzioni.

Tale potestà certificatrice spetta, come più avanti è evidenziato, alla pubblica amministrazione, ovvero ai soggetti ad essa equiparati. Quanto sollevato e sintetizzato nei due punti di domanda a conclusione della vostra richiesta - se cioè "per gli Psicologi" che operano per conto del Servizio sia "possibile certificare" e se sia "possibile certificare una diagnosi codificata" - richiede, prioritariamente, che sia definito il contesto entro cui il problema va correttamente collocato ed esaminato

I certificati possono essere distinti in due categorie: "propri" e "impropri".

I primi consistono in dichiarazioni di scienza relativi a fatti dei quali il titolare della potestà certificatrice ha diretta ed immediata conoscenza per ragioni d'ufficio, ed hanno lo scopo di "testificare" quanto risulta da registri, elenchi e da atti e documenti tenuti dalla Pubblica Amministrazione. Tali certificati determinano certezza legale "erga omnes".

I certificati "impropri", invece, risultano da un'attività di accertamento condotta da parte dell'ufficio pubblico competente di fatti obiettivi riscontrati a seguito di ispezioni, di esami o di indagini specifici

"ratione materiae" ed entro cui vanno ricercati principi, criteri e previsioni normative dai quali desumere le soluzioni appropriate e legittimamente fondate.

Il contesto di riferimento, alla luce dell'ordinamento positivo, risulta connotato:

- dalla natura di pubblica amministrazione della AUSL;
- dalla natura pubblica delle funzioni e dei compiti istituzionali che obbligatoriamente debbono essere svolti dalla AUSL e, quindi, dal Servizio Distrettuale di Psicologia, ai fini della tutela della salute;
- dalle specifiche competenze assegnate e riconosciute alla professione di Psicologo dall'art. 1 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, nonché dalle competenze di psicoterapeuta nei termini previsti dall'art. 3 della medesima legge;
- dai contenuti, contrattualmente stabiliti, del profilo professionale e della qualifica di appartenenza degli Psicologi che operano per conto dell'Azienda USL nell'ambito del Servizio Distrettuale di Psicologia;
- dall'esercizio della professione di Psicologo, professione regolamentata dalla citata legge, e dalla connessa titolarità a certificare le risultanze delle relative prestazioni;
- dall'obbligo del segreto professionale di cui agli artt. 622 c. p. e 200 c. p. p., confermato dall'art. 4 della legge 56/89.

Tutto ciò premesso, si può a questo punto precisare che i certificati possono essere distinti in due categorie. Una riguarda i certificati qualificati "propri" e l'altra gli "impropri".

I primi consistono in dichiarazioni di scienza relativi a fatti dei quali il titolare della potestà certificatrice ha diretta ed immediata conoscenza per ragioni d'ufficio, ed hanno lo scopo di "testificare" quanto risulta da registri, elenchi e da atti e documenti tenuti dalla P. A. (certificati anagrafici, certificati del casellario giudiziario, del catasto, etc.).

Tali certificati determinano certezza legale "erga omnes", su perabile soltanto attraverso una sentenza che dichiari la falsità del contenuto.

I certificati, invece, cosiddetti "impropri" hanno un contenuto diverso in quanto esso è la risultante di una attività di accertamento condotta da parte dell'ufficio pubblico competente di fatti obiettivi riscontrati a seguito di ispezioni, di esami o di indagini specifici, in conformità ai quali, ad esempio, per l'argomento che qui interessa, viene formulata una diagnosi, una terapia e quant'altro di pertinenza.

A tal proposito da taluni studiosi viene individuata anche la categoria dei certificati cosiddetti estimativi (certificati di sana e robusta costituzione, certificati di idoneità psichica e fisica ai fini del conseguimento di determinate licenze, ecc.).

Laddove vi è il diritto soggettivo ad esercitare la professione vi è strettamente congiunto il diritto a certificare il contenuto ed il risultato delle prestazioni effettuate.

Il legislatore non ha ancora provveduto ad aggiornare le varie disposizioni di legge sulla potestà certificatrice in ambito Psicologico di cui sono titolari gli Psicologi iscritti all'Albo professionale. Disposizioni che debbono essere interpretate in conformità ai criteri logico sistematici [art. 12 delle preleggi] per essere coerenti alla recente istituzione della professione di Psicologo e alla costituzione dell'Ordine professionale avvenuta nel 1994.

I certificati cosiddetti "impropri", ed anche quelli c. d. estimativi, in ragione del loro contenuto, non determinano alcuna certezza legale erga omnes, ma assolvono ad obiettivi ed a scopi strumentali che la legge stabilisce puntualmente ogni qual volta ritiene prevalente tutelare l'interesse generale.

In tale prospettiva, tali certificati sono destinati a conferire rilevanza giuridica ai fatti accertati.

Dall'insieme delle disposizioni di legge che disciplinano la materia si enucleano taluni principi, anche non scritti, secondo cui:

- la potestà certificatrice è propria delle pubbliche autorità ovvero dei soggetti riconosciuti equiparati;
- soltanto gli atti di certificazione da loro emessi hanno efficacia e producono determinati effetti giuridici;

- soltanto le amministrazioni, gli uffici ed i soggetti che svolgono pubbliche funzioni o che espletano attività di pubblico interesse sono legittimati a rilasciare certificati il cui contenuto non può che essere funzionalmente consequenziale all'attività espletata, in conformità alle competenze istituzionali.

C'è ancora da aggiungere che gli Psicologi, nell'esercitare la professione regolamentata dalla legge 56/89, svolgono attività di pubblico interesse e, pertanto, essi debbono essere annoverati tra i sopra citati soggetti equiparati.

L'esposizione fin qui svolta consente di tirare le fila per formulare la risposta al quesito sulla legittimità dello Psicologo a certificare quanto egli ha accertato nell'esercizio della professione e nel rispetto dei suoi doveri d'ufficio ("È possibile per gli Psicologi certificare?").

La risposta non può non essere affermativa, nel segno del riconoscimento in capo agli Psicologi del Servizio Distrettuale di Psicologia della potestà di certificare la diagnosi da essi elaborata in ambito Psicologico, nei termini di cui ai citati artt. 1 e 3 della legge 56/89.

Diverso orientamento risulterebbe "contra legem", perché verrebbe ad essere inflitto un vulnus ai diritti della professione di Psicologo ed al diritto di svolgere le mansioni del profilo professionale e della qualifica di appartenenza.

Per quanto concerne infine il secondo interrogativo ("È possibile, per gli Psicologi, certificare una diagnosi codificata?") la risposta è del pari affermativa.

La certificazione codificata non solo è possibile, ma costituisce un atto dovuto, nel rispetto delle norme che disciplinano le competenze delle professioni appartenenti al ruolo sanitario.

Le diagnosi psicologiche e le rispettive certificazioni degli Psicologi vanno eventualmente codificate congiuntamente ai certificati medici riguardanti le diagnosi delle patologie organiche qualora vengano riscontrate.

Diversamente si dovrebbe ipotizzare una sottrazione di competenze nei confronti degli Psicologi, ovvero una subaltermità degli Psicologi, scientificamente non accettabile.

In ambedue i casi si verrebbe a concretizzare fattispecie in cui possono ravvisarsi elementi di illegittimità.

Questa complessiva risposta al "secondo interrogativo" poco sopra riportato, peraltro, è applicabile a tutti gli Psicologi iscritti all'Albo e non solo a quelli operanti all'interno del Servizio Sanitario Pubblico. A tutti gli Psicologi professionisti, infatti, (indipendentemente dal fatto che siano essi dipendenti, convenzionati o liberi professionisti) è consentito emettere una diagnosi e ciò in virtù di quanto loro riconosciuto dall'articolo 1 della Legge 56/89 che, testualmente, afferma che "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito". È tuttavia evidente che la "diagnosi" che qui si riconosce come di competenza dello Psicologo deve essere necessariamente qualificabile come una "diagnosi psicologica" e non può ovviamente "sconfinare" in altri settori che di competenza dello Psicologo chiaramente non sono.

Inoltre una specifica attenzione in fase di certificazione diagnostica deve essere prestata da ogni Psicologo al fine di non incorrere nella violazione di norme che attribuiscono in via esclusiva specifiche competenze ad altre figure professionali, ad esempio prescrivendo un periodo di astensione dall'attività lavorativa o certificando uno stato di tossicodipendenza (facoltà che le attuali normative vigenti attribuiscono infatti, in via esclusiva, ai Medici). È invece di competenza dello Psicologo clinico, a maggior ragione se abilitato anche all'esercizio della Psicoterapia, qualunque diagnosi a carattere psicopatologico, eventualmente (come sopra si rilevava) anche con l'utilizzo dei codici del DSM-IV o dell'ICD-10, anche se ovviamente una "diagnosi psicologica" correttamente compiuta va ben oltre una semplice "codificazione nosografica" e deve invece estendersi alla rilevazione di tutte le principali problematiche, risorse e necessità del soggetto e dell'ambiente che lo circonda. Si

Gli psicologi possono certificare, nel segno del riconoscimento in capo agli Psicologi del Servizio Distrettuale di Psicologia della potestà di certificare la diagnosi da essi elaborata in ambito Psicologico, nei termini di cui ai citati artt. 1 e 3 della legge 56/89.

Diverso orientamento risulterebbe "contra legem", perché verrebbe ad essere inflitto un vulnus ai diritti della professione di Psicologo ed al diritto di svolgere le mansioni del profilo professionale e della qualifica di appartenenza

*La certificazione
codificata non solo è
possibile, ma
costituisce un atto
dovuto, nel rispetto
delle norme che
disciplinano le
competenze delle
professioni
appartenenti al ruolo
sanitario*

rammenta infatti, con specifico riferimento alla figura dello Psicologo -Psicoterapeuta, che l'art. 3 della legge 56/89 equipara di fatto lo Psicoterapeuta medico a quello non medico per tutti i tipi di attività, eccezion fatta (comma 2) per "ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica" tra i quali rientrano ovviamente, oltre ai due tipi di intervento documentale già poco sopra citati (cioè appunto la prescrizione di un periodo di astensione dall'attività lavorativa o la certificazione di uno stato di tossicodipendenza), anche competenze di ancor più chiara esclusività degli Iscritti all'Ordine dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri quali ad esempio l'effettuazione sulle persone di interventi di tipo cosiddetto "invasivo" (operazioni chirurgiche, incisioni, iniezioni endovenose ecc.) o la somministrazione di qualunque tipo di farmaco.

Per tornare invece a questioni riguardanti specificatamente l'attività professionale dello Psicologo, vorrei sottolineare come mi siano state in svariate occasioni rivolte dai Colleghi domande relative all'obbligo o meno di consegna ai pazienti, o ad altri Comittenti che ne fanno richiesta, dei protocolli originali dei test psicologici effettuati e come tali domande di chiarimenti si siano, in questi ultimi tempi, particolarmente intensificate anche alla luce dei vari provvedimenti legislativi in materia di tutela della privacy. Ritengo opportuno, pertanto, portare a conoscenza di tutti i Colleghi di alcuni elementi che possono, probabilmente, rivestire al riguardo un interesse di carattere generale, tale da giustificare perciò la pubblicazione in questa sede.

Innanzitutto, occorre al riguardo ricordare ciò che affermano su questo problema gli articoli 15, 16, 17, 21 e 25 del nostro Codice Deontologico.

Articolo 15

"Nel caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, lo Psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione."

Articolo 16

"Lo Psicologo redige le comunicazioni scientifiche, ancorché indirizzate ad un pubblico di professionisti tenuti al segreto professionale, in modo da salvaguardare in ogni caso l'anonimato del destinatario della prestazione."

Articolo 17

"La segretezza delle comunicazioni deve essere protetta anche attraverso la custodia e il controllo di appunti, note, scritti o registrazioni di qualsiasi genere e sotto qualsiasi forma, che riguardino il rapporto professionale. Tale documentazione deve essere conservata per almeno i cinque anni successivi alla conclusione del rapporto professionale, fatto salvo quanto previsto da norme specifiche."

Lo Psicologo deve provvedere perché, in caso di sua morte o di suo impedimento, tale protezione sia affidata ad un collega ovvero all'Ordine Professionale."

Lo Psicologo che collabora alla costituzione ed all'uso di sistemi di documentazione si adopera per la realizzazione di garanzie di tutela dei soggetti interessati."

Articolo 21

"Lo Psicologo, a salvaguardia dell'utenza e della professione, è tenuto a non insegnare l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento riservati alla professione di Psicologo, a soggetti estranei alla professione stessa, anche qualora insegni a tali soggetti discipline Psicologiche."

È fatto salvo l'insegnamento agli studenti del corso di laurea in Psicologia, ai tirocinanti, ed agli specializzandi in materie Psicologiche."

Articolo 25

"Lo Psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone."

Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio."

Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo Psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela Psicologica dei soggetti."

Dall'esame complessivo di tali articoli emergono chiaramente due indicazioni generali:

1. L'uso dei tests psicologici, inteso come "possibilità di utilizzarli mediante la loro somministrazione e/o interpretazione", è assolutamente riservato agli Psicologi o, per quanto riguarda i test clinici, alle poche altre figure professionali abilitate (ad es. psichiatri, neurologi ecc.);
2. L'uso delle informazioni fornite dai test psicologici, e quindi la comunicazione dei loro esiti, è, per quanto in parte estendibile anche ad altre figure professionali direttamente interessate, comunque limitato al minimo strettamente ritenuto di volta in volta necessario dallo stesso Psicologo che ha direttamente somministrato tali test.

A tali vincoli nell'uso dei test e delle informazioni da essi ricavate imposte dal codice deontologico si aggiungono, tuttavia, altri vincoli (in alcuni casi ancora più "limitanti") imposti dalle stesse Case Editrici che ne curano la stampa e la diffusione nel nostro Paese.

Ad esempio, la casa editrice Organizzazioni Speciali (O.S.) di Firenze, sicuramente una delle maggiori in Italia in questo specifico settore, vincola ogni utilizzatore dei test da essa pubblicati alla sottoscrizione di uno specifico "modulo di registrazione" comportante tutta una serie di precisi limiti ed assunzioni di responsabilità. Riportiamo perciò, qui di seguito, una significativa parte del testo di tale modulo, che deve essere sottoscritto da ogni professionista al momento in cui egli provvede per la prima volta all'acquisto di qualunque strumento Psicologico prodotto dall'O.S.:

Modulo di registrazione degli utenti O.S. 2001

"Per l'uso dei materiali O.S., acquistati presso di Voi, ci impegnamo a rispettare le condizioni che seguono.

- 1) L'utilizzazione dei materiali deve essere condizionata a principi di riservatezza e il loro uso legato alle norme contenute nei manuali che li corredano. In nessun caso serviranno come strumento di conversazioni, di conferenze, di pubblicazioni divulgative, ecc.
- 2) I materiali saranno conservati in modo da impedire l'accesso a persone non autorizzate perché non qualificate.
- 3) I materiali non verranno rivenduti né prestati a qualsiasi organizzazione o individuo senza il consenso delle O.S. Organizzazioni Speciali, consenso che deve essere richiesto in precedenza.
- 4) Tutti i moduli dei test Psicologici una volta che siano usati e che abbiano servito allo scopo proposto verranno realmente distrutti.
- 5) Tutti i materiali O.S. sono protetti dalle norme vigenti sui diritti d'autore e quindi non riproducibili in alcun modo (fotocopiato, computer o altro mezzo) senza autorizzazione; in particolare, le griglie di correzione e le tabelle di valutazione non vengono vendute ma cedute in licenza d'uso e pertanto non possono essere trasferite ad altri od utilizzate in una forma differente da quella predisposta da O.S.

Abbiamo opportunamente valutato come queste condizioni siano state disposte al fine di tutelare la ricerca e prendiamo di conseguenza nota che (intendendo esemplificare e non limitare) ogni riproduzione anche parziale dei materiali O.S. o di loro singole parti (questionari, fogli di risposta, e/o di notazione, griglie, scale di valutazione, ecc.) eseguita con duplicatore, fotocopiatrice, computer o con ogni altro mezzo, è rigorosamente vietata in quanto costituirebbe violazione dei diritti d'autore. Di conseguenza, ove ci fosse utile usare parti o modificazioni dei test Psicologici vendutici, ve ne chiederemo autorizzazione riferendo alla Vostra favorevole predi-

L'uso dei test psicologici, inteso come "possibilità di utilizzarli mediante la loro somministrazione e/o interpretazione", è assolutamente riservato agli Psicologi o, per quanto riguarda i test clinici, alle poche altre figure professionali abilitate. L'uso delle informazioni fornite dai test psicologici, e quindi la comunicazione dei loro esiti, è, per quanto in parte estendibile anche ad altre figure professionali direttamente interessate, comunque limitato al minimo strettamente ritenuto di volta in volta necessario dallo stesso Psicologo che ha direttamente somministrato tali test

*Anche per gli
Psicologi liberi
professionisti,
ovviamente, il rilascio
di un certificato che
sintetizzi il lavoro
psicologico effettuato
con un proprio
paziente è
sicuramente
consentito, sebbene
facendo sempre
attenzione a non
ignorare alcune
limitazioni
concernenti ciò che
per legge è
esplicitamente
affidato ad altre
categorie
professionali*

sposizione a queste concessioni quando siano dirette a consentire l'esecuzione di lavori sperimentali di rigorosa serietà scientifica. Qualunque autorizzazione comunque da Voi rilasciata deve essere portata e approvata in forma scritta".

Le sopra riportate clausole 1, 2 e 4 meritano di essere particolarmente evidenziate. La clausola uno sintetizza e ribadisce, con un'incisività per alcuni aspetti ancora maggiore, le indicazioni e le limitazioni relative all'uso delle informazioni provenienti dall'utilizzo dei tests presenti nei sopra riportati articoli 15, 16, 17 e 25 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Il significato della clausola due appare sostanzialmente sovrapponibile a quello ribadito dal sopra riportato articolo 21 del nostro Codice Deontologico.

Per quanto riguarda la clausola quattro, richiesta dalla O.S. agli acquirenti dei propri strumenti Psicologici, appare addirittura definitiva, risolutiva rispetto al problema evidenziato all'inizio del presente articolo. Il termine "realmente" in essa contenuto evidenzia infatti la necessità, al termine del loro uso, di una distruzione "fisica" dei moduli originali dei test O.S. utilizzati. Inoltre da quanto sopra emerso appare evidente che solo lo psicologo che li ha materialmente utilizzati può valutare il momento in cui tale distruzione deve essere effettivamente attuata.

Naturalmente le ultime considerazioni qui evidenziate si riferiscono specificatamente ai test Psicologici editi in Italia dalle Organizzazioni Speciali di Firenze che, pur essendo una tra le maggiori case editrici che nel nostro Paese pubblicano test Psicologici, non è certamente la sola. Come comportarsi, pertanto, qualora la domanda di consegna ai pazienti, o ad altri Committenti che ne fanno richiesta, dei protocolli originali dei test psicologici effettuati, riguardi reattivi che sono pubblicati in Italia da altre Case editrici?

A tal fine, a mio avviso, ci soccorre l'ultimo comma dell'art. 25 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, già sopra riportato, che testualmente afferma che "Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo Psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti". È infatti evidente che, invece, un esame diretto dei dati presenti nei protocolli originali dei test psicologici da parte dei singoli soggetti che a tali test si sono sottoposti esporrebbe sicuramente questi ultimi (a meno che essi non siano, ipotesi evidentemente assai "residuale" rispetto a quanto di norma generalmente accade, Psicologi regolarmente iscritti all'Albo e perciò abilitati all'esercizio della Professione) a pesanti rischi di interpretazione scorretta di tali dati, non avendo ovviamente essi le necessarie competenze tecniche per comprenderli correttamente e mettendo quindi direttamente a repentaglio la propria stessa serenità ed il proprio equilibrio interiori. Per tali motivi, almeno per quanto riguarda i test a carattere clinico - anche se essi non sono editi in Italia dall'O.S. e da altre Case Editrici che ne prevedano anch'esse la "materiale distruzione" alla fine del loro utilizzo da parte del Professionista - è evidente che lo Psicologo non debba di regola consegnare direttamente il proprio "materiale di lavoro" ai propri clienti, limitandosi invece a far pervenire loro una comunicazione adeguatamente "filtrata" sia che si tratti di una "restituzione" orale dell'esito di un test o di un processo psicodiagnostico sia che si tratti di una relazione o di una certificazione espresse in forma scritta.

Un'ultima riflessione in quest'ambito, a conclusione del presente capitolo, riguarda infine la possibilità di certificazione Psicologica da parte degli Psicologi liberi professionisti.

