

psicopuglia



Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia

.....
dicembre 2024
Vol. 31

ISSN 2239-4001

CARL RANSOM ROGERS

Fondatore della "Psicoterapia
centrata sulla persona", inizialmente
definita Terapia non direttiva

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- 04 Guardando al futuro: un bilancio del mio incarico e nuovi orizzonti per la professione
-

ASPETTI DEONTOLOGICI DELLA PROFESSIONE

- 07 Informazioni e raccomandazioni utili per le psicologhe e gli psicologi che si presentano o che presentano la propria attività pubblicamente sul web
- 20 I punti cardinali della "bussola" dello psicoterapeuta
-

RASSEGNA E APPROFONDIMENTI TEMATICI

- 39 Terapia esposizione narrativa
- 48 Semaglutide shaming: il dimagrimento come oggetto di discriminazione
- 53 American History X. Analisi sociologica del concetto di devianza e prospettive di lettura psicoanalitiche
- 60 Genitorialità sognata. Il nido psichico rappresentazionale come finestra su paesaggi di nascita e ri-nascita.
- 70 Comunicazione ed interazione comunicativa: fondamenti e teorie
-

METODOLOGIA DEL LAVORO PSICOLOGICO

- 84 Interventi psicologici e psicoterapeutici nelle adozioni nazionali e internazionali
- 110 Figli, risorse che svelano risorse: i figli, inneschi di terapie e promotori di cambiamento
- 122 Il ruolo dello psicologo nei progetti SAI: tecniche e strategie di intervento per il benessere dei migranti
- 132 Suicidio in pre-adolescenza. Un intervento EMDR di gruppo in classe
-

ESPERIENZE SUL CAMPO

- 140 Il paziente sul ponte: note da una psicoanalisi di un paziente alla scoperta della continuità del sé
- 149 "Come prima, più di prima": un progetto intergenerazionale che unisce bambini e anziani con demenza
- 160 Per il successo formativo di ciascuno e di tutti. Progetto di mentoring e orientamento contro la dispersione scolastica
- 176 Noi siamo una diagnosi. Malattia, dialogo interno e comunicazione multidisciplinare in oncematologia pediatrica
-

NOVITÀ IN LIBRERIA

- 186 L'intervento dei Servizi Sanitari nei casi di separazione, divorzio e affidamento dei figli

- 188 I Servizi psicologici per i detenuti e per gli internati
 - 190 Il setting come cornice. Stabilità, variazione, acting.
 - 191 XX XY Donne e Uomini nella danza erotica della mente e del corpo
 - 192 THAT'S LOVE. Manuale di pronto soccorso psicologico per crisi sentimentali
-

IN EVIDENZA

- 194 Novità sul recupero ECM per il triennio 2020-2022
 - 194 Legge Gelli e Assicurazioni per i sanitari: servirà il 70% dei crediti ECM del triennio per non rischiare la copertura
 - 195 Un nuovo Ordine per gli Educatori professionali
 - 196 Psicologi negli Ambiti Territoriali Sociali
 - 197 Suicidio: nel biennio 2020-2021 oltre settemila casi in Italia tra gli adulti
 - 198 Commissione per le Adozioni Internazionali: "Linee guida per gli Enti autorizzati. Percorso formativo post mandato per le coppie che aspirano all'adozione internazionale"
-

DAL CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE DEGLI PSICOLOGI (CNOP)

- 200 18 SETTEMBRE 2024 - Bonus psicologo. Schillaci: "Allo studio proposte di

miglioramento, si valuterà opportunità di ulteriore rifinanziamento del contributo"

- 202 11 OTTOBRE 2024 - La Commissione Deontologia e Osservatorio permanente sul Codice deontologico si esprime in materia di pubblicità e decoro professionale
 - 203 11 NOVEMBRE 2024 - Salute: Lazzari (Cnop) incontra Schillaci: confronto su psicologo di base e risposta pubblica a bisogni psicologici cittadini
-

204 NOTIZIE DALLA SEGRETERIA



GUARDANDO AL FUTURO: UN BILANCIO DEL MIO INCARICO E NUOVI ORIZZONTI PER LA PROFESSIONE

Giuseppe Luigi Palma

La pubblicazione del decreto del Ministero della Salute 23 ottobre 2024, n. 172 *"Regolamento recante le procedure elettorali e la composizione del Consiglio nazionale, dei consigli territoriali e dei relativi organi disciplinari dell'ordine degli psicologi"* ha dato il via alle operazioni di voto per le elezioni dei consigli degli ordini degli psicologi regionali e provinciali. Per la Puglia tutto questo assume un significato speciale perché

terminerà a breve la lunga fase di commissariamento e potrà iniziare la nuova fase *ordinaria* con la elezione del nuovo consiglio dell'Ordine.

In tale contesto mi sembra doveroso, in qualità di Commissario, fare un breve resoconto sull'attività svolta in alcuni ambiti di particolare rilevanza per lo sviluppo della professione:

- a) **Costituzione del gruppo di lavoro Ordine con le Università pugliesi sedi di corsi di laurea in Psicologia - Bari, Foggia e Lecce** - su tre temi di particolare rilevanza ed attualità e cioè Psicologia di base, Psicologia Scolastica e Psicologia Universitaria. Sono stati organizzati tre eventi accreditati ECM dall'Ordine e in ciascun evento è stato trattato il tema assegnato al sottogruppo e presentate linee guida e proposte operative specifiche per ciascun ambito;
- b) **Organizzazione di tre eventi** (Bari, Foggia, Lecce) per i nuovi scritti dove, oltre alla consegna delle pergamene, sono stati trattati diversi temi utili per l'inizio dell'attività professionale come la deontologia, gli adempimenti fiscali, ecc.;
- c) **Attivazione di un nuovo servizio gratuito per la ricerca di lavoro** di psicologi e psicologhe attraverso la piattaforma ideata dalla startup Rivelio Tech Srl;
- d) **Funzione deontologica**: rappresenta uno dei più importanti compiti degli Ordini professionali;
- e) **Servizi di Consulenza fiscale e legale agli iscritti**;
- f) **Protocolli con i Tribunali**;
- g) **Protocollo (in fase di perfezionamento) tra Regione Puglia/Ordine per i servizi di supporto, prevenzione e benessere psicologico presso le scuole della Puglia.**

Vorrei, inoltre, condividere una riflessione di carattere generale che riguarda la straordinaria visibilità che hanno avuto la psicologia e gli psicologi durante la pandemia e successivamente nella fase post Covid.

Quali sono state le implicazioni? Ecco alcuni esempi:

- **Protocollo CNOP/Ministero Istruzione**: sono stati finanziati progetti per il sostegno psicologico in ambito scolastico.
- **Bonus Psicologo**. In un anno 25 milioni di euro investiti/312 milioni risparmiati solo sul lavoro:

in coloro che hanno usufruito del bonus le assenze del lavoro sono diminuite di 5 volte. L'intervento psicologico non come costo ma come investimento.

- La pubblicità martellante e la conseguente diffusione di piattaforme che offrono Supporto Psicologico/psicoterapia Online.
- Presso il Ministero della salute è stato costituito con Decreto direttoriale del 15 marzo 2022, successivamente integrato con Decreto direttoriale del 23 marzo 2022, il Tavolo di lavoro per la psicologia composto dai rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni, di Agenas, del Consiglio nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), della Associazione Italiana di Psicologia (AIP), dell'Associazione Unitaria Psicologi Italiani (FormAupi), della Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali (SIPSOT) e della Società Italiana Formazione Permanente per la Medicina Specialistica (SIFOP), i cui lavori sono iniziati il 28 marzo 2022.
- Il Tavolo di lavoro per la psicologia ha provveduto alla redazione del documento: "**Linee di indirizzo per la funzione della psicologia nel SSN**", il cui testo è stato approvato all'unanimità dai componenti del tavolo medesimo in data 5 ottobre 2022.
- Sullo **Psicologo di base** sono state approvate diverse leggi regionali. Inoltre sono stati presentati in Parlamento diversi disegni di legge sullo psicologo di base e, come accade in questi casi, è stato elaborato un testo integrato.
- Il **Counseling psicologico universitario** è stato finanziato e realizzato presso tutte le Università ed è in fase di ulteriore espansione.

Vi sono poi alcuni temi che mi sembrano particolarmente rilevanti sia per lo sviluppo della professione che per le implicazioni sul piano sociale e culturale:



1. Il primo tema è la **psicologia scolastica**. Appare evidente che l'intervento psicologico in ambito scolastico non è soltanto una prospettiva auspicabile, ma sempre più viene riconosciuto come uno strumento efficace per la promozione del benessere psicologico. Sono disponibili notevoli risorse economiche derivanti dal PNRR, ma non solo, e quindi sarà necessario una particolare attenzione da parte dell'istituzione ordinistica.
2. Il secondo tema riguarda la **psicologia di base o delle cure primarie**. Come noto, la Regione Puglia ha approvato nel 2023 la legge regionale che prevede l'**istituzione del servizio di psicologia di base**. Anche altre regioni hanno approvato analoghe leggi, ma come più volte ho avuto modo di affermare, è necessario che ci sia una cornice nazionale, cioè una norma nazionale. A tal proposito, il testo unificato della proposta di legge nazionale pare che potrebbe essere approvato nei primi mesi del 2025 e dare avvio ad una serie di ulteriori passaggi per rendere stabile e strutturale anche nel nostro Paese il servizio di psicologia di base/cure primarie.

Appare dunque evidente che attraverso lo psicologo di base e lo psicologo scolastico è possibile aumentare i punti di ascolto, intercettare precocemente i segnali che potrebbero evolvere in disturbi strutturati ed intervenire per potenziare le risorse, la capacità di resilienza e la capacità di fronteggiamento delle inevitabili difficoltà che si incontrano nella vita.

Alcune delle principali novità introdotte dal decreto n. 172 del 23 ottobre 2024 (richiamato in apertura di questo mio contributo) riguardano essenzialmente i seguenti aspetti:

1. **Le procedure elettorali**. La nuova normativa prevede alcune rilevanti novità sulle modalità di presentazione delle candidature ed espressione del voto:
 - Oltre alle singole candidature è prevista la

possibilità di presentare formalmente le liste dei candidati;

- Le liste devono contenere almeno il 20% di candidati del genere meno rappresentato in lista se presenti tra gli iscritti all'albo e almeno il 20% di iscritti di età non superiore ai 45 anni;
- È previsto il voto elettronico (possibilità di espressione del voto mediante dispositivi elettronici e digitali presso il seggio elettorale) ed il voto telematico (possibilità di espressione del voto mediante dispositivi elettronici e digitali anche in luogo diverso dal seggio elettorale).

Per l'espressione del "voto telematico" è necessario avere SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) oppure CIE (Carta di Identità Elettronica).

2. **La funzione deontologica dell'Ordine**. L'articolo 13 del decreto del Ministero della Salute del 23 ottobre 2024, n. 172, introduce importanti novità in materia di procedimenti disciplinari che mirano a garantire maggiore trasparenza, terzietà ed efficienza nell'ambito dei procedimenti disciplinari. Una delle principali novità introdotte dall'articolo 13 è la separazione netta tra la fase istruttoria e la fase giudicante. Per garantire la separazione tra fase istruttoria e fase giudicante, l'articolo 13 prevede l'istituzione di Uffici istruttori presso ciascun Ordine regionale o provinciale.

Concludendo, desidero salutare le psicologhe e gli psicologi della Puglia, auspicando:

- innanzitutto la più ampia possibile partecipazione al voto, perché è importante che le colleghe elette e i colleghi eletti abbiano un mandato quanto più significativo e rappresentativo possibile;
- che la competizione elettorale si possa svolgere in un clima di correttezza e rispetto quali valori fondanti la nostra professione.



INFORMAZIONI E RACCOMANDAZIONI UTILI PER LE PSICOLOGHE E GLI PSICOLOGI CHE SI PRESENTANO O CHE PRESENTANO LA PROPRIA ATTIVITÀ PUBBLICAMENTE SUL WEB

Salvatore Nuzzo
Psicologo Psicoterapeuta

RIASSUNTO

I social network (Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn, etc.) sono diventati ormai degli ambienti virtuali, frequentati quotidianamente da milioni di utenti per stabilire nuove connessioni o per trasportare la rete amicale dall'*on-site* all'*online*, ma vengono utilizzati anche per scopi professionali. Anche gli psicologi e gli psicoterapeuti, soprattutto i più giovani, tendono ad utilizzare sempre di più i social network: sono molti, infatti, i professionisti della salute mentale che, disponendo delle competenze tecnologiche, utilizzano un profilo online su uno dei siti di social network.

Promuoversi online e sui social media non è in contrasto con i principi etici e deontologici della professione di psicologo, ma richiede di tener conto di alcune riflessioni etiche che garantiscano un utilizzo che si ponga come beneficio per i propri clienti, per se stessi e per la reputazione della pratica psicologica, mediante l'adozione di comportamenti eticamente corretti, rispetto alla possibilità che un utilizzo inappropriato di tali piattaforme possa avere ripercussioni negative sulla reputazione e credibilità non solo del singolo professionista, bensì dell'intera categoria professionale (Van Allen & Roberts, 2011).

Un uso smodato e poco controllato del Web, in particolar modo dei Social network, solleva dilemmi etici che richiedono una corretta gestione degli stessi. Pertanto, si intende promuovere una riflessione per un uso consapevole dei profili social nel rispetto dei valori e dei principi etici che regolano la professione, al fine di evitare quei comportamenti online che possono dare origine a *violazione dei confini* e all'*instaurarsi di relazioni multiple* sui social network.

PAROLE CHIAVE

Etica, Deontologia, Codice Deontologico, Social Network, Comunicazioni informative, Violazione dei confini, Relazioni multiple, Pubblicità, Pubblicità ingannevole.

INTRODUZIONE

Il *Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani* costituisce il riferimento per la condotta di tutti i professionisti iscritti all'Albo, qualunque sia il loro orientamento teorico-applicativo, l'ambito scientifico e di ricerca, la metodologia e gli strumenti utilizzati, la loro attività professionale, delineando principi e regole aventi valore etico e deontologico, che devono essere vissuti e messi in pratica nel quotidiano, tra i quali vanno certamente segnalati:



- il rispetto della dignità, del benessere e dell'autonomia del paziente (art. 4);
- la tutela della privacy e del segreto professionale (artt. 11 - 17);
- la competenza e la professionalità (art. 5);
- l'onestà, l'integrità, la lealtà, la trasparenza, l'imparzialità (artt. 7 e 28);
- la correttezza nei rapporti con i colleghi (artt. 33 e 36) e con le altre professioni (art. 6).

L'**art. 9, comma 4**, della **Legge 3/2018** (la c.d. "Legge Lorenzin") ha confermato che gli psicologi esercitano a pieno titolo una professione sanitaria. Questa condizione rappresenta un importante progresso nella rilevanza sociale della nostra famiglia professionale, ma comporta anche l'assunzione di nuove, più stringenti responsabilità.

Tra le tante ne voglio richiamare una in particolare, molto avvertita e ricorrente tra le psicologhe e gli psicologi più giovani che, molto presenti e

attivi sul web, mostrano di saper maneggiare le nuove tecnologie per creare un profilo personale, denotando una straordinaria confidenza con l'uso di siti, piattaforme, social network, un'ammirevole fantasia e creatività nel proporsi professionalmente.

Mi riferisco all'**auto-presentazione** e all'**auto-promozione** del professionista mediante l'**esposizione nel web**, con la creazione di una serie di immagini professionali virtuali che possono contribuire a delineare relazioni potenziali e concorrono anche a creare un'immagine pubblica della professione di Psicologo, le cui implicazioni devono tenere conto del Codice Deontologico.

Promuoversi online e sui social media non è in contrasto con i principi etici e deontologici della professione di psicologo. Anzi nell'era digitale la promozione online rappresenta un'importante opportunità per gli psicologi

per far conoscere la propria attività e raggiungere nuovi clienti/pazienti. È fondamentale, però, farlo in modo responsabile e consapevole, rispettando i principi etici e deontologici della professione, valori imprescindibili per gli psicologi anche nella promozione online e sui social media. Occorre tenere presenti, infatti, i seguenti aspetti:

- **veridicità e trasparenza:** le informazioni fornite online devono essere accurate, complete e non fuorvianti;
- **rispetto della privacy:** è fondamentale tutelare la privacy dei pazienti e non pubblicare online dati sensibili o immagini che possono identificarli;
- **competenza e professionalità:** i contenuti pubblicati online devono essere di qualità e coerenti con le conoscenze scientifiche e le migliori pratiche della professione;
- **evitare un'autopromozione eccessiva:** il focus dovrebbe essere sulla divulgazione di informazioni utili e di valore per il pubblico, non sulla mera promozione di sé stessi;
- **rispetto dei colleghi:** è importante evitare di criticare o denigrare altri professionisti online.

COMUNICAZIONI INFORMATIVE

Cosa dice la legge relativamente alle "comunicazioni informative" effettuate dagli iscritti agli Albi delle professioni sanitarie? L'**articolo 1, comma 525**, della **Legge 145/2018** prevede che le «comunicazioni informative» effettuate dagli iscritti agli Albi delle professioni sanitarie contengano unicamente informazioni «funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute pubblica, della dignità

della persona e del suo *diritto a una corretta informazione sanitaria*».

Come è stato ben evidenziato dalla Commissione Deontologica dell'Ordine degli Psicologi del Lazio¹, l'auto-presentazione delle psicologhe e degli psicologi e la presentazione delle proprie offerte di servizi al pubblico, e dunque anche l'auto-promozione attraverso i social network, sono lecite e indispensabili per lo sviluppo della professione, ma devono contenere alcune accortezze specifiche, legate sia alla dimensione deontologica che a quella legale in senso stretto.

In primo luogo, **non devono avere carattere «suggestivo»**, ossia non devono far leva sulla dimensione emozionale per indurre qualcuno a una condotta che altrimenti non avrebbe luogo. L'auto-presentazione di sé e della propria offerta di servizi deve fondarsi, perciò, sui concetti di «*decoro e dignità della professione*» (articolo 2 del Codice Deontologico), concetti che acquistano significato anche in relazione al concetto di «*immagine sociale della professione*» (articolo 28 del Codice Deontologico).

Art. 2 - Procedure disciplinari e sanzioni

La psicologa e lo psicologo non mettono in atto azioni e comportamenti che ledono il decoro e la dignità della professione.

L'inosservanza dei precetti stabiliti nel presente Codice deontologico, ogni azione od omissione contrarie al corretto esercizio della professione sono punite secondo quanto previsto dall'art. 26, comma 1°, della Legge 18 febbraio 1989, n. 56.

Art. 28 - Commistioni tra ruolo professionale e vita privata

Comma 1

¹ Ordine degli Psicologi del Lazio, Commissione Deontologica, Vademecum deontologico per l'auto-presentazione e l'esposizione degli Psicologi e delle Psicologhe nel Web, marzo 2023, disponibile su: ordinepsicologilazio.it.



La psicologa e lo psicologo evitano commistioni tra il ruolo professionale e vita privata che possano interferire con l'attività professionale o comunque arrecare nocimento all'immagine sociale della professione. [...]

Questi concetti richiamano la **cura responsabile che il/la professionista deve avere dell'immagine pubblica della professione** in ogni occasione in cui è riconoscibile quale appartenente alla comunità professionale. Ogni volta che lo psicologo/la psicologa rappresenta se stesso/a o la propria attività nel web, è suo dovere tenere a mente che, direttamente o indirettamente, **sta rappresentando la cultura della professione nel suo insieme** e, quindi, sotto il profilo dell'immagine sociale, tutti i colleghi e le colleghe.

La cura personale della propria immagine professionale pubblica deve tenere conto dell'impatto, anche solo potenziale, sull'immagine sociale della professione. Questa accortezza assume una rilevanza tanto più significativa quando l'auto-presentazione è nel web, contesto per definizione accessibile a un numero indeterminato ma potenzialmente molto ampio di fruitori.

Se nel *profilo social* mi qualifico con il titolo professionale, o sono presenti riferimenti alla mia professione di psicologo, la mia condotta deve rispondere alle indicazioni normative e ai precetti del Codice Deontologico: devo, perciò, essere consapevole che *un mio comportamento, assunto pubblicamente, può ricadere sull'immagine sociale della professione*.

Se, invece, non vi è alcun riferimento alla professione e/o al titolo professionale, le regole di condotta devono rispondere a quelle di un privato cittadino.

Può accadere che la distinzione tra **profilo social personale** e **profilo social professionale** non sia così chiara, per cui un determinato comportamento assunto pubblicamente dal singolo può ricadere sull'immagine sociale della professione. È opportuno, perciò, che il titolo di psicologo e l'eventuale specializzazione (in psicoterapia, psico-

logia della salute, neuropsicologia, ecc.) vengano usati esclusivamente in ambito professionale. È bene pure limitare l'accesso ad alcuni contenuti, e in generale al proprio profilo personale, apponendo dei filtri che ne limitino la visualizzazione. L'elemento visivo e comunicativo deve essere funzionale alla presentazione della propria professionalità e non deve rispondere a strategie di suggestione.

È certamente incompatibile con il rispetto della normativa, del decoro e della dignità, nonché della tutela dell'immagine sociale della professione:

- **L'esibizione ostentata di aspetti esteriori della propria persona e della propria vita privata:** per es. il corpo, i consumi vistosi, i simboli di status sociale, i comportamenti attinenti alla propria intimità affettiva. Costituisce violazione degli articoli 38 e 40 del Codice Deontologico, poiché non è consentito l'utilizzo sui social network di immagini della propria vita privata costruite ad arte per ottenere sul pubblico un effetto suggestivo attraverso l'esibizione del corpo, dell'abbigliamento, dei figli, dell'arredamento della propria casa, delle proprie disponibilità di beni di consumo e di simboli di status.

Art. 38 - Dignità professionale e decoro

Nell'esercizio della propria attività professionale e nelle circostanze in cui rappresentano pubblicamente la professione a qualsiasi titolo, la psicologa e lo psicologo sono tenuti ad uniformare la propria condotta ai principi della dignità professionale e del decoro.

Art. 40 - Pubblicità professionale

La psicologa e lo psicologo, indipendentemente dai limiti posti dalla vigente legislazione in materia di pubblicità, non assumono pubblicamente comportamenti scorretti e finalizzati al procacciamento della clientela.

In ogni caso, può essere svolta pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi

delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto viene verificato, ove necessario, dai competenti Consigli dell'Ordine.

Il messaggio deve essere formulato nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica ed alla tutela dell'immagine della professione. La mancanza di trasparenza e veridicità del messaggio pubblicizzato costituisce violazione deontologica.

- **L'utilizzazione di video-interviste in cui ex pazienti** (anche se adeguatamente anonimizzati) **testimoniano i risultati ottenuti grazie all'intervento del professionista**, poiché la riservatezza nei confronti delle persone assistite è doverosa, anche al di là della eventuale disponibilità di queste a riferire pubblicamente la propria positiva esperienza. Come recita l'articolo 12, comma 2, del Codice Deontologico, «La psicologa e lo psicologo possono derogare all'obbligo del segreto professionale in presenza di un valido e dimostrabile consenso della persona destinataria della prestazione. Valutano, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica della persona destinataria della prestazione». È impossibile per lo/a psicologo/a prevedere se un'esposizione pubblica della propria esperienza di persona assistita possa avere sulla stessa effetti negativi "di ritorno": pertanto lo/a psicologo/a dovrebbe astenersi dall'uso auto-promozionale di tale esperienza.
- La **confusione tra linguaggio comune e linguaggio scientifico-professionale**; la commistione tra affermazioni riferibili a teorie e tecniche d'intervento psicologico riconosciute dalla comunità scientifica e affermazioni arbitrarie e prive di tali caratteristiche qualificanti. Questa confusione/commistione, priva di bibliografia scientifica, costituisce violazione degli articoli 3 e 5 del Codice Deontologico.

Art. 3 - Principio di responsabilità

La psicologa e lo psicologo considerano loro dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità.

In ogni ambito professionale operano per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stesse e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace.

La psicologa e lo psicologo sono consapevoli della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, possono intervenire significativamente nella vita delle altre persone.

Pertanto devono prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, culturali, organizzativi, finanziari e politici al fine di evitare l'uso inappropriato della loro influenza, e non utilizzare indebitamente la fiducia e le eventuali situazioni di dipendenza di committenti e persone destinatarie della loro prestazione professionale.

La psicologa e lo psicologo sono responsabili dei loro atti professionali e delle loro prevedibili e dirette conseguenze.

Art. 5 - Competenza professionale

La psicologa e lo psicologo sono tenuti a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali operano.

La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale.

Riconoscono i limiti della loro competenza e usano, pertanto solo strumenti teorico-pratici per i quali hanno acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione.

La psicologa e lo psicologo impiegano metodologie delle quali sono in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici e non suscitano nella persona cliente e/o utente aspettative infondate.



- La **pubblicazione e condivisione di teorie e tecniche destituite di credibilità scientifica**, opinioni, atteggiamenti e credenze prive di fondamenti rigorosi oppure basate su pura fantasia e, comunque, la dichiarata adesione a queste. Si pensi a post, reel, video accattivanti, acchiappalike, ma privi di riferimenti scientifici, che stigmatizzano alcuni disturbi mentali e banalizzano alcuni sintomi, aumentando un senso di inadeguatezza e ansia in chi legge. Ebbene, in tutti i campi e in tutti i contesti dobbiamo ricordarci che la nostra professione rientra tra le professioni sanitarie e deve, quindi, necessariamente rifarsi sempre a basi scientifiche. Altrimenti infrangiamo gli articoli 5, 7, 8 del Codice Deontologico, i quali ci ricordano che noi psicologi non possiamo diffondere semplici opinioni, teorie pressapochiste o esperienze personali spacciandole per psicologia.

Art. 5 - Competenza professionale

La psicologa e lo psicologo sono tenuti a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali operano.

La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale.

Riconoscono i limiti della loro competenza e usano, pertanto solo strumenti teorico-pratici per i quali hanno acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione.

La psicologa e lo psicologo impiegano metodologie delle quali sono in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici e non suscitano nella persona cliente e/o utente aspettative infondate.

Art. 7 - Validità dei dati e delle informazioni

Nelle attività di ricerca, nelle comunicazioni dei risultati e in ogni altra attività professionale, nonché nelle attività didattiche, di formazio-

ne e supervisione, la psicologa e lo psicologo valutano attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità, di attendibilità, di accuratezza, di affidabilità di dati, informazioni e fonti su cui basano le conclusioni raggiunte; espongono, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative ed esplicitano i limiti dei risultati a cui sono arrivati.

La psicologa e lo psicologo, su casi specifici, esprimono valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata, coerente con il tema oggetto di valutazione ed attendibile.

Art. 8 - Tutela della professione e contrasto all'esercizio abusivo

La psicologa e lo psicologo contrastano l'esercizio abusivo della professione come definita dagli articoli 1 e 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 e segnalano al Consiglio dell'Ordine i presunti casi di abusivismo o di usurpazione di titolo di cui vengono a conoscenza.

Parimenti, utilizzano il loro titolo professionale esclusivamente per attività ad esso pertinenti e non avallano con esso attività ingannevoli od abusive.

- La **pubblicazione sui social media di post a carattere vistosamente elogiativo della propria efficacia professionale**, post scambiati precedentemente in forma privata con persone assistite. Questa pubblicazione costituisce violazione delle norme che vietano agli esercenti le professioni sanitarie l'utilizzo di informazioni a carattere suggestivo nella presentazione delle proprie attività professionali e rientra, pertanto, nella violazione anche degli articoli 38 e 40 del Codice Deontologico. Tale condotta è aggravata quando, nelle attività di pubblicizzazione, lo/la psicologo/a non ha garantito la segretezza delle informazioni stesse, relative a disturbi della vita mentale, in quanto apprese per ragione del rapporto professionale con le persone assistite, delle quali magari non è stato protetto adegua-

tamente l'anonimato. In questi ultimi casi costituisce violazione pure dell'art. 11 del Codice Deontologico.

Art. 11 - Segreto professionale

La psicologa e lo psicologo sono strettamente tenuti al segreto professionale.

Pertanto non rivelano notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del loro rapporto professionale, né informano circa le prestazioni professionali programmate o effettuate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dai seguenti articoli.

- **L'uso di immagini e/o di argomentazioni offensive della persona, di gruppi e comunità** sotto il profilo sessuale, etnico, religioso, delle opinioni politiche, delle condizioni personali e sociali.

- **L'uso del turpiloquio e di espressioni o immagini contrarie alla pubblica decenza** (articolo 726 del Codice Penale), che possono avere una ricaduta negativa sull'immagine sociale della professione, essendo frasi che non si addicono alla figura di uno psicologo e, dunque, non rispondenti ai principi di decoro e dignità della professione.

- **Intervenire in un dibattito sui social network** in cui si trattano temi psicologici e presentarsi come professionista, **esprimendo valutazioni sulla condotta e/o sullo stato psicofisico dei partecipanti o di altre persone basate esclusivamente su quanto osservato in quel contesto e/o sulla base dei pochi elementi tratti dalla conversazione.** Infatti, ai sensi dell'articolo 7 del Codice Deontologico la psicologa e





lo psicologo, «su casi specifici, esprimono valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata, coerente con il tema oggetto di valutazione ed attendibile».

- Non sottovalutiamo il fatto che i nostri utenti ci osservano, “ci studiano”, notano come ci poniamo, i toni che adoperiamo, lo stile che adottiamo, il linguaggio che impieghiamo e stanno imparando a mettere in discussione le nostre affermazioni e a chiedere fonti e riferimenti.
- **Ingaggiare con gli utenti conversazioni o scambi di messaggi a contenuto denigratorio e/o violento:** si tratta di toni non consoni alla figura dello psicologo e contribuiscono, pertanto, a ledere la dignità e il decoro della professione.
- **Diffamare un collega/una collega con giudizi di riprovazione espressi pubblicamente,** contravvenendo all’articolo 36 del Codice Deontologico.

Art. 36 - Giudizi sull’operato di colleghe e colleghi
La psicologa e lo psicologo non esprimono pubblicamente su colleghe e colleghi giudizi negativi relativi alla loro formazione, alla loro competenza, o comunque giudizi lesivi del loro decoro e della loro reputazione professionale. Costituisce aggravante il fatto che tali giudizi negativi siano volti a sottrarre clientela alle colleghe e ai colleghi.

Qualora ravvisino casi di scorretta condotta professionale e metodologica che possano tradursi in danno per le persone o enti de-

stinatari o per il decoro della professione, la psicologa e lo psicologo devono darne tempestiva comunicazione al Consiglio dell’Ordine competente.

Ognuno di noi ha la libertà e l’autonomia di utilizzare il proprio profilo professionale, ma non commettiamo l’errore di pensare ingenuamente che l’attività online “privata” non vada a determinare attribuzioni o giudizi sulla nostra competenza professionale.

«Il principio guida da tenere in considerazione quando ci si accosta al mondo dei social network è porsi con lo stesso atteggiamento che si adotta nella stanza di analisi, in cui la relazione è protetta ed in cui sono pochi i rimandi alla vita privata del professionista. L’ambiente virtuale espone invece ad un inevitabile svelamento che potrebbe divenire controproducente se si genera un’incongruenza tra la presenza *on-site* e quella strutturata nell’ambiente virtuale.»²

Un elemento che va tenuto in debita considerazione è, pertanto, la *violazione dei confini* e la possibilità di instaurare *relazioni multiple* sui social network.

In una ricerca condotta da Kaslow e colleghi (2011) si è osservato che attraverso processi di auto-divulgazione «la percezione della relazione da parte del paziente potrebbe assumere caratteristiche sociali e la terapia essere vissuta come contesto in cui si esplorano le questioni personali di entrambi i soggetti presenti».

Se la rete tiene traccia di tutti i nostri comportamenti online e immagazzina tutte le informazioni (dati personali, fotografie, post, eventi di vita,

² Lauro Giorgia (2020). Professione psicologica e uso dei social network. <https://www.sipsiol.it/articoli/professione-psicologica-e-uso-dei-social-network>

etc.) che forniamo, l'auto-divulgazione *online* è quasi sempre inevitabile. A questo si aggiunge il comportamento *online* agito dal cliente che spesso utilizza Google o siti di Social Network per ottenere maggiori informazioni sul proprio psicologo o psicoterapeuta.

I clienti potrebbero scoprire intenzionalmente informazioni personali sul proprio terapeuta che includono numeri di telefono, indirizzi privati, fotografie inerenti situazioni sociali e/o familiari, recensioni da parte di altri clienti, video personali o professionali, profili sui Social media, e altro ancora. Rendere pubblico l'indirizzo di casa può esporre al rischio di subire atti persecutori (stalking) o molestie da parte dei pazienti.

La scelta delle informazioni che si decide di condividere in rete è un passaggio fondamentale per evitare rischi di un loro uso improprio da parte di soggetti terzi, perfino cybercriminali. Tali informazioni, infatti, possono essere utilizzate per danneggiare la reputazione del professionista, per compiere atti di cyberbullismo e cyberstalking, o ancora per azioni volte a sottrarre l'identità e compiere frodi.

Ecco, dunque, la raccomandazione di **tenere separata la propria vita privata da quella lavorativa** sui profili social perché se, da un lato, ne consegue un'immagine squisitamente professionale, dall'altro si riducono i rischi di sovrapporre i due livelli. Chi si rivolgerebbe ad uno psicologo che non ha cura di come si presenta agli altri?

Da qui pure la necessità di **definire limiti appropriati con i clienti** che aiutino ad evitare conflitti di interesse. Anche l'American Counselling Association (2005) ritiene che i processi di consenso informato dovrebbero comprendere un riconoscimento dei rischi e dei vantaggi dell'utilizzo dei Social network e di altre tecnologie.

Non c'è ombra di dubbio, poi, che la ricerca che il professionista talvolta mette in atto online per cercare informazioni sul cliente possa rivelarsi un comportamento dannoso perché, senza l'autorizzazione del cliente, ciò può essere considerato una **violazione di confini**. A tal proposito, Gabbard e colleghi (2011) suggeriscono ai professionisti di sviluppare strategie di auto-monitoraggio attraverso la consultazione con dei supervisori. Altri autori (Clinton e colleghi, 2010) offrono **sei quesiti che i professionisti dovrebbero porsi** nel momento in cui sono tentati di ricercare informazioni online sui propri pazienti:

- Perché voglio condurre questa ricerca?
- La ricerca potrebbe favorire o potrebbe compromettere il trattamento?
- È necessario il consenso informato del paziente?
- Se effettuo la ricerca, devo poi condividere i risultati con il paziente?
- Devo documentare i risultati trascrivendo le informazioni nella cartella clinica?

L'altro pericolo legato ai Social network è l'**instaurarsi di relazioni multiple** (Barnett et al., 2007) che pongono dilemmi decisionali etici. Secondo l'American Psychological Association (2010) si verificano relazioni multiple quando un professionista adotta un ruolo professionale con una persona e, contemporaneamente, adotta un ruolo personale con quella persona o con qualcuno strettamente associato a quella persona.

La possibilità che si verifichi una situazione del genere espone ad un rischio che può danneggiare i clienti (Kitchener, 1988): in primo luogo, per l'incompatibilità tra le aspettative del cliente e quelle dello psicologo, che può generare l'instaurarsi di un ruolo confondente da parte del professionista di tipo non terapeutico; in secondo luogo per la differenza di potere tra lo psicologo e il cliente. Comprendere tali dilemmi etici è, quindi, fonda-



mentale al fine di evitare tutti quei contatti non professionali con i propri clienti, riducendo così il rischio che possano crearsi relazioni multiple dannose.

Pertanto, andrebbe evitata il più possibile la formazione di relazioni multiple online con i clienti (American Medical Association, 2010). Tuttavia, qualora ci fossero casi eccezionali, gli psicologi che si trovano di fronte a tale dilemma potrebbero considerare i **quesiti di Younggren e Gottlieb** (2004):

- È necessario stabilire un altro tipo di relazione oltre a quella professionale, o è preferibile evitare?
- Una doppia relazione, professionale e per-

sonale, può potenzialmente danneggiare il cliente?

- Qualora supponga che una relazione personale con il cliente non sia dannosa, qual è il vantaggio che ne ricavo?
- Esiste il rischio che una doppia relazione possa determinare l'interruzione della relazione terapeutica?
- Posso valutare obiettivamente la situazione?

Sarebbe perciò l'ora di dotarsi, come categoria professionale, di *Linee guida* e di *Buone prassi* che possano orientare la pratica professionale sui Social Network, garantendone un utilizzo che si ponga come beneficio per i propri clienti, per se stessi e per la reputazione della pratica psicologica.



CORRETTEZZA, TRASPARENZA E VERIDICITÀ DELLA PUBBLICITÀ

Accanto al tema delle comunicazioni informative da parte delle professioni sanitarie, occorre aggiungere quello della *correttezza, trasparenza e veridicità della pubblicità*, in particolare il tema della cosiddetta “pubblicità ingannevole”.

Il Decreto Legge 145/2007, all'articolo 2 così definisce la *pubblicità ingannevole*: «qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, sia idonea ad indurre in errore le persone fisiche o giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge e che, a causa del suo carattere ingannevole, possa pregiudicare il loro comportamento economico ovvero che, per questo motivo, sia idonea a ledere un concorrente».

A questa norma fanno riferimento gli articoli 39 e 40 del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi italiani:

Art. 39 - Presentazione professionale

Comma 1

La psicologa e lo psicologo presentano in modo corretto ed accurato la propria formazione, esperienza e competenza. [...]

Art. 40 - Pubblicità professionale

La psicologa e lo psicologo, indipendentemente dai limiti posti dalla vigente legislazione in materia di pubblicità, non assumono pubblicamente comportamenti scorretti e finalizzati al procacciamento della clientela.

In ogni caso, può essere svolta pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto viene verificato, ove necessario, dai competenti Consigli dell'Ordine.

Il messaggio deve essere formulato nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica ed alla tutela dell'immagine della professione. La mancanza

di trasparenza e veridicità del messaggio pubblicizzato costituisce violazione deontologica.

Il messaggio deve essere formulato, dunque, nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica e alla tutela dell'immagine della professione. Vanno tenuti presenti, inoltre, i principi di trasparenza e di veridicità del messaggio pubblicizzato, la cui assenza costituisce violazione deontologica.

Essendo quella dello psicologo una professione delicata, che mette al centro il benessere del paziente, anche l'informazione promozionale e la pubblicità devono seguire regole deontologiche perché ogni comunicazione sui social deve essere trasparente, corretta e veritiera, senza mai ledere il decoro professionale.

Può esistere, dunque, un modo di fare promozione professionale online, che tenga conto dell'unicità della professione e della dimensione etica, deontologica e clinica? Il fulcro sta nel fatto che quella dello psicologo è una professione con una sua specificità, che deve essere riflessa nella percezione sociale e professionale che dà di sé stessa. La promozione di sé, come professionista sul mercato del lavoro attraverso i canali digitali, ha una ricaduta sull'aspetto clinico e sanitario della professione, nonché sull'aspetto del decoro professionale. È importante, quindi, che ogni professionista si assuma la responsabilità di ciò che produce e condivide online, chiedendosi come impatterà sull'immagine che crea di sé e della professione.

E, dunque, il professionista che cosa può legittimamente raccontare di sé? È senz'altro utile e raccomandabile esporre la propria esperienza formativa, scientifica e professionale, indicandone il percorso formativo, la durata dell'esperienza maturata, i titoli conseguiti, le pubblicazioni prodotte. Invece, le informazioni relative alla propria vita personale extra-professionale vanno ridotte al minimo e fornite in tono più possibile neutro.



Quanto agli ambiti di intervento o aree di competenza, è consentito pubblicizzarne anche più di uno/a, purché trovino effettivamente riscontro nel proprio curriculum formativo e nella propria esperienza professionale, e vengano definiti secondo una terminologia adeguata agli standard di linguaggio della psicologia, evitando espressioni improprie o generalizzazioni che possano generare aspettative infondate negli utenti o suggestionarli nella scelta.

In tutte queste comunicazioni occorre, dunque, un'estrema cautela. La psicologia è scienza della complessità, e ogni generalizzazione rischia di banalizzare problemi che in realtà sono diversi da quel che appare a prima vista; diffondere ipersemplicizzazioni basate sul senso comune più che sulla conoscenza rigorosa del funzionamento della mente umana è sbagliato e controproducente, tanto per il pubblico che per l'immagine sociale della nostra famiglia professionale. L'articolo 40 del Codice Deontologico vincola gli psicologi a formulare ogni loro messaggio «nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica e alla tutela dell'immagine della professione».

Va ricordato che si è responsabili di eventuali **informazioni inesatte sulle proprie competenze e/o sui titoli professionali** forniti in un sito web non gestito dal professionista, in quanto quest'ultimo deve comunque avere il controllo delle informazioni che lo riguardano, anche nel caso in cui si avvalga di un sito all'interno del quale siano inserite tali informazioni.

Nel presentarsi al pubblico attraverso siti di cui non si abbia il controllo diretto è necessario essere cauti e cercare di avere in ogni modo la garanzia che quanto pubblicato risponda ai principi sopra ricordati, riservandosi il controllo del testo, dell'eventuale utilizzo di immagini e della collocazione delle informazioni, per evitare l'eventualità di dover rispondere di scelte altrui, ma comun-

que imputabili allo/a psicologo/a in ragione della scelta del mezzo utilizzato. È importante, altresì, che il/la professionista conservi traccia delle richieste di rettifica dei dati inesatti eventualmente pubblicati da altri.

Come si è ricordato all'inizio, **il decoro, la dignità della professione e la tutela della sua immagine sociale**, in larga misura dipendenti proprio da come le psicologhe e gli psicologi si mostrano al pubblico, **tanto in presenza che in forma virtuale**, sono indicati in diversi articoli del Codice Deontologico come principi-guida della condotta dei/delle professionisti/e nelle occasioni in cui sono riconoscibili quali esponenti della famiglia professionale.

Pertanto lo psicologo/la psicologa che si propone sui social deve conoscere il Codice Deontologico e riflettere sugli aspetti metariflessivi e relazionali che caratterizzano in modo specifico la nostra professione: non solo deve *uniformare la propria condotta alle norme deontologiche*, ma deve anche *vigilare sul loro rispetto da parte dei colleghi e delle colleghe presenti nel web*.

ANNOTAZIONE NELL'ALBO DEL POSSESSO DELLA SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

Un'ultima raccomandazione, ai fini della chiarezza con gli utenti, riguarda *l'annotazione nell'Albo del possesso della specializzazione in psicoterapia*. Pur non essendo obbligatorio, richiedere l'annotazione rientra nei criteri di correttezza e trasparenza dell'auto-presentazione pubblica, anche tenuto dell'attitudine ormai comune da parte degli utenti di consultare l'Albo per avere informazioni sul profilo professionale degli/delle iscritti/e.

CONCLUSIONI

Seguendo le precedenti raccomandazioni in modo riflessivo potremo ridurre il rischio di oltrepassare il limite della correttezza deontologica, con beneficio proprio, delle persone che utilizzano i nostri servizi professionali e dell'immagine sociale della professione, maturando un'autono-

ma capacità di auto-regolazione anche nel momento in cui ci si espone sul web, contribuendo a conferire autorevolezza all'immagine della professione e diffondendo il principio che lo/a Psicologo/a è una risorsa e la società può affidargli/le compiti e risorse.

È anche il senso di quanto contenuto nell'*Impegno solenne dello Psicologo* che i nuovi iscritti all'Albo proclamano nella Cerimonia di Giuramento:

«Mi impegno al rispetto del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi italiani.

In particolare considero mio dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano e utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità.

In ogni ambito professionale opero per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stesse e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole e responsabile, congrua ed efficace.

Sono consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio della professione, potrò intervenire significativamente nella vita delle altre persone, pertanto presterò attenzione al fine di evitare l'uso non appropriato della mia influenza.

Nell'esercizio della professione riconoscerò le differenze individuali, di genere e culturali, promuovendo inclusività, rispettando opinioni e credenze e mi asterrò dall'imporre il mio sistema di valori.

Mi impegno a:

- mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opererò;
- salvaguardare la mia autonomia professionale;
- tutelare la professione, anche da situazioni di esercizio abusivo;
- uniformare la mia condotta professionale ai principi del decoro e della dignità;
- tenere con le Colleghe e con i Colleghi rapporti ispirati al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza.»

BIBLIOGRAFIA

- Agnoletti, M., Maheu, M. (2013). APA/ATA Comparison Best Practice Checklist. American Psychological Association (Hawaii, USA).
- American Counseling Association. (2005). *ACA Code of Ethics*. Alexandria, VA: Author.
- American Medical Association. (2010). *American Medical Association policy: Professionalism in the use of social media*.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, Amended June 1, 2010)
- Clinton, B. K., Silverman, B., & Brendel, D. (2010). Patient-targeted Googling: The ethics of searching online for patient information. *Harvard Review of Psychiatry*, 18, 103 - 112.
- Corradini I. (2022). *I Social network per la promozione della professione. Uso consapevole, vantaggi e svantaggi*. <https://ordinepsicologilazio.it/post/social-media-promozione>
- Gabbard, G. O., Kassaw, K., & Perez-Garcia, G. (2011). Professional boundaries in the era of the Internet. *Academic Psychiatry*, 35, 168 - 174.
- Gottlieb, M. C., & Younggren, J. N. (2009). Is there a slippery slope? Considerations regarding multiple relationships and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 564 - 571.
- Kaslow, F. W., Patterson, T., & Gottlieb, M. (2011). Ethical dilemmas in psychologists accessing internet data: Is it justified? *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 105 - 112.
- Kitchener, K. S. (1988). Dual role relationships: What makes them so problematic? *Journal of*
- Ordine degli Psicologi del Lazio (a cura di) (2013). *Etica, competenza, buone prassi. Lo psicologo nella società d'oggi*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Van Allen, J., & Roberts, M. (2011). Critical incidents in the marriage of psychology and technology: A discussion of potential ethical issues in practice, education, and policy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 433 - 439.



I PUNTI CARDINALI DELLA "BUSSOLA" DELLO PSICOTERAPEUTA

Salvatore Nuzzo
Psicologo Psicoterapeuta

RIASSUNTO

Un professionista può definirsi tale solo se è in grado di "professare" gli aspetti fondamentali che lo rendono tale, di operare cioè in "scienza e coscienza", avendo sempre di fronte a sé l'obiettivo primario di tutelare e promuovere gli interessi del suo cliente (Zucconi, 2005).

Un professionista competente e motivato deve avere, come base per il suo operare, l'etica professionale, da cui discende l'articolazione delle azioni da compiere alla luce delle regole di deontologia professionale ufficializzate nel codice deontologico, che non costituisce un mero elenco di doveri e/o di divieti ma rappresenta, invece, un'espressione di valori etici e professionali, una guida che illumina, orienta e rassicura nell'agire quotidiano.

Competenza tecnica e deontologia sono necessarie l'una all'altra perché – come dice Giovanni Madonna – occorre molta tecnica per essere etico ma, in modo speculare, occorre molta etica per essere sufficientemente tecnici.

PAROLE CHIAVE

Deontologia, Codice Deontologico, Scienza e Coscienza, Etica, Bussola, Psicoterapia.

UNA BUSSOLA PER LO PSICOTERAPEUTA

La centralità dell'interazione umana situa la clinica in un orizzonte inscindibile da questioni etico-valoriali che restituiscono l'arte della cura a quell'equilibrio delicatissimo tra *scienza e coscienza*, tra "conoscenza scientifica" ed "ethos umanitario".

Per "scienza" si intende la *competenza*, ovvero il possesso delle tecniche e delle teorie della tecnica: lo psicoterapeuta deve operare mantenendo uno standard adeguato, fornendo servizi e tecniche per le quali possiede una specifica formazione e qualificazione.

Per "coscienza" si intende l'*osservanza delle norme etiche* che devono informare l'agire professionale, quindi la *responsabilità* intesa come assunzione delle conseguenze dei propri atti nel campo clinico. La "coscienza" riguarda, perciò, il *modo di applicare le competenze acquisite*, attraverso una chiave di valori che ognuno custodisce nella pro-



pria coscienza e che sono ben rappresentati nel Codice Deontologico della nostra professione.

Considerare il Codice Deontologico come un'autoregolamentazione voluta e non come una norma imposta dall'alto.

«Accade infatti assai spesso che una violazione delle regole di condotta configuri un *deficit di competenza* (si pensi, ad es., al caso dello psicoterapeuta che instauri con il proprio paziente un rapporto sessuale, il che non può non compromettere radicalmente l'andamento del processo terapeutico); d'altro canto, la mancata consapevolezza dei propri limiti competenziali, e la conseguente assunzione di incarichi professionali che esulino dalle proprie abilità professionali, costituisce, di per sé, una specifica trasgressio-

ne delle norme deontologiche.» (Calvi, 2002, pp. 9-10)

Parmentola (2000) sostiene che «un dottore tecnicamente bravo è, per ricaduta, un dottore corretto», mentre «un dottore deontologicamente scorretto non potrà, per ricaduta, che fornire prestazioni tecnicamente scadenti». Da qui il dovere di lasciarsi guidare sempre da una rigorosa onesta intellettuale.

Poiché il lavoro dello psicoterapeuta comporta una serie di *scelte* e il dover affrontare dei *dilemmi* che il professionista si pone relativamente alla possibilità, alla correttezza e alla legittimità di determinate condotte, le norme del Codice deontologico costituiscono una *bussola* che sostiene e orienta nelle scelte ma, al tempo stesso, le norme sono influenzate dalle scelte e dalle decisioni che vengono prese nella prassi lavorativa quotidiana (Calvi e Gulotta, 1999).



In quanto insieme di principi, di insegnamenti e di orientamenti, il Codice deontologico è «uno strumento da adottare non solo per essere corretti, ma anche per essere bravi nell'esercizio della pratica professionale.» (Madonna, 2002, p. 51)

Per questo studiare il Codice deontologico e la deontologia in generale, e riflettere su di essi, rappresenta una pratica formativa professionale, una strada ulteriore e non secondaria per imparare ad essere bravi professionisti, tenendo sempre presente che l'etica professionale non si esaurisce nel rispetto del Codice deontologico bensì corrisponde ad un'*attitudine mentale e relazionale* che informa ogni scelta e ogni condotta, sia nell'esercizio della professione sia nella partecipazione alla vita della società civile.

Operare in "*scienza e coscienza*" a favore del miglior trattamento del paziente implica che il professionista dev'essere, in ogni momento, capace di orientare le proprie azioni in accordo con saldi punti di riferimento, utilizzando – come propone Zucconi (2006) – una *bussola* in grado di indicare in maniera chiara i quattro punti cardinali, utili e direi indispensabili nell'accompagnare il cliente alla scoperta e allo sviluppo delle sue potenzialità e facilitarlo, con efficacia ed efficienza, nel raggiungimento dei suoi obiettivi.

L'uso della bussola è fondamentale in mare aperto, in vasti spazi, dove non ci siano punti di riferimento, così come in presenza di riferimenti per localizzarsi goniometricamente rispetto ad essi. Utilizzata insieme ad un orologio e ad un sestante, la bussola dà luogo ad un accuratissimo sistema di navigazione, che diviene in tal modo ancor più sicuro ed efficiente.

I punti cardinali della metaforica bussola dello psicoterapeuta non potrebbero non essere:

- l'etica del prendersi cura e le sue applicazioni

nel Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani;

- il paradigma di riferimento e la riflessione epistemologica ispirata alla complessità;
- la relazione con il cliente/paziente, momento fondamentale del rapporto terapeutico;
- il contatto con se stesso e l'"essere personale" dello psicoterapeuta.

1. L'ETICA DEL PRENDERSI CURA E LE SUE APPLICAZIONI NEL CODICE DEONTOLOGICO DELLE PSICOLOGHE E DEGLI PSICOLOGI ITALIANI

«L'esistenza di un Codice Deontologico... non crea di per sé l'agire professionale – come la scrittura non crea il pensiero, ma ne è la sua espressione – bensì lo orienta e lo sostiene. Esso si giustifica per molte ragioni, in quanto rende pubbliche e manifeste le norme interne di una professione, forma e stimola la coscienza deontologica, dirige l'azione nei casi concreti, favorisce l'unità professionale e ne incrementa l'autonomia, protegge gli utenti e infine protegge la professionalità in quanto offre le basi non solo per le sanzioni, ma anche per l'autodifesa» (Sanicola, 1985)

Il professionista serio è consapevole delle conseguenze che potrebbero derivare dalle sue decisioni e dal modo di condurre gli interventi qualora venisse a mancare il rispetto delle norme etiche e deontologiche.

«L'obbligatorietà, il vincolo rappresentano una dimensione imprescindibile dell'etica ma non coincidono con questa, né possono costituire, essi stessi, il suo reale fondamento. Se sganciata dalla sua dialettica con la sfera dell'agire individuale – ovvero dai processi decisionali, dalla volontà, dall'intenzionalità, dai significati che fondano le scelte del soggetto –, la deontologia rischierebbe di perdere il suo valore e la sua rilevanza, riducendosi a dispositivo disciplinare ed estraneo alle esigenze e ai bisogni concretamente sentiti dal professionista nella conduzione della sua attività.» (Gius, Coin, 1999, pp. 40-41)

In questa prospettiva, la “presa in carico” del paziente non si inquadra unicamente nei termini del dover rispondere agli interlocutori (paziente, famiglia, comunità) di un compito assunto e garantire la conoscenza scientifica e la padronanza tecnica dell’intervento, ma volge, più globalmente, a un prendersi “cura” della persona nella sua globalità.

Parlare di relazione terapeutica vuol dire già parlare di *etica*, ovvero di *rispetto verso i pazienti e verso la loro visione del mondo*. L’etica non richiede soltanto di non abusare mai di chi chiede aiuto, né con le parole, né con gli atti, né con i pensieri, ma di avere sempre presente che la vicinanza emotiva ed empatica che caratterizza la relazione terapeutica non può prescindere da una “sospensione del giudizio” da parte del terapeuta e da un ascolto decodificante comprensivo e laico. Per Flores D’Arcais (1992) “*laico*” è l’uomo del dubbio e della tolleranza, l’uomo di una verità che si va continuamente facendo, che non è radicata in visioni generali del mondo, che è sostanzialmente antidogmatica. D’altra parte, quello che pensiamo lo pensiamo sempre nel nome del nostro contesto di riferimento e lo imponiamo agli altri (Bateson, 1984).

L’Enciclopedia Treccani definisce *laico* «chi non appartiene allo stato clericale; sono quindi laici, nella Chiesa cattolica, i fedeli che non sono né chierici né religiosi, ossia tutte le persone battezzate che non hanno alcun grado nella gerarchia ecclesiastica». La stessa Enciclopedia definisce *Stato laico* «quello che riconosce l’eguaglianza di tutte le confessioni religiose, senza concedere particolari privilegi o riconoscimento ad alcuna di esse, e che riafferma la propria autonomia rispetto al potere ecclesiastico.» (<https://www.treccani.it/enciclopedia/laico/>)

La *laicità* della professione di psicoterapeuta sta nel fondamento della *non discriminazione dei soggetti*, del *rispetto per la diversità*, dell’*aconfessionalità* e del *rifiuto di un sapere sottoposto alla ideologia*, in linea con quanto sancito dall’articolo

4, comma 1, del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani.

Art. 4, comma 2 - Principio del rispetto e della laicità

(La psicologa e lo psicologo) riconoscono le differenze individuali, di genere e culturali, promuovono inclusività, rispettano opinioni e credenze e si astengono dall’imporre il proprio sistema di valori.

L’articolo 4 costituisce il fondamento etico della struttura del nostro Codice Deontologico poiché introduce «*un modo di guardare alla persona*», secondo i principi fondamentali della Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, e con riferimento all’art. 3 della Costituzione della Repubblica Italiana che recita: “*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*”. L’articolo 4 definisce, pertanto, i principi etici della nostra professione e la sua natura laica, incardinandola alle scienze – e, in generale, alla sfera del sapere –, sottraendola alle influenze ideologiche e confessionali e ai pregiudizi che discriminano le diverse soggettività o comunità.

L’articolo 4 tratteggia, perciò, il profilo di «un professionista assolutamente laico e aperto nell’accogliere le differenze», dal momento che «un esercizio professionale non laico sottenderebbe che lo psicologo non ha compreso cosa significa ‘professione giuridicamente istituita’; non ha caratteristiche personologiche adatte a questa professione; non ha chiare né l’epistemologia né la clinica della professione psicologica. Verrebbe addirittura da chiedersi perché voglia esercitare una simile professione, non avendola compresa a nessun livello ed essendo destinato a fare lo psicologo senza esserlo, a vivere la penosa condizione di psicologo senza psicologia» (Parnentola, Leardini, 2020, pp. 302-304).



Gli interventi di natura clinica o di aiuto psicologico presuppongono una *condizione di debolezza o di fragilità* del paziente/cliente che va "compensata" proprio attraverso il riconoscimento della priorità di tutela sopra detta. È semplicistico pensare a una naturale coincidenza tra il valore etico dell'intervento e la correttezza tecnica, per questo dobbiamo sforzarci di guardare alla correttezza tecnica come ad una lente deformante e parziale, ma assolutamente indispensabile per il nostro lavoro.

Abbiamo l'obbligo di aspirare costantemente al rispetto, sempre imperfetto, delle tecniche e – come dice Cancrini (1990) – "senza vitelli umani o libreschi da adorare... sempre sospesi tra certezze (il dover fare) e paure (il come farlo)". E, aggiungo io, spesso in una solitudine lacerante e dilaniati dai mille dilemmi etici e deontologici che la nostra professione quotidianamente non ci risparmia.

Solo riconoscendo i propri limiti e coltivando dubbi sulle scelte da fare di volta in volta in un universo complesso di cui non si può conoscere se non aspetti relativi alla posizione di chi osserva, potremo sperare di essere il meno stolti possibile.

Come non ricordare la considerazione feroce ma acuta di Bateson (1984): «*coloro a cui sfugge completamente l'idea che è possibile aver torto, non possono imparare nulla se non la tecnica*»! Per noi si tratta, invece, di aggiungere sempre alla competenza tecnica la correttezza deontologica.

Essere laico, per lo psicologo, vuol dire essere professionista empatico ed umano.

Inoltre l'etica professionale suggerisce di *NON fermarsi mai a una prima lettura del problema*, in accordo con l'articolo 7 del Codice Deontologico.

Art. 7 - Validità dei dati e delle informazioni

Nelle attività di ricerca, nelle comunicazioni dei risultati e in ogni altra attività professionale, nonché nelle attività didattiche, di formazione e supervisione, la psicologa e lo psicologo valutano attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità, di attendibilità, di accuratezza, di affidabilità di dati, informazioni e fonti su cui basano le conclusioni raggiunte; espongono, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative ed esplicitano i limiti dei risultati a cui sono arrivati.

La psicologa e lo psicologo, su casi specifici, esprimono valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata, coerente con il tema oggetto di valutazione ed attendibile.

Il richiamo è, pertanto, a una conoscenza che non sia occasionale o, peggio ancora, di seconda o terza mano. L'articolo 7 ci richiama al *principio di responsabilità* che dobbiamo assumere nella nostra attività professionale: quello di *presentare la scienza psicologica in modo credibile e attendibile*, in quanto la problematicità della materia necessita che siano sempre dichiarati esplicitamente i dati su cui si basa e i modelli interpretativi utilizzati.

«È necessario che si affermi, sempre di più, un'impostazione tecnica basata su un assetto mentale più rigoroso e una maggiore capacità di revisione critica delle proprie intuizioni, ma che riesca al contempo a mantenere viva la specificità della professione psicologica, che fa del rispetto di ogni variabile soggettiva uno dei propri fattori di 'senso'. Un'impostazione tecnica che debba essere fatta valere non solo nei contesti strettamente terapeutici, ma a maggior ragione in tutti quegli ambiti operativi (scuola, lavoro, marketing, sport...) che espongono maggiormente lo psicologo al rischio di prodursi in conclusioni, valutazioni o giudizi professionali se non avventati, quantomeno poco prudenti.» (Parmentola, Leardini, 2020, p. 50)

Un adempimento importante per il professionista, contemplato anche dal nostro Codice Deontologico agli articoli 9 e 24, è quello del *consenso informato*, per cui ogni atto psicologico deve essere consapevolmente accettato dal soggetto cui è rivolto.

Art. 9 - Consenso informato nella ricerca

Nella loro attività di ricerca la psicologa e lo psicologo sono tenuti ad informare adeguatamente le persone in essa coinvolte rispetto agli scopi, alle procedure, ai metodi, ai tempi e ai rischi della stessa, nonché alle modalità di trattamento dei dati personali raccolti al fine di acquisirne il consenso.

Sono altresì tenuti a fornire adeguate informazioni anche relativamente al nome, allo status scientifico e professionale della ricercatrice e del ricercatore ed alla loro istituzione di appartenenza.

Devono altresì garantire alle persone partecipanti alla ricerca la piena libertà di concedere, di rifiutare ovvero di ritirare il consenso stesso. Nell'ipotesi in cui la natura della ricerca non consenta di informare preventivamente, correttamente e completamente le persone partecipanti su alcuni aspetti della ricerca stessa, la psicologa e lo psicologo hanno l'obbligo di fornire, alla fine dell'attività sperimentale e/o di ricerca, le informazioni dovute e di acquisire l'autorizzazione all'uso del materiale e dei dati raccolti.

Per quanto concerne le persone che, per età o per altri motivi, non sono in grado di esprimere validamente il loro consenso, questo deve essere dato da coloro che esercitano la responsabilità genitoriale o la tutela.

È altresì richiesto l'assenso delle persone stesse, ove siano in grado di comprendere la natura dei contenuti delle attività in cui saran-





no coinvolte e della collaborazione richiesta, in relazione alla loro età e al loro grado di maturità nel pieno rispetto della loro dignità.

Deve essere tutelato, in ogni caso, il diritto delle persone alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato.

L'articolo 9 comprende sia ciò che sostanzia il *consenso*, sia ciò che sostanzia la *competenza* a darlo e all'equilibrio che si instaura tra questi due elementi. Costituiscono sostanzialmente il consenso: l'informazione, la comprensione, la volontarietà e il prendere decisioni. Costituiscono sostanzialmente la competenza a dare il consenso: la capacità decisionale, il ragionamento sulle decisioni e la previsione dei risultati delle decisioni.

Art. 24 - Consenso informato sanitario nei confronti di persone adulte capaci

Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

L'acquisizione del consenso informato è un atto di specifica ed esclusiva responsabilità della psicologa e dello psicologo.

Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni al contesto e alle condizioni della persona, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazione o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

La psicologa e lo psicologo informano la persona interessata in modo comprensibile, completo e aggiornato sulla finalità e sulla modalità del trattamento sanitario, sull'eventuale diagnosi e prognosi, sui benefici e sugli eventuali rischi, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario.

«Il Consenso Informato dovrebbe essere un mediatore di chiarezza ai fini di una piena adesio-

ne fiduciaria, di una partecipazione coerente e consapevole al lavoro comune. È anch'esso un Processo che innerva 'sostanzialmente' quello professionale, psicologico e terapeutico. È un presidio di garanzia indispensabile in un Contesto istituito attorno a termini non tangibili, quindi sempre a rischio di ambiguità e malintesi, ma anche di strumentalità e opacità. In uno Stato di Diritto, non possono esistere zone franche, rispetto all'intelligibilità delle esperienze scelte: tutto deve essere spiegabile, comprensibile, 'vagliabile' sotto il profilo giuridico. Il Consenso Informato è l'architrave su cui poggia la compiuta realizzazione di questi assiomi concettuali.» (Parmentola, Leardini, 2020, p. 120)

Il tema del consenso informato è estremamente ampio e contiene una poliedricità intrinseca, in quanto vi si intrecciano aspetti etici, legali, filosofici, ma anche aspetti di prassi professionale e di efficacia dell'intervento. Non si tratta di un mero adempimento burocratico o formale, ma piuttosto di un processo che impegna lo psicoterapeuta e il suo cliente e che mira a salvaguardare entrambi gli attori della relazione.

Nell'ambito dell'intervento psicologico, e soprattutto psicoterapeutico, il consenso informato non può sempre concludersi con l'informazione iniziale. Ci sono aspetti dell'intervento che rimangono relativamente costanti per i diversi clienti, mentre altri aspetti possono variare sulla base di specifiche caratteristiche del cliente ed emergere nel corso dell'intervento (Pomerantz, 2005, pp. 351-360).

Questa caratteristica pone il professionista di fronte alla necessità di utilizzare un modello che veda il consenso informato come un 'processo' e non come un 'evento', con spazi informativi posti in differenti momenti dell'intervento professionale (Pomerantz, 2005, pp. 351-360; Goddard, Murray, Simpson, 2008, pp. 177-191).

Se l'intervento psicoterapeutico porta un certo cambiamento nell'individuo, il consenso informato si pone come strumento per favorire un ruolo attivo e partecipe del paziente/cliente durante questo cambiamento, in tutto il processo terapeutico.

Il consenso informato tutela doppiamente gli attori della relazione in atto, consapevoli dei rispettivi diritti, ed è proprio questa trasparenza che migliora e rinforza l'alleanza terapeutica. Pertanto, riflettere, come categoria professionale, sul valore e sulle funzioni del consenso informato rientrerebbe in quella che Desiderio (2000) definisce "etica attiva", intesa non più soltanto come un "non-fare" cose contrarie alle norme o ai principi deontologici, ma "si trasforma in attività, fatta di azioni e parole" finalizzate alla promozione ed al conseguimento del benessere individuale e collettivo.

Certamente ha ragione Marco Pingitore a sostenere che «è ancora è troppo poco il valore assegnato dagli Psicologi al consenso informato sanitario, considerato, il più delle volte, un impiccio burocratico che ostacola il rapporto terapeutico. Il consenso informato rappresenta il cuore dell'intervento sanitario, il fulcro su cui si basa la professione sanitaria dello Psicologo. [...] È pacifico ritenere che l'acquisizione del consenso informato non possa essere ridotto sic et simpliciter all'apposizione di una firma su un generico modulo da parte del paziente.» (<https://deontologiapsicologi.marcopingitore.it/il-valore-del-consenso-informato-sanitario-in-psicologia/2020/04/11/4900/>)

Lo "specifico" dello psicoterapeuta è già di per sé un *atto intrinsecamente etico*, perché tocca la realtà e l'umanità dell'altro, propone un orizzonte di significati con cui l'altro si troverà ad interagire e influenza il modo di pensare, di agire e di relazionarsi dell'altro. Il suo intervento è etico se e quando è volto a *stimolare un processo interiore che tenga conto dell'altro*

come persona con una sua vita autonoma che, una volta esaurita la prestazione professionale, potrà trovarsi confermato nelle sue idee disfunzionali o inefficaci ad una soddisfacente realizzazione di sé, oppure più consapevole e in grado – grazie all'elaborazione del disagio, della sofferenza, della crisi – di migliorare complessivamente la sua qualità di vita. Ciò in linea anche con l'articolo 3, comma 2 del nostro Codice Deontologico.

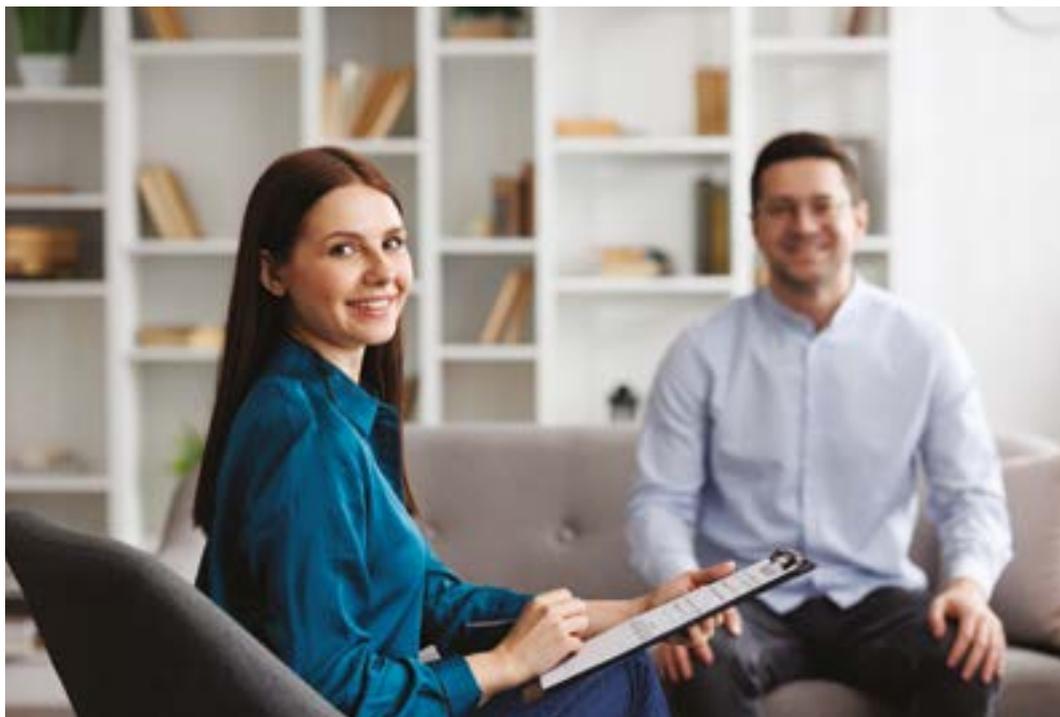
Art. 3, comma 2 – Principio di responsabilità

In ogni ambito professionale (la psicologa e lo psicologo) operano per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stesse e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace.

Un "buon psicologo" non è uno "psicologo buono". Agire eticamente non significa essere "buoni" né essere (soltanto) deontologicamente corretti, bensì realizzare i valori nei quali si identificano la cultura, le finalità e il senso della professione. Ogni psicologo psicoterapeuta possiede dei valori e inevitabilmente, in modo più o meno strisciante e sotterraneo, egli *introduce i suoi valori nella relazione con il cliente/utente*, e ciò è **rilevante** sia dal punto di vista *etico* che dal punto di vista *teorico e terapeutico*.

Solo avendo chiaro il senso che fonda e orienta le proprie prassi, gli psicologi possono garantire in autonomia (cioè anche in assenza della possibilità di una regola che dica cosa fare o della possibilità di un riscontro da parte dell'utente/cliente) il rigore e la forza necessari a sostenere (anzitutto "dentro" se stessi) e a perseguire con coerenza la via meno facile.

Attestarsi entro i binari deontologici non basta ad assicurare questo livello, perché il problema non riguarda la disciplina della condotta manifesta ma la posizione, l'*atteggiamento interiore dello psicologo*, qualcosa cioè che sfugge alla possibilità di essere oggettivato in una normativa e sottoposto



a una verifica diretta (neanche da parte del cliente che è l'unico testimone diretto, perché dentro alla relazione).

Nella nostra professione i concetti di "deontologia" e di "qualità" non possono giammai e in alcun modo essere disgiunti, ed anzi un adeguato approfondimento della materia deontologica deve essere, per ciascuno di noi, una via obbligata e illuminata per migliorare i livelli qualitativi del nostro concreto agire professionale.

2. IL PARADIGMA DI RIFERIMENTO E LA RIFLESSIONE EPISTEMOLOGICA ISPIRATA ALLA COMPLESSITÀ

Tuttavia non è sufficiente conoscere la deontologia, poiché essa va applicata, e ciò significa che lo psicoterapeuta opera impiegando strumenti

scientifici che siano efficaci ed efficienti, tali da rendere la pratica clinica consapevole e controllata, confrontabile, verificabile, 'scientifica'.

Ciò implica la necessità di conoscere e aver fatto proprio il *paradigma scientifico di riferimento*, lo schema concettuale di riferimento, validato dalla ricerca e fondato sull'evidenza scientifica, senza però mai trascurare che la comprensione di un fenomeno richiede una molteplicità di punti di vista, una proficua integrazione di approcci e un continuo arricchimento del proprio patrimonio di strumenti culturali e operativi per saper leggere una società sempre più complessa, accelerata e senza distanza.

«Il 'paradigma della complessità' opera una revisione critica dei criteri della scientificità 'classica' e li mette in connessione con i più generali principi di pensabilità del mondo, di organizzazione del modo di prodursi del sapere. L'idea di realtà che

l'epistemologia della complessità propone può essere descritta come il passaggio da una concezione della realtà come sostanzialmente unitaria e integrata, organizzata secondo un ordine univoco e atemporale, data una volta per tutte e per questo esprimibile in leggi anonime, impersonali e supreme, a un'idea di realtà in continuo costruirsi, in continuo farsi, in un continuo movimento di riorganizzazione. La realtà, cioè, non appare più come qualcosa di dato, indipendente dal soggetto umano che la percepisce. Al contrario, ciò che l'epistemologia contemporanea e la stessa ricerca scientifica propongono è profondamente diverso: si assiste alla 'proliferazione del reale in oggetti, livelli, sfere di realtà differenti e si è consapevoli che questa proliferazione è sempre tradotta nel linguaggio di un osservatore. La realtà sembra essere un sistema in evoluzione, caratterizzato da particolari vincoli e da particolari interazioni, all'interno di una particolare organizzazione, che, con il concorso del disordine, del casuale, dell'evento, costantemente si riorganizza e si trasforma.» (Inghilleri, 2019).

Da qui la consapevolezza che, per promuovere nel modo migliore il benessere delle persone e della comunità, lo psicoterapeuta è tenuto costantemente a migliorare le proprie capacità e conoscenze e a garantire il corretto esercizio della professione, secondo i principi di autonomia intellettuale, trasparenza, lealtà e qualità della prestazione.

Art. 5 - Competenza professionale

La psicologa e lo psicologo sono tenuti a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali operano.

La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale.

Riconoscono i limiti della loro competenza e usano, pertanto solo strumenti teorico-pratici per i quali hanno acquisito adeguata com-

petenza e, ove necessario, formale autorizzazione.

La psicologa e lo psicologo impiegano metodologie delle quali sono in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici e non suscitano nella persona cliente e/o utente aspettative infondate.

Le acquisizioni epistemologiche più recenti dimostrano l'esistenza di un'interazione tra fatti e valori e mettono in risalto l'influenza determinante del piano valoriale sulle azioni personali. Lo psicologo interviene sui processi di pensiero di un singolo, di un gruppo, di un sistema. Il senso ultimo della sua azione consiste nel fornire all'altro (singolo individuo o grande gruppo) degli stimoli e degli strumenti attraverso i quali l'altro possa *ampliare il campo delle sue scelte e trovare soluzioni che lo aiutino a relazionarsi con se stesso, con gli altri, con tutta la sua realtà in modo più funzionale al conseguimento di un maggior benessere.*

Se il terapeuta intende porsi come guida e compagno di viaggio del paziente deve conservare sempre la voglia di apprendere dall'esperienza e di imparare dagli errori, conoscendo i propri limiti e i punti di forza, chiedendo aiuto nel bisogno e restando aperto alla ricerca di un'integrazione tra strumenti e metodi anche diversi, volti ad esplorare, all'interno di un progetto coerente, aspetti e parti della molteplicità di componenti, processi, configurazioni che caratterizzano le situazioni relazionali.

