

Editorial

Renzo Carli^{*}, *Rosario Gurrieri*^{**}, *Fiammetta Giovagnoli*^{***}, *Andrea Caputo*^{****}

The online version of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), founded in 2006, is now on its 11th year of publication. This is its 25th issue.

Rivista di Psicologia Clinica was published on print from 1982 to 1997, including two short breaks. The printed version published 41 issues. In addition to 14 years of publication on print, there are 11 years of publication online. In addition to 41 printed issues, there are 25 online issues, overall resulting in 66 issues published by the journal.

Let's briefly look at our readers, their geographical distribution and the journal usage.

The goal of our publications is not oriented to uncritically increase the number of our readers but, according to a coherent editorial policy, to develop the debate on the definition, methodology, epistemology and practice of Clinical Psychology. These aspects are linked each other based on the constant evolution of clinical practice in psychology and psychotherapy.

Readers of RPC

Rivista di Psicologia Clinica uses the open source OJS (Open Journal System) for the management and publication of its contents. This platform consents an accurate management of the steps of the editorial process. OJS facilitates the editorial work, establishing different procedures to access to the journal contents based on several roles (Editor, Reviewer, Author); allows the double blind peer review and the retrieval of information about the editorial process of each single contribution, from the submission to the journal to its consultation from readers. Thanks to the plug-in counter it is possible to have information about the journal registration of authors, as well as the frequency and number of consultations and downloads of the several published contributions from them.

How many our readers are?

The registered users of *Rivista di Psicologia Clinica* are, on November 2016, equal to **3.196**.

Out of the total, **78** are members of the Editorial staff whose composition is described as follows:

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of the University "Sapienza" in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

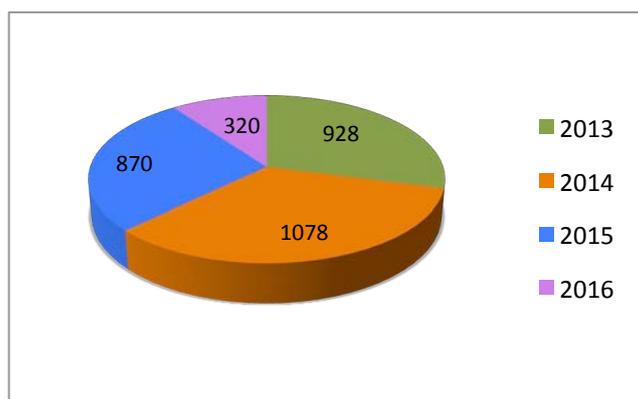
** Psychologist, PhD in Dynamic, Clinical and Developmental Psychology, University of Rome "Sapienza". E-mail: gurrieri.saro@gmail.com

*** Psychologist, Psychoterapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

**** Psychologist, Psychotherapist, Psy Din Health Psychology, PhD student in Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza", Professor at the Specializing School in Health Psychology of the University of Rome "Sapienza", Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology). E-mail: andrea.caputo@uniroma1.it

<i>Editorialfunction</i>	<i>Number of users</i>
Editor in chief	1
Editor	13
Copyeditor	4
Layout editor	1
Administrator	1
Reviewer	58
Total	78

Without considering the members of the Editorial staff, the number of readers is equal to **3.118**. Rivista di Psicologia Clinica is online from 2006 and OJS has been used since May 2013. In the following figure, the number of users who have registered since 2013 is reported. As we can note, the number of registered readers has tripled over the course of the last four years.



Since 2013, the website of the Journal of Clinical Psychology houses two different sections: Rivista di Psicologia Clinica (Journal of Clinical Psychology) and Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology)¹. In 2015, a third section, Li@belli, was added².

Rivista di Psicologia Clinica, in its online version, published **337** contributions, **60** in the section *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* e **1** e-book in the section Li@belli, resulting in a total of **398** contributions.

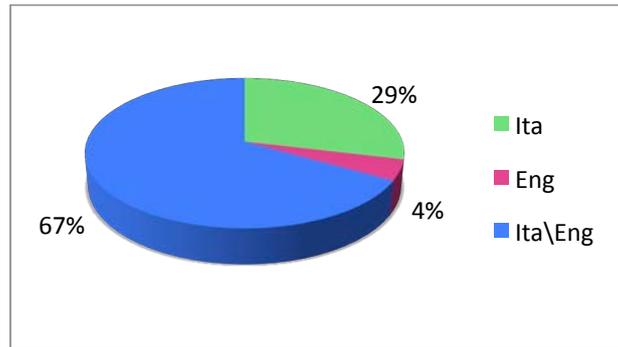
<i>Sections</i>	<i>Period</i>	<i>Number of contributions</i>
Rivista di Psicologia Clinica	2006-2016	337
Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica	2013-2016	60
Li@belli	2015-2016	1
total		398

RPC publishes in Italian and English language. The papers published both in Italian and English are **225**; **158** in Italian with English abstract and **15** only in English.

¹ Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology) were established in 2013 in order to allow professionals and researchers to propose contributions for building an Italian culture of clinical psychology which is attentive to the social mandate of the profession and to the modes of intervention deriving from it.

² Li@belli was created in 2015. This ebook series includes works focusing on theories, methods and issues deemed central to clinical psychological intervention. Li@belli allows to further develop key themes addressed in Rivista and Quaderni.

Quaderni and Li@belli publish in Italian, with English abstracts.
 The following figure shows the distribution of publications by Italian and English language.



Looking at the authors, they are 432 in Rivista di Psicologia Clinica and **107** in Quaderni.

<i>Section</i>	<i>Period</i>	<i>Number of contributions</i>	<i>Number of authors</i>
Rivista di Psicologia Clinica	2006-2016	337	432
Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica	2013-2016	60	107

Consultations of Rivista di Psicologia Clinica

The **downloads** made by users of Rivista di Psicologia Clinica, over the course of the last year (1st December 2015 – 30th November 2016) are reported as follows.

Dec-2015	Jan-2016	Feb-2016	Mar-2016	Apr-2016	May-2016	Jun-2016	Jul-2016	Aug-2016	Sep-2016	Oct-2016	Nov-2016
1155	2775	1343	2168	2402	1557	1092	1263	1248	1377	1152	1035

The downloads made over the last 12 months are **18.567**.

It is interesting to note that these downloads refer to the entire scientific production of Rivista di Psicologia Clinica, from the issues 0 and 1 in 2006 to the issue 1 in 2016; for each issue, almost all the published contributions have been downloaded even if with different intensity. Patently, the highest downloads refers to the issue 1 and 2 of 2015 and to the issue 1 of 2016. We have to note that the consultations over the last year refer to the entire proposal of our journal: the contributions do not become obsolescent online, differently from what happens in printed journals; thanks to the availability of the online archive, contributions are consulted also ten years after their publication.

The internet traffic and geographical distribution of consultations

The internet traffic of the **last six months** is reported as follows.

In this period, the site has been consulted by **3.673** users who made **5.311** browsing sessions with a total amount of **26.377** views of the web pages of the site. On average, the number of users has been equal to 24 a day.

Now let's look at the geographical distribution of consultations.

80% of consultations has been made by Italian readers.

20% of consultations has been made by foreign readers.

Out of one hundred contributions downloaded on the site of Rivista di Psicologia Clinica, 20 have been downloaded – in English – by readers working abroad.

How can we further disentangle the 20% of these foreign consultations?

5.7% of consultations is made in United Kingdom. The English readers are the most numerous.

2.3% of readers are from USA.

Then, readers are Russians, Brazilians, Germans, Belgians, French, Swiss, Spanish, Greek, Portuguese with values of about 1% each. Consultations are also made in Africa, Australia, Asia. The journal consultations covers all continents; the journal spread, though limited, is really “international”.

With regard to Italy, cities where Rivista di Psicologia Clinica is mainly consulted are:

Rome, 43%

Milan, 5%

Naples, 5%

Florence, Palermo, Padova about 3%

Then, with lowervalues: Lecce, Bari, Turin, Catania, Bologna, Vicenza, Salerno, Caserta, Brescia, Genoa, Prato, Cosenza, Treviso, Bergamo, Lucca, Venice.

Reflections

Just a last note. If one publishes a scientific work in the field of molecular biochemistry or astrophysics, citations of one’s own work are regarded as indicating the scientific importance of the published contribution.

In the case of clinical psychology, instead, the contributions of scientific community rely, both for authors and readers, on professionals working in the field; colleagues who experience a profession, such as the clinical or psychotherapeutic one, that is difficult but challenging and interesting too.

This means that, differently from those who publish to be cited, the contributions in our area are primarily written to be read, discussed, compared with one’s own experience. In brief, to build and develop a professional culture.

The journal is read from colleagues who, because they intensely and competently experience their profession, are more interested in debating and comparing the contributions of our journal with their professional reality rather than in writing, in turn, contributions where the published works can be cited.

In the field of clinical psychology, we repeat, one writes to be read rather than to be cited. This is the maxim of Rivista di Psicologia Clinica.

Our journal is intended to promote culture, open a debate about a profession that represents a cultural expression more than a tribute to the scarce and often irrelevant scientific production in the field. We refer to an experimental production that, to be “scientific”, tries to detect invariants within the relations between the variables that can be easily studied from an experimental perspective; this production is usually and constantly contrary to the clinical practice, which does not fit well with the utilization of experimental invariants but faces the specific problems of clients within specific intervention relationships.

Besides, it is interesting to note that a “new generation” index is emerging for online scientific journals: the *Journal Usage Factor*. We report the definition of this new index, provided in the site of UKSG, as follows:

The overall aim of the Usage Factor project is to explore how online journal usage statistics might form the basis of a new measure of journal impact and quality, the Journal Usage Factor (JUF). The specific objectives of the project are: to examine the ways in which journal quality is currently assessed; to assess whether the JUF would be a statistically meaningful measure; whether it would be accepted by researchers, publishers, librarians and research institutions; whether it would be statistically credible and robust; whether there is an organizational and economic model for its implementation that would be acceptable to the major stakeholder groups.

We wish our readers happy holidays and good reading

Editoriale

Renzo Carli¹, Rosario Gurrieri², Fiammetta Giovagnoli³, Andrea Caputo⁴

La Rivista di Psicologia Clinica *on line*, nata nel 2006, è al suo 11° anno di pubblicazione. Questo è il suo 25° numero.

La Rivista di Psicologia Clinica fu pubblicata in veste cartacea dal 1982 al 1997, con due piccole pause. Pubblicò in quella veste 41 fascicoli.

Ai 14 anni della pubblicazione cartacea si aggiungono ora gli 11 anni della pubblicazione *on line*.

Ai 41 fascicoli della veste cartacea si aggiungono i 25 fascicoli *on line*, per un totale di 66 numeri editati della rivista.

Vediamo brevemente quanti sono i nostri lettori, la loro distribuzione geografica e l'uso che viene fatto della rivista.

Obiettivo della nostra pubblicazione non è quello di promuovere acriticamente la quantità dei lettori, quanto di perseguire una linea editoriale coerente, volta a sviluppare il dibattito sulla definizione, la metodologia, l'epistemologia e la pratica della Psicologia Clinica. Dimensioni tra loro connesse dalla costante evoluzione della prassi clinica in psicologia e in psicoterapia.

Lettori della Rivista di Psicologia Clinica

La Rivista di Psicologia Clinica utilizza la piattaforma open source OJS (*Open Journal System*)³ per la gestione e la pubblicazione dei suoi contenuti. La piattaforma permette un'accurata gestione delle diverse fasi del processo editoriale. OJS facilita il lavoro editoriale, definendo l'accesso ai contenuti in base al ruolo (Editore, Revisore, Autore); permette la realizzazione della *peer review* dei contributi a doppio cieco e consente la raccolta di informazioni sul percorso editoriale di ogni contributo, da quando viene proposto alla rivista sino alla sua consultazione da parte dei lettori.

¹Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza", Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

²Psicologo, Dottore di Ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo, Università di Roma "Sapienza". E-mail: gurrieri.saro@gmail.com

³Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor di Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Email: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

⁴Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute, Dottorando in Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza", Docente presso la scuola di specializzazione in Psicologia della Salute, Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica. E-mail: andrea.caputo@uniroma1.it

³Si tratta di un software sviluppato da Public Knowledge Project, che garantisce ai periodici un'elevata visibilità in rete, grazie alla conformità OAI-PMH.

Carli, R., & Gurrieri, R., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2016). Editoriale [Editorial]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-9. 10.14645/RPC.2016.2.656

Attraverso il *plug-in counter* è possibile acquisire informazioni sulla registrazione dei lettori alla rivista, sulla frequenza e quantità delle loro consultazioni e sui *download* dei differenti contributi pubblicati.

Quanti sono i nostri lettori?

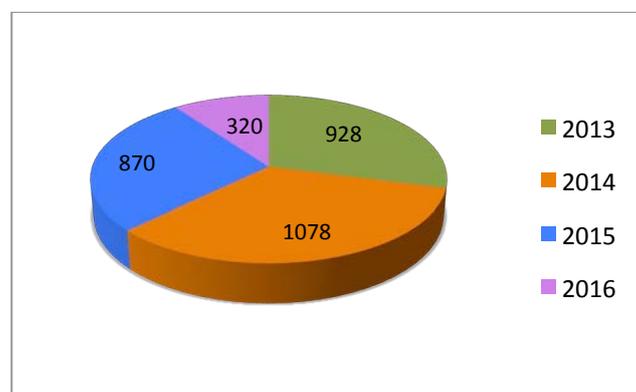
Gli utenti registrati alla Rivista di Psicologia Clinica sono, al novembre 2016, **3.196**.

Di questi, **78** sono membri dello Staff che è così organizzato:

<i>Ruolo editoriale</i>	<i>Numero utenti</i>
Editor in chief	1
Editor	13
Copyeditor	7
Layout editor	1
Reviewer	58
Amministrazione	1
<i>totale</i>	78

Esclusi i membri dello staff, i lettori della rivista sono **3.118**.

Rivista di Psicologia Clinica è online dal 2006 e utilizza la piattaforma OJS dal Maggio del 2013. Il grafico riporta il numero degli utenti che si sono registrati, dal 2013. Come si può vedere, il numero dei lettori registrati è più che triplicato nel giro di quattro anni.



Dal 2013 il sito della Rivista di Psicologia Clinica ospita due differenti e coerenti sezioni: la Rivista di Psicologia Clinica; i Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica⁴. Nel 2015 si aggiungono i “Li@belli”⁵.

La Rivista di Psicologia Clinica, nella sua versione *on line*, ha pubblicato **337** contributi, **60** contributi nella sezione dei Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica e **1** e-book nella sezione dei Li@belli, per un totale di **398** contributi.

⁴ Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica nascono *on line* nel 2013, per consentire a professionisti e ricercatori di proporre contributi che sviluppino una cultura psicologico clinica italiana attenta al mandato sociale della professione e alle modalità di intervento che ne derivano.

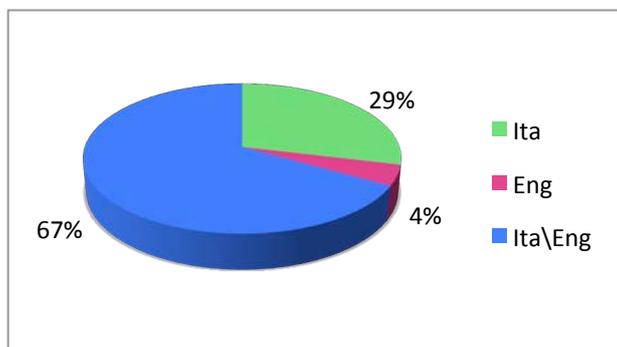
⁵ I Li@belli nascono nel 2015. Si tratta di ebook che vertono sulla teoria, sul metodo e sui problemi ritenuti centrali nell’intervento psicologico clinico. I Li@belli permettono di sviluppare le tematiche proprie di Rivista e di Quaderni.

<i>Sezioni</i>	<i>Periodo</i>	<i>Numero contributi</i>
Rivista di Psicologia Clinica	2006-2016	337
Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica	2013-2016	60
Li@belli	2015-2016	1
Totale		398

La Rivista pubblica in italiano e in inglese. Gli articoli pubblicati sia in inglese sia in italiano sono **225**; nella sola lingua italiana, ma con abstract in inglese **158**; nella sola lingua inglese **15**.

I Quaderni e i Li@belli pubblicano in italiano, con abstract in inglese.

Il grafico seguente mostra in quali percentuali vengono utilizzate la lingua inglese e quella italiana nelle nostre pubblicazioni.



Se diamo uno sguardo agli autori, sulla Rivista di Psicologia Clinica hanno pubblicato **432 colleghi**, su Quaderni **107**.

<i>Sezioni</i>	<i>Periodo</i>	<i>Numero contributi</i>	<i>Numero Autori</i>
Rivista di Psicologia Clinica	2006-2016	337	432
Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica	2013-2016	60	107

Le consultazioni della Rivista di Psicologia Clinica

Seguono i dati sui *download* effettuati dagli utenti della sola Rivista di Psicologia Clinica, nel corso dell'ultimo anno (1 dicembre 2015 - 30 novembre 2016).

Dic-2015	Jan-2016	Feb-2016	Mar-2016	Apr-2016	Mag-2016	Giu-2016	Lug-2016	Ago-2016	Set-2016	Ott-2016	Nov-2016
1.155	2.775	1.343	2.168	2.402	1.557	1.092	1.263	1.248	1.377	1.152	1.035

I *download* effettuati negli ultimi 12 mesi sono stati **18.567**.

Interessante notare che questi *download* hanno riguardato l'intera produzione scientifica della Rivista di Psicologia Clinica, dai numeri 0 e 1 del 2006 al numero 1 del 2016; per ciascun numero sono stati scaricati, sia pure in misura differente, la quasi totalità dei contributi pubblicati. Ovviamente, i *download* più numerosi sono quelli concernenti i contributi dei numeri 1 e 2 del 2015 e del numero 1 del 2016.

Va comunque notato che la consultazione effettuata nell'ultimo anno copre l'intera proposta della nostra rivista: i contributi *on line* non subiscono obsolescenza, come può essere il caso delle riviste cartacee ;i contributi, grazie alla disponibilità *on line* dell'intero archivio, sono consultati anche a distanza di dieci anni.

Traffico internet e distribuzione geografica delle consultazioni

Il traffico internet degli **ultimi 6 mesi**.

Il sito, in questo periodo, è stato consultato da **3.673** utenti che hanno effettuato **5.311** sessioni di navigazione per un totale di **26.377** visualizzazioni delle pagine web del sito.

Si è registrata un'attività media di 24 utenti al giorno

Guardiamo ora alla distribuzione geografica delle consultazioni.

L'**80%** delle consultazioni è fatta da lettori italiani.

Il **20%** delle consultazioni è fatta da lettori stranieri.

Su cento contributi scaricati dal sito della Rivista di Psicologia Clinica, 20 sono scaricati – in inglese – da lettori che operano all'estero.

Come si suddivide il 20% delle consultazioni straniere?

Il **5.7%** delle consultazioni avviene nel Regno Unito. Il gruppo inglese è il più numeroso.

Il **2.3%** è statunitense.

Seguono, con valori attorno all'1%, russi, brasiliani, tedeschi, belgi, francesi, svizzeri, spagnoli, greci, portoghesi. Consultazioni sono effettuate anche in Africa, Australia, Asia.

Le consultazioni della rivista coprono tutti i continenti; in una diffusione che, sia pur limitata, è realmente "internazionale".

Per quanto concerne l'Italia, le città ove è più consultata la Rivista di Psicologia Clinica sono:

Roma, 43%

Milano, 5%

Napoli, 5%

Firenze, Palermo, Padova attorno al 3%

Seguono, con valori più bassi: Lecce, Bari, Torino, Catania, Bologna, Vicenza, Salerno, Caserta, Brescia, Genova, Prato, Cosenza, Treviso, Bergamo, Lucca, Venezia.

Riflessioni

Un'ultima notazione. Se si pubblica un lavoro scientifico nell'ambito della biochimica molecolare o dell'astrofisica, è condivisa la convinzione che le citazioni del proprio lavoro possano stimare la rilevanza scientifica del contributo pubblicato.

Nel caso della psicologia clinica, di contro, i contributi della comunità scientifica riguardano, sia come autori che come lettori, l'insieme dei professionisti che lavorano nel campo; colleghi che si provano in una professione, quella clinica o psicoterapeutica, difficile ma stimolante e interessante.

Ciò significa che, contrariamente a chi pubblica per essere citato, i contributi nel nostro ambito sono scritti, precipuamente, per essere letti, discussi, confrontati con la propria esperienza. In una parola, per costruire e sviluppare cultura professionale.

La rivista è letta da colleghi che, vivendo intensamente e competentemente la professione, sono più interessati a dibattere e confrontare i contributi della nostra rivista con la propria realtà professionale che a scrivere, a loro volta, contributi nei quali citare i lavori pubblicati.

Nell'ambito della psicologia clinica, lo ripetiamo, si scrive per essere letti, più che per essere citati. Questo è il motto della Rivista di Psicologia Clinica.

La nostra rivista vuole essere promotrice di cultura, intende aprire un dibattito attorno a una professione che è più espressione di cultura che tributaria della scarsa e spesso irrilevante produzione scientifica nel settore. Una produzione sperimentale che, per essere "scientifica", si adopera nel trovare invarianze nella relazione tra variabili che si prestano a essere rilevate sperimentalmente; in frequente, se non costante, contrasto con la pratica clinica, che mal si presta all'utilizzazione delle invarianze sperimentali trovandosi a confrontare con la specificità dei problemi posti dalla committenza entro specifici rapporti d'intervento.

È interessante notare, d'altro canto, come si stia affermando un indice di "nuova generazione" per le riviste scientifiche *on line*: il *Journal Usage Factor*. Riportiamo la definizione di questo nuovo indice, come appare nel sito dell'UKSG:

The overall aim of the Usage Factor project is to explore how online journal usage statistics might form the basis of a new measure of journal impact and quality, the Journal Usage Factor (JUF). The specific objectives of the project are: to examine the ways in which journal quality is currently assessed; to assess whether the JUF would be a statistically meaningful measure; whether it would be accepted by researchers, publishers, librarians and research institutions; whether it would be statistically credible and robust; whether there is an organizational and economic model for its implementation that would be acceptable to the major stakeholder groups⁶.

Auguriamo ai nostri lettori buone feste e buona lettura.

⁶ L'obiettivo generale del Usage Factor Project è di esplorare come le statistiche di utilizzo delle riviste on-line possano costituire la base di una nuova misura dell'impatto e della qualità di una rivista, il Journal Usage Factor (JUF). Gli obiettivi specifici del progetto sono: esaminare i modi in cui la qualità delle riviste è attualmente valutata; valutare se il JUF possa essere una misura statisticamente significativa; se possa essere accettata dai ricercatori, dagli editori, dai bibliotecari e dagli istituti di ricerca; se possa essere statisticamente credibile e forte, se vi è un modello organizzativo ed economico per la sua implementazione che possa essere accettato dai principali gruppi di stakeholder.

The man Moses, the monotheistic religion and the man Freud

Renzo Carli

Abstract

The origin of the Jewish monotheistic religion is based, according to Freud, on the Egyptian origin of Moses and the failure of pharaoh Akhenaton's attempt to lead the Egyptian people to monotheism. Moses is for Freud a disquieting figure; Freud identifies with Moses who leads the Jewish people to the promised land, and imposes on Jews the Mosaic distinction that, in line with Assmann, we define as the splitting between true and false in religion. The hypothesis of this work concerns the two "political" aspects of Freudian proposal: on the one hand, the disavowal of violence and the importance of impotence as the original dynamic of monotheism; on the other hand, the identification of the Jewish people with the "psychoanalytic people".

Keywords: Moses; psychoanalysis; politics; Freud.

· Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of the University "Sapienza" in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of Rivista di Psicologia Clinica (Journal of Clinical Psychology) and of Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2016). L'uomo Mosè, la religion monoteista e l'uomo Freud [The man Moses, the monotheistic religion and the man Freud]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-23. doi: 10.14645/RPC.2016.2.657

L'uomo Mosè, la religione monoteista e l'uomo Freud

Renzo Carli

Abstract

L'origine della religione monoteista ebraica si fonda, per Freud, sull'origine egizia di Mosè e sul fallimento del faraone Akhenaton, nel suo tentativo di condurre al monoteismo il popolo egizio. Mosè è per Freud una figura inquietante; Freud s'identifica con Mosè che conduce il popolo ebraico alla terra promessa, imponendo agli ebrei quella distinzione mosaica che, con Assmann, definiamo quale scissione tra vero e falso in ambito religioso. L'ipotesi di questo lavoro concerne due aspetti "politici" della proposta freudiana: da un lato la sconfirma della violenza e l'importanza dell'impotenza quale dinamica originaria del monoteismo; dall'altro l'identificazione del popolo ebraico con il "popolo psicoanalitico".

Parole chiave: Mosè; psicoanalisi; politica; Freud.

Premessa

Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza", Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail:renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2016). L'uomo Mosè, la religione monoteista e l'uomo Freud [The man Moses, the monotheistic religion and the man Freud]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-23. doi: 10.14645/RPC.2016.2.657

Nell'importante avvertenza editoriale che precede il lavoro di Freud, *L'uomo Mosè e la religione monoteistica. Tre saggi* (1934-38/1979), in OSF, si legge:

Sul travaglio che accompagna la nascita e la formazione del *Mosè*, le lettere di Freud forniscono importanti ragguagli. Freud annuncia di aver scritto un "romanzo storico" sull'uomo Mosè in una lettera ad Arnold Zweig, il 30 settembre 1934.

[...]

Da come Freud ne parla, si direbbe che il libro fosse già essenzialmente quello della versione definitiva: anche la forma – "si articola in tre parti: la prima romanzesca, la seconda faticosa e noiosa, la terza piena di idee e pretese" – era già fissata. In questa circostanza egli dichiara la sua decisione di non pubblicare il suo lavoro sia per ragioni, in quel momento, di opportunità politica, sia per l'insufficienza dei suoi fondamenti critici. Ulteriori documenti epistolari ci informano sulla difficile e ambivalente relazione dell'autore con la sua opera, rimaneggiata nel 1936 e 1937: da un lato il *Mosè* lo perseguita come un "fantasma inquieto", con la sua pretesa di compiutezza e di pubblicazione (confessa anzi a Lou Andreas-Salomé, parlando del problema di Mosè: "mi ha perseguitato per tutta la vita", lettera del 6 gennaio 1935), dall'altro persistono i motivi di incertezza sulla effettiva validità critica del lavoro e sulla opportunità di una sua circolazione (p. 332).

Si tratta dell'ultimo libro di Freud.

Freud ne pubblica la prima e la seconda parte, in forma di saggi, sulla rivista *Imago*; la terza parte, assieme alle prime due entro l'opera completa, verrà pubblicata solo nel 1938, quando Freud ripara in Inghilterra a seguito dell'*Anschluss*. Freud, di origine ebraica, si trova costretto a lasciare l'Austria per via delle persecuzioni naziste nei confronti degli ebrei, intensificate proprio in quell'anno. Qualche mese prima del suo trasferimento in terra inglese, Freud scrive nell'avvertenza editoriale stilata a Vienna prima del marzo 1938:

L'epoca in cui viviamo è davvero singolare. Ci rendiamo conto con sorpresa che il progresso ha stretto alleanza con la barbarie. Nella Russia sovietica s'è intrapreso a sollevare a migliori forme di vita circa cento milioni di uomini tenuti nella repressione. Si è stati abbastanza audaci da sottrarre loro l'"oppio" della religione, e tanto saggi da conceder loro una ragionevole misura di libertà sessuale; ma nel tempo stesso li si è sottomessi alla più brutale coercizione e privati di ogni possibilità di pensare liberamente. *Con pari violenza il popolo italiano viene educato al senso dell'ordine e del dovere*¹. Ci sentiamo sollevati da un pensiero opprimente al vedere come, nel caso del popolo tedesco, la ricaduta in una barbarie quasi preistorica possa anche prodursi senza appoggiarsi a idee progressiste. Comunque sia, le cose hanno preso una piega tale che oggi le democrazie conservatrici sono divenute esse le tutrici del progresso civile e che stranamente, proprio l'istituzione della Chiesa cattolica oppone una potente difesa alla diffusione di un simile pericolo per la civiltà (p. 379).

L'ironia porta l'autore a vivere con "sollievo" la barbarie in cui è caduto il popolo tedesco, visto che si è realizzata senza cercare l'appoggio a idee progressiste. Russia, Italia e Germania sono in balia di sistemi dittatoriali violenti.

Questa citazione ci suggerisce, oggi, un rilievo importante. Freud viveva, all'epoca del suo scritto su Mosè, come anche all'epoca di *Totem e tabù* (1912-13/1979), un'esperienza politica e sociale fondata su un potere totalitario, dissennato: la grande guerra, o se volete la prima guerra mondiale con i suoi milioni di giovani morti nelle trincee; la rivoluzione russa del 1917, la guerra di Spagna con i moltissimi morti tra i civili, oltre che tra i combattenti; morti ricordati nel dipinto *Guernica*, di Pablo Picasso. Freud si confrontava con la cultura del conflitto: il conflitto tra nazioni, in nome di un desiderio espansionista volto alla conquista di nuovi territori; il conflitto tra classi sociali e la spinta rivoluzionaria; il conflitto tra ideologie massimaliste e liberali. Freud è figlio della cultura del conflitto. Come vedremo tra breve, è lecito supporre che se Freud avesse scritto le sue opere nei giorni nostri, la sua cultura di base poteva essere orientata dall'impotenza, piuttosto che dal conflitto. Torneremo su questo, ma è sin d'ora importante tenere a mente il contesto

¹ Corsivo dell'autore.

culturale entro il quale Freud propone la sua analisi della religione e delle sue origini, la sua analisi del monoteismo e delle sue basi sociali.

Freud e Mosè

Consideriamo il travaglio che accompagna la stesura e la pubblicazione di questo saggio freudiano. Non convincono le perplessità critiche di Freud circa la “validità” delle sue tesi e i dubbi sull’attendibilità della sua ricostruzione storica. Perplessità che potevano riguardare *Totem e tabù*, ben prima del *Mosè*.

Vediamo, sia pur brevemente, cosa dice Freud a proposito di Mosè: l’uomo che condusse il popolo ebraico alla liberazione dalla schiavitù egizia e alla conquista della terra promessa, in nome di Dio, era – di fatto, nella ricostruzione freudiana – un importante e potente governatore egiziano, seguace del faraone Akhenaton e fautore del monoteismo introdotta quel faraone nell’antico Egitto. Nella XVIII dinastia Amenofi IV – il faraone che cambiò poi il suo nome in Akhenaton – introdusse, per una quindicina d’anni, un rigido monoteismo incentrato sul dio Aton; un monoteismo che si poneva in forte contrasto con i sacerdoti di Tebe e con il tempio di Karnak, dedicato al dio Amon.

Il monoteismo di Akhenaton condannava l’adorazione di altri dei; era consentita l’adorazione di un solo dio: il dio Aton.

Furono distrutti i templi e le immagini del complesso pantheon egizio; vennero proibiti sacrifici, riti e credenze associati alla religione precedente, che oggi chiameremmo politeista, e fu proibita ogni credenza nella magia e negli incantesimi. Il dio universale Aton diventava, obbligatoriamente, il centro della religiosità egizia. Alla morte di Akhenaton, il faraone eretico che aveva fatto spostare la capitale del suo regno ad Amarna (oggi Tellel-Amarna), la sua *damnatio* fu totale e il suo nome venne cancellato dalla sequenza dei faraoni.

Freud immagina che Mosè fosse un fedele seguace di Akhenaton e che si ponesse in aperto contrasto con il declino e la *damnatio* del faraone monoteista, voluta dai sacerdoti che intendevano ripristinare il pantheon egizio tradizionale. Mosè, quindi, si mise a capo del popolo ebraico e fuggì dal paese che aveva rinnegato il monoteismo, con l’obiettivo di far rivivere la credenza in un solo dio, presso il popolo ebraico; quel popolo che condusse – attraverso il deserto – verso la terra promessa. Mosè, in altri termini, utilizzò il popolo ebraico per farne il depositario della religione monoteista e per dare continuità all’esperienza di Akhenaton. Freud, seguendo gli studi di Ernst Sellin, in particolare gli studi concernenti i testi del profeta Osea, afferma che Mosè perì di morte violenta: fu ucciso dallo stesso popolo ebraico, nel corso di una sommossa ove il popolo intendeva opporsi al rigido monoteismo imposto dallo stesso Mosè e ripristinare l’adorazione idolatra (episodio biblico del vitello d’oro).

L’uccisione di Mosè da parte del “suo” popolo è importante per Freud, che può così ricostruire nella vicenda mosaica quanto egli aveva affermato in *Totem e tabù* a proposito dell’orda primitiva: uccisione del padre, da parte dei figli altrimenti sottomessi, ricostruzione della cultura paterna sulla base del senso di colpa e dell’identificazione col padre, conseguente al pasto totémico, inizio del processo religioso con la rinuncia pulsionale (tabù dell’incesto – proibizione di mangiare le carni dell’animale totémico) e la fratellanza religiosa.

Mosè guida, nell’esodo, il popolo ebraico attraverso il deserto – nella fuga dalla schiavitù egizia – e lo conduce alla terra promessa sotto l’egida del dio unico; Mosè, in sintesi, avvia il popolo ebraico al monoteismo.

È questo un importante apporto “politico” di Freud alla psicoanalisi. Con *L’uomo Mosè e la religione monoteista* Freud propone un’interpretazione psicoanalitica del monoteismo, che ricalca l’origine della religione, come era stata descritta in *Totem e tabù*. Freud pone anche le basi per una comprensione del monoteismo cristiano. Vediamo le sue parole in proposito:

Si direbbe che un crescente senso di colpa s’impadronì del popolo ebraico, e forse dell’intero mondo civile di allora, precorrendo il ritorno del materiale rimosso. Da ultimo, un uomo venuto da questo

popolo ebraico, prendendo a giustificare un agitatore politico – religioso, fornì l'occasione che provocò il distacco di una nuova religione, quella cristiana, dall'ebraismo. Paolo, un ebreo romano di Tarso, recuperò questo senso di colpa riconducendolo correttamente alla sua prima fonte storica. Chiamò questa il "peccato originale": si trattava di un peccato contro Dio, che solo con la morte poteva essere espiato. Con il peccato originale, la morte venne al mondo. In effetti questo delitto meritevole di morte era stato l'uccisione del padre primigenio, successivamente deificato. Ma non si ricordava l'assassinio, si fantasticava piuttosto la sua espiazione e perciò questo fantasma poteva essere salutato come messaggio di redenzione (vangelo). Un figlio di Dio si era fatto uccidere innocente e così facendo aveva preso su di sé la colpa di tutti. Doveva trattarsi di un figlio, essendo stata compiuta l'uccisione del padre. Verosimilmente tradizioni orientali e misteri greci avevano concorso nel dare compiutezza al fantasma di redenzione. Sembra essenziale in esso il contributo di Paolo. Era un uomo dotato di un vero e proprio talento religioso; nella sua anima stavano in agguato oscure tracce del passato, pronte a irrompere in regioni più coscienti.

[...]

Il "redentore" non poteva essere altri che il primo colpevole, il caporione della banda dei fratelli che avevano sopraffatto il padre. A mio giudizio bisogna lasciare indecisa la questione se ci fu o no questo ribelle principale e caporione. È possibilissimo, ma bisogna considerare in alternativa che ciascuno nella banda dei fratelli aveva certamente il desiderio di commettere lui solo il misfatto, creando così a se stesso una posizione eccezionale e un compenso per l'identificazione paterna che si stemperava nella collettività e alla quale perciò bisognava rinunciare. Pertanto, se non vi fu tal condottiero, Cristo è l'erede di una fantasia di desiderio rimasta inappagata; se vi fu, Cristo ne è il successore e la reincarnazione. Comunque sia, fantasia o ritorno di una realtà dimenticata, in questo punto va ritrovata l'origine della rappresentazione dell'eroe: l'eroe che sempre si ribella al padre e in qualche forma lo uccide (1934-38/1979, pp. 408-409).

Anche per la religione islamica, Freud riconduce la sua fondazione alle premesse ora ricordate per l'ebraismo e il cristianesimo:

[...] il caso della fondazione della religione maomettana gli (all'autore) pare, quasi, una ripetizione abbreviata di quella ebraica, imitando la quale essa entrò in scena. Sembra anzi che il Profeta avesse originariamente l'intenzione di accettare pienamente per sé e per il suo popolo il giudaismo. L'aver ritrovato l'unico grande padre primigenio conferì agli Arabi una sicurezza straordinariamente elevata di sé, che li condusse a grandi successi terreni nei quali però tale sicurezza si esaurì. Allah si mostrò molto più grato al suo popolo eletto che non, in altro tempo, Yahweh al suo. Ma l'evoluzione interna della nuova religione si arrestò presto, forse perché mancò dell'approfondimento provocato, nel caso degli Ebrei, dall'aver ucciso il fondatore della loro religione (pp. 413-414).

Il mio contributo vuole rispondere, sia pur con proposte provvisorie, a due interrogativi.

Il primo concerne il senso "politico" del lavoro freudiano.

Il secondo interrogativo riguarda ipotesi circa la reticenza di Freud alla pubblicazione del suo contributo su Mosè e l'interesse, quasi ossessivo, per la figura di Mosè; ossessione che ha accompagnato il fondatore della psicoanalisi per tutta la sua vita.

Il monoteismo e la sua valenza politica

Per quanto concerne il primo interrogativo, Freud propone una profonda riflessione critica sul monoteismo e, più in generale, sulla religione e il senso emozionale che la religione riveste, per il sistema sociale. Già in *Totem e tabù*, Freud aveva ricondotto la fondazione religiosa al processo dinamico, guidato dal sentimento di colpa seguito all'uccisione del padre da parte della fratria, individuato entro l'orda primitiva; quindi, alla necessità di fondare un sistema sociale idealizzante la figura del padre ucciso, incorporato e al quale ci si era identificati, al fine di regolare l'aggressività e la rivalità conseguente alla liberazione dalla figura dispotica del padre stesso.

Con *L'uomo Mosè* Freud aggiunge qualcosa di molto importante e specifico: il popolo ebraico sotto la guida, per certi versi dispotica e costrittiva, di Mosè aderì non tanto alla religione totemica e alle sue varianti naturalistiche, bensì alla religione monoteista; una religione importante non solo per essere fondata sulla credenza in un “solo” dio, quanto per ciò che esprime il primo comandamento: “non avrai altro Dio al di fuori di me”.

L'esclusività del Dio monoteista, come afferma Assmann (2003/2011), comporta conseguenze di vasta portata per il sistema sociale e per le relazioni tra le sue differenti componenti.

Vediamo Assmann:

Per caratterizzare il nucleo di questa svolta, utilizzo il concetto di “distinzione mosaica”. La sua componente fondamentale non è, a mio giudizio, la distinzione tra l'unico Dio e la pluralità degli dei, bensì quella tra vero e falso in ambito religioso, tra il vero Dio e i falsi dei, tra la vera dottrina e le false dottrine, ossia tra il sapere e l'ignoranza, tra il credere e la miscredenza (p. 15).

E ancora, a proposito delle religioni monoteiste, ebraismo, cristianesimo e islam:

Queste religioni, e soltanto queste, hanno contemporaneamente una verità da annunciare e un avversario da combattere. Esse soltanto parlano di eretici e pagani, di false dottrine, di sette, di superstizione, idolatria, magia, ignoranza, miscredenza, eresia, e questo, lungo tutta la schiera dei concetti con cui designano, come manifestazioni della non-verità, ciò che denunciano, perseguitano ed escludono (p. 17).

Come si vede, l'introduzione della religione monoteista, fondata sulla distinzione mosaica, comporta conseguenze di grande rilievo sul piano sociale. L'elitarismo giudaico, il proclamarsi e il viverci degli Ebrei, quale popolo eletto di Dio, sono la prima e più importante conseguenza per il popolo ebraico, ma anche per l'intero contesto sociale di quei tempi: il popolo ebraico si vive come diverso e superiore agli altri popoli, non potrà mai confondersi con gli “altri” e perdere così la propria specificità e la propria superiorità. Il monoteismo sembra comportare una sorta di cultura razzista, ove si afferma un rapporto di superiorità e d'inferiorità entro il sistema sociale.

Ciò comporta, e questo è il vero tema trattato da Freud ne *L'uomo Mosè*, una profonda avversione evocata, dagli ebrei, in tutti i popoli che si debbono confrontare con il loro elitarismo. Comporta anche, per dirla con Assmann, il comandamento cristiano al “proselitismo” e il comandamento islamico “all'assoggettamento” dell'altro. Il monoteismo, in altre parole, comporta un principio di esclusione dell'altro, dell'altro che si vive come non aderente alla fede nel vero Dio; comporta, quindi, la più profonda e vincolante radice della violenza, non solo religiosa ma politica, sociale, razziale, geografica o storica in tutte le sue declinazioni.

Ricordiamo al proposito quanto dice Assmann (2011/2015 originale?) nella premessa al suo volumetto *Il Dio totale*:

La religione non dovrebbe avere nulla a che fare con la violenza, essendo l'unico potere sufficientemente forte per dominare la violenza e diffondere la pace, l'intesa, la giustizia. Tuttavia nel corso della storia, e fino ai giorni nostri, si è ripetutamente perpetrata violenza in nome della religione. Da dove viene questa violenza che non ha nulla a che vedere con la religione? Con queste riflessioni vorrei contribuire a scoprire le sue sorgenti e, in qualche modo, arrestarle.

Credo che una sorgente importante, forse decisiva, della violenza sia la forza polarizzante della religione, cioè la sua tendenza a distinguere l'umanità in cristiani e pagani, giudei e gentili, credenti e non credenti, indù e musulmani, cattolici e protestanti, sunniti e sciiti, ortodossi ed eretici. Proprio queste distinzioni e polarizzazioni interne alla religione sono spesso collegate con la violenza. Nel mio libro *Mosè l'egizio. Decifrazione di una traccia di memoria* ho ricondotto quest'energia polarizzante alla distinzione tra vero e falso, una distinzione introdotta per la prima volta in campo religioso da quel tipo particolare di religione che è il monoteismo. Ma questo non basta quando si tratta della violenza. Che cosa avrebbe a che fare la verità con la violenza? In questo caso si tratta di una distinzione del tutto diversa: di quella distinzione tra amico e nemico, attraverso la quale Carl Schmitt, il famoso-famigerato filosofo del diritto ha definito il concetto di politico. Pur non concordando sulla

sua concezione di politico, per la cui determinazione non basta la semplice distinzione tra amico e nemico, ritengo che una tale distinzione sia assolutamente appropriata per la questione della violenza (pp. 5-7).

La distinzione vero-falso, se coerente con la fede monoteista, si trasforma *necessariamente* nella distinzione amico-nemico. Ciò comporta, per dirla con Fornari, la simbolizzazione obbligatoriamente pericolosa del nemico, secondo l'equazione: *mors tua/vita mea; mors mea/vita tua*. Di qui la necessità di combattere il nemico, quindi la violenza. Le distinzioni ricordate da Assmann, quali indù – musulmani, cristiani – pagani o sunniti – sciiti evocano eccidi, guerre, genocidi lungo tutta la storia dell'umanità, sino ai giorni nostri.

La contrapposizione tra monoteismo e politeismo è un costrutto comprensibile solo entro la cultura monoteista. Le persone o i popoli che costruiscono più dei, nella loro relazione con il mondo, con la natura e i suoi fenomeni, non si pensano “politeisti”. La costruzione di molti dei può assurgere a politeismo solo nel confronto con la religione che propone il solo e vero Dio.

Seguiamo ancora Assmann in proposito:

Un pantheon si articola dunque come una teologia cosmica, politica e mitica, ed è solo in quanto discorso sul cosmo, sugli ordinamenti sociali e culturali e sui destini mitici che il divino può attingere il piano del linguaggio.

È a questa teologia che si oppone il monoteismo. Ne va della pluralità, certo, ma è determinante non il principio numerico della pluralità, bensì *la non distinzione tra Dio e il mondo*², di cui la pluralità è necessariamente conseguenza. Il divino è iscritto nel mondo nelle tre dimensioni costituite da natura, Stato e mito. Il politeismo è cosmoteismo. Il divino non si lascia disgiungere dal mondo. Ma è proprio tale disgiunzione a contare per il monoteismo. Qui il divino si emancipa dal suo intreccio simbiotico con il cosmo, la società e il fato, e si contrappone al mondo come entità autonoma. Nello stesso tempo anche l'uomo si emancipa dal suo rapporto simbiotico con il mondo e, nella relazione con il dio unico – esterno al mondo ma a esso aperto – diventa un individuo autonomo, o meglio teonomo. Fra tutte le conseguenze psicostoriche del monoteismo, questa è la principale. Nella sua accezione religiosa la parola “libertà” non significa altro che questo. Il monoteismo non riguarda solo l'immagine di Dio, ma anche quella dell'uomo (2011/2015, p. 59).

Il monoteismo implica il passaggio dal mondo al “libro” e alla rivelazione scritta nel libro stesso: Bibbia, vangeli, Corano.

Il monoteismo è assoluto: tutto ciò che non si riconosce nella fede rivolta all'unico Dio, è considerato come paganesimo. Un paganesimo che, per quanto concerne la religione cristiana ad esempio, è stato duro a morire, a scomparire. Una lotta, quella tra paganesimo e cristianesimo che, contrariamente a quanto usualmente si pensa, è durata più di mille anni, e forse dura tuttora. Basti ricordare la recentissima abolizione di santi come san Giorgio, la cui radice nel mito aveva un chiaro sentore di idolatria³.

Il monoteismo implica una rivelazione, una manifestazione diretta di Dio all'uomo, attraverso la parola scritta. Il “libro” si sostituisce al rapporto diretto tra l'uomo e il mondo, il contesto, la realtà sensibile e condivisa. Il libro richiede una mediazione tra ciò che è stato rivelato e i fedeli: i sacerdoti sono gli interpreti, i traduttori, la funzione che spiega la parola rivelata a chi, senza tale esegesi, non capirebbe; sono anche i custodi del libro, del verbo rivelato, non solo i suoi esegeti.

Alla base del monoteismo c'è l'intransigenza che separa; c'è la drastica divisione tra credenti e miscredenti. Alla base del cosiddetto politeismo troviamo, di contro, l'integrazione delle differenze, la tolleranza e l'interesse a conoscere. Il monoteismo comporta una spiritualità astratta, fondata sulla contraddizione propria della “fede”; ciò che Freud ricorda quale *credo quia absurdum*. Credo, non solo “nonostante” sia assurdo, ma proprio “perché” è assurdo. Freud ricorda come questa fede sia il derivato di un'idealizzazione della figura del padre, ucciso, conseguente al sentimento di colpa. Il monoteismo è il derivato diretto o indiretto del sentimento di colpa.

Quel sentimento di colpa che discende dall'uccisione del padre, da parte dei figli.

²Corsivo dell'autore.

³ Si veda in proposito: Carli & Paniccchia, 2011.