Anche per essi, ovviamente, il rilascio di un certificato che sintetizzi il lavoro psicologico effettuato con un proprio paziente è sicuramente consentito, sebbene facendo sempre attenzione a non ignorare alcune limitazioni concernenti ciò che per legge è esplicitamente affidato ad altre categorie professionali (ad esempio, come si è già detto, non certificando in prima persona una diagnosi di uso abituale di sostanze stupefacenti, che il D.M. 186/1990 definisce come una procedura di tipo "medico-legale", oppure non quantificando mai precisi "periodi di riposo" o addirittura di "astinenza da lavoro", che sono anch'essi esplicitamente definiti per Legge come compiti di esclusiva competenza degli esercenti la professione medica). Oltre

a ciò, comunque, è sempre opportuno anche per lo Psicologo libero professionista, in fase di redazione e di rilascio di una dichiarazione o un certificato di questo tipo (ma analoghe raccomandazioni sono comunque valide anche per gli Psicologi dipendenti che spesso sono anch'essi chiamati a produrre certificazioni o relazioni sui casi da essi seguiti), attenersi sempre ad alcuni importantissimi accorgimenti, al fine di tutelarsi rispetto ad un uso improprio che di tali relazioni, dichiarazioni o certificazioni possa essere eventualmente fatto dal soggetto o da terzi. Vediamo quindi di elencare almeno alcuni tra i principali di questi accorgimenti:

1. Utilizzare sempre carta intestata recante il nome, il cognome, la qualifica ed almeno l'indirizzo dello studio del Professionista, meglio se con anche specificato l'Ordine territoriale al quale si è iscritti ed il proprio numero di Repertorio (ad es.: Dott.ssa Maria Rossi, Psicologo - Psicoterapeuta, Studio: Piazza Duomo, 1 - 00100 Roma - Iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna con num. di Repertorio 1083).
2. Iniziare sempre la stesura di tale certificato con una frase che riprenda l'istituzione sopra citata e che giustifichi la legittimità di quanto successivamente espresso, quale ad esempio la seguente o analoga: "Io sottoscritta Dott.ssa Maria Rossi, Psicologo - Psicoterapeuta con Studio in Piazza Duomo, 1 a Roma, Iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna con num. di Repertorio 1083, dichiaro a mezzo della presente di aver seguito professionalmente la Sig.ra Lucia Bianchi, nata a Roma il 14 Settembre 1955, dal mese di settembre 2001 al mese di maggio 2003, al fine di...".
3. Di concordare sempre preventivamente, con il soggetto richiedente tale certificazione o relazione, l'utilizzo sostanziale che ne verrà fatto, anche al fine di redigere il testo in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 25 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi italiani (articolo già integralmente riportato nel presente capitolo).
4. Di non riferirsi mai, all'interno del testo di tale certificato o relazione, a prestazioni professionali eventualmente effettuate verso altre persone che non siano il soggetto al quale la relazione si riferisce, a meno che non se ne sia preventivamente ottenuto un esplicito "consenso informato" scritto. Tale rischio è particolarmente evidente ed insidioso, ad esempio, nel caso (tutt'altro che infrequente) in cui uno dei componenti di una coppia che abbia seguito insieme un percorso terapeutico o di sostegno richieda poi al professionista una certificazione inerente tale percorso, magari per presentarla poi in Tribunale durante una causa di separazione o di divorzio. Uno Psicologo che rediga una relazione su una terapia di coppia su richiesta di uno solo dei due componenti la coppia stessa, e poi gliela consegni, senza il preventivo permesso scritto dell'altro componente la coppia medesima incorre infatti non solo in grave conseguenze disciplinari, ma anche in gravi conseguenze penali per violazione sia della normativa sulla privacy che di quella sul segreto professionale.
5. Di non riferirsi mai, all'interno del testo di tale certificato o relazione, a caratteristiche psicologiche o psicopatologiche di altre persone che non siano il soggetto direttamente richiedente la certificazione stessa (eccezione fatta per una relazione su di un soggetto minore richiesta da chi legittimamente ne detiene la potestà genitoriale, su di un soggetto interdetto richiesta da chi legittimamente ne detiene la tutela o, infine, nel caso di una relazione richiesta da un Giudice di un Tribunale per il quale il professionista ricopre il ruolo di C.T.U.).
6. Di fondare le proprie valutazioni ed i propri giudizi professionali, all'interno del testo del certificato o della relazione che lo Psicologo rilascia e sulla base di quanto esplicitamente stabilito dall'art. 7 del C.D. vigente, solo sulla base di elementi "fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile" in possesso dello Psicologo stesso;
7. Di concludere sempre il certificato o la relazione che lo Psicologo rilascia con una frase del tipo "Si rilascia la presente certificazione, in carta libera, a richiesta e nelle mani dell'interessato, per tutti gli usi consentiti dalla Legge" o analoga (specificando di norma il nominativo della persona alla quale si rilascia

È sempre opportuno per lo Psicologo libero professionista, in fase di redazione e di rilascio di una dichiarazione o un certificato di questo tipo (ma analoghe raccomandazioni sono comunque valide anche per gli Psicologi dipendenti che spesso sono anch'essi chiamati a produrre certificazioni o relazioni sui casi da essi seguiti), attenersi sempre ad alcuni accorgimenti, al fine di tutelarsi rispetto ad un uso improprio che di tali relazioni, dichiarazioni o certificazioni possa essere eventualmente fatto dal soggetto o da terzi

- materialmente il certificato stesso se quest'ultima - ad esempio nei casi già citati di soggetti minorenni o interdetti - non corrisponde al soggetto al quale invece il testo della relazione o del certificato si riferisce direttamente);
8. Di apporre sempre in calce a tale relazione o certificazione la data della sua stesura, la propria firma autografa ed eventualmente anche il proprio timbro;
 9. Di redigere sempre tali certificati, dichiarazioni o relazioni, in copia almeno duplice, una delle quali rimarrà in possesso dello Psicologo dopo che lo stesso le avrà fatto apporre in calce, dalla persona alla quale materialmente consegnerà l'altra o le altre copie, la dicitura "Per ricevuta", la data di consegna e la firma autografa e leggibile della persona che ha ritirato l'altra o le altre copie;
 10. Di conservare nei propri archivi tale copia firmata "per ricevuta" in modo tale che non ne sia consentito l'accesso o la visione a terzi, sulla base di quanto previsto dalle vigenti norme penali e deontologiche, in questa sede già ripetutamente citate, in materia di privacy e di segreto professionale.

* Psicologo e psicoterapeuta, presidente dell'Ordine Psicologi dell'Emilia.

BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTI

Codice Deontologico degli Psicologi italiani
Dichiarazione universale dei diritti umani
Linee guida deontologiche per lo Psicologo forense
Carta di Noto - prima versione (1996)
Carta di Noto aggiornata (2002)
Dichiarazione di Lisbona
Brit Ethical Chart
Indicazioni etiche per le prestazioni psicologiche via Internet e a distanza
Dichiarazione universale dei diritti degli animali

TESTI

Ambrosiano, L., (1985). *La presa in carico*. In "Tossicodipendenze: contributi per un intervento terapeutico riabilitativo", "Notizie Sanità", Regione Lombardia, 7, 1985.

American Association of Suicidology, (1996). Report of the Committee on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. Suicide and Life-Threatening Behavior, 26 (Suppl.), 1-19.

Arieti, S. a cura di (1966). *Manuale di Psichiatria*. Torino, Boringhieri, 1970.

Baraldi, F., Demange, J.P., Jamieson, A., Mengde, J., Nord, A., Pastor, F.P., Prandi, F., Ratini, N., Silbermayr, E., Stocco, P., Thévoz, G., Covri, C., Nizzoli, U., (2001). *Etica e deontologia degli operatori delle tossicodipendenze*. "Personalità/Dipendenze", vol. 8 - Fascicolo II, Settembre 2002, Modena, Mulochi Editore.

Baraldi, F., Demange, J.P., Jamieson, A., Mengde, J., Nord, A., Pastor, F.P., Prandi, F., Ratini, N., Silbermayr, E., Stocco, P., Thévoz, G., Covri, C., Nizzoli, U., (2001). *Linee guida per il comportamento deontologicamente fondato dei professionisti delle tossicodipendenze*. "Personalità/Dipendenze", vol. 8 - Fascicolo II, Settembre 2002, Modena, Mulochi Editore.

Boldrini, F., (2001). *La comunicazione medico-paziente nel caso di diagnosi di neoplasia*. Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.10, Giugno 2001.

Borsellino, P., (1999). *Bioetica tra autonomia e diritto*. Zaig, Milano.

Calvi, E., e Gulotta, G., (1999). *Il codice deontologico degli psicologi italiani commentato articolo per articolo*. Milano, Giuffrè.

Calvi, E., (2000). *Etica e deontologia per lo psicologo e lo psico-terapeuta*. In C. Parmentola, *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel codice deontologico degli psicologi italiani*, Milano, Giuffrè.

Calvi, E., a cura di (2002). *Lo Psicologo al lavoro - Contesto professionale, casi e dilemmi, deontologia*, Milano, Franco Angeli.

Cariani, D., Esopi, E., Mascolo, P., Mora, F., Parisini, A., Pirri, P., e Tulli, F. (2001). *Linee guida di deontologia professionale nei percorsi di selezione e valutazione del personale*. In Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio n.3 del 2001, Roma, pagg. 16 - 27 (documento approvato dal Consiglio Regionale dell'Ordine degli Psicologi del Lazio in data 19 luglio 2001).

Carli, R., (1987). *Psicologia clinica*. Utet, Torino.

Carli, R., Parniccia, R. M., Lancia, F., (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Ciofi, R., Malignoni, S. e Tosi, M. (2002). *Manuale di diritto per Psicologi e operatori di area socio-psicopedagogica*. Milano, Ulrico Hoepli Editore.

Denes, G. & Pizzamiglio, L. (a cura di) (1995). *Manuale di Neuropsicologia*. Normalità e Patologia dei Processi Cognitivi, Bologna, Zanichelli.

Desiderio, M.T. (2000). *Etica e promozione della salute*. In Parmentola, C. (2000), *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani*, Milano, Giuffrè, 2000.

Di Giovanni, R. (2000). *I rapporti con l'utenza e la comunità: Etica, Deontologia ed Epistemologia*. In Parmentola, C. (2000). *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia*. Nel Codice Deontologico degli psicologi italiani, cit.

- Dudine, L. (1999) - Come opera lo Psicologo del lavoro e delle organizzazioni nella selezione, in : www.psiconline.it
- Resoli, M., Rossi Romano, D., Predolini, E. (2002). *Quando parlo con il mio medico con quanti parlo?* In www.dogabrescia.it
- E.F.P.A., Comitato Permanente Deontologia (2001). *Lo psicologo europeo nel lavoro: fuoriesce come testimone esperto. Raccomandazioni per una pratica etica*, in "La professione di Psicologo" n. 3/02, Aprile 2002.
- Fennel, P." Legal and ethical issues in mental health care of elderly patients" in The Organisation Of Care For Elderly People With Mental Health Problems, pp. 527-546
- Festini Cucco, W., Nosenzo, C., Saviane Knektin, L. (a cura di) (1987). *Psichone istituzioni*. Franco Angeli, Milano.
- Forza, A. (2000). *Opportunità del segreto professionale all'autorità giudiziaria in relazione a circostanze concepite dallo psicologo nell'ambito del proprio esercizio professionale*. Sulla Newsletter n° 3 (Ottobre - Dicembre 2000) dell'A.I.P.G. - Associazione Italiana di Psicologia Giuridica - e reperibile sul sito web della medesima Associazione: all'indirizzo web <http://www.aipgitalia.org/antonioforza.htm>
- Frati, F. (2001). *Il comportamento dello Psicologo nei casi di presunto abuso sessuale nei confronti di minori*. Sul n.9 di Gennaio 2001 del "Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia - Romagna", sul n. 3 di Aprile 2002 del Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi "La Professione di Psicologo" e sul n. 3 di Maggio 2002 di "AUPIT Notizie".
- Frati, F. (2002). *La deontologia come parametro di qualità nell'esercizio della professione di psicologo*. Sul n. 3 - Anno VII - Giugno 2002 del "Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna"
- Frith, C. D. (1995). *Neuropsicologia Cognitiva dalla Schizofrenia*. Milano, Raffaello Cortina Ed.
- Gius, E. & Zamperini, A. (1995). *Etica e psicologia*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Gius, E., Coin R. (1999). *I dilemmi dello psicoterapeuta: il soggetto tra norme e valori*. Milano, Cortina.
- Guerini, U. (2001). Prime osservazioni sulla legge n. 63/2001 di attuazione dell'art. 111 della Costituzione. Relazione presentata alla Giornata di studio promossa dalla Camera penale di Bologna in data 16 Marzo 2001
- Gualandri, F. (2002). *Misure minime di sicurezza sulla privacy per titolari di studio o di altre strutture lavorative*. Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.1, Gennaio 2002.
- ISTAT - "Italia in cifre 2001 - Una selezione di dati aggiornati sulla vita economica, sociale e culturale del Paese", reperibile all'indirizzo Web <http://www.istat.it/Annuital/Italia2001/index.html>
- Lattanzi - Licht, M., & Connor, S. (1995). *Care of the Dying: The Hospice Approach*. In H. Wess and R.A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the Facts*. Washington, D.C.: Taylor and Francis, 1995.
- Leardini, E. (2003). *Il segreto professionale nell'attività dello psicologo psicoterapeuta*. Riferimenti normativi e deontologici, in "Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia", n.3, luglio 2003.
- Madonna, G., Salerno, P. (1997). *Il primato dell'etica*. laveglio Editore.
- Madonna, G. (2003). *La psicoterapia attraverso Bateson*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Marcelli, D., Bracconier, A. (1989). *Psicopatologia dell'Adolescente*. Milano, Masson.
- Marterson, J. (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York, Wiley-Interscience.
- Marterson, J. (1981). *The Narcissistic and Borderline Disorders*. New York, Brunner/Mazel.
- McCarthy, R.A. & Warrington, E.K. (1992). *Neuropsicologia Cognitiva. Un'introduzione Clinica*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Mc Luhan, M. (1967). *Understanding Media*. McGraw Hill, New York, Trad. it. Gli strumenti del comunicare. Mass media e società moderna, Il Saggiatore, Milano, 1967
- Mc Luhan M. (1976). *La galassia Gutenberg. Nasce l'uomo tipografico*. Roma, Armando Editore.
- Mc Luhan M. (1998). *Media e nuova educazione. Il metodo della domanda nel villaggio globale*. Roma, Armando.
- Mc Luhan M. (1998). *La cultura come business. Il marò è il messaggio*. Roma, Armando.
- Miller, F. G., & Meier, D. E. (1998). *Voluntary death: A comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide*. *Annals of Internal Medicine*, pp. 128, 550-562.
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Aprile 2003.
- Nordini, E. (1997). *Psichiatria, Deontologia ed Etica Medica*. In Lo Psichiatra Italiano, Hippocrates Edizioni Medico-Scientifiche, Milano.
- Nordini, E. (1999). *Etica e psicoanalisi*. In www.psychomedia.it/pm/human/etica
- Nori, M. "Living will o Carta dell'Autodeterminazione: spunti di riflessione etica sulla validità di tale documento nella malattia di Alzheimer". In "Bioetica", pp. 54-56.
- Nizzoli, U. (1999). *Lo spazio di aiuto tra cliente/paziente e terapeuta: la relazione terapeutica con il tossicomane*. Quaderni di Veronica, Regione Emilia-Romagna, a. 8, n.1, nov.99, pp. 21-23.
- Nizzoli, U. (con Catellani C.) (2000). *Hasardes d'ogues, nouvelles pratiques pour les jeunes: recherche action de prévention et recherche intervention*. Cahier T3En. 6, col supporto dell'Unione Europea (2 lingue: francese, inglese), pp. 57-73 (lato A) e pp. 57-72 (lato B).
- Nizzoli, U. (2000). *La cura della tossicodipendenza. Percorsi di lavoro*, Regione Emilia-Romagna, pp. 35-44.
- Nizzoli, U. (con Corvi C. et al.), (2000). *Prevenzione, assessment, trattamento dei disturbi del comportamento alimentare presso il Sistema DCA dell'Azienda sanitaria di Reggio Emilia. Personalità/Dipendenza v.6, f.II, pp.77-98*.
- Nizzoli, U. (2001). *Has european instruments for treatment outcome research. Reliability of the Mundley Addiction Profile and Treatment Perceptions*. Questionnaires in Italy, Spain and Portugal, (con Marsden J., Torres M., Corbelli C., Margaron H., Prado de Castro I., Stewart D., Gossop M., in *European Addiction Research*, 2000, 6/3, pp 115-122, 2001.
- Nizzoli, U. (2001). *Dipendenza patologica e salute mentale. Un approccio integrato tra bisogni clinici ed organizzativi*. In Salute e prevenzione. la Rassegna delle tossicodipendenze, n. 28/01, F. Angeli ed. pp.75-90, 2001.
- Nizzoli, U. (con Colli C.) (2001). *Lotta all'esclusione: il coraggio di prendere in carico*. in P/D v.7 f. I pp 90-100, 2001.
- Nizzoli, U. (a cura di, con Bosi R.) (2001). *La cura delle persone con Aids*, Erickson, 2001.
- Nizzoli, U. (2002). *Formazione permanente degli Operatori della tossicodipendenza*. Linee-guida (con Alexia I., Margaron H., Silbermayer E., Spirinny D., Torres M.A., Corvi C.); in P/D v.8 f. II, pp. 190-212, 2002.
- Nizzoli, U. (2002). *Etica e deontologia degli Operatori della Tossicodipendenza*. Dal contratto con la Commis-



- Winnicott, D.W., (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma.
- Winnicott, D. W. (1974). *Gioco e realtà*. Armando, Roma.
- World Health Organization (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical Report Series 804. Geneva: Author.
- Zanzi, E. & Cavallero, P. (2000). *Zanzani e il farmaco: corpo e pensiero tra sofferenza e rimedio*. Psicologia Europea, n. 2, anno XII, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Zanzi, E. & Venturelli, A. (2002). *Psicologia dell'invecchiamento*. Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.1, Gennaio 2002.
- Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (1998). *Ethical Issues in Geriatric Psychology*. In *Mental Disorders in Older Adults: Fundamentals of Assessment and Treatment*, The Guilford Press, 1998, pp. 347-363.
- Zizzi, G. (2002). *Verso la fine della vita*. Cesena, Società Editrice Il Ponte Vecchio.
- Zuocconi, M. (2002). *Psicologia giuridica e deontologia: problemi e assistenza*. In Calvi, E., (a cura di), *Lo Psicologo al lavoro*, cit.

- sione Europea ed BRIT (con Baraldi F., Demange J.P., Jamieson A., Mengde J. Morel A., Pastor P., Prandi F., Rattini N., Silbermayer E., Stocco P., Thérès G., Covri C.); in idem c.s., pp. 213-224; 2002.
- Omnibus Budget Reconciliation Act - Public Law No. 101-508, §§ 4206, 4751 (codified in 42 U.S.C., 1395cc(f) [Medicare] and 1395a(w) [Medicaid]), 1990.
- Randolfi, A. M. (1987). *Gli interventi in Psicologia clinica in funzione dei bisogni dell'utente*. In Festini Cucco W., Nosengo C., Saviane Kanklin, L., (a cura di), cit., pp. 24-35.
- Rarmentola, C. (2000). *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani*, Milano, Giuffrè.
- Rarmentola, C. (2003). *Prendersi cura, il Soggetto psicologo e il "senso dell'Altro" tra clinica e sentimento*.
- Porti, G. L. (1973). *Compendio di criminologia*. Milano, Cortina.
- Reccosio, L. (2001). *Aspetti deontologici dell'intervento dello Psicologo in Psicologia giudiziaria*. Relazione presentata al Convegno "Psicologia e Giustizia: ruoli, funzioni, competenze dello Psicologo in campo giudiziario e penitenziario" organizzato dall'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia a Trieste il 17 febbraio 2001, reperibile sul sito web del medesimo Ordine all'indirizzo web www.psicologi.fvg.it
- Santosuosso, A. (1998). *Libertà di cura e libertà di terapia*. Il Pensiero Scientifico editore, Roma.
- Sardielli, G. & Fracaroli, F. (2002). *Le professioni dello Psicologo*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Sardielli, G. & Frati, F. (2002). *Le attività dello Psicologo nei diversi settori di intervento professionale: una prima ipotesi di repertorio delle attività professionali*. Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.1, Gennaio 2002.
- Sgarbetta, T. M. (1999). *Neuropsicologia Cognitiva dell'Invecchiamento*. Padova, Masson.
- Walsh, K.W. (1997). *Neuropsicologia Clinica*. Bologna, Il Mulino.
- Winnicott, D. W. (1956). *La psicoanalisi e il senso di colpa*. In *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando.

Psychological diagnosis in the National Sanitary Service and psychological certification for professional psychologists

This paper starts from a question that a colleague put to her Regional Register: is it possible for a psychologist to certify? Is it possible to certify a codified diagnosis?

The article reports the answer of the Register and studies carefully all the legal aspects linked to this problem and to the professional behaviour of psychologists in general (e.g. what to do with reports of psychological tests).

La formazione psicologica degli operatori sanitari e la formazione psicologica specialistica in ambito oncologico

A. CARUSO ^{*}, A. TRAMONTANA ^{*}

Le numerose implicazioni psicosociali della malattia oncologica hanno messo in evidenza l'importanza del prendersi cura del paziente oncologico, del considerarlo persona e non sintomo e la necessità di un lavoro in *équipe* integrata. Sono infatti numerose le figure professionali che, negli specifici ambiti di competenza, fanno parte del processo di cura. Dover condividere la sofferenza della malattia, senza un'adeguata formazione psicologica, può concorrere a determinare meccanismi di difesa e reazioni di fuga. In questo lavoro si evidenziano le differenze di obiettivi e tecniche tra la formazione psicologica degli operatori sanitari e la formazione psicologica specialistica in ambito oncologico

Introduzione

Il processo formativo è una variabile che può intervenire sui processi di cambiamento all'interno di ogni tipo di istituzione tanto che l'aggiornamento professionale è non solo un diritto per l'operatore, ma diventa oggi anche un dovere nel rispondere sia ai bisogni dell'utenza che a quelli dell'istituzione in cui è inserito.

Il termine formazione comprende in sé il concetto di apprendimento a più livelli, ovvero la trasmissione di conoscenze teoriche, ma anche l'apprendimento di capacità necessarie a modificare comportamenti stereotipati del professionista.

Negli ultimi anni è intervenuto un cambiamento nella cultura sanitaria che ha ampliato il concetto di curare e guarire il malato, sottolineando la necessità del prendersi cura di esso. La pratica medica non può più prescindere dagli aspetti psicologici e relazionali, la medicina stessa è in fondo una scienza relazionale poiché presuppone un'interazione tra chi cura e chi è curato. (Ruggiero, 2005).

Il riconoscimento dell'individualità del paziente e la consapevolezza di avere di fronte una persona e non un sintomo, introduce nelle istituzioni ospedaliere il concetto di "prendersi cura e accompagnare". Curare l'organo non basta più, comincia il processo di recupero di un approccio olistico al paziente che integri i suoi aspetti biologici e psicosociali, "allo scopo di favorire il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e per le loro famiglie", come recita il PSN 2003-2005.

Questo passaggio permette che emerga l'assoluta importanza di una formazione che tenga conto della relazione operatore sanitario-paziente. L'operatore, pur costretto ad affrontare continuamente la fatica psicofisica nel contatto con il malato e, immerso nei pressanti compiti di cura, non sempre è consapevole del disagio di non avere adeguati strumenti nella relazione con il paziente, con la famiglia e con i colleghi.

In realtà il disagio dell'operatore può influenzare negativamente la qualità dell'assistenza, facendo perdere al rapporto con il paziente quelle caratteristiche di incontro

Il riconoscimento dell'individualità del paziente e la consapevolezza di avere di fronte una persona e non un sintomo, introduce nelle istituzioni ospedaliere il concetto di "prendersi cura e accompagnare". Curare l'organo non basta più, comincia il processo di recupero di un approccio olistico al paziente che integri i suoi aspetti biologici e psicosociali



che sono indispensabili per trasformare un qualunque trattamento in un intervento terapeutico.

Nella cultura del prendersi cura è quindi di grande importanza sia il benessere del paziente, preso in carico come persona totale e non parcellizzata nelle malattie degli specifici organi, sia il benessere dell'operatore.

Tutti gli operatori, oltre a formarsi adeguatamente negli specifici ambiti di competenza, dovrebbero essere educati ad una cultura della relazione d'aiuto, per potersi accostare consapevolmente al paziente e permettere il suo adattamento ad una difficile situazione di crisi.

Gli psicologi, psicoterapeuti e psichiatri (psiconcologi) invece, oltre ad avere una formazione alla relazione d'aiuto, acquisiscono competenze psicologiche specialistiche in ambito oncologico.

Nell'ambito oncologico più che mai, la dimensione psicosociale svolge un ruolo fondamentale. La diagnosi ed i trattamenti del tumore sono eventi che precipitano sugli individui, rompono i loro equilibri personali e familiari, determinando situazioni di grave stress a livello somato-psichico.