La psicoterapia ha come obiettivo essenziale quello di promuovere il cambiamento, ma in questo non può fare riferimento, come avviene in altri campi, al principio della *restitutio ad integrum*, ad una condizione oggettiva di salute, di benessere o di normalità a cui tendere. Non possiamo,



quindi, assumere a priori un certo punto di vista come l'unico vero modo di conoscere o di intervenire in una certa situazione.

Lo psicoterapeuta che consideri il proprio intervento come neutrale, come mera tecnica, come semplice strumento "disinteressato" per "vedere" e "manipolare" certi aspetti della realtà, corre il rischio di dimenticare che quel "vedere" e quel "manipolare" non possono non ricollegarsi alle esigenze più sottili e profonde del proprio modo di conoscere il mondo e, quindi, alla propria "eticità" (Grasso, Lombardo, Pinkus, 1988).

Poiché la conoscenza non è mai oggettiva (Von Foster, 1982), in quanto rimanda sempre a un soggetto, a un osservatore, il terapeuta deve includere anche se stesso, e il sistema terapeutico a cui appartiene, nel processo di analisi e di osservazione del rapporto terapeuta-paziente.

Occorre essere consapevoli, pertanto, di come descrivere, costruire, conoscere e utilizzare le proprie "metafore di riferimento" diventi un'operazione indispensabile per il terapeuta che voglia operare un atto di riduzione della complessità dei fenomeni psichici che si trova ad osservare (Malagoli Togliatti, Cotugno, 1996).

Lavorando con i nostri pazienti ci rendiamo conto che ogni storia è un groviglio di storie, un incastro di relazioni. Ci accorgiamo anche che, nonostante tentiamo, in ogni intervento professionale, di perseguire il più possibile una correttezza tecnica, corriamo comunque il rischio di non chiederci abbastanza fino a che punto non stiamo cercando di imporre agli altri la nostra "visione del mondo".

Una riflessione etica sul proprio modo di lavorare implica la consapevolezza su diverse questioni:

- Che significato ha per la società il mio *ruolo professionale*?
- Che cosa significa per me *essere responsabile*?
- Che peso hanno i miei strumenti di lavoro (tecnica psicoterapeutica) rispetto al *contributo*

soggettivo che con la mia personalità introduco nella relazione col paziente?

- Che peso ha il *contributo della mia persona nella relazione con il paziente* rispetto agli strumenti tecnici che uso nel mio lavoro?
- Quale *visione dell'uomo* (quale antropologia) è implicita nella teoria a cui aderisco come psicoterapeuta?
- Con quali *valori soggettivi* costruisco i concetti di salute, malattia, benessere, cura, cambiamento, guarigione?
- Con quali *valori culturali* costruisco i concetti di salute, malattia, benessere, cura, cambiamento, guarigione?
- Quanto la mia *visione etica* interferisce nel mio lavoro clinico?
- Quanto il mio *ruolo privato e sociale* si intreccia e confonde con quello dello psicoterapeuta?

«Con sempre maggiore chiarezza emerge l'implicazione dello psicologo, dello psicoterapeuta nella relazione clinica: dal suo essere presente con le proprie teorie psicologiche, metapsicologiche, con la teoria della tecnica, al suo essere presente con le proprie caratteristiche personali, emozioni e psicopatologie. Pazienti e terapeuti contribuiscono insieme, nel set(ting), alla creazione e all'evoluzione del campo terapeutico. L'applicazione dei principi del paradigma della complessità alla relazione clinica, psicoterapeutica, apre alla ricerca di un'integrazione tra strumenti e metodi anche diversi, volti a esplorare, all'interno di un progetto coerente, aspetti, parti della molteplicità di componenti, processi, configurazioni che caratterizzano le situazioni relazionali.» (Inghileri, 2019)

3. LA RELAZIONE CON IL CLIENTE/PAZIENTE, MOMENTO FONDAMENTALE DEL RAPPORTO TERAPEUTICO

La psicoterapia è «un momento che fa emergere significati affettivi e cognitivi che creano l'ambiente adatto, come i continui intrecci emotivi, cognitivi e comportamentali e i processi di decostruzione e ricostruzione di senso che l'esperien-

za clinica comporta per chi chiede aiuto e per chi lo offre. In tale senso di si può parlare di “relazione che cura”.» (Bruni, 2021, p. 40)

Le diverse azioni psicoterapeutiche si collocano nello spazio tra la procedura indicata dalla teoria e l'operazione concretamente effettuata dal terapeuta. Le diverse tecniche si posizionano rispetto alla maggiore o minore ampiezza di questo spazio, ma l'elemento soggettivo è una dimensione ineludibile del processo decisionale.

In questa direzione Gius e Coin (1999, p. 55) nota che «elemento cruciale in psicoterapia, e più in generale nelle *helping professions*, è l'*inscindibilità tra "fare" e "essere" dello psicoterapeuta*: la riflessione epistemologica dello psicoterapeuta riguarda schemi mentali e modelli di approccio alla realtà ove i confini tra ambito scientifico e ambito esistenziale appaiono estremamente labili, e dove l'adesione a un modello teorico acquista un potere identificatorio per il soggetto, andando a forgiare non solo l'identità professionale del terapeuta ma anche, più profondamente, la sua identità personale».

Ciò che può fare la differenza tra un approccio psicoterapeutico e un altro è la qualità della relazione terapeutica, ossia quella particolare capacità del terapeuta di saper gestire questa relazione, di saperla armonizzare con le tecniche in suo possesso, di saper entrare in contatto emotivo con i bisogni della persona, per darle quel sollievo che cerca, pur conservando la giusta differenziazione.

La *differenziazione* è la capacità di mantenere il senso del sé quando si è emotivamente e fisicamente vicino agli altri, la capacità di esprimere se stessi e le proprie opinioni pur essendo in legame profondo con qualcuno che la pensa diversamente da noi (Schnarch, 2001).

Tutto questo implica una dinamica di progressivo avvicinamento e allontanamento psicologico

tra terapeuta e paziente che, se troppo vicini o troppo distanti, non riescono a “vedersi” e a riconoscersi, essendo entrambi alla ricerca di una distanza che diviene “sufficientemente buona” nello strutturarsi nella relazione attraverso il tempo.

Per alcuni autori, la relazione terapeutica è la “conditio sine qua non” della psicoterapia. Infatti essa non è solo la condizione concreta entro la quale si dispiega la prestazione professionale, ma di questa è anche lo strumento operativo privilegiato e il principale strumento di valutazione.

Yalom (2016) ha scritto che la terapia non dovrebbe essere guidata dalla teoria, ma dalla relazione. Molti anni prima aveva sostenuto che l'atteggiamento di base del terapeuta verso un paziente deve essere di sollecitudine, accettazione, spontaneità ed empatia. Niente, nessuna considerazione tecnica, ha la precedenza su questo atteggiamento (Yalom, 1970).

Uno degli aspetti che può favorire il cambiamento in psicoterapia è la **relazione terapeutica** tra paziente e terapeuta, caratterizzata da fiducia e empatia

Pertanto la capacità di operare, unita ai dettami del codice deontologico e ai principi del proprio paradigma di riferimento, è necessaria ma non sufficiente: usando tutto il suo *sapere, saper fare* e *saper essere* il professionista deve poter stabilire una *relazione significativa ed efficace con l'utente*, con cui dovrà costruire una buona alleanza terapeutica, per muoversi nella stessa direzione e lavorare per gli stessi obiettivi, rinforzando il sentimento di una responsabilità condivisa, favorendo la partecipazione attiva al processo terapeutico da parte del paziente, chiamato ad impegnarsi nell'auto-esplorazione e nella trasparenza.



La relazione terapeutica consiste in un processo interattivo che coinvolge psicoterapeuta e paziente. «In questa prospettiva le emozioni e le istanze personali del terapeuta non vengono considerate un ostacolo rispetto alla possibilità di fare diagnosi e di cogliere la verità o una scomoda interferenza rispetto alla conduzione della terapia. Il terapeuta non cerca dunque di neutralizzarle o controllarle, ma, guardando al processo del conoscere in relazione a chi sta conoscendo, presta ad esse grande attenzione considerando se stesso come luogo di conoscenza, anche del proprio paziente» (Madonna, 2002, pp. 44-45).

Bordin (1979) ha concettualizzato l'alleanza come un legame affettivo positivo tra paziente e terapeuta fatto di simpatia, stima e fiducia che comprende un accordo sugli scopi del trattamento e sui compiti reciproci.

Paziente e terapeuta non sono due entità divise e separate ma creano una squadra di lavoro: la rela-

zione terapeutica è come un *rapporto paritetico e collaborativo* fra due «scienziati» che si accingono a mettere a confronto le proprie teorie, costruite a partire da esperienze che le rendono plausibili.

«Nell'esperienza terapeutica, si genera un modo di stare insieme nel quale convivono, nell'asimmetria relazionale, i bisogni del paziente e quelli dello psicoterapeuta, in un processo che richiede la negoziazione dei sentimenti come ponte tra mondo interno e mondo interpersonale esterno. Percorrendo questa via, il terapeuta si confronta con il paziente e co-costruisce una relazione significativa, ricercando un canale comunicativo privilegiato e facendo attenzione a come il paziente comunica per poter lavorare su quello che emergere all'interno di questo rapporto e su quello che viene riportato delle altre esperienze interpersonali significative.» (Bruni, 2021, p. 45)

Il *rapporto interpersonale* è lo "specifico" dell'intervento psicologico, al di là di ogni differenza di



approccio e di metodo. In esso il terapeuta porta la sua natura, la sua personalità mediate dalla conoscenza che ha maturato su di sé nel corso del cammino formativo, riuscendo a riconoscere e ad utilizzare nel lavoro col paziente tutto ciò che può essere ricondotto alla sua soggettività. Di conseguenza la relazione terapeutica va continuamente monitorata dal terapeuta, sintonizzandosi con il paziente, ricorrendo alla propria sensibilità riflessiva sui propri vissuti e su quelli del paziente per cogliere il contributo dell'esperienza interpersonale, nel qui e ora della relazione stessa.

Si tratta di un *rapporto fiduciario*, nel senso che il rapporto con il committente non deve avere come punto di partenza il lucro, il guadagno ma è basato invece sulla *fiducia* che il committente ha nel professionista, confidando nella sua preparazione e nella correttezza del suo comportamento. Discendono da qui una serie di doveri etici. In primo luogo l'obbligo morale di conoscere a fondo la materia nella quale viene esercitata la professione, di approfondire ogni aspetto delle questioni che si devono affrontare e di aggiornarsi continuamente.

In secondo luogo il dovere etico di essere sempre cosciente e consapevole «della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, (la psicologia e lo psicologo) possono intervenire significativamente nella vita delle altre persone» (articolo 3, comma 3, del Codice Deontologico).

Il rispetto dell'unicità dell'altro, per quanto psicopatologicamente compromesso, e della sua autodeterminazione, è un principio assolutamente imprescindibile, poiché non c'è processo terapeutico senza reciproca e sistematica libertà di incontro e di conclusione, in ogni momento.

Epting (1990) ha scritto che «il terapeuta costruttivista ha ancora un altro dovere, che consiste nell'esprimere le sue migliori qualità umane affinché il cliente le possa utilizzare. L'esigenza è che il terapeuta metta a disposizione del cliente la parte migliore di sé. Il tipo di validazione o invalidazione che si verifica a portata di mano del terapeuta, durante l'ora di terapia, dovrebbe basarsi su ciò che di meglio egli ha da offrire. Questo deriva dalla posizione specificata da Kelly, secondo il quale il terapeuta serve da validatore durante l'ora di terapia: "Il terapeuta coglie il meglio che si possa trovare nella natura umana e lo rappresenta in modo tale da consentire al cliente di validare su di esso i suoi costrutti" (Kelly, 1955, p. 593). Un altro modo per esprimere questa idea è dire che per un cliente è molto utile se il suo terapeuta è in grado di essere ragionevolmente creativo.»

L'atteggiamento aperto, fiducioso e non giudicante del terapeuta favorisce l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica tra lui e il cliente, che nello spazio della terapia trova ascolto e sostegno.

«Sullivan sottolinea come il terapeuta non osservi il paziente da una posizione neutrale e distaccata ma sia dentro al campo psicoanalitico e ottenga i suoi dati proprio attraverso l'interazione con il paziente, rimanendo continuamente influenzato 'da ciò che sta osservando e lo influenza a sua volta'. Questo significa che nella pratica clinica un fattore terapeutico fondamentale è costituito dalla capacità di 'stare in relazione' e interagire in quello spazio transizionale che è un po' sé e un po' altro da sé, che permette ai due di trascendere da se stessi e di aprirsi alla trasformazione reciproca. Quindi il terapeuta partecipa al pari del paziente al processo di regolazione della distanza che scandisce le diverse fasi della terapia. Di conseguenza, se non c'è collaborazione alla diade di uno dei due membri, non vi è relazione, la distanza psicologica è eccessiva e «l'obiettivo terapeutico irraggiungibile.» (Vignozzi F., *Riflessioni sul-*



la distanza in psicoterapia. www.performat.it/publicazioni-articoli/riﬂessioni-sulla-distanza-in-psicoterapia/)

Il cliente che entra nella stanza dello psicoterapeuta, e che è garantito dalla sua professionalità, trae beneficio innanzitutto nell'essere riconosciuto come umano e, quindi, come fallibile. Lo psicoterapeuta non vuole "perfezionarlo" né gli impone modelli impossibili da ricreare, ma accoglie i chiaroscuri della sua anima.

Stabilire una buona relazione terapeutica è un presupposto indispensabile per qualunque tipo di terapia e presuppone l'instaurarsi dell'alleanza terapeutica, che è l'insieme dei processi interpersonali in azione all'interno di una psicoterapia che agiscono in parallelo con le specifiche tecniche di quel particolare tipo di trattamento (Lingardi, 2002).

4. IL CONTATTO CON SE STESSO E L'“ESSERE PERSONALE” DELLO PSICOTERAPEUTA

Ogni processo psicoterapeutico, con tutte le differenze che possono esserci tra i diversi approcci, passa inevitabilmente attraverso la “persona” dello psicoterapeuta, attraverso l'“essere” dello psicoterapeuta.

Non può essere negata, perciò, l'implicazione dello psicoterapeuta nella relazione clinica, all'interno della quale egli è presente non soltanto con le proprie teorie psicologiche e metapsicologiche e con la teoria della tecnica, ma anche con le proprie caratteristiche personali, con le proprie emozioni e, talvolta, con le proprie psicopatologie.

“Comprendere” il paziente (“*empatia*”) è possibile solo se il terapeuta si sintonizza con il paziente: quindi egli deve essere recettivo, i suoi ﬁltri interni non devono impedire o alterare la capacità di contatto “autentico”, di spontaneità e trasparenza nella relazione.

«Un terapeuta con problemi di contatto con se stesso, con le proprie emozioni, avrà la stessa carenza di contatto con il paziente, e inevitabilmente

risulterà compromesso il processo empatico. Un terapeuta con problemi di narcisismo avrà la tendenza a sopravvalutare le proprie capacità e avrà difficoltà ad ammettere i propri errori. Ciò inﬂuenzerà tutto il processo terapeutico, a partire dalla tendenza a trattare e gestire quelle problematiche e situazioni per le quali non è abbastanza preparato, ma che il proprio bisogno di potere non gli consente di ammettere. Per poi continuare ad agire nella scarsa capacità di ﬂlessibilità, nella difficoltà a rimanere aperto e a formulare una molteplicità di ipotesi, irrigidendosi su un'unica ipotesi di lavoro. Lo stesso terapeuta si porrà, inoltre, al paziente in modo brillante e, per necessità personale, ne conquisterà fiducia ed ammirazione... La stessa ﬁne della terapia, lo stesso risultato ﬁnale del lavoro potrà essere sopravvalutato e interpretato dal terapeuta in funzione del proprio narcisistico bisogno di successo, vedendo risultati mai raggiunti o ampliﬁcando esiti positivi o ignorando problematiche insorte.» (Rita Gagliardi, *Etica in psicoterapia.* www.ritagagliardi.it/etica-in-psicoterapia.html)

Un terapeuta inconsapevole delle proprie reazioni e delle distorsioni prodotte dai vissuti personali che non sa identiﬁcare è un terapeuta inadeguato.

Un terapeuta capace di sintonizzarsi è, invece, «quello che non vive l'incontro con l'altro come uno spazio in cui ci sarà qualcosa da dimostrare a qualcuno. Che è capace di rilassarsi e vivere la seduta con curiosità e partecipazione. Che è abituato a compiere profonde espirazioni mentre dialoga, e a usare una voce prosodica e ricca di modulazioni, un'espressione mimica che risuona prontamente e senza sforzo alle espressioni e ai contenuti manifestati dal paziente. Questo terapeuta dice all'organismo del paziente qui sei al sicuro, e il tuo corpo ricorderà questa esperienza, vorrà ripeterla, quindi puoi rilassarti, e possiamo esplorare insieme il tuo mondo interno.» (Salvatore G., 2018)
Per Fornari (1966, p. 81) la 'bontà' dello psicotere-

rapeuta è data dall'insieme delle sue attitudini psicologiche e personologiche, dalla sua capacità di risonanza a livelli regressivi pur rimanendo in una posizione perfettamente integrata, dalle limitate esigenze narcisistiche, dalla libertà dalla paura e soprattutto dall'angoscia, dalla capacità di tollerare frustrazioni senza mobilitare aggressività inconscia.

Lo psicoterapeuta condiziona il paziente, al di là di ciò che tecnicamente fa, per il fatto stesso di avere una sua concezione, una sua visione, una sua interpretazione della realtà del paziente e di ciò che è necessario per migliorarne le qualità.

Incidono sul processo psicoterapeutico:

- a) *l'atteggiamento dello psicoterapeuta, fortemente condizionato dalla personalità e dalle esperienze di precedenti interazioni* (compresa quella psicoterapica e/o di super visione) più che dalla formazione teorica e tecnica ricevuta: infatti è proprio l'atteggiamento dello psicoterapeuta che permette al paziente di sperimentare una nuova tipologia di interazione (psicoterapica) che, nel pieno rispetto del suo modo di essere, egli potrà successivamente generalizzare ad altri tipi di rapporto interpersonale;
- b) *il tipo di apprendimento (emotivo, comportamentale e cognitivo)* che deriva al paziente dalle nuove prese di coscienza e dalle abilità acquisite.

Alla luce di queste considerazioni molti sostengono che l'efficacia della psicoterapia dipenda più dalla personalità dello psicoterapeuta (il quale tende a portare se stesso nel setting), e dunque dalle sue qualità umane, che dalla psicoterapia utilizzata, e che il successo di un trattamento psicoterapico sia legato alla possibilità che viene offerta al paziente di interagire con una persona aperta, interessata, tollerante, coinvolta, comprensiva, rispettosa, onesta.

«Diversi autori cognitivisti e di area psicodinamica ritengono che l'esperienza nella relazione con il terapeuta svolga un ruolo terapeutico diretto

di correzione degli schemi interpersonali problematici, che l'aumento di consapevolezza sia favorito dalle esperienze interpersonali positive e rassicuranti nella relazione.» (Semerari, 1991).

L'instaurarsi di un rapporto empatico all'inizio dell'incontro psicoterapico risulta essere tra i migliori predittori del successo di una psicoterapia: il terapeuta esperto sa che le sue migliori risposte e i suoi più validi interventi non sono quelli che derivano da un atteggiamento essenzialmente tecnico, ma quelli che risultano dall'integrazione di tutte le sue potenzialità umane messe pienamente, seriamente e genuinamente al servizio del paziente.

Per Semerari (1991) i pazienti sottopongono il terapeuta a ripetuti test per verificare l'attendibilità e il grado di sicurezza interpersonale che egli garantisce. Superando con la sua condotta implicita ed esplicita tali test, il terapeuta diviene per il paziente una «*fonte autorevole di informazioni*» per la costruzione della visione di sé.

Il motore del cambiamento è dato soprattutto dalla persona del terapeuta, non solo per il suo contributo di conoscenza legato alla lettura dei problemi, ma anche per la sua capacità di promuovere, con la sua sintonica partecipazione e con la sua persona in relazione, una *esperienza nuova* rispetto alla riproposizione di dinamiche ripetitive.

L'instaurarsi di un rapporto empatico all'inizio dell'incontro psicoterapico risulta essere tra i migliori predittori del successo di una psicoterapia: il terapeuta esperto sa che le sue migliori risposte e i suoi più validi interventi non sono quelli che derivano da un atteggiamento essenzialmente tecnico, ma quelli che risultano dall'integrazione di tutte le sue potenzialità umane messe pienamente, seriamente e genuinamente al servizio del paziente.

Pertanto, avere moltissima cura della qualità della sua relazione lo aiuta a farsi sentire alleato dei suoi pazienti nell'affrontare i loro (e suoi)



problemi. Ma per essere capace di reale contatto con il cliente occorre che lo psicoterapeuta abbia acquisito un'adeguata conoscenza del proprio mondo interiore e delle relative risonanze emotive e sia capace di reale contatto con se stesso, perché *NON si può offrire agli altri ciò che NON si ha*.

Lo psicoterapeuta è chiamato, perciò, a riflettere sulle sue modalità di entrare in relazione con l'estraneità, rappresentata dall'altro, considerandone le categorizzazioni operative e le simbolizzazioni affettive corrispondenti. Ma, prima ancora, dovrà avere consapevolezza di quegli aspetti personali che possono interferire con il suo lavoro, influenzando qualità e capacità di giudizio; dovrà conoscere se stesso per poter comprendere e accogliere l'altro.

Accanto all'empatia, al rispetto e all'accettazione, gli ingredienti che favoriscono l'instaurarsi e il mantenimento della relazione terapeutica, lo psicoterapeuta deve essere una persona "sana", equilibrata, comprensiva, affidabile e competen-

te; inoltre deve possedere un alto grado di stabilità emotiva e un buon livello di consapevolezza di sé, che gli permetta di valutare i propri comportamenti e di comunicare in modo chiaro e mirato (Lambert, Shapiro, Begin, 1986, pp. 157-211).

Il terapeuta ha la responsabilità di gestire non solo il setting ma anche la sua persona, mantenendo il contatto con i propri valori e con il senso della propria esistenza, ricevendo e fornendo feedback efficaci, riflettendo sulle difficoltà che incontra, confrontandosi con i propri limiti e con i momenti di forte stress, ascoltandosi e cogliendo i segnali di fatica e gli indizi che suggeriscono di rallentare, di riorganizzare i ritmi, riconoscendo le circostanze in cui è utile per sé e per il paziente chiedere aiuto, ad esempio attraverso la supervisione, conservando la consapevolezza che non si è e non si può essere invincibili.

«Allo stesso tempo il terapeuta è attento ai processi intrapsichici, riferiti alle esperienze del passato che si presentano con modalità ripetitive che limitano

il gioco relazionale nella situazione presente, comprendendo i vincoli che non permettono al paziente di condurre una vita soddisfacente. Ne scaturisce un processo di decostruzione e ricostruzione congiunta per fare emergere nuove possibilità, dove si confonde cosa appartiene all'uno e cosa appartiene all'altro in una continua commistione tra interno ed esterno. In tal caso, il terapeuta per comprendere il paziente occorre che sia attento ai propri vissuti, alle reazioni controtransferali, domandandosi come si sente con quel paziente e perché riesce o non riesce a stare bene insieme a lui. Si vive un'esperienza relazionale che oscilla fra permeabilità e separazione, fra sé e l'altro, che dà forma al rapporto.» (Bruni, 2021, p. 45)

CONCLUSIONI

«Il pensiero deontologico è complesso e, per molti versi, controtempo in una stagione di ricerca di like facili con battute ad effetto, frasi brevi e leggere, scambi e confronti liquidi e veloci, perciò spesso e superficiali» (Parmentola, Leardini, 2020, p. 31), ma la conoscenza del Codice Deontologico è indispensabile e va integrata con la conoscenza delle norme di legge riguardanti, ad esempio, la *privacy*, il *segreto professionale*, il *consenso informato*, la *stessa di relazioni* su richiesta delle parti, le *prestazioni professionali ai minorenni*, ecc.

La vera scommessa per lo psicologo psicoterapeuta diventano la *competenza*, la *formazione specialistica*, il *rigore* e la *correttezza professionale*, ma anche *l'attitudine al dialogo*, *l'apertura al confronto*, la *disponibilità al lavoro d'équipe*. Tali obiettivi vanno perseguiti per se stessi ma anche per tutta la comunità dei colleghi sui quali, per un comprensibile gioco di immaginario collettivo, la qualità del nostro operato avrà necessariamente una ricaduta rilevante.

«La crescita di una professione è legata alla sua consapevolezza 'deontologica', al continuo dialogo tra progressi scientifici ed operativi, nuove evidenze e nuove sensibilità sociali e prassi deontologiche. E ciò è tanto più vero per una professione che, pur discendendo da un pensiero ed una riflessione 'antica', è figlia di una scienza mo-

derna ed è per molti versi un cantiere in continua costruzione.» (Lazzari, 2020, p. 15)

I quattro punti "cardinali" precedentemente illustrati diventano efficaci soltanto se essi sono co-presenti e concorrono in maniera dinamica a far giungere alla meta lo psicoterapeuta e il suo utente, senza smarrirsi lungo il percorso.

Non possiamo essere realmente dei professionisti senza una seria e reale preparazione che integri un sapere formato da un sostanzioso corpo teorico, il saper fare, fatto di buone pratiche e di sapere procedurale, il saper essere nel senso di saper interrogare il proprio Sé come strumento terapeutico e, dunque, senza aver interiorizzato e aver fatto nostra la bussola del professionista che abbiamo cercato, in qualche modo, di delineare ed illustrare.

Parlare di etica della psicoterapia significa parlare della capacità di prestare attenzione alla qualità della relazione, e di indirizzarla verso il suo scopo naturale: la crescita interiore del paziente. Su un terreno che si trasforma rapidamente e vorticosamente, psicologi e psicoterapeuti si ritrovano con questioni etiche complesse per le quali non esiste una risposta semplice, immediata o univoca. Nessuno psicologo – anche nel campo del comportamento etico – è immune da errori. L'importante è trarre dagli errori un vantaggio terapeutico per il/la paziente e un'efficace autoprotezione per il/la professionista.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of psychoanalytic concept of working alliance.



- Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3).
- Bruni, F. (2021). Il relazionale in psicoterapia. In Bruni, F (a cura di). *La relazione che cura. L'unità della psicoterapia*. Torino: Alessandro Lombardo Editore.
 - Calvi, E., Gulotta, G. (1999). *Il codice deontologico degli psicologi commentato articolo per articolo*. Milano: Giuffrè Editore.
 - Calvi, E. (2002). *Lo psicologo al lavoro. Contesti professionali, casi e dilemmi, deontologia*. Milano: Franco Angeli Editore.
 - Cancrini, L. (1990). Il caso di Enza e dei suoi tre bambini: riflessioni a proposito dell'etica della psicoterapia. In *Ecologia della mente*, II.
 - 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 Editore.
 - Epting, F.R. (1990). *Psicoterapia dei costrutti personali. Introduzione alla teoria e metodica operativa della tecnica terapeutica*. Firenze: Giunti Editore.
 - Flores D'Arcais, P. (1992). *Etica senza fede*. Torino: Einaudi.
 - Fornari, F. (1966). Nuovi orizzonti nella Psicoanalisi. Milano: Feltrinelli.
 - Gius, E., Coin, R. (1999). *I dilemmi dello psicoterapeuta. Il soggetto tra norme e valori*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Goddard, A., Murray, C.D. & Simpson, J. (2008). Informed consent and psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis of therapists' views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81.
 - Grasso, M., Lombardo, G.P., Pinkus, L. (1988). *Psicologia Clinica. Teorie, metodi e applicazioni della psicodinamica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
 - Inghilleri, M. (2019). *Riflessioni sui problemi epistemologici in psicoterapia: verso una "scientificità del qualitativo"*, 14 giugno 2019: <https://www.interattivamente.org/riflessioni-sui-problemi-epistemologici-in-psicoterapia-verso-una-scientificita-del-qualitativo/>
 - Yalom, I.D. (1970). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Yalom, I.D. (2016). *Il dono della terapia*. Roma: Edizioni Beat.
 - Lambert, M.J., Shapiro, D.A., Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of Psychotherapy, in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
 - Lazzari, D. (2020). La deontologia come sintesi dei valori di una comunità professionale. In Parmentola, C., Leardini, E., *Il Manuale deontologico degli Psicologi. - Tra le parti e nella parte -*. Francavilla al Mare (CH): Edizioni Psiconline.
 - Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Madonna, G. (2002). Del bene e del buono. In Calvi, E. (a cura di). *Lo Psicologo al lavoro. Contesto professionale, casi e dilemmi, deontologia*. Milano: Franco Angeli Editore.
 - Malagoli Togliatti, M., Cotugno, A. (1996). *Psicodinamica delle relazioni familiari*. Bologna: Il Mulino.
 - Parmentola, C. (2000). *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani*. Milano: Giuffrè Editore.
 - Parmentola, C., Leardini, E. (2020). *Il Manuale deontologico degli Psicologi. - Tra le parti e nella parte -*. Francavilla al Mare (CH): Edizioni Psiconline.
 - Pomerantz, A.M. (2005). Increasingly informed consent: Discussing distinct aspects of psychotherapy at different points in time. *Ethics&Behavior*, 15(4).
 - Salvatore, G. (2018). *Il terapeuta sintonizzato: premessa al resoconto sul IV Seminario sulla Disciplina Interiore del Terapeuta*. <https://www.stateofmind.it/2018/09/terapeuta-sintonizzato-disciplina/>
 - Sanicola, L. (1985). "Il segreto professionale". *Società e Salute*, n. 1.
 - Schnarch, D. (2001). *La passione nel matrimonio. Sesso e intimità nelle relazioni d'amore*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Semerari, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Carocci.
 - Semerari, A. (2021). *La relazione terapeutica. Storia, teoria e problemi*. Roma-Bari: Editori Laterza.
 - Zucconi, A. (2005). "La valutazione dell'efficacia della formazione degli psicoterapeuti", *Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, N°1.
 - Zucconi, A. (2006). "La Bussola del Professionista". *ACP - Rivista di Studi Rogersiani*, Novembre.



TERAPIA ESPOSIZIONE NARRATIVA

Rosanna Dipasquale
Psicologa e Psicoterapeuta
cognitivo comportamentale

Grazia Iannone

1. LA TERAPIA DELL'ESPOSIZIONE NARRATIVA (NET): IL MODELLO TEORICO

La Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET) è un trattamento breve e focalizzato per le sindromi legate al trauma, specialmente adatto a traumi complessi e cumulativi. Oggi, questa tecnica viene usata principalmente con vittime di violenza ripetuta e sistematica, incoraggiandole a raccontare la propria storia di trauma e a rivivere gli eventi attraverso tecniche di esposizione immaginativa. L'obiettivo è ristrutturare la rete della paura generata dai traumi (Lang, 1984, 1993; Schauer e Elbert, 2010) e reintegrare i ricordi emotivi "caldi" in una narrazione coerente di tipo dichiarativo o "freddo" (Elbert e Schauer, 2002; Metcalfe e Jacobs, 1999). In questo modo, i ricordi frammentati vengono contestualizzati, diventando parte di una narrazione autobiografica fluida. Questo processo si avvicina a una "testimonianza" strutturata, un metodo che trova origine nella Terapia della Testimonianza sviluppata in Cile da Lira e Weinstein durante il regime di Pinochet (Cienfuegos e Monelli, 1993).

Essendo la narrazione universale in ogni cultura, la NET si configura come un intervento applicabi-

le a livello globale per alleviare i sintomi da stress traumatico in sopravvissuti a eventi estremamente minacciosi e ripetuti, come guerre, torture, violenze organizzate e abusi. La NET invita i sopravvissuti a raccontare in dettaglio la propria storia di vita, in ordine cronologico, in presenza di un terapeuta che registra e aiuta ad armonizzare i ricordi in una sequenza coerente. Questo tipo di esposizione narrativa permette di visualizzare con chiarezza i traumi vissuti, favorendo una graduale abitudine alla loro memoria.

Sviluppata per sopravvissuti a traumi multipli e di natura complessa, la NET ha anche risvolti sociali e politici: può servire come documentazione delle violazioni dei diritti umani. Basata su prove scientifiche che abbracciano diverse discipline (psicologia clinica, neuroscienze, salute pubblica, studi sui rifugiati), la NET ha dimostrato la sua efficacia sul campo.

Il metodo NET è stato progettato non solo per guarire, ma anche per supportare attivamente la lotta contro abusi, violenze e persecuzioni, con tre obiettivi fondamentali: prendersi cura dell'individuo, combattere la violenza verso



gruppi vulnerabili e favorire la riconciliazione. Le testimonianze raccolte, con il consenso del paziente, possono inoltre essere utilizzate in procedimenti legali o per sensibilizzare il pubblico, contrastando la negazione sociale degli abusi.

Nel processo terapeutico lavorare sull'intera biografia della persona, come fa la NET, offre un notevole vantaggio, in quanto permette una riflessione sull'intera esistenza, aiutando il paziente a comprendere le connessioni emotive tra gli eventi significativi della sua vita, e può stimolare un nuovo senso di identità e di consapevolezza del-

le proprie risorse. Col tempo, il passato diventa meno intrusivo, liberando la persona a esplorare e desiderare il proprio futuro.

1.1 L'approccio terapeutico della NET

La Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET) prevede un numero limitato di sedute di 90-120 minuti ciascuna, generalmente una decina, durante le quali il paziente, con il supporto del terapeuta, costruisce una narrazione dettagliata e coerente della propria biografia. Il numero di sedute varia in base alla complessità del PTSD e alla situazione specifica del paziente; per traumi complessi o disturbi di personalità associa-

ti, può essere necessario un numero maggiore di incontri. Molti pazienti con PTSD presentano disturbi in comorbidità, come depressione e ansia, che spesso si riducono con la NET. In alcuni casi, può essere indicato un trattamento aggiuntivo con tecniche cognitivo-comportamentali, anche se si consiglia di iniziare con la NET per trattare i sintomi legati al trauma alla radice. L'obiettivo centrale della NET è integrare i frammenti dei ricordi traumatici in una narrazione completa che comprenda esperienze sensoriali, fisiologiche, emotive e cognitive. La narrazione viene trascritta e, con il consenso del paziente, può essere usata come documentazione.

Il percorso inizia con una valutazione della salute mentale e una diagnosi di PTSD, seguita da una fase psicoeducativa in cui si spiegano al paziente i suoi sintomi e si introducono i concetti di base, come l'universalità dei diritti umani. Dopo la diagnosi, vengono raccolte informazioni di base, incluse la storia medica e psichiatrica. I traumi psicologici complessi, spesso causati da esposizioni ripetute e prolungate a stress severi, possono derivare da eventi come violenza o abbandono durante fasi cruciali dello sviluppo. La fase iniziale della terapia, prima di affrontare i traumi, serve a costruire una relazione di fiducia tra terapeuta e paziente. Il terapeuta si familiarizza con il paziente e le sue caratteristiche, adottando un atteggiamento empatico e accogliente. Il paziente viene incoraggiato a raccontare gli eventi traumatici in dettaglio, condividendo le emozioni e le percezioni provate sia nel ricordo che durante la narrazione. Gli viene garantito il pieno controllo del processo, con la rassicurazione che nulla sarà imposto contro la sua volontà. Se necessario, un traduttore, formato sugli aspetti psicologici dell'intervento, può supportare il paziente. Durante ogni seduta, il terapeuta redige una sintesi della narrazione del paziente. In quella successiva, la sintesi viene letta e discussa, permettendo al paziente di correggere o aggiungere dettagli. Questa se-

quenza continua fino all'ultima seduta, in cui si crea la versione finale e completa della biografia del paziente, integrando tutti i ricordi attraverso l'uso simbolico dei "fiori e sassi" della Linea della Vita.

1.2 Il processo della NET

La NET inizia con un'attenta valutazione da parte di un professionista che, attraverso un'intervista strutturata, stabilisce la diagnosi di PTSD, valutando anche eventuali disturbi in comorbidità come depressione o abuso di sostanze. Successivamente, si procede con una fase di psicoeducazione, spiegando al paziente i sintomi e le reazioni tipiche del trauma.

- Normalizzazione (è normale/comprendibile avere tali reazioni dopo il trauma);
- Legittimazione (i sintomi vissuti oggi sono il risultato di risposte alla situazione traumatica);
- Descrizione delle reazioni al trauma (compresi relativi sintomi);
- Spiegazione della procedura terapeutica (esposizione immaginativa e abitudine, narrazione e spiegazione passo dopo passo del processo terapeutico).

Durante la seconda seduta, il paziente costruisce la "Linea della Vita", rappresentazione simbolica del proprio percorso di vita su un filo. Su questo filo, vengono posizionati fiori per eventi positivi e pietre per eventi traumatici, di grandezze differenti per rappresentare l'intensità emotiva. Il terapeuta guida il paziente, mantenendo un focus sulla "memoria fredda" per evitare l'attivazione della rete di paura. L'esercizio è svolto in un'unica seduta per preservare un senso di sicurezza. A partire dalla terza seduta, il paziente narra gli eventi traumatici in ordine cronologico, partendo dall'infanzia, attraverso il periodo pre-trauma, il primo evento traumatico, e così via fino al presente e alle prospettive future. Questa narrazione dettagliata mira a collegare ogni ricordo traumatico alla sua collocazione spazio-temporale.



Durante questa fase, il terapeuta aiuta il paziente a rallentare, soprattutto quando emergono momenti difficili, stimolando una descrizione accurata delle sensazioni fisiche, pensieri e percezioni provate durante il trauma. Il terapeuta supporta il paziente a rimanere presente mentre narra il passato, prevenendo reazioni di evitamento o dissociazione. In questa fase, l'obiettivo è connettere la "memoria calda" (le sensazioni, emozioni e pensieri intensi legati al trauma) con la narrazione autobiografica. La memoria calda, organizzata su vari livelli (sensoriale, emotivo, cognitivo, fisiologico), viene esplorata attivamente per trasformarla in una "memoria fredda", ossia meno emotivamente attivante. Il terapeuta lavora con il paziente per riconoscere le sensazioni corporee o emozioni intense che emergono e integrarle gradualmente nella narrazione.

Con il progredire delle sedute, la continua esposizione ai ricordi traumatici porta all'abituazione, riducendo progressivamente l'impatto emotivo e fisiologico. Quando il paziente raggiunge uno stato di abituazione, può osservare il trauma con una maggiore distanza emotiva. In questa fase, i pazienti iniziano a dare nuovi significati all'esperienza, attraverso una ristrutturazione cognitiva che permette loro di reinterpretare gli eventi. Nell'ultima seduta, l'intera narrazione viene riletta insieme al paziente, che può apportare eventuali correzioni. A questo punto, il ricordo del trauma ha perso la sua carica emotiva iniziale, e il paziente può guardare alla propria storia con maggiore serenità e distacco, con una visione rinnovata di sé e del proprio percorso.

1.3 I momenti difficili nel processo terapeutico

Anche dopo una psicoeducazione attenta e accurata è possibile che un paziente voglia evitare questo momento doloroso e difficile, dato che il ricordo del trauma provoca uno stress elevato nella vittima che, quindi, potrebbe cercare di evitare il confronto col materiale traumatico. Le

strategie di evitamento variano da persona a persona.

Alcuni velocizzeranno la narrazione perdendo consapevolezza, altri cercheranno di deviare la discussione cambiando l'argomento per non restare sull'evento traumatico. Lo scopo di tutte queste strategie è quello di interrompere o evitare il processo di esposizione. Tuttavia rivivere il trauma attraverso l'immaginazione sembra promuovere l'abituazione. Infatti una volta che l'abituazione ha inizio, l'individuo imparerà che l'ansia non deve esserci per sempre e che l'evitamento o la fuga non sono sufficienti per alleviare la stessa.

Un motivo di evitamento potrebbe essere la non certezza del paziente che il terapeuta sia in grado di ascoltare la sua storia. La maggior parte dei sopravvissuti non ha mai avuto la possibilità di condividere la propria storia, o non ha mai osato parlare pienamente delle proprie esperienze. Questo rimane valido sia per gli adulti che per i bambini.

Inoltre alcune vittime possono aver imparato il modo di allontanarsi dalle proprie emozioni, sensazioni e cognizioni traumatiche. Possono aver sviluppato delle strategie disfunzionali per non sentire il dolore e la minaccia. La sfida terapeutica con la NET è guardare al passato traumatico dalla prospettiva presente. L'esposizione terapeutica deve rendere il paziente capace di fronteggiare gli eventi passati e di sostenere lo stress emotivo causato dalle memorie nella realtà attuale.

Di solito la paura è l'emozione più forte quando si lavora attraverso il punto caldo dell'evento traumatico dal momento che lascia delle tracce importanti nella memoria calda. Tuttavia molte vittime di eventi traumatici riferiscono altre emozioni negative oltre alla paura, come disgusto, vergogna e impotenza. Anche se il focus principale del trattamento della NET è la

paura della parte più minacciosa del trauma, la procedura NET non si focalizza solo sulla paura ma su tutte le emozioni che vengono e venivano associate all'evento traumatico. Le emozioni negative connesse al trauma vissute nella quotidianità della vita, così come nel trattamento, possono essere suddivise in emozioni primarie e secondarie. Le prime comprendono sensazioni, cognizioni e risposte fisiologiche che sono state presenti durante l'evento traumatico e che sono state codificate come reazioni emotive associative nella memoria calda così come nella rete di paura.

Al contrario, le emozioni secondarie non erano presenti durante il trauma e non sono state codificate come elementi della rete di paura. Tali emozioni si sono piuttosto manifestate in risposta al racconto della storia traumatica da un punto di vista retrospettivo durante il trattamento. Emozioni secondarie molto comuni sono i sentimenti di colpa per azioni che il sopravvissuto ha fatto o non ha fatto durante le esperienze traumatiche: non erano presenti durante l'evento ma si sono sviluppate giorni o anche anni dopo.

Mentre la paura indica una minaccia al corpo e alla vita di una persona, altre emozioni primarie si riferiscono alle minacce avvenute nelle interazioni sociali. Ad esempio la vergogna può venire da umiliazioni subite da parte di genitori o coetanei. Tali emozioni indicano che l'integrità sociale dell'individuo, piuttosto che quella fisica, è stata minacciata. La continua mancanza di responsabilità delle figure di attaccamento o l'abuso verbale diretto da parte di altri può minacciare l'attaccamento alle figure genitoriali, ai membri del gruppo o alla classe sociale dell'individuo. Violazioni sociali di questo tipo sono comuni tra i sopravvissuti a maltrattamenti infantili che riferiscono una storia di abuso emozionale. Anche molte forme di violenza organizzata, prima di tutto la tortura, distruggono l'integrità sociale facendo

sentire la vittima dipendente, inferiore e piena di vergogna.

Le minacce sociali attivano le stesse reazioni di combattimento-fuga che si attivano con minacce fisiche nei termini di risposte ormonali e fisiologiche. A partire da una minaccia di tipo sociale, le reazioni di fuga avvengono in forma di ritiro sociale, occultamento e atti di sottomissione, mentre le reazioni di combattimento consistono in segnali di superiorità, espressioni rabbiose, aggressione intenzionale e minaccia di vendetta. Quindi le emozioni sociali, con le loro componenti fisiologiche e cognitive, possono unirsi in modo intenso agli stimoli che tipicamente indicano una potenziale minaccia all'integrità sociale. Il potere di queste strutture associative nel determinare risposte comportamentali dipende dalla loro dimensione e dalla forza delle interconnessioni tra gli item: queste ultime sono determinate dalla frequenza delle esperienze sociali negative nella vita e dalla loro rilevanza comportamentale. Una lunga storia di rifiuto sociale, negligenza e umiliazione da parte di diverse persone molto vicine, può portare alla formazione di una struttura generalizzata con un impatto duraturo su quasi tutte le successive relazioni sociali. D'altro canto la disponibilità di una sola figura di attaccamento responsabile e disponibile, o di una buona relazione col gruppo di coetanei possono essere fattori protettivi e prevenire la formazione di memorie di situazioni sociali negative.

A lungo termine le rappresentazioni sensoriali-percettive di situazioni sociali negative possono provocare veri fenomeni psicopatologici. Molti sopravvissuti ad abuso emotivo e rifiuto riferiscono dei ricordi intrusivi di situazioni prototipiche. Poiché l'abuso emotivo e il rifiuto avvengono per lo più in modo quotidiano e ripetitivo, non è possibile determinare un contesto spazio-temporale per ogni singola esperienza. Di conseguenza c'è il pericolo che le reti di emozioni sociali negative rimangano sconnesse dal con-



testo autobiografico. La vittima allora mostrerà comportamenti patologici anche verso persone che non hanno a che fare con il trauma e in situazioni che possono essere molto diverse dal contesto abusivo originario.

2 APPLICAZIONI TERAPEUTICHE

2.1 KIDNET:

Terapia dell'Esposizione Narrativa con i bambini

Negli ultimi anni un certo numero di studi da varie zone di guerra nel mondo ha riportato dei livelli significativi di PTSD nei bambini esposti ad azioni di guerra e violenza organizzata. La violenza organizzata ha alla base una strategia sistematica: viene messa in atto da membri di gruppi con una struttura centralizzata, o con orientamento politico. È indirizzata agli individui e ai gruppi con differenti orientamenti politici o di diversa nazionalità o che provengono da specifici background culturali, etnici e razziali. È caratterizzata dalla violazione dei diritti umani e dall'inosservanza dei diritti delle donne e dei bambini.

In uno studio epidemiologico, in cui è stato intervistato un campione di 420 bambini tamil in età scolare, nella regione controllata a nord-est dello Sri Lanka, è stato riscontrato che il 92% dei bambini aveva vissuto almeno un evento traumatico, come essere catturato durante un combattimento, trovarsi sotto un bombardamento o in mezzo a sparatorie, o assistere all'uccisione di una persona cara. Di questi, circa un terzo, il 29% dell'intero campione, soffriva di PTSD cronico e grave, spesso in comorbidità con depressione e disturbi di somatizzazione. Così come negli adulti, è stata riscontrata un'associazione significativa tra il numero di eventi traumatici riferiti e il numero di problemi che i bambini raccontavano di avere nel funzionamento sociale ed emotivo. Fattori come frequenti mal di testa, disturbi del sonno, funzioni alterate della memoria, incapacità di concentrarsi e di focalizzare l'attenzione, calo nella prestazione scolastica, perdita di fi-

ducia e ritiro sociale, avevano un impatto molto forte sulla vita dei bambini diagnosticati con PTSD, limitando la loro possibilità di avere uno sviluppo sano.

In termini di trauma, lo stesso è valido per la violenza domestica, per il maltrattamento e per l'abuso. È risaputo che uno stress elevato in età evolutiva accelera molte forme di malattia mentale e fisica. Come suggerito dagli studi sugli umani e dimostrato anche nei modelli animali, l'impatto di un grave stress nell'età dello sviluppo può lasciare un segno indelebile sulla struttura e il funzionamento dell'organismo, in particolare del cervello. A parte il PTSD, le conseguenze psicologiche degli eventi traumatici possono portare l'individuo all'isolamento sociale, all'ostilità, alla depressione e all'abuso di sostanze, e possono favorire la somatizzazione. Si presuppone anche una relazione significativa tra trauma infantile e disturbi di personalità o altri disturbi psichiatrici più avanti nella vita.

Gli esseri umani formano molte reti emotive fondamentali nell'infanzia. Queste memorie avranno un impatto duraturo sul comportamento dell'individuo. Tuttavia potrebbero essere archiviate in modo implicito e quindi non essere accessibili verbalmente. In generale la capacità di memoria autobiografica si sviluppa con l'età. Anche se i bambini elaborano e archiviano informazioni, gli eventi accaduti prima dei 2-3 anni non possono essere ricordati in forma narrativa. A causa dei limiti dello sviluppo, i bambini piccoli sembrano avere difficoltà con le funzioni di memoria esplicita e che manchi loro la capacità di memoria di ordine più elevato.

Non c'è dubbio, invece, che anche i bambini più piccoli ricordino le esperienze traumatiche in modo implicito. Nei bambini molto piccoli le memorie di eventi traumatici possono essere codificate diversamente, in parte a livello somatico e sensoriale, e in parte a livello emotivo, in opposizione al livello verbale. A causa della

presenza di minacce, gli eventi traumatici vengono ricordati in modo implicito, anche nella prima infanzia e i ricordi possono essere molto accurati. Nei bambini dai 2 ai 5 anni di età, che non sanno esprimersi con una narrazione coerente, ma che ricordano solo frammenti, la memoria si presenta però accurata e corretta, anche quando l'evento traumatico è accaduto molto tempo prima.

Il tentativo di aiutare i bambini a includere le esperienze traumatiche nel loro contesto di vita è utile perché li aiuta a comprendere e integrare queste esperienze. Nelle procedure di esposizione narrativa viene chiesto ai bambini di descrivere in generale quello che è successo loro, facendo attenzione a ciò che hanno vissuto in termini di quello che hanno visto, sentito, odorato, i movimenti che si ricordano e così via, anche di quello

che stavano pensando e sentendo in quel momento. All'inizio la seduta è stressante, ma se è abbastanza lunga da permettere l'abituazione, lo stress calerà e verranno ricordati molti più dettagli, così come nella terapia con gli adulti. È stato dimostrato che dopo sole quattro sedute di esposizione, i punteggi di sintomi intrusivi e di evitamento calano in modo significativo (vivo International, 2003). Trattamenti farmacologici aggiuntivi non si sono dimostrati efficaci: infatti i medicinali possono essere addirittura dannosi per un cervello in via di sviluppo.

Anche se i bambini a partire dagli otto anni sono perfettamente in grado di lavorare con tecniche di esposizione narrativa, i genitori e gli insegnanti riferiscono che all'inizio quei bambini non parlano facilmente del trauma. Anche se i bambini sopravvissuti, come gli adulti, sentono





l'urgenza di parlare delle loro esperienze, paradossalmente trovano grosse difficoltà a parlare, specialmente con i loro genitori e coetanei. Spesso non vogliono disturbare che si prenda cura di loro e quindi i loro genitori possono essere ignari di quanto i loro figli stiano soffrendo. Spesso però le narrazioni traumatiche dei bambini si basano su una co-costruzione con i genitori o gli adulti che li aiutano a completare la storia. La co-costruzione può aiutare il bambino a chiarire i dettagli dell'esperienza traumatica, nel capire il relativo contesto e significato e nell'elaborazione della confusione cognitiva. Da notare che la co-costruzione può portare a credenze patologiche che vengono da imprecisioni e attribuzioni scorrette. Inoltre i genitori e gli insegnanti sono modelli importanti e partner interattivi lungo tutto il processo di adattamento post-traumatico. Il coinvolgimento e la partecipazione in terapia di genitori e figure di accudimento si sono dimostrati un predittore di successo del trattamento.

L'organizzazione *vivo* ha sviluppato una versione della NET per bambini chiamata KIDNET. L'elemento chiave nella terapia con i bambini è guadagnarsi e mantenere la loro fiducia. Poiché questo non è sempre facile solo con le parole, come si fa invece con gli adulti, spesso durante la terapia viene utilizzato il teatro, dei materiali illustrativi come disegni o figurine oltre all'esercizio della Linea della Vita. Il gioco e i mezzi creativi possono aiutare i bambini ad esprimere le loro esperienze. Ad esempio è possibile incoraggiare i bambini a recitare le loro esperienze traumatiche attraverso il role-playing.

L'esercizio della Linea della Vita è fondamentale nelle sedute di KIDNET, soprattutto nella prima. Aiuta a rompere il ghiaccio velocemente e mette in gioco dei mezzi creativi che permettono di svelare la storia del bambino in modo giocoso.

Il trattamento KIDNET non solo ha dimostrato una riduzione clinicamente significativa dei sin-

tomi, ma anche un miglioramento notevole nel funzionamento. Tale successo rimane stabile nel follow-up di 12 mesi.

BIBLIOGRAFIA

- Bauer, P. J. (1996). What do infants recall of their lives? Memory for specific events by one- to two-years-olds. *American Psychologist*, 51, 29-41.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527-545.
- Bremner, J.D. (2002). Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective. New York, NY: W. W. Norton.
- Cienfuegos, J., & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51.
- Desai S, Law T, Bienvenu J, Needham D. Complicanze psichiatriche a lungo termine dei sopravvissuti in terapia intensiva. *Crit Care Med*. 2011;39(12):2790.
- Elbert, T., & Schauer, M. (2002). Burn into memory. *Nature*, 412, 883.
- Elbert, t., Schauer, M., Schauer, E., Huschka, B., Hirsh, M., & Neuner, F. (2009). Trauma-related impairment in children- An epidemiological survey in Sri Lankan provinces affected by two decades of civil war and unrest. *Child Abuse & Neglect*, 33, 238-246.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Powers MB, Kauffman BY, Rauch S, Porter K, Knowles K. Proprietà psicometriche della scala diagnostica post-traumatica per il DSM-5 (PDS-5). *Psychol Assess*. 2016;28(10):1166-71.
- Gensichen, J., Schultz, S., Adrion, C. *et al*. Effetto di una terapia combinata di esposizione narrativa breve con gestione del caso rispetto al trattamento usuale nelle cure primarie per pa-

- zienti con sequele da stress traumatico a seguito di terapia intensiva: protocollo di studio per uno studio clinico randomizzato controllato multicentrico (PICTURE). *Trials* **19**, 480 (2018).
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 401-405.
 - Howe, M. L., Courage, M. L., & Peterson, C. (1994). How can I remember when "I" wasn't there: Long-term retention of traumatic experiences and emergence of the cognitive self. *Consciousness and Cognition*, *3*, 327-355.
 - Koss, M. P., Tromp, S., & Tharan, M. (1995). Traumatic memories: Empirical foundation, clinical and forensic implications. *Clinical Psychology: Research and Practice*, *2*, 11, 1-132.
 - Kuwert P, Hornung S, Freyberger H, Glaesmer H, Klauer T. Trauma e sintomi da stress post-traumatico nei pazienti in contesti di assistenza primaria tedesca. *Nervenarzt*. 2015;86(7):807-17.
 - Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, *16*, 195-512.
 - Lang, P. J. (1984). Dead Souls: Or why the neurobehavioral science of emotion should pay attention to cognitive science. In Th. Elbert, B. Rockstroh, W. Lutzenberger, & N. Birbaumer (Eds.), *Self-regulation of the brain and behavior* (pp. 255-272). Berlin: Springer Verlag.
 - Lang, P. J. (1993). The network model of emotion: Motivational connections. In R. Wyer & T. Scrull (Eds.), *Advances in social cognition*, VI. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
 - LeDoux, J. E. (2000). Emotion Circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, *23*, 155-184.
 - Maercker A, et al. Tassi di prevalenza ICD-11 del disturbo da stress post-traumatico e del disturbo da stress post-traumatico complesso in un campione nazionale tedesco. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(4):270-276.
 - McEwen, B. S. (2002). *The end of stress as we know it*. Washington, DC; Joseph Henry Press/Dana Press.
 - Metcalfe, J., & Jacobs, W. (1996). A hot-system/cool-system view of memory under stress. *PRDS Research Quarterly*, *7*, 1-3.
 - Neuner, F., Schauer, E., Elbert, T., & Roth, W. T. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in Macedonia's refugee camp: a case report. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *30*, 205-209.
 - Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Disturbo da stress post-traumatico nei sopravvissuti a malattie gravi: una meta-analisi. *Crit Care Med*. 2015;43(5):1121-9.
 - Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative Exposure Therapy for 7-to 16-year-olds- a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, *23*, 437-445.
 - Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie/ Journal of psychology*, *218*, 109-127.
 - Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributo dell'assistenza primaria ai sistemi sanitari e alla salute. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
 - Steenbergen S, Rijkenberg S, Adonis T, Kroeze G, van Stijn I, Endeman H. Risultati dei pazienti in terapia intensiva trattati a lungo termine: tasso di mortalità a un anno, qualità della vita, utilizzo dell'assistenza sanitaria e complicazioni a lungo termine come riportato dai medici di base. *BMC Anesthesiol*. 2015;15:142.
 - Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, *25*, 397-326.
 - Tessler, M., & Nelson, K. (1994). Making memories: The influence of joint encoding on later recall by young children. *Consciousness and Cognition*, *3*, 307-326.
 - Williams L. M. & Banyard V. L. (1999). *Trauma and memory*, Newbury Park, CA: Sage Publications.



SEMAGLUTIDE SHAMING

IL DIMAGRIMENTO COME OGGETTO DI DISCRIMINAZIONE

Angela Fusco

Psicologa psicoterapeuta
cognitivo comportamentale
ad indirizzo neuropsicologico

RIASSUNTO

I nuovi farmaci per la cura del diabete e dell'obesità sono ormai molto popolari; essi sono balzati alle cronache anche grazie alla pubblicità indiretta, apportata in seguito al dimagrimento di alcuni volti noti del cinema.

L'improvvisa fama di questi farmaci è stata accompagnata da una crescente critica, alimentata anche attraverso i social network e i talk show in tv. Insieme ai vari temi di discussione, e divisione, intorno all'utilizzo di questi farmaci, si è innescato un fenomeno che ha colpito chi ha usato o fa uso di questi farmaci: lo stigma. Tali discriminazioni hanno assunto una connotazione tale da diventare un vero e proprio fenomeno, che parte dall'America, che per prima ha visto la diffusione di questi farmaci, ed è riconosciuto come "Ozempic Shaming".

Offline e online molte persone accusano di scar-

sa volontà chi ha ottenuto un dimagrimento grazie alle terapie farmacologiche. Chi pone queste accuse postula l'esistenza di un dimagrimento di serie A, raggiunto attraverso la dieta e l'esercizio fisico, ed uno di serie B, risultante dall'assunzione di farmaci.

Le idee di dieta ed esercizio fisico come il modo "migliore" per perdere peso potrebbero stigmatizzare le persone che assumono Ozempic, Wegovy e altri farmaci di successo per la perdita di peso.

PAROLE CHIAVE

Obesità, stigma, grassofobia, semaglutide, psicoterapia.

EPIDEMIOLOGIA

Secondo il rapporto Osservasalute 2016, che fa riferimento ai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" emerge

che, in Italia, nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (9,8%); complessivamente, il 45,1% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale. Come negli anni precedenti, le differenze sul territorio confermano un gap Nord-Sud in cui le Regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone maggiorenni obese (Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3%) e in sovrappeso (Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7%) rispetto a quelle settentrionali (obese: PA di Bolzano 7,8% e Lombardia 8,7%; sovrappeso: PA di Trento 27,1% e Valle d'Aosta 30,4%).

Dall'analisi dei dati di uno studio pubblicato nel 2024 (Phelps et al, 2024), emerge che tra le/i bambine/i e le/gli adolescenti il tasso di obesità nel 2022 è stato quattro volte superiore a quello del 1990. Nelle persone adulte il tasso di obesità è più che raddoppiato nelle donne e quasi tripli-

cato negli uomini. In totale, nel 2022, è risultato che 159 milioni di bambine/i e adolescenti e 879 milioni di persone adulte convivono con l'obesità.

COME FUNZIONANO QUESTI FARMACI

Semaglutide è un farmaco iniettabile, somministrato settimanalmente, approvato dalla *Food and Drug Administration* (FDA) sia per la gestione della glicemia nel diabete di tipo 2 (con il nome commerciale *Ozempic*) che per la gestione del peso nelle persone in sovrappeso o obese (con il nome di *Wegovy*).

Semaglutide, un agonista del recettore del peptide-1 simile al glucagone (GLP-1) è stato introdotto per la prima volta per gestire la disglycemia. La molecola imita l'azione di un ormone del corpo, chiamato GLP-1, che aiuta a regolare l'appetito e i livelli di zucchero nel sangue. Attivando i recettori GLP-1 nel cervello, il semaglutide può ridurre la fame e aumentare il senso di sazietà, aiutando a





mangiare di meno. Il semaglutide rallenta la digestione e l'assorbimento dei nutrienti, contribuendo alla perdita ponderale. Può anche influenzare indirettamente la perdita di peso, migliorando la sensibilità all'insulina e promuovendo l'uso del grasso immagazzinato. Oltre a promuovere una diminuzione del peso corporeo, semaglutide riduce gli eventi avversi cardiovascolari maggiori (MACE) nei pazienti con diabete (Deanfield et al, 2024).

LO STIGMA SOCIALE

Molte persone che, seguendo la prescrizione del medico specialista, il quale valuta attentamente rischi e benefici del trattamento, decidono di intraprendere il percorso terapeutico farmacologico per perdere peso si trovano loro malgrado a dover affrontare un senso di vergogna per la loro scelta. Tale scelta viene giudicata come una scorciatoia e, di conseguenza, il dimagrimento ottenuto viene visto come un risultato conquistato in maniera scorretta, quasi barando.

La dieta e l'esercizio fisico come il modo "migliore" per perdere peso potrebbero stigmatizzare le persone che assumono Ozempic, WeGovy e altri farmaci di successo che influenzano l'appetito (Brewis, Trainer, 2024).

Tali considerazioni negative sono molto probabilmente connesse allo stigma relativo al sovrappeso e all'obesità. Essere grassi è visto come segno di pigrizia, ma lo è anche il ricorso ad interventi medici che aiutano a perdere peso.

Sono diversi i *bias* cognitivi che mantengono in piedi tale stigma.

Il primo, un *bias* di selezione, riguarda la falsa credenza secondo la quale l'obesità non sia una malattia, ma si configuri soltanto come risultato di una scarsa capacità di controllo della propria golosità e voracità.

Si attribuisce all'obesità un'unica causa, selezionando quella della scarsa forza di volontà,

ignorando completamente i fattori fisici, ambientali, genetici, socio-economici e di altro tipo che vi contribuiscono. Per cui si è portati a pensare che basti incrementare la forza di volontà per ottenere una perdita di peso, e che tale perdita ponderale debba essere necessariamente ottenuta attraverso il sacrificio. Quasi a voler espiare una colpa, in questo caso quella della golosità.

Un altro esempio riguarda la convinzione irrazionale, molto comune, secondo la quale la magrezza sia abbinata ad altre qualità positive della persona, come ad esempio la bellezza, la bontà, la determinazione e il successo. Di conseguenza, il corpo più grasso viene associato ad altre caratteristiche "negative", come la pigrizia, la bruttezza, la cattiveria e la mancanza di autocontrollo.

È stato visto che, rispetto alle persone che sono clinicamente normopeso, quelle definite come obese raccontano di ricevere meno cure e compassione dagli operatori sanitari, hanno minore scelta di partner romantici e marginale accesso a opportunità educative e di carriera (Puhl, Heuer, 2009).

Un'ulteriore falsa credenza riguarda la prescrizione dei farmaci da parte dei medici. Spesso il medico viene percepito come un prescrittore di farmaci che opera con l'intento di apportare ricchezza alle case farmaceutiche e, di conseguenza, a se stesso. Questo pensiero non soltanto non tiene conto dell'etica e della professionalità del medico che prescrive il farmaco, ma trascura anche l'esistenza di un ente come l'AIFA, che vigila sull'uso sicuro dei medicinali per assicurare che il rapporto beneficio rischio di ogni farmaco sia favorevole.

Inoltre, molto spesso, le informazioni circa questi farmaci non vengono veicolate da canali ufficiali che garantiscono la provenienza delle notizie selezionando eminenti fonti scientifiche, ma pas-

sano attraverso canali informali, in cui la ricerca di informazioni non è detto che sia accurata; di conseguenza sono più soggetti a misinformazioni.

LA PSICOTERAPIA

La terapia cognitivo comportamentale dell'obesità (CBT-OB), a differenza del trattamento prescrittivo, ha l'obiettivo di aiutare il paziente a sviluppare specifiche "abilità" per migliorare l'aderenza alla dieta e allo stile di vita attivo e a sostituire i comportamenti disfunzionali con nuove abitudini salutari che permettano di perdere e poi mantenere il peso a lungo termine (Dalla Grave, 2017).

Nei programmi di modificazione dello stile di vita basati sulla terapia cognitivo comportamentale, dunque, gli obiettivi sono aiutare il paziente a diventare un esperto e a sviluppare specifiche abilità per riuscire a gestire il suo peso anche nel lungo termine. Per tale motivo il trattamento prevede un coinvolgimento attivo del paziente che, oltre a ricevere informazioni dettagliate sull'obesità, sul diabete e sulle modificazioni dello stile di vita necessarie per gestire il peso, è aiutato a sviluppare specifiche abilità cognitive e comportamentali per imparare a gestire il suo peso.

Dalla Grave e colleghi (2017) sostengono che, per vari motivi, è molto ragionevole fare ricorso alla CBT-OB. In primo luogo, è in grado di trattare la maggior parte dei pazienti affetti da obesità e ha una buona evidenza di efficacia. Inoltre, può essere associata ad altri interventi come la terapia farmacologica, per potenziarne gli effetti. Infine, soddisfa ai pazienti perché, a differenza dei trattamenti dietetologici prescrittivi, nella CBT-OB essi possiedono un ruolo attivo e acquisiscono numerose abilità.

Come sottolineato da Rita Tanas in una pubblicazione del 2023, il tema della cura dell'obesità con farmaci e chirurgia è ormai universalmente noto,

soprattutto alle famiglie che si confrontano con obesità gravi e resistenti. Se la gravità lo richiede, quindi, parlarne e prosperrarle come possibili in futuro anche per loro, da associare alla terapia comportamentale, se questa non darà esiti adeguati, non sembra sbagliato.

CONCLUSIONI ED IMPLICAZIONI

I ricercatori dovrebbero concentrarsi sulla comprensione e sulla comunicazione delle implicazioni emotive e sociali interconnesse alla rapida perdita di peso. Inoltre, bisognerebbe puntare sul sostegno psicologico delle persone in trattamento farmacologico per l'obesità.

È necessario implementare delle campagne informative per sensibilizzare e informare la popolazione riguardo l'obesità. L'EASO, *European Association for the study of Obesity*, definisce l'obesità come "una malattia complessa caratterizzata da un eccesso di adiposità che compromette la salute". Accanto a questa consapevolezza, è necessario far comprendere che il peso corporeo non possa essere una colpa dell'individuo. A questo proposito, Brewis e Trainer (2024) fanno notare che, nonostante la magrezza sia culturalmente largamente legata alla buona salute fisica, la scienza suggerisce un quadro più complesso. Benché un BMI elevato sia stato collegato al diabete, ad esempio, è anche associato a un ridotto rischio di morte negli anni successivi a un ictus. Nel 2023, L'AMA (*American Medical Association*) di Chicago, ha riconosciuto che l'IMC non dovrebbe essere utilizzato come unica misura per valutare la salute.

Mentre la ricerca in campo medico sul trattamento dell'obesità è in continua evoluzione, cerchiamo di arginare un fenomeno culturale che, alimentato dalla grassofobia, cerca di ostacolare, attraverso l'utilizzo della vergogna e del senso di colpa, chi vuole perdere peso.

Nessuno punterebbe il dito contro di utilizza dei farmaci per abbassare la pressione o il coleste-



rolo, nessuno direbbe che chi utilizza questi farmaci stia “barando” per curare la propria salute, lo stesso discorso dovrebbe essere valido per chi utilizza semaglutide per curare il diabete o l’obesità.

Perché la discriminazione, e la vergogna che ne consegue, può portare le persone obese a non richiedere aiuto e, dunque, a non usufruire dei trattamenti farmacologici per l’obesità; rinunciando a migliorare il loro stato di salute e la loro qualità della vita e, quindi, esponendosi a gravi rischi.

Se è vero che tutti i farmaci presentano degli effetti collaterali, auguriamoci ed impegniamoci affinché la “Semaglutide shaming” non sia uno di essi.

BIBLIOGRAFIA

- Brewis A, Trainer S. No ‘easy’ weight loss: don’t overlook the social cost of anti-obesity drugs. *Nature*. (2024). Feb; 626(7998):258-260. doi: 10.1038/d41586-024-00329-9. PMID: 38321134.
- Dalle Grave, R. (2017). *La terapia cognitivo comportamentale dell’obesità. Attualità in Dietetica e Nutrizione Clinica*, 10, 10-16.
- Deanfield, JohnAbe, Mitsunori et al. (2024). Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with obesity and prevalent heart failure: a prespecified analysis of the SELECT trial. *The Lancet*, Volume 404, Issue 10454, 773 - 786.
- Phelps, Nowell H et al. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, Volume 403, Issue 10431, 1027 - 1050.
- Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* (Silver Spring). 2009 May;17(5):941-64. doi: 10.1038/oby.2008.636. Epub 2009 Jan 22. PMID: 19165161.
- Rita Tanas; R., Dalle Grave, R., Davoli, A. M., Morandi, A., & Queirolo, S. (2023). *Linee guida americane per l’obesità nella pratica clinica: una sfida per tutti*. Pagine elettroniche di Quaderni acp, 30(4), 1-4.
- <https://www.epicentro.iss.it/obesita/epidemiologia-italia>



AMERICAN HISTORY X

ANALISI SOCIOLOGICA DEL CONCETTO DI DEVIANZA E PROSPETTIVE DI LETTURA PSICOANALITICHE

Riccardo Tarantino

Psicologo

Danielle Knafo

Psicologo Clinico, Psicoanalista,
New York University (NYU)

Nunzio Di Nunno

Medico Legale, University of Salento

Valerio Lamboni

Pedagogo

Melissa Scupola

Sociologo

RIASSUNTO

Il contributo si pone come obiettivo quello di analizzare attraverso la lente filmica di un capolavoro della cinematografia americana risalente al 1998 (American History X) la genesi dei fenomeni violenti all'interno dell'agenzia formativa per eccellenza, la famiglia, e contestualmente di comprendere le dinamiche intrapsichiche e i relativi meccanismi di difesa utilizzati in maniera compensatoria per gestire l'angoscia esistenziale dell'uomo moderno. L'evoluzione del protagonista della pellicola matura attraverso la conoscenza e la successiva comprensione dell'alterità, elemento costitutivo per il superamento di ogni forma di pregiudizio e stereotipo.

PAROLE CHIAVE

Cinema, devianza, razzismo, anomia, redenzione

INTRODUZIONE

In società sempre più diversificate, complesse e sottilmente ambigue, non di rado si verificano situazioni in cui gli individui, specialmente quelli più giovani, attraversano fasi di instabilità e incertezza, ponendosi degli interrogativi circa il senso della vita, domande a cui, generalmente, non seguono sempre risposte certe e appropriate, universalmente condivisibili. La perdita di valori morali – che un tempo fornivano un senso di orientamento condiviso all'unisono – determina una percezione di instabilità e precarietà esistenziale che talora, purtroppo, può sfociare in condotte anomiche. Sul piano clinico ci si imbatte sempre più spesso nell'isolamento sociale che determina, il più delle volte, il ritiro dai contesti nei quali i giovani sono inseriti, favorendo la predilezione della solitudine o di forme di interazioni virtuali e, talora, la conseguenza più estrema può



essere la dissoluzione o la disgregazione dell'Io. Altrettanto frequente è la tendenza a leggere la realtà sotto una lente negativa, rifiutando qualsiasi forma di eu-lettura, deprecando l'oggettività. Infine, drammaticamente abituali sono diventate le condotte autodistruttive: il rifiuto delle convenzioni sociali e la trascuratezza personale. Le tendenze antisociali possono sfociare in comportamenti ribelli o eversivi adottati come modalità di protesta nei confronti delle figure di riferimento (genitori, scuola, società in generale).

Questi eventi si verificano generalmente nel periodo compreso tra l'adolescenza e la prima età adulta, nel quale le pressioni, le difficoltà e i dubbi si fanno più intensi e intrusivi. Gli individui che si distaccano dal nucleo familiare si confrontano per la prima volta con dinamiche di formazione dell'identità, dell'intimità e della sessualità, nonché della separazione e dell'individuazione. I soggetti più deboli e insicuri possono crollare nella disperazione e nell'oblio e, in alcuni casi, essere cooptati da sette criminali, guidate da *leaders* negativi e senza scrupoli. Questo è ciò che è accaduto a Derek Vinyard (interpretato magistralmente dall'attore statunitense Edward Norton e candidato all'Oscar come migliore protagonista) e a suo fratello minore, Danny (interpretato da Edward Furlong), nel film *American History X*, pellicola statunitense del 1998 diretta dal regista Tony Kaye. Il film, scritto dallo sceneggiatore, produttore cinematografico e produttore televisivo David McKenna, offre una profonda chiave di lettura psicologica e sociologica sul concetto di devianza attraverso l'analisi di dinamiche personali, razzismo, violenza e tensione sociale.

IL FILM

La pellicola segue sostanzialmente due linee temporali:

- Il passato: attraverso dei *flashback* il film espone allo spettatore la storia di Derek, la drammaticità della sua trasformazione in un violento e spietato suprematista bianco, – avvenuta dopo la morte del padre – le sue idee di matrice

nazifascista e gli omicidi di due uomini di colore brutalmente assassinati perché sorpresi nel tentativo di furto della sua automobile nel cuore della notte. La vicenda viene proiettata attraverso la tecnica del bianco e nero per donare più intensità al film.

- Il presente: qui il *focus* si sposta sulla vita di Derek dopo aver scontato una pena detentiva di tre anni per il duplice omicidio di due uomini di colore. Nel carcere il reo sperimenta un cambiamento, una trasformazione ideologica radicale, grazie al rapporto di amicizia che instaura con un detenuto afroamericano e ad una profonda e meditata riflessione sui crimini perpetrati. Il Dr. Sweeney, preside e insegnante del liceo frequentato da Danny ed ex insegnante di Derek, lo sprona e lo supporta fortemente durante la sua permanenza in carcere. Uscito di prigione, Derek scopre che suo fratello minore, Danny, ha ormai preso il suo posto, a tal punto da essere una pedina importante della scacchiera di Cameron Alexander, *leader* del gruppo neofascista e proprietario di una casa editrice che promuove libri inneggianti la "Supremazia Bianca". Determinato a fermarlo prima che sia troppo tardi, Derek cerca di dissuadere suo fratello in tutti i modi per condurlo verso una nuova vita.