Freud ne fa un racconto storico, sostenendo che tracce di questa “storia” primigenia si sono conservate non solo nella memoria della tradizione, tramandata “di padre in figlio” (sarebbe ironico affidare la storia dell’uccisione del padre, da parte dei figli, alla memoria tramandata di padre in figlio), ma alla trasmissione genetica; una sorta di prolusione alla più recente trasmissione transgenerazionale, ad esempio dello stile d’attaccamento.

Penso che il problema della morte, la morte del padre che precede inesorabilmente quella dei figli, la morte che è inevitabile e che confronta con l’impotenza di tutti gli anziani di fronte al morire, possa essere importante, forse più della psicostoria che ci parla dell’orda primitiva e dell’uccisione del padre.

Non c’è bisogno di uccidere il padre, basta aspettare.

Per il resto, tutto funziona. Identificazione, idealizzazione, sostituzione della figura del padre con l’animale che lo simbolizza, pasto totemico, incorporazione. Ma, anche, contratto sociale tra i figli, rinuncia pulsionale, proibizioni quali l’incesto, la raffigurazione del padre in immagini, facilmente sconfinanti con l’idolatria idealizzante e ingannevole, il tempo, la crescita dei figli e delle figlie, l’invecchiamento dei padri e delle madri, l’impotenza di fronte alla morte che denuncia esplicitamente l’idealizzazione della forza paterna o materna, la successione generazionale, tutto questo sembra aver motivato la deificazione di un essere immortale, onnipotente, sottratto all’impotenza derivante dallo scorrere del tempo.

Riandiamo per un attimo al catechismo della dottrina cristiana, il catechismo detto di San Pio X.

1. Chi ci ha creato? *Ci ha creato Dio.*
2. Chi è Dio? *Dio è l'Essere perfettissimo, Creatore e Signore del cielo e della terra.*
3. Che significa “perfettissimo”? *Perfettissimo significa che in Dio è ogni perfezione, senza difetto e senza limiti, ossia che Egli è potenza, sapienza e bontà infinita.*
4. Che significa “Creatore”? *Creatore significa che Dio ha fatto dal nulla tutte le cose.*
5. Che significa “Signore”? *Signore significa che Dio è padrone assoluto di tutte le cose.*
6. Dio ha corpo come noi? *Dio non ha corpo, ma è purissimo spirito.*
7. Dov'è Dio? *Dio è in cielo, in terra e in ogni luogo. Egli è l'Immenso.*
8. Dio è sempre stato? *Dio è sempre stato e sempre sarà. Egli è l'Eterno.*
9. Dio sa tutto? *Dio sa tutto, anche i nostri pensieri. Egli è l'Onnisciente.*
10. Dio può far tutto? *Dio può far tutto ciò che vuole. Egli è l'Onnipotente.*
11. Dio può fare anche il male? *Dio non può fare il male, perché non può volerlo, essendo bontà infinita; ma lo tollera per lasciar libere le creature, sapendo poi ricavare il bene anche dal male.*
- [...]
19. Dio è uno solo? *Dio è uno solo, ma in tre Persone uguali e distinte, che sono la santissima Trinità.*
20. Come si chiamano le tre Persone della santissima Trinità? *Le tre Persone della santissima Trinità si chiamano Padre, Figlio e Spirito Santo.*
21. Delle tre Persone della santissima Trinità, chi si è incarnata e fatta uomo? *Delle tre Persone della santissima Trinità si è incarnata e fatta uomo la seconda, cioè il Figlio.*
22. Come si chiama il Figlio di Dio fatto uomo? *Il Figlio di Dio fatto uomo si chiama Gesù Cristo.*
23. Chi è Gesù Cristo? *Gesù Cristo è la seconda Persona della santissima Trinità, cioè il Figlio di Dio fatto uomo.*
24. Gesù Cristo è Dio e uomo? *Sì, Gesù Cristo è vero Dio e vero uomo.*
25. Perché il Figlio di Dio si fece uomo? *Il Figlio di Dio si fece uomo per salvarci, cioè per redimerci dal peccato e riacquistarci il paradiso.*

Si prefigura un padre onnipotente e immortale, che si sottrae all’impotenza e alla morte; la morte del Figlio è voluta, entro un immolarsi volto alla redenzione dal peccato della morte impotente del padre.

Freud parla di un padre onnipotente che è odiato e viene ucciso dai figli. Parla, quindi, di un evento “reale”. Un evento che, però, pone il padre e i figli al di fuori del tempo. Ricorda anche che, da morto, il padre appare

– è vissuto – come più forte di quando era vivo. Alla base della ricostruzione freudiana c'è l'odio dei figli per il potere del padre e per la sua egemonia, escludente i figli dalla conduzione del gruppo sociale che viene denominato quale "orda".

Se poniamo l'identificazione al padre "prima" della sua "uccisione", se facciamo del padre, potente, un modello identificatorio onnipotente, possiamo ipotizzare che a reggere la vicenda della relazione tra padre e figli non sia tanto l'odio per il padre, quanto "l'impotenza" a evitare l'invecchiamento e la morte del padre stesso. La morte del padre diviene così un'"uccisione", proprio perché non si è riusciti a evitarne la morte; il lutto concerne non tanto la colpa, quanto il sentimento di impotenza. Si prova colpa per non essere onnipotenti, si prova colpa per la propria impotenza. Si può cogliere, allora, l'implicita dinamica onnipotente di chi impone la propria "colpa" agli altri, coinvolgendoli in un turbamento emozionale irrefrenabile che, nel suo implacabile catturare l'altro in modo angosciante, mostra la sua dinamica motivazionale onnipotente. Penso non ci sia alcuna persona che si pretende onnipotente, più di chi coinvolge l'altro entro la sua angoscia di colpa.

Freud sembra "aver bisogno" dell'uccisione del padre nell'orda primitiva, dell'uccisione di Mosè, da parte del popolo ebraico, in qualche modo confondendo fatti e vissuti. Nell'ipotesi che, prima di ogni contratto sociale, volto a limitare e controllare l'aggressività, quest'ultima possa essere agita in modo esplicito e violento. Penso che, senza la proibizione del tabù, senza il patto sociale che vieta la violenza che arreca morte all'altro (non uccidere), sia difficile ipotizzare agiti omicidi. In particolare omicidi del padre. È difficile ipotizzare una condizione "primitiva" ove non siano efficaci limiti e vincoli alla vita sociale. *Homo hominis lupus* presuppone uno "stato di natura" che precede la civilizzazione; quella civilizzazione ove il sistema sociale è retto da leggi, norme e sistemi di controllo.

Possiamo chiederci: cos'è lo stato di natura? Esiste lo stato di natura? Questa ipotesi, anche alla luce della proposta darwiniana, appare poco probabile.

Penso che la vicenda psicodinamica che porta all'origine della religione, del monoteismo in particolare, abbia più a che vedere con l'impotenza che con l'aggressività. Uscire dalla fantasia d'impotenza significa accettare i limiti, agire quel potere limitato del quale l'uomo è dotato, e vivere tale potere entro le limitazioni del tempo e dello spazio. Guardiamo al mito del paradiso terrestre, molto istruttivo al proposito. Quel mito che Freud liquida, drasticamente, quale rappresentazione narrativa dell'uccisione del padre; ma che, alla luce di quanto stiamo vedendo, acquista un senso ben diverso.

Rileggiamo alcuni versetti del terzo capitolo della Genesi (Il peccato originale):

Il serpente era la più astuta di tutte le bestie selvatiche che Javhe Dio aveva fatto, e disse alla donna: "Davvero Dio ha detto: 'Non dovete mangiare di nessun albero del giardino?'". Rispose la donna al serpente: "Noi possiamo mangiare dei frutti degli alberi del giardino, ma quanto al frutto dell'albero che sta in mezzo al giardino, Dio ha detto: 'Non ne dovete mangiare e non lo dovete toccare, affinché non abbiate a morire'".

Ma il serpente disse alla donna: "No, non morirete! Anzi Dio sa che nel giorno in cui ne mangerete, si apriranno i vostri occhi e diventerete come Dio, conoscitori del bene e del male".

Allora la donna vide che l'albero era buono da mangiare, che era una delizia per gli occhi e che quell'albero era attraente per avere intelligenza; perciò prese del suo frutto e ne mangiò; poi ne diede anche al marito che era con lei ed egli ne mangiò. Si aprirono allora gli occhi di ambedue e *seppero di essere nudi*⁴; cucirono foglie di fico e se ne fecero cinture (Gen. 3:1-7).

E Javhe Dio lo mandò via dal giardino dell'Eden affinché lavorasse la terra dalla quale era stato tratto. Cacciò l'uomo e, a oriente del giardino dell'Eden, fece dimorare i Cherubini e la fiamma della spada folgorante, per custodire la via dell'albero della vita (Gen. 3:23-24).

I figli, creati dal padre, sono tenuti in uno stato infantile di beatitudine, con un unico limite: non debbono diventare adulti, non debbono conoscere la sessualità, con i suoi limiti naturali e con il piacere che il suo vissuto comporta. La condizione infantile non comporta alcuna "fatica", alcun dolore in questa

⁴ Corsivo dell'autore.

rappresentazione idilliaca, paradisiaca (ad litteram!), sotto la protezione del padre. Finché i bambini rimangono bambini, il padre non invecchia, si sottrae al tempo e alla morte. Quando i bambini crescono, essi abbandonano la casa del padre e si debbono confrontare con i limiti e i problemi della vita “terrena”: la donna “partorirà con dolore” e l’uomo “si guadagnerà il pane con il sudore della sua fronte”. La vita adulta. Non è l’uccisione del padre, quindi, quanto invece l’allontanamento dalla casa paterna, il crescere e il diventare adulti, che porta all’esperienza terrena. Adamo e Eva si “conoscono”, riconoscono la propria identità sessuale e iscrivono nel tempo la propria esperienza. Divengono, così, essi stessi genitori. Ciò comporta la separazione tra il padre terreno che, con il diventare adulti dei figli, invecchia e muore; e il padre eterno, che conserva con sé e per sé l’albero della vita “eterna”, sottraendosi alla morte. La divinizzazione del padre, quindi la genesi della religione, comporta un sottrarsi al tempo, di conseguenza alla morte, non all’uccisione di Dio padre. Questa separazione consente di accettare la morte del padre e l’impotenza a essa associata, con l’idealizzazione del padre eterno e onnipotente. Un dio che, nella sua differenza dall’uomo, pone limiti. In particolare, pone limiti di spazio e di tempo. Il dio limitante è il dio monoteista.

Freud, Mosè, gli ebrei e gli psicoanalisti

Passiamo così alla seconda parte di questo contributo sul monoteismo.

Una seconda parte ove l’interrogativo ruota attorno al tema della fascinazione esercitata dalla figura di Mosè su Sigmund Freud. Una fascinazione che porta Freud a scrivere il lavoro sul Mosè di Michelangelo (1913/1979), sito a san Pietro in vincoli, e che rende così reticente Freud stesso all’idea di pubblicare *L’uomo Mosè*.

Perché tutto questo?

Freud scrive il lavoro del quale stiamo discutendo, con l’intento di ripresentare quanto aveva già sostenuto in *Totem e tabù* circa l’origine della religione. Ma, nella terza parte del lavoro in analisi, l’obiettivo si sposta palesemente: scopo del lavoro diventa, sempre più esplicitamente, quello di descrivere le caratteristiche del popolo ebraico e la genesi dell’odio che gli ebrei hanno saputo suscitare, nei confronti di se stessi, nel corso dei secoli.

Freud, d’altro canto, lascia intendere chiaramente che il suo turbamento per la figura di Mosè è collegabile a una sua implicazione identificatoria con Mosè. Nell’avvertenza editoriale del *Mosè di Michelangelo* si legge, in proposito:

La figura di Mosè, quale risulta dalla tradizione biblica, esercitò sempre su Freud un grande fascino. Alla fine della sua vita dedicò ai problemi suscitati da tale figura l’ultimo dei suoi libri, *Mosè e il monoteismo: tre saggi* (1934-38). L’interesse di Freud per Mosè ha il suo fondamento, secondo Jones (*Vita e opere di Freud*, trad. it. Il Saggiatore, Milano 1962, vol. 2, pag. 439), in una duplice identificazione. Da un lato Mosè rappresentò per lui la tipica figura paterna (vedi oltre p. 301 dove Freud racconta come nelle due visite a San Pietro in Vincoli per contemplare la statua michelangiolesca, gli fosse capitato ‘di cercar di tener testa allo sguardo corrucciato e sprezzante dell’eroe qualche volta di essersela poi svignata ‘quatto quatto nella penombra’ della chiesa); dall’altro rappresentava se stesso: nell’infanzia segnata da una predestinazione, nell’assunzione di funzioni di profeta e guida, nel tradimento dei seguaci, nella convinzione di non riuscire a condurre i suoi alla meta della terra promessa e di dover lasciare ad altri il compito di portare a termine la propria impresa (p. 295).

Anche la pubblicazione de *Il Mosè di Michelangelo*, come quella de *L’uomo Mosè* è attraversata da incertezze, reticenze, problemi. Freud, in un primo momento, non pensa di pubblicare il saggio; poi lo pubblica senza firma; poi, su insistenza di alcuni allievi, lo ripubblica firmato.

Freud si identifica in Mosè. Ma che vuol dire questo? Vede in Mosè una figura paterna. Ma che significa tutto questo? Non basta parlare di identificazione, indicare la figura con cui ci si identifica, per cogliere il senso del processo di identificazione. Freud si identifica con Mosè: ecco un’affermazione che aggiunge poco

alla complessa relazione che il fondatore della psicoanalisi intrattiene con il padre del monoteismo ebraico, quindi con la fondazione del popolo ebraico stesso.

Approfondendo il tema, penso che la più rilevante dinamica identificatoria – nel rapporto tra Freud e Mosè – sia quella tra il popolo ebraico e il popolo degli psicoanalisti.

Rileggiamo alcune citazioni da *L'uomo Mosè*. Teniamo però a mente l'ipotesi circa l'identificazione, nel vissuto freudiano, tra gli ebrei e gli psicoanalisti, del tempo di Freud come del tempo attuale. Alla fine, sono passati "solo" poco più di settant'anni.

Il povero popolo ebraico, che continuò con la solita ostinazione a rinnegare l'uccisione del padre, nel corso dei secoli ha espiato gravemente per questo. Non si è cessato di rinfacciargli: "Hai ucciso il nostro Dio". Rimprovero corretto, se lo si traduce correttamente. Riferito alla storia delle religioni esso suona: "Non volete ammettere di aver ucciso Dio (l'immagine originaria di Dio, il padre primigenio e le sue successive reincarnazioni)." Ci vorrebbe una dichiarazione aggiuntiva: "Certo, noi [cristiani] abbiamo fatto lo stesso, ma lo abbiamo ammesso e da allora siamo stati assolti." Non tutti i rimproveri con cui l'antisemitismo perseguita i discendenti del popolo ebraico possono richiamarsi a una giustificazione analoga. Un fenomeno di intensità e durata come l'odio dei popoli per gli Ebrei, deve avere naturalmente più di un fondamento.

[...]

Assolutamente imperdonabili appaiono però due altre particolarità degli Ebrei. Innanzitutto il fatto che per certi aspetti sono diversi dai popoli che li ospitano. Non fundamentalmente diversi, poiché non sono asiatici di razza straniera, come i nemici asseriscono, ma perlopiù un misto di resti di popoli mediterranei ed eredi della civiltà mediterranea. Eppure sono differenti, spesso indefinibilmente differenti dai popoli nordici, soprattutto, e l'intolleranza delle masse si esprime stranamente di più contro piccole distinzioni che contro differenze fondamentali. Il secondo punto si fa sentire ancora di più, ed è il fatto che essi tengono testa ad ogni oppressione, che alle più crudeli persecuzioni non è riuscito di sterminarli, e anzi che mostrano di avere la capacità di affermarsi nel commercio e, laddove sia loro consentito, di dare validi contributi in ogni campo della civiltà (1934-38/1979, pp. 411- 412).

Come è noto, di tutti i popoli che nell'antichità hanno abitato intorno al bacino mediterraneo, il popolo ebraico è all'incirca l'unico che esista ancora oggi di nome e anche in sostanza. Esso ha affrontato sventure e vessazioni con una capacità di resistenza esemplare, ha sviluppato particolari lati del suo carattere e s'è guadagnato inoltre la cordiale avversione di tutti gli altri popoli. Vorremmo capire meglio donde venga questa vitalità degli Ebrei e come il loro carattere sia connesso col loro destino.

Partiamo da una caratteristica di questo popolo che domina il loro rapporto con gli altri. Non c'è dubbio che essi hanno un'opinione di sé particolarmente elevata, e si considerano distinti, superiori, sovrastanti gli altri, dai quali sono separati anche in molti dei loro costumi. Contemporaneamente, sono animati da una particolare fiducia nella vita, che deriva loro dal segreto possesso di un bene prezioso, una sorta di ottimismo: i devoti la chiamerebbero fede in Dio.

Conosciamo il fondamento di questa condotta e sappiamo qual è il loro segreto tesoro. Gli Ebrei si considerano veramente il popolo eletto da Dio, credono di essergli particolarmente vicini e questo li rende particolarmente fieri e sicuri.

[...]

Il corso della storia mondiale sembrò poi giustificare l'arroganza ebraica, poiché quando successivamente piacque a Dio di mandare all'umanità un Messia e un Redentore, esso fu scelto ancora una volta tra il popolo ebraico. Gli altri popoli avrebbero allora avuto motivo di dirsi: "Veramente avevano ragione, sono loro il popolo eletto da Dio" (pp. 424-425).

[...] non è avventato dire che l'uomo Mosè credè, lui, gli Ebrei (p. 426).

Non fu probabilmente facile per loro distinguere l'immagine dell'uomo Mosè da quella del suo Dio, e non si sbagliavano in ciò, giacché è possibile che Mosè avesse introdotto certi aspetti della sua persona, come l'irascibilità e l'inesorabilità, nel carattere del suo Dio (p. 429).

Prova di una particolare attitudine psichica, nella massa che divenne il popolo ebraico, è il fatto che essa poté suscitare tanti uomini pronti a prendere su di sé il carico della religione di Mosè, attratti dalla ricompensa di essere gli eletti e forse anche da altri premi di simile rango (p. 430).

[...]

Tutti questi progressi nella spiritualità hanno la conseguenza di aumentare la presunzione della persona, di renderla orgogliosa facendola sentire superiore a coloro che sono rimasti in balia della sensibilità. Sappiamo che Mosè trasmise agli Ebrei il sentimento esaltante di essere il popolo eletto; togliendo a Dio ogni materialità, il segreto tesoro del popolo si arricchì di una nuova preziosa gemma (p. 433).

Volevamo chiarire donde abbia origine il carattere peculiare del popolo ebraico, che verosimilmente ha reso anche possibile la sua sopravvivenza fino al giorno d'oggi. Abbiamo trovato che l'uomo Mosè impresse questo carattere negli Ebrei dotandoli di una religione che accrebbe la loro presunzione, al punto che si crederono superiori a tutti gli altri popoli. Si conservarono dopo di allora tenendosi lontani dagli altri. Le mescolanze di sangue causarono poco turbamento, poiché ciò che li teneva uniti era un fattore ideale, il possesso comune di determinati beni intellettuali ed emotivi. La religione mosaica ebbe questo effetto perché: 1) fece sì che il popolo prendesse parte alla grandiosità insita in una nuova rappresentazione di Dio, 2) asserì che questo popolo era stato scelto da questo grande Dio ed era destinato a ricevere la testimonianza del suo particolare favore, 3) impose al popolo di progredire spiritualmente, e questo progresso di per sé solo già abbastanza importante, aprì per giunta la strada all'apprezzamento del lavoro intellettuale e a nuove rinunce pulsionali (pp. 440-441).

Forse apparirà chiaro il motivo di queste lunghe citazioni.

Torniamo a Mosè come al fantasma inquieto che perseguita Freud per tutta la vita.

È lecito ipotizzare – come abbiamo ricordato più sopra – che lo scopritore e il fondatore della psicoanalisi si sia identificato con l'uomo Mosè: anche Freud ha condotto la schiera degli psicoanalisti, agli esordi per la grandissima parte ebrei, fuori dalla schiavitù egizia; dalla schiavitù dell'organicismo, dalla schiavitù di un pensiero “razionale” che impediva di vedere l'origine delle nevrosi; ma, più profondamente, svelò la matrice emozionale della mente umana e l'origine della religione. Freud, come Mosè, conferisce ai suoi seguaci una nuova religione monoteista, quella fondata sul *credo quia absurdum* del modo d'essere inconscio della mente.

Freud, d'altro canto, parla del popolo ebraico negli stessi termini che sembrano caratterizzare gli psicoanalisti, sin dalle origini: *superbia* altezzosa e *persecuzione*. Da un lato gli psicoanalisti si sono percepiti e vissuti, da sempre, come il popolo eletto; un popolo caratterizzato da un'elevata spiritualità dovuta al ritrarsi dal mondo sensibile, per accedere a una visione non materiale e organicista del funzionamento mentale; dall'altro si sono vissuti anche come una minoranza medica che tradiva la materialità, *evidence based* diremmo oggi, della medicina tradizionale per focalizzare la propria attenzione e la propria intelligenza su dimensioni, indizi, tracce rinvenibili nelle parole, nella relazione, nella dinamica culturale. Fornari soleva dire che la psicoanalisi è una cosa di parole.

Si può cogliere, in *L'uomo Mosè* una sorta di auspicio o di pressante invito freudiano, nei confronti degli psicoanalisti: non mescolatevi con gli altri popoli, conservate la vostra specificità e la vostra superiorità, siatene orgogliosi.

Si può allora cogliere il valore “meta-politico” del lavoro freudiano che stiamo ripercorrendo. Freud formula – nel lavoro in analisi – un'indicazione di strategia politica, che rivolge implicitamente, ma chiaramente, agli psicoanalisti.

La psicoanalisi si diffonde nel mondo, ma nessuna corrente scientifica ha evocato reazioni di rifiuto e, per certi versi d'odio, come il gruppo psicoanalitico. Basti pensare come, in Italia, nessun ordinamento universitario abbia menzionato la psicoanalisi quale disciplina d'insegnamento, per lunghi anni. La foglia di fico della psicologia dinamica la dice lunga su questa sorta di *damnatio*, rivolta alla psicoanalisi.

La storia della complessa e ambigua vicenda del rapporto tra psicoanalisi e professione psicologica è un esempio, penso eloquente, di quanto sto proponendo. Gli psicoanalisti sono entrati, numerosi, nei corsi di laurea in psicologia, subito dopo la loro problematica fondazione. I fondatori dei corsi di laurea, tutti

psicologi sperimentalisti, non avevano alcuna ipotesi circa la “professione psicologica”, presi com'erano dalla valenza universitaria dell'operazione, dalla possibilità di moltiplicare le cattedre di psicologia e di assumere un grande potere entro il mondo accademico. Si diede inizio a un corso di laurea “professionalizzante”, senza alcuna idea, fondata, circa la professione che si voleva promuovere. Il corso di laurea ebbe un successo di iscrizioni senza precedenti, nella storia dell'università italiana: fin dal suo esordio, a Roma e a Padova, migliaia di nuovi iscritti affollarono le poche e sgangherate aule di psicologia. Perché questo successo? Fu da subito evidente che l'attrazione più forte ed esplicita, per i nuovi iscritti a psicologia, fosse la psicoterapia psicoanalitica. Un'attrazione dovuta all'interesse suscitato da una scienza poco conosciuta e culturalmente interessante; un interesse dovuto anche, e questa era forse la forza attrattiva maggiore, al desiderio di poter appartenere a un gruppo esclusivo, chiuso in se stesso, culturalmente elitario. Gli psicoanalisti accettarono con entusiasmo la proposta di insegnare all'università e di contribuire alla formazione dei futuri psicologi; molti dei docenti “psicoanalisti” si vivevano, infatti, come dei perseguitati dall'accademia psichiatrica tradizionale e vedevano nell'accesso alla psicologia accademica una compensazione alle frustrazioni subite nel recente passato. Il loro insegnamento, d'altro canto, fu per lo meno “originale”: insegnavano la complessa teoria psicoanalitica, comunicando ai loro studenti, nello stesso tempo, che mai avrebbero avuto accesso alla psicoanalisi; la potevano studiare “teoricamente”, ma solo pochi di loro, gli eletti, avrebbero avuto accesso al training psicoanalitico, via obbligata per praticare la vera psicoanalisi.

Al contempo, il gruppo psicoanalitico ingaggiò una lotta spietata contro la legge 56/89⁵, che voleva il riconoscimento delle scuole di psicoterapia, in particolare delle scuole di psicoanalisi non “ufficiali”, non appartenenti alla società internazionale di discendenza freudiana; gli psicoanalisti lottarono, anche, contro la pretesa degli psicologi di accedere all'ambito professionale psicoanalitico.

Il gruppo psicoanalitico, sino a qualche tempo prima emarginato e “perseguitato”, ritrovò nell'istituzione delle facoltà di psicologia, nel nostro paese, un pubblico entusiasta e ammiratore della psicoanalisi; al contempo, percepì anche una minaccia mortale all'esclusivismo elitario della psicoanalisi. Furono anni di tormenti interni al gruppo psicoanalitico e di forti conflitti pubblici, nel nostro Paese, ove quotidianamente si sottolineava il pericolo dello psicologo “selvaggio”, quello psicologo che intendeva praticare una psicoanalisi non ortodossa e dilettantesca, “sulla pelle dei pazienti”. Fu un'epoca, quella degli anni settanta e ottanta in Italia, ove apparse chiaramente la distinzione mosaica e la rigidità, spesso cieca, del monoteismo psicoanalitico: “non avrai altro Dio all'infuori di me”.

Dalle citazioni freudiane, se vale l'ipotesi dell'identificazione di Freud con Mosè e quindi con Dio, emerge con evidenza come il gruppo psicoanalitico mondiale, al pari del popolo ebraico, abbia mostrato una profonda e inesorabile chiusura su se stesso, interessato solo a proclamare e difendere la propria superiorità ortodossa, disinteressato alle vicende sociali, economiche, civili, culturali e politiche dei contesti entro i quali operava. La difesa, ad oltranza, degli aspetti formali del setting psicoanalitico, anche con la finzione e la mistificazione, ha avuto l'obiettivo di confermare, contro tutto e tutti, la rigida superiorità dello psicoanalista appartenente al gruppo degli eletti. La tendenza alla chiusura culturale e l'interesse centrato su se stessa, ha fatto della società psicoanalitica internazionale un sistema di scarsa partecipazione al dibattito culturale e sociale del secolo breve e degli albori del nuovo millennio.

Le opere di Freud non concernono solo la cura psicoanalitica e le sue condizioni tecniche. Freud spinge le conseguenze della sua teoria sulle emozioni e della dinamica mentale inconscia, entro temi e problemi che riguardano il potere, la struttura sociale, l'origine della religione e dell'assetto che il potere assume entro le nazioni, la guerra, la violenza. Sembra che gli psicoanalisti, salvo rarissime eccezioni peraltro mal viste dallo stesso movimento psicoanalitico, si siano tenuti ben distanti dal prendere parte al dibattito avviato da Freud, si siano proposti quale movimento “culturale” estraneo alla cultura del loro tempo, non abbiano partecipato, potremmo dire mai, al dibattito politico, economico, sociale che lo stesso Freud aveva avviato. Possiamo, a ragione, attribuire questa estraneità del movimento psicoanalitico al processo culturale, politico e sociale del proprio tempo, nella vita del movimento stesso che dura ormai da un secolo, al monoteismo psicoanalitico del quale stiamo parlando. Un monoteismo al quale aspirano anche altri ambiti della cultura e della scienza

⁵ Legge del 18 febbraio 1989: Ordinamento della professione di psicologo.

attuali: dallo scientismo, controllante e valutante in modo dittatoriale, al monoteismo americano che pretende di regolare i valori dell'ordine mondiale, dall'economia finanziaria alle categorie monoteiste con le quali si tende a leggere la convivenza nei suoi problematici aspetti.

I monoteismi pretendono un contesto dato e stabile; forse il ritorno alla natura e alla sua variabilità quotidiana, il ritorno all'esperienza del mondo e del rapporto con il mondo, il ritorno a una maggior curiosità per il reale, potranno restituirci quella laicità ironica che ci consenta una conoscenza iscritta nel tempo e nella variabilità.

Bibliografia

- Assmann, J. (2011). *La distinzione mosaica ovvero il prezzo del monoteismo* [The Mosaic distinction or the price of monotheism]. Milano: Adelphi (Original work published 2003).
- Assmann, J. (2015). *Il Dio totale: Origine e natura della violenza religiosa*. Bologna: Centro Editoriale Dehoniano (Original work published 2011).
- Carli, R., & Panizza, R.M. (2011). La stavkirke norvegese e lo spazio *anzi*: Continuità e discontinuità nella rappresentazione sociale e nel mito [The Norwegian stavkirke and lo spazio *anzi*: Continuity and change in social representation and myth traduzione inglese]. *Rivista di Psicologia clinica*, 2, 71-96. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Freud, S. (1979). *Il Mosè di Michelangelo* [Michelangelo's Moses]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 7, pp. 293-328). Torino: Boringhieri (Original work published 1913).
- Freud, S. (1979). *L'uomo Mosè e la religione monoteistica: Tre saggi* [Moses and Monotheism: Three Essays]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 11, pp. 349-453). Torino: Boringhieri (Original work published 1934-1938).
- Freud, S. (2003). *Totem e tabù* [Totem and Taboo]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 7, pp. 3-164). Torino: Boringhieri (Original work published 1912-1913).

On the normative possibilities in psychology and psychiatry

Gian Piero Turchi, Filippo Maria Sposini

Abstract

Considering an historical link it is possible to show how both the medical and the psychological eyes are directed to a clinical distinction between normality and pathology. By the medical side normality is conceived exclusively from an organic standpoint. By the psychiatric and psychological side instead, the issue becomes extremely more complex. Throughout history several theoretical options have been offered to face the problem. However, from the DSM-III onward, psychiatric nosology has abandoned all theoretical references and by doing so, it loses any theoretical support assuming an ambiguous common sense prospect. All the psychological and psychiatric difficulties in defining a condition of normality can be traced back to an epistemological obstacle that constrains any theoretical attempt to a cultural relativity.

Key words: norm; normality; pathology; mental disorder; epistemology; critics.

· Professor of Clinical psychology and Psychology of cultural differences at the Department of Philosophy, Sociology, Pedagogy and Applied Psychology (FISPPA). Università degli Studi di Padova. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it
· Department of Philosophy, Sociology, Pedagogy and Applied Psychology (FISPPA). Università degli Studi di Padova. E-mail: fsposin@gmail.com

Turchi, G.P., & Sposini, F.M. (2016). Sulle possibilità normative in psicologia e psichiatria [On the normative possibilities in psychology and psychiatry]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 24-40 doi: 10.14645/RPC.2016.2.640

Sulle possibilità normative in psicologia e psichiatria

*Gian Piero Turchi, Filippo Maria Sposini**

Abstract

In virtù di un legame storico è possibile mostrare come lo sguardo medico e psicologico sia accomunato da un interesse clinico volto alla distinzione tra norma e patologia. Se in ambito sanitario la questione della norma viene ingaggiata entro un versante squisitamente organico, dal lato psicologico-psichiatrico il problema diventa estremamente complesso. Nel corso della storia sono state presentate molteplici opzioni normative racchiuse in tre impostazioni principali ma a partire dal DSM-III, la nosografia psichiatrica abbandona i riferimenti teorici e così la norma si attesta nel senso comune. Le difficoltà conoscitive psicologico-psichiatriche in merito possono essere ricondotte ad un intrinseco impedimento fondativo che costringe qualsiasi tentativo teorico ad una relatività storico-culturale.

Parole chiave: norma; normalità; patologia; disturbo mentale; epistemologia; critica.

* Professore di Psicologia clinica e Psicologia delle differenze culturali presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), Università degli Studi di Padova. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it

** Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), Università degli Studi di Padova. E-mail: fsposin@gmail.com

Turchi, G.P., & Sposini, F.M. (2016). Sulle possibilità normative in psicologia e psichiatria [On the normative possibilities in psychology and psychiatry]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 24-40 doi: 10.14645/RPC.2016.2.640

Introduzione

Potremmo sostenere una banalità: la psicologia non è medicina così come la psichiatria non è né medicina né psicologia. È noto a chiunque come questi differenti domini del sapere cerchino di sostanziare e di sorreggere il proprio operato; un gruppo di professionisti scelti viene preparato, addestrato e considerato valido al fine di spendere il proprio patrimonio nei confronti di un'utenza che in un modo o nell'altro, si presenta all'uscio del servizio auspicando un sostegno. La residenza di questi saperi è sicuramente differente, le aspettative, anch'esse divergono; le strategie e le modalità di aiuto, anche loro non risultano comparabili. Eppure, nei fondali del discorso medico, psicologico e psichiatrico, giace silenziosamente un'opzione di conoscenza, uno stile di osservazione che accomuna nel profondo queste diramazioni disciplinari. Di fronte a tali professioni le indefinite possibilità biografiche si restringono costantemente arrivando ad una condizione limite. L'individualità muta agli occhi dell'operatore divenendo spazio conoscitivo: una superficie di elementi da raccogliere e incasellare minuziosamente. Il discorso dell'utente non cade nel vuoto. Esso viene accolto all'interno di una rete predisposta a catturare con quanta più precisione possibile gli elementi dell'aberrazione, disgiungendoli dalle quieti nozioni del comun vivere. L'armamentario impiegato dai tre ambiti operativi è certamente diverso ma la direzione che guida il conoscere e il praticare può essere ricondotta ad una stessa modalità. La vicinanza tra medico, psichiatra e psicologo non è dunque una prossimità fisica o materiale. L'incontro è da ricercarsi in una modalità d'osservazione, in uno sguardo storicamente costituito, che per il suo mandato e le sue necessità non può dirsi neutrale. Lo sguardo del medico, proprio come quello dell'operatore psicologico e psichiatrico, si offre come uno "sguardo normativo" orientato alla configurazione dell'oggetto di indagine secondo il binomio della norma e della patologia. Esso stabilisce una direzione da percorrere e accetta la distribuzione degli eventi secondo un solo ed unico ordine. Lo spaccato offerto dalla demarcazione tra norma e patologia si offre come vero e proprio "indicatore epistemologico", come impalcatura fondativa che rende possibile l'edificazione dell'intero discorso medico, psichiatrico e clinico (Chomsky & Foucault, 2006/2013). I problemi da porre, i quesiti cui rispondere, si accalcano con foga nell'affrontare una questione finale: il caso che si pone di fronte è nella norma o nella patologia? La risposta a questa domanda avrà una portata immensa. Il "discorso di verità" pronunciato da una parte potrà sovrascrivere con la forza del ruolo quanto offerto dall'altra, andando così a certificare la condizione attuale rendendola in un certo senso, "più reale", di quanto si potesse ritenere. Ed è qui che dobbiamo agganciarci. È proprio in questo spazio di valutazione che dobbiamo soffermarci il tempo necessario per portare avanti un'analisi dettagliata della conoscenza e degli strumenti. Per il credito riconosciuto a questa attribuzione di norma o di patologia – una possibilità che si può cogliere nelle parole del medico, dell'operatore psicologico, e di pochi altri – ci sentiamo obbligati ad un raffronto. Il problema che vogliamo porre non è tanto relativo al "cosa" risponde l'operatore; non ci interessiamo alle particolarità diagnostiche o alle differenziazioni sindromiche. Ciò che preme considerare riguarda il "come" e il "dove" l'operatore può fondare la sua valutazione. L'indagine che si vuole percorrere mira alle "possibilità normative": all'analisi dei fondamenti, della teoria e del metodo a disposizione. Solo in questo modo potremmo render conto delle circostanze che consentono la costruzione di una valutazione normativa che la comunità esige e richiede fondata.

In ambito sanitario, primigenio campo di normatività, l'impostazione odierna che guida la concezione della norma biologica si può facilmente rintracciare nei lavori del medico francese François Broussais. Nella prima metà dell'Ottocento, quando la medicina stava iniziando ad assaporare l'afflato della civiltà come sapere necessario e imprescindibile, il clinico positivista propose di intendere il controverso rapporto tra *physis* e *pathos* come un continuum lineare di singoli segmenti organici alle cui estremità si opponevano una condizione sana e una condizione patologica. In questo modo, si prospettava la possibilità di poter intendere la differenza in modo esclusivamente numerico, facendo riferimento all'emergente disciplina statistica che con i suoi calcoli avrebbe consentito di ottenere dei precisi intervalli numerici rispetto a singole sezioni metaboliche (Canguilhem, 1966/1998). Tali parametri, con le possibilità operative che mettevano a disposizione, sarebbero diventati indispensabili per qualsiasi intento diagnostico. In linea con il dettato di Broussais, la clinica contemporanea dispone di raffinate possibilità normative offerte dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla genetica e così, la questione della norma viene prontamente ingaggiata entro un versante squisitamente organico e statistico (Dianzani, 1991). In medicina è chiaro a cosa ci si riferisce quando si parla di patologia e di norma, quando si usano le locuzioni "ipo" e "iper" per indicare le variazioni di un ente o di un flusso, quando, dove, ed entro che limiti è possibile stabilire questa non facile differenziazione (Larizza & Furbetta, 1987).

Volendo indagare il rapporto tra normalità e patologia volgendoci in ambito psicologico riscontreremmo delle criticità immediate. Psichiatria e psicologia clinica, che per ragioni di fondazione storica si assestano

immediatamente entro una concezione medico-normativa (Foucault, 1961/1963; Zilboorg & Henry, 1941/1963), sembrano concedere al problema della norma e del normale una trattazione da sempre ambigua e secondaria. Ad esempio, nel 1980 in Italia si tenne un simposio specifico sul tema della normalità e della devianza in psicopatologia e la relazione di apertura poneva una questione piuttosto preoccupante:

L'opportunità di approfondire, in senso epistemologico, le nozioni di normalità e devianza è stata dettata da una constatazione che è parsa allarmante: persiste tuttora, non analizzata, una vasta serie di operazioni concettuali e pragmatiche che si collocano e operano 'a valle' di una distinzione fra il normale e l'anormale data come ovvia, come già fatta (da chi? come? perché?); l'esserci stesso di una tale distinzione è già dato per scontato. Una simile presupposizione risulta implicita non solo nelle operazioni della psichiatria e del 'fare' psichiatrico, ma anche nelle operazioni di ricerca e riflessione della psicopatologia, della psicologia e persino dell'epistemologia della psicologia (AA.VV., 1981, pp. 11-12).

Si poteva supporre che l'intero mondo psicologico andasse sostenendo una retorica fondata sulla dualità norma/patologia senza che vi fosse alcuna chiarezza in merito alla distinzione. E ancora più rilevante, c'era ragione di sospettare che gli stessi esperti non sapessero dar ragione delle proprie categorie conoscitive. Infatti, se da una parte abbondavano le affermazioni e i postulati sull'esserci di tale distinzione, dall'altra era assai raro trovare analisi dettagliate che argomentassero come si era arrivati alla demarcazione. La maggior parte delle teorie che comparivano e compaiono nell'universo psicologico portano come riferimento esplicito o implicito, una demarcazione tra normalità e patologia. Costrutti come quelli di "intelligenza", "personalità", "sviluppo", "comportamento" ecc., si adagiano apparentemente senza problemi entro lo sfondo del normale e del patologico. Ma come si è arrivati ad una tale distinzione? Con quale rigore si è giunti a distinguere le forme del "normale" rispetto alle movenze del "morboso"? Sono passati ormai più di trent'anni da quel periodo in cui la psicologia sembrava concedersi alla riflessione epistemologica senza paure e ad oggi, la situazione non sembra affatto cambiata nel suo esito. Infatti la questione fondativa e fondamentale, su come poter concepire la demarcazione tra norma e patologia sembra passare in secondo piano; o meglio, una blanda trattazione in materia sembra giustificarsi considerando il problema come "da sempre irrisolto e irrisolvibile". Da più parti si concorda sul fatto che sarebbe necessario stabilire dei criteri che consentano di smarcare il "normale" dal "patologico", ma allo stesso tempo, si ammette l'insostenibilità dell'impresa senza troppo preoccuparsi delle conseguenze. Una testimonianza di questa situazione critica la cogliamo nelle parole di Mario Maj, già presidente della World Psychiatric Association (WPA) che in un articolo apparso su un'importante rivista di psicologia clinica, mette in risalto le difficoltà cui versa la psichiatria nell'affrontare la distinzione tra casi normali e casi di disturbo mentale. Dopo aver raccolto alcune opinioni critiche sul problema, l'autore commenta:

Il problema è serio: al momento non abbiamo una chiara idea su come fissare la soglia per la diagnosi di alcuni disturbi mentali (in particolare quelli più diffusi nella comunità), e come differenziare tra disturbi e reazioni omeostatiche alle avversità della vita. Dobbiamo affrontare questa situazione con urgenza poiché potrebbe danneggiare la credibilità della nostra disciplina e della nostra professione (Maj, 2007, p. 257, traduzione propria).

Una dichiarazione di intenti che ha trovato ben poco ascolto nei meandri della ricerca psichiatrica e psicologica. Un altro esempio di quanto la questione sembri impenetrabile la troviamo in un recente manuale di psicopatologia clinica dove si riporta quanto la sfocatezza teorica che accompagna qualsiasi criterio di normalità o salute mentale: "Ripropono il mai risolto dilemma di cosa sia normale e cosa sia patologico, essendo ormai chiaro che la sola presenza di sintomi non individua necessariamente uno stato di malattia, né che questo corrisponde strettamente ad un determinato quadro sintomatologico" (Colombo, 2013, p. 13). Un'altra dichiarazione di dubbio rispetto al tema, questa volta dal *Trattato Italiano di Psichiatria*:

Sebbene ognuno abbia un'idea di dove situare un ipotetico confine tra normalità e anormalità di un comportamento, restano in realtà molti dubbi e interrogativi. Tale confine non è delimitabile in modo netto. [...] È molto difficile, se non impossibile, stendere una nomenclatura precisa e ben separata dei pensieri e degli affetti che dovrebbe avere (o non avere) una persona normale in confronto ad una malata (Cassano & Pancheri, 1999, p. 105).

Il normale inquieta psichiatria e psicologia clinica; così capaci e spigliate nella stesura di sempre nuovi disturbi, così caute di fronte alle richieste di un'esplicitazione normativa. Nell'affermare l'alterità e nel vestirla di un gergo sempre nuovo, tali discipline sembrano farsi carico di un'onerosa demarcazione tra norma e patologia; ma

se dal lato del *pathos* la trattazione muove copiosa e incessante, passando al lato della norma, non si osserva la stessa costanza. Ecco dunque comparire una situazione disomogenea ben segnalata da Marianna Bolko (2012) quando afferma che in quanto psicologi e psichiatri: “Siamo esperti lavoratori su ogni singola devianza, sintomo, disturbo, e completamente sprovveduti quando compare, dopo disagi e turbolenze, la pace della ‘normalità’” (p. 46). All’universo dei costrutti psicologici si concede con estrema facilità l’aggettivo di “anormale”, “patologico”, pur senza far riferimento ad una coerente situazione normale. Come possiamo intendere questa situazione? Vediamo di interrogarci in prima battuta sul rapporto tra psicologia e psicopatologia per poi andare ad illustrare le possibilità normative che tanto in psicologia quanto in psichiatria si allacciano a delle proposte teoriche. Da qui osserveremo anche le pretese della recente nosografia interrogandoci sulle profonde lacune normative che sembrano cadere nel dimenticatoio. Concluderemo con delle considerazioni di carattere fondativo sui limiti intrinseci che spettano a qualsiasi tentativo di normatività proposto dalle teorie psicologiche.

Rapporto tra Psicologia e Psicopatologia

In ambito medico la divaricazione tra casi normali e casi patologici va a carico delle discipline fondanti l’impalcatura sanitaria. Nell’anatomia è possibile rilevare le condizioni di forma dell’unità anatomo-funzionale dette normali (AA.VV., 2006); nella fisiologia si colgono le funzioni organiche indicabili come normali (Klinke, Pape, Kurtz, & Silbernagl, 2012); nella genetica si osservano le condizioni di genesi assumibili come normali attraverso consulenza genetica o esame del cariotipo (Campbell & Reece, 2009). Da questi domini di normalità biologica si osserva un rapporto di opposizione lineare con dei rispettivi campi di patologia. Lo sguardo del medico rimbalza costantemente dalla conoscenza della norma alla patologia e dalla patologia alla norma. V’è un’estrema vicinanza tra le due porzioni le quali si situano in un rapporto di continuità teorica, l’una all’opposto necessario dell’altra. La medesima impostazione e piattaforma conoscitiva si può osservare nell’anatomia e nell’anatomia-patologica, nella fisiologia e nella fisiopatologia, nella genetica e nelle patologie ereditarie. Lo sguardo normativo medico osserva e si muove come gli occhi di un arbitro di tennis, da un lato del campo all’altro, confrontando meticolosamente gli aspetti del *physis* per riconoscere ed affrontare le forme del *pathos* (Canguilhem, 1966/1998, p. 171).

Ora, entrando nel campo psicologico-psichiatrico si può cogliere una situazione del tutto differente rispetto a quella medica. La questione che dobbiamo affrontare riguarda il rapporto tra *psicologia* e *psicopatologia*. Un legame disconnesso, contorto e spesso addirittura assente. Lo sguardo normativo dello psicologo o dello psichiatra, al contrario di quello medico, non sembra farsi carico di una tale linearità conoscitiva. Quando si analizzano i rapporti fra psicologia e psicopatologia, l’aspettativa sarebbe quella di osservare nella seconda una sorta di duplicato in chiave negativa della prima, richiamandosi ad un’analogia con le modalità mediche. Tuttavia, si assiste ad una condizione peculiare dove le varie impostazioni teoriche non forniscono una nosografia propria elaborata sulla base della conoscenza di un “quadro psichico normale”. Come veniva riportato già trent’anni or sono dagli psichiatri Turci e Roveroni (1987):

La psicopatologia dimostra una tale diversità nei paradigmi di approccio da rendere estremamente problematico, per non dire impossibile, ravvisare una qualsiasi linea di continuità evolutiva [...]. Le tre direttrici fondamentali della psicopatologia, quella biologica, psicologica e sociale hanno ognuna un proprio linguaggio autonomo e relativamente separato da quello delle altre per cui chiaramente si deve constatare che non esiste una linea che le unisca e le correli (p. 107).

Per poter emulare in modo rigoroso il rapporto lineare che troviamo in medicina, per ogni teoria della psiche, dunque per ogni psicologia, occorrerebbe una psicopatologia dedicata, accostandosi in un rapporto prettamente simmetrico (Turchi & Perno, 2002). Si dovrebbero riconoscere strutture e funzioni identificabili e circoscrivibili che si presentino in un certo modo definibile come “normale”, e sempre queste, sarebbero oggetto di “patologia” qualora venissero rispettati certi criteri di demarcazione di riferimento esposti nella teoria. Una condizione di questo tipo è stata rispettata negli anni di egemonia della psicanalisi, la quale, a partire da una descrizione teorica della psicopatologia (isteria e nevrosi), si è proiettata nella trattazione delle dinamiche e delle istanze psichiche non-patologiche (Freud, 1938/1979). La disgregazione teorica immediatamente successiva ha impedito qualsiasi tentativo di riprendere la comunanza teorica tra norma e patologia (Civita, 1999). Si è progressivamente arrivati ad una cesura conoscitiva che mantiene le argomentazioni della psicologia sensibilmente separate da quelle della

psicopatologia ed è proprio di fronte a questa disgregazione che si sono spalancate le porte dell'ateoreticismo incarnato dal DSM-III in poi (Migone, 1983).