"Il sostegno sociale rappresenta un elemento costitutivo del rapporto con il paziente oncologico e rientra nella responsabilità di ciascuna figura professionale entrare a far parte di questo processo" (Linee Guida SIPO, 1998).

Diventa necessaria una formazione permanente del personale sanitario dove fare formazione non si limita all'aggiornamento di nozioni teoriche, ma diventi capacità di rendere operative le conoscenze stesse per realizzare il passaggio dal sapere al saper fare, al saper essere. Infatti "il saper essere in relazione influenza il saper fare, ovvero gli aspetti comunicativi legati al gesto terapeutico ed entrambi influenzano il sapere, cioè le informazioni mediche di base" (Gadamer).

La formazione psicologica degli operatori sanitari in oncologia: la relazione d'aiuto

Comunicare in modo adeguato una diagnosi, accompagnare malato e familiari nell'evolversi della malattia oncologica, integrare fra loro le conoscenze e i vissuti dei membri dell'équipe interdisciplinare, sono tutti interventi che richiedono anche conoscenze psicologiche e capacità di gestire le relazioni, cui spesso il personale sanitario non è preparato.

La conoscenza dei fattori bio-psico-sociali del malato oncologico è essenziale agli operatori sanitari che fanno parte del processo di cura. A partire dalle modalità di comunicazione della diagnosi fino all'accompagnamento del paziente e dei familiari verso una guarigione o un'evoluzione negativa della patologia, una buona relazione operatore - paziente è un insostituibile strumento sia nel processo di adattamento alla malattia, sia nel miglioramento della qualità di vita del paziente. Una buona relazione con l'operatore, caratterizzata da abilità comunicative improntate su rispetto e comprensione empatica, può alleviare il vissuto della malattia e sostenere la crisi.

Per l'operatore che assiste il paziente oncologico un'adeguata capacità di comunicare e di sostenere una relazione di aiuto, non sono doti innate ma abilità che possono essere acquisite attraverso una specifica formazione.

L'incontro tra operatore e paziente dovrebbe essere un processo basato sull'utilizzo di molteplici contesti terapeutici in cui entrambi si assumono la responsabilità di quella relazione all'interno di una cornice collaborativa (Ruggiero, 2005). La relazione d'aiuto diventa tale quando l'operatore è in grado di costruire un percorso di cura con il paziente e la sua famiglia che contempli gli aspetti fisici del malessere insieme a quelli emozionali e interpersonali. Non esiste cura del corpo senza cura dell'anima.

Di fronte al paziente oncologico molti operatori si fanno travolgere dal dolore, si sentono sopraffatti dall'angoscia, cedono ai meccanismi di identificazione, altri fuggono e realizzano un gelido distacco per proteggersi da emozioni troppo dolorose. Entrambe queste modalità relazionali sono disfunzionali, impediscono un contatto sano e non sono di aiuto né al paziente, né all'operatore. È importante che nella relazione si crei una distanza "abitabile", un luogo in cui stiamo distanti da noi stessi per

poter ospitare l'altro, con il simultaneo movimento di presenza e assenza, affinché si crei quello spazio necessario per la condivisione di paure e speranze, di possibilità e di contatto autentico che permetterà al paziente di affidarsi alla cura.

La formazione psicologica degli operatori sanitari è una formazione alla relazione d'aiuto e si pone come obiettivo, da una parte, il proporre nuovi modelli relazionali e più efficaci modelli comunicativi con i pazienti e i familiari e, dall'altra, di favorire l'integrazione dell'operatore nel suo contesto lavorativo in vista di un'efficace lavoro di équipe.

Questa formazione deve trasmettere informazioni e conoscenze teoriche, ma deve permettere d'altro canto di approfondire, tramite l'elaborazione dei contenuti emotivi legati all'attività assistenziale, la consapevolezza di sé stessi e della propria emozionalità. L'aspetto principale di questo tipo di formazione è l'attenzione al proprio mondo interno, alla "risonanza emotiva" suscitata dalla relazione con l'altro. Diventare consapevole delle proprie emozioni e dei propri bisogni, facilita il riconoscimento dell'emozione e del bisogno dell'altro. La formazione alla relazione è in primis una formazione personale, fondata sull'addestramento a prestare attenzione al proprio mondo interno. È fondamentale saper riconoscere le proprie emozioni lasciandole emergere dallo sfondo, sapendole nominare e sapendo comprendere il loro significato personale e relazionale per trarne informazioni su ciò che accade a se stesso e all'altro.

Questo tipo di formazione richiede che l'operatore si metta in gioco in prima persona, che sia disposto a mettere in discussione il proprio comportamento, ad apprendere dall'esperienza in un percorso che è anche accettazione del proprio limite umano. L'operatore sanitario che lavora in oncologia è continuamente a contatto con la morte reale o fantasmatica dei propri pazienti e rinunciare alla propria onnipotenza nel tentativo di guarire l'altro, è spesso molto frustrante.

Nella formazione alla relazione gli operatori dovranno rinunciare all'idea di apprendere tecniche o regole certe. L'operatore è il vero strumento nella relazione e il lavoro sulle proprie capacità relazionali e di ascolto gli permetterà di essere flessibile, consapevole, empatico e capace di adeguare le proprie competenze ai bisogni del paziente.

In ogni ambito in cui l'operatore "si mette in gioco", la capacità di riflettere sulle proprie esperienze acquista una significativa valenza formativa.

Nella formazione alla relazione è di centrale interesse anche l'aspetto della formazione al lavoro in équipe integrata. Il prendersi cura del paziente prevede l'intervento di varie figure professionali le cui diverse competenze devono integrarsi per assicurare al malato un buon livello di assistenza. Il tema da affrontare, nell'ambito della formazione psicologica, è quello di sviluppare un terreno comune e condiviso di approccio al paziente, pur nel rispetto della propria specifica competenza e professionalità.

L'addestramento all'integrazione, utile per apprendere stili comunicativi differenti all'interno dell'équipe lavorativa, si propone come possibilità di superamento di quel disagio emotivo tipico delle professioni d'aiuto, che se non viene elaborato in un contesto formativo o in uno spazio di riunione con i propri colleghi, può divenire burnout e non consentire più relazioni sane con i propri pazienti. L'elaborazione delle dinamiche emotive che ciascun operatore sperimenta con il paziente o con altri membri dell'équipe migliora la qualità di vita dell'operatore e migliora la qualità dell'assistenza per il paziente.

In quest'ottica fare formazione psicologica non significa solo aumentare il bagaglio di nozioni teoriche degli operatori sanitari, ma anche apprendere abilità comunicative, alla relazione e al lavoro in équipe per la propria attività lavorativa.

La formazione psicologica specialistica in oncologia: l'intervento psicologico

L'intervento psicologico clinico in oncologia ha come principali destinatari il malato e la sua famiglia. Il focus dell'intervento è centrato sulla crisi, sull'accompagnamento del malato lungo tutto il decorso ed in particolare nei momenti destabilizzanti quali recidive, aggravamenti, cambi di terapia etc. Il lavoro dello psicooncologo mira soprattutto a

Nella formazione alla relazione gli operatori dovranno rinunciare all'idea di apprendere tecniche o regole certe. L'operatore è il vero strumento nella relazione e il lavoro sulle proprie capacità relazionali e di ascolto gli permetterà di essere flessibile, consapevole, empatico e capace di adeguare le proprie competenze ai bisogni del paziente.

In ogni ambito in cui l'operatore "si mette in gioco", la capacità di riflettere sulle proprie esperienze acquista una significativa valenza formativa



L'intervento psicologico clinico in ambito oncologico si pone come obiettivo quello di ridurre il più precocemente possibile il disagio psicologico, cercando di favorire reazioni di coping adattive al fine di incidere positivamente sulla qualità di vita del paziente. Accanto a un tipo di formazione psicologica che si rivolge a tutti gli operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico, si configura un altro tipo di intervento formativo: la formazione psicologica specialistica per psicologi, psicoterapeuti, psichiatri

contenere paure e ansie e supportare il paziente in tutte le fasi della malattia. L'intervento psicologico può rivolgersi anche alla famiglia per l'accompagnamento durante tutto l'iter clinico del paziente o per il processo di elaborazione del lutto.

L'intervento psicologico clinico in ambito oncologico si pone come obiettivo quello di ridurre il più precocemente possibile il disagio psicologico, cercando di favorire reazioni di coping adattive al fine di incidere positivamente sulla qualità di vita del paziente. Accanto a un tipo di formazione psicologica che si rivolge a tutti gli operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico, si configura un altro tipo di intervento formativo: la formazione psicologica specialistica per psicologi, psicoterapeuti, psichiatri.

L'intervento psicologico messo in atto dallo psicooncologo, dipende sia da variabili intrapsichiche proprie dell'individuo, quali la struttura di personalità, gli stili di coping e la fase del ciclo di vita, sia da variabili psicosociali quali la rete socio-familiare, sia da variabili legate alla malattia.

La formazione prende in considerazione l'apprendimento della valutazione psicologica del paziente e riguarda l'accompagnamento e il contenimento attraverso l'analisi dei bisogni. Approfondisce tematiche relative alle dinamiche familiari, poiché la famiglia rappresenta una risorsa importante sia per il paziente, sia per l'équipe. Un'adeguata formazione prevede anche conoscenze relative alla medicina oncologica poiché il tipo di patologia, gli effetti dei trattamenti e la fase della malattia possono essere incisivi rispetto al tipo di intervento che si propone.

Occorrono quindi conoscenze relative alla fisiologia e psicologia del dolore, alla psicologia oncologica quali tecniche di colloquio, conoscenza dei processi comunicativi, psicologia della salute e del ciclo vitale, analisi della domanda, counselling.

La formazione psicologica specialistica ha come obiettivo l'approfondimento di conoscenze in ambito psicooncologico e l'acquisizione di competenze tecnico-specialistiche che prevedono modelli operativi incidenti sul miglioramento della salute psicologica dei pazienti oncologici, dei loro familiari e nuovi modelli relazionali tra gli operatori; prevede un'elaborazione dei contenuti e motivi legati all'attività assistenziale; si propone di incrementare le capacità logiche, analitiche ed introspettive di ciascun psicooncologo, in relazione all'intervento psicologico e al lavoro di équipe; ha infine l'obiettivo di formare i formatori alla relazione d'aiuto e al supporto degli operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico.

Conclusioni

Il passaggio da un sistema basato sulla cura della malattia ad uno centrato sulla presa in carico globale della persona malata, presuppone che ogni operatore acquisisca le conoscenze psicologiche necessarie ad instaurare una buona relazione con il paziente, una relazione dove la persona malata possa sentirsi ascoltata e accolta, così da potersi affidare alle cure del singolo operatore sanitario e dell'équipe nel suo insieme. La formazione psicologica degli operatori è uno strumento fondamentale per promuovere l'umanizzazione delle cure.

Si profila per gli operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico un'idea di formazione intesa come processo complesso che tenga conto delle esigenze di cambiamento e di educazione permanente del professionista, delle necessità delle istituzioni di appartenenza e della soggettività di utenti sempre più informati.

Programmi di formazione alla relazione d'aiuto per operatori sanitari e programmi più specifici di formazione all'intervento psicologico che permettano la condivisione del carico emotivo e un approccio individualizzato al paziente, sono interventi formativi che possono preservare il personale sanitario dal burnout e possono produrre un miglioramento della qualità delle cure prestate.

Un percorso formativo psicologico degli operatori sanitari, per essere efficace, non si limita a mera trasmissione di informazioni teoriche ma si occupa anche dei cambiamenti nelle modalità comportamentali; favorisce l'aggiornamento tramite l'acquisizione di conoscenze teoriche; prende in considerazione gli aspetti emotivi della relazione operatore-paziente; richiede il coinvolgimento diretto dei partecipanti secondo metodologie interattive attraverso l'elaborazione dei vissuti perso-

nali di fronte al tema della malattia e della morte; propone una riflessione su sé stessi e sulle proprie motivazioni.

In conclusione, la formazione rivolta agli operatori sanitari e quella specialistica rivolta a psicologi, psicoterapeuti e psichiatri condividono un percorso che tiene conto dell'elaborazione dei contenuti emotivi legati all'attività assistenziale, ma i due interventi formativi si differenziano nell'acquisizione del tipo di conoscenze e competenze.

Nello specifico, la formazione psicologica degli operatori sanitari prevede l'acquisizione di conoscenze psicologiche, la formazione all'integrazione dell'équipe e ha anche lo scopo di creare un terreno comune, un linguaggio condiviso tra i professionisti dell'équipe per accogliere e accompagnare il paziente nel suo percorso di malattia.

La formazione specialistica rivolta a psicologi, psicoterapeuti e psichiatri, invece, si propone di approfondire le conoscenze e ampliare le competenze in ambito psico-oncologico e soprattutto di promuovere competenze tecniche in merito alle diverse modalità di intervento psicologico specialistico con il paziente, la coppia, i familiari e nuovi modelli relazionali tra gli operatori.

* Psicologa, Istituto per i Tumori Regina Elena, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1998). *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica in Psico-Oncologia*. Linee Guida della Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO), Ottobre 1998.
- Annunziata M.A., Donatori L. (2002). *L'intervento istituzionale*. In Psicooncologia, (a cura di) Bellari M.L., Morasso G., Amadori D., Onù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P., Masson, Milano, 2002.
- Annunziata M.A. (2004). *L'etica della relazione*. LINK - Rivista Scientifica di Psicologia, 5, 2004.
- Bellari M.L., Morasso G., Amadori D., Onù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P. (2002). *Psicooncologia*. Masson, Milano, 2002.
- Caruso A., Ravenna A.R., Tramontana A., Maggi G., Condoleo M.F., Arcidiacono S., Natali P., Squarcione S. (2001). *La formazione psicologica degli operatori: la proposta di un modello interdisciplinare*. Giornale Italiano di Psico-Oncologia, 1, 3: 12-16, 2001.
- Caruso A., Tramontana A., Ravenna A. R. (2002). *La formazione degli operatori in psico-oncologia*. In Formazione, Rivista di Psichiatria, Psicologia, Psicoterapia, 45:14-19, 2002.
- Caruso A., Condoleo M.F. (2003). *Un modello di intervento psicologico in ambito oncologico*. Assenza più acuta presenza, (a cura di) Grossi L., ed. Paoline, Milano, 2003.
- Caruso A., Bongiorno L. (2005). *La formazione alla relazione in ambito oncologico*. In la sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento (a cura di) G. Morasso, M. Tonamichel, Carocci, Roma, 2005.
- Gadamer H.G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Cortina, Milano, 1994.
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2003.
- Morasso G. (a cura di) (1998). *Gli attuali bisogni del malato. Assistenza in fase avanzata di malattia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.
- Ranti A. (200). *Gli aspetti istituzionali della formazione: crediti formativi, criteri di valutazione*. Arco di Giano - Rivista di Medical Humanities, 25: 68-69, 2000.
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Ministero della Salute.
- Rovatti P.A. (1994). *Abitare la distanza*. Feltrinelli, Milano, 1994.
- Ruggiero G. *Il counselling nel contesto sanitario*. In corso di pubblicazione.
- Quaglino GP., Carrocci GP. (1992). *Il processo di formazione*. Angeli, Milano.

Un percorso formativo psicologico degli operatori sanitari, per essere efficace, non si limita a mera trasmissione di informazioni teoriche ma si occupa anche dei cambiamenti nelle modalità comportamentali; favorisce l'aggiornamento tramite l'acquisizione di conoscenze teoriche; prende in considerazione gli aspetti emotivi della relazione operatore paziente; richiede il coinvolgimento diretto dei partecipanti secondo metodologie interattive attraverso l'elaborazione dei vissuti personali di fronte al tema della malattia e della morte; propone una riflessione su sé stessi e sulle proprie motivazioni

Psychological training of health professionals and specialist psychological training in oncology

The numerous psychosocial implications of oncological diseases have led to underline the importance of taking care of oncological patients, considering them as individuals rather than symptoms, and the necessity of working in multidisciplinary teams.

As a matter of fact, there are a lot of different health professionals engaged in the treatment process, each in his specific competence field.

Sharing the suffering related to a disease without adequate psychological training can help determine defence mechanisms and avoidance reactions.

This paper underlines the differences of goals and techniques inherent to psychological training of health professional and specialist psychological training in oncology.

link 08 *strumenti*

IL Myers-Briggs Type Indicator (MBTI): una misura di tipi o di tratti?

ARISTIDE SAGGINO, MICHELA BALSAMO,
MARIA STELLA MARMORATO, LAURA PICCONI

Prevenire la psicosi: tra l'identificazione precoce e il trattamento ottimale

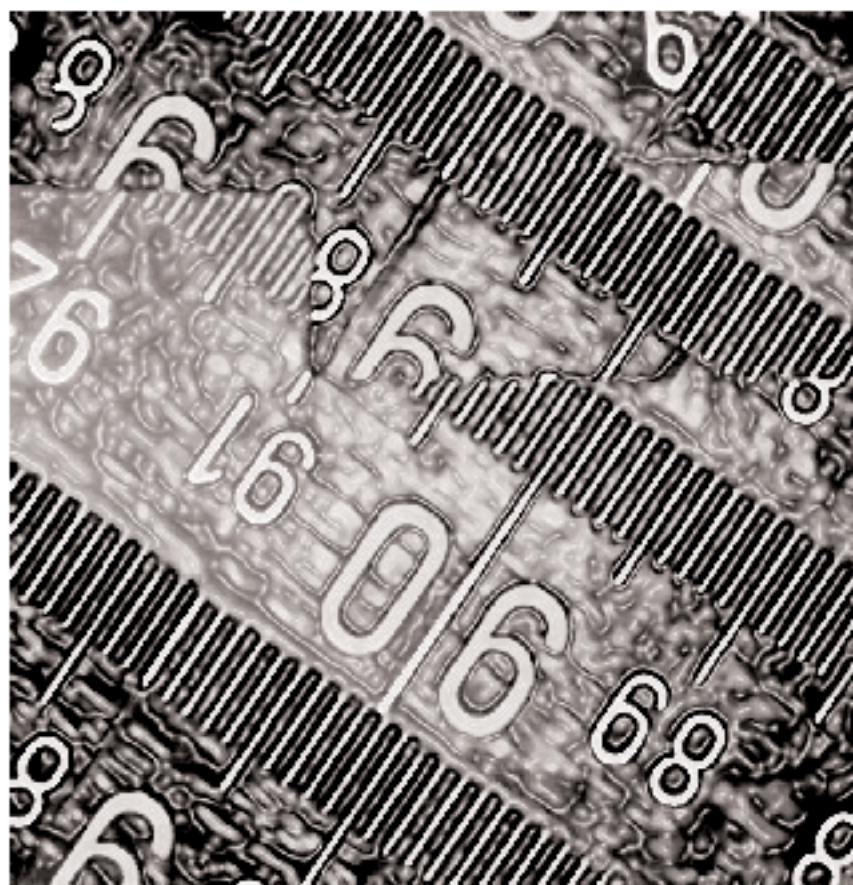
E. PELLEGRINI, A. MASTROIENI, I. CARDANI,
E. LAI, C. BELLOTTI, ET AL.

Meta-Codice di Etica

FEDERAZIONE EUROPEA DELLE ASSOCIAZIONI
DI PSICOLOGI (EFPA)

Recensioni

GIOVANNI CAVADI



IL Myers-Briggs Type Indicator (MBTI): una misura di tipi o di tratti?

ARISTIDE SAGGINO*, MICHELA BALSAMO*, MARIA STELLA MARMORATO*,
LAURA PICCONI*

Il *Myers-Briggs Type Indicator* (MBTI; Myers, 1962) è uno dei test di personalità più diffusi nel panorama del *testing* internazionale, particolarmente usato nell'orientamento scolastico e professionale e nella selezione del personale. Il test è nato allo scopo di operationalizzare la teoria dei tipi psicologici di Carl Gustav Jung (1921). Più precisamente, esso si riferisce non tanto alla teoria originaria di Jung (1921), quanto alla rielaborazione specifica cui l'hanno sottoposta Katharine C. Briggs ed Isabel Myers (Myers, 1962; Myers e McCaulley, 1985). Il presente lavoro fornisce una rassegna degli studi psicometrici effettuati sulla versione italiana del *Myers-Briggs Type Indicator Form F*, allo scopo di verificare se esso rappresenti effettivamente una misura della teoria dei tipi psicologici di Jung (1921), così come è stata modificata da Katharine C. Briggs ed Isabel Briggs Myers, oppure una misura di tratti fondamentali già individuati nelle ricerche sulla personalità, quali ad esempio quelli della teoria di Eysenck (1990)

Le teorie della personalità tra tratti e tipi

La storia della psicologia è connotata dall'intenso confrontarsi di varie teorizzazioni sulla personalità umana e sul suo sviluppo. In particolare, sin dal sorgere della psicologia della personalità e della psicometria, si sono affermate le teorie dei tipi e dei tratti quali visioni se non proprio antitetiche senza dubbio piuttosto diverse della personalità umana.

Tra i fautori delle prime troviamo soprattutto Jung (1921).

I tipi rappresentano variabili discrete. Una descrizione tipologica suppone che una o poche caratteristiche descrivano adeguatamente tutte le persone. Per esempio, l'estroversione e l'introversione nel senso jungiano del termine sono opposti dicotomici (Jung, 1921), mentre nella teoria dei tratti l'estroversione è una delle due polarità di un *continuum* che va dall'introversione all'estroversione (Eysenck, 1990). I tipi, dunque, si differenziano dai tratti essenzialmente per il fatto che rappresentano variabili discrete, invece che continue.

Le teorie dei tratti sono essenzialmente rappresentate dalla teoria di Cattell (Cattell, Eber e Tatsuoka, 1970), che prevede sedici fattori, da quella di Eysenck, che ne prevede tre (Eysenck, 1990) e da quella dei Big Five, sostenuta da vari autori tra i quali Norman (1963), Costa e McCrae (1992), che ne prevede cinque.

Il termine "tratti" designa quelle disposizioni di personalità, prevalentemente a base genetica (Eysenck, 1990), e pertanto difficilmente modificabili, che influenzano il comportamento umano in maniera stabile. Per inciso, i tratti sono opposti agli "stati", disposizioni transitorie della personalità, prevalentemente contingenti e

Attualmente le teorie dei tratti appaiono decisamente predominanti nella letteratura psicologica rispetto a quelle dei tipi perché considerate più scientifiche. Esse sono senz'altro agevolate dalla loro (almeno apparente) maggiore semplicità e chiarezza che meglio si adatta alla cosiddetta legge (o rasoio) di Occam, ben nota agli studiosi della filosofia della scienza



pertanto facilmente modificabili. Ad esempio, l'ansia può essere sia un tratto che uno stato. Un individuo con un'elevata ansia di tratto reagisce all'esigenza di andare dal dentista con un livello di ansia senza dubbio maggiore rispetto ad un soggetto con una bassa ansia di tratto. Analogo è il caso di un individuo con un'elevata ansia di stato. Tuttavia, mentre il primo tende ad essere ansioso in tutte le situazioni, il secondo può esserlo solo quando va dal dentista e in poche altre situazioni. Il fattore Nevroticismo di Eysenck è una valida misura dell'ansia di tratto.