Derek: «Sono fortunato. Mi sento fortunato perché... Stavo sbagliando, Danny. E non capivo che lo sbaglio mi stava divorando, mi stava uccidendo. Continuavo a chiedermi come avevo fatto a bermi tutte queste stronzate, lo sai? All'epoca ce l'avevo con tutti, e niente di quello che facevo mi dava soddisfazione. Ho sparato addosso a due ragazzi, e li ho ammazzati! Ma non mi ha fatto stare meglio. Mi sono sentito perso, e adesso sono stanco di essere sempre incazzato. Sono stanco di tutto questo. Non voglio dirti quello che devi fare... Non voglio, davvero. Ma ho bisogno che tu capisca. Perché ti voglio bene, e sei il mio migliore amico. È tutto chiaro?».

(Citazione tratta dal film)



Immagine tratta dal film American History X - ©New Line Cinema

Tuttavia la redenzione di Derek incontra la resistenza dei suoi vecchi amici (tra cui Seth Ryan e la sua ex fidanzata, Stacey) e dall'ambiente ostile in cui vivono. Il film culmina in un tragico epilogo e riecheggia nel finale le conseguenze devastanti dell'odio e della violenza.

La pellicola prende le mosse a scuola, nell'ufficio del Dr. Sweeney. Egli chiede a Danny il motivo per cui abbia scritto un saggio sul *Mein Kampf* di Adolf Hitler. Il preside, uomo gentile di colore, è fermamente convinto che Danny non sia irredimibile e per questo gli offre nuovamente l'opportunità di un cambiamento: chiede al giovane di scrivere una tesina su Derek e su quanto suo fratello abbia influenzato le sue scelte e la sua esistenza. L'insegnante agisce alla stregua di uno psicologo: chiede a Danny di scavare nel suo profondo per comprendere sia se stesso, sia le influenze familiari che lo hanno traslato nell'agito violento che esperisce.

Derek apparteneva a un gruppo di *skinhead* guidato dal carismatico *leader* Cameron Alexander. Dopo la morte del padre, Derek condensa il suo

dolore in odio. In seguito al duplice omicidio viene arrestato e condotto nel penitenziario dove si ritrova circondato da neri e ispanici che costituiscono la maggioranza della popolazione carceraria. Adesso è lui che appartiene alla minoranza e fa di tutto per sopravvivere, unendosi strategicamente a un gruppo di neonazisti bianchi, la "Fratellanza Ariana": questa abile mossa lo aiuta a "proteggersi" fino a quando non avviene in lui una metamorfosi interiore, ad opera di Lamont, un giovane detenuto di colore che lavora al suo fianco nella lavanderia e che lo persuade in tal senso. Le opinioni di Derek sulla inferiorità della razza cambiano repentinamente e, per la prima volta, comprende la vacuità dei suoi ideali. L'odio razziale si affievolisce e lentamente si allontana dal gruppo antisemita.

Tuttavia il gruppo nazifascista non tollera il cambiamento d'opinione di Derek e, per questo motivo, Vinyard viene aggredito e violentato brutalmente sotto la doccia da un membro della setta. Da questo momento il protagonista del film è solo e non appartiene più a nessun gruppo. È altresì consapevole che i suoi giorni all'interno



Immagine tratta dal film American History X - ©New Line Cinema

del penitenziario sono contati. Intanto, Derek e Lamont diventano amici, si confidano, scherzano e ridono insieme, condividendo racconti e vissuti personali. Quando Derek si imbatte in una situazione incresciosa e non viene ucciso, si rende conto che è stato per merito di Lamont, il quale l'ha protetto a sua insaputa. Il film evidenzia come la profonda conoscenza di elementi appartenenti ad etnie diverse possa trasformare ideologie radicali e tendenze violente e come il carcere rappresenti paradossalmente il luogo di "liberazione" dall'odio. La conoscenza personale "dell'altro odiato" neutralizza l'emotività e lo sdegno nei suoi confronti.

Dopo il suo rilascio, Derek si riconcilia con la sua famiglia e scopre che suo fratello ha seguito le sue orme unendosi a Cameron e ai suoi seguaci. Derek cerca in tutti i modi di allontanarlo da quell'ambiente e, mentre lentamente inizia a farlo ragionare, un ragazzo di colore uccide Danny a colpi di pistola nel bagno della scuola. Il suo cadavere insanguinato viene lasciato sul pavimento mentre il suo saggio arrotolato, che esprime emozioni profonde sulla sua vita familiare, giace inascoltato.

Danny: «Suppongo che a questo punto dovrò dirle che cos'ho imparato. La conclusione giusto? Beh, la mia conclusione è che l'odio è una palla al piede: la vita è troppo breve per passarla sempre arrabbiati. Non ne vale la pena. Derek dice che bisogna sempre terminare una tesina con una citazione, dice che c'è sempre qualcuno che ha detto una cosa nel migliore dei modi, perciò se non riesci a fare di meglio, ruba da lui e farai la tua figura. Ho scelto una citazione che penso le piaccia. "Non siamo nemici, ma amici. Non dobbiamo essere nemici. Anche se la passione può averci fatto vacillare, non deve rompere i profondi legami del nostro affetto. Le corde mistiche della memoria risuoneranno quando verranno toccate, come se a toccarle fossero i migliori angeli della nostra natura"». (Abraham Lincoln)
(Citazione tratta dal film)

Nella sua tesina, Danny, acuto osservatore, sottolinea che il seme dell'odio è stato piantato nella sua famiglia prima della morte di suo padre, il vigile del fuoco Dennis Vinyard, assassinato in circostanze sospette da uno spacciatore mentre spegneva un incendio scoppiato in un palazzo a Compton, nella contea di Los Angeles. Secondo la ricostruzione del giovane, l'uomo, durante un

pranzo in famiglia, esprimeva convinzioni razziste plasmando significativamente il giovane Derek sulla visione del mondo e sostenendo fermamente la disuguaglianza tra bianchi e neri. Questo evento ha destabilizzato Derek che, intervistato da un reporter dopo l'omicidio del padre conferma, con le sue dichiarazioni, di aver introiettato le prevenzioni ideologiche razziali del capo famiglia.

INTERPRETAZIONE PSICOANALITICA

La psicologia di Derek Vinyard si evolve significativamente nel corso del film. Inizialmente il giovane è fortemente influenzato dalle opinioni razziste di suo padre che alimentano in lui pregiudizi e rabbia verso le minoranze. A tal proposito è importante ricordare come la famiglia, con un ruolo centrale dei genitori, è la principale agenzia che veicola l'introiezione di schemi sociali e comportamentali nelle fasi più importanti e delicate della vita e, in quanto agente primario di socializzazione, influenza atteggiamenti e azioni. Secondo Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouthamer-Loeber e Kalb (2001) l'influenza sul comportamento antisociale non viene esercitata solo dai genitori dal momento che, la presenza di condanne di fratelli, può predire significativamente condotte antisociali nei giovani adulti. Questo è ciò che è accaduto a Danny, il quale prova a seguire le orme del fratello maggiore.

La morte del capo famiglia per mano di un uomo di colore, contribuisce ad intensificare la rabbia di Derek e la conseguente ricerca compulsiva di un capro espiatorio che individua nelle comunità afroamericane e ispaniche. Non solo, la morte del padre e il precedente indottrinamento delle opinioni naziste, trascinano il protagonista del film a cercare rifugio e significato in un culto neonazista con una figura paterna sostitutiva, Cameron Alexander, mentre la sua famiglia d'origine viene "sostituita" dai seguaci del famigerato *leader*.

Derek esprime la sua aggressività attraverso atti di violenza estrema: essa non è altro che

un meccanismo di difesa per mascherare la gestione del dolore non elaborato e il senso di impotenza esperito. L'adesione all'ideologia nazista offre al giovane un senso di identità e l'utilizzo della propaganda per reclutare e radicalizzare altri giovani, evidenzia sia le capacità manipolative e persuasive di Cameron sia quelle di Derek.

L'atteggiamento iniziale razzista e violento di Derek può essere interpretato come derivante da una combinazione di conflitti infantili irrisolti, attaccamento interrotto, meccanismi di difesa primitivi (scissione, proiezione) e mentalizzazione compromessa. Tutti questi coinvolgono traumi familiari che vengono poi traslati a livello sociale.

La nuova relazione amicale (psicologicamente terapeutica) con un compagno di prigionia, casualmente di colore, sviluppa in Derek meccanismi di difesa più maturi e migliora la sua capacità di empatia e mentalizzazione.

IMPLICAZIONI SOCIALI

American History X è una narrazione potente che sottolinea la complessità del fenomeno della devianza e come questa sia influenzata dalle interazioni sociali, dalle pressioni economiche e dalle dinamiche di potere. Evidenzia altresì il potenziale di cambiamento e redenzione da legami sociali alterati attraverso la rielaborazione di identità ridefinite. Questa esplorazione sfaccettata rende il film un *unicum* nel panorama cinematografico per comprendere le basi sociologiche che sottendono i complessi fenomeni devianti.

Il più precoce fattore di rischio ambientale è senza dubbio la famiglia, l'agenzia più importante, che dall'infanzia veicola direttamente o indirettamente il potenziale sviluppo antisociale del soggetto.

Il gruppo dei pari, invece, entra maggiormente in gioco in un secondo momento, e in questo senso la possibilità d'influenza di questo fattore



dipende dal controllo della famiglia e da quanto, quest'ultima, riesca ad evitare l'affiliazione a gruppi di pari devianti. È proprio il gruppo dei pari che fornisce un senso di identità e appartenenza a Derek, rafforzando le sue convinzioni e i suoi comportamenti razzisti. Quando la famiglia non assolve i suoi compiti precipui e costitutivi di agenzia educativa per eccellenza, può capitare che l'adolescente ricerchi il senso di appartenenza altrove, incorrendo in situazioni potenzialmente foriere di devianza e criminalità.

La famiglia Vinyard sperimenta delle difficoltà, non solo economiche ma si ritrova anche a dover elaborare un lutto, la morte del patriarca, creando un senso di tensione e anomia. Derek canalizza la sua frustrazione e la sua rabbia nell'ideologia razzista, percependola come un mezzo per riacquistare il controllo e lo *status*. Egli diventa presto il *leader* di un gruppo di suprematisti bianchi, gli Skin88. Le sue abilità comunicative e la sua *leadership* morale gli consentono di diffondere l'idea del *White Power*, amplificando il potere dei bianchi nella zona di Venice Beach (Los Ange-

les). Questa etichetta rafforza contestualmente la sua identità e il suo comportamento neonazista. Danny, di riflesso, interiorizza questo ruolo, plasmando negativamente le sue azioni e la percezione di sé.

La trasformazione di Derek in prigioniero è influenzata dal suo legame con un detenuto di colore e dalla disillusione nei confronti della banda neofascista. Il cambiamento è il risultato di nuove interazioni positive e della reinterpretazione sotto una nuova chiave di lettura di esperienze precedenti. Legami prosociali con persone significative possono ristabilire un percorso che precedentemente era sfociato nella devianza. Dopo la scarcerazione, i suoi sforzi per migliorare il suo *status* sono sorretti dalla sua famiglia e dall'ex insegnante, il Dr. Sweeney.

Anche i simboli assumono un ruolo fondamentale nell'ideologia filmica e accrescono il senso di appartenenza e il pensiero comune. Ad esempio, il tatuaggio della svastica che Derek ha sul petto, i capelli rasati e l'abbigliamento rispecchiano pe-



Immagine tratta dal film American History X - ©New Line Cinema

dissequamente l'ideologia di pensiero. Derek e gli altri membri del gruppo forgiavano la loro identità deviante anche attraverso la retorica razzista.

Il film evidenzia come la violenza generi altra violenza. Citando il filosofo statunitense Thomas Huhn, la sociologa Oriana Binik (2017, pp. 36-37) scrive che: «*La violenza e l'orrore, osservati a una certa distanza, ci piacciono perché ci trasmettono la sensazione di essere forti, dominanti e al sicuro; [...] Di fronte alla fragilità e all'incertezza del mondo contemporaneo, la ricerca di violenza diventa compulsiva, una sorta di eccesso di cui desideriamo nutrirci per costruire l'illusione di godere di qualche margine di controllo. [...] La violenza può costituire in realtà una fonte illusoria di sublime, che regala un godimento transitorio e che condanna la società ad alimentarsi continuamente con altra violenza, dando origine a una ripetizione diabolica e senza fine [...]*».

CONCLUSIONI

La pellicola esplora tematiche complesse legate alla criminalità, all'immigrazione e al razzismo, nonché l'imprescindibilità delle esperienze familiari e del contesto socioeconomico nella determinazione di scelte individuali. Il protagonista del film cerca di redimersi dopo aver scontato una pena detentiva in un istituto penitenziario e la sua famiglia è influenzata dinamicamente dalle sue decisioni, in particolare il fratello minore, Danny, che introietta e veicola le sue ideologie distopiche fino al tragico epilogo finale.

Ancora una volta, si giunge alla conclusione che i fattori familiari sono più rilevanti rispetto ad altri e, come sottolineano gli studiosi Michael Gottfredson e Travis Hirschi, «*[...] la famiglia [è] l'agente di controllo e di supervisione o, viceversa, l'elemento di maggiore rilievo criminogenetico*» (Malizia, 2018, p. 120). Tuttavia vanno considerati anche altri fattori significativi, come gli eventi psicosociali, che contribuiscono e incidono significativamente allo sviluppo di condotte delittuose.

L'immigrazione viene analizzata attraverso la lente del pregiudizio e della tensione etnica, rimarcando come le suddette questioni siano intrecciate con la vita dei personaggi del film.

In definitiva, *American History X* è una requisitoria sull'esercizio del potere all'interno del nucleo familiare, sulla concatenazione causale delle scelte, che lasciano sempre spazio a un margine di cambiamento, dimostrandone la loro "non-ineluttabilità". Derek Vinyard, da giovane conformista e rispettoso delle regole sociali, subisce una metamorfosi rivelando rabbia e manifestando scarso controllo sociale. La prevenzione ideologica nei confronti dell'alterità di razza interiorizzata dal capo famiglia, lo induce alla ricerca di un sostituto surrogato del padre ad opera di un fascista. Anche nello spettatore, alla stregua dei protagonisti, si genera un cambio di opinione, passando dal giudicare duramente e non gradire il *modus vivendi* di Derek, al credere nella sua metamorfosi e nella sua capacità di influenzare positivamente gli individui che si sono smarriti nel corso della loro vita. Come sostiene il Dr. Sweetney, nessuno è irredimibile.

BIBLIOGRAFIA

- Binik, O. (2017). *Quando il crimine è sublime. La fascinazione per la violenza nella società contemporanea*. Milano: Mimesis.
- Dazzi, S., & Madeddu, F. (2009). *Devianza e antisocialità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Farrington, D. P., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Kalb, L. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. *Journal of Adolescence*, 24, 579-596.
- Malizia, N. (2018). *Dalla devianza alla rivalutazione della vittima*. Padova: Libreriauniversitaria.it.
- Mereghetti, P. (2023). *Il Mereghetti. Dizionario dei film. Edizione del trentennale. 1993-2023*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Ponti, G., & Merzagora Betsos, I. (2008). *Compendio di criminologia*. Milano: Raffaello Cortina.



GENITORIALITÀ SOGNATA

IL NIDO PSICHICO RAPPRESENTAZIONALE COME FINESTRA SU PAESAGGI DI NASCITA E RI-NASCITA

Federica Gabrieli
Psicologa

RIASSUNTO

L'articolo che segue intende volgere uno sguardo fiducioso all'evoluzione dinamica genitoriale attraverso un inquadramento teorico-metodologico in ottica preventiva e di salutogenesi, in modo da delineare una prospettiva dell'Essere genitori atta ad accogliere la propria autenticità nel mondo.

Il Nido Psicico Rappresentazionale (Gabrieli, 2024a,b), custode delle rappresentazioni di genitorialità, verrà presentato in questa occasione come una finestra attraverso cui guardare al passato, vivere il presente e progettare il futuro.

PAROLE CHIAVE

Psicologia perinatale, Psicoevoluzione, Prevenzione, Genitorialità, Relazione.

INTRODUZIONE

Il proprio sogno di genitorialità si delinea a partire dall'epoca dell'infanzia, dai luoghi in cui la cura è stata appresa. Esplorare lo spazio psichico dedicato al bambino che si è stati, al genitore in divenire e al figlio che si attende significherà aprire una finestra su scenari non ancora esplorati, scoprendo un luogo della mente sospeso tra passato, presente e futuro. Paesaggi di nascita e ri-nascita, distese di evoluzione e crescita, aiutano i genitori a proiettarsi, mano nella mano con i propri piccoli, verso il futuro.

L'articolo intende narrare la genitorialità in divenire attraverso voci e sguardi fiduciosi, volti a custodire e supportare il potenziale cognitivo, affettivo, emotivo e relazionale umano. A partire dal modello bio-psico-sociale e dalla visione

innovativa psico-bio-sociale, emergente dalla cornice teorico-metodologica dell'orientamento psicodinamico psicoevoluzionista (Frateschi, 1988, 2012), l'elaborato si propone di evidenziare l'importanza delle narrazioni materne e paterne come strumenti finalizzati a costruire nuove forme di consapevolezza e crescita, presentando il Nido Psicico Rappresentazionale come una finestra da cui scorgere il figlio che si è stati e il genitore che si vuol Essere, in un intreccio tra ciò che è stato e la vita che sarà.

SOGNARE LA PROPRIA GENITORIALITÀ TRA DESIDERIO, VULNERABILITÀ ED EVOLUZIONE

Si diviene genitori a partire dal desiderio, attraverso una potenza generatrice e creativa capace di dare forma ad una genitorialità sognata, dando così vita al modo proprio di Essere genitori (Gabrieli, 2024a,b). Un processo creativo che offre la possibilità di ricercare e delineare la propria autenticità nel mondo. La psicoanalisi parla di

quell'area di pensiero dedicata al bambino non ancora nato, culla delle rappresentazioni, dei desideri, delle emozioni e delle fantasie genitoriali, in cui affonda le sue radici la relazione di *attaccamento prenatale* (Cranley, 1981); quel grembo psichico che accoglie l'immagine del piccolo emergente dalle fantasie dei due futuri genitori e dall'incontro tra le loro storie e il mondo affettivo di ciascuno.

Soulé (1982) ci parla del concepimento come di quel momento in cui avviene il passaggio dal bambino ideale, delineato a partire dal periodo dell'infanzia, al bambino immaginario, il quale si afferma progressivamente nello psichismo del genitore, contribuendo a creare uno spazio mentale specifico.

Lo spazio psichico dedicato alle rappresentazioni genitoriali è stato da me definito "Nido Psicico Rappresentazionale" (Gabrieli, 2024a,b)





e fa riferimento a quel luogo, di natura psichica per l'appunto, in cui l'essere umano inizia a immaginarsi genitore assieme al proprio bambino. Il Nido Psicico Rappresentazionale simboleggia quello spazio della propria mente, dedicato al bambino atteso e al proprio Sé genitoriale in divenire, che permette alle mamme e ai papà di immaginare il proprio Essere genitori e di definire la propria identità in evoluzione. In altre parole, la cosiddetta "fantasticherie della madre" (Marinopoulos, 2005) e, aggiungerei, del padre, permette di avviare una sorta di "gravidanza psicologica" (Ferrara Mori, 2008): il bambino, oltre che nel grembo materno, è accolto, già prima del suo concepimento, nella mente dei suoi genitori. In altre parole, la potenza psichica immaginifica e creativa, caratterizzante il Nido Psicico Rappresentazionale, permette ai genitori di poter immaginare e sognare la propria genitorialità, sostenendo il periodo dell'attesa e tutelando la vita racchiusa all'interno del ventre materno (Gabrieli, 2024a). «Tale attività sognante favorisce una graduale regressione del sé materno al sé fetale e neonatale, incrementando uno stato di elevata sensibilità attraverso la quale la donna potrà nascere come madre e far nascere il suo bambino» (Pazzagli et Al., 2011): paesaggi di nascita e ri-nascita si delineano nel proprio Nido Psicico Rappresentazionale, permettendo così alla donna e all'uomo di far nascere il loro bambino e di ri-nascere insieme a lui come genitori.

Durante la gravidanza, la "trasparenza psichica", concetto elaborato dalla Bydlowsky (1997), offre la possibilità al genitore di entrare in contatto con quei contenuti mantenuti solitamente ben distanti dalla coscienza grazie alla schermatura della rimozione, la quale risulta, durante il periodo dell'attesa, assottigliata e facilmente attraversabile. Mi riferisco alla gravidanza con l'espressione "*periodo dell'attesa*" non a caso, poiché desidero rafforzare, anche a livello linguistico, l'importanza di *occuparsi* della propria storia emergente dal sogno di genitorialità.

Entrando nello specifico, il sostantivo "*attesa*" deriva dal verbo "*attendere*", il quale, tra i suoi molteplici significati, comprende le seguenti espressioni: "*rivolgere l'animo a*", "*occuparsi di*", "*rivolgere l'attenzione a qualcosa*". *Rivolgere il proprio animo* alla propria storia di figli significa *occuparsi* del bambino che si è stati, alla ricerca dell'autenticità necessaria per lasciar fiorire il futuro. Difatti, «la gestante è sospesa fra mondo interno e mondo esterno, a un incrocio di passato, presente e futuro, fra sé e l'altro. La questione di un'identità in via di mutamento è cruciale e disturbante» (Raphael-Leff, 1993).

Secondo la Bibring (1959,1961), la donna vive una vera e propria crisi maturativa caratterizzata da una doppia valenza di natura evolutiva, da un lato, e di estrema vulnerabilità, dall'altro. Durante la gravidanza avvengono, in sostanza, una destrutturazione e una riorganizzazione dell'identità. Nell'ottica della Mahler (1975), la gravidanza è vista come terzo processo di separazione e individuazione: la donna acquisisce un livello maggiormente maturo di integrazione, a seguito di una elaborazione riguardante i propri conflitti infantili, la relazione con la madre e le identificazioni con quest'ultima.

Anche il padre attraversa una fase di evoluzione e vulnerabilità di cui aver cura. Infatti, possiamo inquadrare la genitorialità come un processo evolutivo in continuo divenire che riguarda entrambi i genitori, i quali risultano impegnati in una fase di crescita importante e delicata: un rimescolamento emotivo che, se ben equilibrato, determinerà una maturazione della coppia, facilitando la fase di transizione alla maternità e alla paternità. Cogliere e accogliere la propria vulnerabilità e l'evoluzione intrinseche al periodo dell'attesa significherà per il genitore riscrivere la propria storia con parole altre, dando forma al proprio Essere genitori in modo autentico.

«Diventare genitori rappresenta una grande opportunità per crescere come individui, per-

ché si ritorna, anche se con un ruolo diverso, all'interno di una relazione genitore-figlio» (Siegel&Hartzell, 2003). Vegetti Finzi (2017) parla della gravidanza come di «un'attesa che, non senza difficoltà, sembra realizzare segrete potenzialità, rimarginare antiche ferite, schiudere nuove prospettive, delineare un futuro interiore».

In tal senso, esplorare il Nido Psicico Rappresentazionale offrirà l'opportunità di lavorare in un'ottica di continuum tra ieri, oggi e domani, offrendo uno spazio e un tempo in cui poter *rivolgere l'animo* alla propria storia di nascita e ri-nascere come mamme e papà.

L'EVOLUZIONE GENITORIALE COMPLESSA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA FAMIGLIA IN DIVENIRE

L'esperienza riproduttiva può essere letta attraverso l'ottica bio-psico-sociale, nella quale vengono riconosciuti i numerosi aspetti della persona, collocabili sia nella dimensione biologica, sia in quella psicologica, sia in quella sociale (Grussu, Quatraro, 2022). In altre parole, la visione bio-psico-sociale considera ogni condizione di salute o di malessere come derivante dall'interazione tra i fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977; Schwartz, 1982), i quali compongono il funzionamento dell'individuo e la sua esperienza nel mondo. Szadejko (2020) fa riferimento alla necessità di utilizzare un modello integrato che possa fare riferimento ad ulteriori aspetti utili ad ampliare la dimensione sociale, ovvero la dimensione culturale, quella esistenziale e la dimensione spirituale, al fine di avere una visione unitaria dell'essere umano.

Declinato ciò nell'ambito perinatale, sarà possibile decodificare i bisogni emergenti dalla storia di nascita della mamma, del papà e del bambino grazie ad una visione ampia che tiene conto dei diversi fattori che costituiscono l'unicità e la complessità degli scenari familiari.

All'interno di un continuum tra salute e malattia, parafrasando il concetto di salutogenesi formulato da Antonovsky (1979), il soggetto si muove utilizzando, di volta in volta, le risorse necessarie per avvicinarsi maggiormente ad uno stato di benessere. Una visione integrata che possa tener conto sia dei fattori di rischio sia dei fattori protettivi per la salute della famiglia in evoluzione continua può offrire nuove prospettive fiduciose per promuovere un'evoluzione armonica della genitorialità di oggi e di quella di domani.

Nella cornice dell'orientamento psicodinamico psicoevolutionista (Frateschi, 1988, 2012), la lente utilizzata per poter valutare e analizzare l'evoluzione dinamica dell'individuo sarà declinata in ottica psico-bio-sociale, ponendo i fattori psicologici in prima posizione e considerandoli alla base dello sviluppo biologico e sociale dell'individuo. Gli aspetti affettivi ed emotivi risultano infatti insostituibili nell'evoluzione dell'essere umano e nella comprensione del suo funzionamento in ottica preventiva e di salutogenesi. Nello specifico, il bambino inizia la sua esistenza partendo da affetti ed emozioni che hanno delineato il suo progetto di vita futura: se provassimo a immaginare da quale luogo provenga il bambino, in un primo momento penseremmo al ventre materno e ai nove mesi di gravidanza ma, in realtà, il bambino giunge alla vita dalla mente dei suoi genitori, dal loro sogno di maternità e paternità. Un sogno, quello di genitorialità, caratterizzato da configurazioni affettive ed emotive peculiari che danno forma all'esistenza dell'essere umano.

Riprendendo alcuni passaggi tratti dal mio articolo "Perinatalità e Psicoevoluzione. Uno sguardo fiducioso all'evoluzione genitoriale e alla prevenzione di psicotraumi e psicomicrotraumi" (2024b), vorrei porre l'accento su concetti derivanti dalla Psicoevoluzione (Frateschi, 2012, 2021) e che cercano di spiegare la psicogenesi e l'evoluzione dell'individuo. Parto



con l'evidenziare come l'organismo, composto da uno spazio proprio e da un tempo proprio, ha origine con un proprio campo dinamico pluridimensionale di forze psico-fisio-biologiche all'interno di un campo più grande che lo accoglie e lo alimenta, come ci spiega l'autore Frateschi in "Psicomicrotrauma. Psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista" (2021). Pertanto, «potremmo guardare alla gravidanza come alla storia di due corpi immersi assieme in una configurazione di eventi multipli simultanei e in successione, in continua e reciproca comunicazione, influenza e interdipendenza; la storia di un corpo contenente visibile, il Campo Organismo Madre, che accoglie in sé un corpo contenuto invisibile, il Campo Organismo Feto. L'interconnessione tra Campo Organismo Feto e Campo Organismo Madre è essa stessa condizione necessaria affinché la vita possa fiorire» (Gabrieli, 2024a). Entrando nello specifico, l'organismo ha origine all'interno di un altro organismo che lo accoglie e custodisce; entrambi evolvono, «in uno slancio continuo spazio-tempo interagente con fenomeni pluridimensionali

spazio-tempo multipli simultanei» (Frateschi, 1988-1989).

Nel mentre il campo organismo fetale si sviluppa, le sue cellule si moltiplicano, i suoi organi si formano, il campo organismo madre accoglie, nutre, protegge, il suo cuore batte, i parametri e le configurazioni uterine si modificano e si adattano alle condizioni emotive della madre; fenomeni molteplici si verificano simultaneamente, nel mondo interno e nel mondo esterno, allo sviluppo dell'organismo. «Nel campo di forze soggettivo in crescita si delinea il conflitto intrapsichico tra forza evolutiva, la motivazione intrinseca strutturale, e forza involutiva, il condizionamento arcaico» (Frateschi, 2021). La Motivazione Intrinseca Strutturale deriva dalla necessità di slancio vitale verso l'Indipendenza e si contrappone alla seconda forza vettoriale di matrice psichica, il Condizionamento Arcaico (Frateschi, 1997, 2012, 2021), che deriva, a sua volta, dalla necessità del ritorno ad uno stato di dipendenza. Il bisogno di dipendenza e la necessità di indipendenza sono costantemente

presenti nella vita dell'essere umano: nella fase fetale troviamo al massimo livello la necessità di dipendenza e al minimo livello quella di indipendenza; man mano che l'individuo proseguirà le varie fasi di sviluppo entrambi i livelli si adegueranno alla condizione dell'essere.

Ad esempio, nei primi mesi di vita, il neonato manifesterà un bisogno di dipendenza assoluta dall'adulto di riferimento, ricercando costantemente le stesse caratteristiche della vita vissuta nel ventre materno: calore, contenimento, soddisfacimento immediato dei propri bisogni; evolvendo, il bambino acquisirà sempre più competenze e autonomie proprie, le quali gli permetteranno di raggiungere una maggiore indipendenza nel tempo. Come evidenziato dalla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969, 1973, 1980), il bambino esplorerà il mondo circostante, acquisendo maggiore autonomia via via che la sua evoluzione avanza; ma vi sarà un ritorno alla base sicura, alla figura affettiva di riferimento, ricercando contenimento e rassicurazione nel momento in cui si manifesterà un vissuto emotivo di timore e incertezza. Il bisogno di dipendenza e il bisogno di indipendenza, dunque, accompagneranno l'individuo per tutta la sua esistenza poiché «l'attaccamento è parte integrante del comportamento umano dalla culla alla tomba» (Bowlby, 1979).

Proseguendo la nostra riflessione e riprendendo l'inquadramento della genitorialità come processo in evoluzione continua, possiamo affermare come Essere genitori in divenire significhi crescere insieme al proprio figlio in uno slancio continuo verso il raggiungimento di una condizione di equilibrio tra passato, presente e futuro. In riferimento a ciò, faccio menzione di un concetto proveniente dalla psicoevoluzione, la "congruenza intima psicofisiologica" (Frateschi, 1997). Nel dettaglio, «la congruenza intima psicofisiologica è già presente nell'integrazione delle risposte omeostatiche adattive, molto complesse. Condursi continuamente

verso l'omeostasi, ma progredendo attraverso una ricerca di equilibrio dinamico, è proveniente dalla tendenza verso l'evoluzione della Motivazione Intrinseca Strutturale, rispetto alla tendenza involutiva o statica del Condizionamento Arcaico» (Frateschi, 2012). La famiglia stessa, intesa come sistema, mette in atto risposte omeostatiche adattive (von Bertalanffy, 1968; Bateson, 1977), in modo tale da raggiungere un equilibrio tra i legami con la famiglia d'origine, i bisogni dei singoli componenti nel qui ed ora e la spinta evolutiva verso l'autonomia. Riprendendo l'argomentazione precedente, il bisogno di dipendenza, il quale "tiene nel nido", e quello di indipendenza/autonomia, che "porta fuori dal nido", saranno sempre presenti nell'evoluzione dell'individuo singolo e della famiglia, in un continuo gioco di equilibrio tra regressione ed evoluzione.

Ponendo, a questo punto della nostra disamina, la relazione al centro, possiamo considerare ciò che ci siamo detti finora all'interno di una cornice di senso in cui il bambino giunge alla vita dal sogno, dall'incontro con l'altro, dall'interazione quotidiana tra campi organismi in continua evoluzione. La spinta vitale a legarci ci porta a stringere legami preziosi per la nostra sopravvivenza psicologica e biologica. Essere insieme all'Altro ci permette, fin dal ventre materno, di affrontare le complessità della vita, fin dalla sua origine. Il bambino è inserito all'interno di un'interazione continua e quotidiana già dalla sua costituzione embrionale, in quella relazione definita da Cranley (1981) attaccamento prenatale: durante il periodo dell'attesa, il genitore e il bambino comunicano attraverso il grembo materno tramite filastrocche, canti, dialoghi e carezze alla pancia, gettando le basi di quello che sarà il loro legame di attaccamento, osservabile nell'interazione unica e irripetibile tra genitore e figlio. La costruzione di un accudimento affidabile può essere alimentata fin dal periodo del sogno e del desiderio di genitorialità, con l'obiettivo di supportare un'armonica evoluzio-



ne umana attraverso una relazione capace di fornire al bambino protezione, comprensione, conforto e sicurezza.

È bene ricordare come la relazione stessa abbia bisogno di sostentamento e cura affinché possa permettere alla genitorialità una nuova stagione di fioritura. Pertanto, risulterà necessario offrire supporto alla famiglia in divenire, nutrendo la relazione genitore-bambino con nuove risorse. Difatti, il giardino della mente richiede una cura continua e un'attenzione devota; solo attraverso queste il genitore e il bambino potranno insieme far fiorire il proprio Essere nel mondo (Gabrieli, 2024b). Come professionisti, considerare tutti gli elementi costituenti l'Essere e che compongono la nascita della famiglia permetterà di costruire un intervento efficace, capace di prendere in carico i bisogni e le necessità delle mamme e dei papà in evoluzione continua.

LASCIAR FIORIRE IL FUTURO: IL NIDO PSICHICO RAPPRESENTAZIONALE COME FINESTRA ATTRAVERSO CUI SCORGERE LA VITA CHE SARÀ

Il processo psichico immaginifico e creativo caratterizzante il Nido Psichico Rappresentazionale (Gabrieli, 2024a,b) offre al genitore la possibilità di delineare il modo proprio di Essere genitore, accogliendo e custodendo l'autenticità nel mondo propria e del figlio in arrivo. Possiamo così «guardare alla genitorialità in ottica evolutiva e di crescita: il genitore e il bambino, all'interno di una relazione caratterizzata da autenticità e reciprocità, vivono insieme nuove stagioni di fioritura del proprio Essere nel mondo» (Gabrieli, 2024b).

Ho voluto racchiudere nella metafora del nido molteplici significati: luogo di nascita, luogo di evoluzione, spazio della mente dedicata al bambino sognato, luogo della cura, spazio in cui coltivare la propria genitorialità; un'area psichica, quindi, in cui accogliere, supportare e far sviluppare la propria autenticità, delineando così sce-

nari familiari propri, consapevoli e liberi dai vincoli irrisolti del passato. Prendersi cura di questa stanza della mente dedicata al bambino che si è stati, al genitore che si diverrà e al figlio sognato permetterà di raggiungere una consapevolezza preziosa per poter custodire il futuro. Ciò può essere fatto già dal periodo del desiderio di maternità e paternità per poi proseguire durante il periodo dell'attesa, tempo favorevole per poter accedere a scenari non ancora esplorati, grazie alla trasparenza psichica accennata all'inizio della nostra riflessione.

In questa occasione, vorrei parlare del Nido Psichico Rappresentazionale come finestra attraverso cui poter guardare al passato e scorgere la vita che sarà. Accompagnare il genitore nell'accogliere il periodo dell'attesa come rito di passaggio, avendo cura delle vulnerabilità emergenti dalla propria storia di nascita, risulterà prezioso per l'evoluzione delle mamme e dei papà che si affidano a noi. La modalità attraverso cui abitiamo i nostri interventi professionali deve essere calibrata sulla base dell'unicità di quello specifico individuo, di quella specifica famiglia e di quella specifica storia. Quando abbiamo cura delle vicende umane, ogni nostra parola risulta essere veicolo di senso. La responsabilità da noi esercitata mentre ci muoviamo insieme al soggetto nella sua storia ci porta a porre la giusta attenzione sui nostri passi, evitando qualsiasi azione di delega che inevitabilmente indebolirebbe l'altro. Offrire al genitore uno spazio che lo accolga e lo supporti nella fase di transizione alla maternità e alla paternità significherà accompagnare le mamme e i papà a scoprirsi nelle competenze proprie e nelle risorse celate dalla fatica, in modo da aumentare l'autoefficacia e l'empowerment genitoriale.

Seguendo l'ottica di salutogenesi discussa precedentemente, possiamo considerare i primi mille giorni della famiglia (pre-concepimento, gravidanza, post-partum, primi due anni di vita del bambino) come opportunità per trasmette-

re buone prassi e promuovere le risorse delle mamme e dei papà, avendo così cura e attenzione per la salute del bambino, individuo del futuro. È bene informare adeguatamente i genitori per mantenere una qualità di vita soddisfacente e un livello di benessere stabile, nonché indagare ed esplorare i fattori psicologici, biologici, sociali, culturali, esistenziali e spirituali per inquadrare adeguatamente il funzionamento delle famiglie in divenire. Facendo ciò sarà possibile offrire un intervento preventivo e in ottica di salutogenesi personalizzato rispetto ai bisogni specifici del nucleo familiare. Accogliere l'unicità della storia della famiglia in evoluzione continua, legittimando le complessità specifiche della fase di transizione dall'essere figli al privilegiare il ruolo genitoriale, parafrasando Stern (1999), offre la possibilità di custodire e supportare il potenziale autentico umano nel mondo.

CONCLUSIONI

«Prendersi cura di chi si prende cura significa prendersi cura del genitore mentre si prende cura del proprio bambino, offrendo ad entrambi la possibilità di accedere a nuove risorse e nuove prospettive evolutive. Il genitore accolto, ascoltato e supportato riuscirà a entrare in contatto con la propria storia di figlio e recuperare le proprie emozioni e i propri vissuti irrisolti, avendo accesso così ad una genitorialità consapevole e matura. Il genitore maturo e consapevole potrà offrire, a sua volta, una costante e coerente presenza fisica ed emotiva già dal periodo dell'attesa».

(Gabrieli, 2024b, pag.8)

Sostenere il genitore attraverso azioni professionali mirate ad esplorare i fattori psico-bio-sociali, la storia di nascita della famiglia in divenire e il proprio sogno di genitorialità racchiuso nel Nido Psicico Rappresentazionale, permetterà di accogliere e supportare le mamme e i papà con i loro piccoli, prevenendo possibili evoluzioni psicopatologiche complesse.

Il concetto di Nido Psicico Rappresentazionale e la volontà di delineare nuove prospettive fiduciose per le famiglie in evoluzione continua hanno dato forma al progetto "Il Nido Psicico Rappresentazionale. Spazio e Tempo della Genitorialità" (Gabrieli, 2024 a,b), il quale intende creare spazi che possano accogliere e supportare le mamme, i papà e i loro bambini, in modo da lasciar fiorire il futuro. Il progetto, sistemico e multilivello, ha come obiettivo generale quello di promuovere una Cultura Psicologica Perinatale attraverso supporto alla genitorialità, formazione agli operatori che costellano la nascita della famiglia e opere di sensibilizzazione e di divulgazione dedicate alla comunità.

Le azioni professionali, volte a supportare l'evoluzione complessa genitoriale, delineano nuovi scenari fiduciosi verso i quali proiettarsi. Esplorando il proprio Nido Psicico Rappresentazionale il genitore avrà la preziosa occasione di *occuparsi* della propria storia, riscrivendola con nuove parole e nuove consapevolezze. Affacciandosi dalla finestra aperta dalla trasparenza psichica sui paesaggi di perinatalità, sarà possibile esplorare ciò che è stato, vivere ciò che dà forma al presente e scorgere quello che sarà, rimodellando le proprie rappresentazioni genitoriali grazie alle consapevolezze emergenti. Il viaggio verso la propria genitorialità autentica è un percorso che cela complessità, vulnerabilità e momenti di disorientamento; la strada percorsa può diventare impervia e affaticare i viandanti.

La necessità di una guida, di una bussola può risultare urgente e fondamentale per poter riprendere il cammino alla ricerca del significato essenziale proprio. Interventi multidisciplinari e multispecialistici possono così guidare le mamme e i papà fornendo bussole, mappe e strumenti preziosi per proseguire il proprio viaggio evolutivo, ricordando che «anche dinnanzi all'impensabile, è sempre possibile riprendere in mano le re-



dini della propria storia, in modo da affrontare le sfide quotidiane dettate dall'incertezza grazie al supporto di *chi si prende cura di chi si prende cura*» (Gabrieli, 2024c).

La fiducia riposta da noi professionisti nelle competenze evolutive genitoriali sarà la medesima fiducia che le mamme e i papà riporranno nell'evoluzione del proprio bambino, riconoscendo e sostenendo la sua autenticità nel mondo, in modo da lasciar fiorire il potenziale cognitivo, affettivo, emotivo e relazionale proprio e del bambino, futuro adulto del domani.

Prendersi cura del passato per nutrire il presente e custodire il futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping*. JosseyBass, San Francisco.
- Bateson G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Tr. it. Adelphi, Milano, 1977.
- Bibring G. L. (1959). *Some consideration of the psychological process in pregnancy*. The Psychoanalytic Study of the Child, 14, pp. 113 - 121.
- Bibring G. L. (1961). *A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship*. The Psychoanalytic Study of the Child, 16, pp. 9 - 23.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol. 1, *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita*, vol. 2, *La separazione dalla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1982.
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita*, vol. 3, *La perdita della madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1983
- Bydlowski M. (1997). *La dette de vie*. Tr. it. *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Edizioni Quattroventi, Urbino, 2000.
- Cranley, M.S. (1981). *Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy*. Nursing research, 30, pp. 281-284.
- Engel G.L. (1977). *The need for a new medical model. A challenge for biomedicine*. In Science 196:129-136.
- Ferrara Mori G. (A cura di), (2008). *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino*. Edizioni Borla, Roma.
- Frateschi, M. (1988). *Communication. Advanced Studies in Group Psychology*. La Jolla University, San Diego, California, U.S.A.
- Frateschi, M. (1988-1989). *Laboratori di Ricerca di Attività Creativa. Comunicazioni*. Cattedra Pedagogia I, Università degli Studi di Bari.
- Frateschi, M. (1997). *L'evoluzione in Psicologia*. Comunicazione presentata al Convegno "L'evoluzione umana: scienze a confronto", A.I.E.P., Bari.
- Frateschi M. (2012). *Psicoevoluzione. Introduzione alla psicodinamica psicoevolutionista*. Armando Editore, Roma.
- Frateschi M. (2021). *Psicomicrotrauma. Psicoterapia psicodinamica psicoevolutionista*, Armando Editore, Roma.
- Gabrieli F. (2024a). *Il Nido Psicico Rappresentazionale. Spazio e Tempo della Genitorialità*. In Rivista Italiana On line "LA CARE"- Italian Journal in Perinatology Health Care - ISSN 2531-3886, Vol. 28, n. 1 - 2024, pp. 26-39.
- Gabrieli F. (2024b). *Perinatalità e Psicoevoluzione. Uno sguardo fiducioso all'evoluzione genitoriale e alla prevenzione di psicotraumi e psicomicrotraumi*. In Psicologinews.it Scientific - ISSN 2724-6531, ANNO IV, n.5 - 2024, pp. 23-47.
- Gabrieli F. (2024c). *Prendersi cura di chi si prende cura: supporto alla genitorialità in Terapia Intensiva Neonatale e individuazione precoce di Psicotraumi e Psicomicrotraumi*. In Rivista Italiana On line "LA CARE"- Italian Journal in Perinatology Health Care - ISSN 2531-3886, Vol. 29, n. 2 - 2024, pp. 19-26.
- Grussu P., Quatraro R.M. (2022). *Il colloquio di valutazione psicosociale in gravidanza e dopo il parto*. Edizioni Centro Studi Erickson. Trento.
- Mahler M. S., Pine F., Bergman A. (1975). *The*

Psychological Birth of the Human Infant. Tr. it. La nascita psicologica del bambino. Boringhieri, Torino 1978.

- Marinopoulos, S. (2005). *Dans l'intime des mères*. Éditions Fayard, Paris.
- Pazzagli A., Benvenuti P., Pazzagli C. (2011). *La nascita nella mente della madre*. Rivista Italiana di Educazione Familiare, n. 2, pp. 5-21.
- Raphael-Leff J., (1993). *La gravidanza vista dall'interno*. Tr. it. Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma, 2014.
- Schwartz G.E. (1982). *Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine?* In Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(6): 1040-1053.
- Siegel D.J., Hartzell M. (2003). *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori*. Tr. it. Raffaello Cortina

Editore, Milano, 2004.

- Soulé, M. (1982). *L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire*. In Brazelton T.B., Kreisler L., Shäppi R., Soulé M. (a cura di). *La dynamique du nourisson*. ESF, Paris.
- Stern, D.N., Bruschweiler-Stern, N. (1999). *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Szadejko, K. (2020). *Il modello "biopsicosociale". Verso un approccio integrale*. Teoria e Prassi (1), p. 21- 29.
- Vegetti Finzi S., (2017). *L'ospite più atteso. Vivere e rivivere le emozioni della maternità*. Einaudi Editore, Torino.
- Von Bertalanffy L. (1968). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*. Tr. it. ISEDI, Milano, 1971.





COMUNICAZIONE ED INTERAZIONE COMUNICATIVA FONDAMENTI E TEORIE

Annalia Palmisano
Psicologa Psicodiagnosta

*Il fallimento di una relazione è quasi sempre
un fallimento di comunicazione*
Zygmunt Bauman, *Amore Liquido*

1. COMUNICAZIONE E MATRICE SOCIALE

Il soggetto umano si configura come essere comunicante, oltre ad essere pensante, emotivo e sociale (Anolli, 2002, p. 5).

Da ciò ne consegue inevitabilmente che la comunicazione non va considerata semplicemente come mero strumento, bensì come una dimensione psicologica costitutiva del soggetto. Quest'ultimo, infatti, non sceglie deliberatamente se essere "comunicante o meno", ma la sua possibilità di scelta è circoscritta alla modalità comunicativa.

La comunicazione ha una matrice prettamente sociale. Per definizione, difatti, si realizza nel contesto gruppale, dove il gruppo stesso rappresenta la *conditio sine qua non* di genesi, elaborazione e conservazione di qualsiasi sistema comunicativo, in grado a sua volta di alimentare, influenzare e modificare in modo profondo e sistematico la vita stessa del gruppo in una sorta di relazione bidirezionale.

Socialità e comunicazione costituiscono, in altre parole, due dimensioni fra loro distinte, ma intrinsecamente interdipendenti, che si sono evolute e si evolvono in maniera congiunta, attraverso un processo reciproco di continui rimandi (Anolli, 2002, p. 5).

In tale prospettiva la comunicazione è alla base dell'interazione sociale e delle relazioni interpersonali. Porre in evidenza la sua natura relazionale equivale, in buona sostanza, a sottolineare la sua rilevanza essenziale nella costituzione e prosecuzione delle dinamiche di stampo psicologico che i protagonisti intendono realizzare in maniera congiunta.

Sotto questo profilo la comunicazione è essenzialmente partecipazione, dal momento che prevede la condivisione di significati e sistemi di segnalazione, nonché l'accordo in merito a regole sottese ad ogni scambio comunicativo.

Per sua natura, inoltre, la comunicazione si fonda su processi più o meno lunghi e complessi di negoziazione e di patteggiamento fra gli interlocutori.

Di conseguenza, essa si carica di una matrice culturale e possiede una natura convenzionale, incarnando l'esito di accordi e convenzioni culturalmente stabiliti all'interno di una determinata comunità.

2. LA DEFINIZIONE E LA DERIVAZIONE ETIMOLOGICA

La comunicazione si configura come fenomeno complesso, che non si esaurisce nel mero passaggio di informazioni e non prevede una registrazione meccanica di contenuti, ma mobilita risorse di varia natura, ovvero cognitiva, emotiva e sociale, con un forte ancoraggio al contesto e alle sue regole, aspettative e convenzioni.

Favorisce, dunque, non soltanto un momento di condivisione, partecipazione e collegamento, ma implica una costruzione attiva della conoscenza, mediante meccanismi di inferenza, negoziazione e *feedback*.

La comunicazione è, in sostanza, sia un processo di condivisione, sia uno scambio di contenuti

tra interlocutori (Fatelli & Morcellini, 1997). Ciò è rilevabile, infatti, già dall'etimologia del termine "comunicazione", avente una duplice derivazione: dal verbo greco *koinonéo*, che significa "partecipare", e dal verbo latino *communicare*, che si può tradurre con l'espressione "mettere in comune".

Con riferimento a quest'ultima provenienza etimologico-semantiche, si cita la doppia origine del termine in questione. *Cum munus* (letteralmente "con dono") sta a significare senso di comunione, condivisione, disponibilità verso gli altri; nello specifico, la preposizione *cum*(con) richiama l'idea di qualcosa realizzata da più persone e il sostantivo *munus* (dono, condotta con atteggiamento di dono) indica un'intenzionalità pro sociale.

Nella comunicazione, infatti, si riscontra una disposizione della persona ad andare incontro all'altro, a fargli dono di qualcosa, che sia notizia, informazione, suggerimento, emozione, così da innescare un'apertura reciproca, cornice della costruzione dell'identità del Sé e della propria storia.





Cum moenia (letteralmente "con mura") sta ad indicare l'idea di mettere qualcosa al riparo dalla minaccia del nemico all'interno di mura. In tal senso, la comunicazione è intesa come modalità per far fronte a imprevisti, rischi, pericoli e ostilità.

Questa derivazione etimologica di stampo prettamente militare connota un aspetto recondito della comunicazione di tipo conflittuale che si affianca a quello di favoreggiamento e accoglimento verso il prossimo; si configura, dunque, come mezzo inteso a dominare, sopraffare, potendo arrecare anche danno all'interlocutore.

Queste due matrici, chiaramente discordanti (di apertura e conflittualità), e rilevabili da un'attenta analisi etimologica della parola comunicazione delineano quest'ultima come fenomeno altamente articolato e ambivalente, che permette un'apertura nei confronti dell'altro, fornendo, allo stesso tempo, gli strumenti per difendersi da questo.

3. LA COMUNICAZIONE CIRCOLARE E I 5 ASSIOMI DELLA SCUOLA DI PALO ALTO

I principi cardine della dinamica comunicativa sono stati individuati dagli esponenti della Scuola di Palo Alto, dal nome di una località in California che nella seconda metà del Novecento accoglieva il *Mental Research Institute*, fulcro di attività di ricerca da parte di un gruppo di studiosi di varie discipline, da antropologi a sociologi, da filosofi a psichiatri e altri.

Focus di tali studi è rappresentato proprio dalla comunicazione, attorno alla quale si è sviluppato un nuovo modello definito "sistemico", secondo cui è impossibile isolare il soggetto dal contesto di relazioni in cui è inserito.

Ciascuno vive, infatti, all'interno di reti di relazioni in grado di influenzare il soggetto e, a sua volta, influenzare colui con cui viene a contatto in maniera reciproca. Da qui la connotazione del-

la comunicazione come processo bidirezionale e circolare, che prende avvio da un soggetto, giunge ad un altro e ritorna nuovamente al soggetto di partenza (in termini di *feedback*).

L'opera che contiene tali teorizzazioni e affronta in maniera sistematica lo studio di interazioni e modalità comunicative è intitolata *Pragmatica della comunicazione umana* (1967), scritta da Paul Watzlavick, Janet Beavin e Donald Jackson, dove la pragmatica è la disciplina che studia il rapporto tra il linguaggio e chi lo usa. All'interno di tale opera sono definiti gli assiomi della comunicazione, intesi come verità autoevidenti; in sostanza, si tratta di principi che non richiedono ulteriori dimostrazioni in quanto sono essi stessi fondanti. Si configurano come i 5 presupposti basilari, fondamentali della comunicazione:

Primo Assioma: "È impossibile non comunicare". Anche solo attraverso il comportamento si inviano comunicazioni all'altro; il fatto stesso di non voler parlare, infatti, costituisce un modo di rivelarsi, incarnando la volontà di non farlo. Questo primo assioma, dunque, inizia ad ampliare il ventaglio dei canali di comunicazione, che si possono adottare per esprimere un messaggio, non riducibili, quindi, notoriamente alla sola modalità verbale.

Secondo Assioma: "Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione, in modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione".

Il contenuto del messaggio non è sufficiente per la comprensione da parte dell'interlocutore. Affinché il messaggio risulti chiaro, infatti, deve essere accompagnato da intonazione ed espressività facciale specifiche, che possano definire l'intenzione di colui che parla. Il contenuto incarna l'informazione che si vuole veicolare, mentre la modalità con cui lo si comunica è definita *metacontenuto*, che significa letteralmente "che va oltre il contenuto", includendo, quindi, l'insieme delle modalità con cui viene espresso, in grado di variare sensibilmente il significato del messaggio.

Terzo Assioma: "La natura della comunicazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione fra i comunicanti".

Come nel linguaggio senza l'interpunzione risulta difficile strutturare e cogliere il significato del testo, allo stesso modo, una comunicazione chiara è una comunicazione con una punteggiatura condivisa dagli interlocutori, in grado di individuare con chiarezza l'inizio del discorso e distinguere le cause dagli effetti. Senza una punteggiatura precisa, intesa come accordo tra i messaggi da considerare come premesse e le conseguenze, tra le cause e gli effetti, tra il prima e il dopo, la comunicazione risulterebbe ambigua e conflittuale.

Risulta, tuttavia, molto difficile punteggiare le sequenze in modo unanime: questo problema si contestualizza all'interno della più ampia questione del *feedback* o retroazione, inteso come effetto della risposta dell'interlocutore su colui che pone la domanda; in altre parole si tratta dell'informazione di ritorno con conseguente influenza sui successivi comportamenti.

Quarto Assioma: "Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico sia con quello analogico".

Posto che il modulo numerico è costituito dal linguaggio verbale, mentre quello analogico si configura nel linguaggio non verbale, che si sostanzia in quello corporeo, ciascuno comunica ricorrendo in varia misura e in base alle circostanze ai due canali citati.

Canale preferenziale per il veicolo di sfumature emotive risulta essere quello non verbale che risulta, tuttavia, privo di semantica, a differenza del linguaggio verbale, codificato in forma scritta e parlata, che prevede sintassi e regole grammaticali precise. Questo aspetto connota inevitabilmente il canale non verbale/corporeo come ambiguo ed equivoco, per cui i gesti non risultano riconducibili ad un unico e solo significato e dunque facilmente decifrabili, di conseguenza si rivela meno controllabile.

Quinto Assioma: "Gli scambi comunicativi sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza".

In base al grado gerarchico degli interlocutori impegnati in uno scambio interattivo, si determinano due tipologie di comunicazioni: quelle simmetriche avvengono tra persone di pari livello, come amici, compagni di classe, colleghi di lavoro, mentre quelle asimmetriche si instaurano tra soggetti che si collocano su piani differenti in termini di potere ed autorità.

3.1 I limiti della teoria della Comunicazione Circolare

La teoria della Comunicazione Circolare, elaborata dagli esponenti della Scuola di Palo Alto e sopra esposta, tuttavia, presenta dei limiti.

Pur risultando innovativa grazie anche all'importanza attribuita al *feedback* (retroazione), inteso come messaggio di ritorno generato dal ricevente e destinato all'emittente, rischia comunque di svalutare l'importanza di una comunicazione lineare, che consiste semplicemente nella trasmissione di un messaggio da emittente a ricevente.

Questo schema, benché rigido e non in linea con la complessità intrinseca dei processi comunicativi, si rivela maggiormente efficace in determinate situazioni rispetto ad un tipo di comunicazione circolare, in cui risulta difficoltoso discriminare la fonte dai riceventi. Si fa riferimento, per citarne alcuni, alla trasmissione e divulgazione di contenuti a carattere scientifico, di natura estremamente rilevante, veicolati nel contesto di corsi di formazione e aggiornamento.

La Comunicazione Circolare, inoltre, presuppone interlocutori dotati di una *competenza* di livello, in grado di favorire la formulazione di un *feedback*, motore della dinamica interattiva.

Non è automatico e scontato, tuttavia, che gli interlocutori padroneggino la suddetta *competenza*,



tale da permettere loro di generare un *feedback* chiaro e funzionale; ciò avrebbe come effetto inevitabile la messa a repentaglio dell'andamento stesso della comunicazione, che rischierebbe così di subire un blocco.

Esaminando le etichette adottate, in aggiunta, si dovrebbe sottolineare anche che il termine di derivazione matematica "assioma" ha l'effetto di assolutizzare i presupposti, inducendo a considerarli come dogmi. In ambito scientifico, in realtà, tale pratica non è consentita in quanto tutto viene sottoposto ad esperimento, al fine di testare l'effettiva l'universalità e generalità di quanto messo alla prova.

4. LA COMUNICAZIONE EFFICACE DI GORDON

La teoria della Comunicazione Efficace è stata elaborata da Thomas Gordon, allievo di Carl Rogers, iniziatore dell'approccio centrato sulla persona (Io).

Secondo tale teoria la comunicazione non si configura come mero mezzo di trasmissione di informazioni, ma come ausilio nel processo di costruzione di relazioni, avvalendosi di aspetti determinanti, che risultano funzionali a instaurare un dialogo armonioso tra gli interlocutori, in grado di negoziare i reciproci interessi e obiettivi, calati in un clima caratterizzato da rispetto, empatia e cooperazione; questi strumenti sono essenzialmente i seguenti due:

- *Messaggi – io* (Gordon, 1970) si configura come un espediente che dà luogo ad una tecnica, definita anche "del confronto", avente il focus sull'espressione di quanto attiene alla propria sfera personale, con riferimento a desideri, aspettative, emozioni e sentimenti. In altre parole, in merito ad un'azione compiuta dall'altro viene veicolata la semplice informazione inerente agli effetti del suo comportamento in termini di reazioni provocate, piuttosto che

valutazioni e giudizi riguardo lo stesso (contrariamente al messaggio-tu), distogliendo così il baricentro dalla considerazione globale a carattere negativo della persona. A fini esemplificativi: «sei arrabbiato» si traduce in «mi sembri arrabbiato», parimenti «devi darmi quei documenti» diventa «ho bisogno di quei documenti».

- *Ascolto attivo*, invece, costituisce una modalità, improntata alla comprensione autentica degli altrui punti di vista, motivazioni, pensieri e aspettative, sospendendo qualsiasi giudizio attraverso l'acquisizione di un atteggiamento aperto e imparziale ("L'ascolto attivo per comunicare in maniera efficace").

Lo stesso Gordon (1970) ha individuato quattro momenti salienti di tale approccio come di seguito dettagliato.

L'ascolto passivo (silenzio) è funzionale a *dare spazio all'altro*, trasmettendogli il messaggio che ha la completa attenzione rispetto a quanto sta esprimendo, così da farlo sentire importante. Veicolo di tale disposizione verso il prossimo è costituito anche e soprattutto da indici di comunicazione non verbale.

L'accoglimento si traduce in piccoli interventi di incoraggiamento a continuare all'indirizzo dell'altro; si fa riferimento ad espressioni come «raccontami», «capisco» oppure a gesti come cenni del capo, sorrisi e sguardi.

Gli *inviti calorosi* si sostanziano in manifestazioni in grado di indurre l'interlocutore ad approfondire quanto detto, così da fornire maggiori informazioni in merito al contenuto della comunicazione.

L'ascolto riflessivo incarna il vero nucleo del processo, avente la finalità di restituire quanto detto dall'altro con formulazione diversa come fosse *riflesso*. Ciò permette di verificare l'effettivo grado di comprensione registrato e ha

come effetto una sensazione di ascolto e accoglienza nell'altro, in grado di gettare le basi per un rapporto aperto, empatico e collaborativo. In altre parole, favorisce il riconoscimento dell'altro ed educa all'accettazione della diversità e pluralità; in questo senso può promuovere migliori relazioni interpersonali e trasformare la conflittualità e il disordine in armonia ("L'ascolto attivo").

4.1 I limiti della teoria della Comunicazione Efficace

La teoria della Comunicazione Efficace, elaborata da Gordon e sopra esposta, tuttavia, presenta dei limiti. In primo luogo, il concetto di *efficacia*, da lui affrontato, assume dei tratti ambigui e vaghi, dal momento che può acquisire significati diversi in base al tipo di comunicazione e relativo contesto. Necessiterebbe, quindi, di una più oculata e puntuale operazionalizzazione.

Tale teoria, inoltre, tende a focalizzarsi prettamente sugli aspetti verbali della comunicazione, tralasciando quelli paraverbali e non verbali che rivestono, invece, un'importanza imprescindibile, in termini di veicolo di emozioni e sensazioni. Quest'ultimi, infatti, ricoprono un ruolo significativo e determinante nel contesto interattivo, integrando e talvolta anche contraddicendo il messaggio trasmesso a livello verbale.

Doveroso risulterebbe, in ultima analisi, testare le tecniche di Gordon anche all'interno di nuovi contesti di interazione, al fine di verificare l'effettiva efficacia. Si allude agli innovativi registri comunicativi, inaugurati grazie all'avvento delle nuove tecnologie, all'interno di spazi virtuali di interazione in cui, alle modalità tradizionali, se ne affiancano di nuove.

In riferimento a quanto detto, dunque, occorrerebbe condurre ulteriori studi, funzionali a valutare se e in che modo questi cambiamenti influenzino la comunicazione efficace.



5. L'INTENZIONE DI COMUNICARE: I CONTRIBUTI RECENTI ATTORNO ALL'INTENZIONE COMUNICATIVA

La comunicazione non si struttura come processo casuale, né involontario. Lo scambio comunicativo, infatti, si determina solo se il messaggio è prodotto *intenzionalmente* dal parlante ed è riconosciuto e interpretato sempre *intenzionalmente* dal destinatario, calati in una stessa dimensione sociale e accomunati da bisogni di cooperazione ed esercizio della conoscenza.

Alla luce di tale evidenza, la comunicazione può essere delineata come espressione e riconoscimento di *intenzioni*.

L'"intenzione comunicativa" si configura come dinamica bidirezionale e reciproca, caratterizzata da due tipi di processi.

L'*intenzionalizzazione* rappresenta la manifestazione di una data intenzione da parte del parlante, produttore di un determinato messaggio;

La *re-intenzionalizzazione* incarna l'interpretazione dell'intenzione da parte del ricevente, in termini di significato del messaggio ricevuto (Anolli, 2011, IV cap.)

La distanza fra parlante e ricevente rende complesso il processo stesso di comunicazione; è questa condizione, tuttavia, che permette di distinguere la comunicazione dall'informazione. Il messaggio, in altre parole, ha un valore puramente informativo senza l'atto intenzionale, che si sostanzia nello scambio reciproco tra soggetti aventi: l'uno l'intenzione globale di comunicare qualcosa in modo più o meno unitario e coerente e l'altro di accogliere ed interpretare quanto ricevuto, così da produrre un atto comunicativo.

Paul Grice, noto filosofo inglese del secolo scorso, ha dato un contributo innovativo allo studio del processo di comunicazione, analizzandolo come manifestazione d'intenzioni da parte del parlante e dell'ascrizione d'intenzioni al parlante da parte

dell'ascoltatore (Antonelli, 2006, p. 83). Questo studioso ha formulato un'articolata teoria del significato (*meaning*), in termini di intenzioni del parlante (Grice, 1957, p. 377-388), e un'originale teoria delle implicature (*implicatures*) che possono essere inferite dall'ascoltatore (Grice, 1975, p. 41-58); due teorie che, come lui stesso ha sottolineato, sono strettamente correlate, tanto da rendere la nozione di implicatura comprensibile solo sullo sfondo della teoria del significato come intenzione (Antonelli, 2006, p. 84).

Nella sua dissertazione Grice distingue due tipi di "intenzione" come di seguito dettagliato.

L'"interazione informativa" corrisponde a ciò che è detto (*what is said*), ovvero la volontà di rendere manifesto un determinato contenuto al destinatario.

L'"interazione comunicativa" coincide, invece, con ciò che si intende dire (*what is meant*), ovvero la volontà di rendere il destinatario consapevole di qualcosa di cui prima non lo era.

La ricostruzione dello *speaker's meaning* (ciò che il parlante intende dire), dunque, deve sempre passare per il riconoscimento della sua intenzione di volerlo comunicare (Labinaz, 2009, p. 235).

In altre parole, secondo Grice lo *speaker's meaning* corrisponde all'effetto che un parlante vuole sortire sull'interlocutore tramite il riconoscimento da parte di quest'ultimo dell'intenzione del parlante stesso (Grice, 1957, p. 227-228).

In accordo con questo *frame* teorico, la comunicazione umana richiederebbe, quindi, un processo che coinvolge l'attribuzione di intenzioni al parlante e che costituisce un'attività *meta-rappresentazionale*, ovvero un modo di rappresentarsi stati mentali, come credenze e desideri, dei propri interlocutori (Labinaz, 2009, p. 236).

La dimensione dell'intenzione comunicativa è stata oggetto di studio anche da parte di altri

approcci, afferenti all'ambito disciplinare della pragmatica. Si fa riferimento, in particolare, a due di questi, sviluppati rispettivamente da Stephen Levinson e da Dan Sperber e Deirdre Wilson.

Nello specifico Stephen Levinson, antropologo e linguista inglese, ha elaborato la teoria del *motore interattivo umano*; mentre Dan Sperber e Deirdre Wilson, rispettivamente antropologo francese e linguista britannica, hanno formulato la teoria della *pertinenza/rilevanza*. Le posizioni di questi autori si differenziano principalmente per la natura psicologica, attribuita ai meccanismi inferenziali, atti al riconoscimento delle intenzioni comunicative del parlante.

5.1 Il Motore Interattivo Umano di Levinson

Assunto centrale dei lavori di Stephen Levinson è la constatazione di una predisposizione naturale nell'essere umano all'interazione di matrice cooperativa (Levinson, 2006, p. 85-93). Questa inclinazione avrebbe un fondamento di tipo cognitivo-etologico nel cosiddetto "Motore Interattivo" (*interactive engine*), inteso come insieme di abilità cognitive e disposizioni comportamentali innate, antecedenti all'esistenza del linguaggio a livello evolutivo, in grado di favorire un agire coordinato, basato sul riconoscimento dei comportamenti altrui come intenzionali (Levinson, 2006, p. 86).

Secondo Levinson, l'interazione umana si realizzerebbe, quindi, mediante un'incessante attività di *mind-reading*. Il linguaggio, dunque, si sarebbe manifestato soltanto in un secondo momento, tanto da essere etichettato dallo stesso autore come "parassitario" nei confronti del complesso di capacità innate, sopra citate, dal momento che il riconoscimento dell'intenzione comunicativa del parlante presupporrebbe sempre un aggancio alle abilità di *mind-reading* appartenenti ad esso (Labinaz, 2009, p. 237).

Il potere espressivo del linguaggio viene sostanzialmente basato sulla capacità di riconoscere intenzioni comunicative di natura complessa, dato

il mutuo riconoscimento dell'intenzione comunicativa del parlante tra gli interlocutori.

A livello computazionale l'apparente artificiosità e complessità, attinente all'applicazione dell'abilità citata, viene superata dalla presenza di "euristiche" che favoriscono sia l'arricchimento dell'informazione codificata, ma soprattutto l'orientamento di quest'ultimo *by default* verso una determinata ipotesi interpretativa piuttosto che un'altra (Levinson, 2000, p. 30-31).

Sarebbero proprio le euristiche, quindi, a permettere una coordinazione mentale tra parlante ed ascoltatore, facendo convergere quest'ultimo verso il significato inteso dal parlante, alla luce di una serie di presunzioni condivise circa gli usi abituali del linguaggio (Labinaz, 2009, p. 238).

5.2 La Pertinenza o Rilevanza di Sperber e Wilson

In termini generali, la teoria della Pertinenza o Rilevanza (*relevance*) integra una visione generale della cognizione umana con una teoria pragmatica che si propone di spiegare i meccanismi della comprensione linguistica e della comunicazione (Sperber & Wilson, 1995, p. 119).

Con lo scopo di definire la natura psicologica della capacità di intendersi tra parlante e ascoltatore, Sperber e Wilson hanno puntato il focus sulla tendenza spontanea ad individuare e trattare gli stimoli, risultanti più "pertinenti" nell'ambiente. Questi autori partono dal presupposto per cui il sistema cognitivo umano lavora in termini di elaborazione e processazione degli stimoli, tendendo automaticamente a massimizzare la "pertinenza", al fine di accrescere il suo rendimento.

Ciò si esplica in una sorta di principio di "economie cognitive" che guida non solo la comunicazione, ma anche la cognizione tutta, definita nel contesto di tale teoria come *Principio Cognitivo di Pertinenza* (Sperber & Wilson, 1995, p. 261-263).



In sostanza, compatibilmente con la necessità di minimo sforzo computazionale per l'elaborazione di stimoli cognitivi, la procedura di comprensione in ambito di comunicazione linguistica, dunque, si attiverebbe ogniqualvolta venga proferita un'espressione – intesa come stimolo manifesto o "ostensivo" – che faccia innescare automaticamente un'attesa di "pertinenza" nell'ascoltatore, secondo il *Principio Comunicativo di Pertinenza* (Sperber & Wilson, 2002, p. 17-19), al fine di determinare un'ipotesi interpretativa circa l'intenzione comunicativa del parlante che soddisfi quella attesa.

Secondo Sperber e Wilson, la procedura andrebbe concepita, dunque, come un'euristica *fast and frugal* in quanto processerebbe sempre in modo inconscio ed automatico il significato inteso dal parlante, fermandosi alla prima ipotesi interpretativa che soddisfa le attese di "pertinenza".

5.3 Le teorie di Levinson e Sperber-Wilson a confronto

Comparando la teoria del "Motore Interattivo Umano" di Levinson e quella della "Pertinenza o Rilevanza" di Sperber e Wilson, emerge chiaramente che entrambe si prefiggono come obiettivo quello di ottimizzare la comunicazione, sfruttando regolarità derivanti da un lato, da quella che si presume essere una tendenza generale della cognizione umana e dall'altro, dagli usi abituali del linguaggio (Labinaz, 2009, p. 244).

Altro aspetto concordante tra le due teorie è costituito dalla natura globale dei processi cognitivi, coinvolti nel riconoscimento dell'intenzione comunicativa.

La dissonanza, tuttavia, è costituita dagli effetti delle euristiche nell'economia dei percorsi inferenziali.

In Levinson, infatti, si passa direttamente dal proferimento all'intenzione comunicativa, per mezzo di un'inferenza *by default*; mentre, per Sperber e Wilson, la determinazione dell'ipotesi interpretativa avviene attraverso un'inferenza non dimo-

strativa che vede come premesse l'enunciato proferito e una serie di assunzioni contestuali.

6. LA COMPETENZA LINGUISTICA DI CHOMSKY

In merito all'acquisizione del linguaggio, Chomsky, noto linguista americano dei giorni nostri, aveva elaborato già nel 1965 il concetto di *Competenza Linguistica*, definita come "conoscenza che il parlante/ascoltatore ha della propria lingua".

Tale competenza (*competence*), in altre parole, si configura come "capacità di parlare", specie specifica dell'uomo, considerata da alcuni salto evolutivo senza eguali, mentre per altri risultato dell'evoluzione della specie animale, a seguito di un processo di affinamento. Indica, in sostanza, quel sistema di regole, inteso come apparato di processi e di meccanismi di funzionamento specifico della mente umana, che permette all'individuo di comprendere e produrre un numero teoricamente illimitato di frasi, anche inedite.

Chomsky ha formulato verso la metà degli anni '50 l'approccio "generativista" di stampo biologico (Chomsky, 1957), improntato a spiegare le leggi che governano la produzione del linguaggio, in opposizione alla linguistica strutturalista, che invece si limita a descriverne il suo funzionamento.

Secondo tale modello di matrice innatista, l'uomo è "pre-programmato per parlare" in quanto possiede una dotazione biologica, addetta all'acquisizione linguistica, denominata "Dispositivo di Apprendimento della Lingua" (LAD - *Language Acquisition Device*), specifico dell'essere umano.

Tale meccanismo si basa su tre principali fattori: la conoscenza degli universali linguistici; l'abilità cognitiva induttiva di formulare ipotesi circa le regole di una qualunque lingua; la valutazione dei risultati prodotti dalle ipotesi. (Desideri P., *Competenza linguistica e competenza comunicativa; aspetti della pragmatica; atti linguistici*, p. 7)



In linea con tale assunto, la teoria chomskiana riconosce l'esistenza di un sistema di forme sintattiche, aventi fondamento biologico e riscontrabili in ogni lingua, per cui le parole vengono raggruppate in enunciati secondo un ordine lineare, attraverso regole acquisite ontogeneticamente.

I prodotti linguistici di tale meccanismo innato, potenzialmente infiniti, possono essere compresi dagli individui, appartenenti ad una stessa comunità linguistica, in quanto frutto dell'applicazione di medesime strutture sintattiche, inscritte nell'organizzazione del loro pensiero. In tal senso, ambiente ed esperienza non risultano sufficienti per spiegare la ricchezza e la complessità dello sviluppo linguistico e relativa creatività del linguaggio generato.

La produzione linguistica, dunque, assumerebbe i tratti di operazione determinata dalla competenza linguistica e soggetta solo a marginali li-

mitazioni, attinenti alla sfera sociologica e psicologica, che interferiscono solo con l'applicazione delle competenze.

In senso più ampio per "competenza" (*competence*) si intende la padronanza dell'insieme delle capacità possedute, in termini di regole grammaticali (il "saper dire"), indipendentemente dall'applicazione delle stesse a livello pratico, differendo dalla "prestazione" (*performance*), intesa come capacità di usare tali regole e procedure per produrre il linguaggio, dimostrata nell'attuazione (il "ciò che viene detto"), desumibile in una situazione concreta ed osservabile.

7. LA COMPETENZA COMUNICATIVA (O SOCIOLINGUISTICA) DI HYMES

Oltre alla competenza in termini sintattici, tuttavia, il parlante deve possedere le regole fondamentali del discorso e dell'interazione, che si delineano in una situazione interpersonale.



Per rendere possibile la comunicazione a tutto tondo, infatti, devono essere messi in atto meccanismi di coordinazione, sincronizzazione ed armonizzazione dei comportamenti degli interlocutori, con riferimento ai seguenti: alternanza dei turni tra i parlanti; calibrazione degli stati emotivi, che gli interlocutori adattano reciprocamente in base ai rapporti esistenti o creati nella conversazione; gestione della prossemica, che segue delle regole stabilite all'interno di una comunità o un gruppo sociale; organizzazione delle sequenze discorsive in base alle finalità dell'interazione.

Intervengono meccanismi regolatori della conversazione, caratterizzati da momenti di ripresa dei contenuti, esplicitazione e ridondanza. In ogni fase della conversazione, inoltre, tra parlante ed ascoltatore si mettono in azione dinamiche di anticipazione e *feedback*.

Queste regole dell'interazione afferiscono, in buona sostanza, ad una capacità specifica, definita "Competenza Comunicativa" (Di Giandomenico, 2022, p. 5).