A fronte di tutto ciò, come possiamo intendere dunque, l'utilizzo della norma in psicologia e psichiatria? Da una parte, la questione viene affrontata attraverso le varie impostazioni teoriche che si sono succedute nella storia della psicologia e della psicopatologia (Siciliani, 1979); dall'altra, più recentemente, ci si è mossi sulla scia dello spirito descrittivista facendo riferimento esclusivamente alla nosografia e lasciando a questa l'onere di poter costituire il quadro della "normalità mentale" ad un dato momento (Frances, 2014). Allo stato attuale è possibile tratteggiare tre piste normative principali: una impostazione biologistica, una impostazione psicologistica e una impostazione cognitivo-comportamentale. Presenteremo questi riferimenti seguendo un ordine storico-cronologico, iniziando con le prime indagini neurologiche della psichiatria positivista per giungere alle teorizzazioni del comportamentismo riviste in ottica cognitivista. Una volta delineati i confini e le caratteristiche principali di queste, passeremo al vaglio le indicazioni normative rintracciabili nell'ultima edizione del DSM-5 interrogandoci sulle gravi carenze conoscitive.

Impostazione Biologistica

A partire dalla seconda metà del XIX secolo si prospettò una rivoluzione epistemologica per la conoscenza di ciò che già Esquirol chiamava "maladie mentale" (Esquirol, 1838). La nascente psichiatria si accomoda entro lo spirito positivista e si volge verso un tentativo di costringere il nuovo settore del mentale all'interno della neurologia, che al tempo si dimostrava in pieno sviluppo concettuale (Civita, 1996). Per l'impostazione epistemologica adottata, si assegnava centralità alle indagini anatomiche e fisiopatologiche per l'identificazione di alterazioni cerebrali correlabili in via definitiva ai quadri sindromici descritti al tempo. La strada da percorrere era segnata dalla possibilità di sostanziare la mente e le sue aberrazioni attraverso le ricche e fruttuose conoscenze dell'anatomia e della fisiologia. L'intento era chiaro: assimilare la psichiatria alla neurologia così da poter esautorare il nuovo continente morboso. In questo modo, la psichiatria sarebbe andata a collocarsi nel pieno delle possibilità sanitarie permettendo alla pratica clinica di fondarsi sulle conoscenze tipiche della medicina.

Questa spinta conoscitiva che mira a tracciare un quadro di norme organiche per poter fondare qualsiasi patologia psichica è tutt'altro che sorpassata. Essa non solo si presenta come la traiettoria normativa più longeva, ma allo stesso tempo, rappresenta oggi il terreno verso cui ci si volge con maggiori speranze.¹ Va sottolineato come tale impostazione, fu la prima vera mossa conoscitiva per la trattazione scientifica delle malattie mentali. Sin dagli albori alienisti, la psichiatria, proprietaria originale della gestione degli alienati, nel richiedere una conoscenza utile che potesse fondare la pratica, si volse immediatamente e spontaneamente verso i solidi domini anatomico-fisiologici (ad esempio con Griesinger, 1867). In principio si è cercato di fondare la malattia mentale sull'impostazione sanitaria rispetto alla norma, cercando di cancellare definitivamente l'aggettivazione "mentale": la psicopatologia nacque solo successivamente, nel "fallimento" del programma organicista nello spendere i domini della norma biologica. Ciò dev'essere continuamente sottolineato: la psicologia esiste in uno spazio d'impossibilità, nei limiti della neurologia, negli ostacoli posti alla spinta organicista. E se un tempo v'era grande attesa per lo sviluppo concettuale della psicologia, oggi sembra che la rotta sia profondamente cambiata per dirigersi ancora una volta verso l'estensione della neurologia (Insel & Cuthbert, 2015). Un'estensione che beninteso, avrebbe come possibile conseguenza l'elisione di qualsiasi *logos* o *iatros* su un'ipotetica psiche (Arango & Fraguas, 2016). Non che questo costituisca un problema di per sé, siamo tutti debitori dell'impostazione medica, ma dobbiamo forse interrogarci sull'adeguatezza e sui limiti della sua estensione (Emiliani & Mazzara, 2015; Malla, Joobar & Garcia, 2015).

L'impostazione biologistica si lega fortemente alla tradizione del secondo Ottocento e costituisce ancora oggi una sostanziale porzione di studio per la ricerca dei riferimenti normativi anatomici, fisiologici e genetici. Il postulato fondamentale è quello di Griesinger, più volte rivisto al ribasso, per cui le malattie mentali sarebbero, in fin dei conti malattie del cervello. Nelle sue estremizzazioni, di fronte ad un supposto quadro morboso viene

¹ A verifica di questo nuovo "ciclo organicista" basta effettuare una ricerca sulle riviste di psicologia clinica, psichiatria e psicoterapia con più alto *impact factor*. La gran parte delle riviste tra le prime venti posizioni si attesta marcatamente su un versante biologistico. Per curiosità, la rivista con più alto IF della categoria prende il nome di *Molecular Psychiatry*: un nome, un programma.

richiesto che si riesca a dimostrare la consistenza organica e fattuale di specifiche lesioni o disfunzioni biologiche generalmente circoscritte nel sistema nervoso centrale e periferico (Giacomini, 2012). L'impostazione biologistica di matrice medica si presenta a tutt'oggi come una cospicua parte nella trattazione dei disturbi mentali: non v'è manuale di psicologia clinica o psichiatria che non riporti delle componenti biologiche di interesse per qualsivoglia disturbo in esame. Tuttavia, a seguito di una inconsistenza di risultati che si rimanda sempre e comunque ad una soluzione prossima, tale impostazione non sembra rivelarsi né necessaria né sufficiente per l'indicazione morbosa; un'impossibilità riconosciuta da tempo anche in psichiatria:

Il criterio della normalità biologica presuppone che a una funzione normale (i processi psichici normali) corrisponda il normale funzionamento biologico dell'organo corrispondente (il cervello e altri parametri di funzionamento dell'organismo). L'applicabilità della norma biologica in psichiatria è limitata per problemi di conoscenza e tecnici (Cassano & Pancheri, 1999, p. 114).

Se nell'anatomia e nella fisiologia avessimo riscontrato dei criteri organici necessari e sufficienti per la spiegazione della patologia psichica, oggi probabilmente non studieremmo né psichiatria né psicologia; ci limiteremmo all'indagine neurologica e saremmo in grado di appellarci al nostro oggetto di indagine con la dizione medica di "patologia", non "psicopatologia", non "disturbo".

I riferimenti normativi offerti da tale impostazione cadono in un "luogo di osservazione" per l'indagine della norma. Questo luogo è in fin dei conti, quello tipicamente medico, ossia "l'unità anatomo-funzionale" già descritta e osservata nelle opzioni morfologiche, funzionali e genetiche. L'operatore psicologico che dovesse farsi carico di una tale impostazione, una volta osservato un gesto degno di sospetto, o nel momento in cui assiste ad un movimento che desta scalpore, volgerebbe lo sguardo verso il corporeo. Lo sguardo normativo poggia sull'ipotesi che le norme anatomiche, funzionali e genetiche siano perfettamente in grado di descrivere e differenziare la norma dalla patologia. Tuttavia, se queste si fossero dimostrate come condizioni necessarie e sufficienti per la trattazione della psiche, con ogni probabilità le impostazioni normative che ci accingiamo a descrivere non avrebbero avuto ragione di esistere.

Impostazione Psicologistica

L'impostazione psicologistica per la trattazione della norma psichica si prospetta con chiarezza a partire dalle teorizzazioni freudiane. Il nuovo nucleo normativo è imperniato sull'ipotesi teorica che il patologico sia l'effetto complesso di una devianza riferita alle norme del mondo psichico interiore. Verso la fine del XIX secolo, inizio XX, si assiste alla vigorosa e clamorosa stesura degli scritti di Freud i quali costituiranno una vera e propria rivoluzione culturale del panorama prima europeo, poi anche nordamericano e mondiale. Ciò che occorre puntualizzare riguarda le possibilità aperte dal medico viennese. Il movimento psicoanalitico porrà le basi per un vero e proprio sfondamento epistemologico consentendo di trasportare definitivamente e senza remore il binomio norma/patologia dall'originaria radicazione organica ad un'ipotetica strutturazione della psiche. Freud, che iniziò ad occuparsi nello studio della psicopatologia con particolare riferimento all'isteria e alla nevrosi formulò un impianto teorico che permettesse la descrizione del mondo psichico, delle sue caratteristiche e delle sue alterazioni (Lis, Mazzeschi & Zennaro, 2007). Al tempo infatti, era già chiaro come l'impostazione biologistica non poteva offrire un contributo sostanziale nell'indagine della patologia psichica e perciò fu tentata la via della speculazione. Non più una spiegazione di tipo organico, bensì un riferimento ad una dinamica e ai significati dello psichico (Federspil, Giaretta, Rugarli, Scandellari, & Serra, 2008). Si prospettava una nuova soluzione conoscitiva che andava ipotizzando una realtà interiore sconosciuta alla dimensione cosciente che non solo si manifestava nei sintomi della nevrosi, ma che era individuabile nella condotta "normale" attraverso l'analisi dei lapsus, dei sogni e dell'umorismo (Freud, 1901/1970). Nella topografia, nella dinamica, nell'economia e nella genetica freudiana, si possono rintracciare le particolarità della patologia, la quale si trova completamente eradicata dal terreno concettuale originario approdando entro una piattaforma squisitamente inorganica.

Agli inizi del Novecento, si aveva a disposizione una teoria affascinante e dettagliata per l'interpretazione della psicopatologia, e poco importava se le cause organiche non potevano essere identificate; si disponeva di un impianto teorico piuttosto coerente, che permetteva il confronto con i quadri sindromici descritti e offriva un'ipotetica eziologia psicologica. Tuttavia Freud, non negò mai la possibilità di una trattazione neurologica

della psicopatologia, anzi, cercò un'integrazione tra neurologia e psicoanalisi (Freud, 1895/1968). Sotto questo aspetto, si possono riconoscere degli elementi in comune con l'impostazione biologistica. La concezione della psiche è pur sempre quella dell'*homo natura*, la norma e la patologia devono esser comunque riferiti ad una dimensione individuale e singolare. L'individuo patologico deve fare i conti con sé stesso, ma questa volta, non occorre immergersi negli interstizi muscolari o nelle masse liquide, ciò che bisogna apprendere sono le pulsioni, le fissazioni, le regressioni (Siciliani, 1979, p. 235).

L'impostazione psicologista annovera un numero incredibilmente alto di teorie: psicoanalisi freudiana (declinata nelle due topiche), adleriana, junghiana, kleiniana, teorie degli psicoanalisti culturali, teorie della psicoanalisi dell'Io, teorie psicologiche non psicoanalitiche, ecc. Partendo da scelte fondazionali differenti i diversi programmi di ricerca si sono radicalmente separati, divenendo a volte inconfrontabili e, in taluni casi, contrapposti se non mutualmente escludentesi (Sanavio, 2011). Ad ogni modo, ciò che si può riconoscere in tutte queste correnti teoriche riguarda l'impostazione squisitamente ipotetica nel definire e stabilire la norma. A partire da Freud si prospettano delle indicazioni normative pronunciabili nella teoria, e in quanto teoriche senza alcun riferimento empirico/percettivo, si aprono le porte per una scissione indeterminata del campo normativo. Anche lo stesso Freud, che fu importante non solo per ciò che disse ma soprattutto per come lo espose, si fece abbastanza blando e vago nel parlare di norma e di normalità. In uno dei suoi ultimi capolavori, *Analisi terminabile e interminabile* del 1937, due anni prima di morire, discutendo lo scopo del trattamento psicoanalitico, svolse le seguenti considerazioni: "L'Io normale è, come la normalità in genere, una finzione ideale [...]. Ogni persona normale è appunto solo mediamente normale" (Freud, 1937/1979, p. 517). Ciò che Freud porta, assume i contorni di un nichilismo dove non v'è mai una condizione di normalità pura e incorrotta; anche le persone che si giudicano o sono valutate normali portano necessariamente la possibilità nevrotica. Affermazione senz'altro ragionevole ma che non ci aiuta ad affrontare il problema (Civita, 2010).

I riferimenti normativi dell'impostazione psicologista offrono un ulteriore luogo di osservazione per l'indagine della norma. Questo luogo cade nell'interiorità del vissuto, nelle strutture, nelle dinamiche, nell'economia e nello sviluppo della psiche. Nella configurazione teorica si offre "un'interiorità individuale". L'operatore psicologista che dovesse farsi carico di una tale impostazione sposterebbe lo sguardo verso le parole, quando queste riflettono una complessa quanto unica dinamica e strutturazione interiore.

Impostazione Cognitivo-Comportamentale

Nei primi anni del XX secolo nel panorama nordamericano viene presentata una nuova e radicale impostazione teorica per la psicologia. L'avvento del *behaviourism* si può concepire solo come una forte controproposta alle speculazioni della psicoanalisi e delle varie declinazioni successive (Marhaba, 2008). Le fondamenta della psicologia non potevano distaccarsi così profondamente dall'empirico come aveva mostrato la psicoanalisi, si sentiva la necessità di uno studio ancorato alle possibilità offerte dalla metodologia di laboratorio e dai procedimenti della statistica. Per far ritorno ai "fatti empirici", ultimo appiglio utile per la psicologia fu quello del "comportamento" inteso come un intreccio determinato di stimoli-risposta (Roncato, 2002). L'oggetto primario della ricerca psicologica non dovevano essere le spinte pulsionali o le istanze psichiche sempre sfuggenti ad un'analisi di laboratorio. Occorreva concentrarsi sui gesti, sui movimenti e sulle attività osservabili e calcolabili. Entro questa impostazione il comportamento (eccolo il percepito!), viene spezzettato in un gran numero di segmenti da spiegare secondo il causalistico imperativo dello stimolo-risposta. Data una risposta Y, assunta come variabile dipendente e un insieme di eventi X, assunti come cause o variabili indipendenti, la ricerca deve mirare a porre in luce eventuali relazioni costanti tra X e Y prescindendo da motivazioni, stati di coscienza, percezioni, emozioni e altri costrutti tradizionalmente psicologici. Assistiamo dunque ad una forte cesura conoscitiva con la precedente impostazione psicologista. Se con Freud la psicologia si volgeva ad una descrizione puramente teorica dell'interiorità psichica, con Watson, Skinner e altri, tutto ciò che poteva essere concepito come interno e nascosto all'osservazione doveva esser bandito dall'indagine. Il focus conoscitivo si sposta, muovendo dall'individuo nella sua complessa realtà interiore, verso l'esterno, verso l'ambiente circostante, inteso come una galassia di incentivi che inducono ad un movimento percepibile. L'osservazione mira alla connessione tra stimoli ambientali e risposte comportamentali, dove i primi si rendono responsabili delle seconde, in un vortice meccanicistico che dà spazio ad un apprendimento. L'ambiente, contrapposto alla figura del singolo, rappresenterà una nuova sorgente conoscitiva per la psicologia, d'ora in poi intenzionata ad elencare le minuzie dei luoghi di vita.

L'incipit comportamentista, sin dagli albori, ha destato l'interesse di molti psicologi clinici orientati soprattutto alla declinazione di Skinner (Hall & Lindzey, 1986). Viene postulato come una tale visione possa descrivere la condizione e lo sviluppo normale, e alla stessa maniera possa essere applicata allo studio e al "controllo" del patologico. In effetti secondo i precetti del comportamentismo, a risultare patologico sarebbe proprio il comportamento, non una qualche psiche. Il morboso si riconosce in un'anomalia nell'apprendimento stimolo-risposta oppure nella messa in atto di condotte "inadeguate" apprese nel corso degli anni; la psiche rimaneva e doveva rimanere una *black box* non conosciuta e non conoscibile quindi non trattabile secondo alcuna norma. Seguendo le argomentazioni di Skinner il comportamento patologico segue gli stessi principi di sviluppo di quello "normale". L'obiettivo del trattamento consisterebbe semplicemente nel sostituire la condotta patologica con una condotta normale, e nel far ciò occorre manipolare direttamente il comportamento.

Skinner non si richiama, a proposito del comportamento anormale, all'azione di desideri rimossi, a crisi di identità, conflitti tra Io e Super-Io o altri costrutti teorici che egli bollerebbe tutti come spiegazioni fittizie. Il suo tentativo consiste invece nel modificare il comportamento indesiderato manipolando l'ambiente circostante, secondo le tecniche del condizionamento operante e rispondente (p. 635).

Col passare degli anni, una visione così radicale del comportamentismo è apparsa come non più sostenibile da teorici ed operatori per cui si è passati ad un'integrazione con il successivo cognitivismo (Gabbard, 2010; Mecacci, 1999). Si arrivò così a considerare gli stimoli ambientali non come delle cause prime per la risposta comportamentale quanto delle informazioni in entrata che contribuiscono ad una strutturazione cognitiva responsabile dell'esito e della qualità dell'output. Questa visione integrata del comportamentismo con il cognitivismo costituisce il centro della terapia cognitivo-comportamentale inizialmente impiegata nel trattamento delle sindromi depressive e dei disturbi d'ansia, estesa poi in vari altri ambiti costituendo ad oggi uno degli orientamenti più scelti dai nuovi operatori. Questa proposta terapeutica si basa su un assunto preciso:

Gli esseri umani elaborano continuamente flussi di informazioni provenienti dall'ambiente sia interno sia esterno. Essi ricevono, decodificano, interpretano, immagazzinano e recuperano informazioni; questa elaborazione dell'informazione gioca un ruolo centrale nell'adattamento e nella sopravvivenza dell'essere umano (Mecacci, 1999, p. 184).

Cosa ci dice l'impostazione cognitivo-comportamentale rispetto alla norma? Che tipo di riferimenti normativi offre? Innanzitutto, nella sua originaria versione, viene affermato come la norma e la patologia non possano riferirsi a conflitti inconsapevoli o a delle ipotetiche istanze interiori. L'unico ambito trattabile è quello del movimento inadeguato, dello spostamento lento o repentino, dello scatto eccessivo. È nelle caratteristiche degli stimoli ambientali o nelle risposte comportamentali che occorre rintracciare l'indicazione per il patologico, non negli stati interni o nelle dinamiche pulsionali. Più che nelle parole, il patologico risiede nei gesti osservabili ad occhio nudo, apparentemente trasparenti allo sguardo dei più. Norma e patologia possono situarsi nell'ambiente, inteso come una costellazione di cause distinte dall'individuo e dalle sue risposte. La norma sta nello stimolo non aversivo, nella giusta dose di sollecitazione, nella calibrazione dei rinforzi negativi; e allo stesso tempo, essa si situa nell'apprendimento di risposte adeguate, di reazioni conformi, di contropartite accettabili. Si gettano le fondamenta per poter intendere il normale e il patologico sullo sfondo di un "adattamento" e di un "disadattamento" alle richieste dell'ambiente circostante: e questa è forse una delle più grandi eredità dell'impostazione cognitivo-comportamentale nei confronti del rapporto tra norma e patologia. In essa infatti, più volte si fa riferimento "all'organizzazione disadattiva" degli schemi cognitivi che nell'attivazione porterebbero ad "un'elaborazione distorta delle informazioni in entrata" (Mecacci, 1999, p. 189). Si possono collocare nella categoria degli "adattati", nuova specie della normalità, coloro che si sono mostrati in grado di rispondere in maniera adeguata agli stimoli dell'ambiente. Al contrario, giungendo nel campo dei "disadattati" ci si avvicina pericolosamente al cospetto del patologico, ove costoro, per quanto si è potuto osservare, non si sono dimostrati capaci di far fronte alle richieste esterne. Al centro del giudizio risiede costantemente l'ambiente: una dimensione tanto diafana quanto cospicua che rappresenta il principio di valutazione, il necessario parametro per l'attribuzione. Si postula una sfocata costante di riferimento per la norma, un contorno che avvolge in modo diverso a seconda dei luoghi di vita, ma che ovunque si presenta come esigente e normativo.

Nell'impostazione cognitivo-comportamentale, frutto della sintesi più o meno coerente tra comportamentismo e cognitivismo, si trova un ulteriore luogo di osservazione per l'indagine della norma. Questo luogo si prospetta, nell'incontro tra richieste dell'ambiente e risposte dell'individuo, in una partita senza interruzioni che vede

l'affronto tra le due parti concepite come irrimediabilmente separate. Nel *confronto con l'ambiente* si apre un nuovo spazio per la trattazione e captazione della norma e della patologia. L'operatore psicologico che dovesse farsi carico di una tale impostazione sarebbe propenso nel volgere lo sguardo verso i gesti, i movimenti, le azioni da intendere come risposte specifiche e qualificate rispetto a degli stimoli esterni.

Norma e Nosografia

Le varie impostazioni normative rispondono di una precisa esigenza. Occorre fornire dei contorni conoscitivi che potessero giustificare una volta per tutte la presa conoscitivo-normativa su quel campo di esperienza che una volta fu follia, poi fu alienazione e in ultimo malattia (Foucault, 1954/1962; 1961/1963; 1999/2000; 2003/2004). A partire da quel momento "zero" che si può rintracciare nella nomina di Pinel come direttore di Bicêtre, ha avvio la ricerca epistemologica che accumuna psichiatria prima e psicologia poi. La domanda cui bisognava rispondere era una, e una soltanto: come si doveva intendere l'alienazione, nuovo spazio di operatività? Inizialmente, si optò per la strada più ovvia e più vicina alle disponibilità sanitarie. Lo studio dell'alienazione passò sotto un'attenta indagine anatomo-fisiologica, così da poter utilizzare i domini della norma biologica per la fondazione della manifesta alterità (Griesinger, 1867; Kraepelin, 1907/1919). Dalla riconosciuta insufficienza dell'impostazione biologistica si aprirono definitivamente le porte per una conoscenza teorica di un continente svincolato dall'organico. La psiche potrà essere intesa come uno dei punti essenziali nella ricerca epistemologica che accomuna psichiatria e psicologia, le quali, dopo aver richiesto i contributi dell'anatomia e della fisiologia per accedere ad un fondamento medico-sanitario si volsero altrove, sollecitando la nascita di un originale quanto ipotetico continente teorico. Così la psiche si offrì come nuovo e possibile spazio di conoscenza auspicando che da questo si potesse assumere qualche indizio sulla riconosciuta morbosità di un caso. Occorre sottolineare un punto delicato e pruriginoso. La psiche, in quanto postulato teorico, si presentò come invenzione retorica non certo come scoperta o come ritrovamento empirico-percettivo. Il nuovo ambito si poneva come un singolare spazio conoscitivo che potesse giustificare l'interesse normativo di derivazione sanitaria quando la rilevazione anatomo-funzionale della differenza non andava a segno (Turchi & Perno, 2002). Presa come oggetto di studio e di indagine si rivela storicamente come un valido "espediente epistemologico": uno spazio congetturale ove poter speculare per la circoscrizione del patologico a fronte di una norma inizialmente fondata sul riconoscimento sociale della devianza. In questo modo, nell'attesa di una definitiva base biologica tutt'oggi auspicata, si poteva disporre di una teoria che potesse rintracciare il normale e distinguere il morboso. Il progetto di ricerca epistemologica intrapreso passa nel giro di pochi decenni dal solido campo dell'organico al diafano spazio teorico. E in quest'ultimo si dispiegano apertamente e senza limiti le possibilità teorico-argomentative offrendo continuamente nuove teorie, nuove metodologie, e nuove porzioni di interesse. In effetti, con il postulato sull'esistenza della psiche si accompagna la scissione conoscitiva della psicologia (Marhaba, 2001; Mecacci, 1999).

Le impostazioni descritte occupano la posizione terminale di questi avvenimenti storico-concettuali, ognuna delle quali offre le proprie coordinate teoriche sul dove orientare lo sguardo per giungere ad una località normativa. La psichiatria, se in principio sembrò apprezzare l'espediente proposto dalla psicanalisi, nel riconoscere la disgregazione del campo teorico optò per una sostanziale inversione di rotta. Essa infatti, mossa squisitamente da un mandato clinico-operativo, di fronte alla scissione scelse la strada dell'abbandono. Con l'avvento del DSM-III vengono accantonati tutti i riferimenti teorico-normativi e in questo modo, viene messa definitivamente per iscritto un'insoddisfazione conoscitiva per cui tutte le opzioni psicologiche, per quanto eleganti e profonde, non erano state in grado di fornire un quadro univoco e definitivo per la trattazione della patologia psichica (McHugh & Slavney, 2012). A partire dal DSM-III si inaugura una nuova fase della psichiatria e della psicologia clinica dove i decenni di indagini, di studio e di conoscenza teorica vengono improvvisamente messi da parte (Rugi, 1989; 1990). Viene riconosciuta e attestata un'inconsistenza e in virtù di ciò, si abbandona qualsiasi impostazione normativa che possa offrire dei contorni e dei limiti per la trattazione. In questo modo si torna all'adozione di una norma non più teorica, ma squisitamente basata sul senso comune. Il fondamento che offre l'indicazione dei quadri sindromici inclusi nel DSM non è così diverso da quello che consente la pronta aggettivazione dei pazzi, degli sciocchi, degli stolti: il disturbo si attesta al solo vedere, attenendosi alla norma del comun sentire. Il patologico non si situa né nell'organico, né in una realtà interiore, né in un complesso rapporto con l'ambiente; esso è designato dal consenso di fronte a una costellazione di sintomi (Burton, 2009).

Analizziamo dunque il recente DSM-5 e chiediamoci se questo, a seguito delle centinaia di etichette diagnostiche, si preoccupa di fornire una qualche conoscenza normativa di riferimento. Com'è noto, nell'ambigua definizione riportata il disturbo mentale viene indicato come una sindrome scatenata da "disfunzioni nei processi psicologici, biologici o di sviluppo" sottostanti ad funzionamento mentale (APA, 2013/2014, p. 20). Incredibilmente, al contrario di quanto avviene in tutti i manuali di anatomia-patologica, fisiopatologia e patologia generale, il manuale non si preoccupa di fornire alcuna indicazione o alcun riferimento statistico per valori psicologici, biologici o di sviluppo da considerarsi normali. Non troviamo nelle ultime pagine del DSM un elenco di intervalli statistici assimilabili a quelli riportati nei manuali di fisiologia medica (Klinke et al., 2012). Non troviamo all'inizio di ogni disturbo un rimando ad una qualche condizione morfologica normale come avviene nei manuali di anatomia-patologica (Robbins & Cotran, 2006). A questo punto potrebbe sorgere il dubbio che l'intera clinica psichiatrica stia impiegando una nosografia in assenza di un qualsiasi riferimento conoscitivo oltre che normativo (Angell, 2011a; Angell, 2011b; Bracken et al., 2012; De Girolamo & Migone, 1995; Galli & Migone, 2013; Ghaemi, 2014; Ghaemi, 2016; Gornall, 2013; Iudici & De Aloe, 2007; Sachdev, 2013; Turchi & Perno, 2002). Tale sospetto troverebbe puntuale conferma nelle prime pagine del DSM-5 dove si riporta con sorprendente facilità quanto: "In assenza di chiari marcatori biologici o di utili misurazioni cliniche per la gravità di molti disturbi mentali, non è stato possibile separare completamente l'espressione di sintomi normali o patologici contenuti nei criteri diagnostici" (APA, 2013/2014, p. 21). In queste righe così poco note del manuale si sta affermando che in mancanza di qualsiasi conoscenza normativa di riferimento (biologica, per l'indicazione di marcatori biologici; psicologica, per la proposta di misurazioni cliniche), non si sa con precisione in che termini possa darsi un'espressione patologica e in che termini invece si possa ritagliare un'espressione normale. In altre parole, per inconsistenze conoscitive non si dispone di alcuna modalità capace di indicare un caso patologico così da distinguerlo rispetto ad un quadro normale. Assistiamo dunque alla completa mancanza di qualsiasi riferimento normativo (Batstra & Frances, 2012). In seguito alle ambizioni ateoriche (che potremmo definire, anche, ateoretiche), la norma viene totalmente estromessa e bandita dalla nosografia statunitense tanto da non risultare né richiesta, né necessaria per la trattazione dei quadri sindromici. Non v'è alcun dominio, alcuna impostazione, alcuna conoscenza che offra supporto nell'elencazione dei disturbi mentali. La norma viene data per implicita e scontata, così che si arriva a parlare liberamente di "deficit di attenzione" e di "iperattività" senza che vi sia alcun confronto preliminare con una "teoria dell'attenzione normale" o con un qualche "modello dell'attività normale". Nel vocabolario di una siffatta impostazione nosografica ogni singola parola può essere spesa per l'indicazione di un disturbo senza preoccuparsi minimamente di dover rendere conto di una qualche norma. In questo modo il *pathos* si presta ad un'estensione virtualmente illimitata, legata all'impiego delle sole parole, e allo stesso tempo, a fronte di una carenza conoscitiva nei confronti della norma, si riduce al minimo la precisione diagnostica e terapeutica nel riportare la psiche ad un ipotetico stato "ante-morbo" (Frances, 2013; Kleinman, 2012). E come ci ricorda puntualmente Roland Gori (2008): "Più la patologia si concede frontiere liquide e flessibili, più la linea di demarcazione tra il normale e il patologico appare ingarbugliata, più ancora è difficile stabilire la differenza tra prescrizione 'terapeutica' e prescrizione 'cosmetica'" (p. 45). Per come viene intesa dalla nosografia descrittivista la norma finisce per perdere il suo mandato originario di bussola concettuale, cessa di offrire un qualsiasi contributo operativo, viene esclusa dalla clinica, non si rivela a fronte del patologico e non permette alcuna indicazione terapeutica. Essa scompare nella furia descrittiva e non sembra intravedersi all'ombra delle sempre nuove sindromi. Ma occorre richiamare con urgenza quanto tutta l'impalcatura si regga su una carenza conoscitiva per cui il patologico è designato a partire da una norma arbitraria sancita dal buon senso del clinico. Non v'è alcun confronto sistematico tra la descrizione di un disturbo e la restituzione di una norma: la trattazione del patologico sovrasta qualsiasi impostazione teorica rispetto alla norma, e in questo modo, finisce per considerare le proprie affermazioni come dotate di un'autonomia e di una validità inderogabili.

Per concludere

Abbiamo cercato di illustrare quanto la questione della norma in psicologia e psichiatria rappresenti un bastione di difficilissimo affronto. Seguendo la storia delle teorizzazioni psicologiche si incontra un numero elevatissimo di impostazioni che in certi casi assumono vicendevolmente una forma antinomica (Marhaba, 1976). In questa sede si è offerto un quadro tripartito tenendo conto della rilevanza attuale. La prima opzione normativa, si

prospetta entro la tradizione biologistica che ha costituito il primo tentativo di descrizione della malattia mentale ottocentesca. Nel seguire questa via, il luogo di osservazione della norma e della patologia cade nel corporeo, nell'unità anatomo-funzionale descritta e trattata secondo le modalità mediche. Nella seconda opzione, a seguito delle difficoltà che avversavano il tentativo di riduzione della psichiatria alla neurologia, si aprirono le porte della teorizzazione offrendo un'impostazione psicologista. Qui l'analisi si distacca dall'empirico per approdare ad un'indagine esclusivamente psichica della supposta patologia. Le norme in questo caso sono da considerarsi come esclusivamente speculative, slegate da una cornice di laboratorio. Il luogo ove osservare il normale e il patologico si prospetta nella superficie dell'interiorità individuale: un ulteriore spazio per la fondazione della patologia psichica. Nella terza opzione considerata, che è anche la più recente, l'impostazione normativa si offre come una controproposta alle opzioni precedenti. Si assiste ad una rivalsea dell'empirico, ad una nostalgia dei numeri, del laboratorio, dell'asciutto linguaggio tecnico. A risultare patologico questa volta non è né il corpo né la psiche bensì il comportamento, inteso in una fitta trama di stimoli, risposte ed elaborazioni. La nuova località dello sguardo normativo risiede in un rapporto adattativo o disadattivo tra individuo e ambiente.

Dunque, se in psicologia o in psichiatria occorre parlare di norma in termini conoscitivi, occorre necessariamente far riferimento alle possibilità della teoria tradotte nelle varie impostazioni normative. L'approccio intrapreso a partire dal 1980 con l'edizione del terzo DSM ha sostanzialmente tagliato le possibilità della psicologia clinica e così facendo, la norma si affida esclusivamente al senso comune nella speranza di un accorpamento neurologico (Ghaemi, 2013). A seguito di tali vicissitudini storiche, psichiatria e psicologia si trovano ingabbiate in una scomodissima posizione conoscitiva; uno scacco che non sembra lasciar spazio ad una facile soluzione. Da un lato, si potrebbe procedere secondo la strada proposta dall'American Psychiatric Association (APA, 2013/2014), abbandonando qualsiasi nozione normativa, lasciando la distinzione tra norma e patologia al buon senso e ai soli occhi dei clinici, continuando nella pubblicazione di sempre nuovi ed ampliati DSM, auspicando nella definitiva riduzione della psichiatria alla neurologia (Akil et al., 2010). Dall'altro lato, si potrebbe lasciar cadere il progetto di una nosografia comune per tutti gli operatori psicologici, offrendo la possibilità ai vari orientamenti psicologici di costruire la propria nosografia sulla base dell'impostazione normativa adottata. Su questa scia si colloca il recente tentativo dello *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) pubblicato nel 2006 che propone una tassonomia adattabile ad un'interpretazione filo-freudiana (PDM Task Force, 2006). Oppure si potrebbe continuare seguendo l'ambiguità contemporanea per cui si mette a disposizione una nosografia di senso comune, a partire dalla quale le varie impostazioni teoriche devono impegnarsi nella spiegazione e nel trattamento dei vari quadri sindromici acclarati da un gruppo prescelto di psichiatri.

Nessuna delle opzioni risulta priva di complicazioni e forti perplessità. Nel primo caso, occorre accettare l'idea di una clinica basata sul senso comune senza alcun riferimento conoscitivo, costantemente soggetto a variazioni ed ampliamenti. Nel secondo caso, si aprirebbero le frontiere per una proliferazione teorica potenzialmente sterminata dove le diverse impostazioni normative produrrebbero le proprie nosografie sulla base della teoria adottata, e così facendo, si assisterebbe ad un accalcamento di proposte nosografiche parallele e potenzialmente indipendenti le une dalle altre. Nel terzo caso, ci troveremmo in una situazione di stallo come quella odierna. Una situazione che oggi sembra divenuta assolutamente inaccettabile tanto che il National Institute of Health (NIH) americano ha dichiarato apertamente di voler abbandonare come riferimento per la ricerca il DSM-5 e ha proposto un quadro di ricerca con nuovi criteri diagnostici – i cosiddetti *Research Domain Criteria* (RDoC) – che questa volta però, devono necessariamente fondarsi sul dettato neurologico e genetico (Ledford, 2013; Reardon, 2014). Un programma questo che ci riporta direttamente ai tempi di Griesinger e che non ha tardato a suscitare un ampio dibattito che pone al centro non solo il futuro della psichiatria ma di tutta la psicologia clinica (Bracken et al., 2012; Katsching, 2010; Salvatore, 2012).

A fronte di tale *impasse* conoscitivo e operativo, dovremmo forse interrogarci sull'adeguatezza delle categorie conoscitive ad oggi adottate. Per questioni di genesi che vedono psichiatria e psicologia nascere all'estremità dell'operato medico (Turchi & Romanelli, 2012), la strada conoscitiva di queste discipline è stata ingaggiata entro le modalità tipicamente sanitarie. Lo psichiatra prima e lo psicologo poi andranno ad osservare entro un implicito per cui gli oggetti di indagine possano adagiarsi comodamente nella demarcazione medica della norma e della patologia. Dobbiamo però domandarci se lo statuto epistemologico dei nostri oggetti d'indagine consenta una così pesante opzione osservativa (Canguilhem, 1966/1998; Kendler, 2016; Turchi, Romanelli & Ferri, 2013). Occorre forse riconoscere che qualsiasi punto di partenza normativo per lo psichiatra e lo psicologo è in fin dei conti, un "soggetto etico", istituito da un circondario interessato che nelle possibilità culturali di un periodo, propone come accettabile. Il conoscere e il fare psicologico-psichiatrico non possono che poggiare su questo

gradino antropologico: un terreno terremotato e terremotabile dove le “giuste” forme del passato si modificano, scompaiono e ricompaiono senza alcuna possibilità fotografica. Come sostiene Gori (2008):

Dal momento che ogni cultura traccia un profilo della malattia mentale, questo si rivela come il riflesso capovolto non soltanto dell’idea di salute, ma anche dell’idea di condizione umana che una società assume in un determinato momento. In tal senso, i profili di salute e di malattia mentali sono disegnati attraverso l’insieme delle virtualità antropologiche che una determinata cultura trascura o rimuove (p. 47).

Psicologia e psichiatria, nel momento in cui si pongono l’obiettivo di normare la psiche, la mente, il comportamento assumono uno scopo che forse, va ben oltre le proprie condizioni fondative, poiché qualsiasi trattazione di norma o patologia venga fornita essa resterà sempre “seconda” alle espressioni di un senso comune che discorsivamente istituisce tutte le possibilità della norma e della devianza (Turchi & Orrù, 2014; Turchi, Romanelli, Vendramini, & Copiello, 2013). In passato non avevamo preoccupazioni nell’indicare l’omosessualità come elemento dell’aberrazione; oggi abbiamo le nuove forme di dipendenza: cosa renderemo patologico in futuro? E che ne sarà delle forme di esperienza un tempo prontamente considerate morbose? Ci aiuta a concludere ancora una volta Gori (2008) che ci spinge verso una domanda di abissale rilevanza: “Il nostro stupore di fronte all’emergere di queste ‘malattie’ nosograficamente transitorie, non è forse il sintomo di un’illusione continuamente rinnovata dalle credenze nel carattere ‘naturale’ della norma? Forse le nostre diagnosi psicopatologiche descrivono la sostanza etica della cultura dalla quale emergono, e più ancora i criteri di formazione dei clinici che le prendono in carico” (p. 47).

Bibliografia

- AA.VV. (1981). *Atti del Simposio su: Normalità e Devianza: Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia* [Acts of the symposium on: Normality and Deviance. Epistemological and foundational analysis in psychopathology]. Milano: Franco Angeli.
- AA.VV. (2006). *Trattato di anatomia umana* [Treatise on human anatomy]. Milano: Edizioni Ermes.
- Akil, H., Brenner, S., Kandel, E., Kendler, K.S., King, M.C., Scolnick, E., ... Zoghbi, H.Y. (2010). The Future of Psychiatric Research: Genomes and Neural Circuits. *Science*, 327(5973), 1580-1581. doi:10.1126/science.1188654
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5]. Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2013).
- Angell, M. (2011a, June 23). The Epidemic of Mental Illness: Why? *The New York Review of Books*. Retrieved from www.nybooks.com/articles/2011/06/23/epidemic-mental-illness-why/
- Angell, M. (2011b, July 14). The Illusions of Psychiatry. *The New York Review of Books*. Retrieved from www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/
- Arango, C., & Fraguas, D. (2016). Should psychiatry deal only with mental disorders without an identified medical aetiology? *World Psychiatry*, 15(1), 22-23. doi:10.1002/wps.20283
- Batstra, L., & Frances, A. (2012). Holding the Line against Diagnostic Inflation in Psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 5-10. doi:10.1159/000331565
- Bolko, M. (2002). La diagnosi di normalità [The diagnosis of normality]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 32(1), 45-54.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434.
- Burton, N.L. (2009). *Introduzione alla psichiatria* [Introduction to psychiatry]. Bologna: Il Mulino.

- Campbell, N.A., & Reece, J.B. (2009). *Biologia - La genetica* [Biology - Genetics]. Milano: Pearson Paravia.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological]. Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Cassano, G.B., & Pancheri, P. (1999). *Trattato italiano di psichiatria* [Italian treatise of psychiatry]. Milano: Masson.
- Chomsky, N., & Foucault, M. (2013). *La natura umana: Giustizia contro potere* [On human nature: Justice against power]. Roma: Calstelvecchi (Original work published 2006).
- Civita, A. (1996). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria* [Introduction to history and epistemology of psychiatry]. Milano: Guerini e Associati.
- Civita, A. (1999). *Psicopatologia: Un'introduzione storica* [Psychopathology: An historical introduction]. Roma: Carocci.
- Civita, A. (2010). Il concetto di malattia mentale [The concept of mental illness]. In A. Pagnini (Ed), (2010). *Filosofia della medicina: Epistemologia, ontologia, etica, diritto* [Philosophy of medicine: Epistemology, ontology, ethics, law] (pp. 81-118) Roma: Carocci.
- Colombo, G. (2013). *Psicopatologia clinica* [Clinical psychopathology]. Padova: CLEUP.
- De Girolamo, G., & Migone, P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria [The DSM-IV and the diagnostic problems in psychiatry]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 29(1), 41-80.
- Dianzani, M.U. (1991). *Trattato di patologia generale* [Treatise on general pathology]. Torino: UTET.
- Emiliani, F., & Mazzara, B.M. (2015). Dalla naturalizzazione delle scienze umane alla naturalità dell'ovvio. Le ragioni sociali per le quali la mente non è il cervello [From the naturalization of the human sciences to the obvious of naturalness. The social reasons for which the mind is not the brain]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 42(1-2), 31-56.
- Esquirol, D. (1838). *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et médico-légal. 2 Vol* [On mental illnesses, considered in relation to medical, hygienic and legal aspects]. Paris: J.B. Bailliére.
- Federspil, G., Giaretta, P., Rugarli, C., Scandellari, C., & Serra, P. (2008). *Filosofia della medicina* [Philosophy of medicine]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Foucault, M. (1962). *Malattia mentale e psicologia* [Mental illness and psychology]. Milano: Raffaello Cortina (Original work published 1954).
- Foucault, M. (1963). *Storia della follia nell'età classica* [History of madness in the age of reason] Milano: Rizzoli (Original work published 1961).
- Foucault, M. (2000). *Gli anormali: Corso al collège de France (1974-1975)* [Abnormal: Lectures at the collège de France (1974-1975)]. Milano: Feltrinelli (Original work published 1999).
- Foucault, M. (2004). *Il potere psichiatrico: Corso al Collège de France (1973-1974)* [The psychiatric power: Lectures at the collège de France (1973-1974)]. Milano: Feltrinelli (Original work published in 2003).
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie* [Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life]. Torino: Boringhieri (Original work published 2013).
- Frances, A. (2014). ICD, DSM and The Tower of Babel. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 371-373. doi:10.1177/0004867414526792
- Freud, S. (1968). Progetto di una psicologia [Project for a psychology]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 2). Torino: Boringhieri (Original work published 1895).

- Freud, S. (1970). Psicopatologia della vita quotidiana [Psychopathology of ordinary life]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 4). Torino: Boringhieri (Original work published 1901).
- Freud, S. (1979). Analisi terminabile e interminabile [Terminable and interminable analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 9). Torino: Boringhieri (Original work published 1937).
- Freud, S. (1979). Compendio di psicoanalisi [Compendium of psychoanalysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 11). Torino: Boringhieri (Original work published 1938).
- Gabbard, G.O. (Ed.). (2010). *Le psicoterapie: Teorie e modelli d'intervento* [Psychotherapies: Theories and models of intervention]. Milano: Raffaello Cortina.
- Galli, P.F., & Migone, P. (2013). Psichiatria: Il tramonto delle certezze [Psychiatry: The sunset of certainties]. *Psicoterapia e Scienze Umane* 47(1), 7-8.
- Ghaemi, S.N. (2013). Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry*, 12(3), 210-212. doi:10.1002/wps.20082
- Ghaemi, S.N. (2014). DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 410-412. doi:10.1111/acps.12263
- Ghaemi, S.N. (2016). Utility without validity is useless. *World Psychiatry*, 15(1), 35-37. doi:10.1002/wps.20287
- Giacomini, G.G. (2012, October 26). Psicopatologia classica e DSM: Un dilemma epistemologico, clinico e didattico per la psichiatria contemporanea [Classical psychopathology and DSM: An epistemological, clinical and didactic dilemma for contemporary psychiatry]. Retrieved from www.psychiatryonline.it/node/2096
- Gori, R. (2008). Terapie molli cercano disperatamente patologie flessibili [Soft therapies desperately looking for flexible diseases]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 42(1), 41-60.
- Gornall, J. (2013). DSM-5: A fatal diagnosis? *BMJ*, 346(may22-21), f3256-f3256. doi:10.1136/bmj.f3256
- Griesinger, W. (1867). *Mental pathology and therapeutics*. London: New Sydenham Society.
- Hall, C.S., & Lindzey, G. (1986). *Teorie della personalità* (2nd ed.) [Theories of personality]. Torino: Boringhieri.
- Insel, T.R., & Cuthbert, B.N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499-500. doi:10.1126/science.aab2358
- Iudici, A., & De Aloe, S. (2007). DSM: Manuale dei disturbi mentali o riedizione della malattia mentale [DSM: Manual of Mental Disorders or reissue of mental illness]. In G. Pagliaro, & A. Salvini (Eds.), *Mente e Psicoterapia* (p. 117-149). Torino: Edizioni UTET.
- Katsching, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 9(1), 21-28. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x
- Kendler, K.S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15(1), 5-12. doi:10.1002/wps.20292
- Kleinman, A. (2012). Culture, bereavement, and psychiatry. *The Lancet*, 379(9816), 608-609. doi:10.1016/s0140-6736(12)60258-x
- Klinke, R., Pape, H.C., Kurtz, A., & Silbernagl, S. (2012). *Fisiologia* [Physiology]. Napoli: Edises.
- Kraepelin, E. (1919). *Trattato di psichiatria* [Treatise of psychiatry]. Milano: F. Vallardi (Original work published 1907).
- Larizza, P., & Furbetta, D. (1987). *Compendio di patologia medica* [Compendium of medical pathology]. Padova: Piccin.