Questo fattore è alla base della teoria dei tratti di Eysenck, insieme all'Estroversione e allo Psicoticismo. In base alle ricerche, questi tratti risultano avere elevati indici di ereditabilità (Eaves, Eysenck e Martin, 1988) e chiare implicazioni fisiologiche (Eysenck, 1967). Misurati mediante l'*Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ; Eysenck e Eysenck, 1975), il questionario costruito appositamente da Eysenck, questi fattori risultano essere replicabili e correlati con criteri esterni.

I tratti rappresentano, dunque, variabili "latenti" della personalità: pur causando il comportamento umano in modo diretto o indiretto, essi non sono osservabili direttamente, ma la loro presenza può essere solo inferita.

Attualmente le teorie dei tratti appaiono decisamente predominanti nella letteratura psicologica rispetto a quelle dei tipi perché considerate più scientifiche. Esse sono senz'altro agevolate dalla loro (almeno apparente) maggiore semplicità e chiarezza che meglio si adatta alla cosiddetta legge (o rasoio) di Occam, ben nota agli studiosi della filosofia della scienza. Lo studioso della personalità che si rifà alle teorie dei tratti considera la personalità umana nient'altro che la somma dei tratti di un individuo e pertanto è teso a capire quanti e quali sono i tratti che determinano il comportamento nonché qual è la relazione tra tratti e comportamento umano manifesto, inteso nel senso *behavioristico* del termine.

Tutto ciò rientra nel cosiddetto «modello psicometrico della personalità», sebbene non vi sia un'assoluta corrispondenza tra tale modello e le teorie dei tratti, in quanto vi sono teorie dei tratti non basate sulla psicomетria.

Il Myers Briggs Type Indicator (MBTI): una descrizione dello strumento

Il *Myers-Briggs Type Indicator* (MBTI; Myers, 1962) è nato con lo scopo di operationalizzare la teoria dei tipi di Jung (1923) nella modalità in cui essa è stata elaborata da Katharine C. Briggs e Isabel Briggs Myers (Myers, 1962).

Si tratta di un questionario di autovalutazione somministrabile sia individualmente che collettivamente senza limiti di tempo. La Forma F del MBTI è l'unica per la quale si dispone di una standardizzazione italiana. Attualmente a livello internazionale si utilizzano forme più recenti di questo strumento. In ogni caso, non pensiamo che il problema di cosa misuri effettivamente questo test (ossia se misuri tratti o tipi) cambi a seconda della forma utilizzata. La Forma F si compone di 166 item di cui 71 sperimentali. Si richiede al soggetto di contrassegnare la risposta che maggiormente caratterizza il modo in cui solitamente si sente o agisce. Per ciascun item è previsto un numero di alternative "forzate" di risposta, che varia da un minimo di due ad un massimo di cinque. Il questionario contiene indici separati per determinare ciascuna delle quattro preferenze di base che, secondo questa teoria, strutturano la personalità dell'individuo. Attraverso le risposte fornite ai 166 item si ottengono quattro indici: EI (Estroversione o Introversione), SN (Sensazione o Intuizione), TF (Pensiero o Sentimento) e JP (Giudizio o Percezione).

L'indice EI consente di evidenziare se il soggetto è un estroverso o un introverso, nel senso in cui Jung intendeva questi costrutti. Si tratta di due atteggiamenti del tutto normali della personalità, entrambi ugualmente utili per la società. Nell'atteggiamento estroverso l'attenzione è rivolta verso il mondo esterno degli oggetti e delle persone. Le persone estroverse tendono, infatti, ad essere socievoli, orientate all'azione ed impulsive. Nell'atteggiamento introverso l'attenzione è rivolta verso il mondo interno delle idee. Le persone introverso tendono, invece, ad essere solitarie, contemplative ed a basarsi sui concetti più che sulle esperienze esterne.

L'indice SN permette di valutare la preferenza della persona in base a due modi opposti di percepire: essa può affidarsi principalmente al familiare processo della sensazione, per cui si diviene coscienti delle cose in maniera diretta attraverso uno dei cinque sensi, oppure principalmente al processo dell'intuizione, in cui si pone l'enfasi sulle idee o sulle associazioni che l'inconscio aggiunge alle cose percepite dal mondo esterno.

L'indice TF mette in luce la preferenza della persona tra due opposti metodi di giudizio: quello che si affida prevalentemente al pensiero, per cui si discrimina impersonalmente tra il vero e il falso, e quello basato principalmente sul sentimento, che discrimina tra ciò che ha valore e ciò che non ne ha.

L'indice JP ha lo scopo di evidenziare se la persona si affida principalmente ad un processo basato sul giudizio (T o F) o ad un processo percettivo (S o N) nei suoi rapporti con il mondo esterno, cioè nella parte estroversa della sua vita.

Nella concezione originale di Briggs e Briggs Myers, lo scopo principale del MBTI era di accertare le preferenze di base di una persona, laddove EI, SN, TF e JP rappresentano indici atti ad indicare una direzione o l'altra, piuttosto che scale realizzate allo scopo di misurare tratti.

La radice junghiana è riconoscibile nella teorizzazione delle Autrici, quando affermano che ciascuna persona dovrebbe, al fine di essere realmente efficiente, muoversi utilizzando un processo dominante, che offusca gli altri processi e che modella di conseguenza la personalità, che dovrebbe essere accompagnato in modo armonico da un secondo processo, detto ausiliario.

L'assegnazione dei punteggi al questionario genera quattro punteggi di preferenza, uno per ciascuno dei quattro indici di cui sopra. Ciascun indice riflette una delle quattro preferenze che, secondo l'impianto teorico, determinano il tipo. Il punteggio di ogni indice è rappresentato da una lettera che indica la direzione della preferenza, seguita da un numero che ne indica l'intensità.

A partire dai quattro indici di preferenza è possibile definire sedici differenti tipi. Secondo il modello teorico proposto dalle Autrici, dunque, la personalità è strutturata dalle quattro preferenze che riguardano l'uso della percezione e del giudizio, per cui le persone creano il loro "tipo" proprio attraverso l'esercizio delle loro preferenze riguardo l'uso della percezione e del giudizio.

Gli ambiti applicativi di questo questionario di personalità previsti dalle Autrici sono quelli del *counseling* scolastico, professionale e personale con persone normali. È stato, inoltre, indicato per l'orientamento scolastico e professionale, oltre che per la selezione del personale. In ambito organizzativo, peraltro, lo strumento può essere finalizzato alla realizzazione di condizioni educative, di training e di lavoro ottimali.

Nella fase iniziale della standardizzazione italiana del MBTI (Saggino, 1993), il test è stato somministrato a 256 studenti del quinto anno di scuola media superiore di cui 107 maschi e 149 femmine. Una parte di questo campione, 141 soggetti (di cui 63 maschi e 78 femmine) frequentava il Liceo Classico, mentre i rimanenti 115 soggetti (di cui 44 maschi e 71 femmine) frequentavano un Istituto Tecnico Commerciale.

Dal campione iniziale sono stati eliminati i questionari in cui il numero di item omessi fosse superiore a 35, giacché un numero elevato di omissioni può rendere i risultati del test meno affidabili.

Le analisi statistiche che sono state effettuate riguardano le intercorrelazioni tra gli indici e l'affidabilità test-retest, la percentuale, l'intensità media e la deviazione standard delle preferenze nonché le frequenze e le percentuali dei 16 tipi. In questa sede, tuttavia, ci limiteremo ad accennare soltanto ai risultati emersi dalle intercorrelazioni tra gli indici e all'affidabilità.

Per quanto concerne le intercorrelazioni, i quattro indici EI, SN, TF e JP si sono rivelati sufficientemente indipendenti l'uno dall'altro, con l'eccezione di SN e JP e, sebbene in misura minore, di TF e JP.

L'affidabilità test-retest, calcolata con il coefficiente di correlazione prodotto-momento di Pearson, varia da .77 a .93.

Per le norme italiane definitive, invece, si è fatto riferimento ad un campione molto più ampio, costituito da 1256 soggetti, di cui 587 maschi e 669 femmine.

Il Myers-Briggs Type Indicator (MBTI; Myers, 1962) è un questionario di autovalutazione somministrabile sia individualmente che collettivamente senza limiti di tempo. La Forma F del MBTI è l'unica per la quale si dispone di una standardizzazione italiana. Attualmente a livello internazionale si utilizzano forme più recenti di questo strumento. In ogni caso, non pensiamo che il problema di cosa misuri effettivamente questo test (ossia se misuri tratti o tipi) cambi a seconda della forma utilizzata



Dimostrare che il MBTI è una misura di tratti e non di tipi, essendo tale strumento stato costruito appositamente per misurare i tipi psicologici, equivarrebbe a mettere seriamente in dubbio la stessa validità scientifica della teoria dei tipi. Infatti, difficilmente una teoria può essere ritenuta valida se lo strumento creato per operationalizzarla non risulta valido in rapporto alla teoria che lo ha generato



MBTI: misura di tipi o di tratti?

Sono stati condotti diversi studi sugli aspetti psicometrici del MBTI con lo scopo di verificare se esso rappresenti effettivamente una valida misura della teoria dei tipi psicologici di Jung (1921), così com'è stata modificata da Katharine C. Briggs e Isabel Briggs Myers (Myers, 1962) oppure piuttosto una misura di tratti fondamentali già individuati nelle ricerche sulla personalità, quali ad esempio quelli della teoria trifattoriale di Eysenck (1990).

L'obiettivo di tali studi va ben al di là della semplice verifica della validità dello strumento ed ha un'importante ricaduta teorica. Dimostrare, infatti, che il MBTI è una misura di tratti e non di tipi, essendo tale strumento stato costruito appositamente per misurare i tipi psicologici, equivarrebbe a mettere seriamente in dubbio la stessa validità scientifica della teoria dei tipi. Infatti, difficilmente una teoria può essere ritenuta valida se lo strumento creato per operationalizzarla non risulta valido in rapporto alla teoria che lo ha generato.

Secondo alcuni autori (McCrae e Costa, 1989; Furnham, 1996; Saggino e Kline, 1996), la teoria in base alla quale è stato costruito il MBTI non è sufficientemente scientifica né empiricamente validata, benché tutta la letteratura sulla validità del MBTI (sintetizzata da Myers e McCaulley, 1985) concordi sul fatto che questo strumento appare essere sufficientemente valido.

Il problema metodologico che allora si pone è stato affrontato attraverso la verifica della struttura fattoriale del MBTI. Infatti, poiché la teoria alla base del MBTI prevede quattro scale, dovrebbero essere riscontrati quattro fattori, ciascuno corrispondente ad una delle quattro scale. Già una soluzione fattoriale diversa ci porterebbe a pensare che il MBTI non sia un valido strumento di misura della teoria sottostante. Questi fattori, inoltre, dovrebbero ovviamente anche misurare i costrutti ipotizzati. Se, infatti, riscontrassimo quattro fattori che però non misurano i quattro costrutti ipotizzati dalle due autrici, il MBTI non sarebbe egualmente una buona misura della teoria sottostante.

Gli studi fattoriali esploratori effettuati sulla versione originale in lingua inglese del MBTI che hanno utilizzato la Forma F e la Forma G dello strumento (che possono considerarsi sostanzialmente equivalenti) non sono giunti a conclusioni univoche: da essi, infatti, si ricava che il MBTI è costituito da quattro-sei fattori (Comrey, 1983; Tzeng, Outcalt, Boyer, Ware e Landis, 1984; Sippes, Alexander e Friedt, 1985; Thompson e Borrello, 1986; Sippes e Alexander, 1987; Sippes e DiCaudo, 1988; Uhl e Day, 1993). Dagli studi basati sull'analisi fattoriale confermatrice si ottengono indici di fit più elevati, anche se non completamente soddisfacenti, per il modello originale su cui è basato il *Myers-Briggs Type Indicator* (Harvey, Murry e Stamoulis, 1995; Jackson, Parker e Dipboye, 1996). Tuttavia, come affermano Jackson *et al.* (1996), ciò non significa necessariamente che il MBTI sia una misura dei costrutti ipotizzati da chi lo ha costruito.

Particolarmente chiarificante si è rivelata, invece, la serie di studi psicometrici effettuati sulla versione italiana del MBTI Forma F, che tentiamo di sintetizzare qui di seguito (Saggino, 2002).

Il campione impiegato era costituito da 1798 soggetti volontari (720 maschi e 1078 femmine) con un'età media di 25.20 anni ($DS = 9.44$); 24.62 anni ($DS = 8.65$) per i maschi e 25.59 ($DS = 9.92$) per le femmine. Il livello di istruzione corrispondeva in gran parte al diploma di scuola media inferiore ($N = 1132$), seguito dal diploma di scuola media superiore ($N = 593$), dalla laurea ($N = 66$) e, infine, dalla licenza elementare ($N = 7$). I soggetti, per lo più studenti, impiegati, giovani diplomati, laureati ed insegnanti, provenivano da varie parti d'Italia, in particolare dal Sud.

1. Verifica della struttura fattoriale del MBTI

Una prima analisi fattoriale esplorativa effettuata sui 95 item del MBTI ai quali vengono assegnati i punteggi ha dimostrato che il Myers-Briggs è costituito da cinque fattori: quattro salienti che corrispondono essenzialmente alle sue quattro scale ed un quinto, costituito da item provenienti da tutte le scale, ad eccezione di JP, che essenzialmente non funzionano.

I 54 item che, in base a questa analisi, apparivano «funzionare» sono stati sottoposti ad una seconda analisi fattoriale esplorativa, quale «prova del nove» dell'analisi precedente. È stato così possibile vedere che essi formano quattro chiari fattori. Sono state, inoltre, effettuate due ulteriori analisi fattoriali esplorative: la prima sui 71 item sperimentali e la seconda su tutti i 166 item del Myers-Briggs Forma F. Da entrambe sono emersi sei fattori. Dall'analisi effettuata sui 71 item sperimentali è stato visto che essi non formano scale. Nell'analisi su tutti i 166 item, quattro fattori corrispondevano alle scale del MBTI e due saturavano alcuni item sperimentali ed item che non funzionavano. L'unico dato interessante che si può ricavare da queste analisi è che i 71 item sperimentali non misurano alcunché, ragion per cui possono essere definitivamente eliminati dal test.

Dunque, da queste analisi sembrerebbe che il MBTI sia costituito essenzialmente da quattro fattori salienti corrispondenti sostanzialmente alle quattro scale, come dovrebbe essere in base alla teoria. Tuttavia, ciò non significa che essi misurino in realtà i quattro costrutti che dovrebbero misurare in base alla teoria sottostante.

2. Identificazione del significato di ciascun fattore

Per identificare il significato di ciascun fattore emerso, sono stati utilizzati due metodi: la lettura del contenuto degli item e la localizzazione nello spazio fattoriale della personalità.

In base al primo metodo, che consiste semplicemente nel valutare il contenuto degli item che saturano in modo più elevato su ciascun fattore, si è visto che i quattro fattori salienti del MBTI appaiono misurare i seguenti fattori del modello dei Big Five: il Fattore 1 (corrispondente alla scala SN) sembra essere una misura della dimensione Apertura all'Esperienza, il Fattore 2 (corrispondente alla scala EI) appare essere equivalente alla dimensione Estroversione, il Fattore 3 (corrispondente alla scala TF) alla dimensione Amicalità ed il Fattore 4 (corrispondente alla scala JP) alla dimensione Coscienziosità.

Una metodologia statisticamente più sofisticata consiste, invece, nel localizzare gli item del test nello spazio fattoriale, ossia nello spazio rappresentato da quei fattori di personalità che per la loro adeguatezza possono essere utilizzati come *marker* allo scopo di identificare fattori il cui significato ci è sconosciuto. Localizzare una variabile nello spazio fattoriale della personalità consente di inserirla in una rete nomologica conosciuta in base alla quale è possibile ricavare il significato della variabile nuova o meno nota.

Dunque, su un sottocampione di 227 studenti di scuola media superiore sono state localizzate le quattro scale ed i cinque fattori del Myers-Briggs nello spazio fattoriale della personalità utilizzando come *marker* le sedici scale del 16PF Forma C (Cattell, Eber e Tatsuoka, 1970) e le tre scale dell'EPQ (Eysenck e Eysenck, 1975).

Sia per le scale che per i fattori sono emersi cinque fattori. Il Fattore 1 è un chiaro fattore di Estroversione e su di esso satura la scala EI, il Fattore 2 corrispondeva al fattore «*Tough-mindedness*» (ossia, Durezza), che corrisponde sostanzialmente allo Psicoticismo eysenckiano, e su di esso saturano le scale SN e JP, il terzo è il fattore Ansietà e su di esso satura la scala TF. I fattori 4 e 5 assumono, a tal fine, uno scarso rilievo. La localizzazione nello spazio fattoriale della personalità delle quattro scale del MBTI supporta, dunque, la validità della scala EI, in quanto essa satura, così come atteso, rispetto alle scale sia dell'EPQ che del 16PF che misurano l'estroversione. La validità delle rimanenti scale del MBTI non appare, invece, adeguatamente supportata.

Le scale SN e JP saturano lo stesso fattore con la stessa saturazione e le scale SN e TF hanno saturazioni salienti su più di un fattore dimostrando in questo modo di non essere sufficientemente pure. Tali scale risultano difficilmente interpretabili, in quanto il contributo di ciascun fattore rimane sconosciuto.

In definitiva, le quattro scale (ed, allo stesso modo, i quattro fattori salienti) del MBTI sembrano corrispondere ai tre fattori Estroversione, Durezza (*Tough-mindedness*) ed Ansietà, che sono senz'altro molto vicini, da un punto di vista psicometrico, ai tre superfattori E, P ed N di Eysenck.

In ogni caso, questo studio sembra confermare che il MBTI non è una misura delle variabili junghiane, sia pure come sono state modificate da Katherine C. Briggs e Isabel



Per identificare il significato di ciascun fattore emerso, sono stati utilizzati due metodi: la lettura del contenuto degli item e la localizzazione nello spazio fattoriale della personalità. Il primo metodo consiste nel valutare il contenuto degli item che saturano in modo più elevato su ciascun fattore. Il secondo consiste, invece, nel localizzare gli item del test nello spazio fattoriale, ossia nello spazio rappresentato da quei fattori di personalità che per la loro adeguatezza possono essere utilizzati come marker allo scopo di identificare fattori il cui significato ci è sconosciuto



Briggs Myers, ma di tre tratti ben noti nell'ambito della teoria della personalità.

3. Analisi fattoriale confermativa

Al fine di confermare i risultati delle analisi fattoriali esplorative effettuate e di comprendere meglio la struttura fattoriale del MBTI, è stata effettuata un'analisi fattoriale confermativa.

Sono stati messi a confronto il modello pentafattoriale riscontrato nelle analisi fattoriali esplorative, il modello basato su quattro fattori tipico del MBTI ed un modello corrispondente ai tre fattori riscontrati localizzando le scale del MBTI nello spazio fattoriale della personalità, allo scopo di verificare quale sia più adeguato a spiegare la varianza del MBTI, ossia quale si adatti meglio ai dati. I risultati di una serie di tre analisi fattoriali confermativa della massima verosimiglianza hanno mostrato che il modello basato sui cinque fattori ha indici di adattamento (fit) più elevati, dunque è quello più aderente ai dati. Ciò conferma sostanzialmente i risultati della precedente analisi fattoriale esplorativa sui 95 item del MBTI.

4. Analisi dei cluster

L'analisi dei cluster è una tecnica statistica che si pone l'obiettivo di classificare oggetti o casi in categorie, risultando perciò particolarmente utile per verificare l'esistenza di tipologie. Sottoponendo il MBTI a tale tecnica sono emersi sette cluster; invece dei sedici ipotizzati in base alla teoria dei tipi. Avremmo, infatti, dovuto ottenere un cluster per ciascuno tipo.

Pertanto, questa analisi non conferma per nulla la corrispondenza tra il MBTI e la teoria che lo sottende, indicando di converso che la versione italiana del MBTI Forma F non appare misurare i sedici tipi previsti dalla teoria sottostante.

5. Scaling multidimensionale

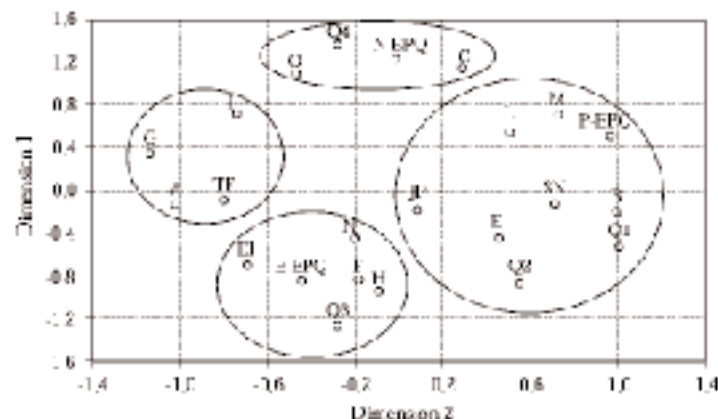
Un'alternativa all'analisi fattoriale applicabile anche a variabili che non sono su scala ad intervallo è lo scaling multidimensionale, che si pone quale obiettivo quello di individuare dimensioni sottostanti che permettano di spiegare le similarità o le dissimilarità (ossia le distanze) tra le variabili in esame. Tale tecnica è basata sulla distanza, presentata in una forma geometrica, tra i dati o gli oggetti che si intende analizzare. Non si tratta di una procedura esatta, ma solo di una modalità di rappresentazione dei dati in una forma grafica e, quindi, più facilmente comprensibile.

In altre parole, le variabili vengono presentate in uno spazio con un determinato numero di dimensioni al fine di riprodurre le distanze osservate.

I risultati dell'applicazione dello scaling multidimensionale al MBTI, unitamente al 16PF Forma C ed all'EPQ (N=227), hanno confermato che la scala EI è una valida misura del costrutto Estroversione. Per il resto essi sono apparsi più difficilmente interpretabili rispetto a quelli ottenuti con le tecniche di analisi fattoriale, come si può vedere nella figura 1 (tratta da Saggino, 2002, pag.80).

Come si può notare, infatti, i dati si raggruppano in quattro cluster lungo due dimensioni che sembrano corrispondere in parte al Nevroticismo (dimensione 1) ed allo Psicoticismo (dimensione 2).

Figura 1. Scaling multidimensionale delle scale del MBTI, 16PF Forma C ed EPQ, N=227.