La Competenza Comunicativa o Sociolinguistica (*Communicative Competence*) incarna una nozione di matrice sociologica ed antropologica introdotta negli anni '70 del secolo scorso dal sociolinguista statunitense Dell Hymes (1972) che la tratteggia a grandi linee come capacità del parlante di usare una lingua nel modo ritenuto più appropriato all'evento comunicativo in atto.

Questa competenza allarga a tutte le componenti pragmatico-comunicative umane l'unilaterale accezione chomskiana di competenza linguistica, integrandosi, inoltre, «con gli atteggiamenti, i valori e le motivazioni concernenti il linguaggio, le sue caratteristiche e usi, e con la competenza per, e gli atteggiamenti verso, l'interrelazione del linguaggio con gli altri codici di condotta comunicativa» (Hymes, 1972 [1979, p. 223]).

Come emerge, Hymes ha evidenziato l'importanza degli aspetti sociali e culturali della comuni-

cazione, per cui ogni evento comunicativo viene inteso come il risultato di un comportamento comunicativo, calato in un determinato contesto.

Il principale contributo di questo autore, infatti, è costituito dall'attribuzione di una visione etnografica della comunicazione, che ribalta la posizione privilegiata, ricoperta dal linguaggio verbale, e fa leva sull'interazione tra le componenti comunicative in sistemi adeguati in base ai contesti storici, culturali, sociali e dei gruppi d'interesse (Di Giandomenico, 2022, p. 6).

L'evento comunicativo assume i tratti di un'interazione in cui vengono messi in campo diverse componenti: la forma, la struttura, il contenuto, il significato, i ruoli, le aspettative, ed altre, in merito a cui si determina una negoziazione diretta ed indiretta tra gli interlocutori.

Comunicare, in altre parole, non è solo costruire frasi corrette dal punto di vista grammaticale, ma impegnarsi in un'attività sociale, in una relazione specifica, in cui si trasferiscono enunciati appropriati al contesto e al discorso dell'altro.

Comunicare, inoltre, non è scambiare informazioni che vengono comprese, ma attraverso gli atti di significazione i parlanti manifestano l'appartenenza ad una struttura sociale, affermando i propri status e il proprio ruolo, trasmettendo conoscenze comuni ed il sistema di valori d'appartenenza (Di Giandomenico, 2022, p. 7).

Tale complessa e multiforme competenza comunicativa, che ingloba anche i *frames* etnografici e socio-culturali, include, oltre alla basilare competenza linguistica, già approfondita nel precedente paragrafo, le competenze: paralinguistica, cinesica, prossemica e socio-culturale (Desideri P., *Competenza linguistica e competenza comunicativa; aspetti della pragmatica; atti linguistici*, p. 9).

7.1 La Competenza Paralinguistica

Come già evidenziato in più occasioni nel presen-

te lavoro, la comunicazione si configura come attività complessa che fa riferimento ad una molteplicità di differenti sistemi di significazione e di segnalazione.

In merito a questi ultimi, è doveroso puntare il focus sulla *Comunicazione Non Verbale*, o extra-linguistica, distinta da quella verbale e comprensiva di un insieme alquanto eterogeneo di processi comunicativi che vanno dalle qualità paralinguistiche della voce, alla mimica facciale, ai gesti, allo sguardo, alla prossemica, alla cronemica (modalità di percezione ed utilizzo del tempo), per giungere fino alla postura, all'abbigliamento e al trucco (Anolli, 2002, p. 207).

La Competenza Paralinguistica, o soprasegmentale, nello specifico, concerne la capacità di adottare correttamente tutti quei procedimenti che vanno al di là dell'aspetto segmentale dell'enunciato (nello specifico fonemi e grafemi); si fa riferimento a: tono e qualità della voce, tempo di elocuzione, fluidità del parlato, pause di silenzio (Desideri, P., *Competenza linguistica e competenza comunicativa; aspetti della pragmatica; atti linguistici*, p. 10).

I valori della prosodia (branca della linguistica che studia intonazione, ritmo, durata e accento del linguaggio parlato), infatti, sono estremamente importanti per marcare pragmaticamente e retoricamente gli scopi espliciti e impliciti degli atti linguistici e comunicativi, anzi spesso, sono proprio questi elementi dell'intonazione a determinare la qualità intenzionale e connotativa degli enunciati. Cruciale, in altre parole, risulta il modo e l'intensità di ciò che si dice, piuttosto che il contenuto effettivo espresso.

7.2 La Competenza Cinesica

La Competenza Cinesica, dal greco *kinesis* che significa "movimento", si configura come capacità di usare in maniera pertinente il linguaggio non verbale di gesti e movimenti corporei, attinenti a postura, mimica del volto, sguardo, dotati di un alto valore semiotico e comunicativo convenzionale.

Il Sistema Cinesico è inteso come repertorio codificato di forme di significazione e varia dal punto di vista antropologico e sociologico sia da cultura a cultura, ma anche in culture che adottano la stessa lingua (Desideri, P., *Competenza linguistica e competenza comunicativa; aspetti della pragmatica; atti linguistici*, p. 10).

Come sottolineato da Anolli (2002), i movimenti del volto costituiscono un sistema semiotico privilegiato e immediato, dal momento che il viso costituisce una regione elettiva del corpo per attirare attenzione e interesse degli interlocutori. Tali movimenti servono per manifestare determinati stati mentali del soggetto: certezza, dubbio, confusione, ecc., esperienze emotive, nonché atteggiamenti interpersonali dall'attrazione all'avvicinamento, indifferenza, repulsione e distanziamento.

Il corpo del parlante, in altre parole, "comunica" già prima delle sue parole in quanto i gesti si caricano di significato, strutturandosi come segnali che inducono l'altro a mettersi in interazione.

7.3 La Competenza Prossemica

La Competenza Prossemica incarna la capacità di utilizzare appropriatamente lo spazio, implicando percezione e organizzazione dello stesso rispetto all'altro. È legata, in buona sostanza, alla territorialità per cui l'uomo comunica, occupando in un certo modo lo spazio e il suo utilizzo si carica di un'accezione di matrice comunicativa.

Il termine *prossemica* è la denominazione attribuita, all'inizio degli anni '60, da Edward Hall (1966) che ha condotto uno studio sul significato attribuito alla distanza spaziale che rappresenta un buon indicatore della disposizione comunicativa fra le persone. A tal riguardo sono stati individuati quattro diversi tipi di distanze come di seguito accuratamente dettagliato.

La *Zona Intima* (fra 0 e 0,5 m circa) è la distanza delle relazioni intime; corrisponde a una dimensione privata in cui avvengono gli eventi comuni-



cativi più rilevanti, tipica di rapporti profondi con persone fortemente significative come compagno di vita, amico stretto. In questo tipo di relazione sono attivati tutti i canali sensoriali in quanto si può avvertire, toccare, odorare, gustare l'altro e si può adottare un potenziale uditivo basso.

La *Zona Personale* (fra 0,5 e 1 m circa) indica quell'area invisibile che circonda in maniera costante il corpo, come una sorta di "bolla spaziale personale", che ammette solo persone di fiducia da poter toccare e vedere in maniera distinta e la cui distanza varia in base all'interazione.

La *Zona Sociale* (fra 1 e 3,5/4 m circa) corrisponde alla distanza caratterizzante le interazioni meno personali, indica il territorio in cui l'individuo sente di possedere libertà di movimento, avvertendo un senso di agio e controllo; si fa riferimento ad ambienti e contesti più o meno fisici, quali la propria casa, l'ufficio o il club degli amici.

La *Zona Pubblica* (oltre i 4 m) coincide con una condizione di separatezza, intrattenuta in situazioni pubbliche ufficiali, comportando conseguentemente un'enfaticizzazione di movimenti ed elevata intensità della voce parlare davanti ad una platea di persone come in una classe o a teatro.

La regolazione dello spazio assume, in ultima analisi, importanti significati a livello comunicativo in quanto può favorire i processi di intimità, dominanza e manipolazione dell'altro, al fine di metterlo a proprio agio o disagio.

Ne deriva che la violazione del proprio spazio suscita una reazione di difesa, essendo questa percepita come una forma di invasione, nonché minaccia al proprio Io (Anolli, 2002, p. 233).

7.4 La Competenza Socio-culturale

Come ben noto, cultura e società esercitano una forte influenza sulla vita degli esseri umani, strutturandone i valori, codificandone le regole di com-

portamento e di interazione e influenzandone la visione del mondo e della realtà. A tale condizionamento non si sottrae men che meno la sfera comunicativa, come espresso puntualmente dalla linguista canadese Tagliamonte (2006) secondo cui «la sociolinguistica sostiene l'esistenza delle lingue in un determinato contesto, che dipendono dal parlante che le sta usando, da dove vengono utilizzate e perché. I relatori segnano la loro storia personale e identità nel loro discorso, nonché le loro coordinate socioculturali, economiche e geografiche nel tempo e nello spazio» (p. 3).

È fondamentale, in sostanza, che i parlanti conoscano, e riconoscano, il contesto in cui avviene il loro scambio linguistico.

La Competenza Socio-culturale riguarda, dunque, la capacità del soggetto di acquisire, interiorizzare e saper gestire in modo funzionale ed appropriato le differenti situazioni comunicative nel contesto della propria comunità di riferimento o di eventuali relazioni con nuove prospettive multiculturali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anolli, L. (2002). *Psicologia della comunicazione*, Bologna: Il Mulino.
- Anolli, L. (2011). *Fondamenti della psicologia della comunicazione*, Bologna: Il Mulino.
- Antonelli, C. (2006). *Intenzioni ed inferenze nella teoria della comunicazione di Grice: un'interpretazione*, Trieste: Esercizi Filosofici.
- Chomsky, N. (1957). *Syntactic Structures*, Mouton: The Hague-Paris (trad. it. *Le strutture della sintassi*, Bari: Laterza, 1970).
- Di Giandomenico, M. (2022). *La competenza comunicativa*, Corso in Filosofia del Diritto, Roma: Università Telematica Pegaso.
- Fatelli G. & Morcellini M. (1997). *Le scienze della comunicazione*, Roma: Carocci.
- Gordon T. (1970). *P.E.T., Parent Effectiveness Training: The Tested New Way to Raise Responsible Children*, P.H. Wyden.
- Grice, P. (1957). *Meaning*, New York: The Philo-

- sophical Review. Ristampato in Grice (1989).
- Grice, P. (1975). *Logic and Conversation*. In Cole P. & Morgan J. (Ed.), New York: Academic Press. Ristampato in Grice (1989).
 - Grice, P. (1989). *Studies in the Way of Words*, Cambridge: Harvard University Press (trad. it. a cura di Moro G. (1993), *Logica e conversazione. Saggi su intenzione, significato e comunicazione*, Bologna: Il Mulino).
 - Hall, E. (1966). *The Hidden Dimension*, New York: Doubleday & Co. (trad. it. *La dimensione nascosta*, Milano: Bompiani, 1968).
 - Hymes, D. (1972). *On communicative competence*, in Pride, J. & Holmes, J. (eds), (a cura di *Sociolinguistics*, Harmondsworth: Penguin Books; trad. it. a cura di Ravazzoli, F. (1979), *La competenza comunicativa*, Milano: Universali linguistici, Feltrinelli).
 - Labinaz, P. (2009). Prospettive neo- e post-griceane circa le origini della comunicazione linguistica: il ruolo delle euristiche a confronto, *Origine e sviluppo del linguaggio, tra teoria e storia. Atti del XV Congresso Nazionale della Società di Filosofia del Linguaggio*, 235-244, Roma: ARACNE Editrice.
 - Levinson, S. (2000). *Presumptive Meanings: The Theory of Generalized Conversational Implicature*, Cambridge: The MIT Press.
 - Levinson, S. (2006). *Cognition at the heart of human interaction*, *Discourse Studies*, 8, (1).
 - Sperber D. & Wilson D. (1995). *Relevance: Communication and Cognition 2nd ed.*, Oxford: Blackwell, 119 e 261-263.
 - Sperber D. & Wilson D. (2002). *Pragmatics, Modularity, and Mind-Reading*, *Mind & Language*, 17-19.
 - Tagliamonte, S. (2006). *Key topics in sociolinguistics*, Cambridge: Cambridge University Press.
 - Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1967). *Pragmatic of human communication*, New York: Norton (trad. it. a cura di Ferretti M. (1970), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma: Astrolabio).
- RIFERIMENTI SITOGRAFICI**
- Desideri P., *Competenza linguistica e competenza comunicativa; aspetti della pragmatica; atti linguistici*. (n.d.). Modulo 8. Corso avanzato di 'Didattica dell'italiano come lingua seconda' from
 - https://reteintegrazione.xoom.it/in_rete02/1%20materiali/mod_8_competenza_linguistica_comunicativa.pdf [28/03/2022]



INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICOTERAPEUTICI NELLE ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Adriana Minonne
Psicologa
Psicoterapeuta cognitivo
comportamentale

RIASSUNTO

L'adozione è una strada a tratti tortuosa, che la coppia non può compiere in solitudine; ha il diritto di trovare lungo il suo cammino operatori professionali preparati e attenti, che la guidino con competenza nel passaggio dall'informazione alla consapevolezza, verso la maturazione di quelle competenze che il bambino richiede. Ma l'accompagnamento deve proseguire anche nel *post adozione*, quando le difficoltà possono risultare crescenti e tali da richiedere, per il loro superamento, un supporto altamente professionale e un sostegno stabile e continuo.

L'obiettivo generale del sostegno post adottivo è quello di sostenere la famiglia adottiva favorendo la costruzione di buoni legami di attaccamento e appartenenza che siano fonte di benessere per il bambino e per i genitori; di mettersi, quindi, accanto ai neo genitori per guidarli a sviluppare la conoscenza e la comprensione del bambino adottivo e dei suoi bisogni immediati, imparando

a distinguere tra i bisogni del minore e quelli della coppia e a saper «**resistere all'impulso di cercare di costruire il figlio che si vorrebbe avere, e aiutarlo invece a sviluppare appieno, secondo i suoi ritmi, le sue potenzialità, a diventare quello che lui vuole e può essere, in armonia con la sua dotazione naturale e come risultante dalla sua individualissima storia**» (Bettelheim, 1987).

PAROLE CHIAVE

Adozione, attaccamento, accompagnamento, consulenza psicologica, sostegno psicologico, psicoterapia.

SOSTENERE L'ADOZIONE

Alla luce della Legge 184/1993, modificata dalla legge 476/1998, l'adozione deve essere sostenuta e monitorata a partire dall'ingresso del bambino nella famiglia adottiva, per almeno un anno. Tuttavia, l'esperienza clinica maturata negli anni e i riscontri delle ricerche mostrano che i problemi insorgono dopo il primo anno di adozio-

ne. Corbetta et al.¹ evidenziano, infatti, che in Italia il 50% dei genitori adottivi del campione intervistato esprime un senso di solitudine, ritenendo di essere stato lasciato troppo solo nel periodo successivo all'adozione. Tali evidenze segnalano la necessità che le famiglie adottive possano usufruire di un maggiore sostegno.

Sulla base di queste considerazioni appare opportuno ridefinire il periodo denominato post adozione come un arco temporale che va dal collocamento del bambino nella famiglia adottiva fino al completamento del percorso di crescita e maturazione evolutiva. Oggi possiamo affermare con certezza che l'adozione è un *lifelong process*, ovvero un processo che dura tutta la vita e che riguarda tutti e tre i vertici del "triangolo adottivo": i genitori biologici che hanno abbandonato il proprio figlio; il bambino adottato che presenta problemi di adattamento o comportamenti problematici; i genitori adottivi che possono manifestare insicurezze e disagi nel vivere la propria genitorialità.

Dal momento che l'adozione dura nel tempo e che le criticità possono emergere in momenti diversi, la durata del sostegno deve potersi prolungare oltre il primo anno di arrivo del minore e la famiglia adottiva dovrebbe poter accedere al sostegno in funzione del proprio ciclo vitale.

Il concetto di ciclo vitale è stato applicato alla famiglia adottiva per descrivere il modo in cui i compiti correlati all'adozione si manifestano nel tempo e interagiscono con i compiti universali della vita familiare (Hajal, Rosenberg, 1991; Brodzinsky, Smith, Brodzinsky, 1998). Questi autori hanno suggerito che i genitori adottivi e i loro bambini hanno compiti peculiari correlati all'a-

dozione, e che il modo in cui la famiglia nel suo insieme li affronta e li risolve determina l'adattamento e la riuscita dell'adozione.

Le difficoltà possono insorgere in momenti diversi del percorso e il sostegno non deve quindi essere limitato nel tempo, ma accompagnare la crescita del bambino in funzione dell'incrocio degli stadi di sviluppo con le specificità adottive; la famiglia dovrebbe quindi poter accedere al sostegno nelle fasi cruciali o negli snodi del ciclo vitale o sulla base di specifici bisogni. Inoltre «eventi fisiologici del ciclo vitale relativi a cambiamenti della struttura della famiglia, come nascite, nuove adozioni, separazioni, ricostituzioni di nuove famiglie, oppure eventi difficili o dolorosi quali malattie dei genitori, lutti, eventi stressanti che ogni famiglia si trova ad affrontare nel suo ciclo di vita, possono costituirsi per i bambini adottati come riattivatori traumatici, e rompere equilibri magari faticosamente raggiunti nell'adozione»².

Non si tratta naturalmente di immaginare per le famiglie adottive delle prese in carico perenni, ma di costruire *Servizi post adozione* in grado di fornire un buono standard di interventi di sostegno di base e, al bisogno, interventi specializzati e fortemente congruenti con le necessità presentate dalla famiglia in quella specifica fase.

CURARE L'ADOZIONE

L'adozione, se opportunamente sostenuta, è già di per sé una *forma di terapia* per i bambini traumatizzati. Ma anche genitori equilibrati possono essere destabilizzati dall'arrivo di un minore problematico e, se l'adozione entra in stallo, è necessario "curare l'adozione", cioè far convergere la cura dei bambini traumatizzati e quella delle famiglie adottive attraverso l'accompagnamen-

1 Corbetta, P., et al. (2012). Crescere assieme. Genitori e figli nell'adozione internazionale. Bologna: Il Mulino.

2 Vadilonga, F. (2012). Requisiti di qualità per gli interventi a favore dei minori adottati vittime di gravi abusi, in «Cittadini in crescita», nuova serie, n. 2, p. 6.



to nel post adozione, la consulenza psicologica, il sostegno psicoterapeutico.

1. L'accompagnamento nel post adozione

Il primo livello di intervento nelle adozioni consiste nell'*accompagnamento* o *sostegno di base*, rivolto alla totalità delle famiglie adottive nel post adozione. Rappresenta una finestra aperta sull'adozione e consente, all'interno di una relazione di reciproca fiducia e stima tra operatori e famiglie, di *individuare le situazioni più a rischio* e di *intervenire precocemente*. Questo livello di intervento andrebbe assicurato dall'*équipe integrata di Ambito per l'affido e l'adozione*.

Si dovrebbe tener conto degli esiti traumatici di cui, l'adottato è portatore, dell'eventuale sintomatologia, dell'impatto e delle conseguenze del trauma nella costruzione della relazione di attaccamento con i genitori adottivi, delle dinamiche relazionali strutturatesi dopo l'adozione. In generale, l'analisi ecologica (Bronfenbrenner, 1986)

implica prendere in considerazione simultaneamente le caratteristiche individuali, i processi di interazione, l'analisi del contesto e i cambiamenti interscambiati durante il tempo dall'inizio dell'adozione.

Si tratta, quindi, di rilevare precocemente le situazioni a rischio, prima fase nel percorso di prevenzione/intervento delle crisi adottive utilizzando, a tal fine, modelli di valutazione per individuare precocemente tali situazioni.

I modelli devono fornire indicazioni a più livelli prevedendo:

- l'individuazione degli *indicatori di rischio relativi al bambino*, in particolare la presenza di specifici traumi pregressi evidenziati in letteratura (Palacios, Sánchez-Sandoval, León, 2005);
- l'individuazione dei *fattori di rischio relativi alla coppia* sempre evidenziati in letteratura (Palacios, Sánchez-Sandoval, León, 2005);
- gli *strumenti di valutazione* e le *procedure per ef-*

fettuare uno screening precoce delle situazioni a rischio individuate.

È opportuno che venga adottata una prospettiva multidimensionale, considerata l'interazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione, tenendo conto delle caratteristiche del bambino, dei genitori, del contesto di appartenenza e delle tipologie di intervento messe in atto dai Servizi. Il percorso di valutazione ha come scopo quello di arrivare a formulare una lettura del disagio dell'adozione attraverso la ricostruzione e l'osservazione dell'incontro adottivo e dell'interazione tra i modelli mentali e le rappresentazioni del bambino e quelle dei genitori, attivate dall'inserimento del figlio nel nucleo familiare.

2. La consulenza psicologica ai genitori adottivi

Il secondo livello di intervento è dato dalla *consulenza psicologica ai genitori adottivi*, con l'obiettivo di *incrementare le competenze e la consapevolezza dei genitori* affinché divengano più abili nel condurre il processo adottivo e di *riconoscere le loro capacità e difficoltà oggettive* e, facendo leva sul desiderio di facilitare la crescita del figlio, portarli a strutturare schemi educativi e relazionali più funzionali ai bisogni del bambino, assumendone di concerto la *responsabilità*.

Come comportarsi davanti a comportamenti bizzarri o difficili da gestire? Quale l'atteggiamento migliore da tenere? Non esiste una risposta univoca che dia sollievo alle angosce dei genitori adottivi: non esiste un'unica modalità o un atteggiamento di sicuro successo. Si possono solo proporre strategie di processo e ipotesi alternative. Non si tratta di individuare una risposta, ma di porsi mille domande per dare senso. Non si ha a disposizione una ricetta risolutiva, ma dei *principi di base* per poter offrire il più possibile contesti di vita riparativi.

La *consulenza psicologica* dovrebbe essere assicurata, laddove richiesta dalla famiglia o dalla scuola, anche *agli insegnanti* con l'obiettivo di portarli a riconoscere gli aspetti positivi del bambino; guidarli in un lavoro di ristrutturazione del sistema classe nel quale anche il bambino adottato possa riconoscersi e trovare una collocazione (utilizzare l'episodio critico come spunto per una discussione in classe, mettendo in chiaro le regole di comportamento condivise); sensibilizzarli a porsi in posizione non giudicante, ma di ascolto attivo; utilizzare gli elementi emersi per condurre attività di educazione emotiva con la classe.

3. Il sostegno psicologico e psicoterapeutico

Il terzo livello di intervento è costituito dal *sostegno clinico e specialistico*, rivolto al singolo nucleo, e rappresentato da specifici interventi clinici di psicoterapia. Esso va attuato *in presenza di indicatori di rischio o in situazioni di disagio conclamato* in cui il rischio di fallimento e di interruzione del processo adottivo è molto alto e deve essere assicurato da *terapeuti qualificati e specializzati*, in grado di esplorare la rilevanza dell'adozione e la possibile correlazione tra i problemi attuali, la storia adottiva e la dinamica relazionale costruita nel percorso adottivo, anche se i problemi spesso si presentano a distanza di anni dal momento del primo ingresso del minore nella nuova famiglia.

GLI EFFETTI TRASFORMATIVI DELLE ADOZIONI

La forza trasformativa dell'adozione consiste nel far sperimentare al bambino nuove esperienze di accudimento che si costituiscano come differenze significative in discontinuità con la sua esperienza precedente. Se tali esperienze si verificheranno con una certa ripetitività e forza, il bambino sarà costretto a costruire nuovi copioni, mettendoli in rete con quelli esistenti³.

³ Vadilonga, F. (2010). Il bambino nella famiglia adottiva, in Vadilonga, F. (a cura di), Curare l'adozione. Milano: Raffaello Cortina Editore.



L'adozione può essere quindi un'esperienza nuova, generatrice di cambiamenti nell'organizzazione mentale del bambino; a partire da nuove singole esperienze quotidiane di accudimento, il cambiamento gradualmente si ripercuoterà sulla rappresentazione generale dell'attaccamento. Viceversa, quando le esperienze di accudimento che il bambino sperimenta nel collocamento adottivo ricalcano i modelli insicuri sperimentati in passato, egli sarà confermato nei suoi copioni o, comunque, il cambiamento non intaccherà la complessiva rappresentazione dell'attaccamento, ma inciderà soltanto a livello più basso della gerarchia, quello maggiormente collegato all'esperienza.

I genitori adottivi:

- devono avere *l'abilità psicologica di entrare a far parte di un triangolo*, ossia rappresentare un sistema familiare costituito da *famiglia adottiva, bambino adottato e famiglia d'origine* del minore;
- devono essere in grado di *aiutare il bambino a integrare la sua storia precedente nella nuova famiglia* «in modo da poter "riprendere" a crescere e non da "iniziare" a crescere»⁴;
- devono *accettare le esperienze passate del bambino* ed essere disposti ad elaborare ed esplorare ripetutamente le stesse ogni volta che il figlio ne ha bisogno, soprattutto durante l'adolescenza, e devono essere pronti a *tollerare eventuali disturbi comportamentali duraturi*.

Gli "apprendimenti" relazionali fatti e il modo di "funzionare" acquisito possono cambiare attraverso nuove e diverse relazioni. Gli studi indicano che le relazioni così come possono danneggiare, possono avere un effetto di cura. «L'adozione è un *intervento che conduce ad un sorprendente recupero*. La storia e l'etologia sug-

geriscono che gli esseri umani, così come altre specie, sono adatti ad essere adottati: l'adozione dimostra la plasticità dello sviluppo infantile e il rimarchevole recupero da circostanze estremamente avverse dell'infanzia. Le ricerche sull'adozione respingono il concetto delle esperienze infantili come determinanti nello sviluppo successivo»⁵.

L'adozione si mostra come un *intervento di recupero tra i più efficaci*. Il recupero è notevole in diverse aree di sviluppo: la crescita fisica, la crescita della fiducia di base, lo sviluppo cognitivo (QI molto più alti di quelli dei pari non adottati) e i successi scolastici, il legame d'attaccamento.

Esistono molte evidenze che gli effetti negativi di esperienze avverse possono essere ampiamente recuperati, grazie a *fattori protettivi in grado di ammortizzarne gli effetti*. All'interno di storie anche molto sfavorevoli è sempre possibile fare *buoni incontri* e stabilire *relazioni compensative* (con familiari, educatori, fratelli, insegnanti, ecc.).

Tutti i bambini hanno bisogno di poter costruire una relazione privilegiata (di attaccamento) con un adulto sensibile e responsivo. Questa relazione *permette di apprendere la regolazione e la modulazione delle proprie emozioni e dei comportamenti*, favorendo l'interiorizzazione di un senso di sicurezza e la costruzione di MOI positivi di sé e degli altri.

La relazione di attaccamento si costruisce attraverso uno scambio di comunicazioni reciprocamente rinforzanti tra l'adulto ed il bambino, nel senso che si struttura una sorta di "danza relazionale", di sintonizzazione emotiva, che fa sentire "compresi" e sicuri.

⁴ Dell'Antonio, A. (1980). Cambiare genitori. Milano: Feltrinelli.

⁵ Van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller memorial lecture 2006. Adoption as intervention, in «Journal of child psychology and psychiatry», 47, pp. 1228-1245.

Altri studiosi (Trevarthen, 1993; Bruner, 1997) hanno posto l'attenzione sull'importanza che rivestono per il bambino le *relazioni con l'adulto*. Questi studi hanno dato vita al concetto di *intersoggettività*, definito come: «quel processo per cui si giunge a capire cosa hanno in mente gli altri e ci si adatta di conseguenza» (Bruner, 1997), che indica la capacità innata dei bambini di modulare le loro espressioni comunicative nella relazione con l'altro.

I fattori principali per la costruzione di una relazione adottiva costruttiva sembrano essere i seguenti:

- riconoscere i bisogni del figlio;
- mantenere un adeguato livello di autostima, sia come coniugi sia come genitori;
- ricevere sostegno dalla famiglia allargata, tanto per i nuovi genitori quanto per il figlio adottato;
- accettare di poter essere delusi per alcuni comportamenti del figlio, senza che questo metta in crisi la genitorialità;
- accettare che il figlio possa provare delusione per comportamenti dei genitori e suoi;
- favorire la possibilità che nella relazione ci sia libera espressione dei sentimenti negativi come la rabbia e la paura;
- operare per favorire l'integrazione tra la storia passata e quella presente, sia della coppia sia del figlio;
- recuperare la storia della relazione con i genitori biologici.

L'ATTACCOMENTO AL CENTRO DELLE RELAZIONI FAMILIARI

Lo sviluppo infantile è determinato dall'insieme delle diverse relazioni di attaccamento instaurate con tutte le persone che si sono occupate e si occupano del bambino. Gli effetti di attaccamenti insicuri possono essere *compensati* dagli effetti positivi di una relazione di attaccamento sicuro stabilita con i genitori adottivi.

L'adozione si mostra come un *intervento di recupero* tra i più efficaci in quanto incide sulla crescita fisica, incrementa la fiducia di base, favorisce lo

sviluppo cognitivo e i successi scolastici, rimodula il legame di attaccamento, consentendo la possibilità di revisione dei Modelli Operativi Interni.

Nella prospettiva di consentire al genitore adottivo non solo di comprendere il proprio figlio ma di interagire con lui e con le sue strategie in modo più responsivo e creativo, il contributo più interessante è sicuramente quello offerto dal volume di Gillian Schofield e Mary Beek, *Adozione, affido, accoglienza. L'attaccamento al centro delle relazioni familiari*, edito in Italia nel 2013 con i caratteri dell'Editore Raffaello Cortina. Quest'opera costituisce una guida pratica per genitori e professionisti che traduce in termini concreti la teoria dell'attaccamento, con l'obiettivo di suggerire pratiche in grado di aiutare i bambini che hanno vissuto momenti critici a crescere in modo equilibrato.

Le autrici riportano vari esempi proposti da genitori adottivi e affidatari che, partendo da situazioni difficili, offrono una serie di indicazioni su come tali difficoltà possano essere superate in modo efficace. Rilevano che le esperienze precoci di perdita, così come le relazioni primarie con i genitori caratterizzate da trascuratezza o abuso, hanno come conseguenza il fatto che i bambini siano sfiduciati nei confronti delle relazioni intime. Tutti i bambini in affidamento o in adozione sperimentano vissuti di perdita e di frattura, che li rendono per un certo periodo di tempo diffidenti e in posizione difensiva.

Spesso, tuttavia, per alcuni di loro, le esperienze di trascuratezza e maltrattamento comportano conseguenze molto più profonde. Questi bambini tendono a trasferire nei loro nuovi contesti di vita le aspettative negative riguardanti gli adulti, oltre alle modalità comportamentali difensive che hanno funzionato nel passato come strategie di sopravvivenza. In queste situazioni, avranno difficoltà a permettere agli adulti di avvicinarsi in modo sufficiente da poter creare relazioni di fiducia e di supporto. Il rischio, allora, è che i sentimenti e i comportamenti si stabilizzino in spirali distruttive, cosicché il danno del passato non riesce a essere riabilitato.

La teoria dell'attaccamento suggerisce, tuttavia, che l'esposizione continua a modalità di accudimento calde, coerenti e affidabili riesce a modificare le aspettative primarie dei bambini relative sia agli adulti più intimi che a se stessi, come è stato ampiamente dimostrato sia dalla ricerca empirica che dalla pratica clinica.

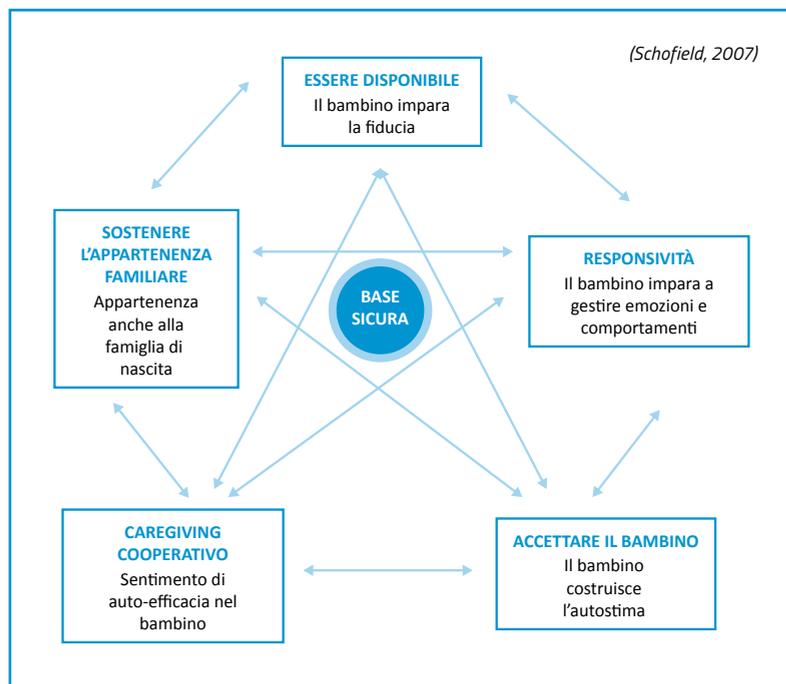
Ne consegue che la qualità dell'intervento da parte degli affidatari e degli adottanti è di importanza centrale. Essi devono assumere un ruolo genitoriale nei confronti del bambino, ma devono anche diventare **genitori "terapeutici", con l'obiettivo di modificare le rappresentazioni di base che il bambino ha costruito di sé e degli altri. Per poterlo fare, devono mettere in atto ruoli genitoriali che dimostrino implicitamente ed esplicitamente ai bambini che possono fidarsi e far conto su di loro, in quanto sono disponibili fisicamente ed emotivamente e sensibili nei confronti dei loro bisogni personali. In più, devono essere ben consapevoli che nel passato il bambino ha appreso strategie protettive per riuscire a sentirsi in sicurezza; pertanto devono**

ricalibrare il proprio approccio, utilizzando modalità che il bambino possa percepire come adeguate e rassicuranti, anziché minacciose e fonti di pericolo.

In questo contesto, i bambini lentamente possono iniziare a rappresentarsi i loro nuovi caregiver come protettivi e disponibili e a considerare se stessi come persone amate e degne di amore. Le relazioni che ne derivano possono offrire una base sicura da cui i bambini possono partire per evolvere, che li supporterà nelle loro istanze esplorative e massimizzerà le loro potenzialità. Schofield e Beek ritengono che il quadro concettuale proposto dalla teoria dell'attaccamento, riadattato in modo tale da comprendere i bisogni ulteriori relativi al sentimento di appartenenza familiare dei bambini in affidamento e in adozione, possa rappresentare un approccio utile ad aiutare i bambini ad acquisire la sicurezza.

Se l'affidamento familiare e l'adozione possono essere considerati interventi potenzialmente terapeutici per un bambino, occorre prendere in

considerazione contemporanea non solo le modalità di approccio che i nuovi caregiver devono adottare, ma anche i vantaggi evolutivi che tali approcci verosimilmente possono comportare per i bambini. In questa prospettiva, Schofield e Beek propongono una cornice teorica (vedi figura 2) che si basa su cinque dimensioni di accudimento genitoriale, tra loro correlate, a ciascuna delle quali è connesso un beneficio evolutivo dal punto di vista dello sviluppo infantile.



1. Disponibilità.

Aiutare il bambino ad avere fiducia

Questa dimensione mette in luce la capacità del caregiver di comunicare un sentimento forte di disponibilità fisica ed emotiva per poter soddisfare le necessità del bambino, sia quando l'adulto e il bambino sono insieme sia quando ognuno è per conto proprio. A partire da essa, il bambino può iniziare ad *avere fiducia nel fatto di essere al sicuro e di poter trovare risposte calde, coerenti e affidabili ai propri bisogni. L'ansia diminuisce, per cui, avendo acquistato la fiducia necessaria, può dedicarsi a esplorare il mondo esterno, nella certezza di poter trovare accudimento e protezione in caso di necessità.*

I genitori adottivi dovrebbero avere, dunque, l'abilità di mantenere i bambini costantemente nella mente anche se non sono presenti fisicamente e dovrebbero essere consapevoli che il bambino è dipendente fisicamente ed emotivamente. È importante mostrare preoccupazione anticipata e disponibilità per il futuro, comunicare la disponibilità a livello verbale e non verbale. Se il genitore manifesta un caregiving sensibile il bambino può acquisire fiducia nella disponibilità del caregiver, avvertendo la riduzione dell'ansia e sentendosi più libero di esplorare, crescere e svilupparsi.

2. Sensibilità.

Aiutare il bambino a controllare i propri pensieri e comportamenti

Il fatto di reagire con sensibilità rinvia alla capacità del caregiver di "mettersi nei panni" del bambino, al suo essere in grado di riflettere in modo flessibile su ciò che egli può pensare e provare, rimandandogli tutto ciò. Il caregiver che si preoccupa di ciò che il bambino pensa riflette anche sui propri sentimenti e li condivide in modo sensibile. In questo modo il piccolo impara a sua volta a riflettere sulle proprie idee e sui propri sentimenti, ma anche su quelli altrui, e a organizzare e padroneggiare i propri vissuti e i propri comportamenti.

I genitori adottivi dovrebbero, dunque, da un lato aiutare il bambino ad esprimere i bisogni e i sentimenti, dovrebbero contenere e contestualizzare i pensieri e le emozioni caotiche, dall'altro dovrebbero aiutarlo a dare un senso a loro stessi e agli altri fornendogli una versione più sistematica e gestibile del mondo. Nella misura in cui verrà promossa la *funzione riflessiva*, il bambino potrà migliorare l'abilità di riflettere sulle proprie esperienze e di parlare delle sue difficoltà, potendo riuscire a regolare le emozioni e i comportamenti e a muoversi verso una maggiore competenza interpersonale e sociale.

3. Accettazione.

Costruire l'autostima nel bambino

Questa dimensione riguarda la capacità del caregiver di mandare al bambino il messaggio che è accettato e stimato in modo incondizionato per quello che è, con le sue difficoltà e i suoi punti di forza. Sulla base di essa si costruisce l'*autostima. Il bambino percepisce di essere degno di essere amato, aiutato e sostenuto; il che è connesso al sentimento di autoefficacia, per cui egli può sentirsi forte e capace di affrontare le situazioni avverse e i momenti difficili.*

I genitori adottivi dovrebbero essere consapevoli dell'importanza di accettare il bambino completamente, sia quando quest'ultimo fornisce risposte negative sia quando rifiuta l'affetto e il calore. È fondamentale parlare con orgoglio e soddisfazione dei progressi e delle attività del bambino e dimostrare fiducia nelle sue abilità: in questo modo si incrementa la sua autostima e si promuove una visione più equilibrata di se stesso.

4. Cooperazione.

Aiutare il bambino a sentirsi efficace e ad essere collaborativo

Nell'ambito di questa dimensione, il caregiver considera il bambino come un individuo autonomo, che ha bisogno di sentirsi efficace e i cui desideri, sentimenti e obiettivi sono validi e do-



tati di significato. Il caregiver cerca pertanto le modalità per favorire l'autonomia, ma - qualora sia possibile - lavora anche assieme al bambino per costruire percorsi di collaborazione. Ciò permette a quest'ultimo di percepirsi maggiormente *efficace e competente, di sentirsi fiducioso al punto da riuscire a rivolgersi agli altri, quando è necessario, per cercare aiuto ed essere in grado di fare dei compromessi e collaborare.*

I genitori adottivi dovrebbero promuovere l'autonomia comunicando al bambino il messaggio che le sue idee e i suoi desideri sono presi in considerazione e che può scegliere se sviluppare una serie di abilità. In questo modo, si aumenta la fiducia del bambino nel lavoro individuale e di gruppo e si accresce la sua capacità di negoziazione e compromesso.

5. Appartenenza alla famiglia.

Aiutare il bambino a sentirsi parte integrante della famiglia

Questa dimensione fa riferimento alla capacità del caregiver di considerare il bambino, dal punto di vista sociale e personale, come un *componente a pieno titolo della famiglia, a un livello che sia adeguato nei tempi lunghi al progetto psicosociale. Parallelamente, il caregiver aiuta il bambino a stabilire un sentimento adeguato di legame con la propria famiglia biologica e di appartenenza a quella attuale. In questo modo, il bambino può sviluppare un sentimento positivo di doppia appartenenza a due famiglie diverse.*

I genitori adottivi dovrebbero riuscire a includere il bambino in una famiglia in cui non ci sono legami biologici e mentre lo si include occorre riconoscere fino a che punto il figlio sente di appartenere alla sua famiglia di origine.

Tutte le dimensioni del ruolo genitoriale interagiscono tra di loro e si rinforzano reciprocamente. La stima di sé, per esempio, sta a fondamento del sentimento di autoefficacia e la fiducia contribuisce a sviluppare il senso di appartenenza familiare.

Per poter comprendere a fondo la potenzialità terapeutica del ruolo genitoriale svolto dai caregiver affidatari e adottivi, le Autrici prendono in considerazione in modo dettagliato le interazioni tra i genitori e il bambino accolto che avvengono nella quotidianità e in ogni istante. Poiché il processo che porta a modellare la mente, e conseguentemente il comportamento, del bambino ha inizio all'interno della mente del caregiver, il modo in cui questi pensa e percepisce emotivamente i comportamenti del bambino contribuisce a determinare i suoi propri comportamenti in quanto caregiver. I comportamenti che vengono messi in atto veicolano pertanto messaggi precisi al bambino. I pensieri e i sentimenti di quest'ultimo ne saranno certamente influenzati, con conseguenze importanti a livello comportamentale ed evolutivo.

IL SOSTEGNO PSICOLOGICO

Il sostegno psicologico può prevedere interventi rivolti al *bambino*, ai *genitori* e alla *relazione genitori-figlio*, prefiggendosi i seguenti obiettivi:

- sostenere i genitori nella costruzione di una buona identità adottiva e nello svolgimento del loro ruolo;
- favorire la costruzione di un legame di attaccamento sicuro tra genitori e bambino;
- aiutare i genitori e il bambino ad affrontare le specifiche sfide che l'adozione comporta, rafforzando le loro risorse;
- fornire aiuto per gestire e risolvere specifiche problematiche psicologiche, comportamentali, di apprendimento o post traumatiche dell'adottato;
- sostenere la relazione di coppia.

Si tratta di funzioni specifiche e specialistiche che non possono essere limitate alle funzioni terapeutiche in senso stretto (interventi terapeutici orientati al bambino e ai genitori), ma devono includere interventi educativi e sociali di sostegno. La valutazione dovrebbe fornire indicazioni relativamente alla necessità, per i casi più difficili



li, di attivare interventi di protezione, segnalando le situazioni all'autorità giudiziaria minorile.

Se i genitori non ce la fanno, se la situazione presenta aspetti di pericolo, se è in gioco l'integrità fisica di qualche membro della famiglia, non bisogna esitare a chiamare in causa l'Autorità Giudiziaria Minorile, che potrà dare un indispensabile contributo in termini di *contenimento* e *protezione*. Anche quando si dovesse arrivare ad un allontanamento dalla famiglia, dovrà trattarsi di un allontanamento progettuale, finalizzato a riportare, attraverso un importante lavoro psicologico, sociale ed educativo, il figlio a casa, dai suoi genitori adottivi.

Per quanto sia estremamente delicato allontanare un minore adottato dalla famiglia, tale intervento risulta talvolta inevitabile per la gravità delle situazioni in atto e deve comunque essere sempre finalizzato a ripristinare un sufficiente equilibrio nella relazione tra il figlio adottato e i

genitori adottivi. Tale impostazione metodologica dell'intervento deve essere rispettosa della sofferenza della famiglia adottiva, non sottovalutando che ha dovuto sostenere una pesante eredità di esiti traumatici pregressi.

1. Interventi rivolti al bambino

La competenza a stabilire una relazione di scambio comunicativo con un adulto disponibile ed empatico consente al bambino di *condividere la propria esperienza soggettiva* (affetti, intenzioni, attenzione sul mondo esterno) e, attraverso questo processo, *imparare ad esplorare e comprendere la mente dell'altro e la propria*, dando senso ai propri stati affettivi. Gli stati interni «devono avere un significato per poter essere comunicati agli altri e interpretati negli altri, per orientare la collaborazione nel lavoro, nell'amore e nel gioco» (Fonagy & Target, 2001). Attraverso le relazioni i bambini imparano a provare emozioni e a relazionarsi agli altri.



I genitori adottivi dovrebbero disporre della *capacità di essere fisicamente ed emotivamente disponibili*, ossia della capacità di essere una "porta aperta" per:

- consentire avvicinamenti e allontanamenti;
 - cogliere i segnali di prossimità e di distanza;
 - restare empatici e disponibili anche di fronte ai messaggi confusi e contraddittori;
 - essere flessibili e capaci di adattare il proprio ruolo genitoriale alle esigenze del bambino (individuali, età, cultura);
 - equilibrare il funzionamento della coppia rispetto a tali dimensioni in situazioni quotidiane e di stress.
- Dovrebbero disporre, inoltre della *capacità di rispondere in modo sensibile* per:
- entrare in sintonia col bambino e vedere il mondo dal suo punto di vista, così da aiutarlo a padroneggiare i sentimenti e i comportamenti difficili;
 - sostenere il bambino affinché possa sperimentare l'intera gamma delle emozioni;
 - aiutarlo a gestirle e a regolarle in modo che non diventino schiaccianti per lui;
 - comprendere e dare significato ai suoi sentimenti e comportamenti, per comunicargli di essere compreso e aiutarlo a "dare un senso a se stesso".

I referenti principali del processo adottivo non possono che essere i *caregivers* del bambino. Pertanto, nel coinvolgere il minore, bisogna rispettare il ruolo centrale dei genitori e, dunque, non sostituirsi a loro e non espropriarli di competenze e di conoscenze sul figlio. All'interno di questa premessa è possibile *capire* in modo più specifico *il funzionamento mentale del bambino e trasferirlo ai genitori* affinché possano orientarsi maggiormente riguardo agli stili di attaccamento, alle strategie adattive sviluppate per sopravvivere in contesti avversi, alle rappresentazioni menta-

li, alla riattivazione dei ricordi e all'esplorazione delle fantasie.

Occorre considerare la conoscenza che possiamo acquisire sul bambino come un *modo per incrementare la consapevolezza dei genitori sulle aspettative e sulle percezioni distorte* che il loro piccolo possiede rispetto alle cure parentali, e utilizzarla come una "mappa" di alcune delle aree di vulnerabilità del bambino, per guidare i genitori adottivi nelle potenziali difficoltà di navigazione.

Dovrà trattarsi sempre di un *trattamento integrato*, focalizzato su un incremento della capacità del bambino di modulare le proprie reazioni emotive agli eventi. Il minore andrà guidato all'*acquisizione di autoconsapevolezza e autoregolazione*, attraverso l'incremento della frequenza e dell'intensità delle emozioni positive, al *riconoscimento dei meccanismi di reazione disfunzionali* e all'*acquisizione di modalità più equilibrate*, che tengano conto di probabili pensieri e motivazioni dell'altro.

Contenuti significativi dell'intervento potrebbero essere:

- l'*abbandono* e la *relazione con i genitori biologici*;
- la *storia pregressa* all'adozione;
- le *caratteristiche etniche* e il *rapporto con il contesto di vita*;
- la *relazione con i genitori adottivi*;
- la *relazione con i coetanei*.

Se il bambino è vittima di Esperienza Sfavorevole Infantile (ESI) il suo trattamento dovrà essere centrato sulle esperienze traumatiche e mirato alla risoluzione dei funzionamenti post traumatici, guidandola ad elaborare il *lutto* e/o a *modificare i precedenti legami disfunzionali* perché – come sostiene Malacrea – «non ci si può sedere a una tavola imbandita con lo stomaco ingombro del cattivo cibo mangiato in precedenza»⁶.

⁶ Malacrea, M. (2002). *Bambini abusati*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

2. Interventi rivolti ai genitori

Sono volti a *potenziare la sensibilità e la responsabilità genitoriale* (in genere, sembrano rivelarsi più utili ed efficaci gli interventi di breve durata – meno di 16 incontri – rispetto a quelli più lunghi); a *cambiare le rappresentazioni di attaccamento dei genitori* (se si riesce a incrementare la loro sensibilità, la possibilità che si sviluppi un attaccamento sicuro aumenterebbe del 24%); a *stimolare o ad offrire ai genitori supporto sociale* (è necessario che i genitori adottivi, con gli opportuni supporti, si costituiscano come referenti del percorso riparativo ed elaborativo del figlio).

Gli studi effettuati nell'ambito della teoria dell'attaccamento hanno permesso di comprendere che elementi costitutivi della genitorialità sono:

- la capacità di sostenere la funzione riflessiva nei bambini;
- l'attitudine ad una comunicazione aperta e trasparente;
- la disposizione ad un adeguato rispecchiamento emotivo.

È compito dei genitori adottivi produrre una *modificazione dei modelli mentali e delle rappresentazioni del bambino* all'interno della relazione genitori-figlio, aiutandolo a "smantellare" i Modelli Operativi Interni delle relazioni, basati sulle esperienze relazionali precedenti, e a ri-costruire modelli di relazione più funzionali e integrati.

Si potranno fornire strumenti per aumentare le seguenti capacità di parenting:

- comprensione e cura dei bisogni fisici e psicologici del bambino che ha vissuto gravi esperienze di trascuratezza, maltrattamento o abuso;
- modalità con cui la famiglia organizza e struttura il mondo al bambino, il tipo di stimolazioni e di esperienze;
- migliorare i comportamenti che la famiglia attua nel coinvolgere emotivamente il bambino in scambi interpersonali verbali, affettivi, fisici;
- favorire l'apprendimento di capacità di ascolto, negoziazione, vicinanza emotiva, valorizzazione

ne e accoglienza dei minori;

- sostenere i processi di riorganizzazione familiare in funzione del progetto adottivo;
- aumentare la gestione dello stress (capacità di coping, capacità di problem solving, capacità di mantenere una rete sociale di aiuto);
- sostenere la famiglia adottiva nel processo di riappropriazione della storia individuale del minore.

È possibile aiutare la famiglia adottiva con bambini vittime di ESI fornendo informazioni sulle pregresse esperienze del bambino e sul percorso di cura e assicurando una preparazione specifica sui traumi e sui funzionamenti conseguenti.

3. Interventi rivolti alla relazione genitori-figlio

I bambini adottati vanno guidati a *costruire e ri-costruire legami significativi*. Necessitano pertanto di adulti con ruolo di figure di attaccamento (caratterizzate da presenza costante e sensibilità), di esperienze che mettano in discussione le loro rappresentazioni esistenti e che li aiutino ad integrare le rappresentazioni del passato con quelle più recenti.

Affinché il bambino possa esplorare il passato ed essere aiutato ad attribuire significati diversi alla sua storia è opportuno che abbia *consolidato il legame di attaccamento* e che il *processo riparativo*, che passa attraverso il cambiamento delle sue rappresentazioni, sia sufficientemente avviato. Brodzinsky (2011) sostiene che per la salute psicologica di un bambino in adozione è primaria la creazione di un dialogo familiare aperto, franco, emotivamente sintonico sui temi correlati all'adozione e su tutto ciò che attiene alla vita del bambino e della famiglia. Per l'autore questo è uno dei fattori critici relativi alla variabilità dell'adattamento adottivo per i bambini e per i loro genitori.

Aiutare il figlio adottivo a raccontare le sue esperienze precedenti, ricordare la sua storia, cogliendo il suo vissuto e tenendo presente l'i-



inevitabile dolore che questo comporta, non è un compito facile per i genitori, ma narrare la propria autobiografia sentendosi compresi e rispecchiati può portare a un cambiamento importante. I modelli operativi interni possono riorganizzarsi attraverso la riattivazione di quelle emozioni che le modalità di accudimento delle figure di attaccamento avevano bloccato e attraverso la possibilità di dare nuovi significati agli eventi del passato (Attili, 2010).

Avere la possibilità di riconoscere dentro di sé e di esprimere quelle emozioni di disperazione o di rabbia, riconoscere il proprio bisogno di accudimento, può portare a una regolazione della rabbia, a una modifica delle strategie distorte messe in atto per ottenere attenzione e a una ridefinizione del sé. Attraverso la ricostruzione della propria storia, rispecchiato dai genitori adottivi, il bambino può elaborare nuovi schemi e rappresentazioni di sé più adeguati alla nuova situazione di vita (Attili, 2010). Poter sperimentare che è possibile ricordare, esprimere dubbi e paure relative al proprio passato e, ancor di più, sperimentare che queste possono essere comprese e accolte dagli adulti di riferimento, costituisce un'esperienza estremamente importante e di grande valenza terapeutica per il figlio adottivo.

Da parte della famiglia adottiva, accogliere quel frammento di vita del figlio, che seppur non vissuto insieme costituisce un capitolo fondamentale della sua vita, contribuisce a creare quel senso di *appartenenza reciproca che nell'adozione rappresenta un risultato da conseguire nel tempo e uno degli indicatori prognostici del positivo adattamento psicosociale del minore*.

Nelle famiglie adottive la buona comunicazione, la capacità di spiegare, porsi domande e dare ri-

sposte, proprie della sicurezza dell'attaccamento, è di vitale importanza per sostenere l'elaborazione dei traumi del bambino e per favorire la progressiva costruzione di un'identità stabile. Le ricerche sullo stato mentale dell'attaccamento negli adulti e sulla funzione riflessiva dimostrano che gli individui sicuri possiedono tutte queste fondamentali competenze (Fonagy, et al., 2002).

LA PSICOTERAPIA NELLE ADOZIONI

Bisogna prevedere che nelle varie fasi del percorso adottivo possano insorgere problemi specifici per i quali è necessaria una terapia. *Il nucleo adottivo nel suo insieme deve essere considerato l'unità fondamentale dell'intervento*, ritenendo l'adozione il primo e più importante intervento terapeutico volto a cambiare i modelli mentali e le rappresentazioni all'interno della relazione genitori/bambino.

Progettare un intervento psicoterapeutico in un'adozione avviata è un'operazione complessa, i cui vantaggi possono essere pari ai rischi. «Se concepiamo l'adozione come un *processo di ristrutturazione dei modelli mentali del bambino e delle sue rappresentazioni*, che fa leva sulla relazione con i genitori adottivi, la cura per i bambini traumatizzati è l'adozione. Se l'adozione non funziona è insufficiente pensare di curare il bambino a prescindere dai suoi genitori adottivi. Bisogna *curare l'adozione*, cioè rimetterla in grado di assolvere i suoi compiti terapeutici nei confronti dei bambini»⁷.

Di conseguenza, dobbiamo essere consapevoli che collocare in terapia individuale il bambino può interferire su questo processo, in quanto viene spostato il *focus* del problema e si rischia di deresponsabilizzare i genitori. Pertanto il *"luogo"* in cui i *modelli operativi interni* e le *rappresentazioni*

⁷ Vadilonga, F. (2012). Requisiti di qualità per gli interventi a favore dei minori adottati vittime di gravi abusi, in «Cittadini in crescita», nuova serie, n. 2, p. 7.

mentali del bambino devono poter evolvere in direzione di una migliore funzionalità è la *famiglia adottiva*, che deve essere sostenuta, se necessario, anche con il contributo della psicoterapia.

L'intervento terapeutico deve avere come *focus* la *relazione tra il bambino adottato e i suoi genitori adottivi* e porsi l'obiettivo di *lavorare contemporaneamente sui due versanti* al fine di comprendere i modelli e le rappresentazioni del bambino e modificare le risposte difensive dei genitori che tendono a rispecchiarlo nell'immagine negativa che egli ha di se stesso.

Non sarebbe funzionale offrire al bambino una terapia nella quale si senta compreso e corret-

tamente rispecchiato dal terapeuta, lasciando inalterata la relazione con i suoi genitori. La terapia deve porsi, perciò, all'interno del "modello circolare" descritto da Stovall e Dozier⁸ e *favorire*, da parte dei genitori, *risposte più funzionali alla riproposizione delle strategie inadeguate apprese dal minore nei contesti di origine*.

Il modello proposto da Stovall e Dozier consente di superare una definizione lineare di causa-effetto che individua specifici comportamenti dei genitori alla base dei traumi del bambino. Al contrario, *il bambino e l'ambiente co-determinerebbero l'avanzamento e la direzione dello sviluppo all'interno di un modello circolare*. In altri termini il percorso di crescita di un bambino lungo un par-



⁸ Stovall, K.C., Dozier, M. (1998), Infants in foster care. An attachment theory perspective, in «Adoption quarterly», 2, p. 55-88.



ticolare sentiero di sviluppo sarebbe determinato dalle *transazioni che accadono tra il bambino e i suoi caregiver*. Non solo il bambino è influenzato dal suo ambiente, ma anche l'ambiente sociale è influenzato dal bambino e dai suoi bisogni e comportamenti.

Tale modello, applicato al contesto adottivo, ci dice che il percorso di ogni bambino dipende dal tipo di abuso, negligenza e rifiuto sofferto e dalle specifiche reazioni dei genitori adottivi, a loro volta influenzate dai comportamenti post-traumatici dei bambini (Howe, 1998; Howe, Brandon, Hinings et al., 1999; Howe, Fearnley, 2003). Ci aiuta, inoltre, a capire che *i bambini continuano a impiegare nel nuovo ambiente di cura le strategie che hanno sviluppato per sopravvivere in situazioni di abuso e negligenza*, nonostante ora si trovino in un contesto familiare sicuro.

I genitori adottivi devono essere inclusi nei percorsi terapeutici nella veste di *co-terapeuti* e, se necessario, *aiutati a modificare se stessi per modificare la relazione con il figlio*.

Ma, ancor prima, è fondamentale valutare come la coppia stia vivendo l'esperienza adottiva; conoscere le caratteristiche individuali dei due partner con le loro risorse e i loro inevitabili limiti; verificare la percezione da parte della stessa del proprio essere "risorsa" rispetto al disagio del figlio e stabilire quanto la coppia riesca ad essere un fattore di sicurezza e di gratificazione reciproca. Andrebbe approfondita la loro storia personale di figli (relazioni sperimentate, modelli avuti, ecc.), molto significativa nell'influenzare il modo in cui ciascuno interpreta, consapevolmente e inconsapevolmente, il proprio ruolo di genitore.

Occorre conoscere, inoltre, il modo in cui è stata affrontata e superata l'eventuale condizione di sterilità e quanto i coniugi siano riusciti a "fare pace" con questo limite e ad essere sufficientemente sereni, essendo stati in grado di attuare un cambiamento, una trasformazione. Occorre

accertare, poi, la capacità dei genitori di identificarsi con la storia del bambino e se gli stessi si sono costituiti come "base sicura". È molto importante, infine, valutare le relazioni con la famiglia estesa e con gli amici, relativamente alla qualità dei rapporti e al grado di sostegno morale e di aiuto materiale ricevuto nel progetto adottivo.

L'esito dell'adozione risulta influenzato dalla possibilità per il bambino e per i genitori di costruire una buona relazione di attaccamento, di esplorare i significati dell'adozione con una sufficiente apertura comunicativa e una buona funzione riflessiva che consentano una reale narrazione emotiva. L'adozione è, innanzitutto, un'esperienza *correttiva dell'attaccamento*; affinché questo possa avvenire, sono necessarie alcune condizioni.

La prima riguarda la possibilità che i caregivers si costituiscano come *figure di attaccamento presenti, costanti, sensibili*. Essi devono essere sostenuti nel leggere correttamente i comportamenti del bambino, nel dare senso alle strategie adattive forgiate nei contesti insicuri nei quali è cresciuto e che continuano a essere impiegate nella famiglia adottiva. È necessario che il bambino faccia esperienze che mettano in discussione le rappresentazioni esistenti: ha impiegato anni per costruire rappresentazioni di sé e degli altri distorte dai traumi subiti.

È necessario che l'esperienza di base sicura con i genitori adottivi si ripeta innumerevoli volte nel tempo in modo stabile e prevedibile. Man mano che l'interazione con i genitori adottivi lo porta a sviluppare nuovi modelli operativi interni, il bambino deve essere aiutato a integrare le rappresentazioni del passato con quelle più recenti.

L'adozione, storicamente, ha assolto il compito di riordinare il mondo esterno del bambino fornendogli, in mancanza di genitori biologici adeguati, genitori adottivi sostitutivi; ora è tempo che si faccia carico, in modo mirato, di riordinare an-

che il suo mondo interno, aiutandolo a rimettere insieme i pezzi della sua vita, a dare posto alle emozioni provate, a spiegare le ragioni dei comportamenti dei genitori biologici. Le esperienze traumatiche hanno l'effetto di sconvolgere le normali capacità di pensiero: l'evento traumatico non viene elaborato perché l'individuo non riesce a dargli un senso, a integrarlo nella sua esperienza. Risulta fondamentale per la piccola vittima di un trauma trovare adulti in grado di comprendere il suo dolore e di rispecchiare correttamente la sua esperienza (Vadilonga, 2004).

L'attuale letteratura sul trauma infantile converge nell'individuare nella mentalizzazione del trauma e nella possibilità di verbalizzarlo i presupposti per la sua cura, che consiste essenzialmente in un lungo processo di elaborazione che porti gradualmente il bambino ad affrontare i propri vissuti di impotenza e stigmatizzazione, a superare i forti sentimenti di colpa, ad abbandonare le modalità relazionali disfunzionali sviluppate come difesa dalla sofferenza.

Uno dei compiti fondamentali dei genitori adottivi è quello di trasformare, attraverso la narrazione, la storia avversa del bambino in informazioni che supportino l'autostima e la crescita psicologica (Dallos, 2006).

Per il bambino attribuire un corretto significato ai comportamenti dei caregivers può costituire un fattore protettivo e promuovere processi di resilienza. Raggiungere la capacità di attribuire uno stato emotivo o cognitivo agli altri permette al bambino di rendere il loro comportamento comprensibile. Per esempio, se il bambino è in grado di attribuire il comportamento distaccato e non responsivo della madre al suo stato depressivo, piuttosto che alla propria cattiveria o alla propria incapacità di suscitare attenzione, è protetto dall'attribuire a se stesso la responsabilità del comportamento rifiutante del genitore. Nelle situazioni di abbandono e di trauma, se manca la capacità di rappresentare le idee, il bambino è

costretto ad accettare le implicazioni del rifiuto dei genitori e a sviluppare un'immagine negativa di sé.

Riportando questo concetto al contesto adottivo, possiamo affermare che la possibilità per il bambino adottivo di essere aiutato a rileggere la propria storia e ad attribuire un corretto significato agli eventi dolorosi che lo hanno visto protagonista lo protegge dalla naturale tendenza di tutti i bambini ad autoriferire a sé quello che accade. Questo processo inevitabilmente si basa sulla *comunicazione*; risulta quindi indispensabile la creazione di una comunicazione familiare aperta, onesta, non difensiva, emozionalmente sintonica sui temi correlati all'adozione.

Utilizzando le parole di Brodzinsky (2005), possiamo affermare che il modo in cui i genitori inizialmente condividono le informazioni sull'adozione con i loro bambini, il modo in cui supportano le loro domande e il successo che raggiungono nel rimanere emotivamente sintonici con i bisogni legati all'adozione dei figli determina quanto sarà estesa l'esplorazione dei temi correlati all'adozione da parte dei bambini stessi. Inoltre, la comunicazione sull'adozione deve coinvolgere non solo lo scambio di informazioni, ma anche soprattutto l'espressione e lo scambio delle emozioni. La narrazione che si svilupperà lungo il percorso adottivo dovrà quindi essere una narrazione emotiva (Vadilonga, 2010) che abbia come principale riferimento il cuore del bambino e i suoi stati emotivi interni e che lo aiuti a dare forma e a esprimere i sentimenti di dolore e di rabbia che accompagnano inevitabilmente un percorso elaborativo.

I figli adottati devono poter esprimere il loro dolore e la loro rabbia, sentirli legittimati nella rilettura della loro storia. Essi sperano che i genitori comprendano il dolore che provano e che possano piangere insieme a loro. L'adozione dovrebbe offrire ai figli adottati la possibilità di sentirsi rispecchiati nella mente e nel cuore dei genitori adottivi.



Bambini così traumatizzati hanno bisogno di essere accompagnati in un lungo e continuo percorso di elaborazione che li aiuti a rimettere insieme tutti i loro "pezzetti" per raggiungere un'integrazione del proprio sé. Il fallimento della possibilità di essere rispecchiato dai genitori naturali ha comportato per il bambino una forma di non integrazione; compito dei genitori adottivi non solo è fornire al bambino le buone cure genitoriali che non ha avuto, ma permettergli di sentirsi integrato nella loro mente.

DIMENSIONE RIPARATIVA ED ELABORATIVA DELL'ADOZIONE

Affinché l'adozione sia un processo davvero trasformativo e generativo di nuovi modi di vedere se stessi e gli altri occorre che agisca in due direzioni fondamentali:

1. aiutare il bambino ad accettare esperienze riparative sul piano affettivo, dell'accudimento

e su quello educativo (*dimensione riparativa*). Questo compito richiede che i genitori tollerino senza spaventarsi e scoraggiarsi le modalità disfunzionali del figlio e riescano a proporgli esperienze correttive con una *gradualità* utile a renderne possibile l'accettazione da parte del bambino stesso;

2. aiutare il bambino nell'elaborazione delle esperienze traumatiche subite (*dimensione elaborativa*). La letteratura sul trauma infantile converge nell'individuare nella mentalizzazione del trauma e nella possibilità di verbalizzarlo i presupposti per la sua cura, che consiste in un lungo processo di elaborazione che porti il bambino ad affrontare gradualmente i propri *vissuti di impotenza e stigmatizzazione*, a superare i *sensi di colpa* e ad abbandonare le *modalità relazionali disfunzionali* sviluppate come difesa dalla sofferenza. Strettamente connesso con il primo, questo compito presuppone un ruolo attivo da parte dei genitori adottivi nel sostenere le

capacità di pensiero del figlio e nel rispecchiare correttamente la sua emotività. Ricordiamo che guardare il trauma è traumatico.

Il duplice obiettivo dell'intervento svolto con l'intera famiglia è:

1. *consentire al figlio di vivere le fasi del processo migratorio* e di riconciliarsi con le diverse sfaccettature della sua identità per potervi convivere senza vissuti di inadeguatezza, senza vergogna, senza vuoti;
2. *permettere ai genitori di adottare in famiglia l'intero mondo di appartenenza del figlio* senza sentirsi estranei al suo percorso né minacciati dalle eventuali domande riguardanti le origini biologiche.

L'intero lavoro va *co-costruito con il terapeuta, il bambino e la sua famiglia*. Si può dichiarare che ciò che stanno facendo rappresenta *un dono che si offrono reciprocamente*. I genitori consentono al figlio di fare un viaggio alla scoperta di pezzi dimenticati o perduti, oppure di riappropriarsi, attraverso il racconto, di una parte della propria identità anche quando non è stata né dimenticata né rimossa o, ancora, di *vivere ed elaborare il lutto dell'emigrazione*. Il bambino racconta e riporta ai genitori pezzi dimenticati e lontani, sconosciuti o rimossi, nascosti o rifiutati, senza sensi di colpa (es. storia del proprio nome, episodi di vicinato, di strada o vissuti familiari...).

Le *narrazioni* passano a far parte della famiglia e lentamente il mondo sconosciuto che rischiava di allontanare, scollegare o impaurire si amalgama con quello attuale. L'identità familiare può così mutare e arricchirsi, aprendo le porte alle origini di uno dei suoi membri. La *presenza dei genitori* è, quindi, fondamentale perché *aiuta a co-costruire la storia*, ancorandola a un mondo possibile.

La narrazione va *co-costruita con una connotazione positiva*. Non è necessario sottolineare i vissuti difficili o le mancanze né addentrarsi nei dolori per elaborarli. Con i bambini le storie possono

essere ri-narrate in altri modi, creare emozioni positive e le ridefinizioni consentono loro di riappropriarsi dei pezzi perduti con dignità. È importante aiutare i ragazzi a costruire storie belle e piacevoli. Ciò non implica rifiutare le storie tristi, ma significa intraprendere un percorso per trovare una luce nel buio.

Il primo passo nel percorso terapeutico è quello di **esplicitare il conflitto vissuto dal ragazzo**, perché possa esternare ciò che non riesce ad esprimere, ad esempio la difficoltà a *sentire un senso di appartenenza alla nuova realtà*, la fatica ad appropriarsi della sua nuova famiglia che per forza *sente estranea* essendovi giunto da pochi mesi, il dolore per *l'identità gli è stata strappata*, ecc. E chiaramente occorre *curare la ferita dello strappo* mettendo insieme i vari pezzi, come in un puzzle, spiegando al minore e ai genitori adottivi che *il bambino non è malato, ma solo sofferente perché porta con sé frammenti identitari frantumati, spezzati, scollegati*.

I passi da fare sono, pertanto, i seguenti:

1. *esplicitare* il problema, il dilemma, il conflitto interno e il dolore;
2. *ridefinire in positivo*;
3. *dichiarare e concordare il lavoro da fare*;
4. *depatologizzare*;
5. *valorizzare le differenze*;
6. avviare il lavoro con la *richiesta di andare alla scoperta di oggetti posseduti che appartengono ai posti lasciati, abbandonati, dimenticati o perduti*.

Con questi primi passi, di solito, il ragazzino e l'intera famiglia raggiungono una sensazione di grande sollievo. Dopo queste prime sedute, si decide se avviare un ciclo di incontri predefinito (da 4 a 8) con l'obiettivo di *far star meglio il bambino adottato* e di *ricostruire il puzzle o il ponte* (a seconda della situazione si possono usare metafore diverse).

Posizionare il processo terapeutico su un asse temporale di cui si conosce la presunta fine consente di intravedere il cambiamento desiderato e



di *riacquistare fiducia nella possibilità di stare meglio anche subito*. La cadenza degli incontri può essere settimanale/quindicinale all'inizio, mensile successivamente. Il lasso di tempo che trascorre tra un incontro e l'altro consente non solo di svolgere a casa le consegne richieste (*homework*), ma anche di elaborarle e di *acquistare un nuovo equilibrio*. Quando la famiglia ritorna, diventa più facile individuare i cambiamenti e valorizzarli.

Tuttavia non bastano una ridefinizione, un inquadramento del problema e la condivisione dell'obiettivo. Il passo successivo è quello di iniziare a creare collegamenti con i pezzi mancanti, e spesso lo si fa con degli *oggetti*, che aiutano a *collegarsi con le "assenze"*, ad avvicinarsi ad esse e ad integrarle in sé. Possono essere una bambola, un gioco, una coperta, ma anche la cartina del Paese d'origine o gli indumenti che i genitori avevano comprato quando erano andati a prendere il figlio. Anche le fotografie diventano preziose.

Gli oggetti e le fotografie spesso consentono di *costruire delle narrazioni*, in modo da riempire i vuoti, avvicinarsi, ricordare e scoprire mondi sconosciuti, dimenticati, abbandonati. In tal mondo è possibile parlare al bambino della sua storia:

1. si tratta di un percorso che si snoda nel tempo (dimensione processuale);
2. vi è una dimensione che attiene ai fatti (dimensione episodica);
3. vi è una dimensione che appartiene ai significati (dimensione semantica);
4. è necessario che tra la dimensione e quella semantica vi sia una sostanziale coerenza.

Nel parlare al bambino della sua storia, occorre:

- dare informazioni chiare e veritiere sulla sua storia e su quella dei suoi genitori decidendo come e cosa raccontare (criterio della "verità sostanziale");
- fornire una chiave di lettura sulle ragioni dell'inadeguatezza genitoriale (criterio della "visione compassionevole");
- sostenere il bambino emotivamente facendo-

gli sentire che "non è solo" e che loro sono in grado di capirlo e sintonizzarsi con i suoi sentimenti, accogliendo e legittimando sofferenza e rabbia (criterio della continuità relazionale).

Cosa è opportuno che un figlio adottivo sappia della sua storia personale? Per valutare quali informazioni debbano essere condivise Chistolini (2008) ha proposto alcuni criteri:

- il **criterio di attinenza o coinvolgimento**: si riferisce a tutti quegli avvenimenti che riguardano direttamente il minore, nel senso che sono stati da lui vissuti o sono a lui riferibili;
- il **criterio di rilevanza**: attiene a una valutazione dell'importanza dei fatti accaduti, secondo dei principi condivisi di carattere generale;
- il **criterio di impatto**: indica l'effetto, diretto e indiretto, che gli avvenimenti in questione hanno avuto sul soggetto o che potrebbe derivare dalla loro conoscenza;
- il **criterio di congruenza**: chiama in causa il fatto che, molto spesso, sui fatti accaduti, giungono al bambino altre comunicazioni che rivelano l'esistenza di un segreto e/o contraddicono le spiegazioni "ufficiali" fornitigli. Tali comunicazioni contrastanti possono essere di tipo verbale o non verbale. Talvolta il bambino ha avuto diretta esperienza degli avvenimenti che gli adulti vogliono nascondergli, oppure ha altre informazioni che contrastano la spiegazione ufficiale. Si verifica, dunque, una situazione di incongruenza tra diverse fonti di informazione che genera una dannosa confusione nel minore;
- il **criterio di sostenibilità**: se si omette di raccontare un fatto o si dice qualcosa di diverso dalla verità, bisogna domandarsi fino a che punto e per quanto tempo la versione prescelta sia sostenibile. Ovvero se non è possibile, o probabile, che giungano al minore altre informazioni che smentiscano la versione fornitagli.

Quanto più le informazioni in esame soddisferanno questi criteri, tanto più sarà opportuno trasmetterle al bambino.

Questi criteri costituiscono solo un aiuto ai genitori, ai quali spetta poi decidere in che modo parlare al bambino della sua storia. Infatti, individuate le informazioni da comunicare, alla luce delle conoscenze di cui si dispone, ci si deve porre il problema di *come farlo, soprattutto quando i bambini sono molto piccoli*.

Chistolini (2006, 2008, 2010) consiglia l'utilizzo di quella che definisce "verità sostanziale", intendendo con questo termine una modalità comunicativa che:

- riferisce i fatti salienti, chiamando le cose con il loro nome o con termini comprensibili e realistici;
- omette, anche in base all'età del bambino, i dettagli più crudi e dolorosi che nulla tolgono e nulla aggiungono alla comprensione dei fatti medesimi;
- fornisce delle attribuzioni di significato coerenti con la natura dei fatti raccontati, in base all'esperienza comune e a valori generalmente condivisi;
- consente successivi approfondimenti e precisazioni da calibrarsi sulla progressiva metabolizzazione delle informazioni date, sulla crescita del bambino e sul suo soggettivo bisogno di saperne di più.