- Ledford, H. (2013). Psychiatry framework seeks to reform diagnostic doctrine. *Nature*. doi:10.1038/nature.2013.12972
- Lis, A., Mazzeschi, C., & Zennaro, A. (2007). *La psicoanalisi: Un percorso concettuale fra tradizione e attualità* [Psychoanalysis: A conceptual path between tradition and actuality]. Roma: Carocci.
- Maj, M. (2007). Are We Able to Differentiate between True Mental Disorders and Homeostatic Reactions to Adverse Life Events? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 257-259.
- Malla, A., Joobar, R., & Garcia, A. (2015). Mental illness is like any other medical illness: A critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(3), 147-150. doi:10.1503/jpn.150099
- Marhaba, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea* [Epistemological antinomies in contemporary psychology]. Firenze: Giunti Barbera.
- Marhaba, S. (2001). Frammentazione, non propedeuticità e sotto-culture di appartenenza nella formazione universitaria in psicologia [Fragmentation, not propaedeutics and sub-cultures of belonging in university education in psychology]. *Giornale italiano di psicologia*, 28(2), 425-446.
- Marhaba, S. (2008). *Elementi di base per la storia e l'epistemologia della psicologia* [Basic elements for the history and epistemology of psychology]. Padova: Logos edizioni.
- McHugh, P.R., & Slavney, P.R. (2012). Mental Illness - Comprehensive Evaluation or Checklist? *New England Journal of Medicine*, 366(20), 1853-1855. doi:10.1056/nejmp1202555
- Mecacci, L. (1999). *Psicologia moderna e postmoderna* [Modern and postmodern psychology]. Bari: Laterza.
- Migone, P. (1983). La diagnosi in psichiatria descrittiva: Presentazione del DSM-III [The diagnosis in descriptive psychiatry: Presentation of the DSM-III]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 17(4), 56-90.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations (trad. it: *Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- Reardon, S. (2014). NIH rethinks psychiatry trials. *Nature*, 507(7492), 288-288. doi:10.1038/507288a
- Robbins, S.L., & Cotran, R.S. (2006). *Le basi patologiche delle malattie* (7th ed.) [Pathological basis of illnesses]. Milano: Elsevier Italia.
- Roncato, S. (2002). *Psicologia generale* [General psychology]. Padova: Domenghini.
- Rugi, G. (1989). DSM-III e diagnosi: Riflessioni su un paradigma nascosto [DSM-III and diagnosis: Reflections on a hidden paradigm]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 23(3), 61-74.
- Rugi, G. (1990). Diagnosi e teoria: Il paradigma medico e il mentale nei Dsm-III [Diagnosis and theory: The medical paradigm and mental in DSM-III]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 24(4), 79-89.
- Sachdev, P.S. (2013). Is DSM-5 defensible? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 10-11. doi:10.1177/0004867412468164
- Salvatore, S. (2012). Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica. Una base di discussione per (ri)pensare lo sviluppo della professione psicologica [Issues around the development of the psychological profession. A basis for discussion and (re) thinking the development of the psychological profession]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2012), 3-8.
- Sanavio, E. (2011). *Le psicoterapie* [Psychotherapies]. Bologna: Il Mulino.
- Siciliani, O. (1979). *Fondamenti critici di psicopatologia generale* [Critical foundations of general psychopathology]. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Turchi, G.P., & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo* [Medical model and psychopathology as a question]. Padova: UPSEL.

- Turchi, G.P., & Orrù, L. (2014). *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali: Fondamenti di teoria della misura per la scienza dialogica* [Methodology for the analysis of textual computerized data: Fundamentals of measure for the dialogic science]. Napoli: Edises.
- Turchi, G.P., & Romanelli, M. (2012). Per una psicologia clinica emanazione del senso scientifico: Dall'ibridazione conoscitiva con il modello medico alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo [For a clinical psychology of scientific sense: From the hybridisation with the medical model to a collocation within a precise and strict definition of an operative model]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2012), 27-43.
- Turchi, G.P., Romanelli, M., & Ferri, C. (2013). Per una ri-definizione del ruolo dello psicologo (clinico): Dall'approfondimento epistemologico di (alcuni) spunti di analisi alla rappresentazione di (nuovi) elementi di proposta [For a redefinition of the role of the psychologist (clinical): Deepening of epistemological (some) issues for analysis to the representation of (new) elements of the proposal]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1(2013), 5-18.
- Turchi, G.P., Romanelli, M., Vendramini, A., & Copiello, M. (2013). L'incisività attuale e (potenziale) della psicologia rispetto alla comunità umana: L'esigenza di uno scarto paradigmatico [The current incisiveness and (potential) of psychology in the human community: The need for a paradigm shift]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2013), 39-47.
- Turci, P., & Roveroni, P. (1987). *Psicopatologia e livelli di realtà: In tema di rapporti fra epistemologia e psichiatria* [Psychopathology and levels of reality: On the relations between epistemology and psychiatry]. Milano: Raffaello Cortina Editori.
- Zilboorg, G., & Henry, G.W. (1963). *Storia della psichiatria* [History of medical psychology]. Milano: Feltrinelli (Original work published 1941).

Users and Relatives Experts (UFE) as a resource in psychic illness treatment

Lucrezia Notabartolo; Rossana Cali; Paola Miano^{·, ·, ·}

Abstract

Taking charge of psychiatric patients represents a complex intervention, aimed at increasing autonomy and quality of life of both individuals with a severe psychiatric symptomatology and their relatives; in particular, psychiatric rehabilitation and psychoeducational interventions, focusing on treatment and relational and social skills, may lead to a decrease in negative effects from the illness. From the experience of a Mental Health Department in Trento, a Psychiatric Service for Diagnosis and Treatment in Palermo launched a project based on the participation of Users and Relatives Experts (UFE) in various activities related to reception, support and self help group. UFE intervention was analysed through research that envisaged the administration of an interview to 27 users, evaluating the contact experience between users and UFE, with reference to the presence and the frequency of eight dimensions estimated as meaningful (received empathy, expressed empathy, trust, confidence, received parity, expressed parity, hope, compliance). The story of a woman with a diagnosis of Bipolar I Disorder clearly expresses the function of the UFE group and the positive effects that UFE activities can have, both on group members and on those who benefits from their intervention.

Keywords: mental illness; psychiatric treatments; user involvement; relatives involvement.

[·] Psychologist, psychotherapist, president of UFE Palermo onlus. E-mail: lucrezia.notarbartolo@mail.com

[·] Psychologist. E-mail: r.cali13@alice.it

[·] Psychologist, psychotherapist, associate professor of dynamic psychology, University of Palermo. E-mail: paola.miano@unipa.it

Notabartolo, L., Cali, R., & Miano, P. (2016). Gli Utenti e Familiari Esperti (UFE) come risorsa nel trattamento delle patologie psichiche [Users and Relatives Experts (UFE) as a resource in psychic illness treatment]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 41-53 . doi: 10.14645/RPC.2016.2.589

Gli Utenti e Familiari Esperti (UFE) come risorsa nel trattamento delle patologie psichiche

Lucrezia Notabartolo, Rossana Calì, Paola Miano

Abstract

La presa in carico dei pazienti psichiatrici si configura come un intervento complesso, finalizzato ad aumentare l'autonomia e la qualità della vita sia della persona con una sintomatologia psichica grave, sia dei suoi familiari; in particolare, gli interventi di riabilitazione psichiatrica e quelli psicoeducativi consentono di diminuire gli effetti negativi della patologia, focalizzandosi sul trattamento e sulle competenze relazionali e sociali. A partire dall'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Trento, un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Palermo ha attuato un progetto basato sulla partecipazione degli Utenti e Familiari Esperti (UFE) in varie attività relative all'accoglienza, al sostegno e al gruppo di auto-mutuo-aiuto. L'intervento UFE è stato analizzato attraverso una ricerca che ha previsto la somministrazione a 27 utenti di un'intervista nella quale viene valutata l'esperienza di contatto fra utenti e UFE, in riferimento alla presenza e alla frequenza di otto dimensioni considerate significative (empatia ricevuta, empatia espressa, fiducia, confidenza, parità ricevuta, parità espressa, speranza, compliance). La storia di una donna con una diagnosi di Disturbo Bipolare di tipo I esprime con chiarezza la funzione del gruppo UFE e gli effetti positivi che l'attività UFE può avere sia sui membri del gruppo che su coloro che beneficiano del loro intervento.

Parole chiave: disturbo psichico; trattamento psichiatrico; coinvolgimento utenti; coinvolgimento familiari.

· Psicologa, psicoterapeuta, presidente Associazione UFE Palermo Onlus. E-mail: lucrezia.notarbartolo@mail.com

· Psicologa. E-mail: r.calì13@alice.it

· Psicologa, psicoterapeuta, professore associato di psicologia dinamica, Università degli Studi di Palermo. E-mail: paola.miano@unipa.it

Notabartolo, L., Calì, R., & Miano, P. (2016). Gli Utenti e Familiari Esperti (UFE) come risorsa nel trattamento delle patologie psichiche [Users and Relatives Experts (UFE) as a resource in psychic illness treatment]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 41-53. doi: 10.14645/RPC.2016.2.589

Il trattamento del paziente psichiatrico e il coinvolgimento dei familiari

La riflessione sulla presa in carico dei pazienti psichiatrici ha sottolineato l'importanza di sostenerne l'autonomia (Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997); infatti, l'assenza o la regressione dei sintomi, sebbene di notevole importanza nella valutazione della condizione dei pazienti con diagnosi psichiatrica, non satura la questione del loro benessere psicofisico (Carozza, 2006), che risulta comprensibile solo in un'ottica complessa e multifattoriale. La lezione di Canguilhem (1966/1998) ci spinge a considerare la condizione patologica come uno stato in evoluzione, soggetto al cambiamento e rappresentabile attraverso un valore negativo che assume un carattere positivo in quanto occasione di vitalità, che viene offerta a tutti gli individui nella loro finitezza. Se tutti ci troviamo in uno stato di fragilità, ecco che gli aspetti associati al benessere tendono, quindi, a coincidere sia in presenza che in assenza di una sintomatologia diagnosticabile in quanto menomante rispetto a uno o più ambiti di vita. Deegan (1992) sottolinea come per gli utenti psichiatrici la ricerca di autonomia e il bisogno di ricevere sostegno possano essere considerati due elementi interdipendenti; per le persone con disagio psichico, ma non solo per loro, è particolarmente importante trovare un equilibrio tra la capacità di sperimentare spazi e occasioni di autonomia, da un lato, e la possibilità di richiedere aiuto e utilizzare le risorse disponibili, dall'altro. Come sottolinea Albanesi la promozione della salute si realizza attraverso il processo di *empowerment* individuale che porta gli utenti psichiatrici a "reclamare un diritto di controllo sulla propria vita e di autorappresentazione e autotutela" (Albanesi, 2001, p. 263). Un concetto che può aiutarci a definire con maggiore precisione questa dimensione è quello di *sense of agency* (Wegner, 2002) relativo al considerarsi attivi, responsabili e in grado di influenzare sia il sé che il contesto.

Tenendo conto di questo inquadramento teorico appaiono particolarmente utili gli interventi di riabilitazione psichiatrica. La riabilitazione psichiatrica, infatti, agisce contemporaneamente sulla disabilità (quindi sulla limitata performance di ruolo del soggetto), sulla disfunzione (sulla limitata performance delle singole abilità) e sull'handicap (sulle limitate opportunità del soggetto). La riabilitazione psichiatrica tende a incrementare le risorse e a modificare l'ambiente al fine di ridurre il più possibile i fattori di stress; si concentra, quindi, su una delle principali conseguenze invalidanti della patologia mentale: la compromissione delle abilità sociali. Una delle finalità principali di questo intervento consiste nell'aiutare i soggetti a diminuire il disagio interpersonale e ambientale causato dalla disabilità, a controllare i sintomi, ad aumentare l'indipendenza, a socializzare e, infine, ad accettare i propri limiti, rendendo il soggetto consapevole del fatto che nonostante questi può essere comunque capace di affrontare le esperienze in cui è coinvolto (Carozza, 2006).

Un ulteriore elemento critico nel trattamento del paziente psichiatrico risulta essere il coinvolgimento della famiglia; la disabilità psichiatrica di un membro della famiglia ha, infatti, effetti negativi sull'intero nucleo, che si trova ad affrontare problemi che generano sentimenti di rabbia, apprensione e colpa, cui si affianca spesso un intenso senso di abbandono e di disperazione. La costruzione di un'alleanza tra il sistema curante e la famiglia dell'utente offre vantaggi rilevanti a entrambe le parti (Grunebaum & Friedman, 1988; Lefley & Wasow, 1994; Marsh, 1994); in particolare si evidenziano un coinvolgimento e un impegno reciproco nella risoluzione di problemi cruciali, una generale soddisfazione per le decisioni assunte in maniera collaborativa, una condivisione delle difficoltà, delle risorse, delle competenze e dei punti di forza, un aumento dell'efficacia dei trattamenti, rapporti connotati da reciproca comprensione ed empatia e un aumento dell'*empowerment* di tutti i soggetti coinvolti (Spaniol, Zipple, Marsh, & Finley, 2000). La possibilità di costruire relazioni caratterizzate da empatia risulta particolarmente importante in quanto la strutturazione di un'alleanza terapeutica positiva aumenta direttamente la probabilità che se un paziente e la sua famiglia sperimenta vissuti di cura, comprensione e valorizzazione all'interno della relazione d'aiuto è più facile che aderiscano agli obiettivi terapeutici (Reiss-Brennan & Kirstein, 2002).

Infine, tra gli interventi che mirano a coinvolgere i familiari dei soggetti con disabilità psichiatrica, vogliamo menzionare i gruppi di auto-mutuo-aiuto e gli interventi psicoeducativi. I gruppi di auto-mutuo-aiuto consistono in un tipo di intervento non istituzionale, la cui caratteristica fondamentale è quella di essere una fonte di aiuto reciproco e uno strumento utile a difendere i diritti sia degli utenti che delle loro famiglie, nonché a informare e rendere competenti altri familiari. Uno dei principi fondamentali su cui si fondano i gruppi di auto-mutuo-aiuto è che non esiste un operatore che abbia le stesse capacità di riparare e risanare che, invece, un familiare dimostra di possedere nei confronti di un membro della famiglia in condizione di bisogno; inoltre, chi ha già affrontato un problema è in grado di capire e supportare in maniera efficace la persona che si trova a gestire una situazione simile alla propria. Il supporto tra pari fornisce per prima cosa un posto in cui condividere le esperienze e confrontarsi sui modi maggiormente opportuni per affrontarle; essendo tale condivisione carica di sentimenti angoscianti è fondamentale che le famiglie possano periodicamente ritrovarsi in un ambiente non colpevolizzante, dove non solo c'è la possibilità di imparare a sviluppare strategie efficaci a fronteggiare i problemi dell'utente, ma in cui vi sia anche la possibilità di piangere senza sentirsi giudicati o colpevolizzati. Altra funzione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto è quella di

migliorare il sistema dei servizi e delineare in maniera più chiara il ruolo delle famiglie nei processi di cura. Tali gruppi, infatti, assumono un ruolo di pressione e monitoraggio sempre più forte nei confronti delle istituzioni al fine di ricevere servizi di qualità sempre più elevata (Carozza, 2006).

Un altro intervento particolarmente efficace per aiutare le famiglie di pazienti psichiatrici è l'intervento psicoeducativo. Secondo Bellack & Mueser (1993) le componenti fondamentali dell'intervento psicoeducativo integrato sono: 1) la valutazione dei punti di forza e di debolezza e la definizione di obiettivi per ciascun membro della famiglia, e per quest'ultima nel suo insieme; 2) la comunicazione di informazioni sul disturbo psichiatrico diagnosticato e sul suo trattamento; 3) la trasmissione di abilità di comunicazione funzionali ai componenti del nucleo familiare; 4) il consolidamento di strategie efficaci di *problem-solving*; 5) l'utilizzo di strategie specifiche per rispondere a esigenze particolari. Una peculiarità di questo approccio risiede nel fatto che esso non si limita a coinvolgere i membri della famiglia nel trattamento del paziente, ma aiuta ognuno di essi a raggiungere obiettivi personali.

Gli Utenti e Familiari Esperti a Trento

Nel 1999, a Trento, grazie all'impegno del direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Renzo De Stefani e dei suoi collaboratori nasce un approccio, denominato "fareassieme", che mira a coinvolgere gli utenti psichiatrici e i loro familiari nella cura della patologia mentale. Alla base di questa modalità di intervento c'è la convinzione che sia gli operatori che gli Utenti e i Familiari Esperti siano portatori di competenze di cura; questo sapere, che per gli operatori è l'esito di anni di studi e formazione, per gli utenti e i familiari è frutto dell'esperienza legata all'aver affrontato l'emergenza di una patologia psichica. La possibilità di integrare le risorse degli UFE con quelle dei professionisti permette di aumentare le conoscenze e la capacità di prendersi cura dei pazienti, favorendo lo sviluppo di relazioni paritarie basate sulla fiducia reciproca. Per i pazienti con patologie psichiche il confronto con gli UFE agevola, nonostante l'angosciante presenza della sintomatologia, la consapevolezza delle proprie risorse e della speranza di avviare un cambiamento e accedere a una condizione migliore (Petronio et al., 2014).

Gli UFE sono soggetti "esperti per esperienza", i quali hanno sviluppato consapevolezza del valore d'uso del loro sapere esperienziale, sono, nel caso degli utenti, in condizioni di compenso clinico e sono disponibili a fornire il loro contributo in maniera continuativa e competente. Dopo avere ricevuto una specifica formazione dagli operatori, infatti, forniscono prestazioni riconosciute, remunerate e specifiche rispetto a quelle offerte dai professionisti delle relazioni di cura. È importante sottolineare che gli UFE affiancano gli operatori, ma ovviamente non li sostituiscono, piuttosto essi rappresentano un valore aggiunto, migliorano il clima, favoriscono l'adesione ai trattamenti e migliorano la qualità percepita dell'assistenza sanitaria e il rapporto con il servizio. Il paziente psichiatrico che entra in contatto con gli UFE può trarre beneficio dall'incontro con una persona che sente simile a sé, che gli offre, insieme alla propria esperienza "un esempio di percorso di cura riuscito, vicinanza emotiva, fiducia e speranza, che lo affianca nei luoghi e nei momenti dove la sua sofferenza è più intensa" (De Stefani, 2012, p.14). Egli rappresenta, come sostengono Petronio e colleghi (2014) un testimone credibile della plausibilità del cambiamento. Nell'esperienza di Trento gli UFE sono circa 45 e sono operativi nel reparto dell'ospedale, all'accoglienza del centro di salute mentale e nelle residenze protette come garanti dei percorsi di cura condivisi.

Gli Utenti e Familiari Esperti a Palermo

Nel modello trentino, la dottoressa Grazia Guercetti, responsabile del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale Civico di Palermo ARNAS¹, riconosce una possibilità di miglioramento dell'offerta di cura psichiatrica. Inizia allora un percorso di "preparazione del territorio", individuando le persone – operatori, pazienti e familiari – che possano essere adatte a questa operazione di "restauro"².

Nel 2012 nasce l'Associazione UFE Palermo Onlus, che si pone come obiettivi l'inserimento degli UFE nelle strutture sanitarie a titolo di volontariato e il sostegno all'attività di un preesistente gruppo di auto-mutuo-aiuto (AMA) caratterizzato dalla presenza di almeno 1 operatore, assetto che consente di mediare la comunicazione, fornire una corretta informazione su tematiche di interesse comune, svolgere una funzione

¹ Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione.

² Desideriamo ringraziare la dott.ssa Grazia Guercetti che, credendo fortemente nel progetto, ha lavorato affinché la cura si riavvicinasse al suo significato originario: premura, sollecitudine, diligenza, zelo, attenzione, delicatezza e responsabilità. La nostra gratitudine va, inoltre, agli operatori che hanno dedicato il loro tempo e il loro impegno a questo progetto: Chiara Majorana, Diana Dessy, Caterina Sorce e, con sincerità, agli utenti e ai familiari che hanno sostenuto l'intervento UFE con la loro fiducia.

psicoeducativa e stimolare il dibattito. Occorre sottolineare che la particolarità dei gruppi AMA in questione è la presenza degli operatori; tale scelta nasce da tre ordini di necessità: in primo luogo, fornire, laddove opportuno, un supporto psicoeducativo, parte integrante del continuo lavoro di utente o familiare esperto. In secondo luogo, l'attività degli UFE nei reparti pone loro delle questioni, pratiche ed emotive che è opportuno discutere periodicamente in gruppo con la presenza di operatori qualificati. Infine, gli operatori fungono da facilitatori della comunicazione, evitando che questa si polarizzi eccessivamente su una tematica o su un membro del gruppo. L'AMA, in questo assetto, si è rivelato efficace, come dimostrato dalla continuità nel tempo: nel corso di quattro anni il gruppo non solo si è mantenuto stabile ma è cresciuto anche in termini di numerosità tanto da rendere necessaria una scissione in due differenti gruppi. Questo dato contrasta con l'esperienza passata dei suoi componenti, secondo la quale la durata media dei gruppi AMA precedenti non superava l'anno e mezzo. Altra caratteristica da sottolineare è la presenza congiunta di familiari e utenti, in certi casi persino di interi nuclei familiari. Tale compresenza, non scevra da alcune perplessità iniziali, ha consentito a familiari e utenti di apprendere modalità di comunicazione più funzionali e di mettere in pratica quanto appreso nei cicli di incontri psicoeducativi effettuati.

Il gruppo di auto-mutuo-aiuto prevede la presenza sia degli utenti che dei familiari; questo assetto, inizialmente fonte di perplessità da parte di alcuni familiari, si è rivelato nel tempo molto efficace, in quanto sia i familiari che gli utenti hanno appreso nuove modalità comunicative maggiormente improntate all'apertura e all'assertività e hanno appreso informazioni relative alla patologia e alla sua terapia che ne hanno consentito una migliore gestione. Gli obiettivi che attraverso il gruppo AMA si vogliono perseguire sono:

- favorire il confronto e il sostegno reciproco su esperienze comuni;
- apprendere diverse modalità di affrontare problematiche simili e strategie alternative nel fronteggiarle;
- favorire una comunicazione assertiva a partire anche dall'individuazione in vivo di modalità disfunzionali e dalla sperimentazione di modalità alternative;
- ridurre il vissuto d'isolamento del singolo o della famiglia;
- favorire l'aderenza ai percorsi di cura e la relazione con il servizio sanitario;
- creare occasioni di incontro informale e di ampliamento degli spazi di vita (palestra, occasioni sociali, vita culturale ecc.).

Il gruppo AMA è attualmente composto da 20 partecipanti ed è caratterizzato dalla compresenza di utenti, familiari e operatori; relativamente all'efficacia di questo intervento è stato possibile rilevare risultati positivi in termini di soddisfazione manifestata dai partecipanti relativamente alla presenza di benefici rilevati in vari ambiti. In particolare, sia negli utenti che nei familiari, aumenta la percezione di ricevere dagli altri solidarietà e sostegno psicologico. Inoltre, in termini di efficacia, appare rilevante il fatto che nessuno degli utenti coinvolti nell'attività UFE sia andato incontro a nuovi ricoveri; l'intervento, quindi, sembra avere un effetto preventivo rispetto all'emergenza di sintomi patologici nuovi o più gravi.

Altro obiettivo perseguito dall'associazione, che risulta essere di fondamentale importanza è la partecipazione degli UFE alla Rete Ufologica Nazionale; tale attività nasce nel giugno 2012 con lo scopo di allargare lo scambio di esperienze tra iniziative analoghe esistenti in Italia. Sin dalla sua creazione sono state organizzate giornate d'incontro a cadenza semestrale a cui gli UFE di Palermo hanno partecipato attivamente con testimonianze degli operatori coinvolti e degli stessi UFE. L'associazione si è inoltre impegnata nell'organizzazione di convegni come il IV incontro della Rete Ufologica Nazionale che ha consentito la diffusione del modello del "fareassieme" nella realtà palermitana ed eventi culturali finalizzati anche alla raccolta di fondi da destinare all'associazione stessa, per la produzione e diffusione di materiale informativo digitale e cartaceo e per attività di sensibilizzazione, rivolte al territorio e alle agenzie educative, focalizzate sulle problematiche inerenti la salute mentale e il ruolo degli UFE nel sistema sanitario, con particolare attenzione alla prevenzione dell'isolamento sociale degli utenti con patologie psichiatriche e delle loro famiglie e alla lotta allo stigma nei loro confronti.

A Palermo il lavoro degli UFE si realizza in una varietà di azioni che vanno dall'accoglienza del paziente, al sostegno rivolto al suo sistema familiare, all'organizzazione di attività educative, al sostegno nella risocializzazione, all'assistenza nel disbrigo pratiche, alla co-gestione del gruppo di auto-mutuo-aiuto e alla formazione di nuovi UFE, e alle "dimissioni protette". In particolare quest'ultima attività si è rivelata nel tempo particolarmente efficace all'interno del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura presso il quale gli UFE accompagnano i pazienti durante tutte le fasi del ricovero. Durante la fase di post-dimissione la presenza degli UFE si è dimostrata particolarmente utile nel sollecitare il paziente o i suoi familiari a recarsi regolarmente ai controlli, nel mediare la comunicazione con i familiari o nel coadiuvare l'utente nel disbrigo delle pratiche, e nell'organizzazione del post-ricovero. A volte inoltre si rendono necessarie azioni semplici quali reperire vestiti, spiegare ulteriormente le prescrizioni terapeutiche, accompagnare fisicamente il paziente; azioni semplici ma che colmano un vuoto spesso all'origine della dispersione dei pazienti nei percorsi di cura. Attualmente dieci UFE sono impegnati all'interno dei Servizi di Salute Mentale di Palermo

(Modulo 1); in particolare sono impegnati per circa cinque ore la settimana tre UFE presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e tre UFE nella Comunità Terapeutica Assistita mentre nel Centro di Salute Mentale sono impegnati 4 UFE, ciascuno dei quali è presente per circa 12 ore settimanali.

Uno studio esplorativo sugli UFE

L'intervento messo in atto dagli UFE è dotato di una specificità che lo distingue dagli interventi offerti dalle figure professionali che operano all'interno dei Servizi di Salute Mentale. L'attività degli UFE si fonda sul sapere esperienziale, ovvero su quel tipo di conoscenza e competenza esito dell'aver direttamente sperimentato la condizione di malattia psichica e la sofferenza ad essa connessa (De Stefani, Torri, & Bertotti, 2011).

Gli obiettivi della ricerca

L'indagine condotta a Trento sul contenuto dell'esperienza di contatto tra utenti e UFE è stata replicata all'interno del gruppo di Palermo per analizzare la validità del modello e dell'intervento degli UFE nei reparti di Salute Mentale; come nel lavoro di Petronio e colleghi (2014) la finalità dello studio esplorativo è consistita nella valutazione dell'efficacia dell'intervento e nella rilevazione di ciò che gli utenti riferiscono di avere concretamente sperimentato nella relazione con gli UFE, coerentemente a quanto proposto da un filone di ricerca basato sui resoconti dei pazienti (Lilja & Hellzén, 2008). Il processo di identificazione e definizione dei criteri di valutazione è proceduto su due livelli tra loro connessi: da un lato i criteri sono stati enucleati sulla base della relazione tra gli utenti e gli UFE, ovvero sulla base di ciò che è sembrato emergere come significativo e peculiare dell'esperienza di incontro; dall'altro lato si è fatto riferimento ai contributi presenti in letteratura relativamente agli esiti degli interventi destinati a utenti con diagnosi psichiatriche. In particolare, siamo stati guidati dalle seguenti considerazioni:

1) i ricoveri e i trattamenti sono valutati come insoddisfacenti dagli utenti quanto più sono percepiti come coercitivi; questa percezione, inoltre, tende a influenzare l'atteggiamento nei confronti di interventi futuri (Strauss et al., 2013). I tentativi negativi di persuasione/pressione (come, per esempio, la minaccia di utilizzare la forza) sono valutati maggiormente coercitivi rispetto ai tentativi positivi di persuasione/pressione, focalizzati sulla decisionalità dell'utente ed associati alla percezione di essere trattati con rispetto, interesse e fiducia (MacArthur Research Network on Mental Health and Law, 2004);

2) variabili come una buona alleanza con gli operatori e un rapporto caratterizzato da empatia e coinvolgimento sono positivamente associate a una valutazione positiva dell'esperienza di trattamento; in particolare, sembra avere un effetto significativo lo sforzo compiuto dagli operatori nel rendere gli utenti competenti rispetto alle prescrizioni farmacologiche, alla gestione della sintomatologia, all'abuso di sostanze, alla continuità del trattamento dopo le dimissioni e, infine, alle abilità relative alla vita quotidiana (Hackman et al., 2007);

3) è stato evidenziato che, all'interno della relazione con gli utenti, la fiducia è considerata un elemento cruciale anche da parte degli operatori che si occupano dell'assistenza infermieristica: la fiducia scaturirebbe dal rispetto verso gli utenti e dal condividere con questi ultimi obiettivi realistici, che prevedano sia eventuali insuccessi che il modo di affrontare gli ostacoli (Yamashita, Forchuk, & Mound, 2005); 4) gli interventi che promuovono l'autostima migliorano il funzionamento interpersonale degli utenti con diagnosi psichiatriche; i livelli di autostima, inoltre, sembrano essere positivamente associati alle dimensioni dell'*agency* e della condivisione (Bjørkvik, Biringer, Eikeland, & Nielsen, 2009).

Gli obiettivi dell'intervento sono stati operazionalizzati e la procedura di valutazione ha previsto l'individuazione di 8 dimensioni considerate significative all'interno della relazione di cura tra utenti e UFE: empatia ricevuta, empatia espressa, fiducia, confidenza, parità percepita, parità ricevuta, speranza e compliance. Per ciascuna di queste variabili è stata valutata sia l'evenienza, ossia la presenza/assenza, sia la frequenza con cui sono state sperimentate dagli utenti.

La focalizzazione sull'evenienza e sulla frequenza di emozioni e sensazioni esperite dagli utenti è supportata dal considerare queste componenti come etichette che connotano le parti significative dell'esperienza degli individui. Le emozioni assumono il ruolo di marker per i valori di riferimento (Nussbaum, 2001) e secondo l'ipotesi dei marker somatici di Damasio (2006), le emozioni possono marcare aspetti, situazioni, avvenimenti effettivi o prevedibili. Emozioni, sentimenti e valori sono correlati tra loro e sono riferibili a specifici eventi rilevanti nella vita delle persone; gli eventi marcati da emozioni e sentimenti possono quindi essere rievocati più facilmente rispetto a eventi neutrali o con bassa rilevanza emotiva, questa rilevanza avrebbe un carattere adattivo e tali eventi sarebbero memorizzati come più prontamente riconoscibili e

rievocabili. In generale, le emozioni negative dovrebbero portare a comportamenti adattivi di evitamento, mentre le emozioni positive sarebbero associate a comportamenti adattivi di ricerca (Petronio et al., 2014).

Partecipanti e procedura

Alla ricerca hanno preso parte 27 utenti del CSM 1, dell'SPDC e della CTA (Comunità Terapeutica Assistita); al fine di mantenere la riservatezza non è stato registrato nessun dato sensibile relativo ai partecipanti.

La raccolta dei dati ha previsto la somministrazione telefonica di un'intervista semistrutturata costruita da Petronio e collaboratori (2014); la somministrazione è stata realizzata da due psicologhe laureate³ in Scienze e Tecniche Psicologiche durante il tirocinio curriculare (LM-51) svolto all'interno delle attività previste dalla convenzione tra l'ASP 6 (Azienda Sanitaria Provinciale) e l'Università di Palermo.

L'intervista è focalizzata sulla qualità dei contatti tra utenti e UFE; all'interno di queste interazioni Petronio e collaboratori (2014) hanno individuato tre concetti chiave ritenuti significativi: sapere esperienziale, fiducia e speranza. Questi tre concetti sono stati, a loro volta, operazionalizzati nelle 8 variabili analizzate nell'intervista in riferimento alle esperienze relazionali tra utenti e UFE: empatia ricevuta, empatia espressa, fiducia, confidenza, parità ricevuta, parità espressa, speranza, compliance.

Gli autori hanno ipotizzato che l'incontro con gli UFE sia caratterizzato, dal punto di vista degli utenti, da una traccia emotiva, valoriale e/o somatica. Per individuare il marker che contraddistingue le esperienze degli utenti che hanno usufruito dei servizi UFE è stato chiesto agli utenti di rievocare l'esperienza di contatto con gli UFE e di rintracciare episodi connotati da empatia (ricevuta ed espressa), fiducia, confidenza, parità (ricevuta ed espressa), speranza e compliance. La comparsa e la frequenza di queste tracce rappresenta, secondo gli autori, un elemento di significatività nel vissuto delle persone, connesso a sua volta ad una motivazione a modificare la propria condizione e a generare cambiamenti positivi.

L'intervista semistrutturata è costituita da 9 domande che hanno lo scopo di rievocare, in riferimento all'esperienza di contatto fra utenti e UFE, la presenza delle otto dimensioni individuate e di rilevarne la frequenza. Le domande dell'intervista contengono una formula che consente di rilevare l'evenienza e la frequenza di ciascuna variabile. Ogni item è suddiviso in due interrogativi; la prima domanda contiene una formula che ha l'obiettivo di generare l'effetto *priming* per la rievocazione delle esperienze vissute: "pensando a tutte le volte che ha avuto contatto con un UFE..." e valuta l'evenienza della dimensione presa in considerazione; la seconda domanda, invece, viene posta solo se il soggetto ha dato una risposta positiva alla prima quindi viene valutata, su una scala Likert a 5 punti, la frequenza con cui la dimensione è stata esperita. L'item che indaga l'apertura comunicativa (confidenza), per esempio, è stato costruito come segue: "Durante gli incontri con gli UFE le è successo di raccontare loro cose che non ha mai raccontato, o ha raccontato raramente, a medici o operatori?" (evenienza) "Se sì, le è successo: sempre, spesso, qualche volta, poche volte, raramente" (frequenza).

Le otto variabili analizzate possono essere descritte come segue:

- Empatia ricevuta: valuta la sensazione di essere compresi nei propri sentimenti.
- Empatia espressa: fa riferimento alla sensazione di comprendere le emozioni espresse dal proprio interlocutore.
- Fiducia: indica l'affidamento che si fa su qualcuno o qualcosa, ma anche il credito e la stima che si hanno nei loro confronti. Una possibile definizione operativa del livello di fiducia è data dalla possibilità percepita dal soggetto che un certo risultato atteso rientri nella variabilità dei risultati desiderati.
- Confidenza: suggerisce l'idea di un'amichevole intimità. Operativamente la presenza di confidenza riguarda l'aver raccontato qualcosa di personale a una o poche altre persone verso le quali si manifesta un atteggiamento di confidenza.
- Parità ricevuta: concerne la sensazione di essere trattati alla pari.
- Parità espressa: è relativa al percepire nell'altro l'espressione di caratteristiche simili alle proprie.
- Speranza: consiste nell'attesa fiduciosa di un futuro positivo e nella realizzazione di qualcosa che si desidera. La corrispondente variabile operativa della speranza può essere riferita alla percezione, nel proprio orizzonte temporale, di un momento nel quale si potrà avere sollievo dalla sofferenza vissuta.
- Compliance: fa riferimento alla collaborazione prestata dal paziente nel seguire le istruzioni del medico. La definizione operativa può essere riferita alla richiesta diretta di essere stati o meno collaboranti con le indicazioni del medico, sia quelle relative alla terapia farmacologica che quelle relative agli interventi terapeutici di altro tipo.

³Si ringrazia la dott.ssa Rosalia Acquaro che insieme a Rossana Calì, ha curato la raccolta dei dati.

Tutte le interviste sono state trascritte *verbatim* e, relativamente ai dati concernenti l'evenienza e la frequenza delle caratteristiche dell'interazione con gli UFE, le risposte sono state registrate e riportate così come espresse dagli utenti; altri dati clinici presenti nei protocolli sono stati, invece, analizzati in base ai contenuti.

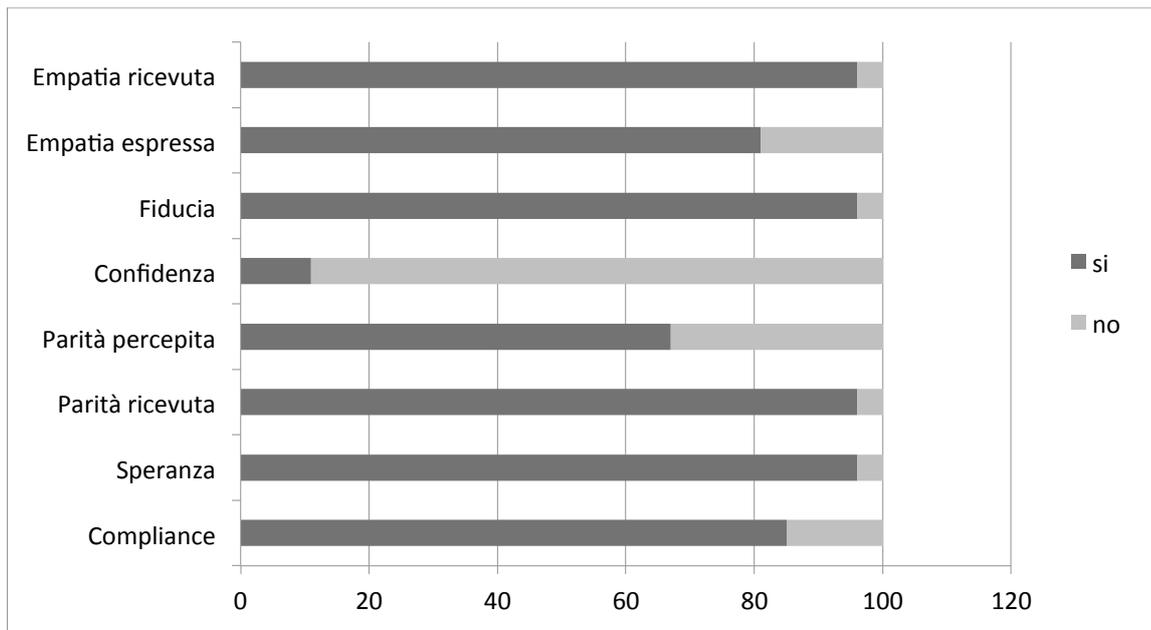
Risultati

I dati raccolti hanno permesso di evidenziare l'evenienza e la frequenza di ciascuna delle 8 variabili prese in analisi nell'esperienza degli utenti con gli UFE.

Un primo commento ai dati di evenienza si focalizza sui seguenti aspetti: la quasi totalità degli utenti intervistati ha sentito di essere stata compresa dagli UFE (l'empatia ricevuta è stata rilevata nel 96% dei casi) e di essersi sentita trattata come un pari nell'esperienza di contatto con gli UFE (la parità ricevuta è stata rilevata nel 96% dei casi). Anche l'evenienza delle dimensioni della fiducia e della speranza è pari al 96% e questo dato appare particolarmente importante in quanto tali dimensioni sembrano essere associate a una maggiore probabilità di riscontrare sia un migliore adattamento sia una maggiore motivazione al cambiamento. Rispetto all'immagine che gli UFE hanno generato negli utenti è stato possibile riscontrare che: l'empatia espressa è stata rilevata nell'81% delle interviste, indicando il fatto che la maggior parte degli utenti non solo si è sentita compresa, ma ha avuto modo di comprendere in prima persona le emozioni provate dai membri dell'UFE; la parità espressa, intesa come la percezione dell'utente di riscontrare negli UFE l'espressione di caratteristiche simili alle proprie, è stata rilevata nel 67% degli intervistati. La compliance è stata individuata nell'85% dei casi, confermando l'influenza positiva che il contatto con gli UFE può avere nell'aderire maggiormente ai trattamenti e nel seguire le indicazioni terapeutiche. Infine la confidenza, che valuta l'aver scelto in modo privilegiato gli UFE come interlocutori ai quali raccontare le proprie esperienze personali, è stata rilevata solo dall'11% degli intervistati. Questo dato evidenzia come gli UFE rappresentino un valore aggiunto, rispetto ai professionisti della salute mentale che non vengono sostituiti e che rimangono i principali punti di riferimento degli utenti, ma anche segnala un'area di insuccesso nell'intervento degli UFE che ricoprono solo marginalmente il ruolo di coloro ai quali destinare comunicazioni personali. Potremmo interpretare questo dato in relazione a quello relativo alla fiducia (96%), ipotizzando che, sebbene gli utenti nutrano un atteggiamento positivo nei confronti degli UFE, la disponibilità a condividere le proprie esperienze costituisca una caratteristica relazionale differente rispetto alla possibilità di avere fiducia negli altri. In particolare, fare comunicazioni relative alla sfera privata sembrerebbe rappresentare una caratteristica relazionale di ordine più complesso rispetto a un più generico scambio relazionale in grado di offrire sostegno e gratificazione.

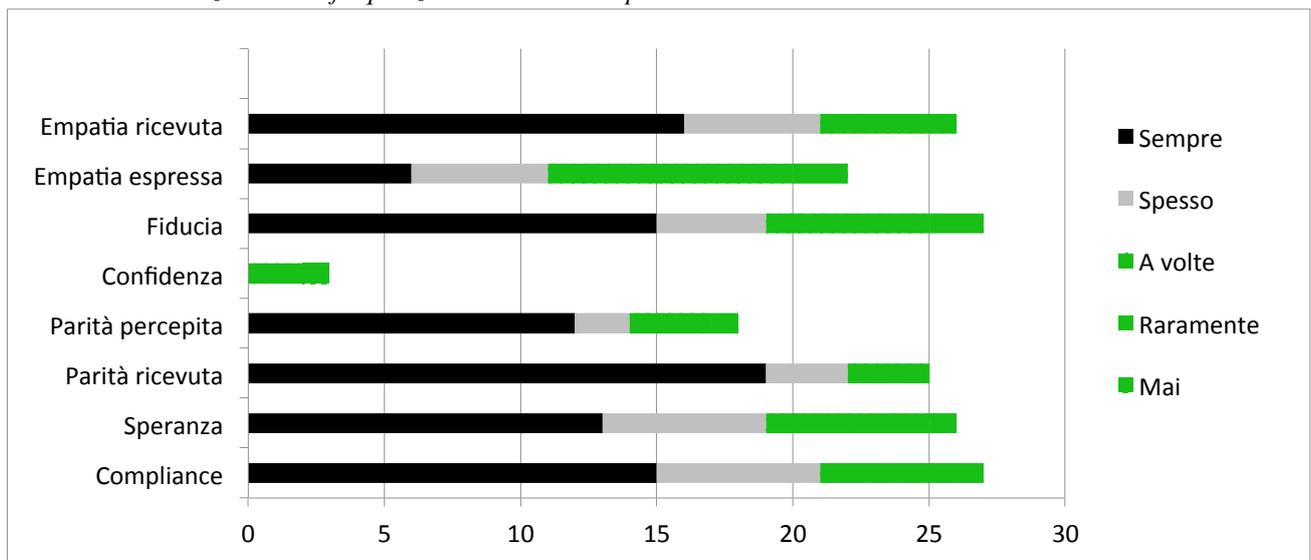
Va, inoltre, sottolineato che il più delle volte le interazioni paziente-UFE avvenivano in maniera non strutturata, ovvero non in un setting di gruppo o terapeutico, proprio perché il ruolo degli UFE non è assimilabile a quello degli operatori. I colloqui con gli UFE avvengono in luoghi che favoriscono l'interazione: nelle stanze o negli spazi comuni del reparto ospedaliero, in uno spazio specifico del Centro di Salute Mentale o negli spazi comuni della Comunità Terapeutica Assistita. Da un punto di vista clinico la relazione con gli UFE è caratterizzata dalla dimensione del sostegno, mentre gli elementi terapeutici che favoriscono il cambiamento attengono a competenze specifiche degli operatori. In tal senso, il dato relativo alla confidenza può indicare una differenziazione utile tra figure professionali e UFE: le comunicazioni intime e i contenuti psicologicamente rilevanti vengono consegnati al terapeuta di riferimento. È dunque auspicabile e positivo il fatto che ciò che avviene tra paziente e UFE riguardi elementi come la disposizione positiva che tale interazione produce, in quanto testimonianza credibile della possibilità di un cambiamento. L'alta evenienza con cui sono state rilevate quasi tutte le dimensioni esplorate conferma le ipotesi sul ruolo positivo degli UFE presso i Servizi di Salute Mentale, evidenziando l'importanza assunta dal sapere esperienziale e la sua efficacia nei percorsi di cura (Tab. 1).

Tabella 1. Distribuzione percentuale delle evenienze rilevate per ciascuna variabile



Per quanto riguarda i dati relativi alla frequenza di comparsa delle singole dimensioni esplorate è possibile notare una tendenza a riferire che le esperienze relazionali con gli UFE siano state connotate positivamente in maniera continuativa. Ad esclusione della confidenza e dell'empatia espressa, alle altre sei dimensioni vengono attribuite frequenze assolute alte, comprese tra *sempre* e *spesso*, pari a un intervallo tra 11 e 22. È possibile, quindi, affermare che non solo queste esperienze emotive e affettive vengono ritenute presenti nella relazione dalla maggioranza degli intervistati ma anche che sono avvenute in modo continuo e non estemporaneo (Tab. 2).

Tabella 2. Distribuzione delle frequenze assolute rilevate per ciascuna variabile



Possiamo affermare che i dati della nostra indagine hanno permesso di confermare le ipotesi di Petronio e colleghi (2014) sia sulle caratteristiche della funzione e del ruolo degli UFE sia sull'efficacia dei percorsi di cura attuati dagli UFE. Rispetto al confronto con i dati raccolti a Trento, le conclusioni risultano coerenti e compatibili, infatti il profilo dei risultati esaminati è simile soprattutto in relazione alla dimensione

confidenza, così come si rileva una simile differenza tra emozioni espresse e ricevute. Tuttavia, malgrado tale coerenza, l'esiguità del gruppo di partecipanti non permette di generalizzare i risultati, ed occorre considerare il fatto che l'esperienza degli UFE a Palermo è molto recente rispetto a quella di Trento ed è necessario un approfondimento degli argomenti affrontati in questo studio.

Essere UFE: La storia di Sara⁴

Il caso di Sara, allo stesso tempo utente e familiare di un utente psichiatrico, è esemplificativo del modello UFE. La paziente, nel corso della sua storia di malattia, ha avuto l'opportunità e la capacità di assumere un ruolo attivo rispetto alla patologia psichiatrica, diventando Utente e Familiare Esperto.

“Donare affetto a chi soffre ha arricchito la mia vita, donandomi quella serenità che all'inizio della mia malattia consideravo irrimediabilmente perduta”, così scrive Sara in un resoconto della sua storia. Sara è una donna di 65 anni con una diagnosi di Disturbo Bipolare di tipo I caratterizzato da episodi maniacali⁵. La sua storia di malattia e sofferenza si è arricchita nel tempo di speranza e di solidarietà; Sara attualmente è impegnata nell'attività di UFE e offre il suo servizio presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Intrattiene i pazienti, parla con loro, stringe loro la mano, li porta al bar o a fare una passeggiata; talvolta, mentre ascolta le storie che le raccontano le persone ricoverate in reparto, i suoi occhi si inumidiscono.