Il primo cluster corrisponde bene al fattore Estroversione, in quanto è costituito dalla scala EI del MBTI, dalla scala di Estroversione dell'EPQ e dalle scale N (accorto, smalzito), F (adattabile, vivace), ed H (disinvolto, intraprendente) del 16PF. Il secondo cluster è costituito dalla scala N dell'EPQ e dalle seguenti scale del 16PF: Q4 (teso, imitabile), C (maturo, calmo) ed O (turbato, inquieto). Si tratta, pertanto, del «solito» cluster di Ansietà. Il terzo cluster è costituito dalla scala TF del MBTI e dalle seguenti scale del 16PF: A (caldo, cordiale), G (scrupoloso, perseverante) ed I (delicato, immaginativo). Le scale del 16PF che sono in questo cluster hanno senza dubbio un senso adeguato a quello che è il significato della scala TF del MBTI. Probabilmente questo cluster ha qualcosa a che fare con la sensibilità e l'immaginazione. Il quarto cluster è costituito dalle scale SN e JP del MBTI, dalla scala di Psicoticismo dell'EPQ e dalle seguenti scale del 16PF: B (riflessivo, intelligente), L (diffidente, sospettoso), M (anticonformista, astratto), E (autoritario, aggressivo), Q1 (sperimentale, critico) e Q2 (autosufficiente, indipendente). Esso sembra corrispondere, almeno in parte, allo Psicoticismo così come è inteso da Eysenck. Quest'ultimo cluster contiene, però, anche variabili piuttosto distanti fra loro nello spazio e rappresenta, quindi, il cluster di cui si è meno certi.

Come si può notare, la scala EI del MBTI appare essere una buona misura dell'estroversione. Le scale SN e JP appaiono condividere anche in quest'analisi qualcosa con lo Psicoticismo eysenckiano. La scala TF appare essere una misura di sensibilità ed immaginazione più che di ansietà (com'è apparso nella localizzazione nello spazio fattoriale della personalità). In ogni caso, i due fattori che appaiono in modo più chiaro in assoluto sono quelli di Estroversione ed Ansietà.

Sostanzialmente lo scaling multidimensionale non ci fornisce informazioni migliori di quelle che già erano a nostra disposizione in relazione al MBTI. Ci conferma solo che il Myers-Briggs, ove rapportato al 16PF Forma C e all'EPQ, appare avere una struttura chiara soprattutto in relazione alla scala di Estroversione.

6. Verifica della dicotomia delle scale

La teoria sottostante al Myers-Briggs ipotizza che le scale che lo costituiscono siano dicotomiche ovvero le loro distribuzioni siano bimodali. Pertanto, in corrispondenza del punto 0, ossia del punto in cui si passa, ad esempio, dall'Estroversione all'Introversione o dalla Sensazione all'Intuizione, dovrebbe esserci un «salto» nella distribuzione dei punteggi.

Il problema della bimodalità è particolarmente importante. Essa rappresenta, infatti, una delle caratteristiche essenziali della teoria tipologica. Se è possibile distinguere esattamente il punto di divisione, ad esempio tra gli estroversi e gli introversi, tali categorie di persone possono essere separate con la massima accuratezza.

Se le scale del Myers-Briggs risultassero, invece, continue e non bipolari, potremmo postulare, consequenzialmente, che esse misurino dei tratti e non dei tipi, essendo la discontinuità una caratteristica dei tipi e la continuità una caratteristica dei tratti.

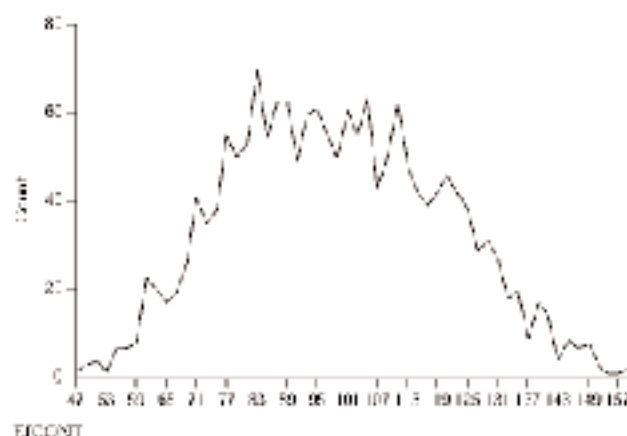
Le Figure 2, 3, 4 e 5 (tratte da Saggino, 2002, pp. 83-84) contengono rispettivamente le distribuzioni dei punteggi continui delle scale EI, SN, TF e JP nei 1798 soggetti del campione italiano.

Come si può notare, solo per la scala JP è presente qualcosa di simile ad un salto in prossimità del punto zero (ovvero, in tal caso, di 100, in quanto abbiamo utilizzato i punteggi continui, che rappresentano una trasformazione lineare dei punteggi di preferenza). Ciò vuol dire che, ad eccezione di JP, non è stata riscontrata nessuna dicotomia nelle scale del MBTI, il che non depone assolutamente a favore della corrispondenza tra MBTI e teoria sottostante.

Per quel che riguarda la scala JP, una possibile spiegazione della sua dicotomia è che probabilmente essa è costituita da due sottoscale. D'altronde, ricordiamo che nella

Il problema della bimodalità è particolarmente importante. Essa rappresenta, infatti, una delle caratteristiche essenziali della teoria tipologica. Se è possibile distinguere esattamente il punto di divisione, ad esempio tra gli estroversi e gli introversi, tali categorie di persone possono essere separate con la massima accuratezza

Figura 2. Distribuzione dei punteggi continui della scala EI.



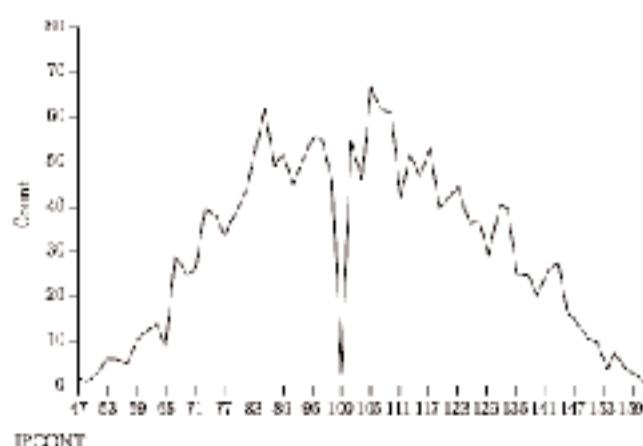
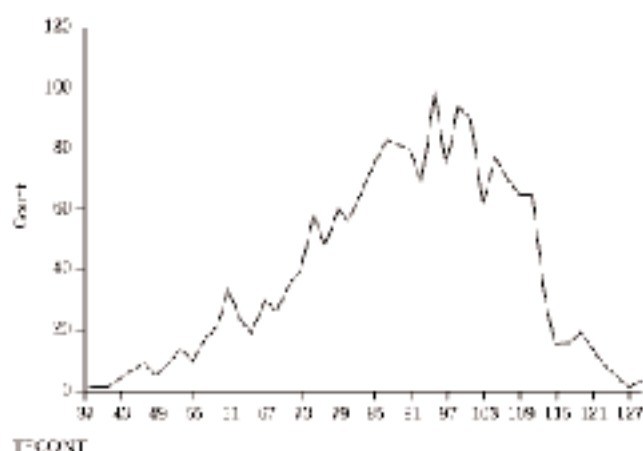


Figura 3. Distribuzione dei punteggi continui della scala SN.

Figura 4. Distribuzione dei punteggi continui della scala TF.

Figura 5. Distribuzione dei punteggi continui della scala JP.

Conclusioni

Le analisi statistiche riassunte da Saggino (2002) sulla versione italiana del MBTI Forma F hanno offerto uno scarso supporto all'ipotesi delle autrici del Myers-Briggs, secondo le quali tale strumento sarebbe un'adeguata misura della teoria sottostante.

taratura italiana la scala JP correla in modo sistematicamente elevato con la scala SN e, sia pure in modo meno sistematico, con la scala TF. Tali risultati sono sostanzialmente riscontrabili anche nei soggetti americani. Se la nostra ipotesi fosse vera, allora la dicotomia di JP sarebbe dovuta ad un errore nella costruzione della scala. Tale errore potrebbe essere, però, innanzitutto logico e teorico prima che empirico. Vale la pena ricordare che, da un punto di vista teorico, la scala JP indica se il soggetto preferisce affrontare il mondo basandosi sul giudizio (T o F) oppure sulla percezione (S o N), il che giustificerebbe tali correlazioni.

In aggiunta, questi risultati sembrerebbero suggerire, in accordo con Pittenger (1993), che il metodo di assegnazione dei punteggi del MBTI trasforma in modo artificioso una distribuzione originariamente continua in categorie dicotomiche, alterandone, pertanto, la realtà fattuale.

7. Analisi della correlazione canonica

Un'ultima analisi statistica effettuata sulla versione italiana del MBTI è stata l'analisi della correlazione canonica relativa ai quattro punteggi continui del MBTI ed alle tre scale dell'EPQ (N=227). La correlazione canonica è una tecnica statistica che permette di investigare la relazione tra due gruppi di variabili. Verificando la relazione tra l'EPQ ed il MBTI allo scopo di accertare l'ammontare di varianza comune ai due questionari in modo da chiarire ulteriormente il significato delle scale del MBTI.

I risultati indicano che solo le prime due variate canoniche sono interpretabili. Esse appaiono corrispondere ai fattori Estroversione e Psicoticismo. La terza appare corrispondere al Nevroticismo, sebbene non fosse significativa.

Da questa analisi si ricavava che la scala EI è una valida misura di Estroversione e le scale SN e JP, che ancora una volta appaiono misurare un costrutto simile, una valida misura di Psicoticismo. La scala TF sembrerebbe una misura di Nevroticismo, se la correlazione canonica fosse significativa.

Questi risultati confermavano sostanzialmente quelli derivanti dalla localizzazione nello spazio fattoriale della personalità, ossia che tale strumento appare misurare tratti quanto meno simili ai tre della teoria esenckiana.

Un solo elemento è parzialmente a favore della sua corrispondenza con la teoria sottostante: il test appare essere sostanzialmente costituito da quattro scale, così come appare dalle varie analisi fattoriali eseguite, sia di tipo esplorativo che confermativo. Quest'unico elemento a favore è, però, tutt'altro che univoco. Infatti, non vanno trascurati i seguenti elementi:

- a) diversi item non saturano su di una scala o saturano su un quinto fattore composto essenzialmente da item che non funzionano;
- b) i 71 item sperimentali non costituiscono scale;
- c) le scale SN e JP hanno correlazioni maggiori di .45, il che significa che hanno almeno il 20% della varianza in comune, e pertanto non sono indipendenti, bensì appaiono misurare costrutti in parte simili.

Il fatto che il MBTI abbia una buona attendibilità complessiva non modifica questo quadro generale. Nessuno degli altri dati a nostra disposizione rappresenta una prova a favore della corrispondenza tra MBTI e teoria sottostante.

Infatti, il Myers-Briggs non appare essere costituito da scale dicotomiche, con la sola probabile eccezione di JP, e non appare misurare sedici tipi come dovrebbe. Inoltre, le scale del Myers-Briggs misurano tratti ben conosciuti nell'ambito della psicologia della personalità, come si può vedere dalla sua localizzazione nello spazio fattoriale della personalità. Tali tratti sembrano corrispondere ai tre previsti dalla teoria di Eysenck (tra cui soprattutto l'Estroversione), anche se, secondo alcuni studi (ad esempio, MacDonald, Anderson, Tsagarakis e Holland, 1994 e Furnham, 1996), le scale del MBTI appaiono avere molto in comune con alcuni tratti della teoria dei Big Five. Anche l'analisi della correlazione canonica sembra andare nella stessa direzione della nostra localizzazione nello spazio fattoriale della personalità. A conclusione della disamina sugli studi psicometrici effettuati sulla versione italiana del *Myers-Briggs Type Indicator* Forma F si può affermare che tale strumento, pur funzionando secondo almeno una parte della letteratura in diversi contesti (vedi, ad esempio, Carlyn, 1977 e Myers e McCaulley, 1985), raggiunge questo obiettivo non perché sia una buona misura della teoria sottostante, ma solo perché misura alcuni tratti ben noti, soprattutto l'Estroversione (opinione condivisa, tra gli altri, da Costa e McCrae, 1985 e Pittenger, 1993).

Ciò minerebbe fortemente la validità scientifica della teoria dei tipi psicologici di Jung, così come è stata modificata da Katharine C. Briggs ed Isabel Briggs Myers. Tratti quale l'estroversione sono ben noti nell'ambito della teoria della personalità e ben capaci di discriminare tra le persone ai fini della selezione o dell'orientamento. Pertanto, in quanto misura di questi tratti, il Myers-Briggs «funziona». La teoria che ne è alla base rappresenta, invece, «soltanto un'inutile complicazione che nulla aggiunge alle capacità dello strumento, ma molto può togliere complicando inutilmente la vita a coloro che lo utilizzano» (Saggino, 2002, p. 96).

* Facoltà di Psicologia, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

BIBLIOGRAFIA

- Gattell, R.B., Eber, H.W. e Tatsuoka, M.M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. National Foundation for Educational Research, Windsor, Berks.
- Carlyn, M. (1977). An assessment of the Myers-Briggs Type Indicator. *Journal of Personality Assessment*, 42, 461-473.
- Comrey, A.L. (1983). An evaluation of the Myers-Briggs Type Indicator. *Academic Psychology Bulletin*, 5, 115-120.
- Costa, P.T. e McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa (FL).
- Costa, P.T., Jr. e McCrae, R.R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- Beves, L.W., Eysenck, H.J. e Martin, N.G. (1988). *Genes, culture and personality: An empirical approach*. Academic Press, New York.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. C.C. Thomas, Springfield.
- Eysenck, H.J. e Eysenck, S.B.G. (1975). *The Eysenck Personality Questionnaire*. Hodder & Stoughton, Sevenoaks.
- Eysenck, H.J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.

Si può affermare che il Myers-Briggs Type Indicator Forma F, pur funzionando secondo almeno una parte della letteratura in diversi contesti, raggiunge questo obiettivo non perché sia una buona misura della teoria sottostante, ma solo perché misura alcuni tratti ben noti, soprattutto l'Estroversione. Ciò minerebbe fortemente la validità scientifica della teoria dei tipi psicologici di Jung, così come è stata modificata da Katharine C. Briggs ed Isabel Briggs Myers. In sostanza, il Myers-Briggs «funziona». La teoria che ne è alla base rappresenta, invece, soltanto un'inutile complicazione che nulla aggiunge alle capacità dello strumento, ma molto può togliere, complicando inutilmente la vita a coloro che lo utilizzano



Furnham, A. (1996). The big five versus the big four: The relationship between the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) and NEO-PI five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 22, 303-307.

Harvey, R.J., Murry, W.D. e Stamoulis, D.T. (1995). Unresolved issues in the dimensionality of the Myers-Briggs Type Indicator. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 535-544.

Jackson, S.L., Parker, C.P. e Dipboye, R.L. (1996). A comparison of competing models underlying responses to the Myers-Briggs Type Indicator. *Journal of Career Assessment*, 4, 99-115.

Jung, C.G. (1921). *Psychologische Typen*. Rascher Verlag, Zurich. Trad. it. *Tipi psicologici*, Opera Omnia di Jung, vol. 6, Boringhieri, Torino 1969.

Myers, I.B. (1962). *Manual: The Myers-Briggs Type Indicator*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto. Ed. it.: *Manuale del Myers-Briggs Type Indicator* (a cura di A. Saggino), Organizzazioni Speciali, Firenze 1991.

McCrone, R.R. e Costa, P.T. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 57, 17-40.

MacDonald, D.A., Anderson, P.E., Tsaganakis, C.I. e Holland, C.J. (1994). Examination of the relationship between the Myers-Briggs Type Indicator and the NEO Personality Inventory. *Psychological Reports*, 74, 330-344.

Myers, I.B. e McCauley, M.H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Norman, W.T. (1963). Towards an adequate taxonomy of personality attributes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 574-583.

Pittenger, D.J. (1993). The utility of the Myers-Briggs Type Indicator. *Review of Educational Research*, 63, 457-488.

Saggino, A. (1993). MBTI-Myers-Briggs Type Indicator. Dati normativi e contributo alla taratura italiana della Forma F. Organizzazioni Speciali, Firenze.

Saggino, A. (2002). *La teoria dei tipi psicologici*. Laterza, Roma-Bari.

Saggino, A. e Mine, P. (1996). The location of the Myers-Briggs Type Indicator in personality factor space. *Personality and Individual Differences*, 21, 501-507.

Sipps, G.J., Alexander, R.A. e Friedt, L. (1985). Item analysis of the Myers-Briggs Type Indicator. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 789-796.

Sipps, G.J. e DiGaudo, J. (1988). Convergent and discriminant validity of the Myers-Briggs Type Indicator as a measure of sociability and impulsivity. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 445-451.

Thompson, B. e Borrello, G.M. (1986). Construct validity of the Myers-Briggs Type Indicator. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 745-752.

Tseng, O.C.S., Outcalt, D., Boyer, S.L., Ware, R. e Landis, D. (1984). Item validity of the Myers-Briggs Type Indicator. *Journal of Personality Assessment*, 48, 255-256.

Uhl, N. e Day, D. (1993). A cross-cultural comparison of MBTI factor structures. *Journal of Psychological Type*, 27, 3-10.

The Myers-Briggs Type Indicator (MBTI): a measure of types or of traits?

The *Myers-Briggs Type Indicator* (MBTI; Myers, 1962) is one of the most popular personality tests in international testing and is particularly used in school and professional orientation and personnel selection.

The test was created in order to operationalize Carl Gustav Jung's theory of psychological types (1921). More precisely, it refers to Katharine C. Briggs and Isabel Briggs Myers's specific revision of that theory (Myers, 1962; Myers e McCauley, 1985) rather than to Jung's original theory.

This study provides a review of the psychometric studies of the Italian version of the *Myers-Briggs Type Indicator F Form*, in order to ascertain whether it is actually a measure of Jung's theory of psychological types (1921), as modified by Katharine C. Briggs and Isabel Briggs Myers, or alternatively a measure of those fundamental personality traits already identified by the research on personality, such as those of Eysenck's theory (Eysenck, 1990).

Prevenire la psicosi: tra l'identificazione precoce e il trattamento ottimale

E. PELLEGRINI, I. CARDANI, E. LAI, C. BELLOTTI, A. MASTROENI ET AL.*

L'utilità di una diagnosi precoce dei disturbi psicotici o ancor più la possibilità di prevenire l'insorgenza di malattie spesso invalidanti, hanno indotto i ricercatori di molti paesi e, da ultimo, anche il nostro gruppo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Como, a sperimentare modelli di screening che consentano di realizzare questi ambiziosi obiettivi

PREMESSA

Le linee fondamentali del Progetto Regionale a cui ha partecipato il DSM di Como sono:

- Precoce individuazione degli stati mentali "a rischio"
- Tempestivo trattamento del primo episodio
- Interventi mirati all'individuo e al suo contesto
- Definizione di strumenti e metodi per l'individuazione e la valutazione

In particolare il Progetto, rivolto specificatamente ai giovani di età compresa tra i 17 e i 30 anni, si prefigge due obiettivi primari:

- Individuazione precoce, Trattamento Farmacologico e Psicosociale Ottimale Integrato del primo episodio psicotico (Gruppo Primo Episodio Psicotico)
- Identificazione, valutazione clinica, monitoraggio e trattamento di pazienti "a rischio" di insorgenza di un evento psicotico (Gruppo Soggetti "a rischio").

Il background teorico è fortemente influenzato dall'esauriente lavoro di Ian Falloon e Patrick McGorry sull'identificazione tempestiva ed efficace di quei soggetti che presentano sia sintomi precoci di un episodio psicotico imminente, sia stati mentali a rischio che potrebbero precedere un disturbo psicotico.

Una crescente quantità di ricerche indica che la schizofrenia non è una malattia progressiva caratterizzata da un lento deterioramento del funzionamento[...] al contrario, gran parte del danno sembra avvenire al momento del primo episodio di psicosi franca (Davidson L., McGlashan T, 1998).

Recenti studi hanno dimostrato che la durata media tra l'esordio del disturbo psicotico e il primo contatto psichiatrico (DUP) è di due anni (Larsen TK, McGlashan T et al., 1996).

Una DUP lunga è risultata essere correlata a una maggiore resistenza al trattamento, a depressione più grave, a un peggior funzionamento psicosociale ed a un maggior rischio di ricaduta (Edwards J, Maude D, McGorry P, 1998).

Un intervento precoce integrato rivolto a individui con sintomi prodromici (e alle loro famiglie) ha condotto ad una riduzione di 10 volte dell'incidenza annuale di schizofrenia nell'area studiata (Falloon I., 1992).

Il progetto è svolto da tre gruppi di ricerca del Dipartimento di Salute Mentale di Como, che dà assistenza psichiatrica a una popolazione di circa 500.000 abitanti. Ogni anno una percentuale variabile dall'1% al 1,5% dei residenti nella Provincia di Como, di oltre 17 anni, contatta i nostri servizi psichiatrici. Nel periodo considerato (gennaio 2002/dicembre 2003) 947 giovani tra 17 e 30 anni, al loro "primo contatto", si sono rivolti al Dipartimento di Salute Mentale

METODO

Il programma sperimentale finanziato dalla Regione Lombardia della durata di tre anni (è iniziato il 1 Gennaio 2002 ed è terminato il 31 Dicembre 2004) finalizzato ad un intervento precoce nelle psicosi - quanto meno per quanto riguarda i giovani - ci consente oggi qualche spunto di riflessione sulla base della nostra pratica clinica.

Il Progetto di Como è svolto da tre gruppi di ricerca che appartengono al Dipartimento di Salute Mentale di Como il quale fornisce assistenza psichiatrica ad una popolazione di circa 500.000 abitanti. Una percentuale variabile dall'1% al 1,5% dei residenti nella Provincia di Como di oltre 17 anni, contatta in un anno i nostri servizi psichiatrici.

Si sono rivolti al Dipartimento di Salute Mentale nel corso del periodo considerato (gennaio 2002/dicembre 2003) al loro "primo contatto" con le nostre strutture 947 giovani di età compresa tra 17 e 30 anni.

Presentiamo qui di seguito i risultati basati sui dati raccolti dei soggetti di età compresa tra i 17 e i 30 anni afferenti come primo contatto al Dipartimento di Salute Mentale di Como che sono rientrati nello studio sulla base dei criteri di inclusione (in seguito esposti). Su questi soggetti è stata fatta una valutazione iniziale (baseline) e un'osservazione (follow up) a 12 mesi.