Fornire al bambino una spiegazione dell'abbandono nella quale i genitori vengono presentati come persone che non hanno potuto tenerlo, pur desiderandolo ardentemente, a causa di problemi economici o comunque estranei alla loro volontà, fino a sostenere che la scelta di lasciarlo è stata fatta nel suo interesse, in un atto di estremo amore per dargli la possibilità di una vita migliore, risulta un *messaggio scorretto e non congruo* con l'esperienza fatta dal bambino.

Partendo, invece, dal presupposto che l'abbandono e le inadeguatezze genitoriali sono causati dalla mancanza di capacità nell'accudimento e dalla difficoltà di investire in modo adeguato nella relazione con il figlio, è utile aiutarlo a comprendere la difficoltà che i suoi genitori biologici

hanno avuto dal punto di vista affettivo-relazionale nei suoi riguardi, per poi introdurre eventuali considerazioni sul contesto sociale e ambientale sfavorevole, che ha aggravato la situazione e li ha portati a lasciarlo o a fargli violenza (i bambini non si lasciano, non si picchiamo, non si abusano...) o a non essere in grado di occuparsi di lui; ma lo hanno fatto non perché fossero cattivi e volessero fargli del male, piuttosto perché non avevano a loro volta avuto cure e possibilità di amore da parte dei loro genitori e, dunque, *non erano capaci di fare diversamente, poiché a fare i genitori si impara da piccoli*.

In questa spiegazione viene messa in evidenza la distinzione dei comportamenti dalle persone che li mettono in atto: abbandonare e/o mal-trattare un bambino sono cose sbagliate, riprovevoli e da condannare; chi agisce questi comportamenti sbaglia, ma lo fa per incapacità e non per la volontà di fare del male.

In tal modo l'immagine che viene fornita al bambino dei suoi genitori di nascita è quella di due persone fragili e in difficoltà, che non sono riuscite a svolgere il loro compito, che magari ci hanno provato, ma senza riuscirci. Due persone che, in base alla conoscenza dei fatti, possono avergli voluto bene, ma un bene che non era sufficiente a farlo crescere correttamente, oppure che non erano proprio capaci di amarlo, probabilmente per le vicende da loro vissute in precedenza.

Viene proposta, dunque, un'immagine che riconosce il danno inferto al figlio, il quale non avrà una visione negativa della sua famiglia di origine: questo potrà rasserenarlo e potrà favorire un processo di perdono e di riappacificazione da parte sua. Si tratta di fornirgli una chiave interpretativa della sua storia, cioè di aiutarlo a comprendere come sia possibile che alcuni adulti (tra cui i suoi genitori biologici) abbiano fallito nell'assumere il ruolo genitoriale. «I genitori adottivi devono parlare francamente al bambino, senza indulgere in paure e nominando le esplicite responsabilità dei

genitori biologici. Bisogna che dicano con chiarezza che i genitori biologici non sono stati capaci di accudirlo e i motivi per cui non lo sono stati, mostrando per differenza ciò che li distingue da loro. Spiegazioni fumose, vaghe o generiche generano dubbi, paure e lasciano il bambino in uno stato di confusione» (Vadilonga, 2010).

Soltanto in questo modo il bambino può comprendere che la differenza tra genitori biologici e genitori adottivi affonda le sue radici nelle diverse storie relazionali che questi hanno vissuto. E gradualmente capirà che i suoi genitori biologici non hanno avuto dei validi modelli e non c'è stato nessuno che abbia insegnato loro come si cresce e si accudisce un bambino per cui, quando si sono trovati ad accudire un figlio, hanno avuto gravi difficoltà, non essendo capaci di occuparsene.

«Relativamente all'appellativo da utilizzare per nominarli ritengo che sia opportuno usare i termini di mamma e papà accompagnati da una spe-

cifica che ne relativizzi il ruolo (*la mamma di prima, il papà dell'India*, la mamma che ti ha fatto nascere, la mamma Luisa, se si conosce il nome). Non mi sembra, infatti, che appellativi quali: la signora che ti ha fatto nascere o la donna che ti ha partorito, fino all'improbabile "procreatori", diano conto della significatività del rapporto che il minore adottivo ha avuto e avrà, nel bene e nel male, con i suoi genitori biologici» (Chistolini, 2010).

Quando le informazioni mancano totalmente, i genitori adottivi potranno costruire un *racconto ipotetico* che, a partire da alcuni dati di realtà (l'età del figlio al momento dell'abbandono, il luogo in cui questo è avvenuto, il contesto socio-culturale dal quale proviene, ecc.) dia conto di come potrebbero essersi svolti i fatti, applicando il criterio della ipotizzazione verosimile. È chiaro che *i genitori dovranno esplicitare che si tratta di una loro ricostruzione* che si basa sulla loro esperienza e sulle conoscenze di cui dispongono, allo scopo di mettere a disposizione del figlio una storia vero-



simile, coinvolgendolo attivamente in questa costruzione fantasiosa ma sensata.

Quanto più la storia è complessa e frammentata, tanto più gli adulti dovranno adoperarsi per aiutare il bambino a “tenere insieme i pezzi”, per una continuità interna ed esterna, all’insegna della verità. I bambini vogliono sentirsi dire “io volevo proprio te”, ma hanno anche la necessità di vedere che i loro genitori non hanno paura ad affrontare la loro storia, ma sono in grado di aiutarli a tenere in mente e a dare significato agli eventi accaduti. Pertanto, nella misura in cui non si sottraggono alle legittime domande del figlio, i genitori svolgono il ruolo di “*dispensatori di significati*” e gli offrono una “*chiave di lettura*” con cui interpretare la vita e, quindi, anche l’evento abbandono. Mostrandosi rispettosi del suo passato e aiutando il figlio a risignificare l’abbandono, agiscono da veri terapeuti, poiché generano un cambiamento sostanziale nella sua vita, gli offrono un’altra visione della storia e, dunque, conferiscono dignità e valore alla sua esistenza.

LA RICERCA DELLE ORIGINI

L’articolo 28, comma 1, della Legge 184/1983 dispone che “Il minore adottato è informato di tale sua condizione ed i genitori adottivi vi provvedono nei modi e termini che essi ritengono più opportuni”.

Se l’adottato ha *diritto* a conoscere la propria condizione, i genitori adottivi hanno l’obbligo e il *dovere di rivelare al figlio il suo stato adottivo*, non possono sottrarsi a tale compito, decidendo autonomamente *quando, come e cosa* dire. Ma per potere assolvere tale obbligo, i genitori devono ricevere da chi le detiene le informazioni note sulla storia del minore (Pazé, 1997, 2007). Del resto anche per le adozioni internazionali l’articolo 5 della Convenzione de L’Aja impone agli Stati aderenti l’obbligo di raccogliere, custodire e trasmettere le informazioni sulla storia dei bambini adottati internazionalmente.

Un figlio adottivo chiede principalmente di *comprendere* e di sentire di essere stato *desiderato, atteso, cercato, voluto, amato* e definitivamente *accolto* come figlio degli attuali genitori, pur non essendo nato dalla loro pancia. Egli si aspetta di essere preso tutto intero, con i vari frammenti: desidera che presso i genitori abbia cittadinanza anche il suo mondo passato e che la curiosità sulla sua storia rimanga accesa. La sua *voglia di sapere* e di rivivere situazioni conosciute non rappresenta un attacco alla filiazione, ma un *bisogno esistenziale legato alla propria identità mista* e un riconoscimento dell’unicità della famiglia adottiva.

Il prerequisito importante perché bisogni e urgenze trovino progressivamente risposte è che i genitori adottivi siano interiormente ed emotivamente disponibili al dialogo e alla condivisione, senza tirarsi indietro di fronte al desiderio di sapere del figlio. È sufficiente *fornire le informazioni di cui si è in possesso* (anche se incomplete, poco precise o dolorose) e mostrarsi disponibili sempre e comunque a parlare dell’argomento anche quando non si ha nessuna informazione da aggiungere a quanto detto il giorno prima, la stessa sera o il mese precedente.

Una reazione che rischia di portare maggiori difficoltà è il *silenzio*, l’evitamento che sottende l’indisponibilità, la paura a parlare: le conseguenze psicologiche per il minore possono essere devastanti. L’esperienza di situazioni in cui il figlio adottivo si trova di fronte alla *reticenza*, al *disappunto*, alla *paura dei genitori ad affrontare con lui il tema del passato* ci insegna quanto sia dannoso il *blocco* che si viene a formare su un tema così rilevante per tutti i componenti della famiglia.

La reazione del figlio potrebbe manifestarsi attraverso un *comportamento protettivo nei confronti dei genitori*, volto a rispettare il silenzio e a non tornare sull’argomento percepito come un tabù. Ma il problema potrà rimanere e arrivare a costituire con il tempo *parte di un disagio crescente, per-*



durante, finanche diventarne il fulcro (Edelstein, Consiglio, 2007).

La ricerca non è soltanto intrapsichica perché talvolta i genitori adottivi si confrontano con la *richiesta del figlio* ancora minorenne *di cercare informazioni e/o persone del proprio passato*, oppure *di fare ritorno al Paese di origine*.

Agire la ricerca delle origini non è mai una soluzione ai problemi della famiglia, anche perché, se si basa su aspettative irrealistiche ("*non vanno bene le cose con voi e, quindi, cerco gli altri genitori*"), è destinata ad essere un fallimento. La ricerca delle origini può dimostrarsi utile nei momenti di calma, quando c'è *empatia e comunicazione aperta* tra genitori e figlio e in un'età che consenta al figlio una reale e critica comprensione di quello che significa e che può accadere. Anche per tale ragione, *la richiesta deve provenire dal figlio e deve rispecchiare*, quindi, *un suo bisogno* (accade infatti, talvolta, che i genitori adottivi anticipino questo bisogno e lo propongano in una fase evolutiva in cui il figlio non è ancora pronto). In ogni caso, bisogna interrogarsi molto, condividere emozioni e pensieri, valutare attentamente tutti gli aspetti implicati, le aspettative, le preoccupazioni e le speranze di ciascun membro della famiglia, *pianificare tutto*. La ricerca delle origini non può essere agita sull'onda emotiva.

Cosa si aspetta di trovare il figlio? Sono stati vagliati in maniera attenta e profonda tutti i possibili scenari? È stata presa in considerazione la *possibilità che la famiglia biologica possa rappresentare un pericolo per il figlio* (es. le situazioni in cui sono stati agiti gravi abusi e/o dove i genitori biologici sono ancora coinvolti in situazioni illecite)?

Occorre sempre valutare attentamente le ragioni che potrebbero rendere non praticabile e/o addirittura *dannoso un ricongiungimento nel momento presente*.

Al termine del percorso terapeutico si potrebbe organizzare un *viaggio dell'intera famiglia nella terra natale* del ragazzo o della ragazza. In alcuni casi il viaggio consente di riconciliarsi con la propria terra, di accettare alcune sfaccettature della propria identità, di condividere con il resto della famiglia un capitolo significativo, con complicità.

La fine del percorso terapeutico può essere accompagnata da un *rituale* o da una *cerimonia* in cui si possono consegnare dei diplomi al ragazzo o all'intera famiglia. È questa una tecnica utilizzata da White, terapeuta familiare narrativo australiano che, oltre alle storie, inseriva la *forma scritta della narrazione* per favorire un'ulteriore evoluzione o per garantire l'irreversibilità del cambiamento in positivo (White, 1992). *Rivalutare il passato legato alle origini* offre alla famiglia adottiva l'opportunità di viverlo come una base su cui è possibile cucire nuovi spezzoni identitari e, tenendosi per mano, continuare il percorso di crescita.

IL TEMA DELL'IDENTITÀ

Un tema centrale per chi si occupa di famiglie adottive è quello dell'*identità*. Ogni bambino ha bisogno di conoscere la verità sulle proprie origini e di percepire prima, e sapere poi, come viene valutato, cioè che cosa si aspettano da lui e che cosa temono i genitori, essendo nato fuori da quella famiglia.

Se i genitori adottivi hanno difficoltà a pensare di dirgli la verità, probabilmente non riescono a considerarsi padre e madre a pieno titolo e temono che il figlio potrebbe disconoscerli nel momento in cui saprà di essere stato generato da altri. Ma i genitori adottivi sono *legittimati ad essere padre e madre del loro figlio adottivo*, senza riserve, perché i suoi genitori naturali, per vari motivi, hanno *rinunciato ad esserlo* e perché ogni bambino ha *diritto di crescere in una famiglia*. Se così non fosse, il padre e la madre adottivi resterebbero "genitori di seconda

categoria”, controfigure dei genitori “veri”, con il solo compito di allevare un bambino abbandonato.

Ai genitori adottivi, che si sentono pienamente padre e madre, non risulterà difficile gestire l’iniziativa e modulare, di volta in volta, la comunicazione, tenendo conto dell’età anagrafica, del grado di maturità e del carattere del figlio. Inoltre sapranno trasmettergli, a livello emozionale, la propria totale accettazione di quello che lui è ed è stato.

La ricostruzione della “verità narrabile” (Guidi e Tosi, 1997) risponde a due bisogni: il bisogno del genitore adottivo di *essere legittimato come “l’unico e vero genitore” di quel figlio non partorito*; il bisogno del bambino di essere *figlio di quei genitori*, e non di quelli biologici.

Raccontare al figlio *perché, quando e in che modo* è stato adottato significa *aiutarlo a strutturare la sua identità di figlio adottivo* e consentirgli di conciliare entrambe le nascite, sia quella biologica che quella adottiva: un impegno che dura tutta la vita di una famiglia e che coinvolge, sul piano dell’intelligenza, delle emozioni e degli affetti, sia i genitori sia il figlio.

Winnicott (1997) scrive che i bambini hanno un’inquietante capacità di arrivare a conoscere la verità, e se *scoprono che la persona in cui hanno avuto fiducia li ha ingannati*, per loro questo è molto più importante della cosa che hanno scoperto. Il trauma che ne consegue è sicuramente più grave per la perdita improvvisa della propria immagine avuta sino ad allora nell’ambito di quella famiglia: è come se si aprisse nella struttura interna del bambino un “buco” non ricostruibile, perché la rappresentazione delle radici interne, interiorizzata fino a quel momento, non corrisponde più al vero, e al suo posto rimane un vuoto, una lacuna fatta di angoscia e sofferenza del non conoscere più se stessi.

È importante immaginare interventi specifici e mirati per lavorare terapeuticamente sull’identità, ad es. attraverso i *lifebook*, le *timeline*, i *rituali terapeutici*, le *tecniche narrative*. I **lifebook** sono una *rappresentazione simbolica della vita del bambino*, che viene costruita insieme a lui e ai suoi genitori, *un modo per tenere insieme passato, presente e futuro* e creare una sorta di continuità e coerenza. Se ci sono documenti ufficiali è bene inserirli nel *lifebook*. Se non si possiede alcuna informazione, si può *chiedere al bambino di immaginarsi la sua famiglia biologica e fare delle fantasie*, che saranno via via inserite nel *lifebook*.

Nel *lifebook* del bambino vanno incluse:

- informazioni sulla sua nascita (data, ora, luogo, peso...)
- *dettagli sulla precedente casa famiglia* o sull’istituto dal quale è stato prelevato;
- *foto e fatti riguardanti la sua adozione e il suo Paese d’origine*;
- *informazioni sulla famiglia adottiva* (albero genealogico, scuole frequentate, le occupazioni, le date di nascita dei genitori adottivi, informazioni su come si sono conosciuti e sul loro matrimonio, e altre occasioni speciali), ecc.;

I bambini adottati hanno spesso un mondo interno molto caotico: il *lifebook* aiuta a fare ordine e chiarezza e permette al bambino di conoscere e ricostruire le proprie origini.

Le **timeline** (o *cronologie*), ovvero rappresentazioni grafiche di una sequenza cronologica di eventi, possono essere utilizzate da sole oppure ad integrazione dei *lifebook*. Esse *aiutano a mettere ordine cronologico* alla vita del bambino adottivo, che può aver cambiato tanti luoghi e può aver avuto molteplici persone differenti intorno a sé.

I **rituali terapeutici** sono parte della vita di ciascuno di noi e hanno il potere di rendere eccezionale un evento normale, caricandolo di un significato preciso. Disponiamo di rituali per eventi celebrativi, per i *momenti di transizione*, per l’ingresso e/o



l'appartenenza ad un gruppo, per perdite e lutti... Si tratta di *azioni o eventi* che sostengono le persone in momenti emotivamente carichi e danno loro la possibilità di vivere ed esprimere ciò che sentono. I rituali ufficializzano, conferiscono solennità ed importanza. Suggestire ai genitori adottivi di *creare dei rituali ad hoc* può essere un'operazione molto utile.

Le **strategie narrative** sono più adatte al lavoro con adolescenti o adulti. *Mettere per iscritto* permette di esplorare ricordi, credenze, aspettative, speranze, preoccupazioni passate, presenti e future e dare una nuova forma, *creare nuove connessioni*. Tra le tecniche più utili con gli adottivi vi è la *corrispondenza immaginaria tra il figlio e i genitori biologici*. Le narrazioni non devono necessariamente essere storie "vere": a volte si possono colmare dei vuoti *inventando una storia* che per i ragazzi può avere un senso.

«Se il tema del passato non viene trattato, il minore sarà incoraggiato all'oblio e alla rimozione con una crescente difficoltà a pensare alla storia pregressa; e ancora, se l'argomento viene affrontato in modo improprio, il bambino sarà indotto ad attribuire alla sua storia significati scorretti, difficili da modificare. È importante svolgere questo lavoro sul passato parallelamente ad attività di preparazione alla collocazione futura: il bambino va accompagnato e aiutato a prefigurarsi il suo futuro assetto di vita, focalizzandone le ragioni, gli aspetti positivi e quelli critici, e spiegandogli le caratteristiche della nuova realtà, anche attraverso l'utilizzo di fotografie della nuova famiglia e del nuovo contesto di vita»⁹.

Contribuire opportunamente alla costruzione dell'identità dell'adottato non è solo un atto d'a-

more, indispensabile da parte dei genitori adottivi, ma è anche un atto dovuto in quanto rappresenta una tappa di fondamentale importanza per il successo del rapporto adottivo e, soprattutto, per la crescita e la maturazione psichica di ogni individuo.

CONCLUSIONI

L'elevata problematicità dei bambini che giungono in adozione comporta, sul piano clinico, la necessità di sostenere i genitori e i figli adottivi non solo nel periodo immediatamente successivo all'ingresso del minore nel nuovo nucleo, ma per un tempo sufficientemente lungo a favorire la costruzione di buoni legami di attaccamento e un suo positivo inserimento nel nuovo contesto di vita. E, dunque, lungo tutto il ciclo dello sviluppo, in quanto gli effetti dissociativi del trauma e il problema delle origini ritornano nella transizione evolutiva, specie in adolescenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Attili, G. (2010). Relazioni familiari, adozione e sviluppo psicologico del bambino. Il ruolo dell'Attaccamento, in Vadiolonga, F. (a cura di), *Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Brodzinsky, D.M., Smith, D.W., Brodzinsky, A.B. (1998). *Children's adjustment to adoption*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
- Brodzinsky, D.M. (2005). Reconceptualizing openness in adoption, in Brodzinsky, D.M., Palacios, J. (eds.), *Psychological issues in adoption*, New York: Praeger Publishers.
- Brodzinsky, D. (2011), Ripensando il concetto di apertura nell'adozione: implicazioni nella teoria, nella ricerca e nella pratica, in Brodzinsky D., Palacios J. (a cura di), *Lavorare nell'adozione*.

⁹ Chistolini, M. (2006). Il passaggio del bambino dalle strutture residenziali alla famiglia adottiva, in «Minori giustiziati», 4, p. 31.

- Dalla ricerca alla prassi operativa*. Milano: Franco Angeli.
- Brofenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
 - Bruner, J. S. (1997). *La cultura dell'educazione. Nuovi orizzonti per la scuola*. Feltrinelli: Milano.
 - Chistolini, M. (2006). Il passaggio del bambino dalle strutture residenziali alla famiglia adottiva, in «*Minorigiustizia*», 4.
 - Chistolini, M. (2008). La conoscenza della propria storia nei bambini, un diritto tutelato in ambito europeo? in «*Minorigiustizia*», 2.
 - Chistolini, M. (2010). *La famiglia adottiva. Come accompagnarla e sostenerla*. Milano: Franco Angeli.
 - Dallos, R. (2006). *Attachment narrative therapy. Integrating systemic narrative and attachment approaches*. Maidenhead: Open University Press.
 - Edelstein, C., Consiglio, A. (2007). Modelli familiari, famiglie adottive e prospettiva pluralista, in *Raccontarci per... capire. Storie di affido, di adozione, di relazioni*. Libro pubblicato a cura dell'Associazione FamigliAperta Onlus e finanziato dalla Regione Lombardia, pp. 110- 125.
 - Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Guidi, D., Tosi, M.N. (1997). La verità narrabile al figlio adottivo, in «*Minorigiustizia*», 2.
 - Hajal, F., Rosenberg, E.G. (1991). The family life cycle in adoptive families, in «*American journal of orthopsychiatry*», 61, p. 78-85.
 - Howe, D. (1998). *Patterns of Adoption: Nature, nurture and psychosocial development*. Oxford: Blackwell.
 - Howe, D., Brandon, M., Hinings, D. and Schofield, G. (1999). *Attachment Theory, Child Maltreatment and Family Support: A practice and assessment model*. London: Palgrave Macmillan.
 - Howe, D. and Fearnley, S. (2003) Disorder of attachment in adopted and fostered children: recognition and treatment. «*Clinical Child Psychology and Psychiatry*», 8(3), pp. 369-87.
 - Nuzzo S. (2014). *Adozione Nazionale e Internazionale. Implicazioni cliniche*. Lezione tenuta agli allievi dell'APC di Lecce il 6 dicembre 2014.
 - Nuzzo S. (2014). *Adozione Nazionale e Internazionale. Temi clinici e strategie di intervento*. Lezione tenuta agli allievi dell'APC di Lecce il 6 dicembre 2014.
 - Nuzzo S. (2014). *Adozione Nazionale e Internazionale. Il lavoro clinico con gli adolescenti*. Lezione tenuta agli allievi dell'APC di Lecce il 7 dicembre 2014.
 - Nuzzo S. (2014). *Adozione Nazionale e Internazionale. Interventi psicologici e psicoterapeutici*. Lezione tenuta agli allievi dell'APC di Lecce il 7 dicembre 2014.
 - Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., León, E. (2005). Intercountry adoption disruptions in Spain, in «*Adoption quarterly*», 9, pp. 35-55.
 - Pazé, P. (1997). La conoscenza delle origini fino a che punto..., in «*Minori giustizia*», 2, pp. 5-22.
 - Pazé, P. (2007). Conoscere il passato: continuità e discontinuità giuridica degli affetti. Relazione presentata al Seminario di studio "Curare l'adozione", Torino, 6 novembre.
 - Schofield, G., Beek, M. (2013). *Adozione, affido, accoglienza. L'attaccamento al centro delle relazioni familiari*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Trevarthen, C. (1993). Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali, in Riva Crugnola, C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Vadilonga, F. (2004). Abbandono e adozione, in «*Terapia familiare*», 74, pp. 43-66.
 - Vadilonga, F. (2010). La narrazione emotiva, in Vadilonga, F. (a cura di), *Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
 - Winnicott, D.V. (1997). *Bambini*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

FIGLI, RISORSE CHE SVELANO RISORSE

I FIGLI, INNESCHI DI TERAPIE E PROMOTORI DI CAMBIAMENTO

Maria Giorgia D'Alonzo

Psicologa, Psiconcologa,
Psicoterapeuta relazionale-sistemico

PAROLE CHIAVE

Figli, perdite, risorse, terapia familiare

INTRODUZIONE

Al momento della richiesta di aiuto le famiglie attraversano una fase di disorientamento rispetto all'incapacità di gestire il comportamento problematico di colui che viene identificato come il *paziente designato* (Andolfi, 1987). Se il terapeuta introduce la propria esperienza professionale e personale nel setting clinico, offrendo una consulenza esterna, risulta utile attingere anche alle risorse interne del sistema, in particolar modo, valorizzare i figli con la loro esperienza diretta nella famiglia (Andolfi, 1995). Tuttavia, il passaggio dal *figlio-problema* al *sintomo-soluzione* incrementa la confusione percepita, ma tanto più il comportamento appare incomprensibile tante più chiavi di lettura possono essere fornite. Si ri-

conosce, pertanto, la *funzione relazionale* del sintomo che, in forma amplificata, è espressione di quanto accade dentro l'intera famiglia.

Il figlio, da paziente a co-terapeuta, diviene così una risorsa preziosa per la terapia e oltre a fornire una guida può svelare ulteriori risorse insite al sistema, spronando gli altri membri e rivalorizzando ognuno nella sua funzione familiare.

In entrambi i casi presentati è possibile osservare come un figlio, con il suo sintomo fisico e comportamentale, induca ad un'alterazione degli equilibri familiari.

Nel corso del processo terapeutico, ciascun componente ha ridefinito la sua posizione e ha contribuito attivamente al cambiamento. Se in un primo momento entrambe le famiglie hanno richiesto un aiuto esterno, si sono poi scoperte



capaci di ricevere sostegno anche dalla famiglia stessa, vera risorsa al servizio della terapia.

Un bambino e un adolescente, ognuno con il proprio linguaggio, raccontano storie familiari articolate e complesse, apparentemente diverse, ma accomunate da un dolore profondo legato ad una perdita, punto nevralgico che connette le due famiglie in un vissuto comune che va oltre l'esperienza clinica con la terapeuta.

Il *figlio problematico* porta all'attivazione del sotto-sistema dei fratelli, per poi amplificarsi alla coppia genitoriale che riacquisisce competenza. L'incontro terapeutico rimanda all'incontro di diversi piani e generazioni, diversi ruoli e diversi modi di comunicare, in cui ognuno entra in contatto con l'altro, si inter-scambia e svela nuove risorse per riavviare un tempo evolutivo.

Gioele e Alfred ci aprono al mondo della loro famiglia, comunicano con i loro sintomi e tracciano le orme per ripercorrere i momenti più significativi del ciclo vitale. Attraverso il linguaggio del corpo e delle emozioni è possibile leggere due storie cliniche ricche di stimoli e riflessioni teoriche e personali.

1. GIOELE, IL LOTTATORE PISCIONE

Gioele, un bambino di otto anni che si fa la pipì addosso e prende a pugni i muri, porta la sua famiglia in terapia perché dovrebbe essere aiutato a superare il divorzio dei genitori che si odiano e non hanno mai elaborato il lutto del loro secondogenito nato morto.

La sua mamma fa la richiesta di aiuto identificando la violenza reattiva e l'enuresi notturna come conseguenza del divorzio difficile dal



suo ex marito e del loro rapporto conflittuale. Rispetto ai suoi fratelli maggiori, Gioele non sembra aver accettato la separazione coniugale causata da un tradimento perpetuato dal padre, che mantiene i rapporti solo con il suo ultimo-genito.

Nel corso dell'esplorazione della storia di sviluppo familiare, mediante l'ausilio del *genogramma* (Andolfi 2015), emerge un ulteriore evento significativo e di ostacolo all'evoluzione della famiglia: l'aborto spontaneo avvenuto al nono mese di gravidanza di un figlio che ancora conserva uno spazio integrante all'interno del sistema.

Gioele viene portato in terapia poiché inadeguato rispetto alla sua età a causa dei suoi comportamenti, pertanto privato della sua competenza quale esperto della famiglia: «*un bambino di 8 anni non dovrebbe farsi la pipì addosso e se fa così tanti capricci vuol dire che non ha capito cosa sta succedendo in famiglia*».

Nell'immaginario collettivo conoscenza, insegnamento e responsabilità vengono connotate come "caratteristiche grandi e mature" al punto che attribuirle ad un bambino, per di più problematico, potrebbe destare disorientamento nel genitore che chiede aiuto e appare incapace di trovare la sua *adulità*. Dare competenza al bambino, quale esperto relazionale, significa vedere all'interno del comportamento-problema le risorse curative per superare le difficoltà. Valorizzare la presenza attiva del bambino in terapia, inoltre, permette di ri-conferire indirettamente competenze e responsabilità ai genitori (Andolfi et al., 1995).

Nell'incontro con Gioele è stato fondamentale instaurare un'alleanza ed investirlo del ruolo di co-terapeuta. Creare una complicità con il *paziente designato* ha aiutato sia Gioele ad alleggerirsi dei pesi funzionali e delle tensioni aggravanti, che la terapeuta ad orientarsi nel

mondo della famiglia e cogliere i segnali sintomatologici, quali indicatori relazionali denotativi di qualcosa che va ben oltre la dimensione individuale che tanto si vuole andare a "studiare".

Considerare il paziente designato come regolatore del processo terapeutico permette di superare la preoccupazione di valutare il progresso e il buon esito della terapia sulla base della risoluzione del sintomo. L'obiettivo, pertanto, non è quello di eliminare il comportamento problematico quanto ricercare, insieme alla famiglia, il significato relazionale e rintracciare al suo interno i nodi relazionali che lo alimentano.

Gioele manifesta dei problemi di *incontinenza*, della sua rabbia e della sua pipì, e questo lascia ipotizzare che nella sua famiglia "si trattiene troppo qualcosa". Nonostante il pregresso aborto, il divorzio dei genitori e lo sconvolgimento degli equilibri familiari, tutto deve essere mantenuto sotto controllo e ognuno si assume la responsabilità dello stare troppo dentro o troppo fuori gli eventi di perdita. Leggere i comportamenti di Gioele non come agiti ma come perdite – *perdita della calma e perdita della pipì* – ha permesso di spostarsi ad un livello più profondo. Facendo tesoro delle informazioni fornite dal bambino è stato possibile formulare le prime ipotesi sul funzionamento del gruppo familiare. Se Gioele rappresenta la porta d'ingresso nella famiglia, la chiave sta nei suoi sintomi.

Poiché spesso la terapia viene intesa come un'azione riparativa, può accadere che la famiglia si trovi a condividere l'essere in terapia ma non la strada da intraprendere e la direzione verso cui andare. Dietro l'aspetto apparentemente incomprendibile di un problema si apre un'area di ambiguità tra metaforico e concreto che spinge il sistema a muoversi seguendo un'altra prospettiva. Si tratta di un agire carico di interrogativi sul significato dei propri e degli altrui comporta-

menti e sulla motivazione di ciascuno alla terapia come occasione di cambiamento (Andolfi, Angelo, 1987).

Il primo ed imprescindibile passaggio terapeutico per entrare in contatto con l'intero sistema è stato quello di creare una relazione con il singolo per poi riconnetterlo all'insieme. Il punto di partenza è stato Gioele, i suoi comportamenti e i suoi sentimenti, subito dopo collegati al resto del gruppo nella ricerca di un significato collettivo.

Parlare alla famiglia attraverso le emozioni di Gioele ha agevolato il *joining* con i vari componenti con cui è stato possibile costruire, di volta in volta, un rapporto. Il *joining* costituisce un mezzo di unione e uno strumento di cambiamento. Mettere insieme le varie esperienze, sulla base delle intuizioni, delle osservazioni e delle informazioni ricevute, permette di costruire una trama alternativa rispetto alla quale ciascun membro si confronta e trova risposte differenti in un quadro complessivo di significati (Andolfi, Angelo, 1987).

Formare un'alleanza terapeutica con la famiglia e creare una motivazione congiunta significa porre le basi per la costruzione del *terzo pianeta* (Andolfi, 2015), uno spazio aperto e condiviso in cui famiglia e terapeuta possono incontrarsi così da scoprire significati relazionali nuovi ed essere parte attiva del sistema terapeutico.

1.1 Gli eventi significativi della storia familiare: il divorzio e la perdita, la separazione e la mancanza

L'evoluzione familiare viene considerata un processo dinamico, contrassegnato da stadi di sviluppo che implicano un cambiamento ed una riorganizzazione pratica ed emotiva. Le diverse fasi del ciclo vitale riguardano l'evoluzione "normale" della famiglia e sono chiamate *eventi normativi*; in contrapposizione a tali eventi natu-

rali esistono anche gli *eventi paranormativi* come morti improvvise o perdite di altro genere (Andolfi, 2015).

Il riferimento al ciclo vitale costituisce una base utile per analizzare i meccanismi interattivi di questo sistema familiare che si è sentito fortemente minacciato nel suo normale processo di crescita a causa di un avvenimento doloroso: l'aborto spontaneo di un figlio al nono mese gestazionale. Il racconto dell'evento, avvenuto in presenza di tutta la famiglia in seduta, è uno dei momenti più significativi ed intensi della terapia.

Durante una delle ultime visite di controllo antecedenti al parto, non è stato più rilevato il battito del feto, costringendo la madre a partorire un bambino già morto a causa di una trombosi dell'utero. La morte del *figlio*, dotato già di un nome e di una identità, rappresenta un elemento di arresto del tempo della famiglia che rimane bloccata nel ricordo idealizzato di questo bambino mai nato e la cui immagine viene rievocata quotidianamente da foto di angeli e simboli religiosi presenti in casa. Gioele, inserendolo nel genogramma in successione cronologica rispetto a lui e ai suoi fratelli, lancia un segnale molto forte: mediante una *mummificazione* (Andolfi, 2007), rimane parte integrante del sistema e viene mantenuto in vita in una rappresentazione che non permette ai vivi di confrontarsi con il lutto subito, negando la possibilità di una consolazione reciproca.

Il vissuto di perdita investe tanto il livello individuale quanto quello familiare. Quest'ultimo è inteso non come la somma dei singoli lutti individuali ma come una entità a sé che tiene conto delle reazioni ed emozioni che circolano, si scambiano e si organizzano tra i vari componenti della famiglia. L'impatto inevitabile sul singolo e sulle relazioni comporta cambiamenti decisivi nell'identità e negli scopi dell'intero sistema (Andolfi, D'Elia, 2007).



Il lavoro svolto in terapia è stato, dunque, quello di integrare il "prima" e il "dopo" e gli inevitabili squilibri dovuti alla perdita, per concedere a ciascun componente della famiglia un'opportunità di crescita e cambiamento. Lasciar andare, passando dalla sofferenza dell'assenza al ricordo, ha fatto sì che la presenza di questo figlio mai nato diventasse un elemento di vicinanza emotiva e non ostativa ai rapporti tra i vari membri.

Molto spesso gli eventi legati a morti improvvise producono un'onda d'urto così che i danni affettivi e relazionali possono prendere forme ed espressioni diverse in tempi successivi. Bowen (1979) definisce l'*onda d'urto emotiva* un "insieme di contraccolpi sotterranei" che possono prodursi anche negli anni che seguono un

evento emotivo significativo. Non è possibile correlare l'onda d'urto emotiva alle reazioni di dolore che normalmente si hanno, in quanto essa opera sulla base di una dipendenza emotiva tra le persone coinvolte. Le forme di onda d'urto possono assumere la veste di qualsiasi problema umano, dalla sintomatologia fisica alle manifestazioni emotive o comportamentali (Bowen, 1979).

L'esperienza di perdita diviene vincolante per la coppia coniugale poiché l'aver condiviso un momento tanto traumatico instaura un patto implicito tra i partner che non possono osare ferire l'altro ancora una volta. L'infedeltà diviene imperdonabile poiché infrange una promessa di lealtà che va ben oltre la relazione coniugale.

Chi muore è solo parte della relazione tra le persone che restano (Andolfi, D'Elia, 2007); la perdita può tanto unire quanto separare. L'equilibrio di coppia, alterato dalla morte del figlio immaginato, produce una serie di effetti sul piano della relazione che subisce un blocco evolutivo e amplifica i livelli di sofferenza. Le trasformazioni personali e relazionali non sono sempre facili da affrontare e la delusione e lo smarrimento provati, se non condivisi e accolti reciprocamente, possono portare alla rottura del legame. La trascuratezza verso la realtà e i bisogni della coppia può causare quello che Silvia Soccorsi (1977) definisce un *divorzio senza separazione*.

L'evasione coniugale è strettamente correlata alla relazione di dipendenza instaurata dopo la dolorosa perdita e se in un primo momento i due eventi appaiono privi di un nesso, ripercorrere l'esperienza con una maggiore capacità comunicativa facilita un dialogo più aperto ed autentico. Di fronte ai problemi coniugali di coppia, i figli si trovano spesso a difendere il membro che percepiscono più debole. Nell'esperienza clinica si è riscontrato che quando il livello di tensione coniugale è elevato, il figlio tende a spostare l'attenzione su di sé attraverso comportamenti regressivi -*l'enuresi notturna*- o condotte auto ed etero distruttive -*i pugni al muro*-. Gioele, con la forza di un adulto e la vulnerabilità di un bambino, si fa portavoce della rabbia e della tristezza dei suoi genitori. Attraverso i sintomi infantili e la terapia familiare si possono ancora tenere insieme la mamma e il papà e lavorare su questo aspetto di dipendenza rispetto allo spazio e al tempo delle sedute, ha spinto verso una collaborazione tra gli ex coniugi nel rassicurare Gioele riguardo le sue fantasie di perdita.

L'elemento cruciale nel processo terapeutico di questa famiglia è stato l'utilizzo del sintomo infantile. Dietro ai comportamenti *incontinenti* e *incontrollabili* di Gioele è sottesa una storia di sofferenza

familiare legata ad un lutto in-elaborabile e ad una rottura in-superabile. La scomparsa dei suoi sintomi, così come la ridefinizione dei ruoli e delle funzioni di ciascun membro all'interno del sistema, ha avviato l'evoluzione della famiglia. Interrompere quelle dinamiche relazionali disfunzionali e mettere in atto le risorse personali e familiari ha generato una spinta centripeta verso un nuovo equilibrio.

Così come una perdita, una separazione o un passaggio ad una fase di sviluppo successiva, anche la terapia porta con sé un movimento evolutivo anomalo che offre un'opportunità di crescita. Se prima il sintomo infantile fungeva da equilibrio al sistema, assume poi la funzione di innescare un cambiamento.

Tra i momenti di maggior impatto emotivo è stato ricordato quello in cui Gioele veniva invitato a "*mettere una x*" sul nome di suo fratello e ad inserire la data di morte nel genogramma; il silenzio di quel momento ha creato un clima di commozione e vicinanza tra famiglia e terapeuta, consolidandone l'alleanza: «*Lui è stato cancellato, non dimenticato*».

2. ALFRED, SVENIRE E FAR SVANIRE

Alfred è un adolescente scontroso e ribelle in conflitto con il padre a causa dello scarso rendimento scolastico. Durante i litigi in famiglia, quando la tensione emotiva aumenta, il ragazzo sviene e perde conoscenza. I genitori non riescono a spiegarsi cosa sia successo al loro "bravo bambino" di cui tanto sentono la mancanza a casa. Nonostante le diverse visite e valutazioni mediche non è stata trovata la causa organica del suo sintomo. Alfred con i suoi svenimenti racconta una storia familiare in parte "svanita".

Dalla costruzione del genogramma familiare emerge una trama frammentata contrassegnata da grandi tabù: lo sradicamento dalla terra di origine, l'Albania, e la morte intrauterina della gemella di sua sorella minore, una presenza na-



scosta e una perdita taciuta all'interno della famiglia.

La famiglia avanza la richiesta d'aiuto in una fase del ciclo vitale ben precisa: l'adolescenza di uno dei suoi componenti. La maturazione biologica ed emotiva di Alfred, impone inevitabilmente la crescita dell'intero sistema.

Alfred viene portato in terapia come un bambino che sta crescendo in maniera anomala a causa dei suoi comportamenti problematici. Per i genitori l'adolescenza rappresenta una sorta di malattia incomprensibile, più che un momento di crescita e cambiamento, e ciò porta a vivere questa fase evolutiva con timore. Di fronte all'Alfred adolescente, i genitori si sentono confusi e preoccupati, non riconoscono più il figlio, non sanno se considerarlo già grande o ancora piccolo, come comprenderlo e come trattarlo.

Andreoli (2006) considera l'adolescenza come il "tempo della metamorfosi" che comporta non solo un mutamento fisico ma anche un cambiamento emotivo, della personalità e uno stravolgimento dei punti di riferimento. Cambia il rapporto con la scuola e con la famiglia, elementi che possono destare insicurezza a cui l'adolescente reagisce con meccanismi di difesa come la fuga e la violenza. La comprensione dei processi di sviluppo parte dall'osservazione dei comportamenti come *metafore relazionali*, ovvero segnali indiretti di bisogni e coinvolgimenti emotivi del passato che si manifestano nelle relazioni presenti (Andreoli, 2006).

Il ragazzo si distrae e nei momenti di tensione sviene, si distoglie da situazioni che lo coinvolgono troppo emotivamente. Alfred "stacca la corrente" e ci si interroga su quali siano le luci e le ombre nella sua famiglia. Leggere i suoi comportamenti non come *dimostrazioni* ma come *omissioni* ha permesso di cogliere il significato implicito dei suoi sintomi, quali segnali relazionali rispetto al funzionamento familiare.

Quando la terapia è con adolescenti problematici, la costruzione dell'alleanza terapeutica parte proprio da loro (Andolfi, Mascellani, 2010). Instaurare un'alleanza con il paziente designato, per di più adolescente, ha significato mettere in evidenza le competenze e valorizzare la sua esperienza autodidattica in famiglia. È stato, pertanto, necessario costruire un rapporto di fiducia e attraverso la relazione con Alfred si è coinvolta l'intera famiglia.

Così come il bambino, anche l'adolescente è un soggetto di competenza che può assumere il ruolo di co-terapeuta. Mentre il bambino utilizza un linguaggio più semplice e lineare, l'adolescente dice solo quello che può dire, in linea con il ruolo familiare assolto (Andolfi, 2010). I messaggi non verbali di Alfred appaiono ambigui: il desiderio di vicinanza e collaborazione viene mascherato dai suoi silenzi e dalla sua iniziale distanza; tuttavia l'adolescente ha bisogno dell'ambivalenza per trovare il giusto equilibrio tra appartenenza e separazione. Nella costante ricerca di indipendenza Alfred percepisce i suoi bisogni vulnerabili ed utilizza la relazione terapeutica per esplicitarli e renderli visibili all'interno della famiglia.

Il rapporto da subito instaurato con Adele, la sorella minore di Alfred, ha permesso di apprezzare la dualità bambino-adolescente e valorizzare l'ambivalenza adolescenziale attraverso il gioco e l'umorismo, creando un clima accogliente e caloroso.

Il contributo del bambino in terapia familiare è significativo anche quando è un altro membro del sistema a manifestare un disagio. Si osserva come in questa famiglia si respiri concretezza e si faccia fatica ad utilizzare l'immaginazione. I genitori appaiono sovrastati dalla realtà negativa dei problemi di Alfred e questo comporta una difficoltà a sintonizzarsi emotivamente con loro e ad instaurare una relazione profonda. Costruire con la famiglia metafore sui comportamenti

sintomatici di Alfred si è rivelato utile non solo al fine di instaurare con lui un'alleanza, ma anche per esplicitare i ruoli familiari più radicati, facendo emergere sentimenti nascosti, contenuti e aspetti relazionali difficilmente espressi in modo diretto.

2.1 Gli eventi significativi della storia familiare: perdere, trattenere e lasciar andare

Nel momento in cui si amplifica un problema e si vedono le connessioni con altre realtà della famiglia, si arriva a coglierne le dimensioni storiche intergenerazionali (Andolfi et al., 2010).

I coniugi non vivono più in Albania da diciotto anni e condividono un passato difficile fatto di stenti e sacrifici. Conoscere le storie di sviluppo permette di apprendere nozioni storiche che stimolano curiosità ed interesse rispetto alla realtà di quel tempo. Entrambi descrivono un'infanzia fatta di poche cose e tante responsabilità, in cui avrebbero voluto "solo studiare" e poter vivere la loro età con spensieratezza senza doversi preoccupare di contribuire al sostentamento economico della famiglia e fornire manodopera. Il più grande rammarico della figura materna è quello di non aver avuto la possibilità di studiare, mentre il padre ha sempre sognato di diventare un insegnante. Alfred, pertanto, adempie al dovere di realizzare le ambizioni genitoriali deluse e, per tale ragione, la sollecitudine è quella di risollevarne l'andamento scolastico e garantirsi un futuro meno precario.

In seduta vengono narrate storie toccanti di povertà e gratitudine, quasi oltre l'immaginazione. I coniugi descrivono condizioni di vita che sembrano lontane e surreali che lasciano spazio alla commozione e alla riflessione. Comprendere le loro origini in presenza dei figli crea un clima di ascolto e condivisione e attiva duplici sentimenti di sofferenza ed orgoglio rispetto ai valori con cui i coniugi sono cresciuti e che hanno rappresentato l'unico riferimento al momento del cambio paese. L'im-

migrazione determina una frattura e un allontanamento ma anche una continuità del modello di vita appreso improntato sul dovere e sul sacrificio. Le esperienze emotive genitoriali vengono trasmesse alla generazione dei figli nel tentativo di far coesistere i rigidi ed antichi valori familiari con quelli di una nuova generazione e di un nuovo paese con cui talvolta vanno in contrasto.

L'adolescenza di Alfred rappresenta una rottura nella trasmissione intergenerazionale dei *mandati familiari*, di cui i genitori sono depositari, e dei significati profondi che garantiscono la prosecuzione del modello tramandato. Molte delle regole vengono valorizzate e mantenute, mentre altre subiscono cambiamenti che riguardano le norme di ciascun membro. Ridefinire le regole significa, quindi, ridefinire i ruoli e le funzioni nel sistema.

Un passaggio terapeutico significativo è stato quello di lavorare sullo "stare tra", sia a livello spaziale che temporale, strutturando un'identità tra il *qui* e il *lì* e tra il *prima* e il *dopo*.

Le figure genitoriali si trovano in una situazione di vulnerabilità psicologica, dovuta alla paura di perdere le proprie radici, e percepiscono la diversità come una minaccia da cui doversi difendere. Lorena Cavalieri (2022), sottolinea che i figli si fanno carico delle difficoltà e delle lealtà con la terra di origine, trasformandole in sintomi che danno voce al disagio dei genitori e utilizzando il loro corpo come richiesta di aiuto per la famiglia. L'autrice invita a mettere al centro dell'esplorazione la cultura e le tradizioni familiari e a lavorare sulle appartenenze, non solo per comprendere la storia evolutiva e creare un rapporto di fiducia ma anche per dare un significato relazionale al sintomo inserendolo in un contesto più ampio (Andolfi et al., 2022; p.125).

Nel corso della terapia, i genitori forniscono ai figli un prezioso esempio di come appartenere per poi separarsi. Entrambi riusciranno a superare la rigidità degli schemi familiari antichi per rinnovar-



si nel ruolo genitoriale. Allo stesso modo, Alfred compie uno straordinario lavoro di disvelamento: la condivisione della sofferenza dovuta al bullismo subito a scuola per le sue origini, crea uno spazio aperto in cui, incontro dopo incontro, ciascuno si sente sempre più libero di esplicitare i propri stati emotivi, riuscendo ad incontrarsi su temi delicati come l'emarginazione, il pregiudizio e la discriminazione. La tematica specifica del bullismo non viene approfondita in seduta, tuttavia apre spiragli e semina vicinanza, stimolando la famiglia a "prendere e portare a casa". La psicoterapia è, dunque, un'opportunità e indica un'apertura di Alfred nei confronti dei genitori, un invito a guardare oltre il suo rendimento scolastico; egli sta dando la possibilità di creare un contesto per una comunicazione nuova e per dei rapporti più profondi, che va al di là dello spazio e del tempo della terapia.

Sono i figli che permettono ai genitori di tornare indietro così da ricordare i loro processi di sviluppo e questo viaggio a ritroso favorisce l'alleanza affettiva (Andolfi et al., 2010). Individuare le tracce da loro fornite attraverso il linguaggio del corpo rappresenta il modo migliore per esplorare il mondo culturale e affettivo della famiglia. Basta ottenere la loro fiducia e affidarsi al loro linguaggio (Andolfi et. al., 2022; p.135-136).

Proseguendo con l'analisi del ciclo vitale della famiglia, emerge un *evento paranormativo*, critico per l'evoluzione del sistema: il lutto non elaborato e nascosto della sorella gemella di Adele. Questo rappresenta un argomento tabù in famiglia e per la prima volta il racconto prende forma e viene condiviso tra i vari membri.

Adele nasce da una gravidanza gemellare omozigote e al sesto mese gestazionale avviene la morte intrauterina dell'altro feto. Tuttavia, condividendo la stessa placenta, non è stato possibile intervenire chirurgicamente e la gravidanza è stata portata avanti con la costante paura ed il rischio di un ulteriore aborto spontaneo. La ginecologa all'epoca consigliò di interrompere la

gravidenza considerando le basse probabilità che un feto così fragile potesse farcela. Al momento del parto vengono alla luce una bambina viva e una immaginata ma morta da tempo. La signora racconta di non aver avuto la possibilità di vedere il feto poiché appena estratto viene portato via per gli approfondimenti del caso. L'aver perso la bambina in età fetale non ha permesso di riconoscerla come "neonata", tantomeno di legalizzarne il decesso, un lutto delegittimato anche in famiglia in cui nessuno ne ha più parlato né condiviso la dolorosa esperienza. Così come espresso dal linguaggio implicito di Alfred con i suoi svenimenti, la tendenza di questa famiglia è quella di "spegnere la luce", lasciando in ombra gli eventi infausti del percorso di vita.

Ciò che viene esplorato, in connessione alla crescita emotiva, sono quegli aspetti di un processo di elaborazione del lutto che un membro della famiglia può aver negato per non rivivere sensazioni dolorose. Inoltre, si cerca di impedire che venga vissuta un'ulteriore perdita emotiva a causa della differenziazione dal sistema familiare.

La morte e il confronto con essa rappresentano un evento cruciale nella storia di ciascuno e una prova per la famiglia: superarne gli esiti e permettere che il dolore generato non ne ostacoli l'evoluzione, costituisce un compito e una sfida per tutti. Il lutto si arresta laddove si nega la possibilità di metterlo in circolazione e condividerlo. Nessuno sopravvive da solo alla morte di una persona cara e il processo di superamento comporta una mobilitazione di risorse che partono dall'individuo fino alla famiglia (Andolfi, D'Elia, 2007).

L'accento è posto sulla capacità comunicativa rispetto alla profondità del dolore, una risorsa familiare che permette il riconoscimento della realtà della morte e un confronto rispetto al lutto individuale, senza manifestare modalità protettive e coperture reciproche. Accettare l'esperienza di perdita e confermare il senso di appartenenza, contribuisce alla riorganizzazione

del sistema familiare e stimola il reinvestimento in altri compiti e fasi di vita.

Aver attivato un dialogo in terapia fa emergere i vissuti di colpa legati alla perdita; condividere gli stati d'animo crea in seduta un clima di partecipazione e rispetto verso i vissuti emotivi di ognuno, che finalmente vengono espressi.

La possibilità di parlare dell'evento traumatico anche con una persona "non della famiglia", aiuta i coniugi ad elaborare l'esperienza ed inserirla nel contesto della loro storia. Il significato che viene dato fa riferimento al passato e ai miti tramandati nel tempo: l'intera famiglia agisce sulla base di quanto ereditato dal passato in termini di resilienza ed autocura.

Nelle famiglie che hanno sofferto momenti traumatici, gli individui, per istinto di sopravvivenza, dimenticano parti del passato e il loro ricordo diventa frammentato. Risulta necessario rico-

struire una storia comune per appartenere e poi differenziarsi. Il cammino verso l'autonomia non è possibile senza prima aver costruito una continuità storica (Andolfi, D'Elia, 2007).

Rispetto al tema della perdita è Adele la prima a pronunciare le parole "morte" e "cimitero" e a risignificare le lacrime di sua madre come legate ad un dolore e non alla semplice preoccupazione genitoriale rispetto al profitto scolastico. Nell'intensità del momento, i grandi si paralizzano e solo la Piccola Adele riesce ad essere diretta ed autentica con due semplici frasi: «mamma piange perché la sorellina è morta e non ha potuto portarla al cimitero, adesso non è più importante che Alfred non ha fatto i compiti!». La voce della bambina, spontanea e libera, arriva dritta al cuore superando le adulte rigidità!

Infine, aver toccato questi importanti argomenti ha attivato un primo tentativo omeostatico del-



la famiglia di ritornare sulla questione scolastica, andandone a confermare la funzione celante. Ciononostante, si oltrepassano le difese e si accede ad un livello più profondo di maggior vicinanza, in cui gradualmente si acquisisce fiducia rispetto a possibilità e risorse.

I comportamenti di Alfred, per quanto disfunzionali, reggono un equilibrio familiare. Comprendere il senso e il funzionamento relazionale del sintomo è indispensabile per cogliere il desiderio di cambiamento e costruire una motivazione condivisa rispetto agli obiettivi della terapia.

Alfred, quale esperto relazionale, funge da *ponte intergenerazionale* mediando tra un passato doloroso e un presente incerto. Far entrare la storia passata nel presente rende visibile la connessione con i problemi attuali, i quali diventano il punto di partenza per muoversi indietro e avanti nel tempo (Andolfi, 2007).

L'elemento cruciale è stato, dunque, passare dalla *diagnosi del sintomo* al *sintomo come diagnosi* del funzionamento familiare. Andare alla ricerca degli eventi che hanno segnato la famiglia ha ridefinito la storia di sviluppo, stimolando curiosità verso trame alternative e possibilità evolutive. L'*incompetenza di uno* è diventata la *competenza di tutti* a ristabilire confini chiari e sani, così da permettere ai genitori di risanare le ferite più antiche e liberare i figli da pesi impropri.

CONCLUSIONI

Il ciclo vitale della famiglia è costituito da una complessa architettura temporale di eventi interni, esterni, individuali, di gruppo e storici che ne segnano l'evoluzione. Si individuano tre dimensioni: il passato, in cui risiedono i miti e le tradizioni familiari, il presente caratterizzato da aspettative e valori e la dimensione futura di progettualità (Andolfi, 2015). L'intensità della reazione di fronte a periodi evolutivi critici e pa-



ranormativi dipende dal livello di vulnerabilità e di integrazione emotiva del sistema.

I casi presentati mostrano duplici modi in cui una famiglia può porsi verso il dramma della "morte di un figlio mai nato": nel primo caso, mediante il meccanismo della *simbiosi compensativa*, l'esperienza di perdita condiziona il sistema in modo totalizzante; nella seconda situazione clinica invece, attraverso un'*espulsione protettiva*, vi è la negazione di quanto accaduto (Soccorsi, 1984). Seppur con reazioni differenti, nelle famiglie non è presente una reale accettazione della perdita, producendo una serie di effetti sul piano delle relazioni familiari e un blocco evolutivo nella crescita di entrambi i sistemi.

Silvia Soccorsi (1977) pone l'accento sul potere della *parola* in cui tutti gli sforzi per non pronunciarla sono considerati rituali utili a scongiurare gli effetti malefici che, paradossalmente, vengono esorcizzati solo attraverso la liberazione della parola stessa. Dare un'identità alla perdita, nominando la "morte", rappresenta un'evoluzione positiva verso l'accettazione seppur dolorosa di un evento che non si può nascondere alla propria coscienza. Una maggiore accettazione corrisponde ad una maggiore disponibilità a fare i conti con tutti i sentimenti negativi che hanno procurato e procurano sofferenza. Nominare la morte e analizzarne i diversi aspetti e reazioni, inoltre, permette di entrare nel significato che ognuno attribuisce all'esperienza. Come sottolineato da Andolfi e D'Elia (2007), "parlare è un processo non un episodio" e condividere i sentimenti in un dialogo aperto, onesto e rispettoso permette di acquisire più consapevolezza delle storie pregresse, creare legami di appartenenza, ristabilire un equilibrio emotivo e costruire insieme una nuova trama. Conoscere, vedere la sofferenza provata dall'altro consente di entrare in contatto con il proprio dolore, inespresso o amplificato. Riconoscere e riconoscersi aumenta, così, i livelli di coesione interna al sistema.

Ciò che accomuna le due famiglie descritte sono le *perdite ambigue* (Andolfi, D'Elia, 2007), legate a *morti fisiche ma non psicologiche*, come avvenuto per gli aborti spontanei, e a *mancanze emotive ma non fisiche*, come per l'esperienza del divorzio e l'emigrazione.

François Roustang (2004) distingue l'*oblio che cancella* dall'*oblio che preserva*. Il passaggio da una dimensione all'altra ha determinato la conclusione di entrambe le terapie in cui il dolore è stato riconosciuto e accolto, tramutandosi in forza consapevole. Le perdite esperite, elaborate ed interiorizzate come valori sono divenute risorse utili a superare i confini... e scorgere orizzonti!

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., Angelo C., *Tempo e mito in psicoterapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- Andolfi M., Haber R., *La consulenza in terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano, 1995
- Andolfi M., D'Elia A., *Le perdite e le risorse della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano, 2007
- Andolfi M., Mascellani A., *Storie di adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2010
- Andolfi M., *La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, 2015
- Andolfi M., Mascellani A., Salerno A., *La magia del bambino in terapia familiare*, Accademia Press, Roma, 2022
- Andreoli V., *La violenza della metamorfosi*. Rivista di Terapia Familiare, vol.81, 2006
- Bowen M., *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Astrolabio, Roma, 1979
- Roustang F., *Che fare delle proprie sofferenze?* Rivista di Terapia Familiare n. 76, 2004
- Soccorsi S., *Esperienze di intervento in un centro per la cura delle leucemie dei bambini*, dicembre 1977. Rivista di Terapia Familiare, vol.2, pp.41-58
- Soccorsi S., Lombardi F., Rubbini Paglia P., *La famiglia come risorsa nel trattamento del bambino oncologico*. Rivista Terapia Familiare, 16, pp.47-66., 1984

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEI PROGETTI SAI

TECNICHE E STRATEGIE DI INTERVENTO PER IL BENESSERE DEI MIGRANTI

Roberta Micali
Psicologa
Psicoterapeuta cognitivo
comportamentale

ABSTRACT

I progetti del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI) rappresentano un contesto complesso e multidimensionale in cui lo psicologo gioca un ruolo cruciale. Questo articolo esplora l'applicazione della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per affrontare disturbi molto comuni in tale contesto come il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), il disturbo ansioso e quello depressivo.

Nello specifico, viene sottolineata l'importanza di un approccio culturalmente sensibile, integrato e multidisciplinare; attraverso esempi clinici e tecniche pratiche, l'articolo offre una panoramica dettagliata delle sfide e delle opportunità del lavoro psicologico all'interno dei SAI.

PAROLE CHIAVE

Migrazione, psicoterapia cognitivo-comportamentale, Sistema Accoglienza e Integrazione, disturbo post-traumatico da stress.

INTRODUZIONE: IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE (SAI)

Il Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI), promosso dal Ministero dell'Interno italiano, rappresenta un modello innovativo per la gestione delle migrazioni. L'obiettivo principale è fornire ai beneficiari non solo un'accoglienza materiale, ma anche strumenti per l'autonomia e l'integrazione nella società ospitante (Ministero dell'Interno, 2023).

I progetti SAI utilizzano un approccio olistico: ogni beneficiario è seguito da un'équipe multidisciplinare che include assistenti sociali, mediatori culturali, educatori e psicologi.

Il ruolo dello psicologo è particolarmente delicato, poiché i migranti spesso affrontano le conseguenze di eventi traumatici, la separazione dal proprio contesto culturale e l'incertezza legata al proprio status legale (Bhugra e Gupta, 2011).



Dal punto di vista psicologico, l'intervento si focalizza su tre livelli principali:

1. Individuale: ovvero sul trattamento delle problematiche psicopatologiche legate a trauma, ansia e depressione.
2. Relazionale: ovvero offrendo supporto nella ricostruzione di reti sociali e familiari.
3. Comunitario: facilitando l'integrazione della persona nel contesto socio-culturale locale.

Questo approccio permette dunque di affrontare le problematiche individuali, rafforzare le relazioni interpersonali e promuovere un senso di appartenenza e integrazione nella comunità ospitante (Bhugra & Becker, 2005).

LE SFIDE PSICOLOGICHE DEL CONTESTO MIGRATORIO

L'esperienza migratoria comporta sfide psicologiche significative che si sviluppano attraverso diverse fasi del processo migratorio:

- Eventi pre-migratori: persecuzioni politiche, conflitti armati e violenze fisiche o psicologiche, frequentemente vissute prima della partenza dal paese d'origine (Fazel et al., 2005).
- Eventi migratori: viaggi pericolosi e l'esperienza di campi di transito che possono determinare un'esposizione a traumi secondari (Hinton et al., 2009).
- Stress post-migratori: discriminazione, isolamento sociale e difficoltà nell'accesso a risorse legali o economiche, nelle nuove realtà ospitanti, aumentano significativamente il rischio di sviluppare disturbi psicopatologici (Bhugra & Gupta, 2011).

Studi recenti evidenziano che fino al 40% dei migranti presenta sintomi di PTSD con una prevalenza significativamente più alta rispetto alla popolazione generale (Fazel et al., 2005).

Questi dati rendono fondamentale l'adozione di strategie d'intervento culturalmente sensibili.



METODOLOGIE DI INTERVENTO PSICOLOGICO NEI SAI

L'approccio cognitivo-comportamentale (CBT) si dimostra particolarmente efficace nei contesti SAI per la sua flessibilità e struttura pratica. Tuttavia, necessita di adattamenti per rispondere alle specificità culturali dei beneficiari (Hinton e Patel, 2017).

1. Psico-educazione: la Base dell'Intervento

La psico-educazione aiuta i beneficiari a comprendere le proprie reazioni psicologiche. Attraverso l'uso di un linguaggio accessibile e culturalmente sensibile si mira a normalizzare i sintomi del trauma, riducendo il senso di isolamento e stigma.

Appaiono necessarie due strategie ovvero:

- l'adattamento culturale: questo processo consiste nell'integrare elementi culturali specifici dei beneficiari, utilizzando metafore, racconti e simboli che risuonano con il loro vissuto e la loro tradizione. Tale processo. Ad esempio, spiegare il trauma come una "ferita invisibile che richiede tempo per guarire" facilita la comprensione.
- materiali visivi: disegni, diagrammi e schemi sono molto utili per semplificare concetti psicologici astratti. Ad esempio, spiegare il ciclo di attivazione del sistema nervoso e l'effetto del trauma sul corpo attraverso questi mezzi favorisce una comprensione immediata e più intuitiva (Kabat-Zinn, 1990).

2. Esposizione Graduata e narrazione del trauma

L'esposizione graduata è una tecnica chiave per affrontare l'evitamento e l'ipervigilanza. Essa richiede 3 fasi principali ovvero:

- costruzione di un rapporto di fiducia con il beneficiario;
- identificazione di situazioni o ricordi evitati;
- graduale esposizione in un ambiente sicuro e controllato.

La Narrazione del trauma facilita l'elaborazione dei ricordi traumatici; essa avviene attraverso esercizi di scrittura o immaginazione guidata. L'utilizzo di mediatori culturali aiuta a superare barriere linguistiche e a garantire una maggiore aderenza al trattamento (American Psychiatric Association, 2022).

3. Ristrutturazione Cognitiva.

I pensieri disfunzionali, spesso derivanti dalle esperienze traumatiche, rappresentano una barriera significativa al benessere psicologico; aiutare i beneficiari a modificare i pensieri automatici negativi derivanti da tali esperienze è pertanto essenziale.

Un esempio pratico è stato aiutare un beneficiario, che percepiva il proprio fallimento nell'adattarsi al contesto italiano, nel ristrutturare il suo pensiero da "non riesco a integrarmi" a "sto imparando a costruire passo dopo passo una nuova vita" (Beck, J.S., 2021).

4. Tecniche di Regolazione Emotiva.

La regolazione emotiva è essenziale per gestire i sintomi intensi di ansia, rabbia o apatia. Le tecniche introdotte sono:

- rilassamento muscolare progressivo di Jacobson. (Jacobson, E., 1938)
- respirazione diaframmatica.

Esse apportano un miglioramento nella gestione degli stati di agitazione e riduzione dell'uso di strategie di evitamento (Kabat -- Zinn, 1990).

5. Approcci Psicosociali e Multidisciplinari.

Il lavoro psicologico nei SAI si integra con interventi educativi e sociali.

- laboratori di gruppo: incontri tematici su temi come la gestione della genitorialità e la prevenzione da malattie sessualmente trasmissibili.
- progetti comunitari: attività utili per favorire l'integrazione; essi coinvolgono sia i beneficiari che i membri della comunità ospitante, come laboratori artistici o di cucina.

IL CASO DI GHASSAN D.: UN PERCORSO DI INTEGRAZIONE E BENESSERE

Ghassan D., 45 anni, è un rifugiato siriano ospite in un Progetto SAI del Salento, insieme alla moglie e ai suoi quattro figli. La sua storia è segnata da esperienze traumatiche che hanno compromesso profondamente il suo benessere psicologico.

Al momento del suo ingresso nel Progetto menzionato, egli è in trattamento per depressione maggiore con attacchi di panico e assume una terapia farmacologica composta da Lamotrigina, Escitalopram e Bromazepam.

Un uomo, una vita interrotta

Prima della guerra civile in Siria, Ghassan conduceva una vita tranquilla e soddisfacente. Nato e cresciuto a Homs, era il proprietario di una piccola attività commerciale, una merceria, dove trascorrevano le sue giornate tra tessuti e clienti. Egli amava cucire, una passione ereditata dal padre, e si diceva fiero di creare capi personalizzati che molti in città apprezzavano.

Il beneficiario era anche un grande appassionato di pesca: spesso si recava con amici e parenti al fiume Oronte, che attraversava la sua città, per trascorrere momenti di serenità. Per lui, la pesca rappresentava non solo un passatempo ma anche un'occasione per riflettere e stare a contatto con la natura.

La sua vita familiare era al centro del suo mondo. Padre premuroso e marito affettuoso, Ghassan si dedicava alla moglie e ai figli, trasmettendo loro i valori della responsabilità e della solidarietà.

Prima degli eventi traumatici, non emergevano segni di vulnerabilità psicologica: era un uomo solido, rispettato nella comunità e con una spiccata capacità di affrontare le difficoltà quotidiane con determinazione.

La frattura: la guerra e la fuga

Nel 2011, la sua vita cambia radicalmente. Durante la guerra civile, Ghassan viene arrestato

per aver partecipato a una manifestazione contro il regime di Bashar al-Assad. In detenzione subisce gravi torture fisiche e psicologiche che lo segnano profondamente. Dopo 14 giorni, viene rilasciato, ma rimane nel mirino delle autorità, costringendo lui e la sua famiglia a fuggire in Libano per salvare la propria vita.

In Libano, Ghassan riesce a costruire una parvenza di stabilità, lavorando come rivenditore di abiti usati e cercando di garantire ai figli una vita dignitosa. Tuttavia, nel 2015, un episodio drammatico sconvolge nuovamente la sua esistenza: per proteggere il figlio maggiore ed evitare la sua morte, per mano di criminali locali che sostenevano di aver subito un grave torto dallo stesso, qualche giorno prima, Ghassan si è offerto di picchiare violentemente suo figlio al posto di tali uomini e di fronte ad essi; tale gesto, sebbene dettato dalla necessità, ha lasciato in lui un senso di colpa e di fallimento come padre.

L'evento sopradescritto ha minato gravemente il suo equilibrio psichico generando, oltre a quanto citato, un significativo stato di tensione generalizzata e una deflessione del tono dell'umore associata ad anedonia, disturbi del pattern ipnico, ovvero difficoltà di addormentamento, difficoltà di concentrazione, inappetenza e pensieri suicidari.

Il presente: una fragilità nascosta

Oggi, Ghassan si presenta come un uomo apparentemente funzionale: curato nell'aspetto, rispettoso e capace di instaurare una relazione di fiducia nei colloqui clinici. Tuttavia, dietro questa facciata emergono profondi disagi: i pensieri intrusivi legati al suo passato si manifestano frequentemente, riportandolo alle torture subite in Siria, ai volti dei carcerieri e alle urla del figlio durante l'episodio in Libano. Questi ricordi lo perseguitano, impedendogli di trovare pace.

Sul piano familiare, il beneficiario si dimostra affettuoso ma spesso assente emotivamente. Il suo evitamento delle emozioni negative, at-

traverso strategie come fumare fino a 30 sigarette al giorno o bere tè in quantità eccessive, lo tiene distante dai suoi cari, che percepiscono il peso del suo malessere. La moglie, sebbene comprensiva, riferisce difficoltà nel comunicare con lui nei momenti di crisi, mentre i figli più grandi, pur rispettandolo profondamente, mostrano segni di preoccupazione per la sua salute.

Valutazione Clinica

Gli strumenti diagnostici utilizzati durante gli incontri, sono stati il colloquio semi- strutturato e l'osservazione clinica; non sono stati utilizzati test psicometrici poiché la scarsa padronanza della lingua italiana e la mediazione e la traduzione degli item, da parte dell'interprete, avrebbero potuto inficiare l'affidabilità dei risultati ai test stessi.

Durante l'assessment sono state raccolte importanti informazioni circa il suo stato di salute psicologico attuale e pregresso, la predisposizione e la familiarità verso la psicopatologia, il tono dell'umore e il funzionamento delle funzioni psichiche superiori. E' stata indagata anche la presenza di abuso di sostanze e di agiti aggressivi, auto ed etero diretti, nonché di ricoveri psichiatrici pregressi.

Il quadro clinico conduce ad una probabile diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), secondo i criteri DSM-5 (codice 309.81/F43.10) (American Psychiatric Association, 2013).

Ghassan rivive il trauma attraverso flashback, pensieri ricorrenti e immagini intrusive, accompagnati da intensa partecipazione affettiva e



manifestazioni neurovegetative. Gli stimoli che richiamano il passato, anche se minimi, scatenano reazioni di ansia e disagio estremo, interferendo con il suo funzionamento quotidiano.

Nonostante questi segnali, Ghassan mostra capacità di resilienza: la sua dedizione alla famiglia e il desiderio di garantire loro un futuro migliore in Italia sono leve importanti su cui lavorare nel trattamento.

Durante i colloqui, il beneficiario ha negato l'assunzione attuale e pregressa di sostanze psicotrope e alcoliche; ha dichiarato di essere mai stato sottoposto a ricoveri presso il reparto di psichiatria, o simili, nonché, prima di maggio 2024, di aver seguito percorsi di psicoterapia.

Il quadro clinico emerso caratterizza una situazione di intensa fragilità che potrebbe compromettere le sue capacità di adattamento al contesto italiano; si è ritenuto opportuno, pertanto, raccomandare:

- un percorso di psicoterapia individuale, focalizzato sulla rielaborazione del trauma e sulla riduzione dei sintomi intrusivi, utilizzando approcci evidence-based come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT);
- il coinvolgimento della famiglia nel processo terapeutico, attraverso colloqui psicoeducativi che promuovano la comprensione del disturbo e strategie per rafforzare la comunicazione.
- Un invio ai Servizi Territoriali per una revisione della terapia farmacologica.

L'obiettivo è supportare Ghassan nel recupero della sua identità e nel ripristino di un equilibrio emotivo, aiutandolo a ritrovare quella serenità che un tempo cercava nella pesca e nella vita familiare.

Lavorando sul suo benessere personale, sarà possibile promuovere anche una maggiore coesione e stabilità per l'intero nucleo familiare, facilitando il processo di integrazione.

Il trattamento

Il percorso terapeutico con Ghassan si è basato su un approccio evidence-based, integrando interventi psicoeducativi, tecniche di gestione dell'ansia e una graduale esposizione al trauma per favorire la rielaborazione delle esperienze passate (Ehlers, A., & Clark, D. M., 2000; Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C., 2013; Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O., 2007; Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O., 2018).

Il trattamento ha posto particolare attenzione ai suoi interessi personali, come la pesca e il lavoro sartoriale, che sono stati integrati come risorse per il recupero del benessere.

Gli incontri hanno avuto luogo all'interno di un setting accogliente, tranquillo e discreto che ha favorito l'apertura, lo scambio comunicativo e l'istaurarsi di una relazione di fiducia reciproca.

Considerate le evidenti barriere linguistiche legate ad una scarsa conoscenza della lingua italiana da parte del beneficiario, il colloquio è stato tenuto in presenza di un interprete di lingua araba, ben conosciuta da Ghassan.

Ai colloqui l'uomo si è presentato sufficientemente curato nell'igiene personale e nell'aspetto, vigile, ben orientato nello spazio e nel tempo e adeguato nei modi; sebbene, infatti, spesso, sia giunto in ritardo agli appuntamenti, egli, complessivamente, è stato rispettoso dell'alternanza dei turni nello scambio comunicativo e si è dimostrato per nulla provocatorio o aggressivo.

1. Psico-educazione: comprendere il trauma e il modello CBT

La fase iniziale si è concentrata sulla psico-educazione, essenziale per aiutare Ghassan a comprendere la natura dei suoi sintomi e il funzionamento del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Essa ha riguardato:



- l'introduzione al modello CBT: gli è stato spiegato, con l'aiuto dell'interprete, come emozioni, pensieri e comportamenti siano interconnessi. Si è utilizzata, in particolare, una rappresentazione visiva semplificata di un triangolo, in cui ogni vertice rappresentava rispettivamente "pensieri", "emozioni" e "azioni";
- la comprensione del PTSD: attraverso metafore legate alla sua cultura e ai suoi interessi, è stato spiegato il funzionamento del cervello in situazioni traumatiche. Per esempio: la reazione di fuga è stata paragonata al comportamento di un branco di pesci che, percependo il movimento di un predatore, si disperde in tutte le direzioni, guidato solo dall'istinto di sopravvivenza. I pensieri intrusivi, invece, sono stati descritti come *"una canzone che si ripete continuamente nella mente, anche quando non si vuole più ascoltarla; ogni volta che sembra svanire torna improvvisamente, disturbando la concentrazione"*.
- Camminare in spazi affollati (SUD 8): evocava sensazioni di vulnerabilità e pericolo, simili a quelle vissute durante i bombardamenti.
- Narrare l'episodio in cui ha dovuto picchiare suo figlio davanti ai malavitosi libanesi (SUD 9): direttamente collegato all'episodio traumatico in Libano.

Si è discusso anche delle situazioni che scatenavano disagio, tra cui il sentire musica araba tradizionale, che riportava alla mente i momenti felici prima della guerra, e l'odore di bruciato, che lo riportava immediatamente ai bombardamenti e incendi vissuti durante la guerra.

Ghassan ha mostrato interesse per questi materiali, sebbene inizialmente faticasse a collegare i concetti teorici alla sua esperienza personale. Il lavoro si è quindi focalizzato sull'identificazione dei suoi sintomi specifici e sul riconoscimento delle connessioni tra pensieri, emozioni e comportamenti.