Sara inizia a soffrire di depressione non appena conclude le scuole superiori, avrebbe desiderato continuare gli studi iscrivendosi alla facoltà di architettura e invece si sente obbligata ad aderire al volere dei genitori e a intraprendere lo stesso percorso formativo e professionale del padre. Dopo qualche anno Sara si sposa e ha due figli, il rapporto con il marito seppure caratterizzato all'inizio del matrimonio da supporto e appoggio reciproco, risentirà successivamente del disturbo psichico di Sara, la quale durante le fasi maniacali vive relazioni extraconiugali, a volte lascia il marito, per tornare successivamente in famiglia durante le fasi depressive. Inoltre, in uno degli episodi maniacali la donna spenderà un'esosa quantità di denaro in investimenti sbagliati. Con il passare del tempo il disagio psicologico di Sara va aumentando e i sintomi depressivi si presentano con maggiore frequenza e intensità, a questa condizione contribuiscono negativamente le due gravidanze ravvicinate, l'impegno di cura richiesto dai figli piccoli, la gestione della vita familiare e il fatto che Sara riprende molto presto a lavorare dopo la nascita dei bambini.

Sara racconta alcuni eventi che hanno segnato in maniera profonda la sua vita, anzitutto la morte del padre con il quale ha lavorato per 22 anni: “Difficile per me è stato entrare in negozio e non trovarlo”. Dopo la morte del padre per Sara comincia un periodo difficile; sono anni molto duri, durante i quali cerca di andare avanti, nonostante non abbia amore per la vita e non senta alcun entusiasmo. Nella sua vita si alternano periodi di euforia, quando si presenta l'occasione di evadere dalla routine quotidiana, e periodi di buio in cui sente di vivere quasi solo per dovere. Della sintomatologia bipolare Sara sottolinea le fasi legate agli episodi depressivi che, rispetto a quelli maniacali, sono associati a una maggiore sofferenza psicologica.

Nonostante Sara sia consapevole del proprio malessere, non è in grado di cercare soluzioni terapeutiche e affronta da sola una patologia che sembra aggravarsi anche in relazione ad un altro evento che segna la sua vita: la malattia e in seguito la morte della madre. Questa perdita acutizza la sua condizione e Sara sente che nessuno può aiutarla. Dopo avere seguito una trasmissione televisiva in cui si fa riferimento alla terapia farmacologica per i sintomi depressivi, Sara si riconosce nella descrizione del paziente con episodi depressivi, si rivolge – dopo molti anni di sofferenza – a uno psichiatra e comincia subito a seguire una terapia che presto si dimostra efficace e utile. Quando nota miglioramenti significativi e inizia a stare meglio, Sara pensa che la cura prescritta non sia più necessaria e prende autonomamente la decisione di interrompere la terapia. Qualche mese dopo l'interruzione Sara ha una ricaduta, riprende i contatti con lo psichiatra che l'aveva curata e ricomincia a seguire le sue prescrizioni. Anche questa volta vi è un miglioramento ma, nonostante la donna segua attentamente le prescrizioni farmacologiche, si presenta un grave episodio depressivo che porta Sara a pensare che non ci sia più alcuna speranza: se la sua condizione non può avere soluzione è inutile vivere: Sara tenta il suicidio.

⁴ Il nome attribuito è un nome di fantasia.

⁵ Come specificato dal DSM-5 (2014) l'episodio maniacale è caratterizzato dalla presenza di almeno 3 dei seguenti sintomi: autostima ipertrofica o grandiosità, diminuito bisogno di sonno, maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare, fuga delle idee, distraibilità, aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria, eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (es. acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti o investimenti finanziari avventati). In questo quadro sindromico l'episodio maniacale può essere preceduto o seguito da episodi depressivi maggiori o ipomaniacali; questi ultimi in particolare si distinguono dagli episodi maniacali, in quanto caratterizzati da un minore periodo di alterazione dell'umore (4 giorni nel caso dell'episodio ipomaniacale, 7 giorni nel caso di quello maniacale), e da una minore compromissione del funzionamento adattivo.

Fortunatamente il tentativo di suicidio non ha conseguenze fisiche e, nel 2005, Sara conosce la psichiatra responsabile di un Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura che le spiega in maniera più precisa la sintomatologia, l'eziologia e le terapie individuate per i casi di patologia bipolare. Questo intervento permette a Sara di accettare di pensare a se stessa come a una persona che soffre di un disturbo psichico frequente; Sara si sente più sicura e più compresa, smette di colpevolizzarsi e intraprende una nuova terapia verso la quale dimostra un'altissima compliance: non ha mai interrotto l'assunzione dei farmaci, è disponibile a valutare la sua condizione psicologica nei colloqui con la psichiatra che la segue e la sintomatologia regredisce.

Quando nella vita di Sara sembra essere tornato un po' di ordine e di felicità, nel 2009 si trova ad affrontare un'altra prova difficile: il figlio più giovane, che in quel periodo viveva fuori città e al quale in seguito verrà diagnosticato un disturbo psicotico, mette in atto un tentativo di suicidio. Per Sara le cure di cui necessita sono impegnative da molti punti di vista. Nonostante questo evento critico, Sara riesce a mantenere una condizione psicologica adattiva e ad aiutare il figlio che oggi vive e lavora con i genitori e si trova in una condizione di compenso clinico.

Nell'intervento dedicato a Sara si intersecano diversi livelli terapeutici: la relazione con la psichiatra, una cura farmacologica efficace, l'attività svolta all'interno del gruppo UFE che fa sentire Sara competente e utile. Nelle parole che Sara ha scritto per raccontare l'esperienza degli UFE questa si rivela significativa e terapeutica sia per se stessa che per gli altri utenti: "Qualche giorno fa ho vissuto l'angoscia di una mamma sola e disperata di fronte alla malattia del proprio figlio. Mi sono rivista anni fa quando anch'io, affetta da depressione e in cura, mi sono sentita schiacciata in seguito alla diagnosi di schizofrenia di mio figlio. La mia ancora di salvezza è stato l'incontro con la dottoressa responsabile del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura che, credendo fermamente nelle risorse che un paziente e un familiare, per l'esperienza vissuta, portano con sé, ha fatto sì che nascesse a Palermo il gruppo Utenti e Familiari Esperti.

Il corso di psicoeducazione a cui ho partecipato qualche anno fa, mi ha permesso di conoscere molti aspetti della patologia mentale, i comportamenti del paziente affetto da una di queste patologie, il modo in cui relazionarmi con mio figlio e con me stessa, prendendo consapevolezza che queste patologie possono essere gestite se conosciute.

Durante gli incontri ho conosciuto altri pazienti che come me si trovavano in una condizione di confusione, disperazione e solitudine. Da questi incontri sono nati gli UFE, che possiedono conoscenze derivate dalla propria esperienza o da quella di un loro familiare, che possono essere immensamente utili a quanti stanno vivendo lo stesso dramma, testimoniando che il disagio mentale può essere vissuto nella consapevolezza della malattia e della terapia. Gli UFE possono essere d'aiuto a chi si trova faccia a faccia con la patologia mentale per la prima volta e a chi per anni ha vissuto nella solitudine e nell'emarginazione.

Negli incontri di auto-mutuo-aiuto un gruppo di utenti ha trovato ascolto, sostegno, solidarietà, comprensione ed amicizia sincera, nate dall'empatia priva di reticenze. La nostra presenza nel Centro di Salute Mentale, nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e nella Comunità Terapeutica Assistita, ha portato la testimonianza che il disagio mentale può essere degnamente vissuto.

Io dedico alcune ore del mio tempo ai pazienti ricoverati presso il reparto di SPDC, questi sono i pazienti che vivono probabilmente il momento più drammatico del loro percorso sanitario, al fine di portare la mia stessa vita come testimonianza dell'efficacia della terapia farmacologica, che spesso i pazienti, una volta dimessi dal reparto, abbandonano. Ascoltare queste persone, quando possibile, portarle a fare una passeggiata, a prendere un caffè o a fumare una sigaretta, è utile a rendere per loro il ricovero più umano ed accettabile. Spesso cerco di scuoterli dalla loro apatia aiutandoli a curare la propria persona, li sollecito a consumare i pasti insieme agli altri ricoverati, o gioco con loro per intrattenerli e rendere meno lunga una giornata in reparto, non mancano poi i consigli, li motivo a non abbandonare la terapia dopo i primi miglioramenti, e talvolta mi ritrovo anche ad accompagnarli nel momento della dimissione".

Il ruolo di UFE ha consentito a Sara di utilizzare la sua esperienza di malattia a favore di altri utenti, diventando per loro un modello di percorso di cura ben riuscito e rinforzando positivamente comportamenti volti alla cura, di sé e degli altri utenti. Parallelamente, la sua esperienza di madre di un utente psichiatrico le consente di sintonizzarsi emotivamente su vissuti analoghi di altre madri con esperienze simili dando loro fiducia e speranza.

Conclusioni

Il modello del "fareassieme" rappresenta una piccola rivoluzione all'interno delle cure psichiatriche, una rivoluzione che parte da una parziale revisione del concetto di malattia mentale e di cura, passa dallo sviluppare consapevolezza in chi la conosce da molto vicino, per arrivare ad uno scambio circolare, tra UFE, operatori, altri utenti e familiari. Non tutti possono diventare UFE; la figura dell'Utente e del Familiare

Esperto rappresenta un'opportunità in più rispetto alle cure tradizionali, una risorsa terapeutica che produce effetti positivi in sinergia con altre.

L'Associazione si pone come cornice di una serie di azioni e di possibilità, un quadro legislativo e, allo stesso tempo, un contenitore di relazioni che al suo interno si dispiegano. Dopo tre anni l'UFE di Palermo sta crescendo ed inizia ad interfacciarsi con altre realtà esistenti sul territorio in un'ottica di collaborazione. L'associazione nasce in seno all'ASP e proprio dall'Azienda, recentemente, viene la proposta di una concertazione con gli esponenti del terzo settore nella definizione operativa di una serie di azioni, tra le quali la co-gestione dei PTI (Progetti Terapeutici Individualizzati).

Per il futuro auspichiamo una crescita anche dal punto di vista dei tempi, degli spazi e delle modalità in cui si dispiega l'azione dell'UFE; è in apertura uno sportello d'ascolto gestito dagli UFE aperto alla cittadinanza, agli utenti e ai familiari in carico ai servizi e non, con l'obiettivo primario di offrire uno spazio di ascolto, supporto e informazione che faccia anche da ponte fra l'utenza, la famiglia e il Dipartimento di Salute Mentale. Questo spazio sarà anche adibito ad incontri tematici proposti dai pazienti e offerti dagli operatori, momenti di socializzazione, attività ricreative e gruppi di attività fisica.

Infine, a scopo di prevenzione e lotta allo stigma, l'Associazione incontrerà le agenzie educative e quanti ne faranno richiesta per far conoscere questa realtà e questa possibilità di cura, trasmettendo il messaggio che da ogni condizione problematica possono scaturire nuove risorse per se stessi e per gli altri.

Bibliografia

- Albanesi, C. (2001). Volontariati in psichiatria: Solidarietà, partecipazione, coinvolgimento [Volunteers in psychiatry: Solidarity, participation, involvement]. In R. Ruani (Ed.), *Utenti, famiglie e servizi: Risposte integrate al disturbo schizofrenico* [Users, families and services: Integrated responses to schizophrenic disorder] (pp. 255-267). Milano: Franco Angeli.
- Barrett-Lennart, G.T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91-100. doi: 10.1037/0022-0167.28.2.91
- Bellack, A.S. & Muesser, K.T. (1993). Psychosocial treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
- Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O., & Nielsen, G.H. (2009). Self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 259-265.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica* [Principles of psychiatric rehabilitation]. Milano: Franco Angeli.
- Damasio, A. (2006). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*. London: Vintage.
- De Stefani, R. (2011). Il coinvolgimento attivo di utenti e familiari nel Servizio di salute mentale di Trento: L'approccio del "fareassieme" e gli Utenti e Familiari Esperti (UFE) [The active involvement of users and family members in the Mental Health Service of Trento. The "doing together" approach and the Expert Users and Family members (UFE)]. *Salute e società*, 2, 170-179. doi:10.3280/ses2011-002eng014
- De Stefani, R., Torri, E., & Bertotti, K. (2012). *Psichiatria mia bella: Alla ricerca delle cure che Basaglia sognava* [My beautiful psychiatry: Searching for Basaglia's dreamed treatment]. Trento: Centro Studi Erickson.
- Deegan, P. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our own lives. *Psychosocial rehabilitation journal*, 15(3), 3-19. doi: 10.1037/h0095769
- Falloon, I. (1993). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: Guida al lavoro con le famiglie*. [Integrated psychoeducational intervention in psychiatry: A guide to working with families]. Trento: Centro Studi Erickson.
- Grunenbaum, H., & Friedman, H. (1988). Building collaborative relationships with families of the mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(11), 1183-1187. doi: 10.1176/ps.39.11.1183

- Hackman, A., Brown, C., Yang, Y., Goldberg, R., Kreyenbuhl, J., Lucksted, A., ...Dixon, L. (2007). Consumer Satisfaction with Inpatient Psychiatric Treatment Among Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 43, 551-564. doi: 10.1007/s10597-007-9098-3
- Lefley, H.P., & Wasow, M. (1994). *Helping families cope with serious mental illness*. Newark: Harwood Academic.
- Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 279–286.
- MacArthur Research Network on Mental Health and the Law (2004). *The MacArthur Coercion study*, May 2004 update of the executive summary. Retrieved from <http://www.macarthur.virginia.edu/coercion.html>
- Marsh, D.T. (1994). *New direction in the psychological treatment of serious mental illness*. Westport, CT: Praeger.
- Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of thought: The intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Petronio, A., De Stefani, R., Arici, S., Tamacoldi, R., Capitanio, M., & Cuni, R. (2014). Il sapere esperienziale di utenti e familiari risorsa per la promozione del benessere: L'esperienza del servizio di salute mentale di Trento [The experiential knowledge of users and family resource for the promotion of well-being: The experience of Trento mental health service]. In A.M. Acocella, & O. Rossi (Eds.) *Cos'è che cura?* [What is that take care?] *Nuove Arti Terapie (supplemento)*, 22, 52-64
- Reiss-Brennan, B., & Kirstein, J.K. (2002). Riprogrammare la salute mentale in famiglia: La pratica delle cure collaborative [Reprogram the mental health in the family: The practice of collaborative care]. In V. M. Cigoli (Ed.), *Il medico, la famiglia, e la comunità: L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia* [The medical, the family and the community. The biopsychosocial approach to health and disease]. Milano: Franco Angeli.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J. Ellison, M.L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health service. *Psychiatric services*, 48(8), 1042-1047. doi: 10.1176/ps.48.8.1042
- Spaniol, L., Zipple, A., Marsh, D.T., & Finley, L. (2000). *The role of the family in psychiatric rehabilitation. A workbook*. Boston, MA: Boston University, Center for psychiatric rehabilitation, Sargent college of health and rehabilitation sciences.
- Strauss, J.L., Zervakis, J.B., Stechuchak, K.M., Olsen, M.K., Swanson, J., Swartz, M.S., ...Oddone, E.Z. (2013). Adverse Impact of Coercive Treatments on Psychiatric Inpatients' Satisfaction with Care. *Community Ment Health J*, 49, 457–465.
- Wagner, D. (2002). *The illusion of conscious will*. Massachusetts: Bradford Books/MIT Press.
- Yamashita, M., Forchuk, C., & Mound, B. (2005). Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 62-71.

Food hunger, love hunger: An observational study of obese patients candidates for sleeve gastrectomy

Gelsomina Lo Cascio, Raffaella Cozzolino, Alberto Vito, Vincenzo Scarallo

Abstract

Obesity is a multifactorial disease that recognizes in its etiology co-presence of genetic, metabolic, hormonal, psychological and social factors influencing and supporting clinical setting. The important role played by psychological and social aspects in the field of bariatric surgery is widely recognized. The purpose of this observational study is to evaluate the presence of eating disorders in obese patients undergoing to longitudinal gastrectomy, the presence of low self-esteem and redundancy of dysfunctional interaction-family models.

Keywords: obesity; psychological support; sleeve gastrectomy; self-esteem; binge eating disorder; family interaction.

· Psychologist, volunteer psychotherapist at UOSD, AORN Clinical Psychology, Ospedale dei Colli, Naples. E-mail: mina_lo_cascio@hotmail.com

· Psychologist, volunteer Psychotherapist at UOSD, AORN Clinical Psychology, Ospedale dei Colli, Naples.

· Department unit manager UOSD, AORN. Clinical Psychology, Ospedale dei Colli, Naples.

· Medical manager UOC , AORN Psychiatry, Ospedale dei Colli, Naples.

Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Vito, V., & Scarallo, V. (2016). Fame di cibo, fame d'amore: Uno studio osservazionale dei pazienti obesi candidati all'intervento di gastrectomia longitudinale [Food hunger, love hunger: An observational study of obese patients candidates for sleeve gastrectomy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 54-68. doi: 10.14645/RPC.2016.2.615

Fame di cibo, fame d'amore: Uno studio osservazionale dei pazienti obesi candidati all'intervento di gastrectomia longitudinale

Gelsomina Lo Cascio[·], Raffaella Cozzolino^{·}, Alberto Vito^{·**}, Vincenzo Scarallo^{·***}*

Abstract

L'Obesità è una malattia multifattoriale che riconosce nella sua eziologia la copresenza di fattori genetici, metabolici, ormonali, psichici e sociali che ne condizionano e sostengono il quadro clinico. Il ruolo importante svolto dagli aspetti psico-sociali nell'ambito della chirurgia bariatrica è ampiamente riconosciuto. A partire da tale premessa proponiamo uno studio per poter valutare la presenza di disturbi del comportamento alimentare nei soggetti obesi che si sottoporranno all'intervento di gastrectomia longitudinale presso l'ospedale CTO di Napoli, inoltre la presenza di scarsa autostima e la ridondanza di modelli di interazione familiare disfunzionali.

Parole Chiave: obesità; supporto psicologico; gastrectomia longitudinale; relazioni familiari; autostima; binge eating disorder.

[·] Psicologo, Psicoterapeuta Volontario presso UOSD Psicologia Clinica AORN Ospedali dei Colli, Napoli. E-mail: . E-mail: mina_lo_cascio@hotmail.com

^{·*} Psicologo, Psicoterapeuta Volontario presso UOSD Psicologia Clinica AORN Ospedali dei Colli, Napoli.

^{·**} Responsabile UOSD Psicologia Clinica AORN Ospedali dei Colli, Napoli.

^{·***} Dirigente Medico UOC. Psichiatria AORN Ospedali dei Colli, Napoli.

Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Vito, V., & Scarallo, V. (2016). Fame di cibo, fame d'amore: Uno studio osservazionale dei pazienti obesi candidati all'intervento di gastrectomia longitudinale [Food hunger, love hunger: An observational study of obese patients candidates for sleeve gastrectomy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 54-68. doi: 10.14645/RPC.2016.2.615

Premessa

L'AORN Ospedali dei Colli¹, si occupa da circa tre anni di chirurgia bariatrica e un'équipe interdisciplinare (chirurgo bariatrico, nutrizionista/dietista, psichiatra, psicologo, anestesista, etc.), attiva presso l'Ospedale CTO, valuta le condizioni fisiche e psicologiche dei pazienti obesi in attesa di sottoporsi alla *sleeve gastrectomy*.

Lo studio del comportamento alimentare e il livello motivazionale del paziente candidato ad un intervento di chirurgia bariatrica sono di fondamentale importanza sia nella valutazione pre-operatoria, sia per l'esito del percorso complessivo.

Infatti dopo aver svolto oltre 200 colloqui psichiatrici e 200 psicologici, previsti per la valutazione dei pazienti secondo i vigenti protocolli nazionali, abbiamo, mediante la somministrazione di strumenti standardizzati, valutato e studiato la presenza del binge eating disorder, gli stili relazionali e le dinamiche familiari che sembrano caratterizzare le famiglie dei pazienti obesi, la loro autostima e quanto il sintomo obesità incida fortemente sulla qualità della loro vita.

Il presente lavoro è diviso in due parti, nella prima si definiscono le tematiche oggetto di studio, mentre nella seconda si presentano i risultati della ricerca da noi svolta.

Obesità e Binge Eating

L'obesità è una patologia cronica caratterizzata da un significativo aumento di peso con ripercussioni gravi e invalidanti sulla qualità della vita.

È una malattia multifattoriale che riconosce nella sua eziologia la copresenza di fattori genetici, metabolici, ormonali, ambientali, psichici e sociali che ne condizionano e sostengono il quadro clinico. Il ruolo importante svolto dagli aspetti psico-sociali nell'ambito della malattia è evidente nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

È definito in sovrappeso chi ha un indice di massa corporea compreso tra 25 e 30 ed è obeso chi ha un indice di massa corporea superiore a 30.

In particolare l'attenzione dei ricercatori si è concentrata a lungo sugli aspetti organici e genetici dell'obesità trascurando il ruolo dei fattori psicologici e ambientali; la sua diagnosi, infatti, è rimasta fortemente ancorata a un puro fattore quantitativo, cioè il calcolo dell'indice di massa corporea.

La diffusione sociale dell'obesità, soprattutto nelle società a capitalismo avanzato, è così ampia che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha coniato il termine di globesità (*globesity*), proprio per sottolineare l'estensione e la drammaticità del fenomeno che racchiude un enorme livello di sofferenza.

In Italia, secondo le ultime stime fatte dalla FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari), ci sono circa 4 milioni di adulti obesi e circa 16 milioni in sovrappeso, mentre l'obesità infantile colpisce circa 1 bambino su 4.

Si possono riscontrare alcune caratteristiche di personalità ricorrenti sottese all'obesità: la dicotomia tra un corpo sofferente che perde autonomia ed è esposto al giudizio e alla valutazione da parte degli altri, e un'impossibilità di farsi carico soggettivamente della situazione, un corpo quasi dimenticato dal soggetto; il rifiuto del corpo sessuato, in particolare nelle donne, per cui il corpo funziona da argine difensivo nei confronti del desiderio sessuale proprio e dell'altro.

Nella clinica dell'obesità osserviamo spesso, infatti, questo tipo di configurazione: da un lato il soggetto obeso tende ad asservirsi alle richieste degli altri e a evitare i conflitti, dall'altro gli è impossibile interrogarsi su ciò che vuole.

Il cibo sembra essere l'unica compensazione a questa modalità relazionale disfunzionale e il suo consumo può realizzarsi nella sua modalità iperfagica, dunque sistematica, oppure nella modalità dell'abbuffata periodica.

Il 30% dei pazienti obesi che richiedono una cura per la loro patologia, ha in realtà un disturbo da alimentazione incontrollata (DAI), traduzione dall'inglese binge eating disorder (BED). È un disturbo del comportamento alimentare (DCA), consistente nel ricorso frequente ad abbuffate accompagnate da una sensazione di perdita di controllo e colpisce sia uomini che donne senza una differenza particolarmente significativa tra i sessi.

Secondo il DSM V è possibile diagnosticare il binge eating disorder quando si soddisfano i seguenti criteri diagnostici:

¹ AORN: Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale.

A) Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
1. Mangiare in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. la sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B) Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.

2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.

3. Mangiare grosse quantità di cibo anche se non ci si sente affamati.

4. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C) È presente marcato disagio riguardo le abbuffate.

D) L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

E) L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come la bulimia nervosa e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Attualmente, il BED è considerato un disturbo del comportamento alimentare molto diffuso e si ritiene colpisca il 2-3% della popolazione generale adulta. La sua prevalenza cresce parallelamente al grado di sovrappeso; studi effettuati sulla popolazione generale in Italia dimostrano che la prevalenza del disturbo si stima tra il 0,7% ed il 4,6%, mentre stime statunitensi riportano un'incidenza del 5% negli obesi della popolazione generale, 10-15% negli obesi che utilizzano programmi commerciali per perdere peso, 30% negli obesi che ricercano un trattamento per l'obesità in centri specialistici, e - nei soggetti che intendono sottoporsi a chirurgia bariatrica - il disturbo potrebbe superare il 50%.

Obesità e dinamiche familiari

È stato evidenziato come le dinamiche familiari del soggetto obeso possano favorire sia la comparsa che il mantenimento di tale patologia.

Le osservazioni cliniche e gli studi hanno in proposito messo in luce come vi sia, nel contesto familiare, una marcata incoerenza da parte dei genitori nell'uso del cibo e come le relazioni siano improntate "all'uso del figlio", da parte di uno o entrambi i genitori, in funzione della soddisfazione dei propri bisogni come compenso ai fallimenti e alle frustrazioni della vita (Trombini, 2007).

Sarebbe inoltre frequentemente riscontrabile nei genitori una tendenza a fornire risposte ambigue e inappropriate alle richieste infantili e a impedire, all'interno della famiglia, una naturale espressione di aggressività tramite qualsiasi attività psicomotoria diversa dall'alimentazione.

Studi clinici mettono in luce come l'ambiente familiare mantenga il soggetto obeso in un contesto di isolamento dagli stimoli sociali e in rapporto esclusivo e idealizzato con una madre iperprotettiva e limitante le esperienze di autonomia e indipendenza. Il figlio deve imparare a corrispondere ben presto ai desideri e alle aspettative materne, piuttosto che sviluppare una propria iniziativa, con conseguenti difficoltà a livello dell'interazione sociale, dell'acquisizione dell'autostima e del senso di identità.

Le modalità di relazione e cura appaiono dunque sostenute più dall'esigenza materna di appagare ansie e bisogni propri che da una sintonizzazione sulle effettive esigenze del figlio. In queste madri è stata inoltre riscontrata una maggiore prevalenza di stili di attaccamento insicuri nei confronti dei propri genitori e del proprio partner, ciò accredita l'ipotesi che l'insicurezza nelle relazioni di attaccamento favorisca atteggiamenti relazionali ed educativi tendenti a mantenere la figura materna come punto di riferimento imprescindibile, al fine di evitare le angosce di separazione insite nel processo di autonomia dei figli.

Minuchin, Rosman e Bake (1978/1980) e Selvini Palazzoli (1988) hanno esteso l'intervento terapeutico all'intero sistema familiare dei pazienti affetti da DCA. Minuchin, ipotizzando che il figlio con disturbi alimentari distolga l'attenzione da conflitti celati all'interno della famiglia, ha proposto una cura che ridefinisse il disturbo come interpersonale, piuttosto che individuale, con l'obiettivo di portare alla luce il conflitto familiare. In questo modo il membro della famiglia portatore del sintomo può svincolarsi dalla costrizione di dover mantenere il proprio problema come elemento che possa distogliere l'attenzione della famiglia dai conflitti sottesi. Sempre nell'ambito della terapia familiare, Onnis e De Gennaro (1987) hanno proposto un modello di lavoro terapeutico basato su una riformulazione in ottica sistemica del concetto di Alessitimia. Osservando il paziente all'interno di un contesto più ampio come il sistema familiare, sostenevano l'ipotesi che la "costrizione della funzionalità emozionale" attribuita al paziente, più che caratteristica della sua personalità fosse invece "emergenza soggettiva" di una qualità del sistema. Tali sistemi familiari, in accordo con le ipotesi di Minuchin e altri, si presentano fortemente invischiati, con la scarsa delimitazione di confini tra generazioni e tra membri, con una continua intrusione negli "spazi" individuali, non solo fisici ma anche psicoemotivi. Questo comporta gravi difficoltà nei processi di individuazione e di automatizzazione specialmente quando, nella fase puberale, l'adolescente e il nucleo familiare devono essere in grado di sopportare un'esperienza di reciproca distanza, che non deve accompagnarsi a vissuti di "perdita", ma di "trasformazione" dei legami affettivi. All'interno di questi sistemi, caratterizzati da modalità interattive che si ripetono in maniera rigida e ricorsiva nel tempo, "l'evitamento di conflitto" assume una centralità significativa. Tutto è congelato in un apparente consenso unanime, che coincide con l'immagine di armonia che queste famiglie tendono a dare di sé.

Un'altra modalità interattiva che può emergere in tali sistemi familiari è la ripetizione stereotipata delle stesse regole di relazione; la difficoltà ad accettare processi di trasformazione che, pure, sarebbero necessari nei passaggi di fase del ciclo vitale; la tutela cristallizzata di un equilibrio evidentemente troppo fragile per poter accedere al rischio dei cambiamenti.

Secondo Onnis e De Gennaro (1987) la negata "esplicitazione" della protesta, l'impossibilità di "dare parola" alle istanze conflittuali e di "verbalizzare" le tensioni emozionali potrebbero giustificare la forma tutta non verbale e analogica con cui il disagio si manifesta e la scelta di una via somatica, di un "linguaggio del corpo". Alla luce di questa concettualizzazione, essi sostengono che il linguaggio del sintomo non è solo il linguaggio del corpo del paziente, ma dell'intero "corpo" familiare.

Modello circonflesso delle relazioni familiari

Lo studio operativo dell'organizzazione familiare è stato favorito da David Olson (Olson, Sprenkle, & Russell, 1979), il quale ha sviluppato un modello esplicativo, definito "modello circonflesso delle relazioni familiari".

Tale modello teorico classifica l'organizzazione della famiglia anche in base alla fase di vita che sta attraversando. Olson definisce tre modalità fondamentali per la descrizione del funzionamento della famiglia: l'Adattabilità, la Coesione e la Comunicazione.

La prima dimensione, l'Adattabilità, fa riferimento agli aspetti morfogenetici e, quindi, alla capacità di un sistema familiare o di coppia di cambiare le proprie strutture di potere, i ruoli, le regole relazionali, in risposta a situazioni di sviluppo o di stress. Le coppie e le famiglie funzionali si distinguono perché possiedono abilità di cambiamento, quando questo è effettivamente appropriato alle esigenze specifiche e al compito evolutivo richiesto. L'adattabilità è stata concettualizzata in quattro livelli:

- Caotico: corrispondente ad un alto grado di adattabilità;
- Flessibile: grado di adattabilità moderatamente alto;
- Strutturato: grado di adattabilità moderatamente basso;
- Rigido: grado di adattabilità molto basso.

Olson ipotizza che i livelli centrali di Adattabilità solitamente siano più funzionali, in quanto consentono di muoversi e sperimentare nuove organizzazioni, secondo le necessità dettate dal ciclo di vita.

La seconda dimensione del modello è la Coesione, definita come dimensione relativa ai legami emozionali che i membri della famiglia stringono gli uni con gli altri. Anche per essa sono previsti quattro livelli:

- Invischiato (alto grado di Coesione);
- Connesso (grado moderatamente alto);
- Separato (grado moderatamente basso);

- Disimpegnato(livello basso di Coesione).

Anche qui è ipotizzato che i livelli centrali (ovvero la Separazione e la Connessione) siano quelli che danno ragione di un funzionamento familiare solitamente più adeguato.

Quando i livelli di Coesione sono alti (sistema invischiato) si riscontra iper-identificazione con la famiglia a scapito dell'identità personale, diversamente quando i livelli di Coesione sono all'estremo opposto (Disimpegnato) manca un attaccamento specifico, e, dunque, un positivo senso di appartenenza cui identificarsi.

La Comunicazione è la terza dimensione del modello e viene considerata come una dimensione di facilitazione, delle coppie e delle famiglie, nel movimento verso le due precedenti di Coesione e Adattabilità. (Barners & Olson, 1985).

La Comunicazione è intesa non solo come modalità che i membri utilizzano per esprimere i loro bisogni e/o sentimenti, ma anche come elemento che favorisce il movimento dinamico del sistema tra aspetti di coesione affettiva e capacità di cambiamento. Secondo gli autori quindi, buone capacità di Comunicazione consentiranno alle coppie/famiglie di cambiare i propri livelli di Coesione e di Adattabilità più facilmente.

Dall'incrocio di queste dimensioni si forma il modello circonflesso in cui, dalla combinazione dei quattro livelli di Coesione (Disimpegno, Separazione, Connessione, Invischiamento) e dei quattro livelli di Adattabilità (Caos, Flessibilità, Strutturazione, Rigidità), è possibile identificare 16 tipi di famiglie. Queste famiglie possono essere classificate come bilanciate, intermedie o estreme, a seconda che abbiano un funzionamento rispettivamente equilibrato nelle due dimensioni, intermedio o caratterizzato da eccessi.

Obesità, autostima e qualità di vita

La relazione tra emozioni e cibo può essere ovvia, ma il fatto che l'attivazione emozionale determini dei cambiamenti nel comportamento alimentare è stato dimostrato scientificamente solo in tempi abbastanza recenti (Gremigli & Letizia, 2011).

Si è visto come il cibo sia il fattore principale che stabilizza le emozioni disforiche e l'autostima. Gli obesi, infatti, si iper-alimentano in risposta a condizioni emotive di disagio, in quanto mangiare è una delle possibili strategie comportamentali messe in atto per controllare l'umore. Nelle persone obese, mangiare può essere una strategia per ridurre la depressione di cui spesso soffrono o il disagio emotivo che accompagna lo sforzo continuo della restrizione dietetica. Diversi studi indicano che le persone obese provano più emozioni negative e assumono più cibo in risposta a stati emotivi negativi, quali rabbia, noia, tristezza, solitudine, stress e depressione, delle persone normopeso; inoltre perdono più spesso il controllo sul proprio comportamento alimentare e finiscono per iper-alimentarsi.

Al contrario, nelle persone normopeso, le emozioni negative non inducono necessariamente iperalimentazione, ma più spesso una riduzione del consumo di cibo.

Molinari e Riva (2004) hanno indagato il complesso rapporto tra rappresentazioni corporee e comportamenti evitanti, che si presentano in soggetti con un'elevata insoddisfazione corporea, con una crescente difficoltà a mettere in atto il comportamento di controllo alimentare e della forma fisica man mano che aumenta l'insoddisfazione.

Le implicazioni di un disturbo dell'immagine corporea sono notevoli: l'insoddisfazione e il disagio per il corpo sono cardini per lo sviluppo di DCA e tale insoddisfazione è legata a bassa autostima, depressione, inibizione sociale e problemi legati alla sfera sessuale.

L'obesità costringe le persone che ne sono affette a continue lotte interne sia con se stesse, per la non accettazione del proprio corpo, sia verso il mondo circostante, per guadagnarsi la stima e il riconoscimento altrui.

I DCA e l'obesità influiscono fortemente sulla qualità di vita delle persone che ne soffrono e la compromissione della qualità di vita ne è sicuramente una delle conseguenze più importanti. Le persone obese valutano la qualità di vita anche dalla possibilità di compiere piccoli gesti quotidiani cui le persone normopeso non fanno caso, come ad esempio riuscire a mettersi calze e scarpe, o prendere in braccio il proprio figlio. È una qualità di vita scadente, (nelle diverse aree di funzionamento fisico, psicologico e sociale) prima ancora della preoccupazione per la propria salute, o dell'estetica, a far scattare la motivazione che spinge a ricercare un rimedio efficace e definitivo del problema quale la chirurgia bariatrica.

Migliorare la qualità della vita è divenuto obiettivo sempre più importante nella ricerca clinica e nella promozione della salute ed è un elemento fondamentale di giudizio sull'efficacia delle cure da parte dei pazienti. Tuttavia il miglioramento della qualità di vita non è automatico dopo l'intervento chirurgico, né la repentina diminuzione del peso è di per sé sufficiente. Occorre modificare tutte quelle abitudini disadattive

consolidate durante la “carriera” di persone obese, che hanno contribuito a mantenere la patologia, oltre a ridefinire le aspettative del post-intervento riguardo la relazione con il proprio sé e con gli altri.

Le problematiche legate all’insoddisfazione corporea sono ancora più evidenti nelle persone fortemente in sovrappeso o obese, che spesso desiderano dimagrire anche per migliorare la loro immagine corporea.

Gli individui con un’alterazione oggettiva del proprio corpo, soprattutto in una società come la nostra che tende a stigmatizzarle, sviluppano spesso un disturbo dell’immagine corporea e pensano di trovare nella dieta la soluzione a tale problema. Infatti, la perdita di peso è il tentativo più utilizzato per risolvere l’insoddisfazione per un corpo opulento: “Dimagrendo mi piacerò di più”. Ma la questione è ben più complessa: il rapporto con il proprio corpo rappresenta una chiave di lettura importante nelle problematiche legate all’obesità, in quanto determina e concorre sia allo sviluppo, sia al mantenimento della patologia.

La motivazione che spinge le persone a mettersi a dieta solitamente riguarda fattori estetici e culturali; tuttavia può essere più doloroso pensare al proprio corpo come imperfetto di quanto non lo sia avere una reale alterazione in qualche sua parte. Poiché esiste una relazione debole tra immagine mentale e immagine reale del corpo, non dovremmo illuderci che correggendo un’alterazione oggettiva necessariamente migliori anche la percezione soggettiva. Questo ha implicazioni rilevanti, è importante indagare sempre la motivazione che spinge i pazienti obesi alla dieta, in quanto la non accettazione del corpo ha ripercussioni, oltre che su un comportamento alimentare molto rigido, anche sull’efficacia delle terapie, indipendentemente dalla tecnica utilizzata.

La ricerca

Obiettivo

In merito alla nostra premessa, l’U.O.S.D. di Psicologia Clinica ha svolto uno studio rivolto ai pazienti obesi candidati all’intervento di *sleeve gastrectomy*, per poter valutare:

- a) l’eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare nei soggetti obesi;
- b) l’eventuale presenza di scarsa autostima;
- c) l’eventuale ridondanza di modelli di interazione familiare disfunzionali. In particolare, in questi pazienti ipotizziamo alti livelli di coesione, tipici delle famiglie invischiate con legami molto intensi e mancanza di autonomia, associati a bassi livelli di adattabilità caratterizzanti le famiglie rigide con la leadership autoritaria, rigida divisione dei ruoli, inesistente o scarsa propensione al cambiamento.

Metodo e partecipanti

Il campione è composto da 92 pazienti che intendono sottoporsi all’intervento di Gastrectomia Longitudinale (*sleeve gastrectomy*) ed hanno sostenuto sia il colloquio psicologico che psichiatrico secondo le procedure adottate presso l’A.O.R.N. Ospedale dei Colli di Napoli.

Lo studio ha utilizzato:

- a) Un’intervista anamnestica costituita da domande a risposta multipla con lo scopo di avere informazioni anagrafiche, relative al sesso, età, nazionalità, peso, BMI, titolo di studio, status, condizione abitativa ed eventuali conoscenti che si sono sottoposti all’intervento in questione.
- b) Il questionario Binge Eating Scale - BES per valutare i comportamenti, le sensazioni, gli aspetti cognitivi associati agli episodi bulimici nei soggetti obesi. Ogni item della scala è composto da 4 affermazioni che riflettono la gravità della condizione esplorata; il punteggio è ponderato ed è diverso nei vari item. La scala si è dimostrata capace di discriminare tra non bulimici e bulimici moderati e gravi (Gormally,1982).
- c) Il questionario Rosenberg Self - Esteem Scale per valutare l’autostima globale e il senso del valore del sé. Utilizza 10 item che prevedono risposte su una scala Likert a 4 punti (Rosemberg, 1965).
- d) Il questionario FACES III, uno strumento di self-report centrato sulla percezione delle relazioni familiari e del loro funzionamento, al fine di verificare i modelli di interazione familiare. È costituito da 20 item che prevedono 5 diverse risposte, relative alla autovalutazione della propria famiglia reale. Gli stessi item sono poi ripetuti con la stessa modalità per autovalutazione della propria famiglia ideale. La somma dei punteggi grezzi espressi per ciascun item fornisce un punteggio finale di Coesione ed uno di Adattabilità. (Olson et al.,1985).
- e) Il questionario Orwell 97 valutante sia la presenza di sintomi e limitazioni funzionali connessi all’obesità, sia il loro impatto sullo stato del benessere soggettivo del paziente, in termini di qualità della vita (Mannucci

et al.,1999). Esso è composto da 18 item riferibili a 3 aree distinte: sintomi, disagio ed impatto. Per ciascun item è chiesto di valutare su una scala Likert a 4 punti l'occorrenza e/o la severità del sintomo descritto e la rilevanza soggettiva che il sintomo ha nella sua vita.

La somministrazione dei questionari è avvenuta nell'arco di 12 mesi.

Risultati e discussione

Il campione² è composto da 92 pazienti candidati all'intervento di Gastrectomia Longitudinale.

Il 60% è costituito da donne e il 40% da uomini, con un'età compresa tra i 20 e i 60 anni ed un peso incluso tra i 90 e i 180 kg. In particolare, ben il 30% degli intervistati ha un'età inferiore ai 30 anni, il 26% ha un'età compresa tra i 30 e 39 anni, il 30% un'età compresa tra i 40 e 49 anni ed il restante 14% ha un'età compresa tra i 50 e 59 anni.

Per quanto riguarda il peso, il 45% presenta un peso con valori compresi tra 90- 120kg, il 36% un peso compreso tra 121 e 150 kg e il 19% presenta un peso compreso tra 151-180kg.

Tabella 1. *Peso dei pazienti che si sono sottoposti ai nostri questionari*

Peso	
90-120 kg	45%
121-150 kg	36%
151-180 kg	19 %

Tutti i pazienti (trattandosi di candidati ad un intervento chirurgico di Gastrectomia Longitudinale) hanno un BMI superiore a 35, in particolare nel 29% dei casi il BMI oscilla con valori compresi tra 35 e 39.9 mentre il 71 % presenta un BMI superiore a 40.

Tabella 2. *BMI dei pazienti che si sono sottoposti ai nostri questionari*

BMI	
Livello Grave (35-39.9)	29%
Livello Gravissimo (> 40)	71%

Il livello culturale è medio-basso. Infatti, il 15% ha conseguito solo un diploma di licenza di scuola elementare senza completare gli studi dell'obbligo, il 46% dei pazienti ha conseguito la licenza media, il 30% ha conseguito un diploma di scuola superiore e solo il 9% la laurea.

Il 60% dei partecipanti allo studio dichiara di essere sposato, mentre è rilevante il dato secondo cui ben il 93% afferma di conoscere altre persone che si sono già sottoposte allo stesso intervento chirurgico di riduzione dello stomaco tra familiari, amici e conoscenti. Risulta quindi molto forte lo scambio di informazioni e comunicazioni nella rete sociale di chi si rivolge alla Chirurgia Bariatrica per superare i propri problemi di cattiva alimentazione.

Analizzando i punteggi ottenuti con la somministrazione del BES, è emerso che il 58% del campione presenta un comportamento alimentare di tipo binge, considerato questo sotto-gruppo di pazienti il 40% presenta un comportamento binge moderato e il 60 % di tipo binge severo.

² I dati raccolti attraverso gli strumenti citati sono stati elaborati attraverso l'uso del programma SPSS 19 IBM per l'analisi dei dati.

Tabella 3. *Tipologia di disturbo del comportamento alimentare di tipo binge tra i nostri pazienti*

Binge eating disorder	
Moderato	40%
Severo	60%

I livelli di autostima dei nostri pazienti rientrano in valori medi (66%) mentre solo il 12% presenta dei livelli molto bassi. Questo dato è in controtendenza con la letteratura, che indica bassi livelli di autostima tra i pazienti obesi. Andrebbe quindi meglio verificata la capacità selettiva del Rosenberg-Test. Comunque, come descriviamo in seguito, emerge una correlazione significativa fra livelli di autostima e il funzionamento familiare.

Abbiamo poi analizzato e descritto la percezione del funzionamento familiare dei singoli pazienti nei suoi aspetti coesivi e adattivi³ (utilizzando il Faces 3). In particolare la coesione coincide con i legami affettivi familiari e l'adattabilità rimanda alla capacità di cambiamento.

Dalle analisi è emerso che il 42% dei partecipanti alla nostra ricerca presenta valori bilanciati di coesione e adattabilità familiare mentre il 58% presenta un funzionamento non bilanciato (il 49 % presenta livelli medi di coesione e adattabilità e il restante 9% presenta livelli estremi⁴ di funzionamento familiare).

Tabella 4. *Livelli del Funzionamento Familiare attuale nelle famiglie dei nostri pazienti*

Adattabilità e Coesione Funzionamento Familiare	
Bilanciate	42%
Medie	49%
Estreme	9%

La versione ideale del nostro test, invece ci ha permesso di descrivere la soddisfazione familiare di ogni membro proprio perché il test misura il funzionamento familiare a cui ogni singolo membro aspirerebbe. Nello specifico è emerso che il 31% aspirerebbe a un livello bilanciato tra coesione ed adattabilità, mentre il 69% ad un livello non bilanciato (il 59% ad un livello medio e infine il 10% ad un livello estremo del funzionamento familiare).

Tabella 5. *Livelli del Funzionamento Familiare ideale nelle famiglie dei nostri pazienti*

Adattabilità e Coesione Funzionamento Ideale	
Bilanciate	31%
Medie	59%
Estreme	10%

Inoltre dalle nostre analisi è emerso una correlazione bivariata significativa tra il funzionamento familiare e i livelli di autostima.

Tabella 6. *Correlazione bivariata significativa tra il livello della funzionamento familiare e i livelli di autostima*

³Nei sistemi bilanciati i membri possiedono un equilibrato livello di autonomia, pur mantenendo il legame con il proprio sistema di riferimento. Si collocano nelle posizioni centrali in entrambe le dimensioni, riuscendo a mantenere sia una adeguata coesione interna che la differenziazione dei vari membri in qualità di persone differenziate ed hanno un giusto grado di flessibilità che le consente di adattarsi alle situazioni contingenti.

⁴I tipi di famiglia che presentano un funzionamento estremo, sia nel senso della bassa/alta coesione che della bassa/alta adattabilità, sono i più problematici.

	Autostima
Funzionamento familiare	
PearsonCorrelation	,238
Sig (2-Tailed)	,022

Considerando il funzionamento familiare come variabile indipendente emerge che è proprio tale valore ad influire sui livelli di autostima (F 5,402; Sig.,022).

Per quanto riguarda la valutazione della qualità della vita dei pazienti, ottenuta con la somministrazione dell'Orwell 97, è emerso che la percezione dei sintomi per l'80% del campione è abbastanza alta, per il 20% è medio.

Inoltre è emerso che il 60% vive un livello alto di disagio a livello emotivo e relazionale e il 40% è di livello medio. Nella nostra casistica non compaiono livelli lievi della percezione della sintomatologia né del disagio emotivo e relazionale. Di conseguenza è evidente come dalle nostre analisi emerge che per il 70% dei nostri pazienti l'obesità ha un forte impatto negativo sulla qualità di vita.

Ciò viene confermato dall'attività clinica da noi sostenuta, in cui si è riscontrato che la maggior parte dei candidati all'intervento di chirurgia bariatrica ha affermato che il motivo principale per cui ricorre alla chirurgia è proprio la riduzione delle sintomatologie connesse all'obesità, proprio perché comporta grosse limitazioni funzionali.