Tutti i soggetti sono stati presi in cura secondo un modello prestabilito che prevede strategie di intervento, costruite di volta in volta sulle caratteristiche del singolo paziente, del suo nucleo familiare e del suo ambiente. Tali strategie si propongono di:

- motivare le persone alla partecipazione al programma;
- motivare al trattamento farmacologico migliorando l'adesione al trattamento;
- favorire le conoscenze sulla malattia e sui fattori di rischio;
- migliorare la gestione delle fasi di acuzie sintomatologica e il riconoscimento dei segni precoci di crisi;
- fornire modalità adattive e di fronteggiamento (coping);
- migliorare l'interazione in ambito familiare e il funzionamento sociale;
- ridurre le situazioni conflittuali scatenanti (triggers);
- favorire il progresso verso il raggiungimento di obiettivi personali e la capacità di soluzione dei problemi;
- ridurre l'autostigmatizzazione e lo stigma sociale.

Tali obiettivi vengono perseguiti mediante:

- protocolli farmacologici;
- incontri individuali;
- gruppi o interventi di gestione dell'ansia;
- interventi di psicoeducazione sulla malattia e sulla terapia;
- interventi sull'abilità di comunicazione;
- gruppi o interventi di Problem Solving;
- gruppi o interventi di Terapia Razionale Emotiva - ABC delle Emozioni;
- interventi mirati al gruppo di risorsa del soggetto (famiglia);
- attivazione della rete sociale;
- valorizzazione di esperienze e competenze locali già in atto (es. gruppi di self-help tra familiari o pazienti, counseling o terapia familiare, ecc.).

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione:

- Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
- Current Psychiatric State - 50 (CPS-50)
- Accertamento disabilità (AD)
- Functional Analysis of Core Environment (FACE)
- Global Assessment of Functioning (GAF)

CRITERI DI INCLUSIONE

Gruppo Primo Episodio Psicotico: Soggetti d'età compresa tra 17-30 anni con sintomatologia che soddisfi i criteri diagnostici per la Schizofrenia o altri Disturbi Psicotici previsti dalla classificazione del DSM-IV-TR

Gruppo Soggetti "a Rischio": Soggetti d'età compresa tra 17-30 anni ad alto rischio sulla base dei seguenti criteri:

- I. Soggetti con almeno uno dei sintomi psicotici attenuati (come definiti nel Disturbo Schizotipico di Personalità) e punteggio lieve o moderato ad alcuni items della Brief Psychiatric Rating Scale;
- II. Soggetti che presentano fattori di rischio di tratto e di stato con perdita di 30 punti alla Scala del Funzionamento (GAF);
- III. Soggetti con anamnesi di brevi episodi transitori psicotici a risoluzione spontanea in una settimana (Yung et al, 1998);
- IV. Soggetti che presentano almeno un sintomo alla scala dei sintomi prodromici di I. Falloon (I. Falloon, 1996).

CAMPIONE Gruppo Primo Episodio Psicotico

Dei 947 "primi contatti" 69 giovani (48 maschi e 21 femmine) erano al loro primo episodio conclamato di psicosi di tipo schizofrenico.

N.	69	
SESSO	48 Maschi (69.6%) 21 Femmine (30.4%)	
MEDIA ETÀ	25.05 anni (Range: 17-30)	
MEDIA ISTRUZIONE (anni di studio)	10.3 anni (Range: 5-16)	
OCCUPAZIONE	Studia	9 (13%)
	Lavora	30 (43.5%)
	Non lavora	29 (42%)
	Lavoro protetto	1 (1.5%)
DIAGNOSI	Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	69 (100%)

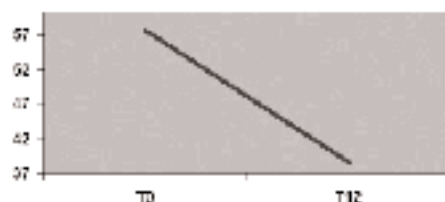


RISULTATI Gruppo Primo Episodio Psicotico

Nel complesso i grafici che seguono mostrano l'efficacia della nostra strategia di Trattamento Integrato per i soggetti che manifestano un Primo Episodio Psicotico, inoltre una risposta positiva al trattamento farmacologico associato ad interventi psicosociali intensivi può servire a minimizzare i disagi sociali e occupazionali causati dall'insorgere della psicosi.

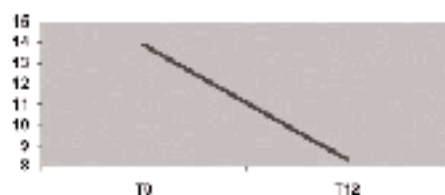
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)
Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N= 69)

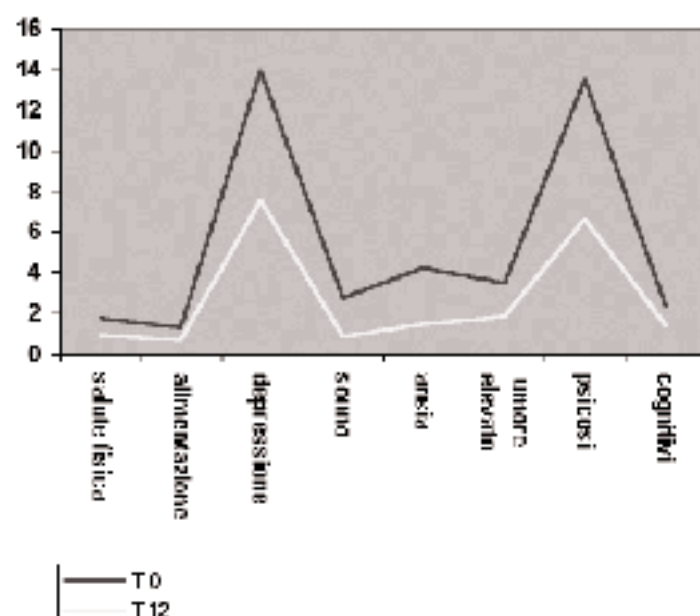
	Media	DS	t	p
T0	57.83	15.8	30.314	0.000
T12	38.68	11.4	28.187	0.000



HEALTH OF THE NATION
OUTCOME SCALE (HONOS)
Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N= 69)

	Media	DS	t	p
T0	13.89	5.0	23.225	0.000
T12	8.32	3.6	19.248	0.000





DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI DEL GRUPPO "PRIMO EPISODIO PSICOTICO" SECONDO I CRITERI ALLA BPRS

Punteggi BPRS	% di soggetti
≤ 30	21.7 %
31 - 49	63.8 %
≥ 50	14.5 %

La distribuzione dei soggetti del gruppo "Primo Episodio Psicotico" in base ai punteggi alla BPRS mostra, ad un anno di follow-up, un esito largamente caratterizzato da una completa remissione dei sintomi (<30) o dalla presenza di una sintomatologia lieve/moderata (31-49)

DURATA DELLA PSICOSI NON TRATTATA (DUP) NEI SOGGETTI AL PRIMO EPISODIO PSICOTICO

N. soggetti	69
Media (in mesi)	4,6
Mediana	1
Min-Max	0-48

La durata media tra l'esordio del disturbo psicotico e il primo contatto psichiatrico nel nostro campione è di 4,6 mesi ed è decisamente inferiore rispetto al tempo riscontrato in letteratura che è di 2 anni (Larsen TK, 1996).

Tale dato fa supporre che l'intervento di sensibilizzazione ai medici di base e ai servizi sociali ha favorito l'invio come mostra anche l'aumento nel triennio 2001/2003 dei soggetti compresi nella fascia di età 17-30 anni al primo contatto con il nostro Dipartimento di Salute Mentale:

anno 2001 = 371, anno 2002 = 408, anno 2003 = 544



CAMPIONE Gruppo Soggetti "a Rischio"

Dei 947 "primi contatti" 58 soggetti (39 maschi e 19 femmine) che si sono rivolti al DSM per un disagio di natura non psicotica sono stati considerati "a rischio" di potere esordire una franca psicosi.

N.	58	
SESSO	39 maschi (67.2%)	
	19 femmine (32.8%)	
MEDIA ETÀ	23,9 anni (range: 17-30)	
MEDIA ISTRUZIONE (anni di studio)	10.2 anni (range 8-18)	
OCCUPAZIONE	Studia	16 (27.6%)
	Lavora	23 (39.7%)
	Non Lavora	19 (32.7%)
DIAGNOSI	Disturbi della personalità	31 (54%)
	Disturbi d'ansia	13 (22%)
	Disturbi dell'umore	11 (19%)
	Disturbi dovuti all'uso di sostanze stupefacenti	3 (5%)



RISULTATI Gruppo Soggetti "a Rischio"

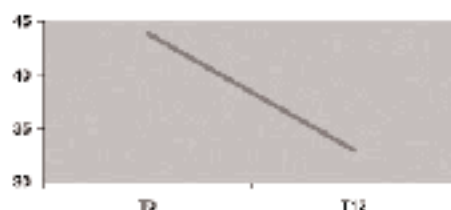
I seguenti grafici illustrano come il gruppo a rischio ha mostrato un significativo miglioramento dello stato clinico e del funzionamento psicosociale come mostrato dalle scale BPRS, Honos e Face. Questo complessivo miglioramento è evidente anche se in questo campione sono compresi gli otto soggetti che hanno sviluppato un primo episodio psicotico nel corso dello studio con corrispondenti punteggi più elevati su tutte le scale di valutazione.

Il trattamento precoce dei sintomi prodromici potrebbe essere forse efficace anche nel ridurre il rischio di una transizione a una psicosi franca.

Se così fosse, questo potrebbe almeno in parte spiegare perché nella nostra ricerca abbiamo trovato una percentuale di soggetti che hanno sviluppato psicosi ad un anno di follow up significativamente più bassa (14%) di quella osservata nello studio di Yung et al (35-40%), dove solo interventi "non specifici" venivano forniti ai soggetti a rischio.

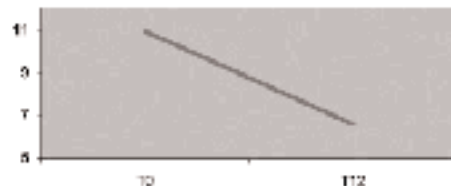
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=58)

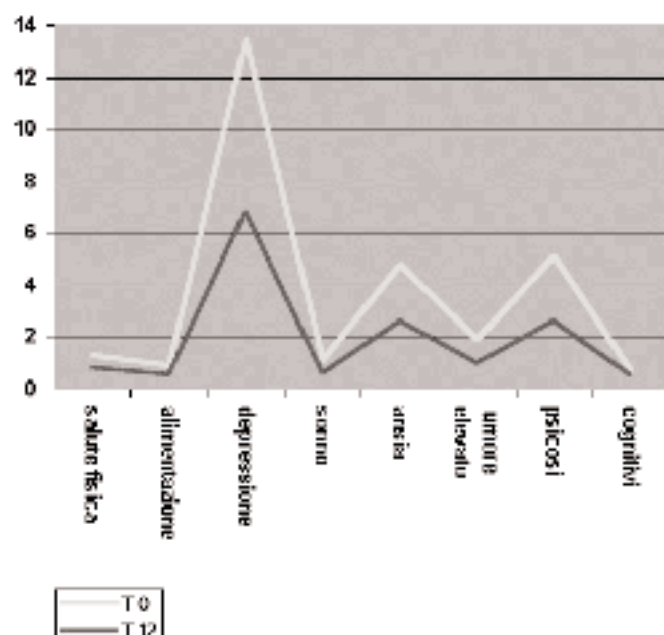
	Media	SD	t	p
T0	43.98	09.08	36.884	0,000
T12	33.09	08.85	28.452	0,000



HEALTH OF THE NATION
OUTCOME SCALE (HONOS)
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=58)

	Media	SD	t	p
T0	10.88	4.68	17.692	0,000
T12	6.64	3.78	13.394	0,000





CURRENT PSYCHIATRIC STATE - 50 (CPS-50)
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=58)

To	Media	DS	t	p
Salute fisica	1.25	1.25	5.876	0.000
Alimentazione	0.96	1.34	5.517	0.000
Depressione	13.5	7.42	13.854	0.000
Sonno	1.05	1.23	6.500	0.000
Ansia	4.78	3.43	10.596	0.000
Um elevato	1.95	1.53	9.727	0.000
Psicosi	5.12	4.98	7.824	0.000
Cognitivi	0.65	1.19	4.164	0.000

To	Media	DS	t	p
Sal fisica	1.25	1.25	5.876	0.000
Alimentazione	0.96	1.34	5.517	0.000
Depressione	13.5	7.42	13.854	0.000
Sonno	1.05	1.23	6.500	0.000
Ansia	4.78	3.43	10.596	0.000
Um elevato	1.95	1.53	9.727	0.000
Psicosi	5.12	4.98	7.824	0.000
Cognitivi	0.65	1.19	4.164	0.000



SOGGETTI CHE HANNO SVILUPPATO UN FRANCO EPISODIO PSICOTICO DURANTE IL PROGETTO

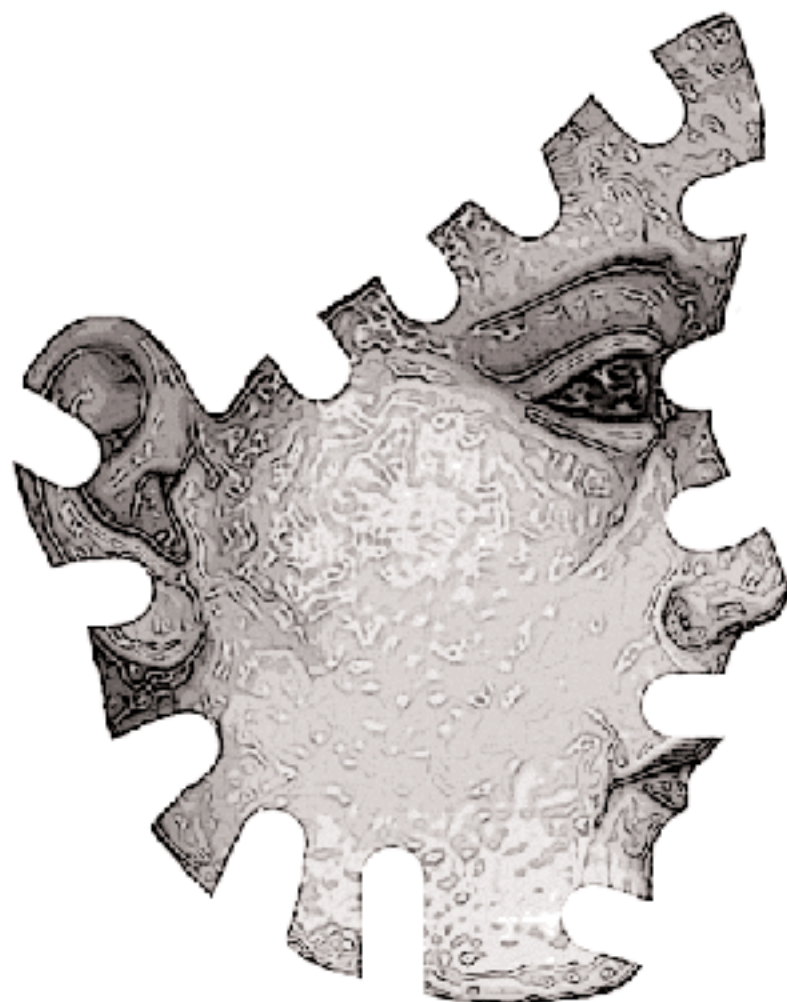
Dei 58 soggetti "a rischio" che si sono rivolti al DSM per un disagio di natura non psicotica, 8 soggetti (7 maschi e 1 femmina) hanno nel corso di un anno di osservazione sviluppato una franca psicosi.

N.	8
SESSO	7 Maschi (87,5%) 1 Femmina (12,5%)
MEDIA ETÀ	21,75 anni (Range: 19-30)
MEDIA ISTRUZIONE (anni di studio)	9,6 anni (Range: 5-16)
OCCUPAZIONE	Studenti 9 (57,5%) Lavora 0 (0%) Non lavora 5 (62,5%)
DIAGNOSI	Disturbi della personalità 3 (38%) Disturbi d'ansia 4 (49%) Disturbi dovuti all'uso di sostanze stupefacenti 1 (13%)

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI CHE HANNO SVILUPPATO UN EPISODIO PSICOTICO NEL PRIMO ANNO DI OSSERVAZIONE SECONDO I CRITERI ALLA BPRS

Punteggi BPRS	% di soggetti
≤ 30	12,5 %
31 - 49	87,5 %
≥ 50	0 %

La distribuzione dei soggetti a rischio che hanno sviluppato un primo episodio psicotico nel corso del progetto sui punteggi BPRS suggerisce che il "pacchetto" di



trattamento fornito è risultato molto efficace nella gestione dell'esordio della psicosi con un esito a un anno largamente caratterizzato da una completa remissione o dalla persistenza di una sintomatologia lieve/moderata.

RISCHIO RELATIVO

Si tratta della probabilità di insorgenza di un evento psicotico nel gruppo con un fattore di rischio, diviso per la probabilità dell'insorgenza di un evento psicotico nel gruppo senza il fattore di rischio.

Rischio Relativo

Fattore di rischio I	Sintomi psicotici attenuati	3
Fattore di rischio II	Fattori di rischio "tatto" + "stato"	8,4
Fattore di rischio III	Episodi psicotici brevi in anamnesi con remissione spontanea	3
Fattore di rischio IV	Almeno un item alla scala dei Sintomi Prodromici di I. Falloon	1,4

Una analisi del rischio relativo ha mostrato che tra i criteri che abbiamo selezionato per identificare i soggetti con "stati mentali a rischio", il Fattore di Rischio II ovvero la combinazione di fattori di rischio di Tatto (anamnesi familiare o disturbo schizotipico di personalità) e fattori di rischio di Stato (sindrome ansiose e/o depressive con compromissione del funzionamento), è l'indicatore più specifico di un episodio psicotico (RR=8.4). La Scala dei Sintomi Prodromici di Ian Falloon (criterio del Fattore di Rischio IV) è risultata invece essere la scala più sensibile.

Un "pacchetto" di trattamento integrato che associ a un ottimale trattamento farmacologico intensivi interventi psicosociali si è dimostrato altamente efficace nel trattamento dei pazienti al primo episodio psicotico. Gli effetti a lungo termine di questo intervento precoce sul decorso della malattia (in termini di ricadute, gravità dei sintomi e livello di funzionamento) sono state valutati nei futuri follow up e hanno confermato i risultati incoraggianti qui esposti. L'identificazione di soggetti con "stati mentali a rischio" grazie a strumenti valutativi ad hoc è una procedura utile ed efficace che può portare precocemente all'attenzione del clinico soggetti a rischio di sviluppare un disturbo psicotico e permette di trattare efficacemente "sintomi prodromici"

CONCLUSIONI

Un "pacchetto" di trattamento integrato che associa un ottimale trattamento farmacologico intensivo interventi psicosociali si è dimostrato altamente efficace nel trattamento dei pazienti al primo episodio psicotico. Gli effetti a lungo termine di questo intervento precoce sul decorso della malattia (in termini di ricadute, gravità dei sintomi e livello di funzionamento) sono state valutati nei futuri follow up e hanno confermato i risultati incoraggianti qui esposti. L'identificazione di soggetti con "stati mentali a rischio" grazie a strumenti valutativi ad hoc è una procedura utile ed efficace che può portare precocemente all'attenzione del clinico soggetti a rischio di sviluppare un disturbo psicotico e permette di trattare efficacemente "sintomi prodromici". Ulteriori studi sono necessari per identificare meglio specifici fattori prodromici di alto rischio. L'idea di prevenire l'esordio della psicosi identificando e trattando efficacemente "sintomi prodromici" in soggetti con "stati mentali a rischio" è ovviamente molto attraente, particolarmente alla luce delle più recenti osservazioni sulla schizofrenia che sottolineano la rilevanza dei fattori psicosociali sul decorso e possibilmente sull'eziologia del disturbo e il loro ruolo nei meccanismi della plasticità e connettività del cervello (Harrison, G., 2004). Un intervento tempestivo, agendo sia a livello biologico (terapia farmacologica) che psicosociale (psicoeducazione, training nella gestione dello stress etc.), ritarda solo l'inevitabile manifestazione di un disturbo o effettivamente lo "cura" prima che questo possa svilupparsi appieno?

* Claudio Cetti, Ornella Kauffmann, Bena Beneggi, Franco Bollini, E. Galletti, Luciano Roris, Marianna Pappalardo, Alessandra Longeri, Giovanna Molinari, Nicola Molteni, Danila Moro, Laura Romano, Annamaria Sarimarro, Bena Somaschini, Giorgio Sconza, Vito Tummino, Mario Vantini e Ian Follooni; con la preziosa collaborazione del personale paramedico del Dipartimento di Salute Mentale di Como.

BIBLIOGRAFIA

- Davidson L., McGlashan T. (1998). *Psychotherapeutic and cognitive-behavioral treatment for schizophrenia*. In: Peris C., McGorry P., *Cognitive Psychotherapy of Psychotic Disorders*.
Larsen T.K., McGlashan T., et al. (1996). *First episode schizophrenia: early course parameters*. *Schizophr. Bull.*
Edwards J., Maude D., McGorry P. (1998). *Prolonged recovery in first episode psychosis*. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 1998.
Fallon IR (1992). *Early intervention for first episodes of schizophrenia a preliminary exploration*. *Psychiatry*, 1992.
Yung A.R., Phillips L.J., McGorry P., McFarlane C.A., Francey S., Harrigan S., Patton G. C., Jackson H. J. (1998). *Prediction of Psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia*. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 1998.
McGorry P.D. (2002). *The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-based reform*.
Wood S.J., Yucel M., Yung A.R., Berger G.E., Velakoulis D., Rantelis C. (2004). *The transition to psychosis: risk factors and brain changes*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2004.

Preventing psychosis: between early identification and optimal treatment

The usefulness of an early diagnosis of psychotic problems and the possibility of preventing this often disabling illness induced the researchers of many countries, as well as the team of The Mental Health Department (DSM) of Como, to experiment models that could allow to implement this ambitious project. This article presents the Regional Project carried out by the DSM of Como. The project, in particular, addressed subjects with an age comprised between 17 and 30 years.

Meta-Codice di Etica

Accettato dall'Assemblea Generale di Granada, Luglio 2005

1. Introduzione

Gli psicologi sviluppano un corpo di conoscenze valido e affidabile basato sulla ricerca e applicano queste conoscenze ai processi psicologici e ai comportamenti umani all'interno di contesti diversi. Nel far ciò occupano ruoli diversi in ambiti quali la ricerca, l'istruzione, l'assessment, la terapia, il counselling, la testimonianza degli esperti, tanto per citarne alcuni. Aspirano anche ad aiutare la gente a sviluppare giudizi e scelte ragionate riguardo il comportamento umano e aspirano inoltre a usare le proprie conoscenze per migliorare la condizione sia dell'individuo sia della società.