2. Utilizzo della scala SUD (Subjective Units of Distress)

Per monitorare e regolare il disagio durante le sedute, è stata introdotta la scala SUD (0 = nessun disagio; 10 = massimo disagio). Le situazioni che creavano maggiore disagio per Ghassan includevano ad esempio:

- Ascoltare musica tipica siriana (SUD 7): associata a ricordi della sua vita precedente e alla perdita della patria.

La scala è stata utilizzata anche per individuare situazioni che creavano un disagio moderato (SUD 1-5), utili come primo passo nel lavoro di esposizione graduale.

3. Tecniche di rilassamento: il rilassamento muscolare progressivo e il "posto sicuro"

Per ridurre l'iperattivazione fisiologica, il beneficiario è stato guidato in esercizi di rilassamento muscolare progressivo (PMR), durante i quali mostrava difficoltà a chiudere gli occhi a causa della sensazione di vulnerabilità. Per facilitare il processo, è stata utilizzata una musica di sottofondo neutra, priva di riferimenti culturali, e il terapeuta lo ha invitato a concentrarsi su un oggetto nella stanza che lo facesse sentire a suo agio.

Successivamente, è stato introdotto l'esercizio del "posto sicuro", durante il quale Ghassan ha descritto con dettagli vividi una scena di pesca al fiume Oronte, che evocava in lui una sensazione di pace. Questo esercizio è stato personalizzato includendo il suono dell'acqua come sottofondo e lasciando che mantenesse gli occhi aperti durante le prime sedute.

Questo esercizio è stato consolidato con sedute brevi e ripetute, anche a casa.

Col tempo, il beneficiario ha mostrato una maggiore fiducia nel chiudere gli occhi, descrivendo il suo posto sicuro come un rifugio mentale da visitare nei momenti di difficoltà.

4. Esposizione graduata e narrazione.

La fase di esposizione è stata pianificata in modo graduale per ridurre la sensibilità emotiva di

Ghassan agli eventi traumatici del suo passato. L'obiettivo era permettergli di affrontare passo dopo passo le esperienze più dolorose senza sovraccaricarlo.

Durante il processo, si è lavorato sulla narrazione di episodi significativi della sua vita, iniziando con il racconto in prima persona e al tempo presente, per facilitare l'accesso emotivo a ciò che stava vivendo. Ghassan ha progressivamente affrontato i momenti più disturbanti, come il momento drammatico in cui fu costretto a picchiare il figlio, un'esperienza che aveva portato con sé come un peso emotivo difficile da relazionare.

Durante le prime sedute, il disagio che provava era evidente, manifestandosi in sudorazione, tremori e resistenza nel continuare. Tuttavia, grazie al supporto della scala SUD (Subjective Units of Distress) per monitorare l'intensità del disagio e all'introduzione del "posto sicuro" come pausa strategica, Ghassan ha cominciato a sviluppare una maggiore tolleranza emotiva. Il rilassamento muscolare è stato utilizzato come tecnica di autoregolazione per aiutarlo a gestire l'ansia e a trovare un equilibrio tra il coinvolgimento emotivo e il bisogno di distanza per elaborare l'esperienza.

Durante un'esposizione particolarmente intensa, in cui rievocava l'esperienza sopra citata, egli ha manifestato una crisi di pianto; sebbene questo momento fosse difficile, al termine della seduta ha riferito di sentirsi "più leggero", riconoscendo che affrontare il ricordo lo stava aiutando a ridurre la sua carica emotiva.

5. Ristrutturazione cognitiva

Una parte centrale del trattamento ha riguardato l'identificazione e la modifica dei pensieri disfunzionali. Inizialmente il beneficiario riportava i pensieri: *"Non sono un buon padre perché non ho protetto mio figlio"* o *"Non sarò mai in grado di costruire una vita dignitosa per la mia famiglia"*.

Attraverso domande socratiche e l'uso di esempi personali (come la capacità di provvedere ai figli nonostante le difficoltà), Ghassan ha gradualmente modificato queste credenze; ha iniziato a formulare ad esempio pensieri più adattivi, come: *"Ho fatto del mio meglio per proteggere mio figlio in una situazione impossibile"*.

6. Attività comunitarie

Il percorso terapeutico di Ghassan non si è limitato al lavoro individuale ma è stato integrato con attività comunitarie legate ai suoi interessi personali, ovvero il cucito e la pesca, mirate a rafforzare la sua rete sociale e il senso di appartenenza.

Attraverso la collaborazione con un'associazione locale che promuoveva corsi di sartoria, Ghassan ha trovato uno spazio per mettere a frutto le sue competenze e rafforzare la propria autostima.

Dopo aver inizialmente partecipato come corsista, ha acquisito maggiore fiducia nelle sue capacità e ha iniziato ad affiancare l'insegnante, mostrando agli altri partecipanti tecniche specifiche apprese nella bottega di suo padre.

L'interazione con gli altri corsisti, sia italiani che stranieri, gli ha permesso di superare la sua tendenza all'isolamento. Il lavoro condiviso su progetti pratici, come la creazione di borse e abiti, ha facilitato conversazioni spontanee e scambi culturali.

I partecipanti e gli organizzatori del corso hanno espresso apprezzamento per le sue competenze, rafforzando in lui il senso di utilità e appartenenza. Questo riconoscimento ha rappresentato un passo importante nella sua ristrutturazione cognitiva, confermandogli che il suo passato non definisce il suo valore attuale.

Parallelamente, è stato possibile coinvolgere Ghassan in un gruppo locale di pescatori, grazie



alla disponibilità di alcuni anziani del paese che lo hanno accolto con entusiasmo.

Durante le uscite mattutine sul molo o in barca, il beneficiario ha ritrovato il piacere di una delle sue attività preferite. La pesca è diventata per lui non solo un momento di svago, ma anche un'opportunità per ristabilire una connessione con la natura, fonte di calma e riflessione.

Gli anziani del gruppo lo hanno guidato nell'apprendimento delle tecniche di pesca locali, mentre lui ha condiviso storie e conoscenze sulla pesca in Siria, creando un ponte tra culture. Questi momenti hanno favorito l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e sostegno, offrendo a Ghasan una rete sociale informale ma significativa.

CONCLUSIONI

Il percorso terapeutico di Ghasan, durato sei mesi, ha portato a significativi miglioramenti nel

suo benessere psicologico, consentendogli di affrontare in modo più funzionale le sue esperienze traumatiche e le emozioni ad esse legate.

Durante il trattamento, abbiamo lavorato per ridurre l'intensità dei sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), come i pensieri intrusivi e i flashback, che sono stati progressivamente gestiti e controllati, con una notevole diminuzione del loro impatto sulla sua vita quotidiana.

Il beneficiario ha acquisito una maggiore consapevolezza delle proprie reazioni emotive e cognitive, sviluppando strategie più efficaci per affrontare le situazioni di stress. Il lavoro sulla ristrutturazione cognitiva e sull'esposizione graduale alle esperienze traumatiche gli ha permesso di riconoscere e rielaborare le distorsioni nei suoi pensieri, riducendo la loro influenza negativa. Questo processo ha facilitato la gestione

dell'ansia, migliorando la sua stabilità emotiva e contribuendo a un aumento del tono dell'umore.

In parallelo, il percorso ha avuto un impatto positivo sulle sue relazioni, in particolare con la sua famiglia. Ghassan è riuscito a superare una parte del suo isolamento emotivo, tornando a essere più presente e a comunicare con maggiore apertura e affetto. Le sue relazioni familiari si sono gradualmente stabilizzate, permettendo un recupero dell'intimità e della serenità.

Oggi, il beneficiario si trova in un momento di consolidamento, in cui si sta preparando ad uscire dal Progetto con un senso di tranquillità e autonomia. Ha acquisito strumenti per affrontare le sfide quotidiane, con maggiore consapevolezza e resilienza, ed è pronto a proseguire il suo cammino con fiducia, sostenuto dalle competenze sviluppate durante la terapia. La sua passione per la pesca e il cucito, che lo avevano inizialmente allontanato dai suoi familiari, ora è un'attività che lo arricchisce, integrandosi positivamente nella sua vita sociale e familiare.

Il percorso di Ghassan rappresenta non solo una trasformazione personale, ma anche un esempio di come l'intervento psicoterapeutico possa contribuire a una maggiore autonomia e qualità della vita, anche dopo esperienze traumatiche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Clinical practice guidelines for the treatment of PTSD*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and Beyond* (3rd ed.). New York, Guilford Press.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Bhugra, D., e Becker, M (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4 (1),18-24.
- Bhugra, D., & Gupta, S. (2011). *Migration and mental health*. Cambridge University Press.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Fazel, M., Wheeler, J., e Danesh, J. (2005) Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365 (9467), 1309-1314.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
- Hinton, D. E., & Patel, A. (2017). Cultural adaptations of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 701-714.
- Hinton, D. E., Pich, V., Chhean, D., Safren, S. A., & Pollack, M. H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for PTSD in cambodian refugees. *Behavior Research and Therapy*, 47(2), 111-119.
- Jacobson, E. (1938) *Progressive Relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ministero dell'interno. (2023). *Sistema di Accoglienza e Integrazione: linee guida e obiettivi*. Roma: Ministero dell'interno.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte Press.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: a review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 258.

SUICIDIO IN PRE-ADOLESCENZA

UN INTERVENTO EMDR DI GRUPPO IN CLASSE

Luciana Picucci

Phd, Psicologa Psicoterapeuta

Lisa De Marinis

Psicologa Psicoterapeuta,

Practitioner EMDR

Affiliazione Autori:

Associazione EMDR Italia

RIASSUNTO

La notizia di un suicidio scuote l'emotività, ancor di più se l'autore del gesto è una persona giovane. Il presente articolo riporta l'esperienza di Terapeuti Esperti dell'*Associazione EMDR Italia* chiamati ad intervenire a seguito del suicidio di una ragazza appena tredicenne.

I risultati dell'intervento *EMDR in gruppo* condotto con i suoi compagni di classe, indicano come i primi vissuti emotivi siano quelli di rabbia e le prime strategie di fronteggiamento quelle basate sull'evitamento. Un intervento strutturato in quattro incontri ha introdotto significative riduzioni della sintomatologia post-traumatica e, nel corso di soli due incontri di desensibilizzazione/rielaborazione, è stato possibile apprezzare una sensibile riduzione del disturbo soggettivo riferito all'evento. I risultati sono incoraggianti nonostante la brevità dell'intervento e confermano una efficace applicazione del metodo EMDR di gruppo nella classe destinataria.

PAROLE CHIAVE

Suicidio, Preadolescenza, Emdr-IGTP, Efficacia

INTRODUZIONE

Il suicidio può essere considerato come l'atto conclusivo di un movimento di allontanamento

da emozioni intollerabili, dolore insopportabile o forte angoscia. Il soggetto percepisce il proprio disagio interiore come insostenibile e arriva, quindi, a sentirsi "inautabile". Se questo è vero a tutte le età, in pre-adolescenza, la difficoltà di stare con le proprie emozioni, è assunta come strutturale in un sistema di elaborazione ancora immaturo (e.g. Pellai & Tamborini 2023).

Nell'ambito delle neuroscienze ha senso parlare di percorso verso la maturità, percorso che si fonda su radicali trasformazioni del Sistema Nervoso Centrale. Tali trasformazioni porteranno solo intorno ai 20 anni ad una piena funzionalità della corteccia prefrontale che presiede le funzioni esecutive. Il funzionamento esecutivo attiene alla pianificazione, all'individuazione delle priorità, all'organizzazione del pensiero, alla soppressione degli impulsi, alla valutazione delle conseguenze delle proprie azioni. In altre parole, l'ultima parte del cervello a crescere è la parte capace di regolare le emozioni e di decidere. Questo andamento evolutivo concorre a spiegare come il suicidio rappresenti la seconda causa di morte tra i dieci e i diciannove anni (Rapporto Unicef 2022).

La comprensione del funzionamento e dei percorsi evolutivi del nostro cervello è ben nota ai

terapeuti EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) che riconoscono, in questi processi in via di maturazione, una concausa neurobiologica connessa alla difficoltà di elaborazione degli eventi traumatici in età infantile.

Il seguente articolo espone i risultati ottenuti dall'esperienza condotta sul campo da esperti terapeuti dell'Associazione EMDR Italia a seguito della richiesta di Intervento in una scuola media della BAT. L'intervento è stato richiesto dal Dirigente dell'Istituto a supporto dell'elaborazione dell'evento luttuoso e potenzialmente traumatico riguardante il suicidio di una ragazza di 13 anni alunna della scuola (da questo momento in poi S.).

L'intervento in classe è stato diretto e condotto dalla dott.ssa Lisa De Marinis supportata dalle colleghe dott.ssa Gramegna D., dott.ssa Nardò A. e dott.ssa Vitucci A. Nella sua pianificazione e

attuazione l'intervento ha previsto una complessa strutturazione capace di prendere in carico i diversi bisogni emergenti, non solo della classe ma anche degli insegnanti, dei genitori e degli amici più stretti. Preliminarmente agli incontri di EMDR in classe, la dott.ssa Traficante e la dott.ssa Monda hanno condotto un intervento psico-educativo (CISO) a favore dei genitori e degli insegnanti, intervento volto a spiegare le reazioni psicologiche, i fattori di vulnerabilità e i comportamenti più adatti di fronte ad un evento potenzialmente traumatico, nonché la spiegazione dello strumento EMDR come metodo efficace nella cura delle reazioni post-traumatiche.

Di seguito verranno presentati i risultati riferiti al solo intervento condotto in aula con i 27 alunni compagni di classe di S..

METODO E MATERIALI

Dopo un'attenta analisi dei bisogni emergenti si





è deciso di dedicare 4 incontri all'elaborazione dell'evento traumatico in classe.

Il protocollo utilizzato prende le mosse dall'EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Intergrative Group Treatment Protocol). Il trattamento con EMDR-IGTP mira a facilitare la gestione e l'elaborazione del materiale traumatico presente dopo l'evento, offrendo supporto e trattando il maggior numero di persone all'interno di un medesimo contesto. L'intervento di gruppo ha previsto l'applicazione di procedure specifiche nonché la somministrazione di test volti a valutare l'efficacia del trattamento e ad individuare quei partecipanti che necessitavano di un supporto specialistico.

In particolare è stato somministrato l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R, Weiss & Marmar 1996), una scala psicométrica standardizzata, composta da 22 item, impiegata per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica. Questo strumento è auto somministrato ed è composto da tre sottodimensioni (Intrusività, Iperarousal, Evitamento). Gli intervistati devono valutare ogni item su una scala da 0 (per niente) a 4 (estremamente), in base alla loro esperienza rispetto all'evento traumatico riferendosi agli ultimi 7 giorni. Un punteggio totale alla IES-R di 33 o superiore significa la probabile presenza di un PTSD (disturbo post-traumatico da stress).

Di particolare aiuto è stata inoltre l'adozione del *termometro delle emozioni* uno strumento che permette di prendere consapevolezza, attraverso l'immagine di un termometro, dell'intensità delle emozioni provate in un determinato momento. Le emozioni considerate sono state stress, ansia, umore depresso, rabbia, disturbo del sonno, richiesta di aiuto. Il partecipante era invitato a fornire una valutazione da 1 a 10 dell'intensità emotiva sperimentata nell'ultima settimana.

PARTECIPANTI

I partecipanti all'intervento sono stati i 27 alunni della classe.

PROCEDURA

Il primo incontro ha previsto un intervento psicoeducativo sulle reazioni al lutto nella fascia di età di interesse e il rischio suicidario in pre-adolescenza. In questa fase è stato somministrato ai ragazzi il test *Impact of Event scale - Revisited* (IES-r) e il termometro delle emozioni come strumento di comprensione degli stati emotivi.

Il secondo incontro è stato finalizzato all'elaborazione dell'evento traumatico. La procedura ha previsto in questa fase l'apprendimento di alcune *tecniche di autoregolazione* utili ad instaurare una percezione di sicurezza e contenimento emotivo e l'attuazione del protocollo EMDR-in gruppo. Di seguito una breve descrizione dei passaggi essenziali.

Ai partecipanti veniva chiesto di dividere il foglio a disposizione in quattro quadranti, nominati con le prime quattro lettere dell'alfabeto. Il quadrante A doveva contenere la rappresentazione, fatta da ciascun partecipante, dell'emozione e della sensazione corporea che accompagnava in quel preciso momento il ricordo più doloroso dell'evento traumatico. A rappresentazione terminata veniva chiesto ai partecipanti di indicare su una scala da 0-10 il grado di disagio avvertito (SUD) in quel momento mentre guardavano il proprio disegno. Tale dato veniva indicato in un angolo del quadrante. A questo punto partiva il lavoro di stimolazione bilaterale (BLS) con abbraccio a farfalla appreso all'inizio dell'incontro. Al termine della stimolazione i partecipanti erano invitati a rappresentare nel riquadro B il modo in cui si sentivano in quel momento. Veniva nuovamente chiesto di valutare il proprio SUD in merito alla rappresentazione nel riquadro B. A questo punto partivano nuovi set di BLS e al termine veniva chiesto ai partecipanti di disegnare nel riquadro C come se sentivano in quel momento. Partivano nuovi set di BLS e al termine l'identificazione del SUD. La procedura continuava analogamente per il riquadro D. Al termine veniva introdotto un ultimo lavoro di desensibilizzazione chiedendo ai partecipanti di soffermarsi sul quadrante che li

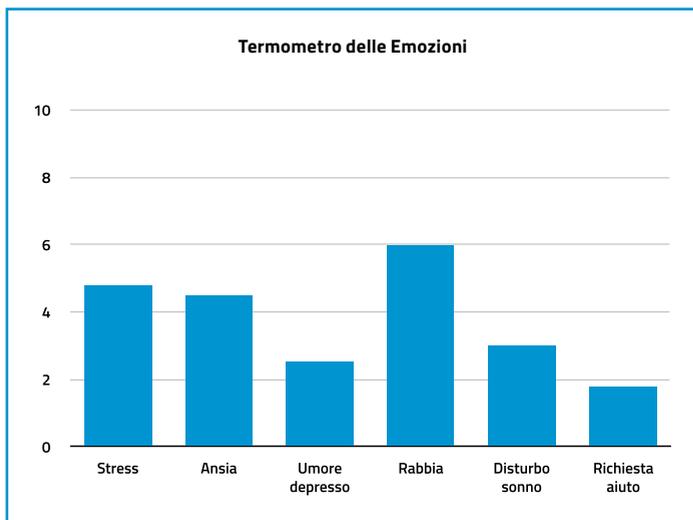


Grafico 1 - Termometro delle emozioni, punteggi medi per ogni area oggetto di valutazione da parte degli alunni.

$F(5,156)=5.67, p<0.001$. Poco rappresentati l'umore depresso e il desiderio di ottenere un sostegno psicologico.

Test_IES-r Somministrazione pre-elaborazione

La prima indagine condotta sullo IES-r ha permesso di rilevare come il 74% degli alunni della classe presentasse punteggi tali (> 33) da far sospettare il coinvolgimento in un PTSD (Graf. 2).

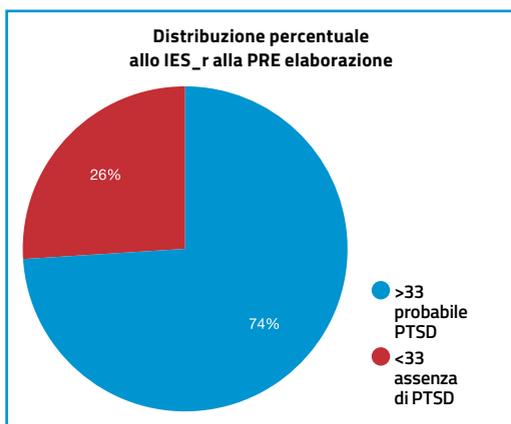


Grafico 2 - Percentuale di alunni distribuiti in base ai punteggi di IES-r pre-elaborazione

La percentuale così elevata di alunni con probabile PTSD ci ha condotti ad una valutazione più accurata sul tipo di sintomatologia presentata. Una ANOVA è stata condotta per esaminare le differenze nei punteggi tra le tre componenti al test IES-r (Evitamento, Iperarousal, Intrusività). I risultati hanno rivelato una differenza significativa tra le tre categorie sintomatologiche. $F(2,78)=11,35 p<0,001$. All'analisi del post-hoc la sintomatologia più espressa è quella di Evitamento che differisce significativamente dalle altre (Graf. 3)

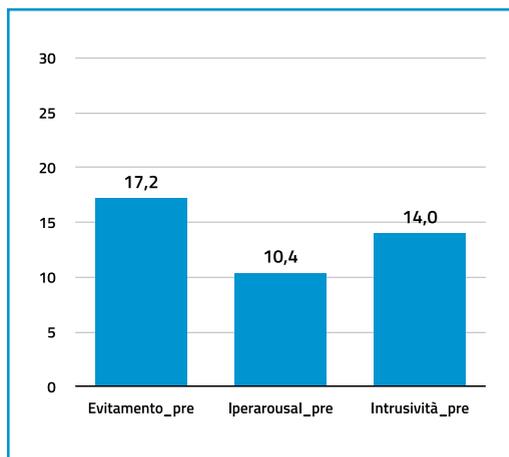


Grafico 3 - Punteggi medi nelle tre categorie dello IES-r pre elaborazione

Test_IES-r Somministrazione post-elaborazione

Le analisi sullo IES-r post elaborazione hanno permesso di rilevare un ribaltamento della condizione iniziale.

In particolare solo il 26% degli studenti è risultato ancora interessato da una sintomatologia post-traumatica (Graf. 4.)

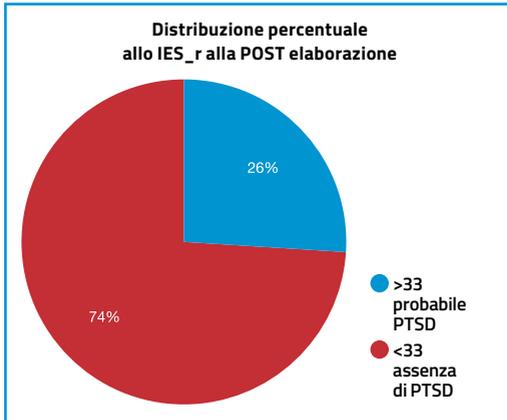


Grafico 4 - Percentuale di alunni distribuiti in base ai punteggi di IES-r post-elaborazione

L'analisi della varianza, risultata significativa $F(2, 78) = 4,61$ $p < 0,01$, ci ha permesso di valutare una differenza nell'espressione delle tre sintomatologie. All'analisi dei post-hoc si rivela come la sintomatologia più espressa sia l'intrusività rispetto alle altre due (Graf.5).

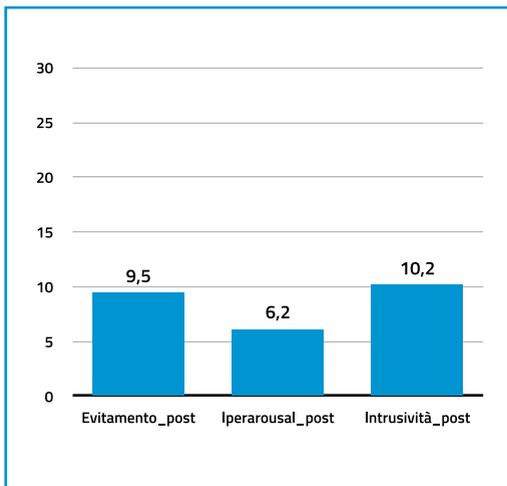


Grafico 5 - Punteggi medi nelle tre categorie dello IES-r post elaborazione

CONFRONTO PRE E POST ELABORAZIONE SUI DATI DELLO IES-r

Un'Analisi della Varianza per misure ripetute ha mostrato un effetto significativo della condizio-

ne pre vs post, sui punteggi per le variabili Evitamento, Iperarousal e Intrusività ($F(1,26) = 5.67$, $p = 0.02$). In particolare, i punteggi sono diminuiti significativamente dal pre al post trattamento, suggerendo un miglioramento significativo, così come atteso, della sintomatologia post-traumatica (Graf. 6).

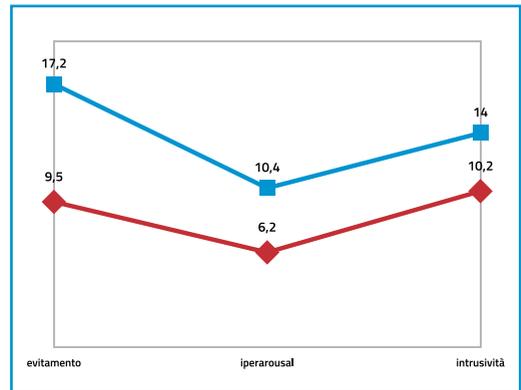


Grafico 6 - Confronto tra i punteggi medi pre e post elaborazione per le tre variabili dello IES-r

ANALISI DEI SUD

Al fine di confermare l'efficacia dell'intervento sono stati analizzati gli andamenti dei SUD durante le due elaborazioni.

Per semplificare la lettura sono stati accorpati i punteggi del SUD in due categorie: punteggi ALTI (si includono i punteggi da 6 a 10) e punteggi BASSI (si includono i punteggi da 0 a 5) e analizzata la distribuzione dei partecipanti in queste categorie lungo il percorso dell'elaborazione dal quadrante A a quello D.

Analizzando i dati del primo incontro di desensibilizzazione/rielaborazione, l'analisi del chi quadro con test post-hoc ha evidenziato, nella pur complessiva non significatività dell'effetto $\chi^2(3) = 4,64$, $p = 0.19$, una differenza tendenzialmente significativa, proprio come atteso, tra le distribuzioni dei partecipanti nel quadrante A e D (test esatto di Fisher $p = 0,08$) (Graf 7).

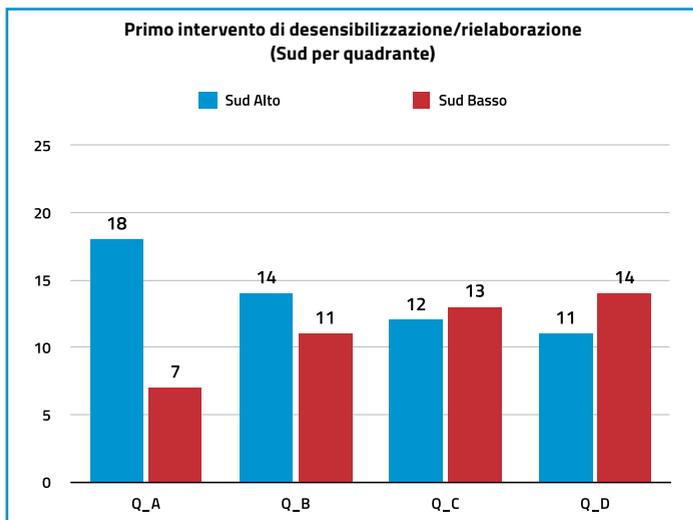


Grafico 7 - Distribuzione in base al SUD (alto vs basso) durante la prima elaborazione (da Quadrante A a Quadrante D)

La stessa analisi è stata condotta per il secondo incontro di desensibilizzazione/rielaborazione. Anche in questo caso, pur in assenza di una complessiva significatività della statistica $\chi^2(3)=4,46, p=0,2$, osserviamo una tendenza alla significatività nella differente distribuzione dei partecipanti tra il quadrante A e D (test esatto di Fisher $p=0,09$) (Graf. 8).

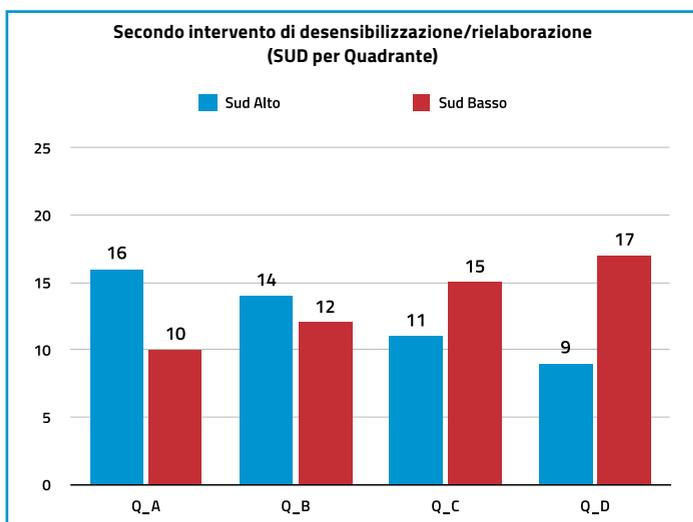


Grafico 8 - Distribuzione in base al SUD (alto vs basso) durante la seconda elaborazione (da Quadrante A a Quadrante D)

DISCUSSIONE

L'esperienza sul campo, condotta utilizzando il protocollo EMDR in gruppo per le emergenze, ha ampiamente dimostrato la sua efficacia nel ridurre il rischio di PTSD nel gruppo di preadolescenti colpiti dal lutto della loro compagna di classe. Tale affermazione è supportata in più punti di questo lavoro.

La scala per la valutazione del rischio di PTSD, somministrata all'inizio e a seguito dell'intervento, mostra una riduzione significativa della sintomatologia afferibile al PTSD per tutte e

tre le dimensioni indagate dal test. I compagni di classe di S. inoltre tendono, nell'arco della seduta di desensibilizzazione a sperimentare un minor discomfort in merito al ricordo dell'evento traumatico. Questi dati sono particolarmente incoraggianti se si pensa alla brevità dell'intervento (2 solo sessioni dedicate alla elaborazione) e al numero comunque ridotto di partecipanti.

Osservando le prime reazioni emotive dei ragazzi notiamo l'esplicitazione della rabbia. Tale emozione è comunemente riscontrata a ridosso di un evento traumatico ed è accompagnata da un profondo senso di ingiustizia e inaccettabilità (e.g. Solomon, 2022). Analogamente la strategia di fronteggiamento dell'evento utilizzata dai più è l'evitamento, strategia nota come meccanismo di difesa che consiste nel tentare di evitare pensieri, emozioni



e situazioni associate all'evento. Post-elaborazione la difesa di evitamento si abbassa e, seppur nel complessivo ridursi della sintomatologia, emerge più chiaramente un quadro di intrusività con ricordi invasivi e flashback legati all'evento. Ciò starebbe ad indicare che i contenuti traumatici, così come le emozioni che li accompagnano, sono diventati più accessibili alla coscienza ed in un certo qual modo più tollerabili.

In definitiva, questa esperienza ha permesso di confermare l'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR in gruppo così come già emerso in altri contesti emergenziali (e.g. Maxfield 2008; Fernandez 2004) e incoraggia la produzione di ulteriori ricerche volte a valutare l'efficacia di interventi brevi al fine di individuare il limite inferiore di incontri sufficienti ad avviare un processo di elaborazione misurabile in termini di efficacia.

BIBLIOGRAFIA

- Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2004). A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129–136
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters [Editorial] *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 74–78.
- Pellai A., Trombolini, B. *L'età dello tsunami. Come sopravvivere a un figlio pre-adolescente*. Nuova ediz. De Agostini (2023).
- Solomon, R.M. (2022). *Lutto e EMDR. Dalla diagnosi all'intervento clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford. (NOTE: Includes measure in its entirety.)



IL PAZIENTE SUL PONTE

NOTE DA UNA PSICOANALISI DI UN PAZIENTE ALLA SCOPERTA DELLA CONTINUITÀ DEL SÉ

Alba Rizzo

Psicologa clinica Bari

Psicoterapeuta Asne-
Sipsia/i-Winnicott Roma

Psicoanalista membro
associato A.I.Psi. - Roma Associazione
Italiana di Psicoanalisi

RIASSUNTO

Alcuni frammenti clinici tratti da un lungo lavoro di analisi personale con un giovane uomo, paziente con una struttura di personalità schizoide in cui il problema centrale si è concentrato in una contrazione o alterazione dell'esperienza di essere, che è stata soppiantata da una organizzazione difensiva sorretta dal fare.

Ripercorrendo il lavoro psicoanalitico attraverso queste note si potrà cogliere l'importanza della relazione transferale che il paziente ha potuto vivere, alla scoperta della continuità del sé.

PAROLE CHIAVE

Psicoanalisi, paziente schizoide, transfert, continuità del sé, essere v/s fare.

Il paziente *sul ponte* potrebbe essere considerato il paziente-tipo schizoide, che in adolescenza ha sostato in rifugi mentali e concreti per sfuggire alla realtà esterna delle relazioni ed interna del mondo pulsionale, ritrovandosi nella vita adulta in uno stallo per cui ad un certo punto, così come dirà, appena seduto il paziente stesso, tutto d'un fiato al primo incontro, vorrebbe tanto "*ritrovare un equilibrio perso...ormai da tempo*", raccontando come da sempre ha cercato di resistere ma non riconoscendosi più, non sente di stare più bene. Cercherò di soffermarmi sugli aspetti clinici di questo paziente adulto, tenendo a mente quanto, in questi ultimi anni, mi sono sempre più trovata nel mio lavoro clinico a prendere in carico, non senza difficoltà, pazienti adolescenti ritirati,



bloccati in una bolla familiare ai limiti del famoso fenomeno “*hikikomori*”¹ e che giungono in stanza di terapia reggendo un disagio e una sofferenza psichica di cui sono portatori per conto di un intero nucleo familiare e di una coppia genitoriale in particolare, che il più delle volte appare inerme e fragile, e che arriva in consultazione proprio nel momento in cui la situazione è diventata insostenibile, per di più cercando “il miracolo” nell’intervento psicoterapeutico.

Il paziente schizoide è di per sé difficile da raggiungere in senso psicologico ma anche concretamente perché è complicato costruire una

alleanza “in presenza”: Augusto, *il paziente sul ponte*, si trova per di più in una situazione reale in cui la sua necessità lavorativa, lo porterà spesso, fin dal principio del nostro lavoro insieme, ad allontanarsi fisicamente dalla stanza di analisi, alle volte anche per diverse settimane. Il nostro lavoro si baserà sulla costruzione di un legame al di là della presenza fisica, dove il setting psicoanalitico offrirà la giusta distanza per avvicinarsi e procedere nel percorso di conoscenza di sé.

All’avvio dell’intake, o consultazione psicoanalitica, Augusto è un giovane uomo di 45 anni, di bas-

¹ “**Hikikomori**” è un termine giapponese che significa letteralmente “stare in disparte” e viene utilizzato in gergo per riferirsi a chi decide di ritirarsi dalla vita sociale per lunghi periodi (da alcuni mesi fino a diversi anni), rinchiodandosi nella propria abitazione, senza aver nessun tipo di contatto diretto con il mondo esterno, talvolta nemmeno con i propri genitori.



sa statura, corporatura media, con pochi capelli e una folta barba. È un ingegnere elettronico libero professionista che si occupa di automazione per grandi ditte di distribuzione; dopo una lunga trasferta lavorativa, qualche anno prima si è trasferito velocemente a casa della attuale compagna, che nelle ultime settimane gli ha chiesto di fare un figlio, generando un forte senso di disagio che appare la causa scatenante della richiesta di consultazione.

Augusto conduce una vita solitaria e metodicamente organizzata, scandendo impegni e attività extra-lavorative; si descrive scontroso e polemico verso gli altri sebbene riesca a sentire l'autentico desiderio inespresso di avere amici e di condividere esperienze. Il nostro primo incontro offre una ampia rassegna dei personaggi e dei vissuti che popoleranno il palcoscenico del nostro percorso di analisi insieme.

Accenna alla propria costellazione familiare descrivendo rapporti da sempre freddi e distaccati con i genitori ormai anziani, ma anche con le due sorelle maggiori, una di pochi mesi più grande, che ha un figlio che Augusto adora ma a cui viene spesso rimandato di doversi comportare bene, altrimenti *sarebbe arrivato lo zio Augusto*. Il paziente sorride nell'immaginarsi "orco", così diverso da come si vede in realtà, disponibile e giocherellone, ma anche con gli altri e con sé stesso, riferisce di voler tornare ad essere allegro come in passato così come una sua cara amica che vive fuori città, gli ricorda ogni volta che si sentono per telefono, accorgendosi del suo cambiamento e avvertendo una sua sofferenza. Augusto precisa di non riuscire a parlare più con nessuno, di avere difficoltà da sempre anche a litigare perché piuttosto si allontana finendo per non farsi comprendere. Il primo incontro si dimostra straordinariamente ricco di elementi che iniziano a delineare il profilo di un giovane uomo in difficoltà nell'area della dipendenza, lo zaino sportivo ingombrante che fatica a trovare spazio appena seduto, e che lo accom-

pagnerà sempre nei nostri incontri, è da subito ai miei occhi rappresentativo del suo mondo interno, tenuto accanto e da cui pian piano tira fuori qualcosa.

La prima impressione è che Augusto si possa essere schermato da condizioni relazionali vissute come troppo intense, scegliendo una vita solitaria che però ha determinato progressivamente un impoverimento del sé che lui avverte come una perdita di equilibrio da un lato e un'impossibilità a crescere dall'altro. Sembra sentirsi disorientato e spaesato, solo e solitario, condizione necessaria per vivere da un lato, ma che lo fa vivere e crescere in modo penoso e incompleto dall'altro.

Augusto in uno spazio privato, quale gli incontri analitici, riesce a raccontarsi, per quanto il riferimento all'amica lontana farebbe pensare a quanta difficoltà possa esserci nello stabilire la giusta distanza per contare su un contatto autentico e sincero con qualcuno; un percorso di analisi personale, a quattro sedute settimanali, sembra essere indicato proprio perché il setting analitico di per sé mantiene la giusta distanza per poter insieme avvicinarsi molto ad aree profonde e lontane, individuare le aree sensibili ma chissà che non possa temere di essere preso troppo dentro la relazione analitica, e avverto una sensazione di profonda solitudine, come se in ogni situazione della sua vita si ritrovasse poi solo, non potesse condividere con nessuno tranne che con se stesso e forse con questa sua amica lontana, ma forse la condivisione è possibile proprio perché è lontana. Augusto appare appesantito dalle situazioni di cui parla così come arriva carico del peso di questo grande zaino, come se scontasse sempre il rimpianto del non aver detto o fatto, alle volte senza la comprensione di cosa sta succedendo; ho l'impressione che abbia subito più che deciso e tenuto sempre tutto per sé, un isolamento necessario dalla vita libidica, in cui non si ricorda di essere mai stato sereno e felice. Augusto ci tie-

ne a precisare *"vorrei riuscire a toccare, a grattare - si accompagna con il gesto del dito - anche solo un po' questa porta che sento mi divide dagli altri, che non mi fa capire, che mi tiene separato da tutti e tutto"*. Diventa chiara la necessità di riuscire ad avvicinarsi gradualmente senza far avvertire troppo l'intensità della relazione analitica per non farlo fuggire, così come sembrerebbe aver fatto dall'ultimo datore di lavoro dopo le dimissioni, dalla compagna e dalla recente richiesta di fare un figlio, ma allo stesso tempo è assolutamente necessario proprio attraverso l'analisi entrare insieme e affacciarsi a nuove prospettive per uscire da questo stallo.

La realtà offre subito il suo contributo quando, dopo appena tre settimane dall'inizio dell'analisi, arriva un'offerta lavorativa in Iraq: è una situazione molto delicata, non è possibile restare in silenzio e in attesa, e non si deve dimenticare quanto questi eventi che ci coinvolgono parlano già della relazione transferale e terapeutica aprendo il passaggio al mondo interno del paziente; mi soffermo sull'importanza che sta dando alla riflessione, la proposta lavorativa è un'opportunità per riflettere su quanto le trasferte siano state un modo per mettere la giusta distanza o la giusta vicinanza tra lui e gli altri, tra lui e situazioni che sentiva troppo pressanti e pesanti, come la recente richiesta di un figlio così come la possibilità di un percorso di analisi personale. L'andare via è mettere un filtro alla realtà, è come non litigare, eludere i conflitti esterni ma soprattutto quelli interni, ed ecco la funzione della porta che Augusto sente separarlo dagli altri, e mentre immagino questa porta di legno, antica con le giunture di metallo, Augusto sorride e dice *"sa che invece io l'ho sempre vista di metallo, un metallo forte, doppio, massiccio"*; avverto un colpo al cuore sentendo la forza di questa porta ma allo stesso tempo il suo desiderio di aprirla perché chiusa da troppo tempo. Rifletto sulla difficoltà oggettiva di dare inizio ad un percorso di analisi in queste condizioni, immaginiamo un avvicinamento gra-

duale, e ci soffermiamo sul bisogno di sentirsi un freelance, forse anche nella analisi così come a lavoro e non solo. Il paziente accetta l'incarico in Iraq, nelle sue riflessioni si sente sempre allo stesso punto e immagina di ritrovarsi al ritorno solo e alla ricerca di qualcuno che abbia bisogno di lui, la compagna che cerca un figlio e l'analista il proprio paziente. Augusto sta chiaramente parlando dell'analisi e del rapporto analitico che immagina possa essere come tutti gli altri, un rapporto di convenienza in cui verrà lasciato solo, di fatto in partenza è il paziente che lascia me in studio e fin dal principio mi fa vivere un'esperienza di assenza ancor prima di iniziare, forse la stessa che potrebbe aver vissuto lui nel suo passato, un senso di precarietà nella relazione con le figure di riferimento; così come mi chiedo io se tornerà, forse anche lui si potrebbe chiedere se tornando troverà qualcuno ad attenderlo, a riprenderlo, qualcuno che ha custodito quello che ha lasciato, che ha vegliato davanti alla porta e non debba invece rimettersi alla ricerca di qualcuno. La compagna è poco coinvolta in questa decisione, più interessata a capire perché lui non resta e non a chiedersi perché ha bisogno di andare, chissà quanto Augusto non possa immaginare l'analisi come un impiego fisso, dello stesso tipo da cui aveva rassegnato le dimissioni, l'analista più interessata ad avere un paziente che a comprendere il suo profondo bisogno di andare nonostante le difficoltà che vivrà; paradossalmente si delinea come unica possibilità per l'inizio di una analisi con questo paziente, quella di lasciarlo andare, proprio come la madre sufficientemente buona, anche l'analista deve poter aver fiducia che Augusto vada per tornare, e restare vigile anche in sua assenza, saperlo andare a riprendere e tollerare le sue modalità schive e brusche che si presentano sempre più come elementi di un ampio corredo difensivo necessario fino ad ora almeno, a garantire la sopravvivenza psichica. E mentre procediamo nel nostro percorso di analisi insieme, Augusto dichiara di sentirsi sollevato dai nostri incontri e sempre più consapevole



dell'assenza di alcuni pezzi della sua vita che deve ricercare. Augusto ha deciso di iniziare la ricerca di sé stesso paradossalmente non restando ma andando via, una partenza che sa di dichiarazione chiara sulla difficoltà a restare, egli vuole abitare il suo spazio analitico che non appare come un miraggio² e non essere ospitato come era successo con la sua compagna trasferendosi da lei, cedendo alle sue richieste, Augusto vuole poter contare su questa opportunità, un luogo e una relazione che esistono anche in sua assenza, che riconoscerà corrispondendo costantemente l'onorario.

Augusto procede nella sua analisi personale *liberamente impegnato* tra assenze e presenze trovando pian piano l'equilibrio per sentire di esistere.

È proprio nella prima lunga assenza di Augusto che mi soffermo sul racconto del ponte tibetano, di cui parla per la prima volta in ottava seduta, riferendosi alla paura del vuoto che ha provato durante la sua attraversata del ponte, durante una gita organizzata con amici in Toscana sul ponte tibetano. Augusto ricorda questa esperienza che è stata *"più di quello che avrei mai immaginato, per*

² "Ambiente miraggio" ambiente che si offre, che illude, che scatena il desiderio della relazione con l'altro, la voglia e la certezza di essere rispecchiati, investiti narcisisticamente, di essere sostenuti nella propria continuità ma poi sparisce lasciando, in questo caso il sé infantile, in un ambiente improvvisamente arido, ostile, desertico, dove nulla può crescere.

arrivare alla fine del ponte mi sono dovuto concentrare e contare i passi per non pensare a guardare giù, al vento, al ponte che oscillava, mi sarei bloccato ma dovevo arrivare alla fine del ponte". Augusto procede tra le prese in giro degli amici, l'attrazione verso il basso e la profonda ammirazione per una coppia che lo precede con un'andatura sicura e armoniosa, ammirazione che lascia intendere il desiderio di armonia e di intimità con l'altro, di equilibrio mai trovato, lo stesso che si cerca di trovare e instaurare nella relazione analitica sebbene a distanza.

L'analisi di Augusto procede in sua assenza proprio come se stessimo tutti e due procedendo lungo il ponte tibetano, mantenendo l'equilibrio tra i listelli non continui così come non continue e costanti sono le sedute, il ritmo di percorrenza lungo il percorso non è regolare ma varia a seconda del suo esserci, determinando un arresto, una accelerazione, stalli e paralisi. La tecnica di Augusto per avanzare lungo il ponte è la stessa che ha sempre utilizzato per affrontare le relazioni e tutte le situazioni quando il procedere automatico e organizzato con algoritmi non ha avuto successo: *"se sono in difficoltà mi concentro e svuoto la mente focalizzandomi su un compito (contare, respirare, smontare) e faccio agire il corpo che allenato ricorda da solo cosa fare"*. Nell'isolamento dagli affetti Augusto perde l'autenticità del proprio sentire e si automatizza allontanandosi sempre di più dalla vita libidica e taglia fuori ogni affetto, partendo da quelli aggressivi che non trovano spazio se non attraverso vie laterali, come l'ironia costante che regala agli amici nelle uscite insieme, diventando di frequente polemico e rissoso. Quello che appare non è autentico e così il percorso lungo il ponte costringe Augusto a fare finta di essere capace, nasconde quello che prova perché se dovesse dire di sé si sentirebbe indebolito, se si dovesse aprire si farebbe conoscere e lui per primo dovrebbe riconoscere degli aspetti di sé che proprio non accetta e non vorrebbe gli appartenessero. Ogni volta che Augusto parlerà dell'esperienza del ponte tibetano

aggiungerà degli elementi e l'analisi permetterà ogni volta di capire in base alla risignificazione dell'evento a che punto siamo della percorrenza insieme.

Nella realtà simbolica mi trovo come analista a vivere quello che su un livello concreto Augusto vive nella sua esperienza sul ponte: sospeso sul vuoto, con una sensazione di precarietà e di isolamento dagli affetti lontano dall'incontro con l'altro e dalle sensazioni che il contatto può suscitare. Il ponte tibetano diventa l'immagine guida dell'intera analisi che mi aiuta spesso ad orientarmi nel percorso terapeutico con Augusto poiché esattamente come un ponte tibetano in cui la passerella è costituita da listelli di legno non continui, lo spazio tra loro si ritrova in analisi nello spazio tra le sedute tutte concentrate nei primi quattro giorni della settimana (io nella seconda metà della settimana sono a Roma), e nelle pause tra le sue trasferte lavorative; come su un ponte tibetano ci troviamo a vivere momenti di presenza e assenza di sostegno, precarietà, fiducia reciproca, paura di non farcela e speranza di riuscire. Come analista in questa fase iniziale sento l'esigenza di essere paziente, di non intervenire troppo per costruire un ambiente accogliente, essere il *creato trovato* essenziale per Augusto che forse inizia a sperare di poter trovare una sintonia, procedere lungo il ponte tibetano senza paralizzarsi. C'è un legame tra noi e Augusto lo mantiene con il pagamento delle sedute, è l'unica cosa che può fare, lui dispone del suo spazio anche in assenza, conta su uno spazio e tempo potenziali sebbene sia altrove; l'analista deve resistere, custodire e pensare in sua assenza fino al suo ritorno.

Il ponte tibetano è la rappresentazione simbolica delle esperienze e dei vissuti del paziente nella sua vita: la tecnica adottata nel suo attraversamento sembra riprodurre le strategie personali sviluppate nel tempo nel tentativo di connettersi con la vita alla ricerca di un ritmo di andatura universale.



Nei pazienti schizoidi il problema centrale risiede in una contrazione o alterazione dell'esperienza di essere, che è stata soppiantata da una organizzazione difensiva sorretta dal FARE.

Augusto da ragazzino restava ore chiuso nella sua stanza a smontare i giochi e gli oggetti per vedere com'erano fatti dentro, come un adolescente che gestisce il proprio internamento con regole e rituali rigidi che proteggono il mondo in una stanza, unico ambiente in cui si passa la vita. Solo grazie ad uno zio paterno, zio scapolo e scontroso con tutti, che riuscì a farlo uscire Augusto abbandonò la sua stanza, finendo per innamorarsi del karatè che però lo isolò in modo diverso, chiudendolo in palestra per gli allenamenti. Racconta di come pur dichiarandosi autonomo e disinteressato, proprio come un gatto, sbirciava da dietro un muretto i compagni di quartiere giocare a calcio immaginando di potersi sentire libero e padrone di se stesso tra di loro, ma non avendo possibilità né fiducia di tentare, ha finito per organizzarsi la vita evitando le interferenze di ogni genere, e così si dice ancora che è questione di allenare la mente ad essere felice, senza fare confronti e può farlo se procede per algoritmi, cioè sapere cosa FARE sempre; ma allo stesso tempo mi confida che se avesse avuto i capelli li avrebbe avuti *rasta* "come quelli che fanno quello che vogliono senza confronti con gli altri". Il desiderio di portare i capelli in modo non convenzionale è rappresentativo del profondo bisogno di essere accolto per quello che è e sente di poter essere in modo autentico? Emerge invece sempre di più un'omologazione necessaria per sentire di essere visto, appartenere e non essere così isolato, Augusto ammette di accondiscendere al punto da sembrare snob e superiore agli altri, avverte invece di essere lontano dagli altri, separato dalla porta di ferro arrugginita, invidiando molto chi riesce "a trattare con gli altri...gli altri sono ben amalgamati, io no...è come se io fossi un triangolo e gli altri fossero delle figure ovali, gli altri riescono a trovare spazio io invece no". Augusto si riferisce al triangolo come una forma

dalle punte acuminate che possono fare male, la porta che sente tra sé e gli altri lo separa ma lo protegge anche da sé stesso, dal suo mondo interiore, Augusto non desidera, non si espone, si omologa senza sentirsi amalgamato, teme il suo vero sé perché potrebbe fare male determinando il rifiuto degli altri.

L'analisi sembra diventare per il paziente il luogo dove la relazione con l'Altro è possibile, il legame c'è ma può essere controllato, la possibilità di affacciarsi alla porta di metallo che lo separa dal mondo e da sé stesso, Augusto sente di poter vivere questo legame perché tutelato dal rispetto reciproco delle regole del setting analitico, così come succede nel tango, di cui è un grande appassionato, ed è successo nel karatè, e riesce solo così a mettersi in gioco. La stanza di analisi si prospetta come il luogo dove poter essere "fluida per trovare il proprio modo di essere senza lottare sempre", perché è un contenitore accogliente che permette di adattarsi, al contrario fuori nel mondo in cui sostiene di vivere allo sbaraglio senza sapere cosa fare e cosa viene richiesto. Parlando delle sue esperienze come tanghero parla delle regole nel rapporto con la dama che viene "comandata" e resa protagonista: chissà se come nel tango, Augusto vorrebbe potersi affidare alle regole per poter condurre la dama-analista senza essere troppo esposto e dover rispondere di eventuali errori comunque recuperabili con l'esercizio. Lo yoga, il karatè e il tango gli hanno fornito finora delle modalità per non entrare in relazione, che viene vista sempre come un conflitto, seguendo delle regole riesce a creare una apparente sintonia e procedere per algoritmi, così come spesso definirà il suo modo di decidere, a scapito però di sentire di non avere un posto, sentirsi sempre più isolato e periferico, non accessibile, non autentico, non compreso, non in equilibrio. La stanza simbolica che sente di abitare è buia e inospitale ma, con l'inizio dell'analisi, dietro la robusta porta di metallo fa capolino un gatto, che Augusto immagina "bianco con gli occhi gialli, una macchia nera in fronte, non troppo

grande, curioso, baldanzoso... giocherellone ma ti fa capire subito se non ne vuole sapere...". Come il gatto, in analisi Augusto si presenta schivo, isolato e indipendente (molte volte non avvisa delle sue assenze né delle sue partenze o ritorni dalle trasferte), la propria insicurezza è rimasta nascosta dietro una apparente padronanza di sé e un alone di scortesie, ha sempre operato separazioni e isolamenti per garantirsi uno spazio di vita privo di scossoni e sembra avvisare l'analista del proprio modo abituale di essere nel mondo. Dai suoi racconti si comprende quanto fin da piccolo sia stato sempre molto insicuro e isolato, particolarmente protetto dalla madre che non lo lasciava mai solo, sempre affidato alla custodia dei fratelli.

Quando Augusto al terzo anno di analisi va ad abitare da solo, scegliendosi la sua casa, la madre gli regala una pentola automatica che ai miei occhi appare subito emblematica e rappresentativa della relazione di Augusto con le figure primarie; la madre c'è sempre stata, fin dall'aiuto a scuola per i compiti, ma sono sempre descritte modalità automatiche e poco affettive che hanno alimentato un distacco da loro. La pentola automatica come un ambiente non umano in cui anche Augusto vorrebbe funzionare come un robot, tagliando fuori il suo desiderio e quello dell'altro, le interferenze degli affetti, le sensazioni che nascono dall'incontro e dal contatto con sé stesso e gli altri. Augusto riconosce l'intenzione della madre ovvero, agevolarlo nel badare a sé stesso da solo, un po' come prendersi cura a distanza, l'unico modo possibile per proteggersi.

Nel procedere dell'analisi Augusto scopre gli ingredienti delle relazioni umane e del proprio mondo interno pur scontrandosi con modalità che gli confermano invece la necessità di rinunciare e affidarsi all'automaticità delle operazioni. Augusto deve aver cercato l'autenticità di una relazione affettiva fin da piccolo, ma dopo molti tentativi, non trovando terreno fertile per

il suo bisogno, smette di cercarlo nelle relazioni che lo circondano chiudendosi così in un guscio e tentando di autoregolarsi. Mi vengono in mente tutte le situazioni in cui Augusto può non venire alle relazioni ma si protegge con la automaticità delle regole. Rifletto su quanto anche la stessa analisi sia stata cercata ma vissuta per lungo tempo come una guida, come una pentola automatica, come un'esperienza da cui si può acquisire qualcosa da usare poi in automatico. Un imprinting precoce lo ha portato a robotizzarsi, ad evitare le relazioni e le connessioni con il proprio mondo interno, il modello della cottura automatica gli ha permesso di vivere lasciando a sistemi preordinati l'inserimento degli ingredienti e la loro combinazione ma ha tralasciato il piacere e il desiderio di mettersi alla prova, di essere una persona e di scegliere quali ingredienti usare. Nelle sue parole *"sto imparando ad aggiungere ingredienti, io per primo, mi rendo conto che mi sono nascosto a me impedendo di conoscermi, non ho messo l'ingrediente Augusto in tante situazioni"*.

Così come afferma M. Khan, i pazienti come Augusto *"hanno bisogno che l'analista sia disposto a collaborare con loro, ma in modo controllato e limitato (...). Questi pazienti posseggono solo frammenti di esperienze incomplete (...) che hanno magicamente congelato in "unità operative" (...). All'analista fanno provare per periodi molto lunghi la collera, la rabbia, il bisogno, la disperazione, la tenerezza, la violenza distruttiva e il panico che sono dentro di loro, prima che il loro lo possa costituirsi in un'unità dove, mediante l'identificazione, essi possano sperimentare per se stessi e in se stessi"*.

A distanza di quattro anni dall'inizio dell'analisi, Augusto ricordando l'esperienza del ponte tibetano dice: *"io il ponte l'ho fatto con paura, avevo paura di perdere l'equilibrio, di mettere il piede male, gli altri si divertivano perché avevano una totale padronanza...oggi io immagino lei dottoressa come qualcuno che mi sta dietro, mi guarda e con il semplice tocco di due dita mi sorregge e mi tiene"*



quando mi vede in difficoltà... vorrei avere qualcuno che mi dice "bravo hai fatto bene" e non è bello... ma mi basto da solo... però sento anche il bisogno di farmi aiutare".

Augusto vede l'analisi come un luogo di conferma e supporto, ma allo stesso tempo potrebbe essere un'esperienza di vicinanza esagerata: in analisi qualcuno *alle spalle* può essere pronto a sorreggerlo ma può vedere anche le sue fragilità.

L'immagine del ponte che ci ha accompagnato per tutto il nostro percorso insieme, racconta del desiderio che emerge con l'analisi, di guardare giù, nel profondo, per poter mettere insieme ciò che in passato, fin dall'infanzia doveva rimanere scisso, come i passi sul ponte tibetano, ognuno slegato dall'altro come slegati erano i suoi vissuti, i pensieri ad essi connessi e gli affetti.

Insieme abbiamo camminato sul ponte tibetano, nel rispetto delle andature reciproche tra sospensioni e riprese ma con sempre chiaro l'obiettivo da raggiungere: guardare giù insieme e non essere troppo spaventati dal vuoto che finisce per rappresentare uno spazio da riempire di sensazioni, pensieri ed emozioni. Augusto è arrivato come freelance in un percorso di vita immerso in un ambiente inanimato e inorganico e che in analisi riscopre l'energia psichica oggi più disponibile per la scoperta di sé in relazione anche alle nuove figure della sua vita. Il percorso di analisi ha tenuto conto del suo bisogno di essere lasciato libero per poter restare vicino, della necessità di rispettare il livello narcisistico e non spaventarlo facendolo sentire divorato dalla relazione analitica, consapevoli entrambi del suo procedere in analisi in modo automatico, proprio come sul ponte tibetano per non far trasparire nulla del suo mondo interno e non sentirsi vulnerabile. Quegli aspetti che guardava come inarrivabili nella coppia che lo precedeva sul ponte tibetano, ora li avverte con maggiore disinvoltura e armonia anche nelle relazioni al di fuori dello spazio analitico. A distanza di 4 anni dall'inizio dell'analisi Augusto descrive il suo momento di vita attuale, come un

gettarsi dal ponte tibetano con Bungee Jumping: l'immagine mi invita a pensare che ormai ci si può lanciare nel vuoto in quanto certi della presenza di un elastico che ci tiene legati e di un altrettanto solerte terza persona pronta a recuperarci dal vuoto nel quale ci siamo lasciati cadere. Augusto sente il desiderio di poter camminare con un passo rilassato che non trova ostacoli e quindi preoccupazioni, non più separato dalla realtà e protetto da una porta di metallo spessa che adesso sente di poter aprire e lasciare aperta per vivere e accogliere la vita.

BIBLIOGRAFIA

- Carratelli T.I. Ardizzone I. (2009), *Le Prigioni del Sé. Scritti di psichiatria psicodinamica dell'età evolutiva sugli esordi schizofrenici e la schizoidia*, Roma, Ed Magi
- Freud, S. (1914), *Ricordare, ripetere e rielaborare*, In *Opere di Sigmund Freud*, vol. 7 (1912 - 1914), Boringhieri, Torino 1975.
- Laplanche, Pontalis (1967), *Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza ed., Bari 1993.
- Klein M. (1946), Note su alcuni meccanismi schizoidi in *Scritti 1921-1958* Torino Boringhieri 1978
- Khan M. (1960) Aspetti clinici della personalità schizoide: affetti e tecnica ; in *Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1974.
- M. M. Khan, (1979) *Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- Mc Williams, N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma 1999.
- Ogden T. H. (2016) *Vite non vissute*, Esperienze in Psicoanalisi Milano Cortina.
- Ogden T. H. (2022) *Prendere vita nella stanza di analisi* Milano Cortina 2022
- Tustin F.(1981) *Stati autistici nei bambini*, Roma, Armando 1983
- Winnicott D.W. (1965), Comunicare e non comunicare: studio su alcuni opposti, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed., Roma 1970.
- Winnicott D.W. (1969), L'esperienza di mutualità tra madre e bambino, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina ed., Milano 1995.



COME PRIMA PIÙ DI PRIMA

UN PROGETTO INTERGENERAZIONALE CHE UNISCE BAMBINI E ANZIANI CON DEMENZA

Mariateresa Monniello
Associazione Alzheimer Bari - Casa
Don Tonino Bello - Bari

Gaia Attanasi
Centro Diurno Integrato
"Regina Mundi" - Bari

RIASSUNTO

Il progetto *"Come prima, più di prima"* ha coinvolto bambini di alcune classi terze e quinte delle scuole elementari del complesso "Massari- Galilei" di Bari e gli anziani con demenza del Centro Diurno Integrato "Regina Mundi" in un'esperienza intergenerazionale strutturata, con l'obiettivo di stimolare uno scambio reciproco di conoscenze e promuovere empatia, comprensione e inclusione sociale. Attraverso laboratori di reminiscenza, giochi tradizionali, lettura di storie e momenti musicali, il progetto ha favorito un dialogo intergenerazionale, contribuendo ad ottenere benefici significativi per entrambi i gruppi. I bambini hanno mostrato un crescente interesse e affetto verso gli anziani, sviluppando maggiore sensibilità e rispetto per le differenze generazionali.

L'interazione con i bambini ha migliorato l'autostima degli anziani, dando loro l'opportunità di trasmettere esperienze di vita, valorizzando il loro

ruolo sociale e culturale. Inoltre, l'esposizione dei bambini al tema della demenza ha contribuito ad una maggiore consapevolezza del disturbo e dei suoi effetti, riducendo potenzialmente la paura e lo stigma associato alla malattia.

Il coinvolgimento delle scuole e della comunità rappresenta un passo importante verso la costruzione di una società più inclusiva, empatica e informata, capace di accogliere e supportare le persone con demenza, garantendo loro un ruolo attivo nella comunità.

PAROLE CHIAVE

Intergenerazionale; Demenza; Demenza Friendly Community (DFC), Centro Diurno, Bambini, Anziani

INTRODUZIONE

La demenza è un disturbo neurocognitivo degenerativo che comporta un progressivo e irreversibile deterioramento delle funzioni cognitive, tra



cui la memoria, l'orientamento, la comprensione, il linguaggio e la capacità di eseguire attività quotidiane. Questo tipo di malattia interessa una fascia crescente della popolazione mondiale; secondo l'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza della demenza varia dall'1 al 5% della popolazione sopra i 65 anni, con un incremento significativo che raddoppia ogni quattro anni, raggiungendo circa il 30% degli individui all'età di 80 anni. Alla luce di queste statistiche, la demenza rappresenta una sfida tanto per il sistema sanitario quanto per la società nel suo complesso, coinvolgendo un ampio spettro di implicazioni per le famiglie che si trovano ad affrontare la cronicità e la complessità della malattia.

Il principale impatto della demenza è rappresentato dalla sua natura progressiva, che impone una necessità costante di assistenza, tanto fisica quanto emotiva, con conseguenti costi psicologici e affettivi per i familiari. La cura di una persona

con demenza non è solo un impegno pratico, ma anche un'esperienza dolorosa e impegnativa dal punto di vista emotivo, che coinvolge in modo profondo ogni membro della famiglia. Tra questi, i bambini sono spesso tra i più vulnerabili, poiché si trovano ad affrontare cambiamenti nei comportamenti dei loro cari che non sono in grado di spiegarsi o comprendere appieno. Un nonno, uno zio o un altro parente che inizia a comportarsi in modo strano o a non riconoscere più i familiari può suscitare in loro emozioni di tristezza, frustrazione o persino di paura e senso di colpa. Se non adeguatamente supportati, i bambini potrebbero sentirsi abbandonati, non amati, o incapaci di gestire una situazione che li sovrasta, portandoli a isolarsi emotivamente.

Inoltre, i bambini non vivono solo la tensione e la confusione derivante dal comportamento alterato della persona malata, ma anche il cambiamento delle dinamiche familiari. I genitori,

spesso sopraffatti dalle esigenze di assistenza, possono essere più stressati, meno disponibili e più concentrati sulle necessità pratiche della malattia, con un conseguente spostamento delle priorità familiari. Tutto ciò impone una sfida ulteriore, poiché i bambini sono costretti a fare i conti con nuove abitudini e situazioni difficili, come la stanchezza visibile dei genitori e la riduzione del tempo che possono trascorrere con loro.

Seppure il desiderio di proteggere i bambini dalle difficoltà della malattia sia comprensibile, è fondamentale che anche loro possiedano una comprensione adeguata della situazione. Sapere che la persona che cambia comportamento non lo fa per mancanza di affetto, ma per via della malattia, permette loro di gestire meglio le emozioni e di ridurre il senso di frustrazione o confusione. Informare i bambini in modo semplice ma esauritivo aiuta a creare un ambiente familiare in cui tutti possano affrontare i cambiamenti insieme, evitando che la malattia diventi un argomento tabù o un motivo di emarginazione.

Oltre agli effetti diretti sui familiari, le persone con demenza e i loro cari sperimentano frequentemente solitudine e stigmatizzazione, che portano al ritiro dalla vita sociale. La scarsa conoscenza della malattia a livello comunitario può alimentare pregiudizi e comportamenti discriminatori, che isolano ulteriormente la persona con demenza e la sua famiglia. Con il numero di persone affette da tale patologia in costante aumento, è cruciale promuovere una maggiore consapevolezza e sensibilità nelle comunità, per garantire un ambiente di supporto che possa accogliere e integrare le persone con demenza.

In questo contesto, nasce il concetto di *Dementia Friendly Community (DFC)*, ovvero comunità che si rendono più inclusive e consapevoli nei confronti delle persone con disturbi neurocognitivi. Le DFC sono luoghi in cui le persone con demenza possono continuare a vivere in modo attivo e social-

mente integrato, ricevendo il rispetto e la comprensione necessari per mantenere una qualità della vita accettabile. Bari ha avviato nel 2019 il suo percorso per diventare una città amica della demenza, con l'impegno dell'Associazione Alzheimer Bari a sensibilizzare e formare diversi gruppi della comunità, tra cui commercianti, cittadini e forze dell'ordine. Uno degli ambiti cruciali dove è necessario promuovere la conoscenza della malattia è la scuola, che rappresenta un luogo di incontro e crescita per le nuove generazioni, dove è fondamentale abbattere pregiudizi e costruire un ambiente di supporto.

Inoltre, sempre più spesso le scuole e le comunità vedono la realizzazione di progetti intergenerazionali, che coinvolgono sia i bambini che gli anziani. Tali iniziative si rivelano particolarmente benefiche per entrambe le generazioni, poiché favoriscono il coinvolgimento degli anziani in attività stimolanti che contribuiscono a ridurre l'isolamento sociale e a migliorare il loro benessere psicologico. Allo stesso tempo, i bambini che partecipano a questi progetti sviluppano atteggiamenti positivi nei confronti degli anziani, migliorano le loro abilità sociali, acquisiscono empatia e maggiore fiducia in se stessi. I benefici reciproci di questi progetti sono evidenti, poiché contribuiscono alla costruzione di un senso di comunità più coeso e solidale, dove le diverse età si supportano e si comprendono reciprocamente.

Alla luce di queste considerazioni, si è deciso di combinare la sensibilizzazione sulla demenza nelle scuole con l'implementazione di progetti intergenerazionali, in modo da favorire una maggiore comprensione della malattia e, al contempo, favorire un incontro positivo tra le generazioni. Questo approccio mira a generare benefici cumulativi, creando un ambiente scolastico e comunitario più inclusivo, in grado di affrontare la sfida della demenza con maggiore consapevolezza, solidarietà e rispetto reciproco. L'auspicio è che tale iniziativa possa diffondersi sempre più,



dando vita a comunità che non solo accolgono le persone con demenza, ma che le riconoscono come una risorsa preziosa per il benessere collettivo.

OBIETTIVI

- Favorire l'incontro tra generazioni diverse per stimolare uno scambio reciproco di conoscenze ed esperienze;
- Custodire e trasmettere il patrimonio storico e culturale;
- Sensibilizzare i bambini sul tema delle demenze e sulle sue manifestazioni, promuovendo una cultura di comprensione della diversità e di empatia;
- Migliorare l'autostima e il senso di autoefficacia degli anziani attraverso attività che permettano loro di avere un ruolo;
- Migliorare le capacità relazionali, l'ascolto attivo e l'autocontrollo dei bambini attraverso la relazione con anziani;
- Promuovere l'inclusione sociale, creando uno spazio protetto di interazione positivo e rispettoso tra bambini e anziani;
- Creare cooperazione tra anziani e bambini, attraverso l'utilizzo di giochi di squadra che li portino a lavorare insieme per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- Stimolare le funzioni cognitive di anziani e bambini attraverso attività cognitive e occupazionali mirate e condivise;
- Migliorare la qualità della vita e il tono dell'umore di bambini e anziani;
- Creare una collaborazione tra scuola, famiglia e Centro Diurno, rafforzando la rete di supporto nell'ottica di una comunità maggiormente *Dementia Friendly*.

RISORSE

Il progetto è stato ideato e realizzato interamente dalle psicologhe Mariateresa Monniello e Gaia

Attanasi, con la partecipazione attiva della Dott.ssa Katia Pinto, vicepresidente dell'Associazione Alzheimer Bari e presidente nazionale della Fe-

derazione Alzheimer Italia, la quale ha facilitato i contatti preliminari con la Dott.ssa Alba Decataldo, dirigente scolastica dell'Istituto Comprensivo "Massari-Gallilei". La Dott.ssa Decataldo ha subito dimostrato una grande sensibilità verso l'iniziativa, supportando e promuovendo il progetto in ben cinque classi elementari.

Un contributo fondamentale al successo di ciascun incontro e dell'intero progetto è stato dato dalla Dott.ssa Regina Foresta, responsabile sanitario del Centro Diurno "Regina Mundi", che ha accolto con disponibilità e lungimiranza la proposta di un progetto tanto impegnativo. La collaborazione degli insegnanti delle classi coinvolte è stata altrettanto determinante; infatti, hanno mostrato grande entusiasmo ed emotività, guidando gli alunni con dedizione in ogni fase del percorso.

Inoltre, un prezioso supporto è stato fornito dall'intera équipe del Centro Diurno "Regina Mundi", che ha gestito l'organizzazione delle attività e ha garantito il sostegno necessario per la buona riuscita del progetto.

PARTECIPANTI

La selezione dei partecipanti ha costituito un aspetto cruciale per il buon esito del progetto, poiché ha determinato la qualità delle interazioni tra bambini e anziani e garantito un ambiente sicuro e arricchente per entrambe le parti. Il progetto ha coinvolto parte degli ospiti del Centro Diurno Integrato "Regina Mundi" di Bari ed i bambini di tre terze classi della scuola "Montello" ed una terza ed una quinta del plesso "San Filippo Neri" di Bari. L'approccio di selezione è stato progettato per assicurare che le attività si svolgessero in modo rispettoso delle necessità di ciascun gruppo, con un'attenzione particolare alla preparazione emotiva dei bambini.

Gli anziani selezionati per il progetto sono persone con diagnosi di demenza e con caratteristiche specifiche che ne garantiscono la partecipazione

in un contesto di interazione intergenerazionale. I criteri di inclusione sono stati:

1. **Punteggio del Mini Mental State Examination (M.M.S.E.):** gli anziani dovevano presentare un punteggio maggiore di 14 al M.M.S.E. Questo punteggio indica un livello di demenza da lieve a moderato, con una capacità residua di comprendere e rispondere in modo appropriato alle situazioni, permettendo loro di interagire efficacemente con i bambini.
2. **Stabilità comportamentale:** un altro criterio fondamentale era la stabilità comportamentale. Gli anziani selezionati non dovevano presentare manifestazioni comportamentali significative, come agitazione o aggressività, che potessero interferire con le attività del progetto o spaventare i bambini. La selezione è stata effettuata dalle psicologhe del Centro Diurno, che hanno monitorato la condizione psicologica e comportamentale degli anziani per garantire che non si verificassero situazioni che potessero risultare stressanti o traumatiche per i bambini.
3. **Assenza di altre condizioni mediche gravi:** gli anziani non dovevano essere affetti da altre condizioni mediche o psichiatriche che potessero compromettere la loro partecipazione alle attività, come gravi disabilità motorie.

La selezione dei bambini è avvenuta coinvolgendo cinque classi di scuole elementari. La scelta di coinvolgere gruppi di classe interi è stata dettata dall'idea che l'esperienza potesse essere arricchente sia a livello individuale che collettivo, creando occasioni di crescita e condivisione tra pari. Tuttavia, per preparare adeguatamente gli alunni all'interazione con gli anziani e per affrontare il tema della demenza in modo empatico e rispettoso, è stato previsto un incontro introduttivo di preparazione psicologica presso le classi coinvolte in cui una psicologa ha affrontato il tema delle demenze e delle difficoltà cognitive in modo semplice e comprensibile per l'età dei bambini. Al termine delle attività di interazione con gli

anziani, è stato previsto un incontro conclusivo con i bambini, in cui le psicologhe hanno dato loro spazio per esprimere e elaborare i vissuti emotivi derivanti dall'esperienza.

METODOLOGIA, METODO E STRUMENTI

Il progetto ha adottato una metodologia ispirata all'Approccio Centrato sulla Persona, un modello sviluppato nel 1979 da Carl Rogers insieme ai suoi collaboratori Alberto Zucconi e Charles Devonshire. Questo approccio considera l'individuo come un'unità psico-fisica dotata di potenzialità intrinseche per il proprio processo di crescita, sia a livello personale che sociale. Al centro di tale modello c'è l'importanza delle relazioni autentiche, empatiche e rispettose, che sono fondamentali in contesti educativi e terapeutici. Secondo l'Approccio Centrato sulla Persona, attraverso un atteggiamento di comprensione empatica, accettazione incondizionata e congruenza, è possibile favorire il processo di apprendimento e il miglioramento del benessere psicologico degli individui coinvolti, siano essi bambini o anziani.

Per attuare questi principi, sono stati utilizzati diversi metodi e strumenti che hanno integrato vari linguaggi espressivi, con l'obiettivo di stimolare e promuovere relazioni positive tra i bambini e gli anziani coinvolti nel progetto. Tra le principali metodologie utilizzate, si annoverano:

- **Circle Time.** Ogni incontro ha avuto come punto di partenza il metodo del "circle time", che prevede che tutti i partecipanti (bambini, anziani, psicologhe e insegnanti) siano disposti in cerchio. Questo schema ha favorito la creazione di un'atmosfera di uguaglianza, abbattendo qualsiasi barriera fisica e simbolica tra i partecipanti e incentivando un'attenzione condivisa. Durante gli incontri presso il Centro Diurno "Regina Mundi" si è posta particolare attenzione nella disposizione dei bambini e degli anziani in maniera alternata, così da promuovere un'interazione fluida e naturale tra le due generazioni.