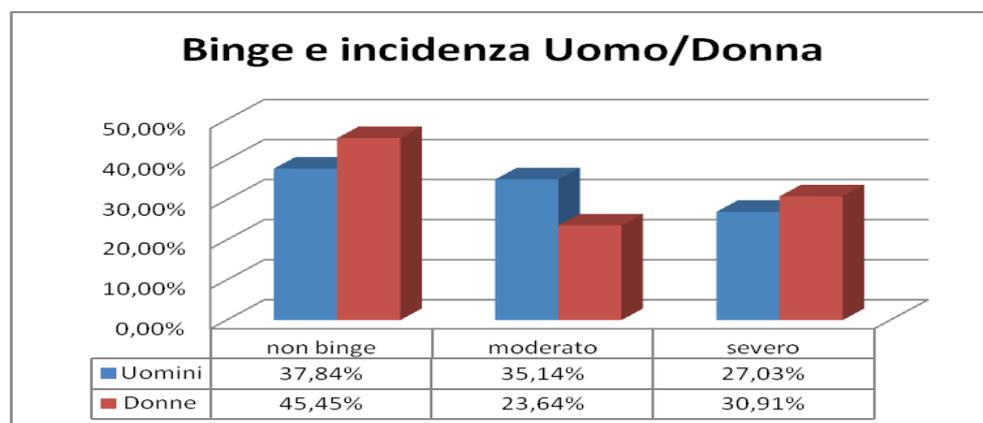
Confronto tra pazienti obesi e pazienti obesi con binge eating disorder

Abbiamo poi deciso di soffermarci nel dettaglio sui pazienti che presentano un disturbo del comportamento alimentare di tipo binge.

Come accennato in precedenza, il 58% dei nostri pazienti risulta avere un disturbo del comportamento alimentare di tipo binge, mentre il 42% degli intervistati presentano un comportamento alimentare non binge. L'analisi ha messo a confronto i risultati ottenuti nei pazienti obesi con disturbo del comportamento alimentare di tipo binge con quelli dei pazienti obesi che sembrano non presentarlo.

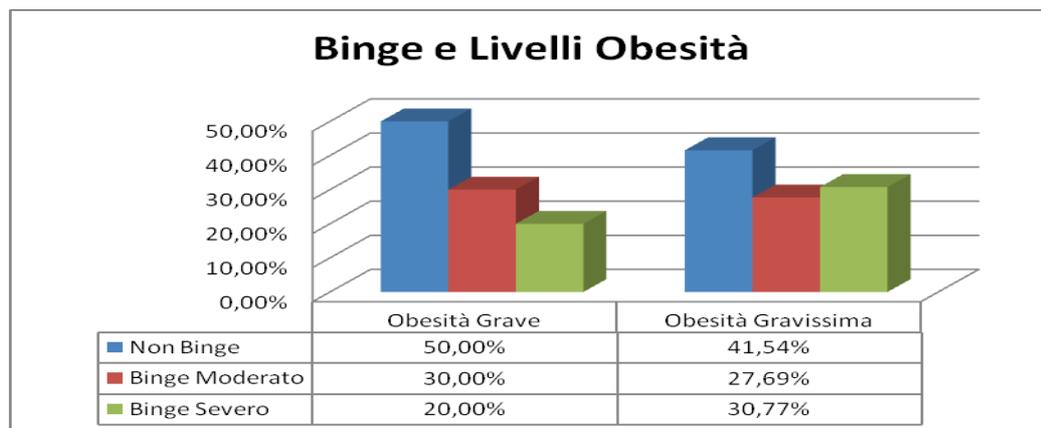
Considerato il sottogruppo dei pazienti che presentano il disturbo del comportamento alimentare di tipo binge, emerge che esso è presente nel 62,17% degli uomini (di questi il 35,14 presenta livelli moderati e il 27,03% presenta livelli severi) e nel 54,55% delle donne (il 23,64% presenta livelli moderati e il 30,91% livelli severi). Mentre il comportamento alimentare di tipo non binge è presente nel 37,84% degli uomini e nel 45,45% delle donne.

Tabella 7. *Binge disorder e incidenza uomo donna*



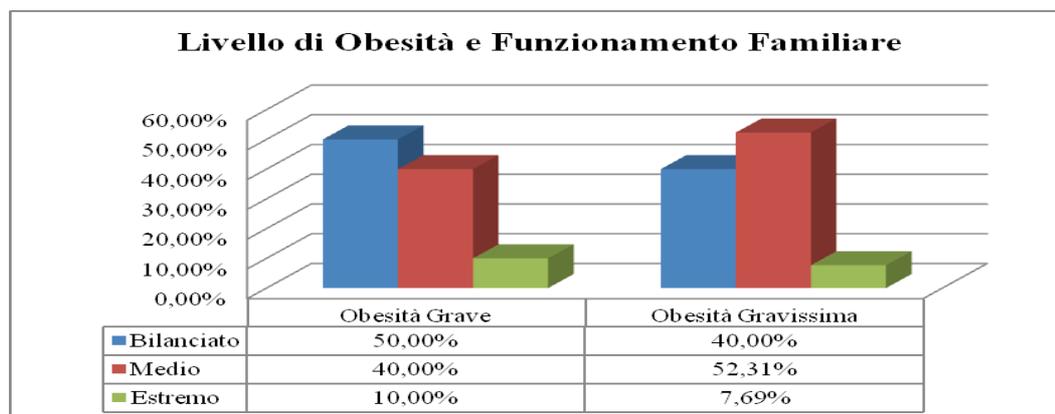
Inoltre dalle nostre osservazioni emerge che il livello di obesità Gravissima (BMI>40) è presente nel 41,54% dei pazienti obesi non binge, nel 27,69% dei pazienti con binge eating disorder di tipo moderato e nel 30,77% nei pazienti con binge eating disorder di tipo severo.

Tabella 8. *Binge disorder e livelli di obesità*



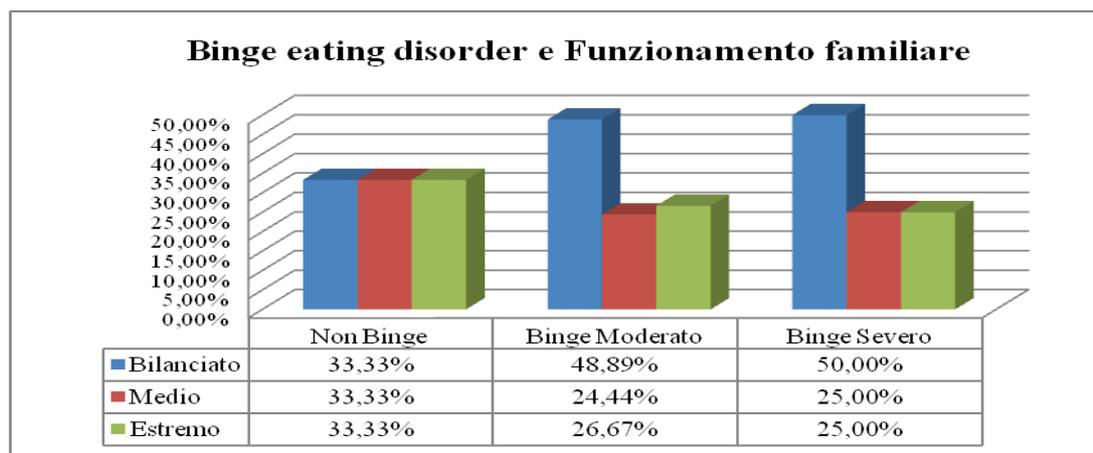
Per quanto riguarda lo stile di funzionamento familiare (prendendo in esame le variabili coesione ed adattabilità misurate dal Faces 3), è emerso che il 40 % dei pazienti con obesità gravissima presentano livelli bilanciati tra coesione ed adattabilità mentre il restante 60% presenta livelli non bilanciati (nello specifico il 52,31% presenta livelli medi e il 7,69 % presenta livelli estremi).

Tabella 8. *Binge disorder e livelli di obesità*



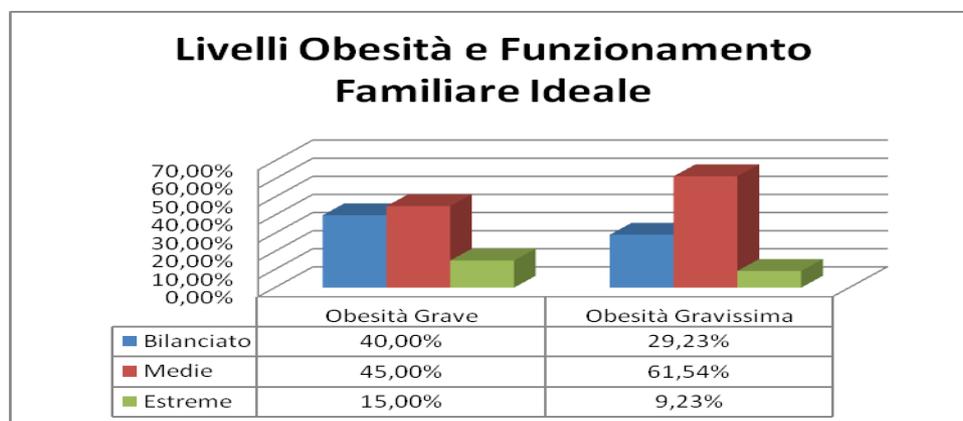
Per quanto riguarda coloro che presentano un disturbo della condotta alimentare di tipo binge è emerso che il 48,89% dei pazienti con binge eating moderato presenta livelli bilanciati tra coesione ed adattabilità nel funzionamento familiare mentre il 51,11 presenta livelli di funzionamento familiare non bilanciato (nello specifico il 24,44% presenta un funzionamento medio e il 26,67% presenta un funzionamento estremo familiare). Coloro che invece presentano un disturbo del comportamento binge di tipo severo si dividono per metà (50%) con un funzionamento familiare di tipo bilanciato e l'altra metà non bilanciato (nello specifico 25% presenta un funzionamento familiare con livelli medi tra coesione ed adattabilità e 25% con livelli di funzionamento estremo).

Tabella 10. *Binge eating disorder e funzionamento familiare*



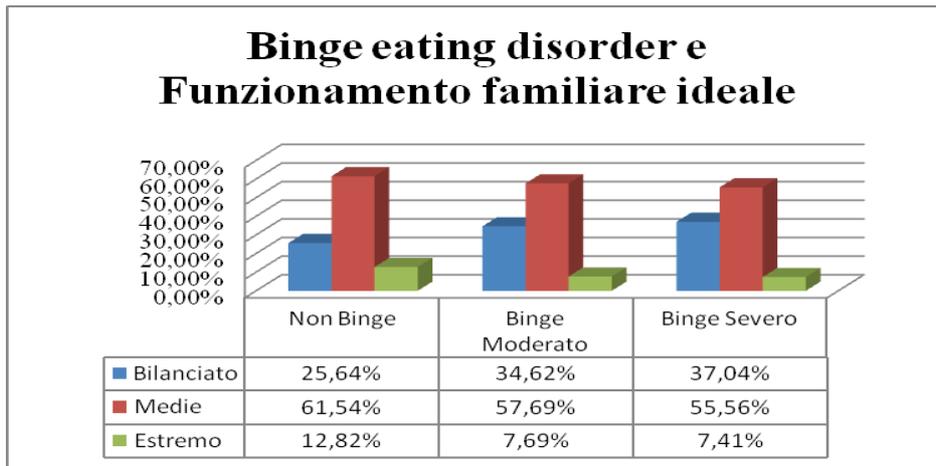
Per quanto riguarda la soddisfazione dei nostri pazienti rispetto al funzionamento familiare (presa in esame dalla versione ideale del test Faces3) si presenta una situazione diversa da quella appena descritta. Sembra che il 40% dei pazienti con obesità grave aspirerebbe ad un modello bilanciato tra adattabilità e coesione del funzionamento familiare mentre il 60% aspirerebbe ad un funzionamento non bilanciato (in particolare il 45% aspirerebbe ad un livello medio e il 15% ad un livello estremo di coesione ed adattabilità del funzionamento familiare). Inoltre il 29,23% dei pazienti con obesità gravissima sembrano aspirare ad un livello bilanciato di funzionamento familiare mentre il 70,77 aspirerebbe ad un modello non bilanciato tra coesione ed adattabilità del funzionamento familiare (nello specifico il 61,54% aspirerebbe ad un livello medio mentre il 9,23% ad un livello estremo di funzionamento familiare).

Tabella 11. *Livelli obesità e funzionamento familiare ideale*



Inoltre dallo studio emerge che solo il 34,62% dei pazienti con binge eating disorder di tipo moderato aspirerebbe ad un funzionamento familiare bilanciato tra coesione ed adattabilità, mentre il 65,33% aspirerebbe ad un funzionamento familiare non bilanciato (in particolare il 57,69% aspirerebbe ad un livello medio mentre il 7,69% ad un livello estremo di funzionamento familiare). Il 37,04% dei pazienti che invece presentano un disturbo alimentare di tipo binge severo aspirerebbe ad un livello bilanciato di funzionamento familiare ma il 62,97% aspirerebbe ad un livello non bilanciato di funzionamento familiare.

Tabella 12. *Binge eating disorder e funzionamento familiare ideale*



Infine dalle nostre analisi emerge una correlazione bivariata significativa tra la presenza di un binge disorder e la percezione della qualità della vita.

Tabella 11. *Correlazione bivariata significativa tra la presenza di binge disorder e la percezione della qualità della vita*

	Binge
Sintomo	
Pearson Correlation	,295
Sig (2 - Tailed)	,005
Disagio	
Pearson Correlation	,439
Sig (2 - Tailed)	,000
Impatto	
Pearson Correlation	,346
Sig (2 - Tailed)	,001

Inoltre è emerso che è proprio la presenza di binge disorder a influenzare una maggiore percezione del sintomo (F 8,462; Sig.,005), ad influire sulla percezione del disagio psicologico (F 21,244; Sig. ,000). Inoltre emerge la presenza di binge disorder influenza l'impatto che l'obesità ha sulla qualità di vita del paziente (F 12,071; Sig.,001).

I risultati delle nostre analisi pongono l'attenzione sul ruolo centrale della componente psicologica sulla problematica obesità, quando il corpo tende a dare voce ad un disagio di natura psichica. Diventa quindi fondamentale comprendere la natura di tale disagio e porre l'attenzione sul significato del sintomo obesità.

Conclusioni

I risultati della nostra ricerca impongono una riflessione su quanto sia importante la presa in carico del paziente obeso non solo dal punto di vista medico, prendendosi cura della disabilità fisica che la malattia comporta, ma anche dal punto di vista psicologico facendo attenzione alle dinamiche familiari.

In particolare il campione da noi preso in esame sembra fare una richiesta specifica, cioè di curare attraverso il corpo, e quindi con una riduzione del loro stomaco, un disagio che trova le sue radici a un livello più profondo. Dalle nostre analisi emerge che tale disagio sembra avere origini nelle dinamiche familiari dei nostri pazienti, i quali tendono a sperimentare funzionamenti familiari non bilanciati. Tale dato (Tabella 4,

Tabella 9 e Tabella 10) conferma le nostre ipotesi di partenza secondo le quali il sintomo obesità ci offre informazioni concernenti un funzionamento familiare rigido nei ruoli, nei confini, nei cambiamenti ed invischiato nei tipi di legami affettivi emotivi. In queste famiglie i sistemi di regole e modelli di comunicazione diventano rigidi e perdono la flessibilità necessaria per fronteggiare crisi e bisogni individuali di cambiamento. All'interno di tali famiglie, gli individui si trovano in uno stato fusionale in cui l'individualità non si distingue. Tali sistemi si caratterizzano per iperprotettività e incapacità di affrontare i conflitti; tali dinamiche comportano la tendenza a nascondere ogni tensione, in particolare vi è una rilevante difficoltà ad esprimere le emozioni negative tra cui la rabbia. Inoltre tale dato acquista maggiore forza dalla correlazione bivariata significativa tra tale funzionamento familiare e i livelli di autostima dei nostri pazienti (tabella 6). Ciò rafforza la nostra tesi, secondo la quale il sintomo obesità nella maggior parte dei casi può essere letta come un'a difesa: mettendo tra sé e gli altri una grossa quantità di grasso, l'obeso si preclude coinvolgimenti emotivi intensi che potrebbero ancora una volta deluderlo. L'obesità è una resa ai vincenti. Con il suo grasso, l'obeso sceglie di essere dalla parte sbagliata: la passività, il lasciarsi andare agli impulsi, la mancanza di autocontrollo sono distruttivi. L'obesità è la conferma tangibile del fallimento a cui conducono arrendevolezza, bonarietà e accondiscendenza verso i propri impulsi, oltre che verso gli altri. Diventa quindi fondamentale offrire ai pazienti che si sottopongono a un intervento chirurgico per la riduzione dello stomaco, dei percorsi psicologici capaci di rendere i pazienti stessi consapevoli del reale disagio che stanno vivendo, con l'obiettivo di spostare l'attenzione dal corpo (inteso come stomaco da tagliare) alle dinamiche psicologiche con una ridefinizione del problema stesso.

Bibliografia

- AA.VV. (2014). Terapia familiare [Family therapy]. *Rivista interdisciplinare di ricerca e intervento relazionale*, 105, 227-236.
- Barnes, H.L., & Olson, D.H. (1985). Parent-adolescent communication and the Circumplex Model. *Child Development*, 56 (2), 438-477.
- Gremigni, P., & Letizia, L. (2011). *Il problema obesità: Manuale per tutti i professionisti della salute* [The obesity problem: Manual for all health professionals]. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1),47-55.
- Loriedo, C., & Picardi, A. (2011). Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento: Percorsi e modelli della psicoterapia sistemico-relazionale [From general systems theory to attachment: Paths and model of relational systemic psychotherapy]. Milano: FrancoAngeli.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barculi, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L. ... Rotella, C.M. (1999). Quality of life and overweight: The Obesity-Related Well-being (ORWELL 97) questionnaire. *Addictive behaviors*, 24(3), 345-357.
- Minuchin, S., Rosman B.L., & Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche* [Psychosomatic Families]. Roma: Astrolabio (Original work published 1978).
- Molinari, E., & Riva, G. (2004). *Psicologia clinica dell'obesità* [Obesity clinical psychology]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Olson, D.H. (1985). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Faces3. *Family Social science*, 22, 69-93.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H., & Russell, C. (1979). Circumplex Model of Marital and Family System I: Cohesion and Adaptability Dimensions Family Types, and Clinical Applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Onnis, L., & Di Gennaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisione critica [Alexithymia: A critical review]. *Medicina Psicosomatica*. 32(1),45-64.
- Onnis, L. (1988). *Famiglia e malattia psicosomatica, l'orientamento sistemico* [Family and psychosomatic illness, the systemic exposure]. Roma: Carocci.

- Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso: Anoressia e Bulimia tra individuo, famiglia e società* [Time suspended: Anorexia and bulimia among individual, family and society]. Milano: Franco Angeli.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Selvini Palazzoli, M. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia* [Psychotic games in the family]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Trombini, E. (2007). Obesità e adolescenza [Obesity and adolescence]. *Recenti progressi in medicina*, 98(2),112-119.
- Vito, A. (2014). *Psicologi in Ospedale* [Hospital Psychologists]. Milano: Franco Angeli.

Identification of homogeneous risk classes in work-related stress: A methodological proposal

*Ruggero Andrisano-Ruggieri**, *Pietro Crescenzo**, *Giovanni Boccia***

Abstract

The European Agreement signed on 8 October 2004 defines the condition of work-related stress and obliges it be detected. Italian Law n. 81/08 and the Ministerial Circular of 18/11/2010 oblige Italian companies to detect work-related stress, with particular reference to Sentinel Events. This paper deals with a methodological proposal for the measurement of work-related stress, where legal restrictions are applied through the WSED-Stress method. It shows how the homogeneous classes of psychophysical risk can be detected as required by the law. The case-study shows how these risk classes may affect the measurement of work-related stress, with the OPRA test.

Keywords: work-related stress; sentinel events; OPRA questionnaire; occupational stress; public health.

* Department of Human, Philosophical and Educational Science, University of Salerno.

** Department of Medicine, Surgery and Dentistry "Scuola Medica Salernitana", University of Salerno.

Andrisano-Ruggieri, R., Crescenzo, P., & Boccia, G. (2016). Individuazione delle classi omogenee di rischio nello stress da lavoro correlato: Una proposta metodologica [Identification of homogeneous risk classes in work-related stress: A methodological proposal]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 69-98. doi: 10.14645/RPC.2016.2.629

Introduction

Being proactive, having initiative, working with all the staff, taking full responsibility of their own professional development, adhering to high levels of performance and completing assigned tasks in a short time are corporate requirements for employees in order to deal with the increased competitiveness of the job market (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). These working methods have the features of environmental pressures (Cooper & Marshall, 1975) capable of affecting the cognitive and emotional wellbeing of workers, encouraging the development of stress (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007) or real disorders caused by stress (American Psychiatric Association, 2013).

Work-related stress is one of the main problems in the workplace, with it having a significant impact on both the health of employees (Damiani, Federico, Pinnarelli, Sammarco, & Ricciardi, 2006; Deitingner et al., 2009; Nahar, Hossain, Rahman, & Bairagi, 2013; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010; Sakketou, Galanakis, Varvogli, Chrousos, & Darviri, 2014; Thorsteinsson, Brown, & Richards 2014; Turk, Davas, Tanik, & Montgomery, 2013; Von Onciul, 1996; Xiang, Coleman, Johannsson, & Bates, 2014) quanto sulla produttività e competitività delle imprese. Infatti tali evidenze, sono rintracciabili in basse performance, assenteismo e in scarsa soddisfazione lavorativa (Damiani et al., 2006; Karasek, 1979; Kerr, McHugh, & McCrory, 2009; Magnani, Mancini, & Majer, 2011; Magnavita & Garbarino, 2013; Van der Klink, Blonk, Schene, & Van Dijk, 2001; Xiang et al., 2014).

With reference to current scientific literature, the 3rd article of the European Agreement on stress in the workplace signed on 8 October 2004 defines work-related stress as a condition that could be accompanied by physical, psychological or social disorders or dysfunctions, resulting from the feeling of some persons of being unable to meet the requirements or expectations placed on them. For these reasons, the European Agreement establishes that work-related stress should be detected.

The Italian government has complied with the European work safety directives through Law 81/08 and the Ministerial Circular of 18 November 2010. In this paper, a methodological proposal of work related stress measurement according to Italian legal obligations is proposed.

This work was built for professionals, i.e. highlighting operational rather than theoretical aspects in work-related stress measurement.

Regulatory and Theory framework of work-related stress

Italian Law, on one hand, allows stakeholders to use the most deemed appropriate methodologies, while on the other, commits the stakeholders on how to detect work-related stress.

In fact, the measurement based on individual and subjective indicators (variables and personality traits) is prohibited in order to protect the worker's privacy and guarantee the worker against any possible discriminatory actions. On the contrary, the Ministerial Circular Letter signed on 18/11/2010 prescribes the use of “objective and verifiable indicators, numerically significant where possible, belonging to three distinct categories: sentinel events, the content of the work factors and work environment factors” (pp.2).

Sentinel events are a general category used in the conceptual framework of health policies to indicate possible “red flags” related to a potential occurrence of disease. They have different declinations and nomenclatures in relation to the scope (e.g. surgery or radiology) (Office of Public Health Informatics and Epidemiology, Nevada Division of Public and Behavioral Health 2013).

McLaughlin (2008) identifies their first definition in the work of the Joint Commission of 1998 where they are defined as:

an unexpected occurrence involving death or serious physical or psychological injury, or the risk thereof. Serious injury specifically includes loss of limbs or function. The event is called “sentinel” because it sends a signal or a warning that requires immediate attention (The Joint Commission, 2013, p. 1).

This conceptual category is used in the international health field. Medical dictionaries define these as “a clinical indicator type used to monitor and evaluate the quality of care, including events that require immediate attention” and “an adverse event in the health field or the other service, which determines or has the potential to create catastrophic results, involving emergency interventions and preventive measures” (MediLexicon International, 2015). In legal terms, this notion refers directly to the liability of the employer,

founded for the health and safety of workers, while clinically strongly linked to the literature on stress disorders.

Several authors (Sollecito & Johnson, 2011; Wilf-Miron & Lewenhoff, 2001) have shown how the notion of sentinel events includes any process variation that may result in a significant potential for adverse outcome and severe health. Sentinel events should not be considered in a static perspective, but rather in a dynamic one.

In fact, the Italian law identifies:

a) a cumulative effect of environmental pressure in the development of stress (Cooper, Sloan, & Williams, 1988; Magnani et al., 2011) that is shown in the organizational aspects with sentinel events: increase in turnover, disciplinary procedures, accidents, sick leave, formalized complaints by workers;

b) the dynamic nature of these phenomena. In fact, it requires to detect them through homogeneous parameters such as, for example, the temporal gait.

In this perspective, sentinel events have a main role in the development of work-related stress, so much so that Italian law requires their detection first and foremost, since they are considered a strategic element in the construction of similar classes of psychosocial risk. These classes can represent a risk of stress indicators, objective and verifiable.

The factors related to the content and environment of work are closely anchored to the results of scientific research (Kerr et al., 2009; Homer, James, & Siegel, 1990; Mausner-Dorsch, & Eaton, 2000; Johnson et al., 2005; Urbanetto de Souza, 2013; Andrisano Ruggieri, Capunzo, Crescenzo, Ambrosio, Savastano, & Boccia, 2015; Andrisano Ruggieri, et al., 2016; Giorgi, Leon-Perez, Cupelli, Mucci, & Arcangeli, 2014).

In fact, Karasek's model (1979) has already shown that work-related stress can be caused by the interaction of two key factors: job demand (workload and work complexity), which refers to the mental and physical effort required by the performance of a specific task and job control (decision-making autonomy), linked to the ability to organize and carry out the assignment to completion (Favretto, 1994).

The studies show that the simultaneous presence of high job demands and low job control are often associated with experienced illness and a low level of job satisfaction (job strain) (Magnani et al., 2011).

Further studies have made it possible to consider some psychosocial factors closely related to the working environment such as, for example, social support (social-emotional and instrumental support received from colleagues and superiors) (Fraccaroli & Balducci, 2011).

Other studies show the need to make a clear identification of the various sources of risk in the workplace. This dimension is supplemented by Johnson and Hall in their 1988 study, integrating the Karasek model. Cooper and Marshall (1975), for example, showed that the sources of stress – intended as “pressure” from the environment – can be divided into five categories: intrinsic sources at work (noise, lighting, etc...), role-related factors, career development, work relations (relational difficulties) and, finally, structure and organizational climate (decision-making constraints, budget, involvement).

Gatterel and Cooper (2008) recognize the close relationship between working life and private life highlighting that the stress response also depends on factors related to the family context and the ease/difficulty of reconciling professional and personal-family demands.

The interdependent relationship between the work and private spheres is highlighted by the fact that, on one hand, family-related problems, life crisis, financial difficulties, conflicts between friends and family requests may expose the individual to strain on work; on the other hand, work-related stress can have negative consequences on the family and personal life (Favretto, 1994). However, at the same time, private life factors can mitigate the effects of occupational stressors and vice versa, and job satisfaction can help the worker to compensate unsatisfactory aspects of private life (Favretto, 1994). Job satisfaction is considered a health condition capable of promoting a positive attitude in the employees, increasing their availability for work and improving business productivity (Lee, An, & Noh, 2012; Visser, Smets, Oort, & De Haes, 2003); it is considered mainly due to the characteristics of the work environment, rather than to the individual personality variables. Job satisfaction is considered mainly due to the characteristics of the work environment, rather than the individual personality variables (Xanthopoulou, 2003; Lee et al., 2012; Cotton & Hart, 2003; Kohantorabi & Abolmaali, 2014).

Consequently, the evaluation of the characteristics of the workplace appears to be essential for the evaluation of work-related stress (Deitingner et al., 2009; Magnavita & Garbarino, 2013; Marcatto, D'Errico, & Di Blas, 2011; Patronella et al., 2011), or generally as an expression of organizational illness (Bennett, Cook, & Pelletier, 2003; Parks & Steelman, 2008).

According to the law, these aspects appear to be linked both to the content of the work (load and work rate, rosters, schedules, etc.) and the work context (autonomy, career development, organizational culture, work-life balance, quality of relationship, social and organizational support etc.) (Kerr et al., 2009; Homer et al.,

1990; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Johnson et al., 2005; Urbanetto de Souza et al., 2013; Andrisano Ruggieri et al., 2016; Bosma, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998).

The WSED-Stress Method

The discourse developed allows to introduce and clarify the proposed methodology for detecting work-related stress and provides an attempt to give an answer to the following questions: how is it possible to obtain common risk classes and verify their role in the measurement of work-related stress? How is it possible to detect the differences in single companies and a careful evaluation of the risk of work-related stress?

In our opinion, the WSED-Stress method (Work Sentinel Events Database - Stress) represents the answers to these questions, because it operates in the measurement of work-related stress with the utmost respect of the Italian legislation and the specific nature of the business. In fact, the WSED-Stress method is distinguished by its high flexibility and adaptability, thus guaranteeing closeness to the data or rather that the measured values correspond to the examined organization reality.

Every organization operates in different markets and adopts different roles, tools, organizational functions and units; even companies in the same industrial field can have dissimilar production processes. The WSED-Stress Method contains this variability contemplating the possibility to seize it and adapting to it.

The WSED-Stress consists of diverse steps. The first is the construction of a Sentinel Event Database (SED), based on the company registry from which the data useful to the stress measurement process (absences, schedules permits, holidays, sick leave etc.) is extracted (Table. 1).

Table 1. Subject for sentinel events

Sentinel Events			
Subject	Absences expressed in hours	Overtime expressed in hours	Sickness expressed in hours
1	21	65	108
2	20	56	27
3	2	10	56
4	10	12	30

Subsequently, the data is entered into a double entry table: the rows show the identification codes of the subjects, provided anonymously by the company to protect the privacy of the employee as required by law, while in column variables related to Sentinel Events (turnover, illness, overtime, change organizational units, etc.) and organizational variables (function, role, place of work, etc.). (Table 2).

Table 2. Subjects for Sentinel Events and Organizational variables

Subjects	Sentinel Events			Organizational variables		
	Absences expressed in working hours lost	Overtime expressed in working hours lost	Sickness expressed in working hours lost	Workplace	Function	Business Role
1	21	65	108	0930 (Verona)	S1261	ROLE198
2	20	56	27	027 (Naples)	S1261	ROLE016
3	2	10	56	016 (Florence)	S1050	ROLE005
4	10	12	30	005 (Rome)	S1050	ROLE005

Note: S1050, s1261, Ruol198, RUOL1005= internal id function and role organizational code.

In a next step, the data is subjected to a series of crosses between sentinel events and structural variables, i.e. structuring elements of work activities, such as gender, role, organizational unit, territorial unit, missions, etc.

Both the sentinel events and the structural variables should be monitored on average parameters related to the frequency and duration of the phenomenon.

A diachronic reading of sentinel events is obtained allowing to capture the trend of the same in terms of presence/absence and growth/decline and their projection on the basis of variables such as the role, corporate function, territorial units etc. In this way, any reference to the individual person is lost.

This operation must be conducted by collecting data over a period of at least three years and cleaning them according to the management policies of human resources in the company being investigated. For example, some companies activate an overtime compensation system providing an equivalent in hours of rest to their employees instead of additional pay (recovery).

Figure 1 shows data related to the “overtime” sentinel event in relation to territorial variable, devoid of “hours recovery”.

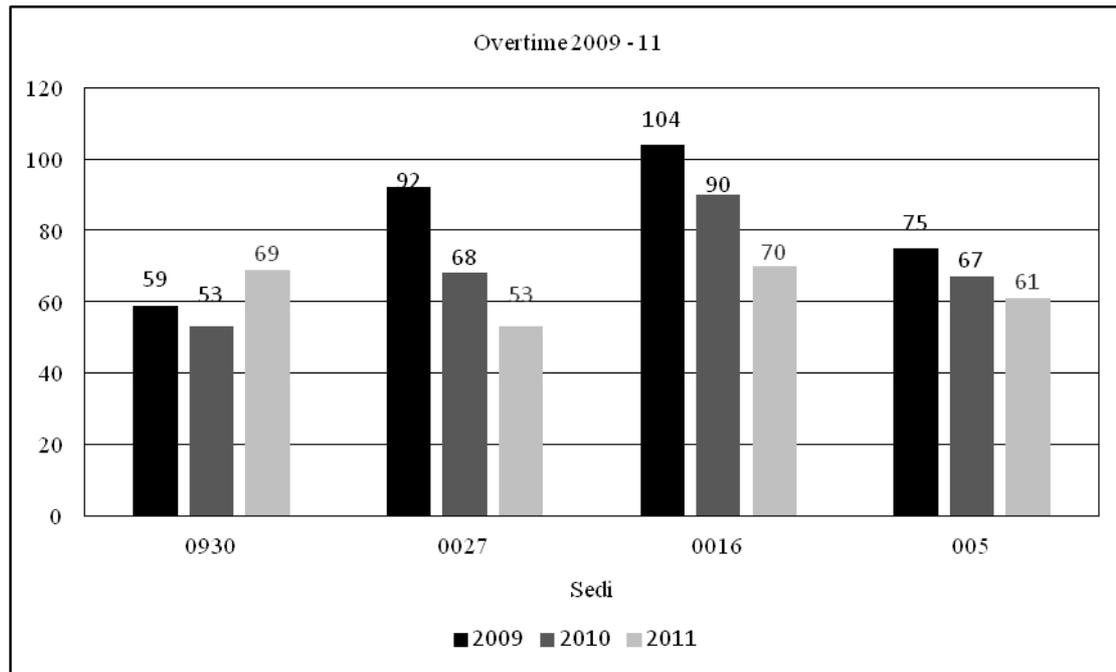


Figure 1. “Overtime” Sentinel Event in relation to Territorial variable and hours recovery

Note: 930= Verona, 027= Naples, 005 = Rome, 0016 = Florence.

This operation is repeated for all the sentinel events and organizational variables, making it possible to construct the SED (Sentinel Event Database), which in summary allows for:

- a) the detection and identification of all employees of the company for the period considered;
- b) the elimination of retired and/or dismissed subjects;
- c) the identification of all the variables in the corporate registry files;
- d) the identification of all variable modes present in the company registry files;
- e) the identification of the relevant variables for the survey (sentinel events);
- f) the elimination of any irrelevant variables;
- g) the re-categorization and incorporation of variables according to the organizational structure;
- h) the aggregation of data by subject, year, function, organizational unit etc.;
- i) Obtaining Homogeneous Classes;
- j) the processing of data descriptive statistics (mean and standard deviation, percentage calculation etc.).
- k) the comparison of data.

With this procedure, homogeneous classes of risk process are obtained as provided by the Italian law, i.e. to identify the characteristics of the two homogeneous groups: workers Inside Sentinel Events (ISE) and workers Outside Sentinel Events (OSE).

After this step, it is necessary to see the distribution of the population in relation to these two similar classes so as to understand the percentage of subjects belonging to the two groups and based on organizational variables, and then proceed to create a non-probabilistic balanced and reasonably chosen sample recovering the exact distribution proportion of the subjects in relation to the organizational variables.

The WSED-Stress method shows its flexibility and customization, bringing into the sample an accurate representation of the population and the variables that distinguish it, thus guaranteeing the best representation.

Once detected the sample, the next step is to detect the factors relating to the content and the context of work by using questionnaires.

There are different tools widely validated in current literature and used to optimize the text, which will not be discussed, but that each operator can choose to use.

However, it has been considered that the OPRA (Organizational and Psychosocial Risk Assessment) questionnaire satisfies large flexibility requirements in line with the method presented here.

OPRA is a multifactorial questionnaire developed by the Academy to effectively evaluate the presence of psychosocial risk factors as well as work-related stress conditions in accordance to the requirements of Legislative Decree n. 81/08. The solid theoretical platform upon which the instrument was developed is supported by qualitative and quantitative empirical tests that confirm the psychometrics properties. It presents a socio-personal data file that allows to integrate the variables defined by the literature on the choices by the operator – ten overall variables – adaptable to organizational reality. It is structured in three parts, each of which evaluates different aspects of the work experience based on a 5-point Likert scale (from “never” to “always”) through three indices:

- Risk index (RI). It consists of items that assess the malaise resulted from a condition of low identification with the group or organization to which they belong, by low job satisfaction, poor confidence in the organization and from the consideration of wanting to leave their place of work.
- Inventory of the sources of risk (ISR). It consists of items distributed over nine factors responsible for evaluating the sources of stress at work that may cause distress or discomfort.
- Mental and physical health (MPH). A two-dimensional scale (16 items) assesses the presence and frequency of physical and psychological disturbances. It depicts an aggregated score that provides an estimation of the effects resulting from stressful working conditions.

The administration results immediately helpful in selecting each index and/or the subscales, the distribution of scores of ISE homogeneous groups and OSE.

Crossing these data with the organizational variables, it is possible to understand the weight of sentinel events in the assessment of work-related stress in relation to the organizational variables that are considered strategic.

The case-study: a debt collection company

The WSED-Stress was built and tested on an international debt collection company to detect work-related stress. For the purposes of exemplifying, only part of the considerable amount of data is reported. The construction of the Sentinel Event Database highlights how 68% of the population was affected by sentinel events, while the remaining 32% was left out. Therefore, the sampling was carried out taking into account this distribution of the subjects according to the organizational variables and composed of two homogeneous ISE and OSE groups (reasoned choice). It was balanced by region (North, Central, South), workplace, corporate function (Corporate Governance, Back Office) and positions and organizational units (codes 930,005, etc.).

Figure 2 shows the distribution of the T scores for the two homogeneous classes (ISE and OSE), highlighting the absence of substantial differences between them for the risk index.

In fact, the scores are all on average values. There is the same result for the “geography variables” (some of workplaces in the north and center areas are both ISE and in OSE), “organizational unit” and “corporate functions”. Thus, sentinel events are not an element of risk, and, in fact, do not report any alarm conditions, much less in reference to organizational variables. This aspect provides an immediate first response to the legislative mandate.

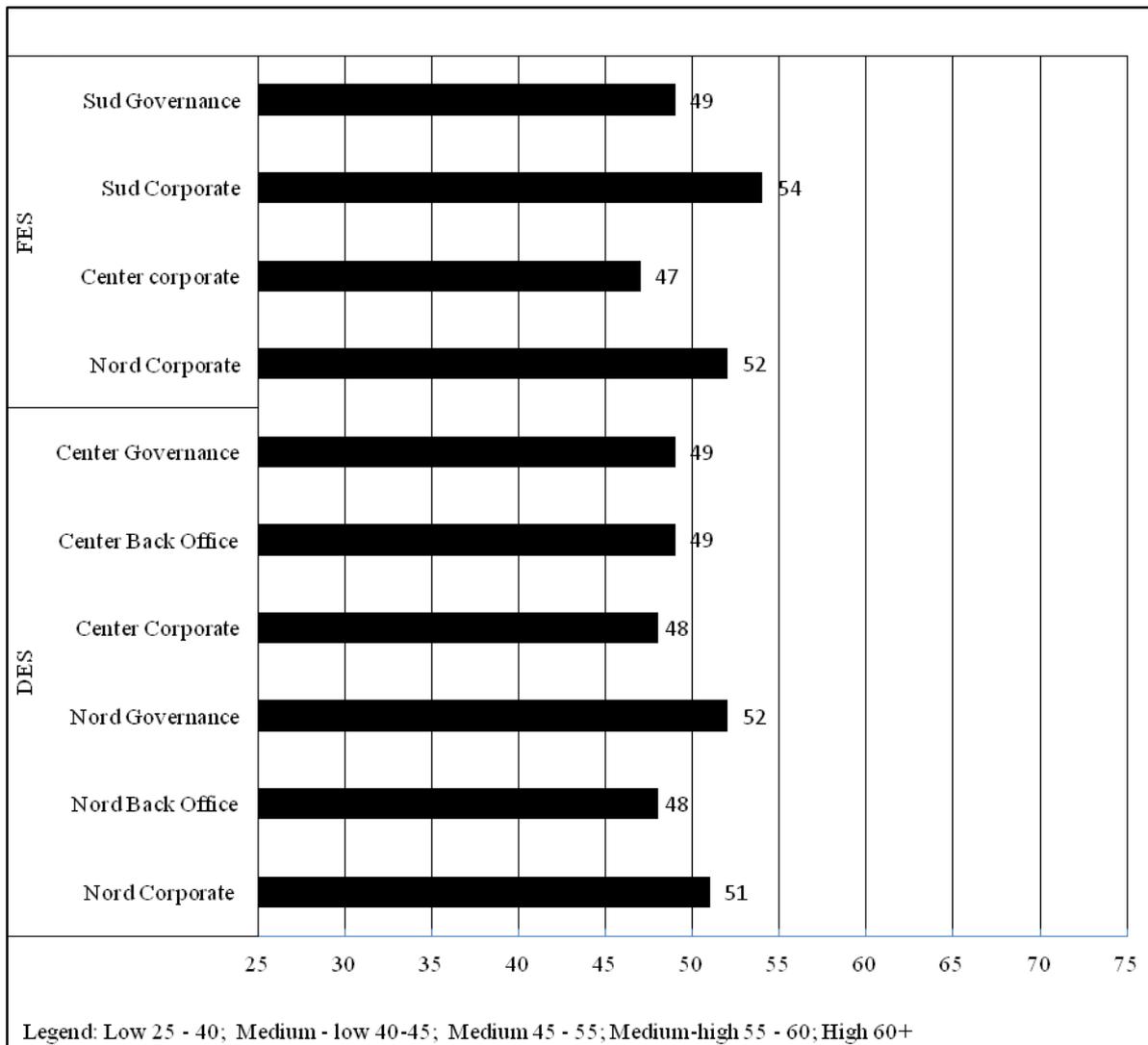


Figure 2. Risk Index for ISE and OSE

Obviously, the score difference between ISE and OSE subjects can be identified for all the indices and the subscales of the questionnaire. Only the risk index is reported for brevity.

Continuing the analysis of the risk index, it could be necessary to understand whether there are any different scores. Organizing the data based on the territorial office and organizational units, it was discovered that the Naples offices and organizational units with 023 identifier reported medium higher scores than the rest of the company. The Perugia office and the organizational unit 026 also deviate from the mean values (Figure 3).

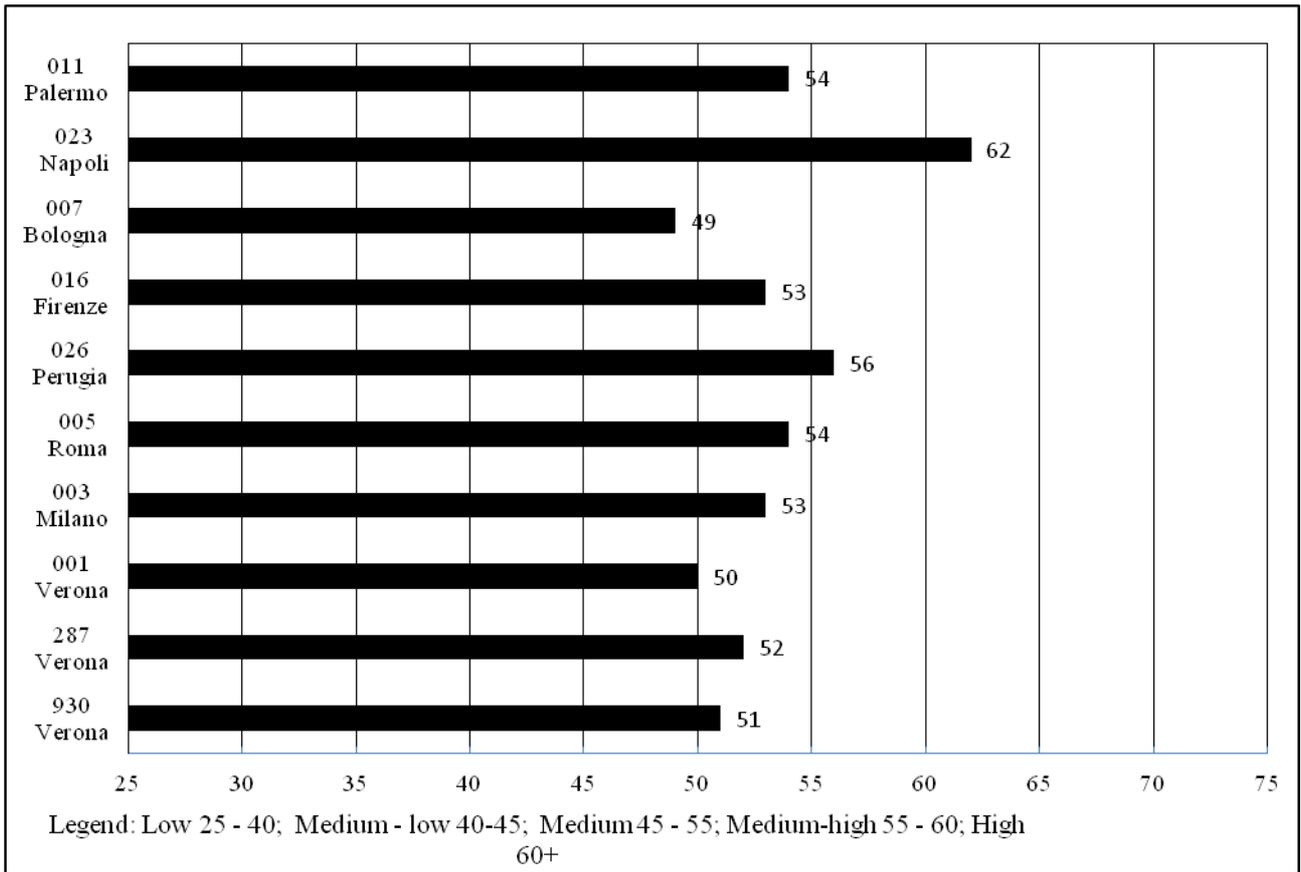
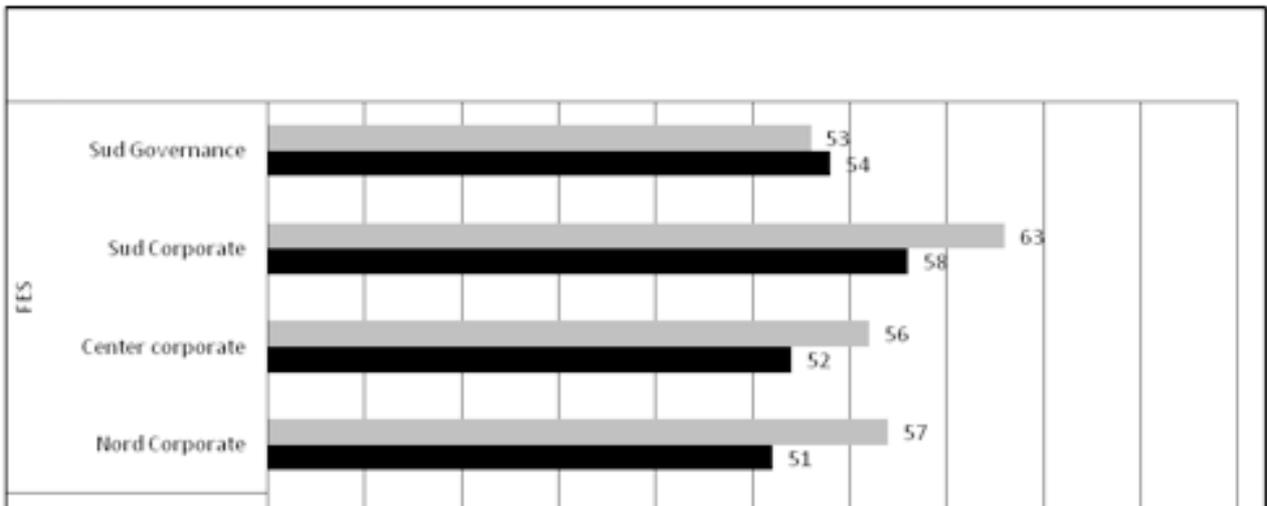


Figure 3. Risk Index for workplace and Organizational Unit

Using the same procedure for the inventory of sources of risk, there is an absence of any alarm functions of sentinel events (Figure 4).