La Federazione europea delle associazioni di psicologi (EFPA) ha la responsabilità di assicurare che i codici etici delle associazioni aderenti siano in accordo con i principi fondamentali illustrati di seguito, che intendono offrire una filosofia generale e fornire una guida esaustiva di tutte le situazioni incontrate dagli psicologi.

Le Associazioni Nazionali dovrebbero esigere che i propri membri continuino ad approfondire la propria conoscenza dei problemi etici, promuovendo un training per assicurarsi che ciò avvenga ed offrire loro consulenza e supporto sulle questioni etiche.

L'EFPA fornisce qui di seguito le linee guida per il contenuto dei Codici Etici delle Associazioni che ne fanno parte. Il Codice Etico di un'associazione dovrebbe coprire tutti gli aspetti della condotta professionale dei propri membri. La guida al Contenuto dei Codici Etici dovrebbe essere letta congiuntamente ai Principi Etici.

I Codici Etici delle Associazioni dovrebbero essere basati sui principi etici elencati di seguito, coi quali ovviamente non devono essere in conflitto.

Le Associazioni Nazionali devono anche possedere procedure per indagare e decidere circa le lamentele nei confronti dei propri membri, nonché procedure di mediazione, correttive e disciplinari, per stabilire le azioni necessarie.

2. Principi Etici

2.1 Rispetto per i diritti e la dignità della persona

Gli psicologi garantiscono un adeguato

rispetto e promuovono lo sviluppo dei diritti fondamentali, della dignità e del valore di tutte le persone. Rispettano il diritto alla privacy, la riservatezza, l'autodeterminazione e l'autonomia della persona, in linea con la legge e gli altri obblighi professionali.

2.2 Competenze

Gli Psicologi devono assicurare e mantenere alti standard di competenze nel loro lavoro. Riconoscono i limiti delle competenze specifiche e i confini dei loro ambiti d'intervento. Forniranno solo quei servizi e useranno solo quelle tecniche per le quali sono qualificati tramite la formazione accademica, il training o l'esperienza.

2.3 Responsabilità

Gli Psicologi sono consapevoli della responsabilità professionale e scientifica verso i propri clienti, la comunità e la società in cui operano e vivono. Gli Psicologi evitano di nuocere e sono responsabili delle proprie azioni e si assicurano, per quanto possibile, che non venga fatto cattivo uso dei loro servizi.

2.4 Integrità

Gli Psicologi cercano di promuovere l'integrità nella scienza, nell'insegnamento e nella pratica della psicologia. In queste attività gli psicologi sono onesti, rispettosi ed equi verso gli altri, s'impegnano a chiarire alle parti in causa il ruolo che ricoprono e ad agire in modo appropriato, in accordo con tale ruolo.

3. Contenuto dei Codici Etici delle Associazioni nazionali

Nel seguente meta-codice il termine "cliente" si riferisce a qualsiasi persona, paziente, altre persone in posizione di interdipendenza con le prime o organizzazione con cui lo psicologo intrattiene una relazione professionale, incluse le relazioni indirette.

I Codici Etici professionali per psicologi devono prendere in considerazione quanto segue:

Il comportamento professionale dello psicologo deve essere considerato entro un ruolo professionale caratterizzato da una relazione professionale.

Una disuguaglianza di conoscenze e po-

tere influenza sempre le relazioni professionali dello psicologo coi suoi clienti e colleghi.

Quanto più ampia sarà questa disuguaglianza nella relazione professionale e quanto maggiore la dipendenza dei clienti, tanto più grande sarà la responsabilità dello psicologo.

Le responsabilità dello psicologo vanno considerate entro il contesto della fase in cui si trova la relazione professionale.

Interdipendenza dei 4 principi:

Occorre riconoscere che ci sarà sempre una forte interdipendenza fra i 4 Principi Etici e le loro specificazioni. Ciò implica che risolvere un dubbio o una questione etica richiederà sempre allo psicologo una riflessione e spesso un dialogo con i clienti e i colleghi, in cui andranno soppesati i diversi principi etici. Prendere una decisione e agire è necessario, anche qualora permangano questioni conflittuali.

3.2. Aspetto dei diritti e della dignità della persona

3.2.1 Rispetto generale

I) Consapevolezza e rispetto per la conoscenza, l'intuito, l'esperienza e le aree di competenza dei clienti, di terzi significativi, dei colleghi, degli studenti e del pubblico in generale.

II) Consapevolezza delle differenze individuali, culturali e di ruolo incluse quelle riguardanti disabilità, genere, orientamento sessuale, razza, etnia, provenienza, età, religione, lingua e stato socio-economico.

III) Astensione da pratiche che sono il risultato di concezioni pregiudiziali e potrebbero portare a discriminazioni.

3.2.2 Privacy e riservatezza

I) Impegno a raccogliere e dare informazioni limitatamente a quanto necessario per il conseguimento degli obiettivi professionali.

II) Custodia e uso adeguati delle informazioni e della documentazione, sotto qualsiasi forma, al fine di assicurare la riservatezza, inclusa l'adozione di adeguate precauzioni per rendere anonimi i dati quando necessario e la restrizione dell'accesso alla documentazione e alle relazioni solo a coloro che hanno il legittimo diritto di venire a conoscenza.

III) Impegno a far conoscere ai clienti e a chiunque altro abbia una relazione pro-

fessionale con lo psicologo le condizioni previste dalla legge di tutela della privacy.

IV) Impegno, nel caso in cui il sistema legale richieda la visione dei documenti, a fornire solo le informazioni pertinenti alla questione e, per il resto, mantenere la riservatezza.

V) Riconoscimento dei conflitti che possono insorgere fra la riservatezza e la protezione del cliente o di parti terze significative.

VI) Riconoscimento del diritto dei clienti ad avere accesso alle relazioni e alla documentazione che li riguardano e ad avere l'assistenza e la consulenza necessarie, così da fornire loro un'informazione adeguata ed esauritiva e garantire il loro massimo interesse. Il diritto ad un'informazione adeguata va esteso a coloro che sono coinvolti in altri tipi di relazioni professionali (es. partecipanti ad una ricerca).

VII) Custodia della documentazione e sicurezza delle relazioni che assicurino l'accesso di un cliente a ciò che lo riguarda tutelando contemporaneamente la riservatezza delle informazioni relative ad altri.

3.1.3 Consenso informato e libertà di consenso

I) Chiarificazione e discussione continue delle azioni, delle procedure professionali e delle probabili conseguenze delle azioni dello psicologo, in modo da assicurare che il cliente dia un consenso informato prima e durante l'intervento psicologico.

II) Illustrazione al cliente delle procedure di custodia della documentazione e di comunicazione dei dati.

III) Riconoscimento che i clienti possono essere più di uno, e che questi possono essere di primo e secondo grado in quanto hanno relazioni professionali diverse con lo psicologo, il quale, di conseguenza, ha una serie di responsabilità diversificate.

3.1.4 Autodeterminazione

I) Massimizzazione dell'autonomia e dell'autodeterminazione del cliente, incluso il diritto generale di iniziare e concludere la relazione professionale con lo psicologo, riconoscendo nello stesso tempo la necessità di mantenere un equilibrio tra autonomia, dipendenza ed azioni pubbliche.

II) Specificazione dei limiti di tale autodeterminazione tenendo conto di diversi fattori quali l'età e la salute mentale del cliente ed eventuali restrizioni stabilite da un procedimento legale.

3.2 Competenze

3.2.1 Consapevolezza etica

Impegno ad avere una buona conoscenza di etica, incluso il Codice Etico, e a integrare le questioni etiche nella pratica professionale.

3.2.2 Limiti di competenza

Impegno a svolgere la pratica profes-

sionale restando entro i limiti di competenza acquisiti con la formazione accademica, il training e l'esperienza.

3.2.3 Limiti delle procedure

I) Impegno a tener conto dei limiti delle procedure riferite a compiti particolari e dei limiti delle conclusioni che possono essere tratte nelle diverse circostanze e per particolari finalità.

II) Impegno a conoscere l'evolversi di teorie e metodi all'interno della comunità psicologica e a esercitare in conformità ad essi.

III) Impegno a controbilanciare il bisogno di esercitare la cautela nell'utilizzo di metodi nuovi con la consapevolezza che continueranno ad emergere nuove aree di pratica e nuovi metodi e che ciò costituisce un fatto positivo.

3.2.4 Aggiornamento continuo

Obbligo di aggiornamento professionale continuo.

3.2.5 Incapacità

Impegno ad astenersi dall'esercizio della professione quando le proprie competenze o capacità di giudizio risultano negativamente influenzate, anche per problemi temporanei.

3.3 Responsabilità

3.3.1 Responsabilità generale

I) Per la qualità e le conseguenze delle azioni professionali dello psicologo.

II) Di non screditare la professione.

3.3.2 Promozione di standard elevati

Promozione e mantenimento di alti livelli qualitativi di attività scientifica e professionale e impegno da parte dello psicologo ad organizzare la propria attività in conformità al codice etico.

3.3.3 Evitamento del danno

I) Evitamento dell'abuso di conoscenze o pratiche psicologiche e minimizzazione del danno prevedibile e inevitabile.

II) Riconoscimento del bisogno di adottare particolare cautela nello svolgere ricerche o dare giudizi professionali su persone che non hanno dato il proprio consenso.

3.3.4 Continuità di cura

I) Responsabilità della continuità necessaria della cura professionale dei clienti, inclusa la collaborazione con altri professionisti e il ricorso a provvedimenti appropriati in caso di necessità da parte dello psicologo di sospendere o terminare la presa in carico.

II) Responsabilità verso il cliente che sussiste anche dopo la cessazione formale della relazione professionale.

3.3.5 Responsabilità estesa

Assunzione della responsabilità generale per le attività scientifiche e professiona-

li, inclusi gli standard etici, verso dipendenti, assistenti, supervisori e studenti.

3.3.6 Risoluzione dei dubbi

Riconoscere che i dubbi etici possono insorgere e che ricade sullo psicologo la responsabilità di chiarire tali dubbi e di consultare i colleghi e/o le associazioni di categoria e informare le altre persone competenti circa le criticità del Codice Etico.

3.4 Integrità

3.4.1 Riconoscimento delle limitazioni professionali

Impegno ad essere auto riflessivi e aperti riguardo i propri limiti personali e professionali e invito a cercare consigli e supporto professionali in situazioni difficili.

3.4.2 Franchezza e accuratezza

I) Accuratezza nel presentare qualifiche rilevanti relative alla formazione, all'esperienza, alle competenze e all'appartenenza ad associazioni.

II) Accuratezza nel presentare le informazioni e impegno a riconoscere e non occultare ipotesi, dimostrazioni o spiegazioni alternative.

III) Franchezza e accuratezza in merito a qualsiasi implicazione economica della relazione professionale.

IV) Riconoscimento del bisogno di accuratezza e dei limiti delle conclusioni e delle opinioni espresse in dichiarazioni e relazioni professionali.

3.4.3 Lealtà e Trasparenza

I) Impegno generale a fornire informazioni ed evitare affermazioni mendaci nella ricerca e nella pratica professionale.

II) Impegno a non occultare le informazioni e a non sostenere temporaneamente affermazioni mendaci, se sono disponibili procedure alternative. Se vi è stata slealtà, permane l'obbligo di informare e ripristinare la fiducia.

3.4.4 Conflitto di interessi e sfruttamento

I) Consapevolezza dei problemi che possono insorgere in una relazione duale e impegno ad evitare una tale relazione nel caso riduca la necessaria distanza professionale o possa portare a un conflitto di interessi allo sfruttamento di un cliente.

Impegno a non sfruttare una relazione professionale per ragioni personali, religiose, politiche o per altri interessi ideologici.

II) Consapevolezza che il conflitto di interessi e la disuguaglianza di potere in una relazione possono ancora permanere dopo la conclusione formale della relazione professionale e che la responsabilità professionale può ancora persistere.

3.4.5 Azioni dei colleghi

Impegno a esercitare un'oculata vigilanza nei confronti dell'operato professionale dei colleghi e a provvedere a informare gli stessi, se necessario, le associazioni e le autorità professionali competenti, se sussiste un problema di condotta non etica.

La Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza è una Organizzazione non lucrativa di utilità sociale fondata il 18 Maggio 1999.

La Società non ha fini di lucro ed intende perseguire i seguenti scopi:

- *intervento in situazioni straordinarie di maxi-emergenza*: naturali, sociali (attacchi terroristici, som mosse, eventi di massa, etc.), sanitarie (epidemie, psicosi collettive, etc.) e tecnologiche (incidenti industriali, ferroviari, aerei etc.) con uno specifico approccio di crisi adattato alle condizioni di intervento
- *studio e ricerca* nei vari ambiti della psicologia, con particolare attenzione per i modelli e le tecniche di intervento psicologici e psicoterapeutici in situazioni di emergenza
- *formazione ed aggiornamento* degli psicologi, dei medici e degli operatori impegnati nei programmi di prevenzione, soccorso e recupero in situazioni di emergenza
- *volontariato in ambito psicologico e sociale* mediante interventi rivolti alla prevenzione ed al recupero dei fenomeni di disagio psicologico conseguenti all'esperienza di eventi traumatici
- *divulgazione e sensibilizzazione* degli operatori di soccorso rispetto alle peculiarità psicologiche della risposta delle vittime e del soccorritore a situazioni di emergenza ed alle possibili strategie di risposta

La S.I.P.E.M.-Onlus è intervenuta con i propri Nuclei di Supporto Psico-sociale a seguito di numerosi eventi disastrosi individuali e collettivi in Italia e all' Estero.

Alcune esperienze di intervento: crollo di Viale Giotto (Foggia 11/11/1999), esplosione di Via Ventotene (Roma 27/11/2001), sciagura aerea Pirellone (Milano 18/4/2002), terremoto Molise (San Giuliano di Puglia 31/10/2002), "Acciones de Atención Psicosocial" (Bogotá Aprile 2003), crollo di Via delle Frasche (Foggia Novembre 2004), sciagura aerea ATR 72 (Palermo 6/8/2005).

La SIPEM-Onlus ha partecipato e partecipa inoltre a esercitazioni di Protezione Civile e Difesa Civile.

La Società ha promosso e promuove numerose attività formative ed iniziative di informazione/sensibilizzazione degli psicologi e degli operatori di emergenza, ha concorso alla pubblicazione di numerosi testi sulla Psicologia dell'Emergenza, è stata presente nella Commissione Nazionale sulla Psicologia dell'Emergenza dell'Ordine Nazionale degli Psicologi e in alcune Commissioni degli Ordini regionali, lavorando per la costruzione di Protocolli di intervento integrati nel sistema di risposta istituzionale.

Nel novembre 2003 la S.I.P.E.M.-Onlus ha ricevuto dal Presidente della Repubblica il Premio Solidarietà 2003 "Luciano Tavazza" in considerazione delle attività svolte a favore delle vittime di eventi disastrosi avvenuti sul territorio nazionale.

S.I.P.E.M.-Onlus

Presidente Michele Cusano

via Benedetto Croce 62 - 00142 Roma • sito: www.sipem.org • e-mail: sipemonlus@tiscali.it

Convegni e seminari



Congresso internazionale di Psicologia applicata

Athene, 16-21 luglio 2006

The 26th International Congress of Applied Psychology (ICAP 2006) of the International Association of Applied Psychology will be held in Athens, Greece, July 16-21, 2006. The theme of the Congress emphasizes contributions of Psychology to problems of the individual and society. The Congress will be organized by the Hellenic Psychological Society and the Association of Greek Psychologists in close cooperation with the officers of IAAP and the Presidents of the Divisions. The Congress Secretariat, Erasmus Conferences Tours and Travel, S.A. is available to help participants with visa assistance and other information. The emails of the Congress are: icap2006@psych.uoa.gr regarding scientific program matters and info@erasmus.gr regarding organizational matters. The web-sites www.iaapsy.org and www.erasmus.gr will be continually updated.

RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Aristide Saggino. *La teoria dei tipi psicologici. Una verifica empirica.* Laterza, Roma-Bari, 2002, pp.102, euro 13

La teoria dei tipi psicologici è stata elaborata da C.G. Jung ed è storicamente considerata una delle teorie più importanti nell'ambito della psicologia della personalità.

Scopo del volume è di valutare gli aspetti psicometrici del Meyer-Briggs Type Indicator forma F (MBTI f), un questionario di 166 item a scelta multipla, molto utilizzato nell'orientamento scolastico e professionale e nella selezione del personale. La maggior parte del volume, corredata da molte tabelle e grafici, è dedicata alla dimensione psicometrica, con l'aggiunta dello scaling multidimensionale, l'analisi della correlazione canonica e lo studio dicotomico delle scale.

Lo strumento è stato ideato da Myer nel 1962 con il preciso obiettivo di operare a realizzare la teoria dei tipi psicologici di Jung (1921).

In questo lavoro Saggino si è posto l'obiettivo di evidenziare se l'MBTI f misuri effettivamente i tipi psicologici quali che altro costrutto, mediante la verifica della struttura fattoriale (analisi fattoriale esploratoria e confermativa), l'applicazione dell'analisi dei cluster e il confronto con altre scale di personalità quali il 16PF di Cattell e l'EPO di Eysenck.

Un capitolo è dedicato al problema dei tipi nella psicologia della personalità, con specifici riferimenti alle teorie dei tratti di Cattell, Eysenck e al Big Five.

L'Autore conclude che la ver-

sione italiana del MBTI f non è una valida misura della teoria dei tipi psicologici di Jung, anche se è risultata una valida misura di alcuni tratti di personalità ben noti, in particolare dell'estroversione, dato che "la teoria che ne è alla base rappresenta soltanto una inutile complicazione che nulla aggiunge alle capacità dello strumento, ma molto può togliere complicando inutilmente la vita a coloro che lo utilizzano".

Luigi Maria Giannetti, Balsamo e Annamaria Nazzaro. *Tecniche e strategie cognitive, emotive e comportamentali in età evolutiva. Approccio psicoterapeutico e psicofarmacologico.* Prefazione di Francesco Aquilar. Franco Angeli, Milano, 2001, pp. 236, euro 19,63

Il volume è un manuale relativo al trattamento dei disturbi nevrotici e della sessualità nell'età evolutiva, secondo il modello cognitivo-comportamentale.

Gli AA., partendo dai modelli dell'attaccamento descrivono lo sviluppo psicoaffettivo, l'organizzazione del carattere.

Partendo dal disturbo ossessivo vengono affrontate varie tematiche psicopatologiche, quali le paure e le fobie, i disturbi d'ansia, le problematiche depressive, le organizzazioni patologiche della personalità, i disturbi del comportamento alimentare, quelli del controllo sfinterico, i tic, la balbuzie, il disturbo da deficit d'attenzione

e le problematiche sessuali dei bambini.

Gli AA. definiscono il loro modello d'intervento "cognitivo - emotivo - comportamentale" in quanto alle tecniche cognitive - comportamentali standard affiancano delle metodologie che derivano dall'approccio di Ellis (modello razionale - emotivo) ed anche dalla psicoanalisi infantile, opportunamente modificate.

Franco di Maria e Girolamo Lo Verso (a cura di). *Gruppi. Metodi e strumenti.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002, pp.267, euro 20,50

Come scriveva nel 1973 Foulkes, il gruppo "è la matrice della mente dell'individuo" e la gruppoanalisi può essere considerata sia come metodo di approccio ai problemi individuali che come uno strumento di indagine e ricerca scientifica che intende esplorare nel mondo interno dell'individuo il rapporto tra questi e i fatti psichici collettivi.

Scopo del volume, che riporta i contributi di ben 13 psicologi esperti nella teoria e nella pratica dei gruppi, è di "socializzare e diffondere il sapere gruppal, teorico e pratico, acquisito in questi anni".

Viene enfatizzato l'uso del gruppo come oggetto e come metodo, come soggetto e come tecnica, capace di promuovere processi trasformativi in direzione di una sempre migliore qualità della vita individuale, istituzionale, sociale.

Partendo da un inquadramento dei vari tipi di gruppo e sviluppando il concetto di setting, cioè "le regole della cura riferite soprattutto al terapeuta, al suo 'intenzionamento' e al suo modo di concepire il gruppo", il volume definisce i punti essenziali per il lavoro con diversi tipi di gruppi nei vari contesti: da quelli clinico-terapeutici, a quelli utilizzati nel campo della salute mentale, del sociodramma, dei gruppi psicosociali e di quelli formativi. Nel volume vengono descritti ed analizzati i gruppi terapeutici classici (gruppoanalisi soggettuale), i gruppi omogenei con pazienti dell'area socio-sanitaria, i gruppi nel campo dell'arteterapia e della riabilitazione psicosociale.

L'idea alla base del volume è che "ogni tipo di gruppo debba essere pensato, consapevolmente fondato e valutato in base all'effettiva formazione, ed esperienza del conduttore, chiaro nei suoi obiettivi, metodi, valutabile rispetto alla sua efficacia".

Il libro è certamente un efficace sguardo d'insieme sugli orientamenti più attuali della metodologia di lavoro con i gruppi. Una nutrita bibliografia alla fine di ogni capitolo ed un glossario completano il volume.

Giuseppe Favretto (a cura di). *Il cliente nella sanità. I risultati di un percorso di ricerca.* Franco Angeli, Milano, 2002, pp.320, euro 20,66.

La customer satisfaction riveste nella cultura della qualità un ruolo fondamentale ed

oggi ha trovato un terreno di fertile applicazione nel settore sanitario sia pubblico che privato. Si è passati da pazienti "passivi" a clienti "attivi" in grado di partecipare da co - protagonisti che incrementano la qualità dei servizi, con l'instaurarsi di un circolo virtuoso della soddisfazione del cliente - paziente che viene agito dalla qualità della competenza comunicativa e relazionale del personale sanitario che poi è alla base del successo terapeutico.

Come rileva Faretto c'è una evoluzione che porta al paradigma dal cliente "esterno" al cliente "interno".

Il primo si fonda sulla visione o strategia del prodotto servizio, con il personale di front - line orientato al cliente e l'utilizzazione di sistemi "amichevoli" verso il cliente.

Il secondo paradigma che invece si fonda sulla cultura e il clima organizzativo, la leadership e l'organizzazione. Una prima parte del libro è dedicata all'analisi della qualità, in particolare quella relativa all'ambito sanitario, la *Quality Management*, e al *Quality Improvement*, la gestione strategica della qualità.

Vengono poi presentati la metodologia di ricerca e gli strumenti per l'indagine; ed infine i risultati condotti presso l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda (BS) che riguardano un campione di 1200 interviste individuali compiute al momento della dimissione.

Quello che l'A. ha messo in luce, è che rimane un problema non risolto il rapporto tra customer satisfaction e valutazione della qualità stessa. Proprio in ambito sanitario il paziente - cliente è in una condizione inferiore rispetto ad un cliente di una impresa di beni, principalmente per tre motivi: "il paziente non è quasi mai in grado di giudicare la qualità tecnico - scien-

tifica delle cure ricevute; non ha molte possibilità di confrontare "prodotti diversi" in quanto riceve terapie importanti solo una volta o poche volte nella vita; la condizione di dolore e la paura lo mette in posizione di debolezza psicologica e di forte suggestibilità". Il volume si chiude con una ricca bibliografia.