- **Il gioco a squadre.** Le attività ludiche hanno rappresentato uno strumento fondamentale per favorire la creazione di legami più forti tra i partecipanti di diverse età. In particolare, sono stati utilizzati giochi tradizionali come il lancio della trottola (il "viruzzo") e i passaggi con la palla. Successivamente, i bambini e gli anziani sono stati suddivisi in squadre e si sono sfidati in gare di indovinelli, giochi di mimo, staffette con la campana e competizioni per realizzare la collana di pasta più lunga. Questi giochi non solo hanno stimolato la cooperazione e l'impegno reciproco, ma hanno anche permesso ai partecipanti di ritrovare il piacere dell'interazione intergenerazionale attraverso il gioco.



- **La lettura di storie.** All'interno del progetto sono stati utilizzati due racconti. Il primo racconto utilizzato è stato "*Lo scoiattolo Tap e i racconti della nonna*", scritto da Mattia Magra e illustrato da Alida Sirianni. Questo breve racconto è stato proposto durante il primo

incontro per introdurre il tema della demenza in modo semplice, permettendo ai bambini di avvicinarsi al concetto in modo comprensibile. Un secondo racconto "*Un'idea geniale*" di nonna Carmela, tratto dal libro "*Nonno, mi racconti quali sono le cose importanti?*", è stato utilizzato per stimolare il confronto tra le generazioni, mettendo in luce le somiglianze e le differenze tra i bambini e gli anziani.

- **La musica.** Ogni incontro si è concluso con un momento musicale, durante il quale i bambini e gli anziani hanno cantato insieme il brano "*Come prima*", che ha ispirato il titolo del progetto. La musica ha svolto un ruolo fondamentale nel favorire la comunicazione e la connessione emotiva tra i partecipanti, creando un ambiente di condivisione che ha amplificato gli effetti positivi sull'umore di entrambe le generazioni. Il canto ha rappresentato un potente strumento di unione, favorendo l'interazione e creando un'atmosfera di serenità e collaborazione.

- **La terapia occupazionale.**

Un'altra attività che ha riscosso grande successo è stata la preparazione dei taralli pugliesi, una ricetta tipica della tradizione. I bambini e gli anziani hanno cucinato insieme, e l'esperienza ha rappresentato un'occasione per trasmettere e conservare il patrimonio culturale. La realizzazione di questa ricetta ha coinvolto entrambe le generazioni in un processo creativo che ha

stimolato la manualità, la collaborazione e il piacere della condivisione. Gli anziani hanno avuto l'opportunità di offrire un contributo attivo alla cultura gastronomica, arricchendo i bambini con preziose conoscenze tramandate nel tempo.

- **La terapia della reminiscenza.** Un'altra attività ha riguardato la reminiscenza, che ha permesso agli anziani di presentare e spiegare ai bambini alcuni oggetti del passato. Questa attività ha offerto agli anziani l'opportunità di riacquistare un ruolo attivo nel gruppo, condividendo storie e ricordi legati agli oggetti e alle tradizioni del loro tempo. Allo stesso tempo, ha favorito la creazione di legami empatici con i bambini, che hanno avuto la possibilità di conoscere e apprezzare la storia e le esperienze di vita degli anziani.



Il progetto, quindi, ha combinato diverse metodologie terapeutiche ed educative per favorire un'interazione positiva e significativa tra bambini e anziani. L'adozione dell'Approccio Centrato sulla Persona ha permesso di creare un ambiente rispettoso e accogliente, dove ogni individuo, indipendentemente dall'età o dalla condizione di salute, ha potuto esprimersi, crescere e im-

parare. Le attività proposte hanno stimolato la cooperazione, la comunicazione e la condivisione, mettendo in luce l'importanza delle relazioni intergenerazionali come strumenti per la crescita reciproca e il benessere collettivo.

SVOLGIMENTO

Nella fase preliminare del progetto, è stato necessario definire in collaborazione con la dirigente scolastica dell'Istituto Comprensivo "Massari-Galilei", la dott.ssa Alba Decataldo, le classi che sarebbero state coinvolte e stabilire il periodo dell'anno scolastico più adatto per l'attuazione delle attività. La scelta delle classi è stata effettuata tenendo conto delle esigenze educative, ma anche delle caratteristiche del gruppo classe, al fine di massimizzare l'impatto delle attività proposte.

La prima fase operativa si è svolta nel mese di gennaio 2024, quando sono stati incontrati gli insegnanti delle classi selezionate, per illustrare dettagliatamente il progetto e raccogliere il loro feedback. Durante questi incontri, è stata fornita una panoramica completa delle fasi del progetto, degli obiettivi prefissati e delle metodologie che sarebbero state adottate. È stata anche un'occasione per coinvolgere e informare le famiglie degli alunni, così da rispondere a eventuali domande e fugare ogni dubbio circa gli aspetti pratici e pedagogici dell'iniziativa. L'informazione puntuale e la partecipazione attiva del personale scolastico sono state fondamentali per garantire il buon esito del progetto e per adattarlo alle specifiche necessità e caratteristiche dei bambini coinvolti.

Il progetto è ufficialmente iniziato a febbraio 2024 e si è sviluppato nell'arco di un quadrimestre, articolandosi in un totale di quattro incontri per ciascuna classe, con cadenza settimanale e durata di due ore ciascuno. L'intento era quello di favorire una continuità nelle attività, in modo da permettere sia ai bambini che agli anziani di consolidare le relazioni intergenerazionali.



Il primo incontro, che ha avuto luogo presso la scuola, è stato dedicato alla conoscenza reciproca tra gli alunni, le psicologhe e gli insegnanti, e ha rappresentato un'occasione per osservare e comprendere le dinamiche interne delle classi coinvolte. Questo incontro ha permesso di personalizzare il progetto, adattando le attività in base alle esigenze specifiche dei bambini, e di raccogliere le loro aspettative, pensieri e timori rispetto all'esperienza che stavano per intraprendere. Per introdurre il tema della demenza in modo accessibile e delicato, è stata utilizzata la fiaba "Lo Scoiattolino Tap", che ha stimolato empatia e riflessione tra i bambini. L'utilizzo di giochi sulla memoria e di attività didattiche ha permesso di approfondire, in modo graduale, il concetto di demenza, enfatizzando l'importanza della memoria nella vita quotidiana e mostrando ai bambini come patologie come l'Alzheimer possano influire sul ricordo e sul comportamento delle persone. L'obiettivo di questo primo incontro era quello di sensibilizzare i bambini senza spaventarli, ma piuttosto promuovendo una visione di rispetto e accoglienza nei confronti degli anziani che avrebbero incontrato nelle fasi successive del progetto.

A partire dal secondo incontro, il progetto si è spostato presso il Centro Diurno Integrato "Regina Mundi", dove i bambini e gli anziani hanno avuto l'opportunità di incontrarsi e interagire in un contesto protetto e stimolante.

Durante il primo incontro presso il centro, è stato dedicato un tempo alla presentazione reciproca dei partecipanti attraverso il gioco, in modo da creare un contesto sereno e accogliente. Successivamente, bambini e anziani sono stati suddivisi in piccole squadre per partecipare a una serie di giochi studiati ad hoc per favorire la collaborazione intergenerazionale. Ogni attività ha avuto lo scopo di stimolare l'interazione tra i gruppi, mettendo in evidenza il valore delle esperienze degli anziani e l'importanza del loro contributo attivo. Il primo incontro si è concluso con un momento musicale, in cui i bambini hanno cantato una canzone contem-

poranea scelta da loro, e successivamente, tutti insieme hanno cantato il brano che ha ispirato il titolo del progetto. La musica ha avuto un effetto terapeutico, creando un'atmosfera di condivisione e rinforzando il legame tra le generazioni.

Il secondo incontro presso il Centro Diurno si è aperto con la consegna di disegni e lavoretti realizzati dai bambini, un gesto che ha contribuito a creare un'atmosfera di affetto e reciproco apprezzamento. Successivamente, i partecipanti sono stati divisi in tre gruppi di lavoro per preparare insieme i taralli pugliesi, un'attività che ha permesso di esplorare la tradizione gastronomica e di promuovere la collaborazione tra le generazioni. La preparazione del cibo, infatti, è stata un'occasione non solo per condividere momenti ludici, ma anche per valorizzare la memoria storica e culturale degli anziani. Il laboratorio di cucina si è poi concluso con un altro momento di reminiscenza, durante il quale gli anziani hanno avuto l'opportunità di presentare e spiegare ai bambini alcuni oggetti del passato, stimolando il confronto e l'approfondimento reciproco. Anche questo incontro si è concluso con una sessione musicale, mantenendo una continuità nelle attività che hanno accompagnato ogni fase del progetto.

Al termine degli incontri presso il Centro, le psicologhe hanno organizzato un incontro di follow-up presso la scuola, con l'intento di raccogliere le esperienze e i vissuti dei bambini. Durante questo incontro finale, i bambini sono stati invitati a esprimere le emozioni vissute durante l'interazione con gli anziani, attraverso un breve laboratorio di educazione emotiva. Questo momento ha avuto un grande valore educativo, poiché ha permesso ai bambini di riflettere sulle emozioni vissute durante l'interazione, discutendo le difficoltà e i momenti più significativi dell'esperienza, ma anche ciò che avevano appreso dagli anziani. L'incontro di follow-up ha favorito anche una maggiore consapevolezza riguardo alle dinamiche intergenerazionali, contribuendo a stimolare la riflessione su temi come la memoria,

la dignità e la vulnerabilità, importanti per comprendere il valore delle esperienze degli anziani.

Infine, al termine del progetto, le classi coinvolte hanno invitato gli anziani a partecipare a uno spettacolo pensato appositamente per loro. Questo momento ludico finale ha avuto un grande valore simbolico ed emotivo per tutti i partecipanti, rafforzando il legame creato durante il percorso e celebrando il successo dell'iniziativa. Il progetto, infatti, non solo ha promosso una maggiore comprensione della demenza e dei cambiamenti legati all'invecchiamento, ma ha anche creato un'importante occasione di scambio, solidarietà e apprendimento tra generazioni.

VALUTAZIONE

La valutazione del progetto si è concentrata sull'analisi delle dinamiche emerse durante gli incontri tra gli ospiti del Centro Diurno e i bambini attraverso l'osservazione diretta e la compilazione di schede di valutazione e monitoraggio delle attività di gruppo. Sono stati assegnati dei punteggi ai comportamenti degli ospiti del Centro, per ogni incontro, rispetto ai criteri di: partecipazione, gradimento, socializzazione, tono dell'umore e la presenza o meno di disturbi comportamentali. Non è stato invece possibile utilizzare queste schede di valutazione con gli alunni, scelta legata principalmente all'elevata numerosità dei bambini coinvolti. Il progetto infatti ha visto la partecipazione di cinque classi scolastiche, ciascuna composta da un numero significativo di bambini. In totale i partecipanti erano molti, rendendo difficile applicare uno strumento di valutazione individuale in modo efficace e tempestivo. La gestione di una valutazione strutturata per ciascun bambino avrebbe richiesto un notevole impegno in termini di tempo e risorse, che non sarebbe stato compatibile con

la natura del progetto e con i tempi limitati degli incontri, che erano focalizzati principalmente sulle attività di interazione diretta e sulle esperienze condivise tra bambini e anziani.

Per queste ragioni, invece di utilizzare schede di valutazione, ci si è avvalsi di un altro strumento di monitoraggio: i feedback delle insegnanti, raccolti al termine di ogni incontro. Le insegnanti, infatti, conoscendo a fondo gli alunni, hanno avuto l'opportunità di osservare da vicino il comportamento dei bambini e di fornire informazioni preziose circa il loro coinvolgimento emotivo, il livello di interazione con gli anziani, le dinamiche di gruppo ed eventuali variazioni rispetto alla loro solita condotta. Questo approccio ha permesso di raccogliere valutazioni più qualitative, che si sono rivelate particolarmente utili per comprendere l'impatto emotivo e sociale dell'esperienza sui bambini.





RISULTATI

Le schede di valutazione, come la valutazione di tipo qualitativo da parte delle psicologhe responsabili del progetto e delle insegnanti coinvolte, ha messo in luce un forte interesse reciproco, con i bambini che, seppur inizialmente timorosi, hanno progressivamente manifestato un crescente desiderio di interagire con gli anziani, ponendo domande e partecipando attivamente alle attività di gruppo. Gli anziani, da parte loro, hanno mostrato un notevole impegno nel rispondere ai bambini, sia verbalmente che emotivamente, dimostrando il potenziale delle attività proposte. Attraverso una serie di attività mirate, il progetto ha raggiunto importanti risultati sia dal punto di vista sociale che educativo:

1. Creazione di legami intergenerazionali. Gli incontri hanno facilitato il dialogo e la connessione tra bambini e anziani, favorendo il superamento delle barriere generazionali. Le attività di gruppo, come i giochi di squadra, sono stati uno strumento fondamentale per stimolare la cooperazione, la comunicazione e la comprensione reciproca.

I bambini, in particolare, hanno dimostrato curiosità e apertura verso gli anziani, mentre gli ospiti del Centro hanno beneficiato della compagnia e della stimolazione cognitiva derivante dall'interazione con i più giovani. Questo scambio ha contribuito a ridurre il senso di isolamento degli anziani e ha migliorato il benessere emotivo di entrambi i gruppi. Inoltre, da un punto di vista emotivo, le insegnanti hanno riferito un notevole cambiamento nel comportamento dei bambini che hanno mostrato una maggiore sensibilità e affetto

verso gli anziani, come dimostrato dalle numerose manifestazioni di cura e attenzione (come il tenere per mano o l'offrire aiuto durante le attività). In particolare, le insegnanti hanno evidenziato come gli anziani abbiano offerto ai bambini un modello di resilienza, che ha avuto un impatto positivo sullo sviluppo emotivo dei più piccoli.



2. Valorizzazione del ruolo degli anziani e dei loro ricordi. Le attività di reminiscenza, incentrate sui giochi del passato, la vita quotidiana di un tempo e gli oggetti di una volta, hanno permesso agli anziani di condividere le loro esperienze di vita, trasmettendo ai bambini la storia e la cultura della loro comunità. I bambini, attraverso il coinvolgimento in indovinelli e racconti, hanno avuto l'opportunità di scoprire un mondo che non conoscevano, imparando a rispettare e apprezzare il patrimonio culturale e le tradizioni locali. Gli anziani, a loro volta, si

sono sentiti coinvolti e valorizzati nel loro ruolo di custodi della memoria storica.

3. Sperimentazione di attività occupazionali gastronomiche. L'attività di preparazione dei taralli, tipici della tradizione pugliese, è stata un momento di grande condivisione e creatività. Anziani e bambini hanno lavorato insieme, scoprendo non solo un'attività manuale, ma anche una tradizione gastronomica che ha permesso di rafforzare il legame tra le due generazioni. La preparazione dei taralli ha stimolato sia le capacità motorie che quelle cognitive degli anziani, mentre i bambini hanno appreso nuovi processi e tecniche culinarie. Questo tipo di attività ha anche favorito il lavoro di squadra e la cooperazione tra generazioni, creando un ambiente di apprendimento reciproco.

4. Sensibilizzazione alla demenza e comprensione della condizione. Il progetto ha anche avuto una funzione educativa in merito alla demenza, sensibilizzando i bambini riguardo le difficoltà che le persone con Alzheimer e altre forme di demenza affrontano ogni giorno. Le psicologhe del progetto, insieme alle insegnanti, hanno supportato i bambini nel processo di apprendimento, aiutandoli a comprendere le sfide legate alla demenza, ma anche le risorse che la persona anziana può offrire.

5. Benefici psicologici e sociali per tutti i partecipanti. I benefici psicologici del progetto sono stati evidenti in entrambe le categorie di partecipanti. Per gli anziani, il progetto ha rappresentato un'opportunità di stimolazione cognitiva e relazionale, favorendo un miglioramento del loro benessere emotivo. Per i bambini, il progetto ha rappresentato una crescita sotto il profilo dell'empatia, della solidarietà e della consapevolezza sociale. Entrambi i gruppi hanno potuto sperimentare il valore della condivisione e della cura reciproca, rafforzando la coesione sociale e il senso di comunità. Inoltre, le attività musicali, che hanno rappresentato un elemento di grande

inclusività, sono state particolarmente apprezzate per la loro capacità di abbattere le barriere linguistiche e di stimolare la partecipazione attiva di tutti gli anziani e bambini coinvolti nel progetto.

In sintesi, il progetto ha raggiunto con successo i suoi obiettivi, favorendo l'integrazione tra le generazioni, stimolando il ricordo e la trasmissione del patrimonio culturale, e sensibilizzando i partecipanti sul tema della demenza. Grazie al lavoro collaborativo delle psicologhe, degli insegnanti e delle persone coinvolte, il progetto ha contribuito a creare un ambiente di apprendimento ricco e positivo, che ha rafforzato i legami intergenerazionali e ha arricchito la vita di tutti i partecipanti, dimostrando come l'empatia e la solidarietà possano essere elementi fondamentali per migliorare la qualità della vita sia degli anziani che dei bambini.

BIBLIOGRAFIA

- Boffo, V. (2012). La trasmissione trans-generazionale della cura educativa: dai nonni ai bambini. In Corsi, M., & Ulivieri, S. (Ed.), *Progetto Generazioni, Bambini e anziani: due stagioni della vita a confronto*, (pp.138-139). Pisa: Edizioni ETS.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2^a ed.). Bologna: Il Mulino.
- Ottaviano, C. (2014). Nonne/i e nipoti: l'invecchiamento attivo come risorsa familiare e sociale nell'epoca delle passioni tristi, *Rivista Formazione Lavoro Persona*, 11, 28-37.
- Rogers, C. (1978). The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, pp. 23-26.
- Toffano Martini, E., & Zanato Orlandini, O. (2012). Ricostruire la reciprocità tra le generazioni a partire da bambini e anziani. In Corsi, M., & Ulivieri, S. (Ed.), *Progetto Generazioni, Bambini e anziani: due stagioni della vita a confronto*, (pp. 241-256). Pisa: Edizioni ETS.
- Trabucchi, M. (1998). *Le demenze*. Milano: UTET.
- Vieillard, S., Peretz, I., Gosselin, N., Khalfa, S., Gagnon, L., & Bouchard, B. (2008). Happy, sad, scary and peaceful musical excerpts for research on emotions. *Cognition & Emotion*, 22(4), 720-752.



PER IL SUCCESSO FORMATIVO DI CIASCUNO E DI TUTTI

PROGETTO DI MENTORING E ORIENTAMENTO CONTRO LA DISPERSIONE SCOLASTICA

Eleonora Merlicco

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta specializzata in Psicologia Scolastica

Maria Pia Contento

Psicologa specializzata in Neuropsicologia e Disturbi dell'Apprendimento

Valentina Doria

Psicologa Clinica

Vittoria Losurdo

Psicologa dell'Età Evolutiva

Anna Rita Ungaro

Psicologa, Psicoterapeuta e Terapeuta EMDR

RIASSUNTO

La dispersione scolastica è un fenomeno complesso che coinvolge diversi fattori sociali, economici e psicologici e che incide profondamente sul sistema educativo, con conseguenze significative a livello individuale e sociale. Il presente articolo intende riportare le riflessioni individuate nell'ambito di un progetto scolastico di mentoring e orientamento come forma di intervento e prevenzione contro la dispersione sco-

lastica, operate da un team di cinque psicologhe presso una scuola superiore nella provincia di Foggia.

Il progetto è stato finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano, in ottemperanza al programma di rilancio economico attivato dall'Unione Europea, Next Generation EU. L'articolo approfondisce le dinamiche psicologiche e socio-culturali alla

base del fenomeno della dispersione scolastica; esplora la relazione tra la dispersione scolastica e diversi fattori concatenati a carattere psicologico, quali: autostima e autoefficacia, stili di apprendimento, motivazione allo studio e all'impegno scolastico, difficoltà e potenzialità per gli studenti stranieri. Alla luce di tale disamina, si condividono buone pratiche basate su evidenze scientifiche per prevenire la disaffezione scolastica.

PAROLE CHIAVE

Dispersione scolastica, PNRR, buone pratiche, motivazione.

INTRODUZIONE

Nell'anno scolastico 2023-2024, molte istituzioni scolastiche in Italia hanno potuto attivare progetti di tutoraggio e percorsi formativi in favore degli studenti a rischio di abbandono scolastico. Questo è stato possibile grazie ad un piano di investimento da parte del Ministero dell'Istruzione e del Merito che ha stanziato 790 milioni di euro per interventi finalizzati a garantire la riduzione dei divari territoriali negli apprendimenti e il contrasto alla dispersione scolastica.

L'investimento del Ministero dell'Istruzione e del Merito rientra in un più ampio programma, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano, noto come "Italia Domani"; si tratta di un piano di trasformazione del Paese che intende lasciare una preziosa eredità alle generazioni future, dando vita a una crescita economica più robusta, sostenibile e inclusiva. Italia Domani fa parte, a sua volta, di Next Generation EU, il programma di rilancio economico attivato dall'Unione Europea e dedicato a tutti gli stati membri.

È stata messa a punto una piattaforma, nota come "FUTURA PNRR – Gestione progetti", la cui titolarità è del Ministero dell'Istruzione e del Merito, attraverso cui è stato possibile gestire i progetti finanziati nell'ambito del PNRR.

Tra le diverse tipologie di attività finanziate, ci siamo occupati dei "Percorsi di Mentoring e Orientamento"; si tratta di un'attività formativa in favore degli studenti che hanno mostrato particolari fragilità negli apprendimenti e a rischio di abbandono scolastico, per i quali è stata prevista l'erogazione di percorsi individuali di mentoring e orientamento, sostegno alle competenze disciplinari, coaching motivazionale, promozione del successo educativo e dell'inclusione sociale. Ciascun percorso è stato erogato, in presenza, da un'esperta in possesso di specifiche competenze. Chi scrive è un *team* di cinque professioniste, psicologhe, specializzate a vario titolo nell'ambito della psicologia scolastica che l'Istituto di Istruzione Superiore "Augusto Righi" di Cerignola (Fg) ha selezionato mediante un bando pubblico per titoli e meriti. L'Istituto presenta una ricca offerta formativa nel settore tecnico-tecnologico, con corsi di informatica, elettronica e biotecnologie sanitarie, di durata quinquennale e, nel settore liceale, il Liceo Scientifico Opzione Scienze Applicate (LSOSA), un percorso di studi scientifici in linea con i processi di digitalizzazione. Sono stati assegnati al team di professioniste oltre 100 studenti appartenenti a diverse classi nei vari indirizzi, la maggior parte frequentanti il biennio. Gli studenti sono stati seguiti da marzo 2024 a novembre 2024, quindi a fine di un anno scolastico, successivamente durante i corsi di recupero nel periodo estivo e alla ripresa del nuovo anno scolastico.

Con il presente lavoro, proponiamo i frutti di un'esperienza sul campo, le riflessioni condivise del team di professioniste che sebbene abbiano lavorato individualmente con gli studenti assegnati, si sono interfacciate costantemente al fine di individuare buone pratiche e le metodologie più efficaci.

Il percorso di Mentoring e Orientamento è consistito in una rosa di strategie e di conoscenze applicative a carattere psicologico che sono di



grande aiuto per tutti gli educatori, insegnanti e genitori, chiamati ad affiancare il percorso di crescita di ragazzi adolescenti. Al fine di offrire una panoramica rappresentativa di quanto operato durante il progetto, cominceremo a presentare il tema della dispersione scolastica nelle sue caratteristiche peculiari e successivamente approfondire dei temi importanti che sono stati di supporto nel percorso con ciascuno studente. Tra questi temi vi è: l'autostima e l'autoefficacia e come promuoverle, cosa sono gli stili di apprendimento e come favorirli, come stimolare una sana motivazione allo studio e all'impegno scolastico negli adolescenti, quali sono le difficoltà e le opportunità per gli studenti stranieri nella scuola italiana; attraverso i temi individuati e supportati dalla ricerca scientifica, abbiamo delineato una serie di strategie utili a rendere l'apprendimento più efficace e coinvolgente ed operare, dunque, un efficace orientamento scolastico-professionale.

LA DISPERSIONE SCOLASTICA: ANALISI DEL FENOMENO E PROPOSTE PER CONTRASTARLO

La dispersione scolastica rappresenta uno dei problemi più complessi e urgenti per i sistemi educativi contemporanei. Si tratta di un fenomeno che coinvolge milioni di giovani in tutto il mondo e che ha profonde ripercussioni non solo sul loro futuro, ma anche sull'intera società. Nel contesto italiano, nonostante i progressi degli ultimi anni, il tasso di abbandono scolastico rimane una delle principali sfide, soprattutto in alcune aree del Paese.

Cominciamo col definire la dispersione scolastica come un processo complesso che culmina nell'abbandono del percorso formativo da parte degli studenti prima del conseguimento di un titolo di studio. Il fenomeno include non solo chi lascia la scuola, ma anche coloro che frequentano in modo discontinuo o che, pur concludendo gli studi, non raggiungono le competenze minime richieste.

Secondo i dati dell'ISTAT, il tasso di abbandono scolastico in Italia nel 2023 si attesta intorno al 12,7%, un dato ancora distante dall'obiettivo europeo del 9% entro il 2030. Tale percentuale varia significativamente tra le diverse regioni, con il Sud e le Isole che registrano i tassi più elevati.

Dal punto di vista delle cause del fenomeno, la dispersione scolastica è il risultato di una molteplicità di fattori che possono essere raggruppati in quattro categorie principali:

1. Cause socio-economiche.

La povertà e il disagio economico rappresentano tra le principali determinanti. Famiglie con difficoltà economiche sono meno propense a investire nell'istruzione dei figli, specialmente in contesti dove il lavoro precoce è considerato una necessità.

2. Fattori scolastici

L'insuccesso scolastico, un ambiente poco inclusivo e la mancanza di supporto individualizzato possono spingere gli studenti ad allontanarsi progressivamente dal percorso formativo. Un insegnamento non motivante o scarsamente adattato ai bisogni degli alunni contribuisce ulteriormente al problema.

3. Difficoltà personali e familiari

Le situazioni di disagio familiare, come conflitti, violenza domestica o l'assenza di figure genitoriali di riferimento, influenzano negativamente la stabilità emotiva degli studenti e la loro capacità di affrontare le sfide scolastiche.

4. Barriere culturali e linguistiche

Studenti provenienti da famiglie migranti o contesti culturalmente distanti da quello scolastico possono incontrare maggiori difficoltà di integrazione, sentendosi esclusi o non compresi.

Il costo sociale ed economico della dispersione scolastica è elevato. In termini individuali, gli

studenti che abbandonano la scuola incontrano maggiori difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro e un rischio più elevato di disoccupazione e precarietà. Sul piano sociale, il fenomeno alimenta le disuguaglianze, contribuisce alla marginalizzazione e può favorire comportamenti devianti o criminali.

Secondo uno studio della Commissione Europea, la dispersione scolastica comporta anche un significativo costo economico per lo Stato, dovuto alla perdita di potenziale produttivo, alla maggiore richiesta di sussidi sociali e ai costi associati a problematiche legate alla disoccupazione o alla devianza.

Affrontare la dispersione scolastica richiede interventi articolati e strategie preventive, che combinino politiche educative, sociali ed economiche. Di seguito alcune delle strategie più efficaci:

1. Rafforzare il supporto educativo e psicologico

Le scuole dovrebbero offrire servizi di tutoraggio e *counseling* per supportare gli studenti in difficoltà. Un'équipe di esperti (psicologi, pedagogisti e assistenti sociali) potrebbe aiutare a individuare precocemente i segnali di disagio e fornire interventi mirati.

2. Creare un ambiente scolastico inclusivo

È fondamentale promuovere scuole che siano luoghi di accoglienza, dove ogni studente si senta valorizzato e parte di una comunità. Ciò include anche la formazione continua degli insegnanti per gestire classi eterogenee e adottare metodologie didattiche innovative.

3. Incentivare il tempo pieno e le attività extra-curricolari

Le scuole che offrono programmi pomeridiani, laboratori artistici, sportivi e tecnologici risultano più attrattive per gli studenti e contribuiscono a ridurre il rischio di dispersione, rafforzando il senso di appartenenza.



4. **Sostenere le famiglie in difficoltà**

È cruciale attivare politiche di sostegno economico per le famiglie a basso reddito, come borse di studio, sussidi per l'acquisto di materiale scolastico o aiuti per il trasporto. Inoltre, programmi di educazione parentale possono sensibilizzare i genitori sull'importanza dell'istruzione.

5. **Promuovere un orientamento scolastico più efficace**

Il ruolo della scuola, in collaborazione con enti locali e organizzazioni, è fondamentale per offrire percorsi personalizzati che aiutino gli studenti a identificare le proprie inclinazioni e a costruire un progetto formativo coerente con le loro aspirazioni. Tra le iniziative più promettenti figurano laboratori esperienziali, incontri con professionisti e orientatori, e percorsi di alternanza scuola-lavoro. Questi progetti non solo rafforzano il senso di appartenenza degli studenti al contesto scolastico, ma li aiutano a vedere un legame concreto tra istruzione e futuro lavorativo.

6. **Promuovere percorsi formativi alternativi**

Per gli studenti che faticano a seguire i percorsi tradizionali, è utile offrire opzioni formative flessibili, come percorsi di istruzione professionale o apprendistato, coniugando teoria e pratica e aumentando la motivazione.

7. **Investire nelle tecnologie digitali**

La pandemia ha evidenziato l'importanza del digitale nell'istruzione. Garantire l'accesso a dispositivi tecnologici e connessioni internet è essenziale per ridurre il divario digitale, che spesso si traduce in un divario educativo.

8. **Collaborazione tra scuola e territorio**

Le scuole devono lavorare in rete con enti locali, associazioni e aziende per offrire opportunità educative e formative che rispondano

ai bisogni del territorio, creando una sinergia tra istruzione e comunità.

L'Istituto di Istruzione Superiore "Augusto Righi" da anni si impegna a implementare molte di queste linee guida per rispondere alle necessità di un territorio come quello della provincia foggiana caratterizzata da un'alta densità di popolazione, a fronte di bassi livelli di occupazione, di basso reddito pro-capite e massiccia presenza di criminalità organizzata. Il progetto "Per il successo formativo di ciascuno e di tutti" operato dal nostro team di lavoro, in particolare, ha risposto alla necessità di rafforzare il supporto educativo e psicologico al fine di affiancare gli studenti a maggiore rischio di abbandono scolastico e creare un ambiente scolastico sempre più inclusivo e motivante.

L'IMPORTANZA DELL'AUTOSTIMA E DELL'AUTOEFFICACIA NEL CONTESTO SCOLASTICO

All'inizio del nostro lavoro, nella fase di osservazione e analisi dei bisogni, abbiamo riscontrato pressoché in tutti gli studenti affiancati una bassa autostima unitamente a un basso livello di autoefficacia, espressi in modalità diverse; per alcuni studenti si trattava di paura di rischiare di andare ad un'interrogazione o sottoporsi ad un compito scolastico; per altri consisteva in un confronto continuo con i compagni di classe, con conseguente senso di essere trattati con ingiustizia dai professori, di essere vittime presunte di disparità; altri studenti mostravano chiari segni di ansia e talvolta di infelicità; sappiamo infatti che una bassa autostima può condurre anche a vissuti depressivi; per altri ancora vi era la necessità di rimandare pur sempre un'immagine positiva di sé stessi senza tollerare minimamente la possibilità di riconoscere di avere difficoltà e lacune per le quali poter chiedere aiuto e accettare di essere aiutati; in tal caso si preferiva evitare qualsiasi sfida scolastica, dicendo: "Non fa per me"; "Quella materia non mi interessa"; "La scuola non ha valore per me e, appena compirò sedici anni, andrò a lavorare".

La ricerca psicologica oggi riconosce l'autostima e l'autoefficacia come costrutti importanti nell'ambito scolastico perché influenzano il modo in cui gli studenti affrontano le sfide, costruiscono relazioni e sviluppano competenze per il futuro.

Gurney (1988) sostiene che l'autostima è il concetto centrale sul quale dovrebbe basarsi l'innovazione del curriculum e dunque essa dovrebbe diventare uno dei primi obiettivi dell'istruzione. Battistelli (1994) definisce l'autostima come l'insieme dei giudizi valutativi che l'individuo dà di sé stesso.

Il concetto di autoefficacia invece è stato introdotto da Albert Bandura e corrisponde alle credenze delle persone circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire azioni necessarie al raggiungimento di determinati risultati (Bandura, 1977). Dunque se l'autostima riguarda il "come mi vedo", "come mi giudico" l'autoefficacia è una dimensione relativa in termini, quali: "Ce la posso fare" "Come posso affrontare il compito?". Da questo preambolo si può notare come autostima ed autoefficacia tendano ad assumere un ruolo importante nell'apprendimento e dunque nel contesto scolastico. Esse, infatti, se correlano positivamente, permetteranno di avere:

- una maggiore partecipazione attiva in classe;
- Migliori risultati scolastici;
- Maggiore capacità di gestire lo stress e le emozioni;
- Relazioni interpersonali più collaborative.

Una buona autostima e una salda autoefficacia hanno un ruolo fondamentale nell'apprendimento scolastico, in quanto sostengono e favoriscono l'impegno cognitivo e la motivazione utile a sviluppare ogni tipo di competenza, permettendo dunque allo studente di anticipare possibilità di successo, di essere più tenace, perseverante e di affrontare le difficoltà in modo diverso e soprattutto di non abbandonare il compito assegnatogli.

Al contrario autostima e autoefficacia basse predicono:

- Scarsa motivazione allo studio;
 - Evitamento di compiti difficili per paura di fallire;
 - Aumento del rischio di abbandono scolastico.
- Alla luce di quanto esposto, nel corso del nostro progetto abbiamo lavorato con gli studenti su diversi aspetti, come:
- Promuovere un clima inclusivo e privo di giudizi;
 - Riconoscere e valorizzare i successi di ciascuno, anche minimi;
 - Evitare confronti negativi tra studenti, preferendo un approccio orientato alla crescita personale;
 - Stabilire obiettivi realistici e raggiungibili aiutando gli studenti a suddividere compiti complessi in obiettivi più piccoli e concreti;
 - Celebrare ogni obiettivo raggiunto rinforzando la fiducia nelle proprie capacità;
 - Offrire feedback costruttivi concentrandosi sui progressi e non solo sugli errori;
 - Sviluppare abilità sociali come insegnare agli studenti a gestire conflitti e a comunicare in modo efficace;
 - Mostrare che il fallimento è parte del processo di miglioramento e non un riflesso del proprio valore personale;
 - Promuovere l'autonomia permettendo agli studenti di prendere decisioni e di assumersi responsabilità.





Affinché l'autostima e l'autoefficacia si sviluppino entrambe in modo positivo, un ruolo fondamentale è giocato dall'insegnante che avrà il compito di evitare ambienti o classi in cui domina una forte richiesta di "prestazione" e in cui l'attenzione è per il "risultato", cioè tu vali solo se ottieni un certo tipo di esito.

In un contesto di classe, invece, è fondamentale respirare cooperazione, giudizi gratificanti e rassicuranti per il percorso svolto fornendo feedback di tipo informativi al proprio studente ad esempio come: "Sei riuscito perché ti sei impegnato"; "Credo in te"; "Ce la puoi fare". Offrendo feedback informativi il docente diventerà il motivatore dell'autostima degli studenti.

Per quanto riguarda lo sviluppo dell'autoefficacia degli studenti è importante che come primo step possano constatare che riescono ad affron-

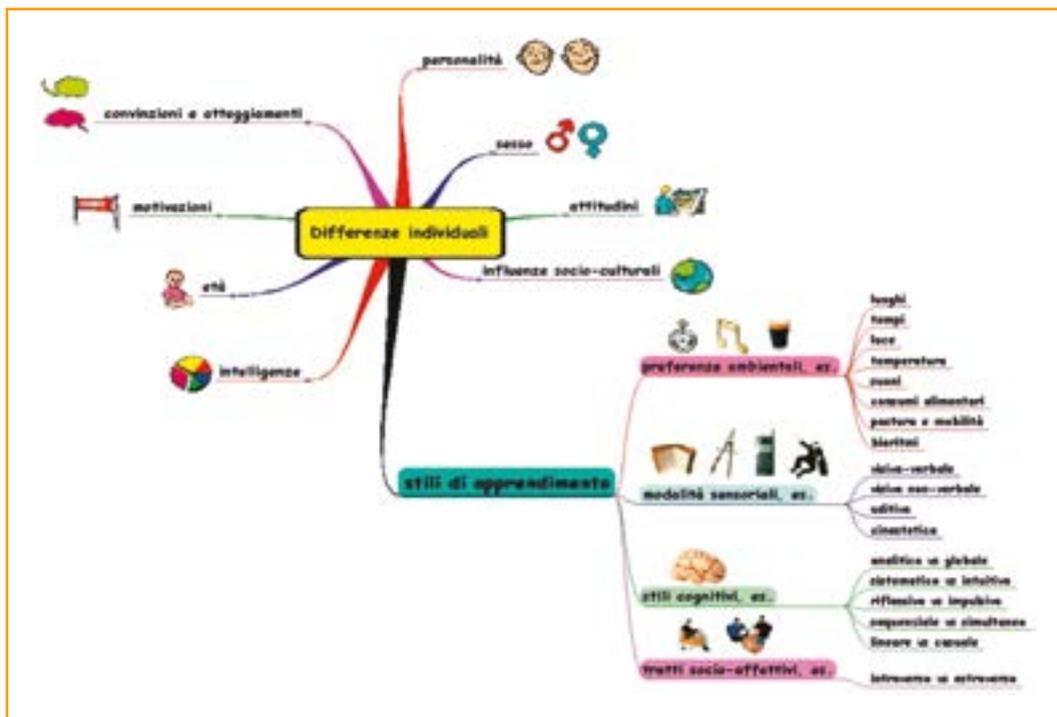
tare un determinato compito. Questo permette allo studente di sviluppare emozioni positive e di sentirsi più in grado di e quindi probabilmente più disposto ad affrontare le successive sfide di apprendimento.

STILI DI APPRENDIMENTO

Ogni studente suona il suo strumento, non c'è niente da fare. La cosa difficile è conoscere bene i nostri musicisti e trovare l'armonia. Una buona classe non è un reggimento che marcia al passo, è un'orchestra che prova la stessa sinfonia. (Pennac, 2008)

La citazione di Pennac, insegnante e scrittore, volge lo sguardo su un altro aspetto fondamentale che influenza l'apprendimento: la considerazione che ciascuno studente è unico!

La scoperta della propria unicità passa attraverso la conoscenza del proprio modo di vedere, conoscere e comprendere il mondo che ci circonda.



Mariani, 2000

Ognuno di noi apprende in modo diverso, utilizzando canali sensoriali (c'è chi preferisce le spiegazioni orali, chi preferisce apprendere attraverso le immagini, le mappe...) e strategie cognitive specifiche. Il segreto per il raggiungimento del successo scolastico è adottare uno stile di apprendimento preferenziale, un modo tipico e stabile di percepire, elaborare, immagazzinare e recuperare le informazioni (Mariani, 2000). Lo stile è preferenziale, ma nessuno di noi usa uno stile in modo esclusivo; è preferibile che si creino situazioni in cui sperimentare stili diversi per capire come alcuni stili possano essere più funzionali di quello preferenziale.

Una didattica efficace dovrebbe considerare lo stile di apprendimento di ogni studente al fine di facilitare il raggiungimento degli obiettivi educativi prefissati e promuovere un'adeguata motivazione per lo studio.

Un problema a cui di solito non si dedica abbastanza attenzione, per esempio, è il fatto che, nonostante molte persone siano più a loro agio con l'apprendimento di tipo visivo, la maggior parte delle lezioni scolastiche sono strutturate in modo esclusivamente verbale. Anche solo un piccolo accorgimento per venire incontro agli apprendenti visivi potrebbe migliorare di molto i risultati.

È, quindi, molto importante che l'insegnante conosca non solo l'esistenza di vari stili d'apprendimento, ma anche sia il più possibile a conoscenza delle caratteristiche individuali di ciascuno studente. Conoscere i punti di forza e i punti deboli degli studenti, rivolgersi a ciascuno secondo le modalità che gli sono più congeniali e modulare lo stile d'insegnamento per centrarlo il più possibile sul discente possono migliorare molto la didattica ed il clima di classe.

Tra gli obiettivi nel progetto messo in campo abbiamo lavorato, con i nostri studenti, sulla promozione della consapevolezza dei punti di forza

e di debolezza di ciascuno, per avere coscienza di quali strategie adottare per meglio rispondere al proprio stile cognitivo, ma anche di quali aspetti del proprio apprendimento necessitano di miglioramento o particolare attenzione.

Per fare un esempio pratico, lo studente che conosce il modo migliore di apprendere e gli aspetti su cui fare maggiore attenzione, tenderà a scoraggiarsi meno in caso di insuccesso interpretandolo non come un fallimento dovuto all'impossibilità di apprendere, con conseguente considerazione negativa di sé stesso, ma alla messa in campo di strategie sbagliate che possono essere corrette. La consapevolezza sul proprio funzionamento porterà lo studente a sentirsi efficace, ad avere una buona autostima e aumenterà la motivazione ad apprendere.

Inoltrandoci nel tema degli stili cognitivi, è importante fare una premessa sulla distinzione tra stili cognitivi e stili di apprendimento, che non possono considerarsi sinonimi.

Lo stile cognitivo, che risponde alla domanda "Come mi approccio alla realtà e ai problemi?", è la modalità prevalente attraverso cui un individuo conosce la realtà e, di essa, si fa un'idea.

Lo stile di apprendimento, che risponde alla domanda "Come mi riesce più facilmente l'apprendimento? Come imparo meglio?", è il modo più semplice che un individuo adotta per elaborare e memorizzare qualsiasi informazione.

Si distinguono 6 tipi di stili cognitivi secondo la classificazione di Cornoldi, De Beni 2002:

Stile Globale/Analitico: Riguarda la preferenza per l'insieme o i dettagli. Lo stile cognitivo globale privilegia la visione d'insieme, parte dal generale per arrivare al particolare (approccio deduttivo). Lo stile cognitivo analitico parte dal particolare per giungere a una visione di insieme (approccio induttivo).



Stile convergente/divergente: valorizza l'aspetto dell'autonomia e del modo personale di affrontare lo studio. Lo stile convergente utilizza procedure e strategie note, già applicate in precedenza in contesti simili. Richiama schemi noti. Lo stile divergente applica procedure e strategie nuove. Recupera esperienze e le rielabora per applicarle a nuovi contesti in modo autonomo e creativo.

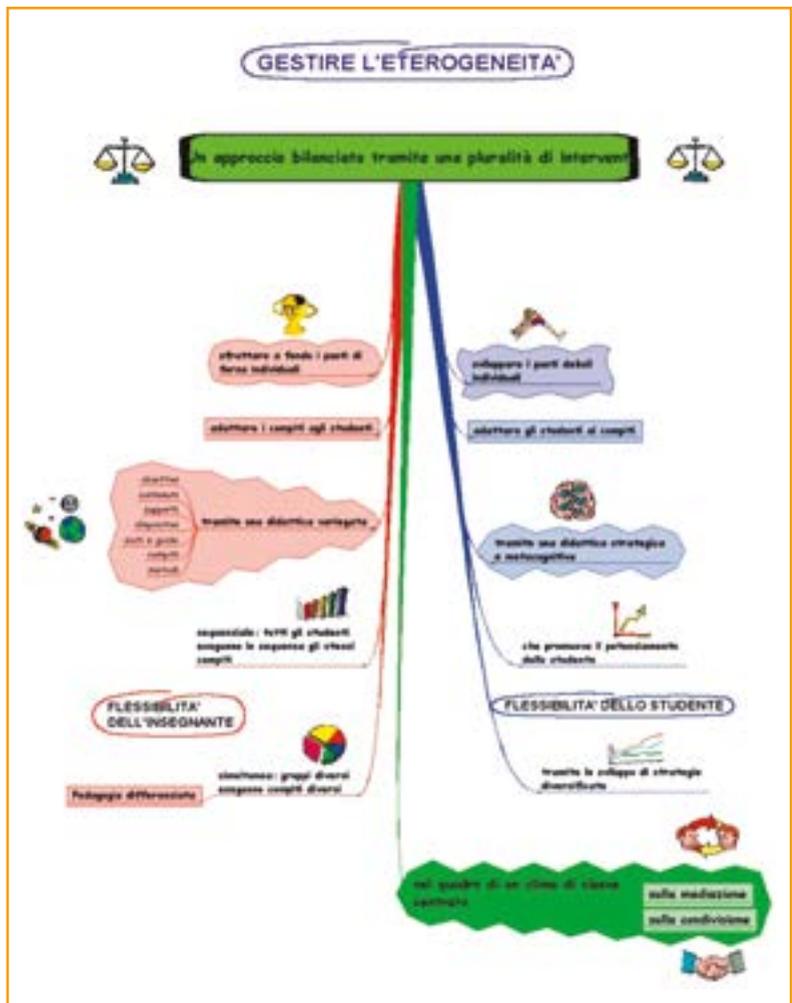
Stile Impulsivo/Riflessivo: riguarda il modo in cui si affronta un problema a livello decisionale. Il soggetto impulsivo fornisce una risposta secondo l'impressione dell'attimo, pur rendendosi conto di essere stato frettoloso, rispetto a quello riflessivo che si concede del tempo per pianificare il discorso.

Stile verbale/visivo: Il soggetto che adotta uno stile cognitivo verbale legge, ascolta e considera le informazioni come codici linguistici, mentre quello con stile cognitivo visuale è attratto da rappresentazioni grafiche nelle quali le informazioni di natura visuo-spaziale hanno un'interfaccia con il codice verbale.

Stile Sistemico/Intuitivo: riguarda la modalità di classificazione e formulazione di ipotesi. Nello stile sistemico l'individuo tende a risolvere un problema esaminando

tutte le variabili implicate e usando una strategia graduale per avvicinarsi alla soluzione. Nello stile intuitivo, invece, il soggetto tende a formulare un'ipotesi risolutiva e procede con le verifiche per poterla confermare.

Lo stile di apprendimento tipico di una persona, dunque, rimanda alla modalità sensoriale attraverso cui si percepiscono le informazioni e, pertanto, all'uso di un canale sensoriale preferenziale che permette di percepire gli stimoli provenienti dall'esterno.



Mariani, 2000

Si definiscono quattro principali canali sensoriali con cui l'informazione può essere recepita, caratterizzanti la modalità di accesso alle informazioni stesse (Mariani, 2000):

- **Canale visivo-verbale:** si prediligono la letto-scrittura e il codice linguistico, in quanto vengono ricordate meglio le informazioni presentate in modalità scritta. Per questo canale, le strategie di apprendimento preferenziali sono: la lettura ripetuta, sottolineando frasi o periodi da rielaborare in formato scritto, riassunti nei quali vengono esplicitati tutti i nessi logici del discorso e appunti presi mentre si ascolta la lezione, associando grafici ed immagini alla spiegazione scritta.
- **Visivo non verbale:** si preferiscono gli strumenti che facilitano la memoria visiva (immagini, schemi, mappe, fotografie). Chi preferisce questo canale predilige strategie di apprendimento per mappe multimediali in cui vengono inserite le parole-chiave, le immagini e i grafici per riassumere il materiale da studiare; si utilizzano colori differenziati per concetto e schemi organizzati a livelli gerarchici e si sfrutta il supporto di simboli rappresentativi per il recupero dei contenuti e di indici testuali prima della lettura dell'argomento da studiare.
- **Uditivo:** si prediligono l'ascolto e la partecipazione a discussioni e lavori di gruppo. Tra le strategie di apprendimento preferenziali sono favorite il prestare attenzione alla spiegazione in classe, le registrazioni riascoltate in differita, la trasformazione di pagine di libro in formato audio da riascoltare e l'utilizzo della sintesi vocale di lettura.
- **Cinestetico:** si preferisce l'interiorizzazione di esperienze concrete e le sperimentazioni pratiche.

Nell'ambito della ricerca metacognitiva, c'è ormai un generale accordo nel sostenere che il modo in cui le persone possono sfruttare le loro attitudini e applicare le strategie di cui dispongono abbia una forte ricaduta sulla qualità dei loro apprendimenti (Armstrong, 2000).

Oggi la scuola è chiamata a predisporre percorsi di apprendimento che rispettino le differenze individuali legate a interessi, capacità, ritmi, stili cognitivi e di apprendimento; l'attenzione deve spostarsi sempre più verso le caratteristiche che differenziano gli individui, piuttosto che sui tratti comuni (Price, 2004).

L'apprendimento, infatti, è visto come il risultato di un processo su cui influiscono i metodi di insegnamento quanto le differenze individuali (Boscolo, 2006).

È importante impostare una didattica che sia il più possibile funzionale allo stile di apprendimento individuale valorizzando i punti di forza degli studenti al fine di garantire il migliore adattamento scolastico.

LA MOTIVAZIONE: UN CONCETTO FONDAMENTALE PER L'APPRENDIMENTO E LA PREVENZIONE DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA

La motivazione è un fattore chiave che influenza in modo diretto il comportamento degli studenti e la loro capacità di affrontare le sfide scolastiche. In generale, essa può essere definita come il "motore" che spinge gli individui a compiere azioni per raggiungere determinati obiettivi. In ambito scolastico, soprattutto in fase adolescenziale, la motivazione è essenziale per impegnarsi nello studio, affrontare le difficoltà e superare gli ostacoli che possono presentarsi nel percorso educativo.

Esistono due principali tipologie di motivazione:

- **Motivazione Intrinseca:** Quando lo studente è spinto dall'interesse personale verso l'apprendimento e il desiderio di sviluppare le proprie capacità.
- **Motivazione Estrinseca:** Quando lo studente è motivato da fattori esterni, come premi, riconoscimenti o la paura di conseguenze negative (ad esempio, il fallimento scolastico o la punizione). Sebbene possa stimolare l'impegno a breve termine, la motivazione estrinseca è spesso meno stabile nel tempo.



La motivazione intrinseca è generalmente associata a risultati più duraturi e soddisfacenti, poiché è alimentata da un vero interesse per l'apprendimento. Tuttavia, la motivazione estrinseca, se ben canalizzata, può essere un valido strumento per stimolare gli studenti a impegnarsi, soprattutto nei momenti di difficoltà.

La Correlazione tra Motivazione e Dispersione Scolastica

La motivazione degli studenti ha una stretta connessione con il rischio di dispersione scolastica. Quando uno studente perde la motivazione o non riesce a trovare un senso nell'apprendimento, diventa più incline a disinteressarsi e, alla lunga, ad abbandonare la scuola. Durante il percorso di *Mentoring* sono state esplorate le diverse motivazioni che muovevano gli studenti ad impegnarsi, o al contrario, a non impegnarsi nel proprio percorso scolastico. Sotto la guida del mentore è stata data loro la possibilità di portare alla luce tali motivazioni e i principali fattori che contribuiscono alla bassa motivazione e che possono favorire la dispersione scolastica sembrano essere:

1. Scarso Interesse per le Materie Scolastiche

Molti studenti, possono non vedere il valore pratico delle materie scolastiche, portandoli a sviluppare un atteggiamento di disinteresse verso la scuola. La ricerca di Eccles e Wigfield (2002) ha evidenziato che il disinteresse per le materie scolastiche è uno degli indicatori più forti di rischio di abbandono, soprattutto quando gli studenti non riescono a percepire l'utilità immediata o a lungo termine dell'apprendimento. La mancanza di connessione tra ciò che si insegna e le esperienze quotidiane degli studenti, dunque, può ridurre significativamente la motivazione intrinseca. Una strategia efficace per alimentare la motivazione negli studenti, potrebbe essere quella di mostrare loro come e quanto gli argomenti spiegati in classe possono tornare utili nella vita quotidiana.

2. Difficoltà Accademiche e Insoddisfazione

Le difficoltà scolastiche, come il basso rendimento, l'incapacità di comprendere alcuni concetti o l'insuccesso nelle verifiche, sono fattori che abbassano l'autostima e la motivazione degli studenti. Secondo la *Teoria delle Aspettative di Vroom* (1964), infatti, se gli studenti percepiscono che i loro sforzi non porteranno a un successo atteso, la motivazione tende a diminuire, favorendo il disimpegno. Quando infatti non si ottengono risultati positivi, nonostante gli sforzi, può scattare un meccanismo di demotivazione che porta a un progressivo disimpegno scolastico. La valorizzazione dei successi individuali, anche minimi, può rafforzare il senso di competenza e favorire un circolo virtuoso di impegno e soddisfazione.

3. Influenza dei Fattori Esterni

Le condizioni familiari e socioeconomiche, la scarsa disponibilità di supporto educativo a casa, o la mancanza di modelli positivi di riferimento sono altrettanti fattori che influenzano la motivazione degli studenti. In particolare, gli studenti che vivono in ambienti familiari disagiati o che affrontano difficoltà economiche possono non vedere il valore della scuola come strumento di riscatto sociale.

4. Disconnessione con gli Insegnanti e la Scuola

Il clima scolastico e la qualità delle relazioni interpersonali all'interno della scuola sono fattori determinanti per la motivazione. La *Teoria della Legame Sociale* di Bronfenbrenner (1979) sottolinea come il sentimento di appartenenza e la qualità delle relazioni interpersonali influenzano il comportamento scolastico degli studenti. La relazione tra insegnanti e studenti, dunque, gioca un ruolo fondamentale nel mantenimento della motivazione. Un clima scolastico negativo, caratterizzato da un basso livello di supporto emotivo e relazionale, può ridurre l'impegno

degli studenti. Se gli studenti non si sentono valorizzati o compresi, tendono a sviluppare un atteggiamento di rifiuto nei confronti della scuola.

Strategie per Contrastare la Dispersione Scolastica

Esistono diverse strategie che le scuole e gli educatori possono adottare per prevenire la dispersione scolastica e stimolare la motivazione degli studenti. Molte sono le linee di intervento proposte dalla ricerca scientifica. Tra queste, le più efficaci sono:

a) Personalizzazione dell'Apprendimento

Secondo il modello di *differenziazione didattica* (Tomlinson, 2001), l'adattamento dell'insegnamento alle caratteristiche individuali degli studenti (in termini di ritmi, stili di apprendimento e interessi) può aumentare significativamente la motivazione intrinseca. La personalizzazione aiuta a mantenere alta "attenzione degli studenti, rendendo l'apprendimento più significativo.

b) Creazione di un Ambiente Scolastico Positivo

L'approccio basato sulla *Teoria dell'Attaccamento* (Bowlby, 1969) suggerisce che la creazione di un ambiente scolastico affettivamente sicuro e accogliente, dove gli studenti si sentano supportati e valorizzati, possa migliorare la loro motivazione. Le scuole dovrebbero implementare programmi di tutoraggio e *mentoring*, a supporto degli insegnanti stessi e che favoriscano lo sviluppo di un legame emotivo positivo con gli stessi e tra i compagni, riducendo il senso di alienazione.

c) Incentivare la Motivazione Intrinseca

Per stimolare la motivazione intrinseca, gli insegnanti potrebbero progettare attività che incoraggino la curiosità, la creatività e il pensiero critico, come suggerito dalle teorie

di Vygotsky (1978). Incoraggiare gli studenti a scoprire il valore dell'apprendimento in sé, piuttosto che focalizzarsi esclusivamente sui premi esterni, è un obiettivo che le scuole devono perseguire.

d) Interventi di Supporto Psicologico

Offrire supporto psicologico agli studenti che manifestano difficoltà emotive o comportamentali può essere un'ottima strategia per prevenire la dispersione scolastica. Il supporto psicologico aiuta gli studenti a superare la frustrazione e a trovare nuovi stimoli per il loro percorso di crescita e funge da supporto al difficile lavoro dell'insegnante.

e) Coinvolgimento delle Famiglie

Un altro intervento cruciale riguarda il coinvolgimento delle famiglie nel processo educativo. Studi come quello di Epstein (2001) hanno dimostrato che l'interazione costante tra scuola e famiglia può migliorare significativamente la motivazione degli studenti. Creare sinergie tra scuola e famiglia permette di sostenere meglio gli studenti, soprattutto quelli che vivono situazioni di disagio. Le famiglie devono essere formate e supportate affinché possano, poi, svolgere un ruolo attivo nella motivazione dei figli e in questo difficile compito la psicologia è un valido supporto al servizio della scuola, della famiglia, dello studente.

Durante il nostro progetto abbiamo declinato le indicazioni della ricerca scientifica nella pratica e, nei casi specifici in cui abbiamo operato, abbiamo adottato le strategie su indicate coinvolgendo le famiglie, quando è stato possibile, coordinandoci con tutto il corpo docente, ivi inclusi i coordinatori di classe, gli insegnanti di sostegno e la dirigenza scolastica. Il nostro obiettivo è stato quello di promuovere una maggiore consapevolezza tra tutti gli attori coinvolti sui temi inerenti la dispersione scolastica e stimolare forme di comunicazione tra docenti, studenti e famiglie oltre che supportare i singoli studenti nel loro percorso formativo.



LA SFIDA MULTICULTURALE DELLA SCUOLA ITALIANA – COME AGEVOLARE GLI STUDENTI STRANIERI E/O BILINGUE

Alla luce di una scuola che risponda sempre più alle esigenze della società in continuo cambiamento, si pone l'evidenza di una fascia di giovanissimi in diminuzione e contestualmente una quota crescente di studenti con doppia cittadinanza oppure stranieri, provenienti da famiglie immigrate dall'area europea o extraeuropea che hanno una lingua madre diversa dall'italiano. La scuola è *in primis* coinvolta nel favorire strumenti di adeguamento al tessuto multiculturale della nuova società italiana, con le sue sfide ed opportunità.

Alcuni dati Istat ci aiutano a comprendere la portata del fenomeno. Al 1° gennaio 2024 i residenti in Italia tra gli 11 e i 19 anni sono oltre 5 milioni 140 mila, ma dato che la popolazione residente in Italia è caratterizzata attualmente da un progressivo invecchiamento, le proiezioni demografiche prevedono il numero dei giovanissimi – quale preziosa risorsa demografica - destinato a diminuire nei prossimi decenni. I discendenti degli immigrati nati in Italia insieme con i giovani stranieri di nuova immigrazione contribuiscono a rinfoltire le fasce giovanili della popolazione in Italia. L'Istat rileva che i giovanissimi stranieri residenti tra gli 11 e i 19 anni al 1° gennaio 2024 sono 497.464 (stima provvisoria) e rappresentano il 9,7% dei ragazzi in questa fascia di età, con un'incidenza più elevata di quella che si rileva per il totale degli stranieri sull'insieme della popolazione (9%). Altri dati Istat risultano interessanti per comprendere la composizione multi-etnica della fascia di età dei giovanissimi che accedono ai diversi gradi della scuola italiana: per il 59,5% dei casi si tratta di stranieri nati in Italia; l'11,7% è nato all'estero e arrivato nel Paese prima dei 6 anni; il 17% è immigrato in età scolare (tra 6 e 10 anni); infine l'11,8% è arrivato a 11 anni o più. Importante notare che oltre il 6% dei ragazzi italiani tra gli 11 e i 19 anni possiede una doppia cittadinanza e l'8,0% ha uno dei due genitori nato all'estero.

Durante il nostro progetto abbiamo incontrato studenti stranieri; qui si riporta il caso di uno studente in particolare da quattro anni in Italia, con una buona conoscenza della lingua italiana ma con un basso rendimento scolastico causato da una serie di difficoltà, tra le quali: mancata relazione con i docenti e con i pari esacerbata da stati di ansia e difficoltà ad esprimere le proprie emozioni e il proprio pensiero, difficoltà nell'impadronirsi di un bagaglio lessicale nella lingua italiana (che chiameremo L2 in quanto non lingua madre L1), differenza sostanziale di alfabeto tra la lingua madre (che usa l'alfabeto cirillico) e la lingua italiana in via di apprendimento, tendenza dello studente ad abbandonare la lingua madre a favore dell'italiano anche nel contesto familiare oltre che scolastico e sociale, con una serie di conseguenze sulla perdita delle proprie radici culturali.

Dopo i primi colloqui conoscitivi, l'analisi dei bisogni e delle competenze, l'intervento di *mentoring* e orientamento è consistito nel favorire una maggiore consapevolezza nello studente delle sue radici linguistiche e culturali che non vanno perse ma valorizzate e fatte crescere parallelamente alle competenze linguistiche in L2. A tal fine continuare a sviluppare la propria lingua madre almeno nel contesto familiare risulta essenziale poiché la lingua madre consente l'espressione delle emozioni più profonde; la ricerca scientifica ha rilevato che il mancato uso della lingua madre nei contesti familiari riduce drasticamente le relazioni tra i membri della famiglia con un impoverimento dell'esperienza emotivo-affettiva. La ricerca ha inoltre constatato che un buon livello in L1 consente il raggiungimento dello stesso livello in L2, ovvero potenziare la lingua madre favorisce lo sviluppo nelle altre lingue.

È possibile promuovere lo sviluppo parallelo di più lingue utilizzando una serie di strategie, quali ad esempio:

- l'uso di una rubrica in cui lo studente può annotare una stessa parola in più lingue, ed accrescere il proprio bagaglio lessicale in tutte le lingue, compresa L1;



- l'uso di brevi testi scolastici scritti in entrambe le lingue per cogliere nessi logici e sfumature semantiche di L1 e L2;
- usare metodi di arte poetica e composizione poetica in entrambe le lingue poiché è tendenza comune nelle persone bilingue di pensare in entrambe le lingue e mischiare in una stessa proposizione vocaboli appartenenti alle due lingue – nel nostro caso specifico abbiamo usato il Metodo Caviardage® nella lingua italiana e nella lingua madre per consentire la padronanza di un linguaggio delle emozioni e favorirne l'auto-consapevolezza in entrambe le lingue contestualmente;
- la comparazione di storia, istituzioni, usanze e cultura tra i due paesi – il paese d'origine e l'Italia; questa è una strategia che consente di valorizzare le radici culturali dello studente che sono base fondante della sua identità e quando sono condivise con i compagni di classe e i professori ne risulta un arricchimento culturale di tutte le persone coinvolte, promuovendo processi di integrazione e acquisizione di cittadinanza attiva globale;
- Infine, accrescere la consapevolezza dei benefici di essere bilingue, quali:
 - migliori risultati nei test di attenzione poiché passare da una lingua all'altra attraverso il canale sensoriale uditivo addestra l'individuo ad isolare le informazioni utili da quelle di disturbo;
 - migliori funzioni esecutive, ovvero quell'insieme di processi cognitivi che ci permettono di pianificare, organizzare, controllare e regolare il nostro comportamento in modo adattivo e finalizzato ad un obiettivo, ciò che può compensare perfino condizioni di svantaggio socio-economico;
 - un apprendimento agevolato di nuove lingue straniere, grazie all'ampliamento di certe aree cerebrali preposte all'apprendimento delle lingue, come rilevato da studi attraverso *neuro-imaging*;
 - migliori capacità mnemoniche e di ritenzioni di nuove informazioni;
 - abilità di *problem solving* e pensiero creativo;



- apertura mentale ed empatia culturale;
- tolleranza all'ambiguità;
- in ultimo ma non meno importante, migliori prospettive di carriera poiché nel mondo del lavoro conoscere e padroneggiare più lingue straniere rende estremamente più competitivi, con opportunità professionali a livello internazionale.

In ambito scolastico, è fondamentale che il corpo docente conosca le potenzialità degli studenti stranieri e fornisca il giusto affiancamento entro i tempi e le traiettorie dello sviluppo linguistico bilingue che può manifestarsi lungo diverse fasi, quali:

1. Un periodo non verbale o silente che può durare settimane o mesi, che dipende anche in quale età avviene la prima esposizione a L2;
2. Una comunicazione non verbale mentre si acquisiscono competenze della nuova lingua con cui lo studente ancora non si esprime;
3. Successivamente dare l'impressione di conoscere e comprendere L2 ma esprimersi soltanto con un linguaggio telegrafico.
4. Miglioramenti progressivi nella competenza linguistico lessicale in L2.
5. Queste fasi sono del tutto fisiologiche e vanno supportate adeguatamente. I progetti di *mentoring* e orientamento possono essere d'aiuto anche in questi casi sempre più numerosi.

CONCLUSIONI

Il progetto di *mentoring* e orientamento scolastico, in attuazione a partire dal 2024 su tutto il territorio nazionale, grazie agli investimenti entro il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), può essere inteso come un approccio educativo che mira a sostenere gli studenti nel proprio percorso formativo, aiutandoli a sviluppare consapevolezza di sé, delle proprie capacità e delle opportunità disponibili. Quando questo approccio viene trascurato dalla comunità educante – famiglia, scuola, servizi territoriali – aumenta il rischio di dispersione scolastica, un problema complesso che non riguarda solo l'abbandono della scuola, ma anche la disaffezione e il mancato raggiungimento di competenze essen-

ziali che impatta negativamente sul futuro dell'individuo e sulla comunità di appartenenza. Il tema, dunque, richiede un intervento sistemico con politiche inclusive e un forte impegno da parte di tutte le istituzioni poiché ridurre il tasso di dispersione scolastica non è solo una responsabilità morale, ma un passo essenziale per garantire pari opportunità, promuovere la crescita economica e costruire una società più equa e coesa.

Dai temi che abbiamo riscontrato più pertinenti durante il nostro progetto di intervento e prevenzione contro la dispersione scolastica, sono emerse importanti riflessioni e l'individuazione di buone pratiche e strategie mirate in materia di autostima ed autoefficacia, stili di apprendimento, motivazione allo studio e all'impegno scolastico, opportunità per gli studenti stranieri. Si tratta di temi ed aree di sviluppo su cui è possibile ampiamente intervenire e per cui le competenze specifiche degli psicologi sono essenziali ed efficaci. Ciò che ha fatto la differenza nel nostro caso, infatti, è stata la scelta della scuola *in primis* di accettare la candidatura di cinque psicologhe specializzate a vario titolo nell'ambito della psicologia scolastica, e successivamente il nostro impegno a confrontarci e coordinarci frequentemente all'interno del nostro team di lavoro e con il corpo docente.

Il progetto, così come strutturato a livello nazionale è passibile di ulteriori miglioramenti tra cui, prevedere l'inserimento di più psicologi scolastici all'interno di ogni istituzione scolastica che abbiano funzioni di mentori e orientatori ma non soltanto. Infatti, oltre che affiancare il processo formativo individuale per singolo studente, sarebbe prezioso poter intervenire all'interno dei gruppi classe per innescare processi di consapevolezza gruppe, supportare in maniera più strutturata gli insegnanti curricolari e di sostegno nell'ambito di processi formativi mirati e finalizzati alle esigenze contestuali, offrire supporto psicologico attraverso le forme classiche in sede scolastica sia agli studenti che alle famiglie; infine, sarebbe essenziale garantire il principio di continuità pro-

gettuale, inserendo strutturalmente la figura dello psicologo scolastico o del *team* di psicologi con diverse specializzazioni per rispondere in maniera esaustiva a tutte le esigenze scolastiche e potenziare di gran lunga il senso di comunità scolastica per il successo formativo di ciascuno e di tutti.

BIBLIOGRAFIA

- Armstrong S.J., "The influence of individual cognitive style on performance in management education", *Educational Psychology*, 2000.
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York. Trad.it (2000) *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erickson, Trento
- Battistelli P. (1994) Autostima. In S. Bonino (a cura di), *Dizionario di Psicologia dello Sviluppo*, Torino, Einaudi.
- Boscolo P. (2006) *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali*. Utet, Torino.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna, il Mulino.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss*. Vol. 1: *Attachment*, London, Hogarth
- Cadamuro A. (2004) *Stili cognitivi e stili di apprendimento. Da quello che pensi a come lo pensi*. Carrocci.
- Cornoldi C., De Beni R., Gruppo MT. (2002) *Imparare a Studiare 2*. Trento, Erickson.
- De Beni R. (2003) *Psicologia cognitiva dell'Apprendimento. Aspetti teorici e applicazioni*. Trento, Erickson.
- Dewaele, J.M. Wei, L. (2013) *Is multilingualism linked to a higher tolerance of ambiguity?* *Biling. Lang. Cognit.*
- Dewaele, J.M.; Stavans A. (2014) *The effect of immigration, acculturation and multicompetence on personality profiles of Israeli multilinguals*. *Int. J. Biling.*
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational Beliefs, Values and Goals. *Annual Review of Psychology* 53(1):109-132.
- Engel de Abreu, et al. (2012) Bilingualism enriches the poor: Enhanced cognitive control in low-income minority children. *Psychol. Sci.* 2012, 23, 1364-1371.
- Epstein, Joyce L. (2001) *School, Family, and Com-*

munity Partnerships: Preparing Educators and Improving Schools. Boulder, CO: Westview Press.

- Gurney P. (1988) *Self-esteem in children with special educational needs*, London and New York, Routledge.
- Mariani L. (1996) *Strategie per imparare. Esercitazioni di educazione linguistica per l'apprendimento*. Bologna, Zanichelli.
- Mariani L. (2000) *Strumenti per documentare e valutare cosa si impara e come si impara. Guida per l'insegnante*. Bologna, Zanichelli.
- Pennac D. (2008) *Diario di Scuola*. Milano, Feltrinelli.
- Schroeder, S.R. (2018) Do bilinguals have an advantage in *Theory of Mind? A meta-analysis*. *Front. Commun.*
- Tomlinson, C.A. (2001) *How to differentiate instruction in mixed ability classroom* (2nd Edition). ASCD.
- Vroom V.H. (1964) *Work and Motivation*, Wiley, New York
- Vygotsky, Lev S. (1978) *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*.
- Kharkhurin, A.V. (2009) *The role of bilingualism in creative performance on divergent thinking and invented alien creatures tests*. *J. Creat. Behav.*

SITOGRAFIA

Ministero dell'Istruzione e del Merito (2024). Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza Missione 4: Istruzione E Ricerca Componente 1 – Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università, Investimento 1.4: Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado e alla lotta alla dispersione scolastica, Interventi di tutoraggio e formazione per la riduzione dei divari negli apprendimenti e il contrasto alla dispersione scolastica, Istruzioni operative (D.M. 2 febbraio 2024, n. 19). Disponibile in: <https://www.mim.gov.it/-/decreto-ministeriale-n-19-del-2-febbraio-2024#:~:text=Decreto%20ministeriale%20%20febbraio%202024,Unione%20europea%20%2D%20Next%20generation%20EU>



NOI SIAMO UNA DIAGNOSI

MALATTIA, DIALOGO INTERNO E COMUNICAZIONE MULTIDISCIPLINARE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

RIASSUNTO

La comunicazione di notizie difficili in oncematologia pediatrica, è un campo da sempre aperto. La difficoltà di comunicare in momenti carichi di angoscia e tensione ha a che vedere con la particolare situazione in cui si vengono a trovare il bambino e la sua famiglia alle prese con una notizia sempre sconvolgente e un percorso difficoltoso da affrontare insieme.

La comunicazione delle notizie in oncematologia pediatrica è un processo che deve tenere conto delle condizioni psichiche e quindi del mondo nel quale vivono pazienti e familiari, un

mondo che, a partire dal vissuto corporeo si viene a modificare in maniera decisa. Il lavoro di comunicazione non può quindi prescindere dal gruppo équipe, capace esso solo di rispecchiare nella sua costitutiva multidisciplinarietà la condizione particolare di bambini e famiglie impegnate nella sfida della vita, nel tentativo di mantenere una continuità esistenziale quanto più salda possibile lungo il viaggio della cura.

PAROLE CHIAVE

Oncoematologia pediatrica, fenomenologia, psicologia ospedaliera, comunicazione

Camilla Cucugliato
Psicologa

Giulia Cuppone
Psicologa, specializzanda in psicoterapia

Miriam Lotta
Dottoressa magistrale in psicologia

Paolo Colavero
Psicologo, UOSVD Psicologia
Ospedaliera, P.O. "Vito Fazzi", ASL Lecce



“Una buona pratica preliminare di qualunque altra
è la pratica della meraviglia.

Esercitarsi a non sapere e a meravigliarsi.

Guardarsi attorno e lasciar andare il concetto di
albero, strada,
casa, mare e guardare con sguardo che ignora il
risaputo.

Esercitare la meraviglia cura il cuore
malato che ha potuto esercitare solo la paura”
(Chandra Livia Candiani)

“Si può guardare il pezzo di un puzzle per
tre giorni di seguito
credendo di sapere tutto della sua configurazione
e del suo colore, senza aver fatto il minimo
passo avanti: conta solo la possibilità
di collegare quel pezzo ad altri pezzi”
(Georges Perec)

La comunicazione in oncematologia pediatrica,
e in particolare quella delle cattive notizie, è una

questione che ha interrogato generazioni di cli-
nici e tutt'ora interroga quanti sono chiamati a
dare il proprio contributo alla cura e al prendersi
cura dei pazienti e dei loro cari, familiari e care-
givers.

Scriviamo al plurale perché siamo convinti come
tanti - e questo testo sarà infatti per alcuni, ma
siamo convinti non per tutti, piuttosto ovvio –
che la comunicazione in ambito clinico-istitu-
zionale, nelle istituzioni ovvero che si occupano
di curare di pazienti afflitti da malattie gravi e
spesso a rischio vita, sia qualcosa che vada stu-
diata, programmata e infine realizzata in gruppo.
Sappiamo però, come detto, che non per tutti il
concetto di comunicazione multidisciplinare è
scontato, nonostante in letteratura venga cal-
deggiato un coinvolgimento del team multidiscipli-
plinare fin dai primi contatti e quindi dalla prima
occasione di comunicazione (Sitzia, Wood, 1997;
Campbell et al., 2000).



Nostra opinione è quindi che la comunicazione multidisciplinare sia qualcosa di imprescindibile e di necessario per il paziente e i suoi familiari.

Questo nostro lavoro vuole quindi dare conto delle radici antropologiche e prettamente umane, esistenziali, della necessità di una comunicazione a più voci, della comunicazione in gruppo delle cattive e, perché no, buone notizie in oncematologia pediatrica.

FISIOLOGIA E PATOLOGIA DI UN DIALOGO

L'esser umano non è una sola cosa. L'essere umano è un dialogo (Stanghellini 2017):

Dire che l'essere umano è un dialogo, significa dire che ciascuno di noi è in un rapporto imprescindibile con l'altro da sé, con l'alterità. Significa dire che un essere umano non coincide con sé stesso, ma è quell'ente che è caratterizzato dall'essere eccentrico rispetto a sé stesso, significa dire che tra un essere umano e sé stesso c'è uno spazio da attraversare che è lo spazio dell'alterità".