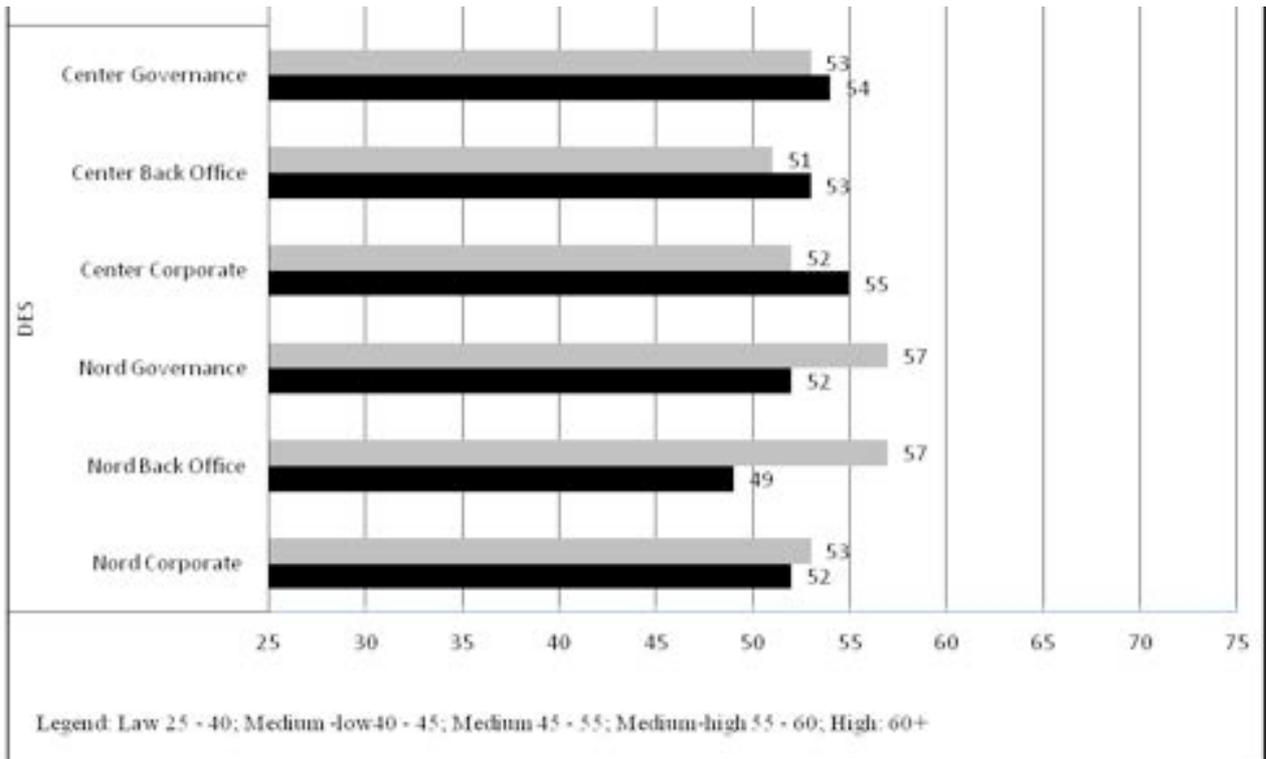
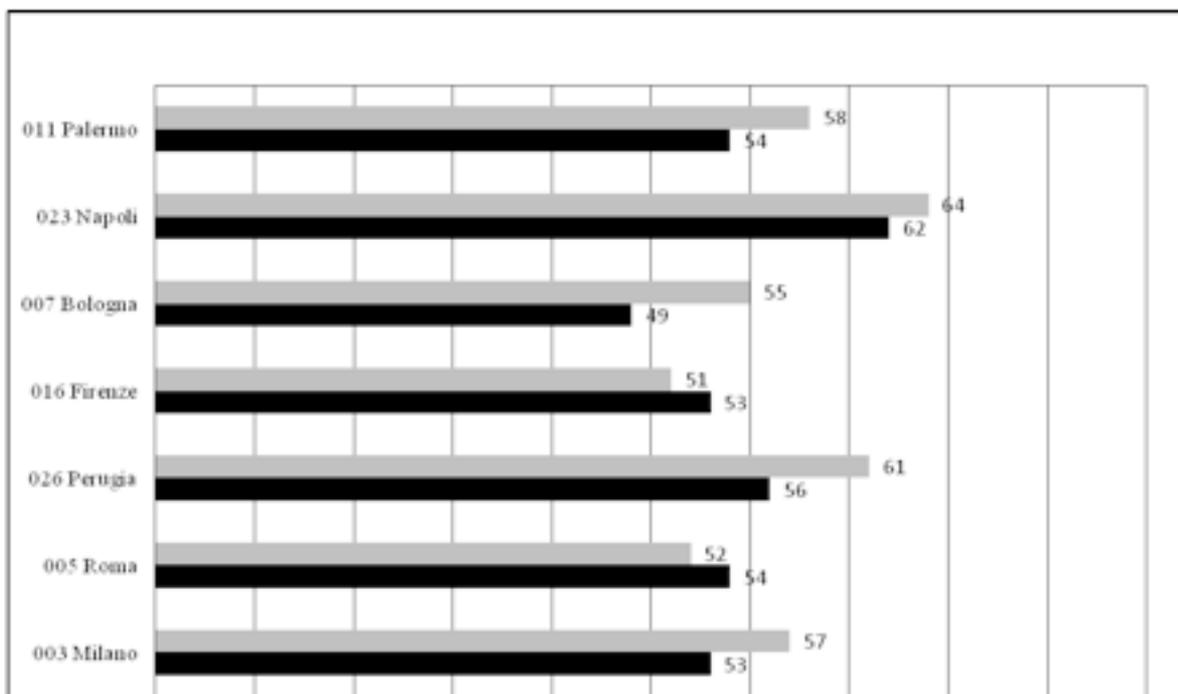


Figure 4. Inventory of Source of Risk for corporate functions and workplace

Note: grey line: Workload; black line: Environment and Safety

Re-aggregating the data in a different way to index the subscales for the office and organizational units, it is possible to verify the presence of differences. For illustrative purposes, the workload, environment and safety subscales are reported. In fact, as Figure 5 shows, the Working Load scores are medium-high and high especially for some organizational units and some regional offices.



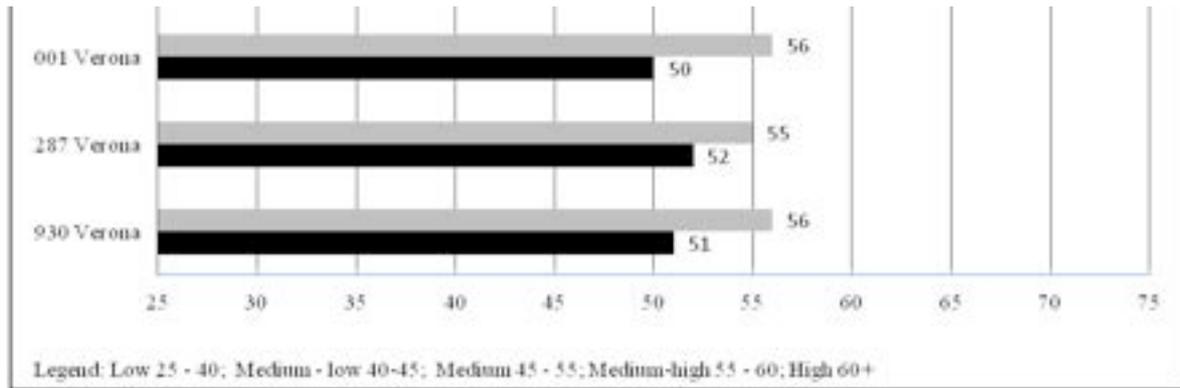


Figure 5. Working Load, Environment and Safety for corporate functions and territorial office
 Note: grey line: Workload; black line: Environment and Safety

Similarly, the data is differently aggregated for Environment and Security. As shown, in this case the Naples workplace and 023 organizational units differ from all the other offices and units. It appears that the amount and rhythm of work to be performed are extremely relevant to this corporate office, as well as the adequacy of the workplace to the work to be done.

These elements seem to suggest the presence of discomforting conditions in this unit and organizational office. The Mental and physical health index confirms the data, showing the contrary mean values for other offices and units (Figure 6).

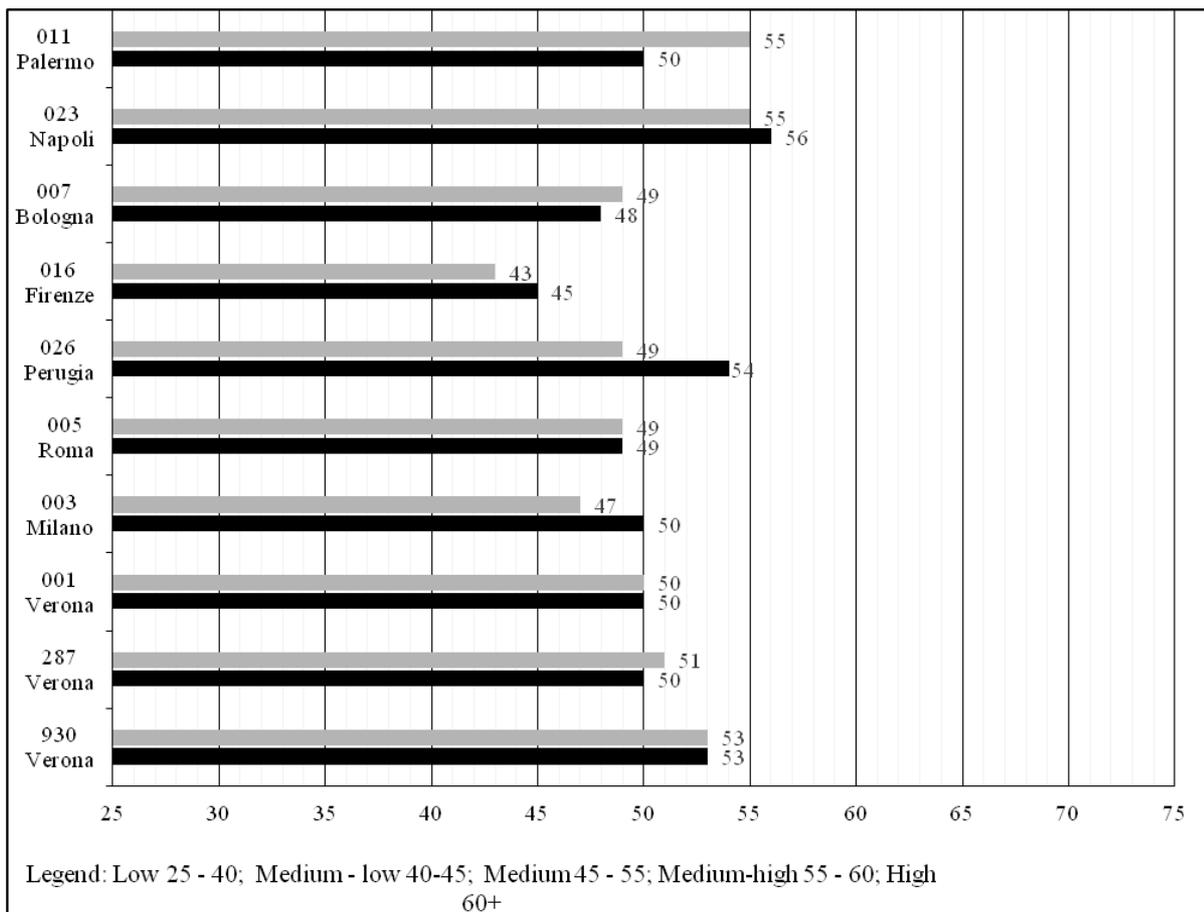


Figure 6. *The Mental and physical health index*

Note: grey line: Psychological health; black line: Physical health

Conclusions and limits

As already highlighted, the results are partial and the intent of this work is to present a methodology that is coherent with the Italian legislative framework. The consultation has highlighted a fact that is well-known in current literature, but overlooked in its heuristic fertility on the clinical work. This work shows how sentinel events are not always associated with the psychological and physical conditions of discomfort and more generally to the conditions related to the risk as to its sources. In this regard, the results only confirmed in part what is present in current literature (Damiani et al., 2006; Deitingner et al., 2009; Magnavita & Garbarino, 2013; Marcatto et al., 2011, Patronella et al., 2011; Flaco et al., 2010).

As previously mentioned, sentinel events themselves are dynamic in nature, therefore subject to considerable mutation. In our opinion, the data detected in this work can be explained in the distance of time occurred between the construction of the database for the identification of homogeneous classes (done in 2012) and the administration of the questionnaire, done in 2013. We can assume that the changes have occurred in the contents and conditions of work in some more locations than in others.

In other situations, this data has remained unchanged. The ignorance of this element has involved a limitation in terms of the preventive potential of WSED-Stress.

Stress is an activation level of environmental pressure. This means that changes to this pressure in terms of frequency and duration can greatly affect the physical or mental condition (Faragher, Cooper, & Cartwright, 2004). Moreover, in nosographies present in the DSM V, the development of stress disorders (anxiety, PTSD, stress, etc.) is closely anchored – for diagnostic purposes – to the continuous exposure to stressors so as to consider the pathology a form of adaptation categorized as Acute and Chronic in relation to how this condition is able to change the personality of the subject (American Psychiatric Association, 2013).

For example, cases of mobbing clearly show how the persistence of stress causes pathological conditions (Leymann & Gustafsson, 1996).

In addition, the reconceptualization of Adjustment Disorder in DSM-V as a set of heterogeneous syndromes and stress response, rather than as a residual category for individuals with significant clinical distress, provides further evidence on the temporal importance of the exposure to stressors.

In our opinion, it is necessary that companies proceed with the construction of the Sentinel Event Database since the occurrence and co-occurrence of sentinel events with others could be immediately detected for disease prevention.

In fact, it cannot be ignored that the function of monitoring sentinel events seems to be a core issue for the prevention of disorders in general and work-related stress in particular.

In fact, the monitoring requires a temporal proximity to the data to be valid in order to understand its dynamics and not only its static change.

The limit of our experience has been not being able to collect the ongoing changes, but only being able to verify them statically, thus freeing the occurrence of the phenomenon from its co-occurrence with others.

The implementation of the WSED-Stress method passes through the construction of the Sentinel Event Database, capable of detecting the monthly variation of the phenomena rather than on a weekly/daily basis.

This operation was largely possible due to new technologies.

The WSED-Stress method represents a strategy of work-related stress detection in line with the requirements of Italian law. In fact, it makes it possible to connect the action of sentinel events with the pathology of work-related stress, an assumption with an epistemological importance: it is impossible, regardless of the organizational context in which the investigation is carried out, because it significantly contributes to defining the condition stress acting as a trigger or mitigating factor (Faragher, Cooper, Cartwright, 2004).

Company dynamism and the variability that workers are subjected, for better or for worse cannot be ignored (Nieuwenhuijsen et al., 2010; Kerr et al., 2009; Faragher et al., 2004).

At the same time, we have shown how the WSED-Stress allows to integrate the nomothetic and idiographic aspects of the work and that its preventive function is based on the acquisition of a greater dynamic instrument capable of understanding the continuous exhibition to stress factors in a longitudinal way (Damiani et al., 2006; Andrisano Ruggieri et al., 2015; Andrisano Ruggieri et al., 2016; Andrisano Ruggieri et al., *in press*) in terms of duration and frequency. It is also worth noting how work-related stress is a collective malaise phenomenon defined mainly by variables related to corporate culture rather than individual variables (Ruggieri, Pozzi & Ripamonti, 2014; Pozzi, Marta, Gozzoli, Andrisano-Ruggieri, 2014).

Future research, in implementation method and terms of disease onset, will have to investigate further the relationship between stress factors and the exposure time to them, taking into account the dynamics of the work environment.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrisano-Ruggieri, R., Capunzo, M., Crescenzo, P., Ambrosio, R., Savastano, R., & Boccia, G. (2015). The Role of Sentinel Events in the Measurement of Work-Related Stress. *Psychology*, *6*, 151-158. doi: 10.4236/psych.2015.62014
- Andrisano Ruggieri, R., Capunzo, M., Crescenzo, P., Savastano, R., Truda, R., De Caro, F., ... & Boccia, G. (2016). Inconsistency of sentinel events and no gender difference in the measurement of work-related stress. *Sage Open*, *6*(1), 1-13. doi: 10.1177/2158244016629527
- Andrisano-Ruggieri, R., Crescenzo, P., Capunzo M., De Caro, F., Savastano, R., Pennisi, M., Boccia, G. (*in press*). Understanding the relationship between Sentinel Events and Sources of Work Related Stress for prevention programmes. An Italian survey. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*.
- Bennett, J.B., Cook, R.F., & Pelletier, K.R. (2003). Toward an integrated framework for comprehensive organizational wellness: Concepts, practices, and research in workplace health promotion. In J.C.Quick, & L.E. Tetrick (Eds), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp 69-95). Washington, DC, USA: American Psychological Association. doi: /10.1037/10474-004
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, R.J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, *88*, 68-74. doi: 10.2105/AJPH.88.1.68
- Circolare ministeriale del 18/11/2010 n.23692, d.lgs art. 28, Indicazioni per la valutazione dello stress da lavoro correlato* [Circular of the Ministry of Labour and Social Policy of 18/11/2010, n. 23692 Dlgs. 891/08, art 28. Guidelines for the evaluation of work-related stress]. Retrieved from <http://www.reteambiente.it/normativa/14224/>
- Cooper, C.L., & Marshall, J. (1975). Occupational source of stress. *Journal of Occupational and organizational Psychology*, *49*, 11-28
- Cooper C.L., Sloan S.J., & Williams S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management Guide*. Windsor: NFER-Wilson.
- Cotton, P., & Hart, P.M. (2003). Occupational wellbeing and performance: A review of organizational health research. *Australian Psychologist*, *38*(2), 118-127. doi: 10.1080/00050060310001707117
- Damiani, G., Federico, B., Pinnarelli, L., Sammarco, A., & Ricciardi, W. (2006). Evaluating the effect of stress management programmes at the work-site on absenteeism reduction: a systematic review. *Italian Journal of Public Health*, *3*, 38-43. doi: 10.2427/5936
- Deitinger, P., Nardella, C., Bentivenga, R., Ghelli, M., Persechino, B., & Iavicoli, S. (2009). D. Lgs. 81/2008: conferme e novità in tema di stress correlato al lavoro. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, *31*, 154-162.
- Decreto Legislativo n.81/08, Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro* [Consolidated Act on health and safety at work no. 81/2008]. Retrieved from: <http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/MS/Normativa/Documents/TU%2081-08%20-%20Ed.%20Maggio%202014.pdf>
- European Agreement on the Stress in the Workplace*. Bruxelles. (8 october 2004). Retrieved from: <http://www.worker-participation.eu/EU-Social-Dialogue/Interprofessional-ESD/Outcomes/Framework-agreements/Framework-agreement-on-stress-at-work-2004>

- Falco, A., Dal Corso, L., Sarto, F., Vianello, L., Girardi, D., Marcuzzo, G., ... Bartolucci, G.B. (2010). Il ruolo degli indicatori "oggettivi" ed "intersoggettivi" nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato: il metodo di Valutazione per Indicatori di Stress [The role of "objective" and "inter-subjective" indicators in the assessment work-related stress risk: the Valuation Method for Stress Indicators]. *Italian Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 1, 132-138. Retrieved from: <http://ijoehy.it/Archivio/3/132%20-%20138%20Paper%20Falco.pdf>
- Faragher, E.B., Cooper, C.L., & Cartwright, S. (2004). A shortened stress evaluation tool (ASSET). *Stress & Health*, 20(4), 189-201. doi: 10.1002/smi.1010
- Favretto, G. (1994). *Lo stress nelle organizzazioni* [The organization stress]. Bologna: Il Mulino.
- Fraccaroli, F., & Balducci, C. (2011). *Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni* [Stress and psychosocial risks in organizations]. Bologna: Il Mulino.
- Gattrell, C.J., & Cooper, C.L. (2008). Work-life balance: working for whom? *European Journal of International Management*, 2(1) 71-86.
- Giorgi, G., Leon-Perez, J.M., Cupelli, V., Mucci, N., & Arcangeli, G. (2014). Do I just look stressed or am I stressed? Work-related stress in a sample of Italian employees. *Industrial Health*, 52, 43-53. Retrieved from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/52/1/52_2012-0164/_pdf
- Homer, C.J., James, S.A., & Siegel E. (1990). Work-related psychosocial stress and risk of preterm, low birth weight, delivery. *American Journal of Public Health*, 80,173-177. doi: 10.2105/AJPH.80.2.173
- Johnson, J.V., & Hall E.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342
- Johnson, S., Cooper, C. L., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*. 20, 178-187. doi: 10.1108/02683940510579803
- The Joint Commission. (2011). "Sentinel Events (SE),Comprehensive Accreditation Manual for Long Term Care" (official document). Retrieved from: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_CAMLTC_Update_1.pdf
- Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-306. doi: 10.2307/2392498
- Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009). HSE management standards and stress-related work outcomes. *Occupational medicine*, 59(8), 574-579. doi:10.1093/occmed/kqp146
- Kohantorabi, F., & Abolmaali, K. (2014). The prediction of job satisfaction based on coping skills in pilots and assistant of pilots. *Journal of Service Science and Management*, 7(3), 260-266. doi: 10.4236/jssm.2014.73023
- Lee, C., An, M., Noh, Y. (2012). The social dimension of service worker's job satisfaction: The perspective of flight attendants. *Journal of Service Science and Management*, 5(2), 160-170. doi: 10.4236/jssm.2012.52020
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2) 251-75. doi: 10.1080/13594329608414858
- Magnani, M., Mancini, G.A., & Majer, V. (2011). *Organizational and psychosocial risk assessment (OPRA)*. Firenze: Giunti O.S.
- Magnavita, N., & Garbarino, S. (2013). Is absence related to work stress? A repeated cross-sectional study on a special police force. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(7) 765-775. doi: 10.1002/ajim.22155
- Marcatto, F., D'Errico, G., Di Blas, L., & Ferrante, D. (2001). La valutazione dello stress lavoro correlato: adattamento italiano dell'HSE management standards work-related stress indicator tool. [The

- evaluation of work-related stress: Italian adaptation of HSE management standards work-related stress indicator tool]. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33, 403-408
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W.W. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 90, 1765-1770. doi:10.2105/AJPH.90.11.1765
- McLaughlin, S. (2008) Historical perspective: The joint commission's growing role in the environment of care. *Health Facilities Management*, 21(4), 43 – 45.
- MediLexicon. (2015). *Medical dictionaries, drugs & medical searches*. Retrieved from <http://www.medilexicon.com/medicaldictionary.php?t=30795>
- Nahar, L., Hossain, A., Rahman, A., & Bairagi, A. (2013). The relationship of job satisfaction, job stress, mental health of government and non-government employees of bangladesh. *Psychology*, 4(6), 520-525. doi: 10.4236/psych.2013.46074
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277-286. doi: 10.1093/occmed/kqq081
- Office of Public Health Informatics and Epidemiology, Nevada Division of Public and Behavioral Health. (2013, September). *Sentinel event: Past to present*. Carson City, NV. Retrieved from: [http://dpbh.nv.gov/Programs/SER/dta/Publications/Sentinel_Events_Registry_\(SER\)___Publications/](http://dpbh.nv.gov/Programs/SER/dta/Publications/Sentinel_Events_Registry_(SER)___Publications/)
- Parks, K.M., & Steelman, L.A. (2008). Organizational wellness programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 58 – 68.
- Patronella, G., Latocca, R., De Vito, G., D'Orso, M.I., Riva, M.A., & Cesana, G. (2011) Eventi sentinella stress lavoro-correlati in ambito ospedaliero e loro monitoraggio nel decennio 2001-2010 [Sentinel events of work-related stress in hospital and their monitoring in the Decade 2001-2010]. *Giornale Italiano di Medicina ed Ergonomia*, 33: 326-329.
- Pozzi, M., Marta, E., Marzana, D., Gozzoli, C., Andrisano-Ruggieri, R. (2014). The Effect of the Psychological Sense of Community on the Psychological Well-Being in Older Volunteers. *Europe's Journal of Psychology*, 10(4), 598-612. doi: 10.5964/ejop.v10i4.773
- Ruggieri, R., Pozzi, M., & Ripamonti, S. (2014). Italian family business cultures involved in the generational change. *Europe's Journal of Psychology*, 10(1), 79-103. doi: 10.5964/ejop.v10i1.625
- Sakketou, A., Galanakis, M., Varvogli, L., Chrousos, G., & Darviri, C. (2014). Validation of the Greek Version of the “Job Stress Measure”. *Psychology*, 5(13), 1527-1535. doi:10.4236/psych.2014.513163
- Sollecito, W.A., Johnson, J.K. (2011). *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement In Health Care*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Thorsteinsson, E.B., Brown, R.F., & Richards, C. The Relationship between work-stress, psychological stress and staff health and work outcomes in office workers. *Psychology*, 5(10), 1301-1311. doi: 10.4236/psych.2014.510141
- Turk, M., Davas, A., Tanik, F.A., & Montgomery, A.J. (2014). Organizational stressors, work-family interface and the role of gender in the hospital: Experiences from Turkey. *British Journal of Health Psychology*, 19, 442-458. doi: 10.1111/bjhp.12041
- Urbanetto de Souza, J., Magalhaes, M.C., Maciel, V.O., Sant'Anna, V.M., Gustavo Ada, S., Poli de Figueiredo, C.E., & Magnago, T.S. (2013) Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 1180-1186. doi: 10.1590/S0080-623420130000500024
- Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W., Schene, A.H., & Van Dijk, F.J. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2): 270-276. doi: 10.2105/AJPH.91.2.270

- Visser, M.R.M., Smets, E.A.M., Oort, F.J., & De Haes, C.J.M. (1996). Stress, Satisfaction and Burnout among Dutch Medical Specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-276.
- Von Onciul, J. (1996). ABC of work related disorders. Stress at work. *Bio-medical Journal*, 313, 745-748. doi: 10.1136/bmj.313.7059.745
- Wilf-Miron, R., & Lewenhoff, I. (2001). Preventing the Next Error: Risk Management in Maccabi Health Care Services (Printed internally and distributed to all Maccabi's Physicians).
- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
- Xiang, H., Coleman, S., Johannsson, M., & Bates, R. (2014). Workplace Stress and Job Satisfaction among Biologics Development Professionals. *Health*, 6(14), 1790-1802. doi: 10.4236

Individuazione delle classi omogenee di rischio nello stress da lavoro correlato: una proposta metodologica

Ruggero Andrisano-Ruggieri^{}, Pietro Crescenzo^{*}, Giovanni Boccia^{**}*

Abstract

L'Accordo Europeo per la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro definisce la condizione di stress da lavoro obbligandone la rilevazione. La normativa italiana si è adeguata alle disposizioni europee con la legge 81/08 e la circolare ministeriale del 18/11/2010 obbligando i datori di lavoro italiani a rilevare in due fasi (preliminare ed approfondita) lo stress da lavoro correlato con particolare riferimento agli eventi sentinella. La normativa, però, non ha dato disposizioni metodologiche specifiche sulla rilevazione degli eventi sentinella, lasciando libertà al riguardo. Scopo di questo lavoro è offrire una proposta metodologica nella misurazione dello stress da lavoro correlato, dove vincoli normativi di legge trovano applicazione attraverso il Metodo WSED-Stress, mostrando come sia possibile ottenere le classi omogenee di rischio psico-fisico dei lavoratori richiesti dalla normativa, dei quali, tuttavia, non si registrano ancora contributi scientifici. Allo stesso tempo attraverso l'esemplificazione di un caso aziendale, verrà mostrato come tali classi omogenee di rischio possano impattare nella misurazione dello stress da lavoro correlato con l'OPRA test.

Keyword: stress da lavoro correlato; eventi sentinella; OPRA; stress occupazionale; salute pubblica

^{*} Dipartimento di Scienze Umane Filosofiche e della Formazione, Università degli studi di Salerno.

^{**} Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana", Università degli studi di Salerno.

Andrisano-Ruggieri, R., Crescenzo, P., & Boccia, G. (2016). Individuazione delle classi omogenee di rischio nello stress da lavoro correlato: Una proposta metodologica [Identification of homogeneous risk classes in work-related stress: A methodological proposal]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 69-98 doi: 10.14645/RPC.2016.2.629

Introduzione

La maggiore competitività del mercato ha portato le aziende a cambiare drasticamente le condizioni di lavoro: ai dipendenti è chiesto di essere sempre propositivi, di lavorare in team, di assumersi la piena responsabilità del proprio sviluppo professionale al fine di mantenere elevati livelli di prestazione e di rispettare i tempi sempre più stretti delle scadenze (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). Queste modalità lavorative assumono le caratteristiche di vere e proprie pressioni ambientali (Cooper & Marshall, 1975) capaci di impattare sia sull'aspetto cognitivo che emotivo dei lavoratori, favorendo, quindi, lo sviluppo di stati di stress (Xanthopoulou et al., 2007) o di vere e proprie malattie derivate dallo stress (American Psychiatric Association, 2013).

Si parla, dunque, di stress da lavoro correlato per indicare uno dei principali problemi sul posto di lavoro che ha conseguenze significative sia sulla salute dei dipendenti (Damiani, Federico, Pinnarelli, Sammarco, & Ricciardi, 2006; Deitinger et al., 2009; Nahar, Hossain, Rahman, & Bairagi, 2013; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010; Sakketou, Galanakis, Varvogli, Chrousos, & Darviri, 2014; Thorsteinsson, Brown, & Richards 2014; Turk, Davas, Tanik, & Montgomery, 2013; Von Onciul, 1996; Xiang, Coleman, Johannsson, & Bates, 2014) quanto sulla produttività e competitività delle imprese. Infatti tali evidenze, sono rintracciabili in basse performance, assenteismo e in scarsa soddisfazione lavorativa (Damiani et al., 2006; Karasek, 1979; Kerr, McHugh, & McCrory, 2009; Magnani, Mancini, & Majer, 2011; Magnavita & Garbarino, 2013; Van der Klink, Blonk, Schene, & Van Dijk, 2001; Xiang et al., 2014).

Rifacendosi alla letteratura scientifica, l'Accordo Europeo sullo Stress nei luoghi di lavoro del 8 Ottobre 2004, definisce lo stress da lavoro correlato come «una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale, ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o aspettative poste loro» (Art.3, comma 3) e ne stabilisce la rilevazione obbligatoria. In Italia, l'adeguamento alla normativa europea, è avvenuto mediante l'emanazione del Decreto Legge 81/08 in materia di sicurezza del lavoratore ed è stata successivamente integrato con la circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18 Novembre 2010.

Sulla base di queste considerazioni, nel presente lavoro viene offerta una proposta metodologica nella misurazione dello stress da lavoro correlato, dove vincoli normativi di legge trovano applicazione attraverso il Metodo WSED-Stress. In particolare, viene mostrato come sia possibile ottenere le classi omogenee di rischio psico-fisico dei lavoratori richiesti dalla normativa, delle quali, tuttavia, non si registrano ancora contributi scientifici. Allo stesso tempo attraverso l'esemplificazione di una caso aziendale, verrà mostrato come tali classi omogenee di rischio possano impattare nella misurazione dello stress da lavoro correlato.

Il lavoro è stato costruito pensando ai professionisti del settore, cioè mettendo in evidenza aspetti operativi piuttosto che teorici nella misurazione dello stress da lavoro correlato.

Aspetti Normativi e Teorici dello stress da lavoro correlato

La legge italiana determina linee guida che lasciano gli operatori liberi di potere utilizzare strumenti e metodi ritenuti maggiormente appropriati. Tuttavia, tali misure forniscono indicazioni precise sul come operare, delimitando il grado di libertà di azione degli operatori nella rilevazione dello stress da lavoro correlato.

Infatti, vietano che la misurazione si basi su indicatori individuali e soggettivi, quali per esempio le variabili e le caratteristiche di personalità al fine di proteggere la *privacy* del lavoratore e, soprattutto, al fine di proteggerlo da possibili azioni discriminatorie. Al contrario, la Circolare Ministeriale del 2010 prescrive il ricorso ad “indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili, appartenenti a tre distinte categorie: eventi sentinella, fattori di contenuto del lavoro e fattori di contesto del lavoro” (p 2).

Gli eventi sentinella sono una generale categoria concettuale utilizzata in ambito delle politiche sanitarie per indicare possibili “campanelli d'allarme” riferiti ad una potenziale insorgenza di malattia. Trovano una differente declinazione e nomenclatura in ragione del campo di applicazione (chirurgia, radiologia, ecc.) (Office of Public Health Informatics and Epidemiology, Nevada Division of Public and Behavioral Health 2013). Secondo McLaughlin (2008) una loro prima definizione è rintracciabile nei lavori della *Joint Commission* del 1998 dove vengono definiti come:

un evento inaspettato che determina la morte o gravi lesioni fisiche o psicologiche, o il rischio di esse. Lesioni gravi che, in particolare, prevedano la perdita di un arto o di una funzione. L'evento si chiama 'sentinella' perché invia un segnale o emette un avviso che richiede l'attenzione immediata (The Joint Commission, 2013, p. 1)¹.

¹ Traduzione nostra

Oltremodo, questa categoria concettuale è talmente in uso in ambito sanitario internazionale che oramai ve ne è traccia anche nei dizionari medici dove vengono definiti come un tipo di indicatore clinico utilizzato per monitorare e valutare la qualità delle cure, compresi gli eventi che richiedono attenzione immediata e un evento avverso in tema sanitario o di altro servizio, che determina o ha il potenziale di determinare risultati catastrofici, al punto da richiedere interventi di emergenza e misure preventive (MediLexicon International, 2015).

Se sul piano giuridico tale nozione rimanda direttamente alla responsabilità giuridica del datore di lavoro in termini di salute e sicurezza dei lavoratori, sul piano clinico manifesta un forte aggancio con la letteratura sulle patologie da stress.

Diversi autori (Sollecito & Johnson, 2011; Wilf-Miron & Lewenhoff, 2001) hanno evidenziato come la nozione evento sentinella includa una qualsiasi variazione di processo per la quale una ricorrenza possa determinare una significativa possibilità di un esito avverso e grave in termini di salute. Per cui, gli eventi sentinella non vanno considerati dentro una prospettiva statica, ma dinamica.

A tale proposito, la normativa italiana riconosce:

a) un effetto cumulativo delle pressioni ambientali nello sviluppo dello stress (Cooper, Sloan, & Williams, 1988; Magnani et al., 2011) che si manifestano in ambito organizzativo proprio con gli eventi sentinella, cioè con l'aumento del turnover, procedimenti disciplinari, infortuni, assenze per malattia, lamentele formalizzate da parte dei lavoratori ecc.;

b) la natura dinamica dei suddetti fenomeni in quanto richiede rilevarli attraverso parametri omogenei quali per esempio l'andamento temporale.

In questa prospettiva, quindi, gli eventi sentinella assumono un ruolo di primo piano nello sviluppo di stress lavoro-correlato, al punto che la legge italiana chiede agli operatori di rilevare la loro presenza *in primis* in quanto essi sono considerati elementi strategici nella costruzione di classi omogenee di rischio psicosociale. Queste classi possono rappresentare indicatori di rischio di stress, oggettivi e verificabili.

Anche i fattori legati al contenuto del lavoro e al contesto del lavoro sono strettamente ancorati ai risultati della ricerca scientifica (Kerr et al., 2009; Homer, James, & Siegel, 1990; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Johnson et al., 2005; Urbanetto de Souza, 2013; Andrisano Ruggieri, Capunzo, Crescenzo, Ambrosio, Savastano, & Boccia, 2015; Andrisano Ruggieri et al., 2016; Giorgi, Leon-Perez, Cupelli, Mucci, & Arcangeli, 2014).

Già il modello di Karasek (1979), noto come modello Domanda-Controllo aveva messo in evidenza come lo stress sul lavoro fosse dovuto all'interazioni di due fattori fondamentali: la *job demand* (carico e complessità del lavoro) concepita in termini di impegno psicofisico necessario allo svolgimento di uno specifico compito e il *job control* (autonomia decisionale) legato invece alla capacità di saper organizzare e portare a compimento l'incarico assegnato (Favretto, 1994). Dagli studi condotti è emerso che la copresenza di elevate *job demands* e di uno scarso *job control* si associa spesso ad uno stato di malessere esperito e ad un basso livello di soddisfazione lavorativa (*job strain*) (Magnani et al., 2011). Ulteriori studi hanno consentito di prendere in considerazione alcuni fattori psicosociali strettamente connessi all'ambiente di lavoro quali, per esempio, il supporto sociale (sostegno strumentale e socio-emotivo ricevuto dai colleghi e dai superiori) (Fraccaroli & Balducci, 2011). Tale dimensione è stata successivamente integrata da Johnson e Hall (1998) attraverso una rivisitazione del modello di Karasek. Altri studi hanno mostrato la necessità di operare una chiara individuazione delle diverse fonti di rischio presenti nell'ambiente di lavoro. Cooper e Marshall (1975), per esempio, hanno evidenziato che le fonti di stress - nei termini di "pressioni" provenienti dall'ambiente - possono essere suddivise in cinque categorie: fonti intrinseche al lavoro (rumorosità, illuminazione ecc.), i *role-related factors*, sviluppo di carriera, relazioni a lavoro (difficoltà relazionali) ed infine struttura e clima organizzativo (vincoli decisionali, di budget, partecipazione). Gatterel e Cooper (2008) riconoscono la stretta relazione tra vita lavorativa e vita privata sottolineando quanto la risposta allo stress dipende anche dai fattori legati al contesto familiare e dalla facilità/difficoltà di conciliare richieste professionali e quelle personali-familiari.

Il rapporto di interdipendenza tra la sfera lavorativa e quella privata è dimostrato dal fatto che da un lato i problemi di natura familiare, le crisi di vita, le difficoltà finanziarie, il conflitto tra amicizie e richieste della famiglia possono esporre l'individuo a *strain* sul lavoro; dall'altro, lo stress lavoro-correlato può avere conseguenze negative sulla famiglia e sulla vita personale (Favretto, 1994). Al contempo però, i fattori di vita privata possono mitigare gli effetti degli *stressors* occupazionali e viceversa la soddisfazione lavorativa può aiutare l'individuo a compensare aspetti di vita privata insoddisfacenti (Favretto, 1994). Dunque, la soddisfazione lavorativa viene considerata una condizione di benessere capace di promuovere un atteggiamento positivo tra i dipendenti, aumentando la loro disponibilità al lavoro e migliorando la produttività aziendale (Lee, An, & Noh, 2012; Visser, Smets, Oort, & De Haes, 2003). Si ritiene che la

soddisfazione sul lavoro sia principalmente legata alle caratteristiche dell'ambiente di lavoro, piuttosto che alle singole variabili di personalità (Xanthopoulou, 2003; Lee et al., 2012; Cotton & Hart, 2003; Kohantorabi & Abolmaali, 2014).

Per cui la valutazione dei parametri dell'ambiente di lavoro risultano essere fondamentali ai fini della valutazione dello stress da lavoro correlato (Deitinger et al., 2009; Magnavita & Garbarino, 2013; Marcato, D'Errico, & Di Blas, 2011; Patronella et al., 2011) o più in generale come espressione di una condizione di malessere organizzativo (Bennett, Cook, & Pelletier, 2003; Parks & Steelman, 2008).

Quindi, coerentemente con quanto espresso dalla normativa, tali aspetti appaiono essere legati sia la contenuto del lavoro (carico e ritmo di lavoro, turni, orari ecc.) quanto al contesto di lavoro (autonomia, sviluppo di carriera, cultura organizzativa, work-life balance, qualità delle relazione, supporto sociale e organizzativo ecc.) (Kerr et al., 2009; Homer et al., 1990; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Johnson et al., 2005; Urbanetto de Souza et al., 2013; Andrisano Ruggieri et al., 2016; Bosma, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998).

Il Metodo WSED-Stress

Il discorso fino a ora sviluppato ci permette di introdurre e rendere chiara la nostra proposta metodologica nella rilevazione dello stress da lavoro correlato con la quale abbiamo provato a fornire una risposta alle seguenti domanda: come è possibile ottenere le classi omogenee di rischio e verificare il loro ruolo nella misurazione dello stress da lavoro correlato? Come è possibile cogliere le differenze presenti nelle singole realtà produttive e procedere a un'accurata valutazione del rischio di stress da lavoro correlato?

Con il metodo WSED-Stress, acronimo di "Work Sentinel Events Database – Stress", abbiamo indicato la necessità di operare nella misurazione dello stress da lavoro correlato in ragione delle specificità delle aziendali e nel massimo rispetto della normativa italiana. Infatti, il metodo WSED-Stress si contraddistingue per la sua alta flessibilità e adattabilità, garantendo quindi una vicinanza al dato, ovvero che i valori rilevati corrispondano alla realtà dell'organizzazione presa in esame.

Come noto, infatti, ogni organizzazione operando in mercati differenti, si dota di ruoli, strumenti, funzioni e unità organizzative diverse. Tuttavia, va rilevato che anche aziende operanti nello stesso settore possono avere dei processi produttivi dissimili. Il Metodo WSED-Stress tiene conto di questa variabilità contemplando la possibilità di coglierla e configurandosi in ragione di essa.

WSED-Stress si compone di diversi *step* di seguito riportati. Il primo passo è relativo alla costruzione di un database relativo agli eventi sentinella (*Sentinel Event Database - SED*). Esso va costruito sulla base dell'anagrafe aziendale da cui vengono estrapolati i dati utili al processo di misurazione dello stress (assenze, permessi orari, ferie, malattie ecc.) (Tabella 1).

Tabella 1. *Soggetto per evento sentinella*

Soggetto	Eventi Sentinella		Numero di ore di Malattie
	Numero di ore di Assenteismo	Numero di ore di Straordinari	
1	21	65	108
2	20	56	27
3	2	10	56
4	10	12	30

Successivamente tali dati vengono riportati in una tabella a doppia entrata: nelle righe vengono riportati i codici identificativi dei soggetti, forniti anonimamente dall'azienda per tutelare la privacy del dipendente come previsto dalla legge, mentre in colonna le variabili relative agli eventi Sentinella (turnover, malattia,

straordinari, cambio unità organizzativa, ecc.) ed a variabili organizzative (funzione, ruolo, sede di lavoro, ecc.) (Tabella 2).

Tabella 2. *Soggetto per evento sentinella e variabili organizzative*

Soggetti	Eventi Sentinella			Variabili Organizzative		
	Numero di ore di Assenteismo	Numero di ore di Turnover	Numero di ore di Malattia	Sede di lavoro	Funzione	Ruolo
1	21	65	108	0930 (Verona)	S1261	RUOL198
2	20	56	27	027 (Napoli)	S1261	RUOL016
3	2	10	56	016 (Firenze)	S1050	RUOL005
4	10	12	30	005 (Roma)	S1050	RUOL005

Nota. S1050, s1261, Ruol198, RUOL1005= sono i codici identificativi dell'Azienda per i ruoli e le funzioni dei propri dipendenti

In un tempo seguente vengono effettuati una serie di incroci tra eventi sentinella e variabili strutturali - ossia elementi strutturanti le attività di lavoro, quali genere, ruolo, unità organizzativa, unità territoriale, missioni ecc.

Entrambi vanno monitorati in ragione dei *parametri medi* relativi alla *frequenza e durata* di un fenomeno. In questo modo si ottiene una lettura diacronica degli eventi sentinella permettendo di cogliere l'andamento degli stessi in termini di presenza/assenza e crescita/decrecita e la loro proiezione in ragione di variabili quali per esempio ruolo, funzione aziendali, unità territoriali ecc. In questo modo ogni riferimento al singolo soggetto viene perso.

Tale operazione va condotta raccogliendo i dati lungo un arco temporale almeno di tre anni e ripulendoli in ragione delle politiche di gestione delle risorse umane attive nell'azienda oggetto di indagine - ad esempio, alcune aziende operano un sistema di compensazione degli straordinari non mediante una retribuzione aggiuntiva ma fornendo un corrispettivo in ore di riposo ai propri dipendenti. In Figura 1, per esempio, vengono mostrati dati relativi all'evento sentinella straordinari in ragione della variabile territoriale e ripulito dal "recupero ore"

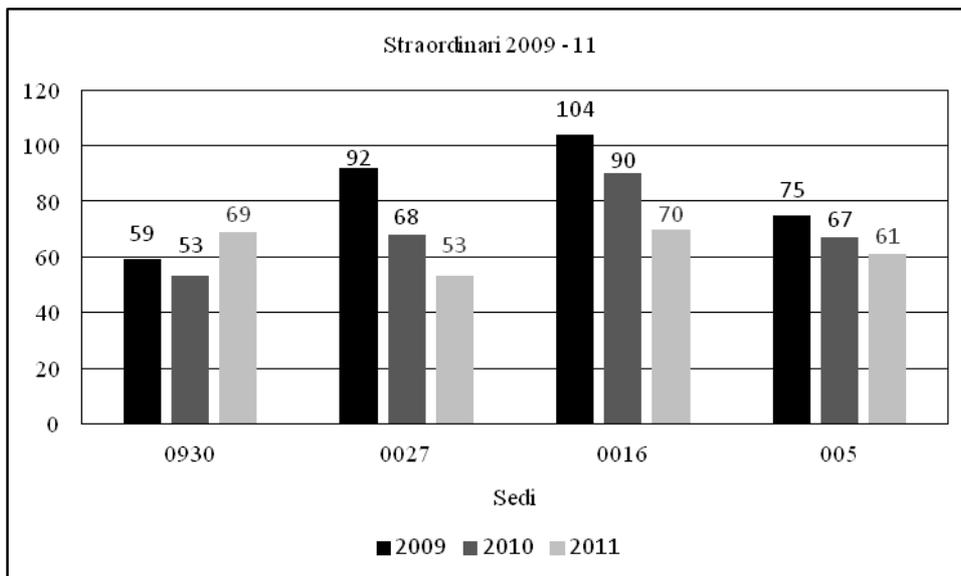


Figura 1. *Evento sentinella (Straordinari) per sede territoriale e arco temporale.*

Nota. 930= Verona, 027= Napoli, 005 = Roma, 0016 = Firenze

Tale operazione ripetuta per tutti gli eventi sentinella e per le variabili organizzative consente la costruzione del SED (*Sentinel Event Database*), che in sintesi permette:

- a) l'individuazione e identificazione di tutto il personale dipendente dell'azienda per il triennio preso in considerazione;
- b) l'eliminazione dei soggetti andati in pensione e/o licenziati;
- c) l'identificazione di tutte le variabili presenti nei file anagrafe aziendale;
- d) l'individuazione di tutte le modalità delle variabili presenti nei file anagrafe aziendale;
- e) l'identificazione delle variabili rilevanti ai fini dell'indagine (eventi sentinella);
- f) l'eliminazione delle variabili irrilevanti;
- g) la ricategorizzazione e l'accorpamento delle variabili in ragione della struttura organizzativa;
- h) l'aggregazione dei dati per soggetto, per anno, per funzione, per unità organizzativa ecc.;
- i) Ottenimento delle Classi Omogenee;
- j) le elaborazioni di statistiche descrittive dei dati (medie e deviazioni standard, calcolo percentuali ecc.);
- k) la comparazione dei dati

Questa procedura consente, dunque, di poter ottenere le Classi Omogenee di rischio così come previste dalla normativa, cioè di individuare le caratteristiche dei due insiemi omogenei: lavoratori Dentro Eventi Sentinella (DES) e lavoratori Fuori Eventi Sentinella (FES).