Diego Garofano, *La psicologia dell'età evolutiva nelle aziende sanitarie. Mission, progetti, linee guida e strategie di intervento*. Con i contributi di Luciano Baldini, Federica Mozzarella, Donata Francescano, Manuela Tomai e Minou Ella Menana. Prefazione di Luigi Ranzato. Edizioni Sapere, Padova, 2003, pp.303, euro 15,00

Il volume è dedicato ad una nuova cultura dell'infanzia e ai servizi di salute nell'età evolutiva.

Viene analizzata l'inadeguatezza degli attuali Servizi sanitari per l'infanzia, consultori, reparti di neuropsichiatria infantile, ecc., che sono dei contenitori rassicuranti per le ansie degli adulti, ma inadeguati alle esigenze dei bambini.

Viene ipotizzata la costituzione di un'Area di psicologia dello sviluppo in un Servizio autonomo di Psicologia nel quale si sviluppa e concretizza una visione ed una psicologia dell'infanzia e un relativo intervento strategico psicologico per la salute dei bambini.

Vengono quindi presentate delle esperienze di interventi di empowerment nella scuola, a livello familiare e preventivo e nelle applicazioni del modello di psicologia di comunità.

Viene anche posto il problema della valutazione dell'intervento psicologico e della

qualità dei processi formativi, relazionali, organizzativi nelle aziende sanitarie.

Due capitoli sono dedicati alla storia ed evoluzione della psicologia pediatrica e alla prevenzione del rischio evolutivo nello sviluppo psicologico dei bambini da 0 a 3 anni.

Una appendice è dedicata ad un repertorio di linee - guida e a dei protocolli operativi per i servizi per l'età evolutiva.

Una rassegna bibliografica, l'indice dei nomi ed un articolato indice analitico completano il libro.

Lucia Carli e Claudio Tomzar (a cura di), *Psicologia e nuove professionalità. Prime riflessioni all'avvio della riforma universitaria*. Liguori Editore, Napoli, 2003, pp.315, euro 18,50

Il libro raccoglie le relazioni presentate nel Convegno tenutosi a Urbino nel novembre 2001 e organizzato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, dal corso di laurea in Psicologia dell'Università di Urbino, dall'Ordine degli Psicologi delle Marche e dalla Facoltà in Scienze della Formazione.

La prima parte dei contributi fa riferimento al rapporto formazione accademica e nuove professionalità psicologiche e i relativi aspetti giuridico - amministrativi.

La seconda parte è rivolta alle varie applicazioni della psicologia. Si parte con i settori tradizionali della psicologia della salute ed ospedaliera, della clinica, di quella di comunità, di quella scolastica e dell'orientamento, di quella penitenziaria e criminologica, per toccare la neuropsicologia e la riabilitazione cognitiva e i settori più attuali come la psicologia del turismo, dello sport e la web psychology, la giuridica e la mediazione familiare, la psi-

cologia economica, dell'emergenza e del traffico.

Il fantasma che aleggia negli interventi è il ripensamento della formazione psicologica a seguito della riforma universitaria con le lauree di primo e secondo livello e con le possibili conseguenze sugli sbocchi professionali.

In appendice vengono presentati vari documenti relativi agli aspetti normativi, entro cui si colloca il processo di riforma universitaria e alle conseguenti modifiche degli ordinamenti professionali, oltre al documento che riguarda il quadro di riferimento comune per l'istruzione degli psicologi in Europa, elaborato nell'ambito del progetto EuroPsyT.

Maria Mirella DiIppoliti, *Vincere barbabla*. Edizioni La Meridiana, Molfetta (BA), 2003, pp.143, euro 18,00

Il libro parte dalla storia di Saturnia "che si dibatte tra sentieri avversi, che tocca abissi profondi" per svolgere una riflessione teorica sulla psicosi schizofrenica a sintomi positivi.

È scritto con molta maestria e delicatezza, in una ottica epistemologica rogersiana.

Come ricorda l'Autrice "Saturnia, mia amica e collega, mi ha raccontato la sua storia apparentemente paradossale. L'ho ascoltata, l'ho risentita dentro di me, l'ho fatta mia. Saturnia mi ha chiesto di raccontarla per lei". Dice Saturnia: "Quando l'inconscio ti attira e ti inganna, ti dici: 'La barba di Barbabla non è poi così blu'. Difficilmente puoi decidere da sola di bloccare tutto con le medicine, a meno che non scegli diversamente. Come accade oggi per me".

La lettura di questo volume mi ha ricordato il "Diario di una schizofrenica" della Sechehaye (1968), ma forse è una lettura più appassionante.

RECENSIONI

Carlo Bisio (a cura di). *Fattore umano e sicurezza sul lavoro. Aspetti psicosociali e interventi nelle organizzazioni*. Premessa di Giancarlo Bianchi. Edizioni Unicopli, Milano, 2003, pp.183, euro 12,00

Da quando è uscito il D.Leg. 636/94 sono stati pubblicati una moltitudine di volumi sul tema della sicurezza, tecnici e giuridici, ma quelli relativi agli aspetti psicologici si possono contare sulle dita di una mano. Questo volume, curato da Bisio e scritto a più mani da otto psicologi che a vario titolo si occupano di sicurezza lavorativa, toglie il velo di silenzio che sull'argomento ha tenuto la psicologia italiana. Il libro è rivolto essenzialmente al fattore umano che viene ritenuto dagli "addetti ai lavori" come una delle variabili più importanti che pesa sul fenomeno infortunistico.

Ottavia Albanese, Pierre-André Doudin e Daniel Martin (a cura di). *Metacognizione ed educazione. Processi, apprendimenti, strumenti*. (Nuova edizione riveduta e ampliata). Franco Angeli, Milano, 2003, pp. 351, euro 23

La metacognizione, secondo gli AA., si è dimostrata come uno dei più importanti predittori dell'apprendimento, operando una distinzione tra conoscenze ed abilità metacognitive. Il costrutto della metacognizione fa riferimento a due concetti: uno sulla conoscenza dei processi cognitivi (Falvelli) e l'altro sulla regolazione di tali processi (Brown). Una definizione operativa di metacognizione è come la conoscenza che qualcuno possiede sul proprio funzionamento cognitivo e le stra-

tegie che mette in atto per controllare questo processo. Secondo questo filone di ricerca la maggior parte degli apprendimenti si attua "per mezzo della trasmissione culturale e i genitori, gli insegnanti e ogni altro educatore o esperto della formazione giocano un ruolo fondamentale non solo come trasmettitori di conoscenze, ma anche come mediatori tra il soggetto e la nozione da apprendere".

Il mediatore non è soltanto un attore importante nella costruzione delle conoscenze dell'allievo, ma "contribuisce anche con i suoi interventi alla costruzione di un repertorio di strategie e di processi di pensiero che sono condizioni necessarie per un funzionamento cognitivo ottimale".

Va ricordato che questa concettualizzazione ha trovato riscontro, già negli anni ottanta, nella teoria dei sistemi esperti che individuava nella figura dell'educatore come "ingegnere della conoscenza". Secondo gli AA. questa concezione è molto vicina alla posizione di Vygotsky (1934) che, con il suo concetto di zona di sviluppo prossimale è il primario riferimento teorico.

Dopo una rassegna della letteratura sull'approccio metacognitivo, viene analizzato il cosiddetto "pensiero critico" e quindi vengono indicati differenti metodi di intervento in una "prospettiva trasversale legata alla autovalutazione, alle interazioni tra gli allievi, al modo di porre domande ed all'utilizzo di momenti di riflessione.

Una buona seconda parte del volume è poi dedicata alla comprensione dei testi. L'ultima parte è rivolta alle applicazioni dell'educazione cognitiva e metacognitiva all'insegnamento specializzato, alla formazione professionale, all'impresa, ai centri di alfabetizzazione ed anche alla prevenzione dei decadi-

menti cognitivi nella vecchiaia. Può essere una utile lettura per gli psicologi che si occupano di problemi educativi e rieducativi.

Alberto Zucconi e Patty Howell. *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Prefazione di Franco La Ferla. Edizioni La Meridiana, Molfetta (BA), 2003, pp.388, euro 30

La promozione della salute, sottolinea Zucconi, è la promozione del cambiamento sociale, sulla linea di quanto indicato dalla Carta di Ottawa nel 1986 che ha richiamato le organizzazioni internazionali e delle persone di tutto il mondo affinché "fosse riconosciuto e sostenuto il valore della promozione della salute come fondamentale investimento sociale".

In questa prospettiva viene enfatizzata la necessità che ogni individuo comprenda di essere il principale curatore della propria vita ed il centro della propria salute. Partendo da un'analisi del modello biomedico l'autore approda al paradigma del modello biopsicosociale, in cui vengono individuate le determinanti della salute per avviare il processo di promozione della salute.

Il modello psicologico di riferimento è l'approccio centrato sulla persona che si fonda su un'etica della promozione della salute al fine di facilitare il cambiamento degli stili di vita. Tale approccio fornisce un contesto per "creare relazioni che stimolano la crescita personale e per diffondere competenze che favoriscono l'empowerment dei professionisti e dei loro clienti". Esso si coniuga con il paradigma sistemico che considera la salute come effetto di una molteplicità di

determinanti biopsicosociali. Difatti la promozione della salute trova applicazione sull'individuo, nella famiglia, nella scuola, nei luoghi di lavoro, negli ambienti sanitari e in tutte quelle istituzioni che si occupano di qualità della vita degli individui: "La promozione della salute promette benefici incalcolabili per le nostre vite e per il nostro pianeta. Possiamo e dobbiamo migliorare la nostra salute e conferire analogamente empowerment agli altri. Secoli di conoscenza possono armonizzarsi con le nuove conoscenze per darci preziose opportunità di cambiamento personale e sociale che miglioreranno la vita delle persone con ripercussioni positive in tutto il mondo". Queste sono le sfide che, secondo Zucconi, ci attendono.

In appendice viene riportata per esteso la Carta di Ottawa, un glossario ed una nutrita bibliografia.

Automobile Club Italia. *Atti del XIV Convegno tecnico ACL Sicurezza stradale ed uso delle infrastrutture*. Roma, 2003, pp.13 + Cd-Rom, s.i.d.p.

Sono riportati gli atti del Convegno Tecnico che ha cercato di rivalutare, fermo restando il ruolo determinante del comportamento umano nella produzione degli incidenti stradali, il contributo non irrilevante che le infrastrutture svolgono nella causazione degli incidenti stessi.

Come sostenuto dai vari relatori, tra i quali non era presente alcun psicologo, non è infrequente che l'infrastruttura, a vario titolo, possa indurre comportamenti a rischio nel conducente "qualificandosi se non come causa unica, certamente come causa determinante nelle sim-
simultaneità".

Sylvia Plath

SERENA SCIONTI

Sylvia Plath, scrittrice e moglie del poeta Ted Hughes, era nata a Boston il 27 Ottobre 1932. L'11 Febbraio 1963, un mese dopo la pubblicazione del romanzo *La campana di vetro*, prepara fette di pane imburattato per i figli, li mette al sicuro, sigilla porte e finestre con del nastro adesivo, apre il gas, infila la testa nel forno e si toglie la vita. Una settimana prima aveva scritto l'ultima poesia, *Otto*, testamento spirituale in versi.

A trasformare in corto metraggio gli istanti conclusivi dell'esistenza di Sylvia è felicemente riuscito Antonio Endrizzi, appassionato cinefilo e regista di corti. Nel suo *Limite*, una Sylvia contemporanea, t-shirt nera e piedi nudi, prepara con gesti misurati il suo suicidio: lascia la tastiera del pc, su cui ha battuto l'ultimo testo, porta del latte in una cameretta, mette lo scotch alla porta-finestra di una cucina moderna, apre il gas e, rannicchiata sul pavimento, la testa fra le gambe, attende desolata. La morte è già avvenuta, non c'è bisogno di vedere il corpo esanime. A cullarla, le musiche di Luciano Berio e Bela Bartok.

Sylvia Plath, divenuta un'icona del femminismo e della scrittura di genere, suscita oggi molto interesse ed è fatta oggetto di numerose pubblicazioni: tra di esse, *Sylvia e Sylvia Plath: i giorni del suicidio*, entrambi di Stefania Caracci. Traduttrice italiana della Plath, Amelia Rosselli ne ha imitato il tragico gesto togliendosi la vita l'11 febbraio.

L'interesse che circonda la vicenda artistica e umana della scrittrice americana non si limita agli studi letterari, anche il cinema ha voluto ricordarla, con *Sylvia* del 2003, impersonata da Gwineth Paltrow. Il gruppo inglese dei Blue Aeroplanes, guidato da Gerard Langley, poeta-cantante, ha messo in musica la poesia *The Applicant*: la pop band italiana per cui scrive canzoni e canta Daniele Luttazzi, prende il nome dalla raccolta di prose di Sylvia: *Johnny Panic and the Bible of Dreams*.

Scrittrice nonostante le fatiche della maternità - ebbe due figli a breve distanza - Sylvia tradusse in versi e in prosa l'angoscia che da sempre l'attanagliava, il disagio psichico, la ribellione verso il conformismo sociale che la voleva moglie perfetta e madre soddisfatta. Di lei le donne - madri - mogli che scrivono non possono non condividere le inquietudini, ma nel contempo apprezzare la forza espressiva, il coraggio, la tenacia dell'affermazione di sé. A lei Alina Rizzi, scrittrice e madre, nonché sceneggiatrice del corto di Endrizzi, dedica la sua ultima raccolta poetica, *Dio e la bambina*, edita nei Quaderni di Orfeo di Milano. Alla "bambina che voleva essere Dio" - così Sylvia si firmava nei suoi diari - dichiara «io ti conosco», nel primo dei sei testi della silloge.

Scritto per ricordare Sylvia e ricostruirne l'esistenza, *Dio e la bambina* si rivolge ad ogni donna che conosca il demone della scrittura e per essa rubi stracci di tempo alle incombenze quotidiane, «dove si incistano i giorni», proprio come fece Sylvia, «bimba divina», che scrisse versi immortali malconciando il ruolo di madre, moglie - tradita -, casalinga, fino alla Edge di un'alba livida di febbraio.

Richiamando lo stile della *confessional poetry*, che fu di Sylvia, Alina ricorda nei suoi versi il trauma dell'elettroshock, cui la Plath fu sottoposta a causa dei disturbi mentali («come lo squarcio azzurrato / lo sprizzo di cielo elettrificato») e l'«indigesto boccone» di barbiturici che per due volte non l'aveva uccisa. Il terzo tentativo fu efficace: «Sylvia ha rinunciato al suo gino in aquilone», ora «Dio e la bambina vanno a braccetto / lungo un filare di cipressi». Ma il «canto acuto» della poetessa anglo-americana è immortale, «ha spiegato ali che «danzano aguzze come aghi» celebrando la sua «impaziente attesa / la vita mai abbastanza». Ricordando Sylvia, Alina Rizzi ha tratteggiato tutte le Sybrie della storia, tutte le «bimbe dai fianchi larghi» che scrivono di nascosto appunti di diario, «con gli occhi appesi ai vetri» - come la Eveline dei *Dubliners* di Joyce. Il «corpo offeso / assolto dal calore» di Sylvia le invita ancora a coltivare i «sogni frantumati all'alba», anche se nei giorni maschili «attraversiamo l'imbuto del silenzio».

Le parole imperiture di Sylvia, e delle molte altre autrici ospitate nel sito della Rizzi (www.segniesensi.it), esortano le donne che scrivono nel «respiro dei ritagli» a riappropriarsi di tempi e spazi, come disse Virginia Woolf, che desiderava semplicemente «una stanza tutta per sé».

V
Eccoci: fatte della polvere
dei sogni frantumati all'alba
tenecotte dell'impasto denso
attraversiamo l'imbuto del silenzio
fuori distillando in tacchi a spillo.
Tu eri diversa nel livido chiarore
di cucina sgocciolante:
aguzza sopra il foglio
allestivi una cattedrale
che ali dispiegavi!
Stabbando contro i vetri
aria ghiaccia le ammantava
ne faceva figurina:
"Gabbiano americano in Londra avvistato
possibile angelo".



I testi seguenti sono tratti da *I capolavori di Sylvia Plath*, Mondadori 2004, che comprende un'ampia raccolta di liriche, tra cui l'intera *Ariel* che, pubblicata postuma nel 1965, svelò al mondo il genio poetico della Plath; *La campana di vetro*, unico romanzo; *Johnny Ranice la Bibbia dei sogni*, contenente racconti, saggi, reportage giornalistici e infine pagine scelte dei *Diari*.

"L'astratto uccide, il concreto protegge. [...] Quanto aiuta spolverare, lavare i piatti tutti i giorni, parlare con gli amici che non sono matti e [che] spolverano, lavano e pensano che questa sia la vita che c'è da vivere..."

[dei *Diari*]

"La scrittura è un rito religioso: è un ordine, una riforma, una rieducazione al riamore per gli altri e per il mondo, come sono e come potrebbero essere. Una creazione che non svanisce come una giornata alla macchina da scrivere o in cattedra. La scrittura resta: va sola per il mondo. Tutti la leggono, vi reagiscono come si reagisce a una persona, a una filosofia, a una religione, a un fiore: può piacergli o meno. Può aiutarti o meno. La scrittura prova delle emozioni per dare intensità alla vita: offri di più, indagli, chiedi, guardi, impari e modelli: ottieni di più: mostri, risposte, colore, forma e sapere. All'inizio è un atto gratuito. Se ti fa guadagnare tanto meglio. [...] La cosa peggiore, peggiore di tutte, sarebbe vivere senza scrittura. E allora, come vivere con i mali minori e sminuirli ancora?"

[dei *Diari*]

"Sono una scrittrice di genio: ce l'ho dentro. Sto scrivendo le poesie migliori della mia vita: mi daranno fama".

[dalla *Lettera alla madre*]

Scandire le frasi per infilarsi
le mani fino al polso ghermito
da la metta arrugginita
e tre tazze a mezzogiorno
tra i fiori vittoriani in una stanza rossa
ecco: l'occhio cieco della luna abbracciata
sempre sotto stretta
affilata sorveglianza
Dio e la bambina vanno a braccetto
lungo un filare di cipressi
alti alti si perdono nel buio
ombre peste non piegano gli steli.

VI
La vita è la condanna
i giorni dopo i giorni
il respiro nei ritagli
un elefante defilato e per jolly una rima.
La vita è una partita il vuoto a perdere
tra stanze abbuiate l'orgoglio di salvarla.
Col tempo hai rinunciato
al tuo giro in aquilone
all'illusione del volo
quel ricordo a planare.
Noi tutte in fila indiana
sapremo come fare
ci ferma il desiderio
un Dio meno efficiente:
sfoglia il tempo distratto
e anno dopo anno
lo assolviamo dall'inganno.

[A. RIZZI, in *Dio e la bambina*, Quaderni di Orfeo, 2005]

Ultime parole

Non voglio una cassa qualunque, voglio un sarcofago
con strature di tigre e una faccia dipinta
tonda come la luna, con gli occhi sgranati in su.
Voglio sembrare che ti guardo quando verranno
a scavarmi fra ottusi minerali e radici.
Già ti vedo - pallide facce, a una distanza astrale.
Adesso non sono nulla, non sono nemmeno in fasce.
Li penso senza né padri né madri, come gli dei primigeni.
Si dovranno mandare se io sia stata importante.
Dovrei come furtiva candire e conservare i miei giorni!
Il mio specchio si appanna -
ancora qualche fiato e non specchierà più niente del tutto.
I fiori e le facce si sbiancano come un lenzuolo.

Dello spirituale non mi fido. Sguscia via come vapore
nei sogni, per le fessure della bocca o degli occhi. Non posso
fermarlo, né mai tornerò. Ma non così le cose.
Loro restano, con quel piccolo brillo particolare,
da tante mani scaldato, con un brusto di piacere.
Se avrò freddo alle piante dei piedi,
mi consolerà l'occhio azzurro del mio turcchese.
Stano con me le mie casseruole di rame, i miei vasi di coccio
mi fioriranno intorno notturni fiori, dal buon profumo.
Mi avvolgeranno nelle bende, deporranno il mio cuore
sotto i miei piedi in un bel pacchetto.
Non mi riconoscerò quasi. Sarà tutto buio,
Ma ci sarà il fulgore di questi piccoli oggetti
più dolce che il viso di Ishtar.

[S. PLATH, in *Lady Lazarus*]



Io sono verticale
 Ma preferirei essere orizzontale.
 Non sono un albero con radici nel suolo
 succhiante minerali e amore materno
 cost da poter brillare di foglie a ogni marzo,
 né sono la betta di un'aiuola
 ultradipinta che suscita grida di meraviglia,
 senza sapere che presto dovrò perdere i miei petali.
 Confronto a me, un albero è immortale
 e la cima di un fiore, non alta, ma più clamorosa:
 dell'uno la lunga vita, dell'altra mi manca l'audacia.

Stasera, all'infinitesimo lume delle stelle,
 alberi e fiori hanno sparso i loro freddi profumi.
 Ci passo in mezzo ma nessuno di loro ne fa caso.
 A volte io penso che mentre dormo
 forse assomiglio a loro nel modo più perfetto -
 con i miei pensieri andati in nebbia.
 Stare sdraiata è per me più naturale.
 Allora il cielo ed io siamo in aperto colloquio,
 e sarò utile il giorno che resto sdraiata per sempre:
 finalmente gli alberi mi toccheranno, i fiori avranno tempo
 per me.

[S. PLATH, in *Attavanzando l'acqua*]

Orlo
 La donna è infine perfetta.
 Il suo corpo
 morto porta il sorriso del compimento
 l'illusione di una greca necessità
 fluisce, nelle pieghe della sua toga,
 i suoi piedi
 nudi sembrano dire:
 abbiamo camminato tanto, è finita.
 Ogni bimbo morto, riavvolto, bianco serpente
 uno ad ogni piccola
 Brocca di latte, ora vuota
 li ha piegati
 di nuovo nel corpo di lei come petali
 di una rosa si chiudono quando il giardino
 s'intorpidisce e odori sanguinano
 dalle dolci, profonde gole del fiore notturno.
 La luna non ha nulla di cui essere triste,
 fissando dal suo cappuccio di osso
 è abituata a questo tipo di cose.
 Le sue macchie nere crepitano e tirano.

[S. PLATH, in *Ariel*]

Sylvia Plath

Sylvia Plath, with her life experiences, has been and has become a symbol of feminism and poetic writing. In her poems she describes the anguish, the psychological suffering, the rebellion to social conformism of an apparently satisfied mother and perfect wife. Numerous publications tell her history. Alina Riezi dedicated to Sylvia Plath her last poem "The god and the children", of which this paper presents some lines.