Siamo più cose, siamo creati da più, differenti cose, siamo più di quel che pensiamo di essere. L'identità umana è infatti il risultato di un complesso processo lungo una intera vita, un processo che non ha quindi mai fine ed è stabilmente aperto, un cantiere in costante evoluzione lungo le stagioni della vita. L'identità è l'insieme delle caratteristiche specifiche di una singola persona, mutabili nel tempo e sempre in ridefinizione, che per l'appunto definiscono il ritratto di un singolo soggetto nel tempo, ciò in cui egli si riconosce e come viene definito dagli altri lungo gli anni.

Per funzionare, perché possa essere un mezzo, e non qualcosa che si mette di traverso tra il soggetto, gli altri e le esperienze, l'identità deve quindi essere formata da elementi variabili, continuamente in dialogo tra di loro. La storia personale, l'eredità genetica, il carattere, le esperienze di vita, le conoscenze e le relazioni

significative, devono continuare lungo l'intero arco della vita a dialogare, quindi a variare, prendere e lasciare spazio all'interno del concetto che ognuno ha di sé a seconda del passare del tempo, delle esperienze, del variare delle condizioni personali di vita, sociali e, appunto, relazionali. Se così non fosse, il soggetto andrebbe incontro agli eventi della vita con una sola possibilità di essere, immutabile di fronte alle esperienze della stessa, non riuscendo conseguentemente ad adattarsi e quindi modificarsi in contatto con queste, pur comunque nella sua sempre garantita unicità d'esperienza soggettiva.

Vale a dire che la persona, chiunque di noi, deve avere a disposizione al proprio interno la possibilità di modificarsi e cambiare in virtù e in conseguenza di questo continuo dialogo tra le proprie parti e quando alle prese con esperienze che vanno a modificare alcuni particolari della persona stessa, dell'ambiente in cui viviamo e di coloro che abbiamo intorno.

Semplificando drasticamente: io non sono pazzo perché mi sento Napoleone. Sono pazzo perché non posso, non riesco in nessun momento e in nessun luogo a essere nient'altro che Napoleone (quindi non solo a Carnevale).

È la rigidità e la fissità dell'identità personale e dei suoi differenti fattori, evidentemente fissati e rigidi e non in contatto tra loro, che la rendono patologica.

Quattro sono i fattori che prenderemo qui brevemente in considerazione, tra tutti quelli citati e non citati che compongono il mosaico dell'identità personale; si tratta dei cosiddetti esistenziali: l'esperienza del tempo, dello spazio, dell'altro e del corpo.

Il fattore temporale è fondamentale e naturalmente accostato a quello spaziale, l'alterità e il sentire corporeo sono spesso legati da un gioco

di specchi, e comunque tutti e quattro appaiono implicati nella relazione-dialogo che non può mai cessare tra il soggetto e le proprie esperienze.

Il modo di vivere la vita si modifica di giorno in giorno, di mese in mese in conseguenza del passare del tempo, variabile che influenza anche la percezione dello spazio e dell'altro da noi.

Le variabili tempo, spazio e altro sono secondarie però, almeno nel discorso che qui principiamo finalmente ad affrontare, a quella corporea. Il corpo è infatti il rappresentante primo del soggetto verso il mondo, gli altri e le cose del mondo. Il corpo è, in sostanza, il nostro principale ambasciatore, quello che viene prima delle parole, quello che si legge al solo incedere, al farsi vedere o non farsi vedere. Il corpo è il nostro mezzo per il mondo, per l'altrove da noi, ci precede e ci denuncia, è la nostra esca per l'altro così come il mezzo per fuggirgli.

Quando tutto va bene, il dialogo con il corpo, fatto di sensazioni, percezioni finissime, muscoli e tendini, è perfettamente silente. Il corpo esiste, naturalmente, ma non si fa notare, non risuona nella nostra coscienza. Il corpo dialoga con i desideri del soggetto, il tempo e lo spazio disponibili, con le condizioni dell'ambiente, con gli altri d'intorno e lo loro intenzioni, con le condizioni meteo, i pavimenti scivolosi, gli oggetti a portata e quelli meno, il volante dell'auto e le labbra dell'amato o dell'amata.

Si definisce tale stato fisiologico di cose come "anonimia" del corpo, per cui il corpo, nelle sue differenti parti che lo compongono, non ha bisogno di essere chiamato, semplicemente perché nel suo fisiologico esserci non esiste, non è evidente alla coscienza. In fenomenologia parliamo di *Leib e Körper* per definire nell'ordine il corpo che sono e il corpo che ho, due ambiti, due modi di fare esperienza del proprio corpo che nella fisiologia dello stesso, in salute, sono sovrapposti, precisamente collimanti e aderenti.

Il corpo che sono è il corpo che ho, e viceversa. Il corpo soggetto e il corpo oggetto sono indistinguibili.

È con la malattia, ovvero con l'entrata in scena del dolore e quindi dell'angoscia, che si frantumata l'equilibrio e il silenzio del corpo, che avviene, nelle mani della medicina, un oggetto da valutare, un dato da analizzare, un congegno da riparare e non più un mezzo d'esperienza e senso nel e per il mondo. Con l'entrata in campo del dolore osserviamo quindi la prima scissione, quella ovvero tra *Leib e Körper*, scissione che provoca il primo dialogo, la prima apparizione nella coscienza del dialogo sino a quel momento silente tra corpo che decide e corpo che è deciso, tra corpo che sente e corpo che è sentito.

L'identità del soggetto è il secondo campo di confronto tra differenti e compresenti parti, tutt'uno nello scorrere del mondo sulla pelle e invece in dialogo, in conflitto a partire dal momento del primo dolore, delle indagini cliniche e strumentali e quindi della diagnosi.

L'identità del soggetto sano e impegnato nel proprio progetto di vita, di viaggio, di studio e relazioni, contro "l'identità paziente" di chi si trova invece alle prese con il dolore e la malattia, con un percorso che segna, che costringe, che devia direzioni e provoca sussulti.

Si comprende quindi, anche solo da queste poche note, come l'evidenza del dialogo tra le parti che compongono il nostro essere una particolare identità, un soggetto alle prese con sé stesso e il mondo, sia secondaria a un trabusto esistenziale, ad uno scossone inatteso e imprevedibile dopo il quale ci si ritrova ad osservarsi negli esami del sangue, nello schermo di una ecografia, nella lastra di un RX. L'opacità sussurrata del corpo caldo e muto affronta la trasparenza fredda e urlata dell'anatomia umana.



Non ci scegliamo il dolore come non ci scegliamo le emozioni, è vero, non ci scegliamo i desideri che ci scanzano in un attimo dalla sella del nostro conoscerci, così come non ci scegliamo la malattia, il sudore e il freddo, ma allo stesso tempo "essere umano" significa proprio restare nei pressi del dialogo continuamente in atto tra ciò che è dato e ciò che è scelto, tra ciò che è subito e ciò che è ricercato, tra la gettatezza (Heidegger) e il progetto.

Come la patologia mentale può essere vista quale rapida e ripida interruzione del dialogo con l'alterità interna (Stanghellini 2017), con le proprie parti di minoranza, così la patologia organica, soprattutto se grave, può essere interpretata quale interruzione del dialogo silente con il proprio corpo e conseguente prepotente ingresso del dialogo tra le differenti parti che la frattura provocata dalla malattia mette in evidenza.

"Noi siamo un colloquio", titolava uno dei primi lavori di Eugenio Borgna. "Noi siamo un dialogo", titola uno degli ultimi lavori di Giovanni Stanghel-

lini, e - ad essere svegli - oltre il sonno dell'abitudine e del già noto, ce ne accorgeremmo subito di essere un dialogo.

"Noi siamo in dialogo", potremmo dire invece, siamo ovvero un continuo dialogo tra le nostre parti, nella salute come nella malattia, condizione nella quale le voci al nostro interno si fanno più evidenti. Siamo in continuo dialogo con noi stessi, ed essendo noi in dialogo con noi stessi siamo allo stesso tempo in dialogo continuo con gli altri e il mondo, che risuona delle nostre parti, dei nostri sguardi e del nostro ascolto, mondo che varia mentre lo osserviamo, cambia mentre ne facciamo esperienza.

Quando abbiamo dolore, quando siamo ammalati siamo, come detto, più cose insieme, più parti differenti che si scoprono spesso per la prima volta compresenti, ma in conflitto. Ciò che ero affronta ciò che sono, ciò che sono lotta per non perdere ciò che sarò, l'identità del progetto trova un ostacolo nell'identità malata, corredata da un plastico vissuto di passività. Il corpo malato, gestito da medici e infermieri, tocca-



to, esaminato ed osservato non si riconosce nel corpo sano, silenzioso e opaco nella sua passata pacifica esistenza. Il corpo che sono è costretto a far posto al corpo che ho, agli organi, ai valori del sangue, quelli della PCR, ai dati che parlano della quantità e non del senso dell'andare, del procedere, del progetto.

Questo bambino angosciato, isolato nell'attimo della diagnosi dal suo destino, inchiodato, seppur nella sua inedita e multiforme identità, al nome asfittico di una difficile diagnosi, ha quindi bisogno di nuovi punti di riferimento riconoscibili. Allo stesso tempo però, ha un estremo bisogno di osservare ed essere osservato come da una moltitudine organizzata di mondi, da diversi sguardi e voci dalle quali sentirsi compreso nelle differenti parti in inedita e conflittuale coesistenza al suo interno.

Quando malati abbiamo bisogno che il mondo intorno ci rimandi una immagine di cura globale, di una cura, ora lo sappiamo, di tutte le parti protagoniste del tentativo di dialogo e cura interna, messo in atto da noi stessi su noi stessi. Quando malati abbiamo necessità che qualcuno ci veda per quello che siamo: scissi in differenti parti, separati in numerosi luoghi, perduti in infiniti tempi.

Per questo, quando siamo più vulnerabili e indefesi, perché non più certi di noi stessi, dell'essere una cosa unica, una cosa sola con il tempo, lo spazio, il nostro corpo e l'altro da noi, abbiamo bisogno che si prenda cura di noi una intera équipe. A partire dal momento del primo incontro, del lavoro per la diagnosi e sino al termine delle cure, per la vita, per la morte.

Il lavoro di équipe è infatti anche esso un dialogo tra parti, tutte indispensabili e tutte fondamentali al buon esito delle terapie. Un dialogo che, se le cose vanno bene e il clima di lavoro è ottimale, non appare a sé stesso, non si fa notare, resta

sullo sfondo. Un dialogo che invece è nell'attrito tra le diverse professionalità, e quindi nell'assenza colpevole di un responsabile capace di unire le parti, che si rende evidente, nella sua mancanza.

L'équipe è essa stessa una serie di pezzi e di identità variabili che collabora alla buona riuscita di un progetto, di una giornata di lavoro, di una vita professionale, della missione di una istituzione.

L'équipe è essa stessa un dialogo, come lo è il singolo. E un dialogo può essere curato solo da un altro dialogo.

IL LAVORO PER L'ECFRASI. COMUNICAZIONE E MULTIDISCIPLINARIETÀ

Se il dialogo interno, per quanto silente e tacito permette, come detto, alle parti della propria identità di avvicinarsi e allontanarsi, quasi a ricordare il meccanismo di una fisarmonica, continuando ad essere un *unicum*, è il dialogo con l'esterno che gioca un ruolo fondamentale nella riproduzione di una melodia degna di nota, riconoscibile, condivisibile e per questo terapeutica.

Nonostante il vissuto di una malattia, specie in Oncoematologia Pediatrica, possa essere descritto come un incostante alternarsi di finzione e realtà, esso in ogni caso non può prescindere dal momento cruciale dell'esperienza di malattia, ovvero il momento della comunicazione di diagnosi, quello delle cattive notizie.

E se è vero che al momento della diagnosi si forma una cesura tra un prima e un dopo, nella sosta del nucleo familiare tutto in un presente che è un limbo¹ inospitale, è anche vero che nello stesso momento osserviamo l'ingresso nella storia di vita di una famiglia di un *quid novum*, che il bambino è chiamato ad eliminare e sconfiggere con l'aiuto di tutti i protagonisti delle cure.

¹ Pontalis J.-B., *Limbo. Un piccolo inferno più dolce*, Cortina, Milano, 2000.



Nel racconto della cura si fa fronte comune. Contro l'inatteso si lotta insieme all'altro o, meglio ancora, agli altri.

Diciamo "gli altri" proprio a sottolineare l'importanza di non lasciare la comunicazione di una cattiva notizia, e di quello che ne consegue, appunto, ad un solo professionista, un medico oncologo in questo caso, per quanto questo appaia, e per molti versi sia, l'unico in grado di fornire, a bambini (Jankovic, Gangemi 2018) e genitori, le informazioni riguardanti la malattia, necessarie a inquadrare il momento e il successivo percorso di cure².

L'obiettivo del nostro lavoro non è certo sovvertire o negare questa evidenza quanto, piuttosto, portare alla luce, attraverso una serie di considerazioni, cosa può significare essere accompagnati fin dai primi momenti di gestione del percorso di cura da un'équipe multidisciplinare coesa al suo interno. Il momento della diagnosi è infatti un momento di disvelamento epocale, uno spartiacque verticalmente innestato nell'addosso-presente del "fare", tra un passato certo e un futuro da rivedere. Il momento della diagnosi è una macchina dissociativa dell'identità.

Requisito fondamentale della comunicazione di malattia, perché sia quindi utile alla causa della c.d. alleanza terapeutica³ e quindi il meno distruttiva possibile, è che essa sia caratterizzata da un equilibrio tra le parti in causa tale da poter trasmettere una sensazione di unità delle diverse voci in campo, in modo da costituire un multifocale punto di riferimento per famiglia e paziente e quindi il primo vero e proprio strumento di cura disponibile.

Che il medico sia la figura principale a cui attribuire l'onere di comunicare le cattive notizie, e con esse i primi passi da compiere, è indubbio, ma nulla vieta, ed anzi tutto suggerisce (letteratura scientifica compresa) un approccio integrato tra le principali professioni e i differenti professionisti che accompagneranno il paziente lungo il percorso di cura, che è un viaggio non semplice.

D'altronde, lo stesso termine "comunicazione" non sta solo a indicare la semplice azione di informare, di far sapere agli altri qualcosa, per quanto questo sia ciò che tutti noi immediatamente intendiamo. Andando leggermente oltre il noto, l'etimologia della parola ci trasporta in una dimensione più profonda e complessa, nella quale apprendiamo di essere coinvolti non in un mero processo unilaterale, ma piuttosto in un fenomeno che implica obbligatoriamente una relazione tra esseri umani, indipendentemente da come questa si esplicherà successivamente.

Sia la derivazione dal greco antico *kainós* (proprio di tutti, comune) che quella dal latino *communicare* (mettere in comune) esprimono innegabilmente un senso di comunione, scambio, appartenenza a tutti; in particolare, l'etimologia latina richiama l'aggettivo *communis* composto dalla preposizione *cum*, ovvero con, insieme a, e il sostantivo *munus* che pare avere tre significati, ovvero dono, incarico e dovere, a conferma di quanto la comunicazione sia qualcosa che è "dovuta insieme", più di quello che comunemente e banalmente si crede.

Ci piace soffermarci su questi aspetti per dare il giusto peso alla funzione che questa parola ricopre nella

² L'argomento è di strettissima attualità, come testimonia il Gruppo di Lavoro sul miglioramento della comunicazione in oncologia pediatrica (FIAGOP-AIEOP, 2024), di cui fa parte uno degli scriventi, che ha da poco terminato il proprio lavoro - <https://www.aieop.org/web/gruppo-di-lavoro-sul-miglioramento-della-formazione-alla-comunicazione-in-oncologia-pediatrica/>

³ Concetto questo spesso oramai maltrattato da un "saper fare" dimentico di sé stesso, che crede di poter mascherarsi da "saper essere".

sua accezione più intima; quello che appare, infatti, è che essa delina, oltre che un senso di condivisione e, nei tempi più moderni, di trasmissione e passaggio, una vera azione concreta da compiere non solo “verso gli altri” ma piuttosto “insieme agli altri”.

Cercando un collegamento tra i tre significati di *munus* si potrebbe pensare che anche il sol fatto di metterli insieme possa richiamare una connessione tra il mittente e il destinatario della comunicazione, senza che questi siano necessariamente definiti in modo netto tra loro. Potremmo dire, ovvero, che delimitare con esattezza chi parla e chi ascolta, identificando quest'ultimo come un elemento passivo del rapporto, rappresenta un limite al concetto stesso di messa in comune, di comunicazione.

E se ad ascoltare non fosse una singola persona, intera e salda nella sua identità, ma fossero invece tutte le sue parti, fosse l'insieme di passato, presente, sogni e dolore, fiducia e tragedia, morte e speranza?

Come può un singolo essere umano - per altro spesso “tutto d'un pezzo”, o sedicente tale - comunicare, e così mettere insieme e in comune tutto ciò di cui il paziente e i suoi genitori hanno bisogno?

Come può quindi un professionista “tutto d'un pezzo” incontrare una persona, una famiglia “a pezzi”? Semplicemente, non può.

Per comunicare con chi è provato da un dolore, chi si è frantumato a causa dell'angoscia di una diagnosi difficile, serve una équipe, serve un insieme sfaccettato di persone come di personalità, di professioni come di professionalità.

Come in un gioco di specchi, siamo convinti che il gruppo interno a un soggetto, a una famiglia che si è fatta moltitudine di paure, bisogni, domande e urgenti necessità, possa essere incontrato, avvicinato, visto e accolto solo da un gruppo di persone, da una équipe in questo caso, che rimandi una possibile risposta, per quanto non immediatamente esaustiva e temporanea, ad ogni biso-

gno, ad ogni paura, ad ogni ansia. La separazione e la netta differenziazione tra interno ed esterno, “équipe interna” ed “équipe esterna” è solo concettualmente valida, perché tra l'altro sappiamo per esperienza e letteratura, come in realtà il paziente e la famiglia arrivino a sentire molto presto di appartenere al luogo dove si vengono a trovare per le cure, vivendo la propria camera ospedaliera come un prolungamento di quella propria, per via di un vissuto di sicurezza pari se non maggiore a quello che proverebbero in casa.

A bisogni complessi non si può rispondere con soluzioni semplicistiche, e quindi teniamo nuovamente a rimarcare come le parti della relazione comunicativa, che immediatamente si viene a creare, non siano e non possano essere viste come un blocco unico, ma siano invece un insieme di identità o pezzi di identità, anch'esse in continua comunicazione tra loro, tutte racchiuse in un pigiama, come in un camice.

Si è soliti invece indicare gerarchicamente, su una scala imposta in primo luogo dall'urgenza dell'intervento, chi si va ad incontrare lungo il percorso di cura, senza considerare che c'è tanto di non visto oltre la pur sacrosanta e condivisa urgenza di essere guariti nel corpo.

C'è, ad esempio, che corpo malato, esperienza fisica e vissuto del corpo, vissuto psicologico della malattia ed esperienza dell'ospedalizzazione, così come vengono semplicemente spesso intesi, non esauriscono il soggetto malato di malattia grave, e la sua famiglia. Esperienza e vissuto, storia e slancio vitale, dolore e umore, confluiscono infatti l'uno nell'altro, formando nel loro irripetibile insieme una individualità, una persona, un volto unico (Levinas 1961). Un solo sapere, medico come psicologico, infermieristico come sociologico, non è sufficiente a dare una lettura utile della situazione, perché si rivolgerebbe, come spesso accade, solo ad una parte del tutto, attraverso una interpretazione del quadro che, nella univocità e monadicità del senso proprio, finge di cogliere il tutto quando il tutto più non c'è.



Per Ecfrafi, dal greco “descrivere con eleganza”, si intende una descrizione verbale di un’opera d’arte (per definizione fragile come può essere un bambino malato), “e più in particolare una descrizione di luoghi e di opere d’arte fatta con stile virtuosisticamente elaborato in modo da gareggiare in forza espressiva con la cosa stessa descritta” (Treccani 2017). L’ecfrafi è ovvero quanto una équipe funzionante sarà in grado di realizzare artigianalmente nel suo prendersi cura del paziente, ovvero nel suo risuonare e funzionare a mo’ di specchio con il bambino malato, e la sua famiglia, gareggiando con esso in forza espressiva, con il senso di affiancarvisi per raggiungerli lì dove la malattia li ha destinati, lì dove attendono di essere notati e descritti nella loro nuova complessità, nel dolore, nei loro diversi vissuti, ed essere solo così curati.

I diversi dettagli, colti dagli sguardi degli operatori, messi in comune nelle indispensabili riunioni di gruppo, nelle quali si discute di clinica in senso lato, mettendo insieme notizie, nozioni, lessico e definizioni, permetteranno di tralasciare il minor numero di particolari fondamentali, riducendo così il rischio di compromettere il benessere psico-fisico del paziente.

Agire, dunque, nel tentativo di una comprensione globale, che necessita di una presa in carico da più prospettive, tutte importanti, permette di andare oltre il paradigma *disease centered* in cui ci si trova spesso intrappolati, privi di mezzi per cogliere il senso di comportamenti e vissuti, per accedere ad un paradigma che potremmo definire *person centered* o *existence centred*.

Per comprendere appieno il piccolo paziente e la sua famiglia, quindi, non si può prescindere da un lavoro gruppale, di équipe o di team, che possa, nella sua fisiologica molteplicità (propria del c.d. Gruppo di Lavoro, cfr. Neri), cogliere nei diversi momenti di comunicazione tutte o quasi le sfaccettature proprie del singolo paziente e della sua famiglia.

La malattia grave del bambino, la cui diagnosi ne rappresenta la prima testimonianza riconoscibi-

le e allo stesso tempo il primo passo per le cure, provoca un deciso distacco dalla realtà, conseguenza dello shock a cui si è sottoposti, ma impone parallelamente una doverosa e quanto più possibile precisa aderenza a quella stessa realtà da cui si cerca di fuggire per poter attraversare quel limbo dove si incontrano i protagonisti della cura, quel sentiero che non si percorre da soli e che cambia sotto i nostri piedi:

“(...) perché è in volo che arriva il senso e non rifacendo il cammino a ritroso, visto che il sentiero, anche quando è il medesimo, non è mai lo stesso dell’andata” (Candiani).

L’équipe che dovrebbe farsi carico esplicitamente del bambino, ovvero che dovrebbe essere consapevole del proprio importante ruolo all’interno del gruppo di lavoro nella comunicazione con il paziente e la sua famiglia, dovrebbe avere al proprio interno il medico responsabile del caso, gli altri medici, gli infermieri e lo psicologo, gli OOSS, i volontari e gli addetti alle pulizie, che posseggono, questi ultimi, un inedito e importante punto di vista che i clinici attenti sanno valorizzare e utilizzare al meglio. Ciò che sa osservare ognuna di queste professionalità è infatti prezioso, trattandosi non tanto di materiale teorico proveniente da un filtro particolare, quanto invece di materiale vivo proveniente da una differente parte del bambino e della famiglia, che con quello specifico operatore si rende evidente, esplicita, si manifesta.

Lasciamo al medico, accompagnato da infermiere e psicologo, la responsabilità di comunicare l’unica verità esistente in quel determinato momento, il nome della diagnosi, ma concediamo quindi senza remore alle altre professionalità, ognuna nel suo campo e dopo adeguata formazione, la possibilità di notare, raccogliere e quindi comunicare al gruppo quanto di utile apparirà al loro sguardo dalle parole e dai comportamenti dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

Sono le api ad insegnarci, con la loro organizzazione in alveare, che sono la collaborazione e il lavoro di

squadra a permettere al singolo di non lavorare solo come monade, ma al contrario di farsi valere proprio in quanto parte di un'unità, di un gruppo di lavoro.

Un approccio multidisciplinare alla comunicazione di diagnosi in oncematologia pediatrica e quindi al continuo lavoro di comunicazione lungo il percorso di cure, che riesca proprio per la sua dimensione collettiva a cogliere le diverse sfaccettature che caratterizzano il bambino malato e la sua famiglia, il senso delle ambivalenze e delle prospettive critiche come di quelle costruttive, appare un ingrediente necessario e insostituibile per una medicina che non voglia abbandonare il senso del suo fare, il senso del guarire. Che non è solo medico.

BIBLIOGRAFIA

- Treccani, *Dizionario della lingua italiana*, Giunti, Milano, 2017.
- Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli, Milano, 1999.
- Campbell S. M., Roland M. O., Buetow, S. A., Defining quality of care, *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625, 2000.
- Candiani C. L., *La bambina pugile. Ovvero la precisione dell'amore*, Einaudi, Milano, 2014.
- Clerici C., et al, Gruppo di lavoro sul miglioramento della formazione alla comunicazione in oncologia pediatrica: <https://www.aieop.org/web/gruppo-di-lavoro-sul-miglioramento-della-formazione-alla-comunicazione-in-oncologia-pediatrica/>, 2024.
- D'Alberton F., *Bambini in ospedale. Un approccio psicoanalitico*, Cortina, Milano, 2018.
- Jankovic M., Gangemi M., Comunicazione di diagnosi difficile... ma non solo, *Quaderni ACP*, 2/ 2018.
- Heidegger M. (1927), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 2015.
- Levinas E. (1961), *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, Jaka Book, Milano, 2010.
- Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, Einaudi, Milano, 2018.
- Neri C. (a cura di), *Lecture Bioniane*, Borla, Roma, 1987.
- Perce G. (1978), *La vita. Istruzioni per l'uso*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- Pontalis J.-B., *Limbo. Un piccolo inferno più dolce*, Cortina, Milano, 2000.
- Sitzia J., Wood N., Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Soc Sci Med*. Dec; 45(12):1829-43. doi: 10.1016/s0277-9536(97)00128-7. PMID: 9447632, 1997.
- Stanghellini G., *Noi siamo un dialogo*, Cortina, Milano, 2017.





L'INTERVENTO DEI SERVIZI SANITARI NEI CASI DI SEPARAZIONE, DIVORZIO E AFFIDAMENTO DEI FIGLI

AUTORI Catello Parmentola, Marco Pingitore
EDITORE Franco Angeli: Milano - 2024 (132 pagine)

Il volume prova a rispondere al disagio che tutti gli attori istituzionali e professionali hanno rappresentato al modo in cui la Riforma Cartabia ha normato l'intervento dei Servizi Sanitari nei procedimenti a tutela delle persone minorenni nei

casi di separazione, divorzio e affidamento dei figli con l'introduzione dell'art. 473-bis.27 c.p.c.

Al di là delle intenzioni, l'incrocio tra i codici e i paradigmi del contesto giudiziario e del contesto

sanitario genera molte difficoltà: la formulazione dell'art. 473-bis.27 c.p.c. non delinea con chiarezza i confini, generando un'inesorabile commistione tra ruoli e funzioni.

Questo volume segnala dettagliatamente le criticità, da quelle giuridiche a quelle epistemologiche e deontologiche, ma consiglia anche delle misure applicative che possono lenire gli effetti di un consenso informato viziato, oltre ad avanzare anche delle ipotesi revisionali della norma oggetto di confronto nelle sedi deputate.

Il volume operativo, scritto con un taglio molto pratico, risulta molto utile per psicologi che operano nel Servizio Sanitario Nazionale, consulenti tecnici d'ufficio e di parte, avvocati, magistrati, assistenti sociali.

INFORMAZIONI SUGLI AUTORI

Catello Parmentola, psicologo, psicoterapeuta, è stato dirigente psicologo presso l'ASL Salerno. Epistemologo, clinico, docente, è autore di molti vo-

lumi su temi deontologici. Docente presso la sede di Napoli dell'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale, è stato docente di Psicologia Scientifica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Salerno e di Psicologia Generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli. Ha collaborato a molte riviste scientifiche e a molte opere collettive; dirige dal 1997 la Collana Scientifica della Plectica Editrice.

Marco Pingitore, dirigente psicologo presso il



Centro di Salute Mentale di Mesoraca (ASP Crotona). È autore di diverse pubblicazioni in tema di psicologia giuridica e deontologia. Svolge da anni attività formativa ed è impegnato nella promozione della psicologia in tutte le sedi. Per la FrancoAngeli ha pubblicato, tra gli altri, nel 2023, insieme a Giovanni B. Camerini, *Separazione, divorzio e affidamento con la riforma Cartabia. Novità, prospettive e sfide*; nel 2021, insieme ad Alessia Mirabelli, *Voglio separarmi da te, non da nostro figlio. Guida pratica per genitori*.



I SERVIZI PSICOLOGICI PER I DETENUTI E PER GLI INTERNATI

AUTORE Settimio Monetini

EDITORE Morlacchi Editore, University Press: Perugia - 2024 (466 pagine)

PREFAZIONE Stefano Anastasia

Negli istituti penitenziari, per adulti e minori, i detenuti e gli internati sono destinatari di servizi sanitari e penitenziari, con l'obiettivo di tutelare la loro salute fisica e psichica, di evitare che la privazione della libertà sia caratterizzata da condizioni inumane e degradanti e di offrire a condannati ed internati strumenti individualizzati che favoriscono il loro reinserimento.

In tale contesto operativo interprofessionale, sia l'Amministrazione sanitaria che quella penitenziaria si avvalgono da decenni degli psicologi per erogare prestazioni fortemente influenzate, anche nell'efficacia, dalle modalità gestionali adottate nei servizi pubblici nei quali sono inseriti.

Il volume costituisce un documentato, originale, ampio ed articolato studio dell'ordinamento professionale, deontologico, sanitario e penitenziario che regola i molti servizi per i detenuti e gli internati nei quali operano gli psicologi.

Approfondimenti sono quindi dedicati ai LEA psicologici; alla tutela della salute mentale; all'accesso dei detenuti ed internati ai servizi psicologici e psicoterapeutici; alle norme professionali e deontologiche; alle condizioni di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro degli psicologi, anche in applicazione della legge 113/2020 e del d. lgs. 81/2008.

Settimio Monetini

I servizi psicologici per i detenuti e per gli internati

Morlacchi Editore U.P.

lizzato dei condannati ed internati.

È dedicata attenzione anche agli ambiti di intervento meno consolidati nella cultura professionale degli psicologi, tuttavia, di particolare rilevanza e pertinenza, come la prevista valutazione psicologica degli spazi all'aperto per i detenuti ed internati e la composizione da parte degli psicologi del consiglio di disciplina per detenuti ed internati e della commissione per la redazione del regolamento interno degli istituti penitenziari.

INFORMAZIONI SULL'AUTORE

Settimio Monetini, laureato in psicologia, sociologia e discipline del servizio sociale ad indirizzo formativo europeo, si è specializzato in diritto penale e criminologia. Già

Sono analizzati nel dettaglio i principali ambiti di intervento penitenziario dello psicologo, quali il trattamento delle dipendenze; la promozione della salute mentale; la prevenzione del rischio suicidario; il supporto psicologico per le persone che hanno in corso le procedure di rettificazione di sesso; il trattamento psicologico per i condannati per violenza di genere e per reati contro le donne o sessuali; l'osservazione scientifica della personalità ed il trattamento individua-

psicologo ed assistente sociale, è stato a lungo dirigente presso il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, presso il quale ha diretto uffici regionali con competenza in materia di gestione dei servizi per i detenuti e gli internati. Ha consolidato nei decenni la specifica conoscenza teorica e, nel contempo, l'esperienza nella gestione e monitoraggio dei servizi socio-sanitari e dei servizi penitenziari.



IL SETTING COME CORNICIA

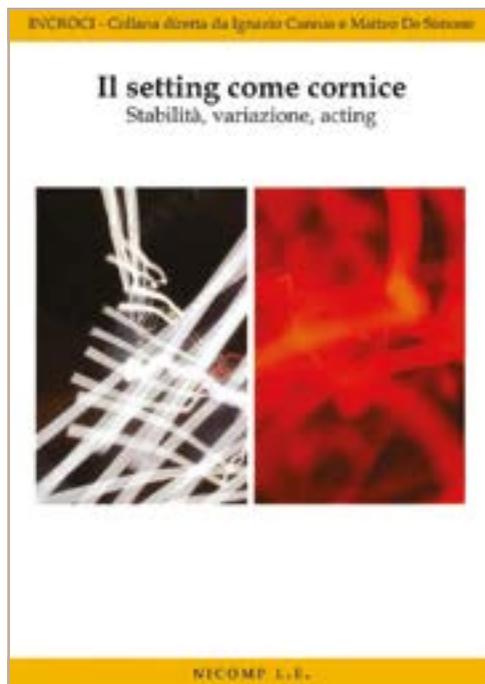
STABILITÀ, VARIAZIONE, ACTING.

AUTORI Ignazio Cannas e Matteo De Simone
EDITORE Nicomp Laboratorio Editoriale: Firenze
2024 (304 pagine)

Scritti di S. Argentieri, T.J. Carratelli, S. Cimino, M.P. D'Attolico, M. De Coppi, M. De Simone, A. Gallina, A. Giannakoulas, O. Grillo, F. Grimaldi, G. Grassi, I. Iorio, J. Kozdine, A. Meloni, L. Perra, A. Rizzo, A. Ruggieri, A. Sabatini Scalmati

Il libro raccoglie numerosi contributi che testimoniano l'importanza assunta dal concetto di setting nella psicoanalisi attuale e le sue applicazioni in campi limitrofi. Si pensi soltanto alla psicoanalisi infantile, alle psicoterapie psicoanalitiche, il counseling, la coppia, i gruppi, la famiglia, il lavoro istituzionale nel territorio o nelle comunità, il sostegno alle equipe curanti.

Come ricorda Andreas Giannakoulas nel breve lavoro in chiusura, il termine non è presente negli scritti di Freud e nei più importanti dizionari di psicoanalisi (Laplanche-Pontalis, Rycroft, Hinshelwood). Non è difficile tuttavia



individuare già negli scritti di epoca preanalitica i riferimenti ad alcuni accorgimenti volti a sottrarre i pazienti il più possibile dalle pressioni della realtà esterna – ricordiamo il consiglio di un distacco dalla famiglia, un breve ricovero, l'ascolto in un ambiente adatto e rispettoso – e che fungono da precondizioni perché la cura possa dispiegarsi.

Con gli scritti di Freud sulla tecnica le prime intuizioni saranno organizzate nella forma di consigli o prescrizioni e solo più tardi verranno riconosciute come elementi materiali del setting (l'uso del lettino, la frequenza e la durata delle sedute, il pagamento, le interruzioni festive etc.) necessari, insieme alle associazioni libere, a definire uno spazio e un tempo che possono permettere al transfert di manifestarsi e che svolgono la funzione di cornice essenziale per il lavoro interpretativo.



NOVITÀ IN LIBRERIA

XX XY

DONNE E UOMINI NELLA DANZA EROTICA DELLA MENTE E DEL CORPO

AUTORI Claudia Minenna, Arturo Bevilacqua

EDITORE Scione Editore: Roma

2024 (205 pagine)

La sessualità è un elemento fondamentale della nostra esistenza e la sua valenza ai fini della nostra evoluzione di specie è indubbia. Tuttavia, ciò non è sempre pienamente riconosciuto.

Questo saggio narrativo descrive in prima persona una serie di storie di donne e uomini alle prese con i giochi amorosi, le danze erotiche, esperienze romantiche lunghe una vita o interrotte prematuramente, racconta della tendenza all'infedeltà o degli incontri sessuali senza amore, del piacere e di come si scopre o come può non essere mai scoperto, dell'orientamento sessuale e del transessualismo, delle parafilie e del poliamore, dell'ipersessualità attuale legata al mondo del digitale e non solo. Partendo da queste storie, il libro sottolinea gli aspetti psicologici, biologici, evuzionistici e antropologici della nostra sessualità. La sua lettura offre lo spunto, in particolar modo a chi può rivedersi anche solo in parte in alcune delle situazioni proposte, per riflettere sulle proprie attitudini e può fornire, a chi non l'avesse



ancora colta, una nuova consapevolezza delle proprie fragilità ma soprattutto delle proprie forze.

INFORMAZIONI SUGLI AUTORI

Claudia Minenna è psicologa e psicoterapeuta clinica, esperta in sessuologia clinica. Ha svolto attività di ricerca con il CNR, ha pubblicato articoli tematici per varie testate giornalistiche e l'articolo "La violenza tra fratelli e sorelle: un problema sottovalutato" (2013) per la Rivista Franco Angeli - *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*. È stata collaboratrice dell'Enciclopedia Italiana Treccani con l'opera *La Mente* (2011).

Arturo Bevilacqua è professore di Biologia Cellulare e Applicata all'Università Sapienza. È esperto di biologia della riproduzione e dello sviluppo iniziale del mammifero, e ha sviluppato nel tempo interesse nei campi della neurobiologia e della genetica del comportamento. Ha pubblicato testi universitari con l'Editore Piccin (PD) e con questo libro di narrativa divulgativa si avvicina al mondo dell'editoria non manualistica.



THAT'S LOVE

MANUALE DI PRONTO SOCCORSO PSICOLOGICO PER CRISI SENTIMENTALI

AUTORE Devid Sabatini

EDITORE Gruppo Albatros Il Filo: Roma - 2024 (184 pagine)

«Questo scritto arriva dopo quattordici anni di attività clinica e come effetto di quello che nel corso di questi anni di attività professionale ho incontrato quotidianamente. Il "mal d'amore", potremmo chiamarlo così, è il male più democratico che esista, tratta tutti e tutte allo stesso

modo, senza distinzione di razza, cultura, intelligenza, genetica, orientamento politico, orientamento sessuale, e tutti si spera ne abbiano sofferto almeno una volta! Si spera? Sì, non ho sbagliato a scrivere. Perché, come si avrà modo di leggere, soffrire per amore è un momento di pro-

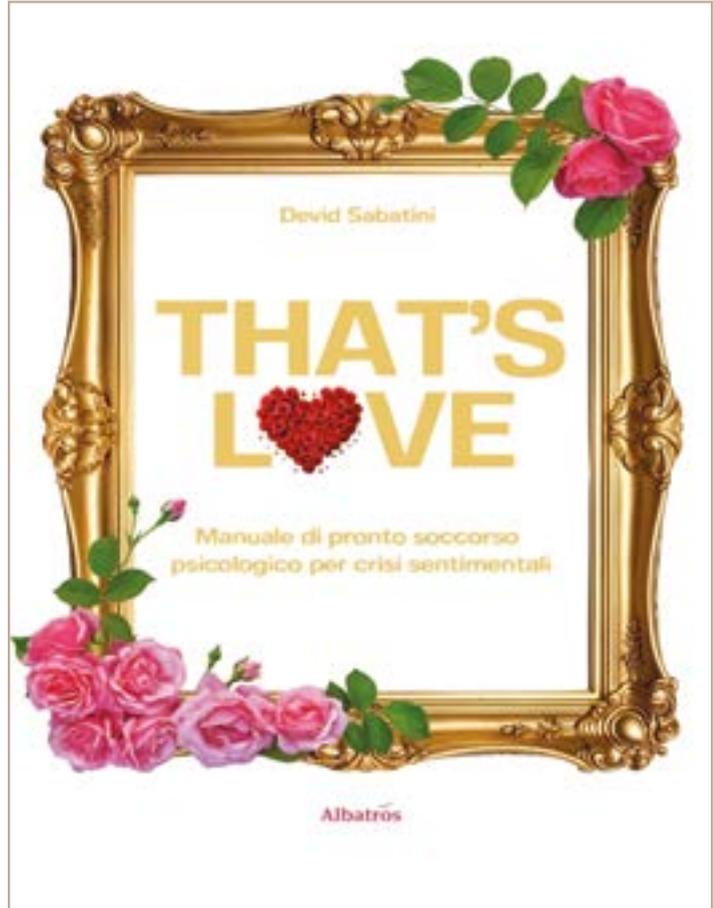
fonda conoscenza di sé stessi e rientra tra i tanti paradossi e contraddizioni che si incontrano quando si ha a che fare e siamo ostaggio dei sentimenti verso i nostri simili.»

Un libro di piacevole lettura, scritto con un linguaggio semplice, ma allo stesso tempo consono alla delicatezza dell'argomento trattato, che terrà il lettore calamitato sulle sue pagine. Unico nel suo genere, perché fatto di concetti e situazioni che, oltre alle concettualizzazioni condivise dalle più comuni teorie sul tema, ha trovato conferma e si è sempre più arricchito grazie al vissuto quotidiano delle persone incontrate. Si avrà l'opportunità di entrare nella stanza dello psicoterapeuta e divenire partecipi delle confessioni più profonde e segrete che gli esseri umani, in balia della sofferenza sentimentale, possono vivere e sperimentare. Inoltre, vengono portati alla luce due nuovi concetti assenti all'interno della letteratura psicologica e cioè quelli relativi ai costrutti di "intelligenza sentimentale" e del "big brother effect".

Un libro da leggere e vivere tutto d'un fiato, così come i nostri coinvolgimenti sentimentali.

INFORMAZIONI SULL'AUTORE

Devid Sabatini è specialista in psicoterapia, psicologo a indirizzo clinico, psicologo dello sport e della performance e si occupa di psico-riatletizzazione. Cresciuto e formatosi professionalmente con maestri riconosciuti a livello mondiale nel campo della psicoterapia e della psicologia dello sport. Opera in ambito clinico occupandosi delle



diverse forme di psicopatologia e sofferenza psicologica. Svolge attività di Coaching individuale finalizzata alla crescita personale di atleti, artisti e privati, inseriti nei più disparati contesti lavorativi. È formatore in diverse Academy sportive e artistiche. Ha collaborato per oltre dieci anni con l'associazione Nardone-Watzlawick, occupandosi delle diverse forme di psicopatologia e sofferenza psicologica. È perfezionato in EMDR di primo e secondo livello con EMDR ITALIA, Rorschach metodo R-PAS e in psicologia dello sport, a Torino presso il Centro diretto dal Prof. Giuseppe Vercelli. Regolarmente scrive articoli scientifici pubblicati sulla rivista «PsicoPuglia», semestrale ufficiale dell'Ordine degli Psicologi della regione Puglia.



NOVITÀ SUL RECUPERO ECM PER IL TRIENNIO 2020-2022

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) ha approvato la Delibera n. 6 del 24 aprile 2024, relativa allo spostamento eccezionale di crediti ECM al triennio 2020-2022 al fine di colmare eventuali lacune formative. Lo spostamento è prorogato fino al 31 dicembre 2025.

La/il professionista che ha acquisito crediti ECM fino al 31 dicembre 2023 ha tempo fino al 31 dicembre 2025 per trasferirli al triennio 2020-2022. La delibera della CNFC è pubblicata sul sito di AgeNaS al seguente link: <https://ecm.agenas.it/Comunicati/2024/04/24/24042024-delibera-in-materia-di-spostamento-dei-crediti>

LEGGE GELLI E ASSICURAZIONI PER I SANITARI: SERVIRÀ IL 70% DEI CREDITI ECM DEL TRIENNIO PER NON RISCHIARE LA COPERTURA

Il prossimo 31 dicembre si concluderà il secondo anno del triennio ECM 2023-2025, il primo in cui la *formazione continua* è stretta a doppio nodo con la *copertura assicurativa*.

Il decreto 15 dicembre 2023, n. 232, attuativo della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cosiddetta Gelli-Bianco), pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 1° marzo 2024, conferma infatti che se il professionista sanitario non avrà raccolto almeno il 70% del fabbisogno triennale di crediti ECM, potrà ve-

dersi negata la copertura assicurativa, rimanendone scoperto in caso di contenzioso.

Un rischio da evitare a tutti i costi. Ogni professionista deve assolutamente fare in modo di evitare di ritrovarsi in una situazione problematica come quella di non poter accedere alla copertura assicurativa. Ma per gli inadempienti non esiste solo questo rischio, dato che sono previste dalla legge diverse altre sanzioni: nel peggiore dei casi, infatti, si può arrivare anche alla sospensione dall'esercizio della professione.

È, dunque, fondamentale per tutti gli operatori sanitari non prendere sottogamba il programma di formazione continua. Considerato che c'è ancora un anno al termine del triennio in corso, chiunque può ancora sfruttare il tempo rimasto per mettersi in regola.

Senza almeno il 70% dei crediti ECM effettuati e certificati nel triennio precedente, il professionista sanitario è esposto, in caso di contenzioso, a un possibile rifiuto dell'assicuratore di garanzia nella RC professionale e, quindi, di copertura assicurativa.

L'art. 1 del Decreto n. 232/2023 ha introdotto le definizioni di "esercente la professione sanitaria" ed "esercente attività libero professionale" (art. 1, comma 1, lettere f e g). Al di là della scarsa chiarezza e della formulazione imprecisa, tali previsioni vanno raccordate con l'art. 10, comma 2, Legge n. 24/2017 e con l'art. 3, comma 2, del decreto stesso, il quale chiarisce che l'obbligo di provvedere in proprio alla copertura del rischio di R.C. verso terzi riguarda solo il libero professionista che svolga la propria attività "in adempimento di un obbligo contrattuale direttamente assunto con il paziente".

UN NUOVO ORDINE PER GLI EDUCATORI PROFESSIONALI

Il Parlamento ha approvato la legge 15 aprile 2024, n. 55, contenente "Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali" (G.U. n. 95 del 23 aprile 2024)

La legge è entrata in vigore l'8 maggio 2024 e prevede l'istituzione di due differenti albi: quello dei pedagogisti e quello degli educatori professionali socio-pedagogici, entrambi all'interno del nuovo ordine delle professioni pedagogiche ed educative.

Per esercitare la professione di educatore professionale è necessaria l'iscrizione all'albo di competenza, che si distingue tra i due sopra menzionati per professionalità, formazione ed esercizio concreto della professione.

I requisiti per l'iscrizione sono individuati per legge, così come i percorsi di abilitazione alla professione. Nei prossimi mesi dovranno essere adottati decreti attuativi per il funzionamento degli Ordini regionali e le modalità di iscrizione ai relativi albi.

Dalla lettura della norma sembra sia possibile la contemporanea iscrizione ai due albi di educatore, come sopra descritti, ed in ogni caso per coloro che esercitano anche la professione di Psicologo, e sono iscritti all'albo degli Psicologi, non vi sono incompatibilità a mantenere l'iscrizione al nostro Ordine professionale. Non sembra sussistere, perciò, un divieto alla doppia iscrizione per lo psicologo in possesso dei requisiti formativi previsti dalla normativa e che intenda, quindi, iscriversi anche all'Ordine delle professioni pedagogiche ed educative. In fase transitoria l'iscrizione sarà possibile con la sola laurea in Psicologia.



PSICOLOGI NEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con Decreto del Capo Dipartimento n. 268 del 7 agosto 2024, ha emanato l'Avviso pubblico "Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini". L'Avviso, rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), è finalizzato a individuare la consistenza al 30 giugno 2024 e quantificare il fabbisogno per il prossimo triennio di figure professionali da impegnare a tempo pieno e in modo esclusivo e dedicato nelle attività connesse alla «corretta implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», così come contemplato dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328. Tra queste figure è prevista quella di "Funzionario Psicologo", che avrà un ruolo centrale nel potenziamento degli ATS, il cui fabbisogno verrà calcolato in modo tale da garantire la presenza di un professionista ogni 20 mila abitanti.

Pertanto, a partire dal 9 agosto e fino al 15 ottobre 2024, gli ATS sono stati chiamati ad *effettuare la ricognizione sulle specifiche figure professionali* in termini di full time equivalent (FTE) che al 30 giugno 2024 sono impegnate nell'implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'ambito territoriale sociale; e ad *indicare il numero di unità di personale richiesto* con contratto a tempo determinato per 3 anni, relativo alle figure da impegnare a tempo pieno e in modo esclusivo e dedicato alle attività connesse all'implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Le risposte fornite dagli ATS in esito all'Avviso consentiranno di definire, nell'ambito della Priorità 1 "Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà" del PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, le procedure di selezione del personale che saranno *gestite a livello nazionale* con relativa *ripartizione territoriale*. A conclusione di tali procedure l'ATS utilizzerà le risorse rese disponibili dal Programma Nazionale Inclusione e lotta povertà 2021-2027, entro un limite massimo di 300 milioni di euro, per assumere a *tempo determinato per 3 anni*, con CCNL relativo al personale del comparto Funzioni locali - Area dei Funzionari e dell'elevata qualificazione, le figure professionali assegnate.

Nel 2017 la legge istitutiva del reddito di cittadinanza ha incominciato a parlare di un livello essenziale per gli assistenti sociali, prevedendo *un assistente sociale ogni 5 mila abitanti*. Anno dopo anno questo Leps (livello essenziale di prestazione sociale) è stato un po' alla volta recepito, anche se con molta difficoltà in alcuni ambiti territoriali sociali.

Con l'Avviso dell'agosto scorso si intende utilizzare lo stesso meccanismo dell'assunzione degli assistenti sociali per garantire che negli ambiti territoriali sociali siano presenti anche gli educatori e gli *psicologi* e, quindi, per avere una vera équipe multidimensionale anche nel sociale. Fino ad oggi non era stato previsto un organico di équipes multidimensionali strutturate stabilmente negli Ambiti territoriali sociali e, dunque, avremo edu-

catori e psicologi nel sistema di welfare sociale pubblico: un educatore ogni tre assistenti sociali (quindi ogni 15mila abitanti) e *uno psicologo ogni quattro assistenti sociali* (quindi *ogni 20mila abitanti*).

Il Presidente del CNOP David Lazzari Ha così commentato il Decreto dello scorso 7 agosto 2024: «Sia in Sanità che nei Servizi Sociali ser-

ve un approccio globale alla persona, per analisi dei bisogni e risposte meno parziali e quindi più efficaci. Si tratta di un approccio non solo più fondato scientificamente ma anche più vicino ai cittadini e più vantaggioso in termini di rapporto tra costi e benefici. È importante che questa misura venga colta per aumentare la presenza della professione psicologica nei Servizi Sociali, oggi incredibilmente irrisoria».

SUICIDIO: NEL BIENNIO 2020-2021 OLTRE SETTEMILA CASI IN ITALIA TRA GLI ADULTI

Il suicidio è un grande problema di salute pubblica, che nel mondo fa circa 700mila morti e ha profonde conseguenze sia sugli individui che sulle comunità. Lo ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che il 10 settembre ha celebrato la Giornata Mondiale della Prevenzione.

In Italia, secondo l'elaborazione del servizio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità sulla base dell'*indagine Istat sulle cause di morte, tra i residenti di età 15 anni ed oltre, nel biennio 2020-2021, si sono suicidate 7.422 persone (3.645 nel 2020 e 3.777 nel 2021) e, tra queste, gli uomini rappresentano il 78,5%, con il pensionamento che sembra essere un evento critico.*

Storicamente sia per gli uomini che per le donne la mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età, spiega Monica Vichi del Servizio tecnico scientifico di statistica che conduce da anni stu-

di su tale tematica. Per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale del tasso a partire dai 70-74 anni, soglia anagrafica che coincide o segue di poco l'età al pensionamento, che si è spostata in avanti rispetto al passato. L'uscita dal mondo del lavoro è un evento particolarmente critico, soprattutto per gli uomini, in quanto comporta una riduzione dei ruoli sociali e un conseguente restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di relazione. Nelle donne si osserva un lieve incremento nelle fasce di età giovanili. Se si considera il contesto europeo l'Italia ha una media di 5,9 decessi ogni 100.000 persone molto più bassa dei 10,2 della media Europea.

Il tema scelto dall'OMS per il triennio 2024-2026 è 'Cambiare la narrazione sul suicidio', con una call to action chiamata '*Iniziare la conversazione*'. Il tema sottolinea l'importanza di sensibilizzare la po-



polazione sulla riduzione dello stigma, e ad incoraggiare conversazioni aperte per prevenire il suicidio. "Cambiare la narrazione - scrive l'OMS - significa trasformare quello che percepiamo come un problema complesso, e passare da una cultura del silenzio e dello stigma a una di apertura, comprensione e supporto".

Nella call dell'OMS si ribadisce anche che "Ogni conversazione, non importa quanto piccola, contribuisce a una società solidale e comprensiva" e in questa ottica si è da poco concluso il Progetto ViolHelp (Identification of potential warning Signs of self- and hetero-directed Violence within the calls to ISS Helplines).

Dal 2021 al 2023 sono stati coinvolti nello studio il Telefono Verde contro il Fumo, il Telefono Verde Alcol, il Telefono Verde Droga, il Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo, il Telefono Verde Anti-Doping e il Telefono Verde Malattie Rare dell'ISS. Lo studio pilota ha dimostrato che le helpline possono essere un importante primo punto di contatto nell'intercettare situazioni a rischio di violenza auto ed eterodiretta attraverso una formazione adeguata degli operatori e l'uso di uno strumento atto ad individuare segnali specifici di violenza.

https://www.repubblica.it/salute/2024/09/10/news/prevenzione_suicidio_dati_italia_iss_oms_giornata-423489367/

COMMISSIONE PER LE ADOZIONI INTERNAZIONALI: LINEE GUIDA PER GLI ENTI AUTORIZZATI. PERCORSO FORMATIVO POST MANDATO PER LE COPPIE CHE ASPIRANO ALL'ADOZIONE INTERNAZIONALE

Dal 1° maggio 2024 sono in vigore le nuove *Linee guida* per la formazione che gli Enti autorizzati sono tenuti ad erogare ai futuri genitori adottivi, dopo il conferimento del mandato.

Cosa cambia per le coppie

Tutti gli enti – che prima facevano formazio-

ne con impostazioni differenti, che variavano a seconda della storia e delle peculiari sensibilità di ciascuno – ora devono attenersi a indicazioni precise rispetto per esempio al numero di ore di formazione da erogare, agli argomenti da trattare e alle professionalità da mettere in campo.

Il documento della CAI chiarisce che la formazione deve essere fatta da professionisti con una specifica competenza in materia di adozioni internazionali – come lo psicologo, l'esperto di materie giuridiche, il mediatore interculturale, il medico... – eventualmente con l'ausilio di volontari formati, in una logica di maggior consapevolezza del percorso adottivo e di tutte le situazioni che le coppie dovranno affrontare».

Il coinvolgimento di tanti professionisti consente non solo di dare alle coppie una "infiltratura" sul Paese di origine del bambino ma, soprattutto, di far comprendere cosa significa la multiculturalità quando il bambino o il ragazzo sarà in Italia, di *preparare le famiglie a tutte le situazioni che i loro figli vivranno, dando strumenti per lavorare sulle differenze etniche e culturali e su come rafforzare i propri figli.*

Che cosa non è (più) l'adozione internazionale

Le Linee guida ribadiscono che «l'adozione internazionale è un intervento sussidiario di tutela dei minori in stato di abbandono che non trovano accoglienza nel proprio Paese. A tal riguardo, il superiore interesse del minore diviene indicatore nazionale e sovranazionale del bene giuridico, da promuovere con enfatica priorità rispetto agli altri interessi coinvolti». E ancora: «Se questo è il punto di partenza, ne discende che i diritti e gli interessi degli adulti cedano dinnanzi ai diritti e all'interesse del fanciullo, assumendo una portata funzionale alla protezione del minore».

Un passaggio delle Linee guida esplicitamente afferma che «*la genitorialità adottiva non può essere un percorso riparativo rispetto alla frustrazione che scaturisce dalla mancata genitorialità biologica*; gli aspiranti all'adozione devono presentarsi all'incontro con il bambino dopo aver adeguatamente elaborato le fatiche, il dolore, il peso che l'impossibilità di realizzare il proprio progetto di vita familiare e di coppia ha portato con sé, per costruire uno spazio adeguato ed accogliente per il bambino che arriverà».

Che cosa è l'adozione internazionale

L'adozione internazionale è «un atto di amore che vuole assicurare una famiglia a un bambino, non un bambino ad una famiglia». Si legge nelle nuove Linee guida. «Un minore dichiarato in stato di abbandono e una coppia valutata idonea all'adozione, letteralmente, costituiscono due mondi che entrano in rapporto tra di loro. La coppia che intende affrontare un percorso di adozione internazionale deve essere messa nelle condizioni di compiere una valutazione della propria disponibilità ad accogliere e rispettare la storia del minore, ad accompagnarlo nel suo inserimento familiare e sociale, nonché a farsi carico della sua sofferenza pregressa legata all'abbandono, senza rinnegare o dimenticare le sue origini culturali, fungendo da anello di congiunzione tra il suo passato ed il suo futuro».

Il ruolo degli enti autorizzati

La formazione delle coppie aspiranti all'adozione internazionale svolta dagli Enti autorizzati «ha l'arduo compito di sviluppare nella coppia un'apertura profonda e autentica all'accoglienza». Si tratta di «una strada a tratti tortuosa, *che la coppia non può compiere in solitudine*; ha il diritto di trovare lungo il suo cammino operatori professionali preparati e attenti, che la guidino con competenza nel passaggio dall'informazione alla consapevolezza, verso la maturazione di quelle competenze che il bambino richiede».

Gli Enti autorizzati «*sono chiamati a realizzare percorsi di formazione che consentano di superare un approccio che spinge alla ricerca di un figlio "ideale"*, piccolo, sano, senza ricordi, senza una storia, per approdare ad una visione dell'adozione focalizzata sul bisogno del minore, formando all'accoglienza di un figlio con una propria storia, possibili necessità sanitarie legate allo stato di abbandono e, finanche, con special needs legati all'età, a problematiche psico-fisiche di vario genere o all'appartenenza a fratrie».



18 SETTEMBRE 2024

BONUS PSICOLOGO. SCHILLACI:

ALLO STUDIO PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO, SI VALUTERÀ OPPORTUNITÀ DI ULTERIORE RIFINANZIAMENTO DEL CONTRIBUTO

Il 18 settembre 2024, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, rispondendo in aula alla Camera all'interrogazione sul tema presentata dall'on. Giulia Pastorella (Az), ha dichiarato: «La legge n. 15 del 25 febbraio 2022 ha introdotto nel nostro ordinamento il contributo per sostenere spese relative a sessioni di psicoterapia, il bonus psicologo. Questa norma, com'è noto, tenuto conto dell'aumento delle condizioni di depressione, ansia, stress e fragilità psicologica, a causa anche dell'emergenza pandemica, ha riconosciuto l'erogazione, da parte delle regioni e delle pro-

vince autonome, di un contributo utilizzabile per spese sostenute per prestazioni di psicoterapia.

Per sostenere le persone con ISEE più basso, il contributo stabilito nell'originaria formulazione della norma corrispondeva ad un importo massimo di 200 euro a persona ed era parametrato nelle diverse fasce ISEE.

Ciò premesso, non posso non sottolineare che, nel corso del mio mandato, ho dedicato una costante attenzione alla tutela della salute mentale del-

la popolazione. In questa ottica, si è provveduto a stanziare rifinanziamenti e, con la legge di bilancio 2023, è stata apportata una sostanziale modifica del beneficio in questione. Nello specifico, si è provveduto ad innalzare il limite delle somme destinate per persona, che sono oggi pari a 1.500 euro, nel limite complessivo di 5 milioni di euro per l'anno 2023 e 8 milioni di euro annui per l'anno 2024. Successivamente, il contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia è stato incrementato di ulteriori 2 milioni di euro per l'anno 2024.

Ricordo, inoltre, che con decreto del 24 novembre 2023, abbiamo provveduto a disciplinare i tempi per la presentazione delle domande per accedere al contributo, l'entità e la validità dello stesso. Con particolare riferimento a quest'ultimo decreto, ritengo doveroso evidenziare che non sono previste limitazioni nei confronti dei professionisti che esercitano la professione nell'ambito di studi associati e nelle modalità di erogazione della prestazione, che può essere fruita anche a distanza, e, quindi, ne possono usufruire anche i servizi degli psicologi operanti presso i centri medici autorizzati o attraverso piattaforme che erogano servizi di psicologia online.

Fermo restando quanto ho riferito fino adesso, devo segnalare che sono stati di recente effettuati da parte dell'INPS test di usabilità per migliorare la *customer journey degli utenti, congiuntamente ad alcuni psicologi. Gli esiti e le proposte di miglioramento dell'intero processo verranno a breve valutate in un apposito gruppo di lavoro presso il Ministero, anche con rappresentanti del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi.*

Al completamento di questa analisi, sarà cura del Ministero della Salute, insieme al Ministero dell'Economia e delle finanze, valutare, con la giusta e debita attenzione, l'opportunità di un ulteriore rifinanziamento del contributo in questione. Pertanto, ringrazio ancora per l'interrogazione, che mi dà un ulteriore spunto per ribadire che il tema è presidiato e che, come tutte le altre misure che stiamo adottando, fa

parte di un progetto organico e strutturale, così da evitare proprio quegli interventi spot del passato che si sono rivelati poco efficaci».

La replica dell'on. Giulia Pastorella (AZ-PER-RE): «Ministro, mi fa piacere che almeno lei riconosca il problema, perché i dati sono preoccupanti. Gliene cito altri, in particolare, sugli adolescenti: 2 milioni con disturbi mentali; 3,6 milioni con disturbi alimentari; il 75 per cento che sente il bisogno di supporto e il più 75 per cento di casi di suicidio. Quindi, è chiaro che l'emergenza c'è ed è anche chiaro che questa misura, bonus o voucher, come la vogliamo chiamare, deve essere considerata una misura tampone, palliativa, in attesa di equiparare la salute mentale con la salute fisica, come è sempre più chiaro che si debba fare.

Capiamo i vincoli di bilancio e capiamo le ristrettezze, ma pensiamo che uno sforzo su questo fronte si debba fare, poiché - come dicevamo - solo tra l'1 e il 5 per cento (5 per cento nella migliore delle ipotesi) dei richiedenti riuscirà a fruire di questo bonus. La domanda c'è e noi, come Servizio sanitario nazionale, dobbiamo dare una risposta.

Per quanto riguarda l'ammodernamento delle modalità di erogazione, a noi risulta altro, ovvero, che gli specialisti che stanno all'interno degli ambulatori e dei centri medici specializzati possono avere clienti che accedono a questo bonus, ma solo ed esclusivamente in quanto specialisti privati. Quindi, invece, di privarsi di tutte le complessità amministrative, demandandole al centro medico, devono comunque espletarle loro stessi. Quindi, se il vostro obiettivo - come lei ha detto, giustamente - è di far sì che la user experience sia sempre migliore dal lato di chi fruisce del servizio, ci auguriamo anche che, dal lato di chi eroga le prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche, ci possa essere un andare incontro verso di loro, permettendo queste nuove modalità più semplici: perché è bene che uno cerchi lo psicoterapeuta migliore e non necessariamente quello vicino a casa o quello che abita sul pianerottolo».



11 OTTOBRE 2024

LA COMMISSIONE DEONTOLOGIA E OSSERVATORIO PERMANENTE SUL CODICE DEONTOLOGICO SI ESPRIME IN MATERIA DI PUBBLICITÀ E DECORO PROFESSIONALE

A seguito di numerose segnalazioni pervenute al Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi circa l'offerta al pubblico di due colloqui psicologici gratuiti da parte di una nota marca di detersivi previo acquisto di suoi prodotti, la Commissione deontologia del Cnop esprime il seguente parere. La comunicazione in materia sanitaria, a seguito dell'abrogazione di ogni altra disposizione legislativa e regolamentare disposta con il D.L. 4 luglio 2006, n. 223, convertito con L. 4 agosto 2006, n. 248, è ora disciplinata dal comma 525 dell'art. 1 L. 30 dicembre 2018 n. 145.

Gli Ordini territoriali hanno il compito di vigilare sul rispetto delle regole di correttezza professionale secondo i criteri di trasparenza, veridicità e lealtà. I messaggi pubblicitari devono essere funzionali a garantire il diritto ad una corretta informazione sanitaria restando escluso qualsiasi elemento di carattere attrattivo e suggestivo, tra cui comunicazioni contenenti offerte, sconti e promozioni, che possa determinare il ricorso improprio a trattamenti sanitari, nel rispetto della libera e consapevole determinazione dell'assistito, della dignità della persona e del principio di appropriatezza delle prestazioni sanitarie. La norma prosegue assegnando agli Ordini professionali sanitari territoriali, anche su segnalazione delle rispettive Federazioni, il dovere di azione disciplinare nei confronti dei professionisti o delle società di professionisti, segnalando eventuali violazioni all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, ai fini dell'adozione dei provvedimenti sanzionatori di competenza.

Il caso in esame appare piuttosto complesso ed è riconducibile a due società commerciali non sog-

gette al dovere di azione disciplinare ordinistica, la L.Manetti H.Roberts & C e Unobravo s.r.l.

In ogni caso, non v'è dubbio che si tratti di un messaggio pubblicitario in materia sanitaria, il cui contenuto è soggetto alla normativa predetta. Questa Commissione ritiene che l'offrire due colloqui di sostegno psicologico, e quindi un trattamento sanitario, a condizione di partecipare ad un'iniziativa avente carattere puramente commerciale non sia coerente con la natura del trattamento sanitario proposto, poiché dovrebbe essere iniziato all'insorgenza di una reale ed autonoma esigenza da parte della Persona. Inoltre, tale offerta sminuisce grandemente l'attività sanitaria in questione e quindi svalorizza l'immagine sociale della nostra professione.

Pertanto, si sottolinea il ruolo degli Ordini territoriali eventualmente coinvolti, anche relativamente ad altre Professioni Sanitarie, affinché vengano valutate le posizioni deontologiche dei singoli Iscritti, nonché dell'Autorità per le Garanzie nelle comunicazioni, per valutare l'eventuale correttezza del messaggio pubblicitario.

Il proliferarsi di questi eventi rende necessario a nostro avviso, come già anticipato dal CNOPI, l'aggiornamento delle linee di indirizzo in materia di pubblicità delle attività professionali, che, in ogni caso e con espresso richiamo alle norme del codice deontologico, già stigmatizzano condotte quali quelle in oggetto del presente parere.

11 NOVEMBRE 2024

SALUTE: LAZZARI (CNOP) INCONTRA

SCHILLACI: CONFRONTO SU PSICOLOGO DI BASE E RISPOSTA PUBBLICA A BISOGNI PSICOLOGICI CITTADINI

Il presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, David Lazzari, ha incontrato, presso la Sede del ministero della Salute, il ministro Orazio Schillaci per affrontare l'insieme delle problematiche relative ai bisogni psicologici della popolazione e al necessario rafforzamento della risposta pubblica, in termini di prevenzione, promozione del benessere psicologico, sostegno, cura e riabilitazione. Nel corso dell'incontro è stato sottolineato come l'evoluzione della normativa, a partire dai Livelli Essenziali di Assistenza ai Piani per le malattie croniche ed oncologiche, sino alla riforma dell'assistenza territoriale indicata dal DM 77/2022, assegnino alla professione psicologica una serie di compiti altamente trasversali nell'ambito del SSN, e questo richiede non solo un potenziamento numerico degli psicologi presenti ma anche una ottimizzazione delle forme organizzative, a partire dall'attuazione di quanto previsto dalla legge 176/2020 sulla funzione aziendale della Psicologia nelle aziende sanitarie locali.

Inoltre, si è fatto il punto sull'attuazione del bonus psicologico, che è stato potenziato, e sui lavori del tavolo congiunto tra Ministero, INPS e CNOP per il monitoraggio del bonus e l'adozione di misure che rendano la sua

utilizzazione ancor più vicina alle esigenze dei cittadini. Focus infine sulla figura dello psicologo di assistenza primaria e sulla evoluzione della legislazione regionale in materia, che rende sempre più necessaria una definizione della cornice normativa nazionale, con l'impegno di proseguire a breve il confronto per arrivare ad una definizione operativa ed una messa a terra nei prossimi provvedimenti in via di definizione, con l'obiettivo di garantire questa figura in tutto il territorio nazionale a partire dai Distretti e dalle Case di Comunità.

“Ho trovato attenzione e disponibilità da parte del Ministro, che è ben consapevole dell'importanza e della molteplicità delle attività svolte dalla professione psicologica, con l'intenzione di potenziare la risposta pubblica sia mediante misure organizzative che mediante l'attivazione dello psicologo di base a livello nazionale. Sono allo studio i percorsi operativi per consentire l'approvazione della legge presente in Parlamento, e il CNOP fornirà tutto il supporto necessario per raggiungere presto e bene questo obiettivo così atteso dai cittadini”, ha evidenziato il presidente CNOP Lazzari.



SEDE

Via Sparano da Bari, 170 - 70121 Bari

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DELLA SEGRETERIA

- tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00
- lunedì e mercoledì dalle ore 15:30 alle 17:30

Telefono: 080 5421037

Fax: 080 5508355

e-mail: segreteria@psicologipuglia.it
presidenza@psicologipuglia.it

Pec segreteria.psicologipuglia@psypec.it

Sito www.psicologipuglia.it

N. totale iscritti alla sez. A al 30/11/2024 **7128**

N. totale iscritti alla sez. B al 30/11/2024 **19**

N. totale iscritti con riconoscimento **3476**
per l'attività psicoterapeutica

ORARI DI RICEVIMENTO DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Tutti gli iscritti possono essere ricevuti dal Commissario **facendone richiesta telefonica** alla Segreteria o per e-mail.

SPORTELLO DEI CONSULENTI

Ogni iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, previo appuntamento da concordare con la Segreteria, può avvalersi a titolo gratuito delle seguenti consulenze:

CONSULENZA FISCALE-TRIBUTARIA

Dott. Gennaro Sciscioli

Riceve gli iscritti telefonicamente al numero 080.8508682, il lunedì pomeriggio dalle ore 15.30 alle ore 19.30.

CONSULENZA LEGALE

Avv. Antonio Pacifico Nichil

Riceve gli iscritti telefonicamente al numero 080.7964629, il giovedì pomeriggio dalle ore 17.00 alle ore 20.00.

NUOVE ISCRIZIONI

Si fa presente a tutti i laureati in psicologia che per poter esercitare, a qualsiasi titolo e presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, attività che costituiscono oggetto della professione di psicologo (art. 1 Legge N°56/89) bisogna essere iscritti all'Albo ed essere in regola con i relativi oneri associativi. L'iscrizione all'albo può avvenire presentando apposita domanda nelle modalità indicate all'interno del Portale dell'Ordine nella sezione Moduli

AVVISO IMPORTANTE

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi con la delibera n. 29/2011 ha stabilito le nuove modalità di iscrizione ai vari Ordini Regionali che avverrà tenendo conto del luogo di residenza o del luogo di svolgimento della professione.

Gli psicologi potranno quindi iscriversi solo all'Albo regionale di appartenenza secondo i criteri suddetti.

IL CERTIFICATO

La prenotazione dei certificati può avvenire presentando apposita domanda nelle modalità indicate all'interno del portale dell'ordine nella sezione Moduli.

CAMBIO DI RESIDENZA - VARIAZIONI DI DOMICILIO

È necessario informare per iscritto e tempestivamente la Segreteria delle variazioni di domicilio e dei cambi di residenza. Segnaliamo che un certo quantitativo di posta, talvolta relativa a comunicazioni importanti, ci ritorna per irreperibilità del destinatario.

NORME PER IL TRASFERIMENTO AD ALTRI ORDINI REGIONALI

1 L'iscritto può fare richiesta di trasferimento se ha trasferito la residenza in un Comune del territorio di competenza di altro Consiglio Regionale o Provinciale oppure se ha collocato abituale domicilio per motivi di lavoro.

2 Il richiedente deve possedere i seguenti requisiti preliminari:

a) non deve avere in atto o in istruttoria con-



tenziosi o procedimenti giudiziari, disciplinari, amministrativi e deliberativi che lo riguardano;

b) deve essere in regola con il versamento all'Ordine di appartenenza della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente.

3 L'interessato al trasferimento deve presentare domanda in bollo indirizzata al Presidente del Consiglio dell'Ordine di appartenenza unitamente ai seguenti allegati:

- autodichiarazione relativa al cambiamento della residenza ovvero del domicilio specificando in tal caso l'attività professionale che viene svolta e dove, indicando se trattasi di lavoro dipendente o di collaborazione coordinata e continuativa, ed il nominativo dell'Ente, della Società o dell'Associazione.
Nel caso di lavoro dipendente va dichiarato se sia o meno consentita la libera professione;
- copia della ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello precedente, con l'avvertenza che se la domanda è presentata nel periodo precedente al versamento della tassa annuale, si deve provvedere al pagamento della tassa presso il Consiglio il quale procederà ad effettuare il relativo sgravio;
- copia della ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di 25,82 Euro da effettuare sul c/c postale n° 15399702 intestato a: "Ordine degli Psicologi - Regione Puglia - Via F.lli Sorrentino n°6 - 70126 - Bari;
- Fotocopia del documento di identità.

NORMA PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La cancellazione dall'Albo viene deliberata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, d'ufficio, su richiesta dell'iscritto o su richiesta del Pubblico Ministero.

Nel caso di rinuncia volontaria l'iscritto deve presentare apposita istanza in carta da bollo da 16,00 Euro con cui chiede la cancellazione dall'Albo, allegando la ricevuta del versamento della tassa annuale dell'anno in corso e di quello

precedente e la fotocopia del proprio documento di identità.

SERVIZIO GRATUITO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) PER GLI ISCRITTI:

ATTIVAZIONE

Collegandosi all'Area servizi per gli psicologi italiani del Consiglio nazionale dell'Ordine CNOP è possibile attivare la casella PEC offerta gratuitamente dal Consiglio della Puglia ai propri iscritti.

Una volta entrati nell'Area servizi, tra le varie funzioni presenti sul sito CNOP comparirà anche quella relativa alla Posta Elettronica Certificata. Per vedersi assegnare la casella PEC sarà necessario compilare la scheda on-line.

Il CNOP, svolte tutte le procedure necessarie, provvederà ad inviare all'iscritto un apposito messaggio di posta elettronica avvisando che la casella PEC è stata attivata, fornendo anche le istruzioni per l'utilizzo. Si ricorda che la casella di Posta elettronica certificata verrà utilizzata dall'Ordine regionale per tutti i procedimenti ufficiali di interesse dell'iscritto.

L'informativa contenente la PEC è sul sito dell'ordine www.psicologipuglia.it

psicopuglia

Notiziario
dell'Ordine
degli Psicologi
della Puglia
dicembre 2024
Vol. 31

ISSN 2239-4001

CARL RANSOM ROGERS
Fondatore della "Psicoterapia
centrata sulla persona", inizialmente
definita "Terapia non direttiva"

PSICOPUGLIA

Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia
n. 31 - DICEMBRE 2024

**Organo ufficiale del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi della Regione Puglia.**

**Via Sparano da Bari, 170 - Bari
Autorizzazione del Tribunale di Bari n.1173 del 3/5/94.**

DIRETTORE RESPONSABILE

dott. Salvatore Nuzzo



Il Commissario, assieme al
Dirigente dell'ente, al personale di
segreteria e ai Consulenti, porge a
tutte le colleghe e a tutti i colleghi
iscritti, e alle loro famiglie,
**un cordiale augurio per
un sereno Natale e per un felice
e prospero 2025.**



SEGRETERIA ORDINE

-  Via Sparano da Bari, 170 - 70121 Bari
-  +39 080 5421037
-  +39 080 5508355
-  segreteria@psicologipuglia.it
-  www.psicologipuglia.it