A questo punto non resta che vedere la distribuzione della popolazione rispetto a queste due classi omogenee al fine di comprendere la percentuale di soggetti appartenenti ai due gruppi in ragione della variabili organizzative.

Si opererà quindi ad un campionatura non probabilistica bilanciata a scelta ragionata, recuperando esattamente le proporzioni di distribuzione dei soggetti in ragione delle variabili organizzative. Tale operazione consente di personalizzare il processo di misurazione dello stress da lavoro correlato. Infatti, è in questo che Metodo WSED-Stress mostra tutta la sua flessibilità, riportando nel campionamento esattamente la fotografia della popolazione e delle variabili che la contraddistinguono, garantendone la migliore rappresentatività.

Un volta ottenuto il campione si procederà alla rilevazione dei fattori relativi al contenuto e al contesto di lavoro mediante questionario.

A tale proposito, esistono differenti strumenti in letteratura ampiamente accreditati e utilizzati che per economia di discorso non tratteremo e che ciascuno operatore potrà scegliere di utilizzare. Tuttavia, riteniamo che il questionario OPRA (Organizational and Psychosocial Risk Assessment) soddisfi ampie esigenze di flessibilità coerentemente con il metodo qui presentato. Infatti l'OPRA è un questionario multifattoriale sviluppato per valutare efficacemente la presenza di fattori di rischio psicosociale e di condizioni di stress lavoro-correlato in linea con le richieste del D.Lgs. 81/08 e della circolare del 18/11/2010.

Si contraddistingue per una solida piattaforma teorica e per le sue proprietà psicometriche (Magnani et al., 2011). E' arricchito da una scheda socio anagrafica che consente di integrare le variabili definite dalla letteratura con delle variabili scelte dall'operatore - dieci in tutto - in ragione della realtà organizzativa. Strutturato in tre parti, ciascuna delle quali valuta aspetti differenti dell'esperienza lavorativa sulla base di una Scala Likert a 5 punti (da "mai" a "sempre"):

- *Risk Index*. È composto da 5 indicatori che indagano il malessere derivato da una condizione di scarsa identificazione con il gruppo o l'organizzazione di appartenenza, da una bassa soddisfazione lavorativa, da una scarsa fiducia nell'organizzazione e dalla considerazione di voler lasciare il proprio posto di lavoro;
- *Inventario delle Fonti di Rischio*. di nove fattori deputati alla valutazione delle fonti di pressione sul lavoro (Cultura e Organizzazione, Ruolo, Sviluppo della carriera, Autonomia, Interfaccia casa-lavoro, Ambiente e Sicurezza, Carico di lavoro, Orario di lavoro, Qualità delle relazioni);
- *Salute psicofisica*. È una scala bidimensionale che indaga la presenza e la frequenza di disturbi in ambito fisico e psicologico.

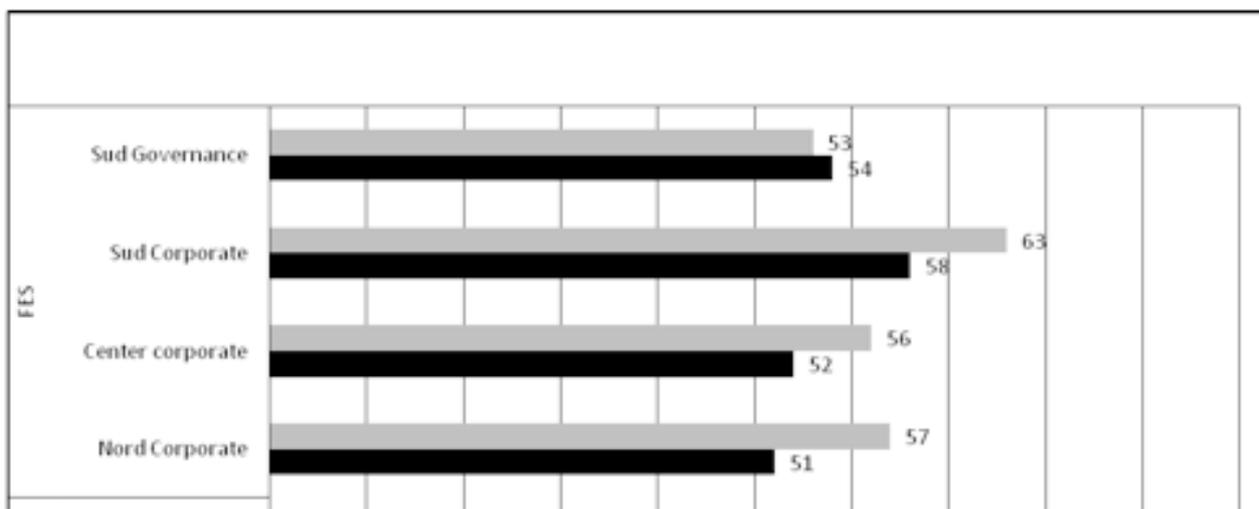
I risultati della somministrazione consentono di cogliere immediatamente per ciascun indice e/o per le sottoscale, la distribuzione dei punteggi dei gruppi omogenei DES e FES. Incrociando tali dati con le variabili organizzative è possibile comprendere il peso degli eventi sentinella nella valutazione dello stress da lavoro correlato in ragione delle variabili organizzative considerate come strategiche.

A questo punto, qualora fosse necessario, non resta che intervenire sui fattori causanti lo stress e sulle variabili organizzative coinvolte.

Il caso aziendale di una Società di Recupero Crediti

Il WSED-Stress è stato costruito e testato a seguito della richiesta di una società di recupero crediti internazionale di rilevare lo stress da lavoro correlato. Ai fini di una sua esemplificazione, di seguito riportiamo solo una parte della notevole mole di dati. La costruzione del *Sentinel Event Database* ha consentito di rendere evidente che il 68% della popolazione era interessata dagli eventi sentinella, mentre il restante 32% ne rimaneva fuori. Il campionamento, quindi, ha tenuto conto di tale distribuzione dei soggetti in ragione delle variabili organizzative, componendosi di due gruppi omogenei DES e FES (scelta ragionata). È stato bilanciato in ragione dell'area geografica (Nord, Centro, Sud), per sede territoriale, per funzione aziendale (Corporate, Governance, Back Office) e per ruolo e unità organizzativa (codici 930 005, ecc.). Su una popolazione di 770 persone sono stati scelti in modo casuale 250 soggetti, che rappresentano il 30% della popolazione complessiva. Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche il campione è risultato composto dal 60% di donne, con un'alta prevalenza di personale con contratto *full time* (90%) e a tempo indeterminato (91%) con il 92% di personale con meno di 16 anni di lavoro, mentre il restante 8% con più di 16 anni di servizio. Infine il 40% dei soggetti rientra nella categoria dei quadri e il restante 60% in quella degli impiegati.

Il grafico (Figura 2) mostra la distribuzione dei punti T per le due classi omogenee (DES e FES), rendendo evidente l'assenza di differenze sostanziali tra esse per l'indice di rischio. Infatti, i punteggi si attestano tutti sui valori medi. Anche le variabili collocazione geografica (alcune sedi dell'area nord e del centro cadevano sia in FES che in DES), unità organizzative e funzioni aziendali non offrono spunti differenti. Per cui gli eventi sentinella non sono di per sé un elemento di rischio, cioè non segnalano una condizione di allarme, tanto meno in ragione delle variabili organizzative. Tale punto, quindi, consente immediatamente di offrire una prima risposta al mandato legislativo.



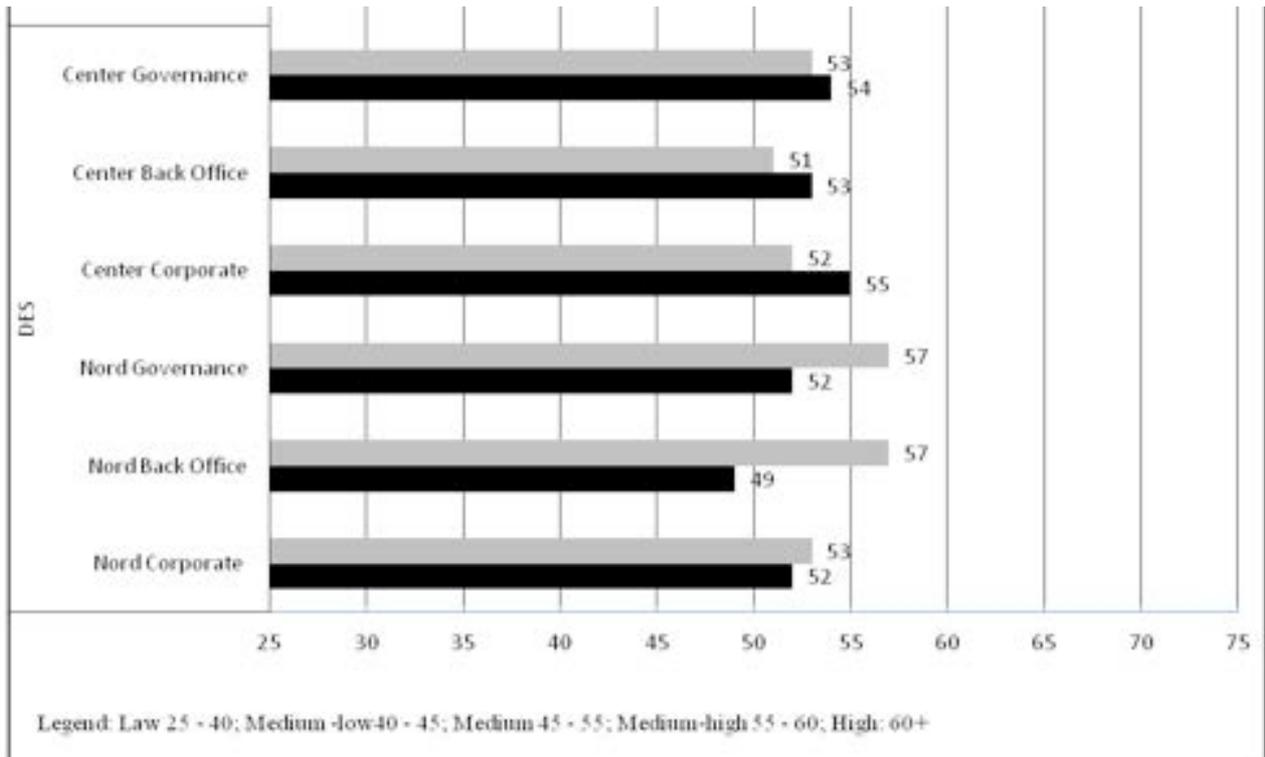


Figura 2. Risk Index per DES e FES

Tuttavia risulta necessario comprendere se vi siano dei punteggi relativi all'indice di rischio differenti. Organizzando i dati, per esempio, per sede territoriali e per unità organizzative si scopre che la sede di Napoli e l'unità organizzativa con codice identificativo 023 riportano punteggi medio-alti rispetto al resto dell'azienda. Anche la sede di Perugia e l'unità organizzativa 026 si discostano dai valori medi (Figura 3).

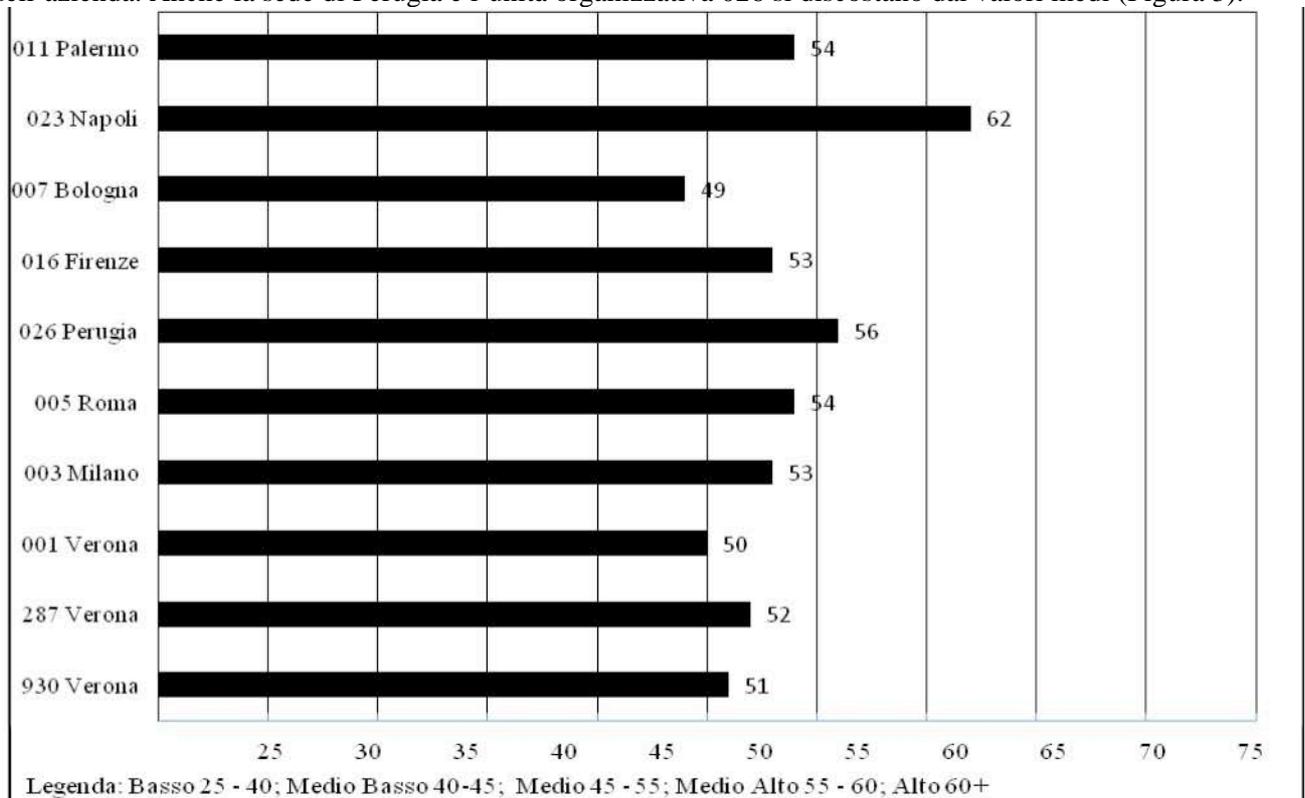


Figura 3. Risk Index per sede e unità organizzativa

Applicando la stessa procedura per l'inventario delle fonti di rischio, si nota anche in questo caso un'assenza della funzione dall'allarme degli eventi sentinella (Figura 4).

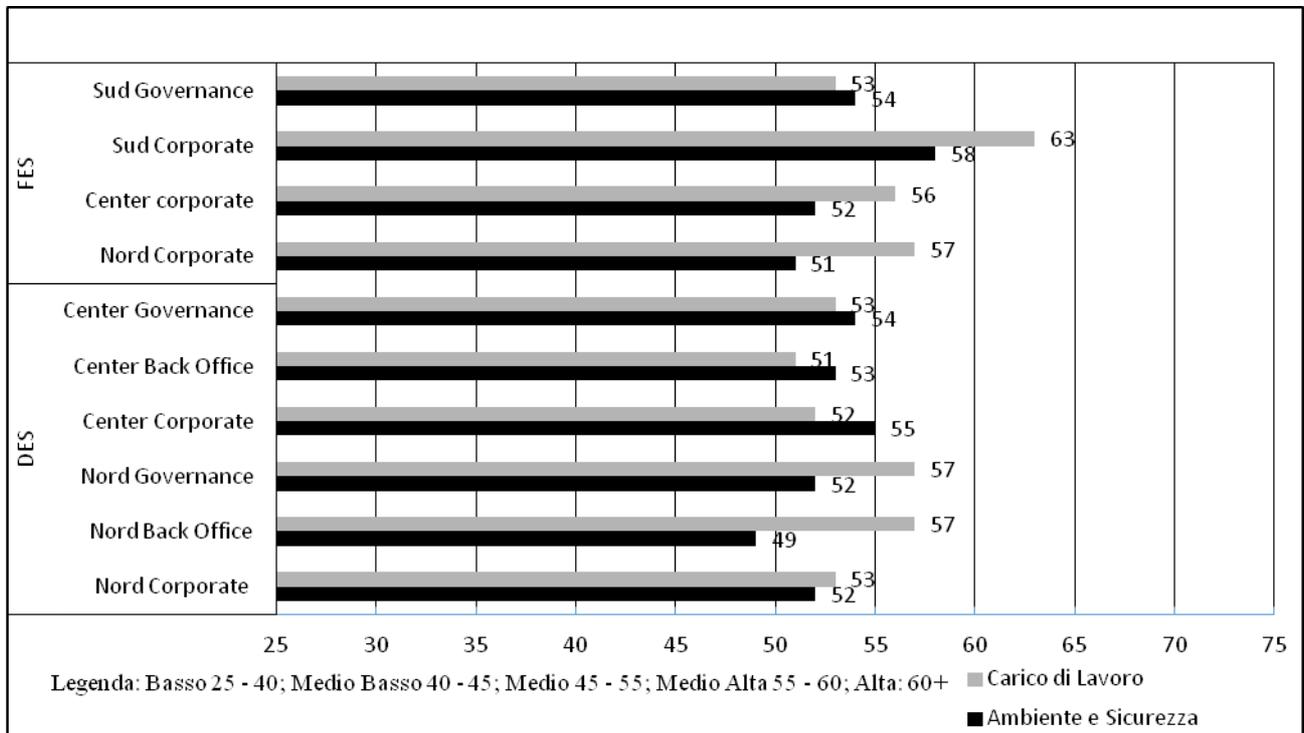
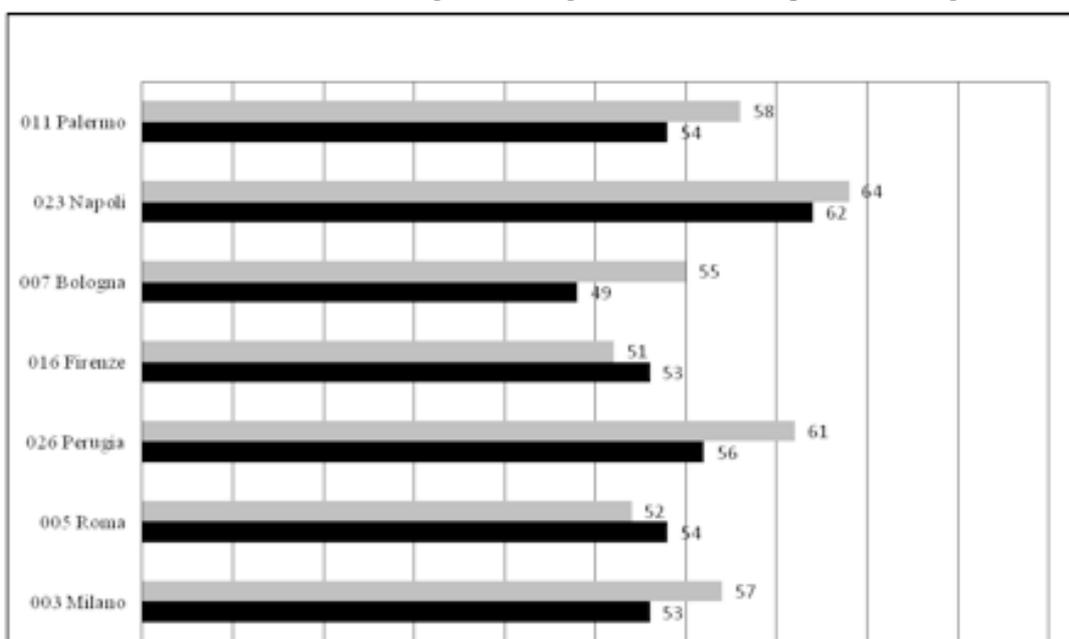


Figura 4. Inventario delle Fonti di rischio per funzioni aziendali, sede territoriale

Riaggregando i dati in modo differente per sottoscale dell'indice e per sede e unità organizzativa è possibile verificare l'esistenza di differenze. A titolo esemplificativo, riportiamo le sottoscale *carico di lavoro ed ambiente e sicurezza*. Infatti, come si evince dalla Figura 5, il Carico di Lavoro mostra dei punteggi nella fascia di rischio medio-alta ed alta in particolare per alcune unità organizzative e per alcune sedi territoriali.



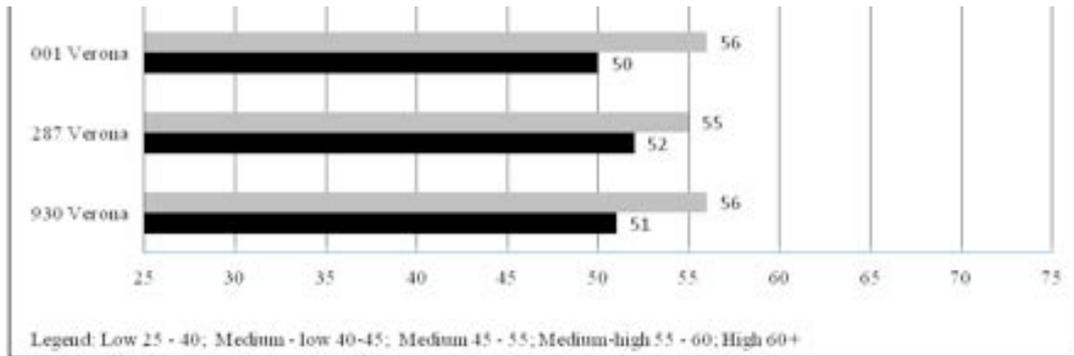


Figura 5. Carico di Lavoro ed Ambiente e Sicurezza per funzioni aziendali e sede territoriale

Allo stesso modo, i dati si aggregano in modo differente per Ambiente e Sicurezza. anche in questo caso la sede di Napoli e l'unità organizzativa 023 si contraddistinguono rispetto tutte le altre sedi e unità. Appare quindi che la quantità di lavoro da svolgere e il ritmo dello stesso sia estremamente rilevante per tale sede aziendale come anche l'adeguatezza degli ambienti lavorativi al loro svolgimento.

Tali elementi appaiono suggerire la presenza di una condizione di particolare disagio in questa unità e sede organizzativa. I valori dell'indice di salute psicofisica infatti confermano tale dato, mostrando al contrario valori medi per le altre sedi e unità (Figura 6).

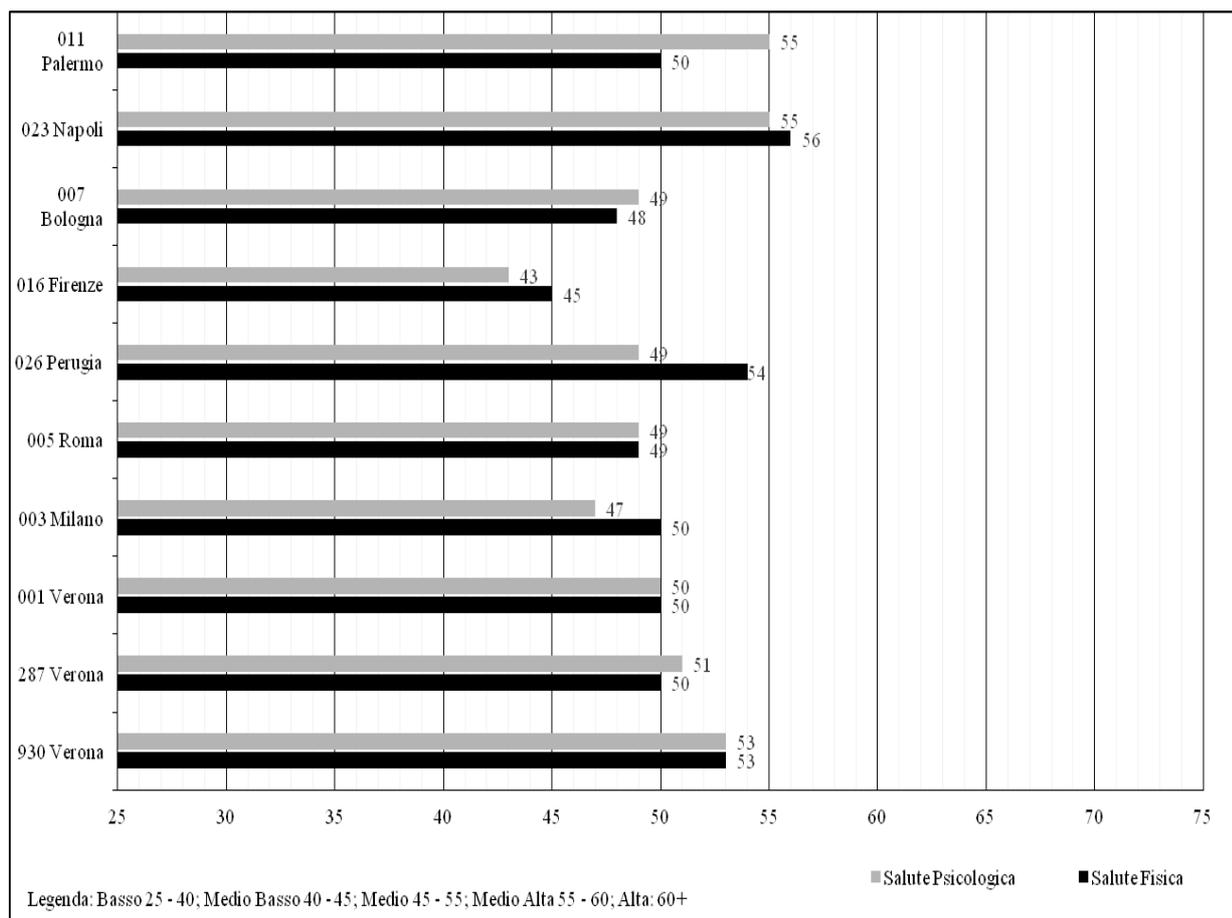


Figura 6. Indice di salute psicofisica

Conclusioni e limiti

Abbiamo già sottolineato che i risultati mostrati sono parziali e che l'intento del nostro lavoro è quello di presentare una metodologia coerente con l'impianto legislativo. In realtà, la consulenza eseguita ha messo in evidenza un dato noto in letteratura ma trascurato nella sua fecondità euristica sul piano del lavoro clinico. Il nostro lavoro mostra come gli eventi sentinella non sempre siano associati a condizioni di malessere psicofisico e più in generale alle condizioni relative al rischio come alle fonti dello stesso. In questo senso, i risultati confermano solo in parte quanto presente nella letteratura (Damiani et al., 2006; Deitinger et al., 2009; Magnavita & Garbarino, 2013; Marcatto et al., 2011, Patronella et al., 2011; Flaco et al., 2010).

Come abbiamo avuto modo di evidenziare precedentemente gli eventi sentinella sono di per sé di natura dinamica, quindi soggetti a notevole mutazione. A nostro avviso, il dato rilevato nel nostro lavoro è spiegabile nella distanza di tempo intercorsa tra la costruzione del database per l'individuazione delle classi omogenee (avvenuta nel 2012) e la somministrazione del questionario, avvenuta nel 2013. Per cui è possibile ipotizzare che si siano verificate delle variazioni delle condizioni di lavoro e dei contenuti del lavoro in alcuni sedi piuttosto che in altre. In altre situazioni, tale dato è rimasto invariato. L'ignoranza di tale elemento ha sicuramente comportato una limitazione in termini di potenzialità preventiva del WSED-Stress.

È noto che lo stress rappresenta un livello di attivazione in ragione delle pressioni ambientali. Per cui la variazione di queste pressioni in termini di frequenza e durata possono largamente incidere sullo stato psicofisico (Faragher, Cooper, & Cartwright, 2004). Del resto, relativamente alle nosografie presenti nel DSM V lo sviluppo di patologie da stress (ansia, DPTS, stress etc.) viene strettamente ancorato ai fini diagnostici in termini di continuità di esposizione ai fattori stressanti tanto da considerare la patologia una forma di adattamento categorizzabile come Acuta e Cronica in relazione a quanto tale condizione sia riuscita a modificare la personalità del soggetto (American Psychiatric Association, 2013). I casi di mobbing per esempio mostrano chiaramente come la persistenza di condizioni di stress determina condizioni patologiche (Leymann & Gustafsson, 1996). Oltremodo la riconcettualizzazione nel DSM-V del Disturbo dell'Adattamento come un insieme di sindromi eterogenee e di risposta allo stress, piuttosto che come una categoria residua per gli individui che presentano disagi clinici significativi, offre un'ulteriore prova sulla valenza temporale di esposizione agli stressor.

A nostro avviso, è necessario che le aziende procedano alla costruzione del *Sentinel Event Database* in modo che l'occorrenza e co-occorrenza dell'evento sentinella con un altro sia immediatamente rilevato a fini preventivi.

Infatti, non si può ignorare che la funzione di monitoraggio degli eventi sentinella appare una questione centrale ai fini della prevenzione della malattia in generale e dello stress da lavoro correlato in particolare. Tale funzione di monitoraggio, infatti, per essere tale necessita di una vicinanza temporale al dato al fine di coglierne la sua dinamicità e non solo il suo cambiamento in modo statico. Il limite della nostra esperienza è stato questo, quello di non potere raccogliere il cambiamento in corso ma di poterlo verificare solo in termini statici, svincolando quindi l'occorrenza del fenomeno dalla sua co-occorrenza con un altro.

L'implementazione del metodo WSED-Stress passa attraverso la costruzione dell'*Event Sentinel Database*, in grado di rilevare la variazione dei fenomeni in modo mensile, piuttosto che settimanale/quotidiano. Operazione questa resa ampiamente possibile oggi dall'uso delle nuove tecnologie.

Il metodo WSED-Stress qui presentato rappresenta una strategia di rilevazione dello stress da lavoro correlato coerentemente con quanto prescritto dalla normativa italiana. Infatti, consente di legare l'azione degli eventi sentinella alla patologia da stress lavoro-correlato, basandosi su un assunto epistemologico importante: è impossibile prescindere dal contesto organizzativo in cui l'indagine viene effettuata, in quanto contribuisce in misura rilevante a definire lo condizione di stress, agendo da fattore di scatenante o mitigante (Faragher, Cooper, Cartwright, 2004).

Per un'adeguata valutazione dello SLC non può di certo essere ignorata la dinamicità della realtà aziendale e la variabilità in essa espressa e declinata a cui i lavoratori sono sottoposti (Nieuwenhuijsen et al., 2010; Kerr et al., 2009; Faragher et al., 2004). Infatti, allo stesso tempo abbiamo messo in evidenza come il WSED-Stress consenta di integrare aspetti nomotetici del lavoro con quelli idiografici e che la sua funzione preventiva si basi sull'acquisizione di una maggiore dinamicità strumentale capace di cogliere in modo longitudinale (Damiani et al., 2006; Andrisano Ruggieri et al., 2015; Andrisano Ruggieri et al., 2016; Andrisano Ruggieri et al., *in press*) la continuità espositiva ai fattori stressanti in termini di durata e frequenza. Infatti, occorre tener presente che lo stress da lavoro è un fenomeno di malessere collettivo definito soprattutto da variabili relative alla *cultura aziendale* piuttosto che da variabili individuali (Ruggieri, Pozzi, & Ripamonti, 2014; Pozzi, Marta, Gozzoli, & Andrisano-Ruggieri, 2014).

Per cui le future ricerche in termini di implementazione del metodo ed in termini di insorgenza della patologia dovranno indagare maggiormente la relazione tra fattori stressanti e tempo di esposizione agli stessi tenendo in considerazione la dinamicità dell'ambiente di lavoro.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrisano-Ruggieri, R., Capunzo, M., Crescenzo, P., Ambrosio, R., Savastano, R., & Boccia, G. (2015). The Role of Sentinel Events in the Measurement of Work-Related Stress. *Psychology*, *6*, 151-158. doi: 10.4236/psych.2015.62014
- Andrisano Ruggieri, R., Capunzo, M., Crescenzo, P., Savastano, R., Truda, R., De Caro, F., ... & Boccia, G. (2016). Inconsistency of sentinel events and no gender difference in the measurement of work-related stress. *Sage Open*, *6*(1), 1-13. doi: 10.1177/2158244016629527
- Andrisano-Ruggieri, R., Crescenzo, P., Capunzo M., De Caro, F., Savastano, R., Pennisi, M., Boccia, G. (*in press*). Understanding the relationship between Sentinel Events and Sources of Work Related Stress for prevention programmes. An Italian survey. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*.
- Bennett, J.B., Cook, R.F., & Pelletier, K.R. (2003). Toward an integrated framework for comprehensive organizational wellness: Concepts, practices, and research in workplace health promotion. In J.C.Quick, & L.E. Tetrick (Eds), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp 69-95). Washington, DC, USA: American Psychological Association. doi: /10.1037/10474-004
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, R.J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, *88*, 68-74. doi: 10.2105/AJPH.88.1.68
- Circolare ministeriale del 18/11/2010 n.23692, d.lgs art. 28, Indicazioni per la valutazione dello stress da lavoro correlato* [Circular of the Ministry of Labour and Social Policy of 18/11/2010, n. 23692 Dlgs. 891/08, art 28. Guidelines for the evaluation of work-related stress]. Retrieved from <http://www.reteambiente.it/normativa/14224/>
- Cooper, C.L., & Marshall, J. (1975). Occupational source of stress. *Journal of Occupational and organizational Psychology*, *49*, 11-28
- Cooper C.L., Sloan S.J., & Williams S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management Guide*. Windsor: NFER-Wilson.
- Cotton, P., & Hart, P.M. (2003). Occupational wellbeing and performance: A review of organizational health research. *Australian Psychologist*, *38*(2), 118-127. doi: 10.1080/00050060310001707117
- Damiani, G., Federico, B., Pinnarelli, L., Sammarco, A., & Ricciardi, W. (2006). Evaluating the effect of stress management programmes at the work-site on absenteeism reduction: a systematic review. *Italian Journal of Public Health*, *3*, 38-43. doi: 10.2427/5936
- Deitinger, P., Nardella, C., Bentivenga, R., Ghelli, M., Persechino, B., & Iavicoli, S. (2009). D. Lgs. 81/2008: conferme e novità in tema di stress correlato al lavoro. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, *31*, 154-162.
- Decreto Legislativo n.81/08, Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro* [Consolidated Act on health and safety at work no. 81/2008]. Retrieved from: <http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/MS/Normativa/Documents/TU%2081-08%20-%20Ed.%20Maggio%202014.pdf>
- European Agreement on the Stress in the Workplace*. Bruxelles. (8 october 2004). Retrieved from: <http://www.worker-participation.eu/EU-Social-Dialogue/Interprofessional-ESD/Outcomes/Framework-agreements/Framework-agreement-on-stress-at-work-2004>

- Falco, A., Dal Corso, L., Sarto, F., Vianello, L., Girardi, D., Marcuzzo, G., ... Bartolucci, G.B. (2010). Il ruolo degli indicatori "oggettivi" ed "intersoggettivi" nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato: il metodo di Valutazione per Indicatori di Stress [The role of "objective " and "inter-subjective" indicators in the assessment work-related stress risk: the Valuation Method for Stress Indicators]. *Italian Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 1, 132-138. Retrieved from: <http://ijoehy.it/Archivio/3/132%20-%20138%20Paper%20Falco.pdf>
- Faragher, E.B., Cooper, C.L., & Cartwright, S. (2004). A shortened stress evaluation tool (ASSET). *Stress & Health*, 20(4), 189-201. doi: 10.1002/smi.1010
- Favretto, G. (1994). *Lo stress nelle organizzazioni* [The organization stress]. Bologna: Il Mulino.
- Fraccaroli, F., & Balducci, C. (2011). *Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni* [Stress and psychosocial risks in organizations]. Bologna: Il Mulino.
- Gattrell, C.J., & Cooper, C.L. (2008). Work-life balance: working for whom? *European Journal of International Management*, 2(1) 71-86.
- Giorgi, G., Leon-Perez, J.M., Cupelli, V., Mucci, N., & Arcangeli, G. (2014). Do I just look stressed or am I stressed? Work-related stress in a sample of Italian employees. *Industrial Health*, 52, 43-53. Retrieved from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/52/1/52_2012-0164/_pdf
- Homer, C.J., James, S.A., & Siegel E. (1990). Work-related psychosocial stress and risk of preterm, low birth weight, delivery. *American Journal of Public Health*, 80,173-177. doi: 10.2105/AJPH.80.2.173
- Johnson, J.V., & Hall E.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342
- Johnson, S., Cooper, C. L., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*. 20, 178-187. doi: 10.1108/02683940510579803
- The Joint Commission. (2011). "Sentinel Events (SE),Comprehensive Accreditation Manual for Long Term Care" (official document). Retrieved from: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_CAMLTC_Update_1.pdf
- Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-306. doi: 10.2307/2392498
- Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009). HSE management standards and stress-related work outcomes. *Occupational medicine*, 59(8), 574-579. doi:10.1093/occmed/kqp146
- Kohantorabi, F., & Abolmaali, K. (2014). The prediction of job satisfaction based on coping skills in pilots and assistant of pilots. *Journal of Service Science and Management*, 7(3), 260-266. doi: 10.4236/jssm.2014.73023
- Lee, C., An, M., Noh, Y. (2012). The social dimension of service worker's job satisfaction: The perspective of flight attendants. *Journal of Service Science and Management*, 5(2), 160-170. doi: 10.4236/jssm.2012.52020
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2) 251-75. doi: 10.1080/13594329608414858
- Magnani, M., Mancini, G.A., & Majer, V. (2011). *Organizational and psychosocial risk assessment (OPRA)*. Firenze: Giunti O.S.
- Magnavita, N., & Garbarino, S. (2013). Is absence related to work stress? A repeated cross-sectional study on a special police force. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(7) 765-775. doi: 10.1002/ajim.22155
- Marcatto, F., D'Errico, G., Di Blas, L., & Ferrante, D. (2001). La valutazione dello stress lavoro correlato: adattamento italiano dell'HSE management standards work-related stress indicator tool. [The

- evaluation of work-related stress: Italian adaptation of HSE management standards work-related stress indicator tool]. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33, 403-408
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W.W. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 90, 1765-1770. doi:10.2105/AJPH.90.11.1765
- McLaughlin, S. (2008) Historical perspective: The joint commission's growing role in the environment of care. *Health Facilities Management*, 21(4), 43 – 45.
- MediLexicon. (2015). *Medical dictionaries, drugs & medical searches*. Retrieved from <http://www.medilexicon.com/medicaldictionary.php?t=30795>
- Nahar, L., Hossain, A., Rahman, A., & Bairagi, A. (2013). The relationship of job satisfaction, job stress, mental health of government and non-government employees of bangladesh. *Psychology*, 4(6), 520-525. doi: 10.4236/psych.2013.46074
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277-286. doi: 10.1093/occmed/kqq081
- Office of Public Health Informatics and Epidemiology, Nevada Division of Public and Behavioral Health. (2013, September). *Sentinel event: Past to present*. Carson City, NV. Retrieved from: [http://dpbh.nv.gov/Programs/SER/dta/Publications/Sentinel_Events_Registry_\(SER\)___Publications/](http://dpbh.nv.gov/Programs/SER/dta/Publications/Sentinel_Events_Registry_(SER)___Publications/)
- Parks, K.M., & Steelman, L.A. (2008). Organizational wellness programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 58 – 68.
- Patronella, G., Latocca, R., De Vito, G., D'Orso, M.I., Riva, M.A., & Cesana, G. (2011) Eventi sentinella stress lavoro-correlati in ambito ospedaliero e loro monitoraggio nel decennio 2001-2010 [Sentinel events of work-related stress in hospital and their monitoring in the Decade 2001-2010]. *Giornale Italiano di Medicina ed Ergonomia*, 33: 326-329.
- Pozzi, M., Marta, E., Marzana, D., Gozzoli, C., Andrisano-Ruggieri, R. (2014). The Effect of the Psychological Sense of Community on the Psychological Well-Being in Older Volunteers. *Europe's Journal of Psychology*, 10(4), 598-612. doi: 10.5964/ejop.v10i4.773
- Ruggieri, R., Pozzi, M., & Ripamonti, S. (2014). Italian family business cultures involved in the generational change. *Europe's Journal of Psychology*, 10(1), 79-103. doi: 10.5964/ejop.v10i1.625
- Sakketou, A., Galanakis, M., Varvogli, L., Chrousos, G., & Darviri, C. (2014). Validation of the Greek Version of the “Job Stress Measure”. *Psychology*, 5(13), 1527-1535. doi:10.4236/psych.2014.513163
- Sollecito, W.A., Johnson, J.K. (2011). *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement In Health Care*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Thorsteinsson, E.B., Brown, R.F., & Richards, C. The Relationship between work-stress, psychological stress and staff health and work outcomes in office workers. *Psychology*, 5(10), 1301-1311. doi: 10.4236/psych.2014.510141
- Turk, M., Davas, A., Tanik, F.A., & Montgomery, A.J. (2014). Organizational stressors, work-family interface and the role of gender in the hospital: Experiences from Turkey. *British Journal of Health Psychology*, 19, 442-458. doi: 10.1111/bjhp.12041
- Urbanetto de Souza, J., Magalhaes, M.C., Maciel, V.O., Sant'Anna, V.M., Gustavo Ada, S., Poli de Figueiredo, C.E., & Magnago, T.S. (2013) Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 1180-1186. doi: 10.1590/S0080-623420130000500024
- Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W., Schene, A.H., & Van Dijk, F.J. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2): 270-276. doi: 10.2105/AJPH.91.2.270

- Visser, M.R.M., Smets, E.A.M., Oort, F.J., & De Haes, C.J.M. (1996). Stress, Satisfaction and Burnout among Dutch Medical Specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-276.
- Von Onciul, J. (1996). ABC of work related disorders. Stress at work. *Bio-medical Journal*, 313, 745-748. doi: 10.1136/bmj.313.7059.745
- Wilf-Miron, R., & Lewenhoff, I. (2001). Preventing the Next Error: Risk Management in Maccabi Health Care Services (Printed internally and distributed to all Maccabi's Physicians).
- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
- Xiang, H., Coleman, S., Johannsson, M., & Bates, R. (2014). Workplace Stress and Job Satisfaction among Biologics Development Professionals. *Health*, 6(14), 1790-1802. doi: 10.4236/health.2014.614211

The Local Culture of Rome and its urban suburbs in the representation of the archaeological remains

Renzo Carli^{*}, *Rosa Maria Paniccia*^{**}, *Fiammetta Giovagnoli*^{***}, *Francesca Dolcetti*^{****}, *Rosario Gurrieri*^{*****}

Abstract

The research, carried out within a project research of national interest (PRIN) directed by archaeologist Professor Clementina Panella, has the purpose to detect the local culture of inhabitants of the center and the outskirts of Rome, paying attention to the archaeological remains and their cultural contribution. Three components of local culture emerged in this research; all of them are reported to a cultural context that people feel as organized by the pursuit of power and the enhancement of the mass media as factors that give notoriety and popularity then power. One of the three cultural repertoires, characterized by young participants and residents in the outskirts of Rome, enhances the archaeological remains as components of a fun culture. The fun, in combination with culture, is experienced as an effective alternative to the power and the pursuit of power.

Keywords: archeology; power; Local Culture; politics; crisis.

^{*}Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of the University "Sapienza" in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

^{**}Associate Professor at the Faculty of Medicine and Psychology of the University "Sapienza" in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

^{***}Psychologist, Psychoterapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

^{****}Psychologist, Psychoterapist, Partner of "Studio Risorse Obiettivi Strumenti", psychological consulting services, Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: francescadolcetti@studio-ros.it

^{*****}Psychologist, PhD in Dynamic, Clinical and Developmental Psychology, University of Rome "Sapienza". E-mail: gurrieri.saro@gmail.com

Carli, R., Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Gurrieri, R. (2016). La Cultura Locale di Roma e delle sue periferie urbane nella rappresentazione dei resti archeologici [The Local Culture of Rome and its urban suburbs in the representation of the archaeological remains]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 99-118. doi: 10.14645/RPC.2016.2.655

La Cultura Locale di Roma e delle sue periferie urbane nella rappresentazione dei resti archeologici

Renzo Carli^{*}, *Rosa Maria Paniccia*^{**}, *Fiammetta Giovagnoli*^{***}, *Francesca Dolcetti*^{****}, *Rosario Gurrieri*^{*****}

Abstract

La ricerca, effettuata nell'ambito di un Progetto di Ricerca di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN) diretto dall'archeologa prof.ssa Clementina Panella, intende rilevare la cultura locale di abitanti del centro e della periferia di Roma, con particolare riferimento ai resti archeologici e al loro apporto culturale. Nella ricerca sono emerse tre componenti della cultura locale, tutte, in riferimento al contesto culturale vissuto come organizzato dalla ricerca di potere e dalla valorizzazione dei mezzi di comunicazione di massa quali fattori volti a conferire popolarità e notorietà, quindi potere. Uno dei tre repertori culturali, caratterizzato da partecipanti giovani e abitanti nella periferia romana, valorizza i resti archeologici quali componenti di una cultura divertente. Il divertimento, associato alla cultura, è vissuto quale efficace alternativa al potere e alla ricerca del potere.

Parole chiave: archeologia; potere; Cultura Locale; politica; crisi.

*Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza", Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

**Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

***Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor di Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

****Psicologa, Psicoterapeuta, membro dello "Studio RisorseObiettiviStrumenti", Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-Mail: francescadolcetti@studio-ros.it

*****Psicologo, Dottore di Ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo, Università di Roma "Sapienza". E-mail: gurrieri.saro@gmail.com

Carli, R., Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Gurrieri, R. (2016). La Cultura Locale di Roma e delle sue periferie urbane nella rappresentazione dei resti archeologici [The Local Culture of Rome and its urban suburbs in the representation of the archaeological remains]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 99-118. doi: 10.14645/RPC.2016.2.655

Premessa

In questo lavoro viene analizzata la rappresentazione che gli abitanti di Roma hanno della loro città e delle dinamiche di convivenza che caratterizzano la capitale, con particolare riferimento alla rappresentazione simbolica dei resti archeologici presenti entro i luoghi di appartenenza.

Perché i resti archeologici?

Con la ricerca si intende esplorare il rapporto tra cittadini di Roma, abitanti nel centro storico e nelle periferie, e la cultura. La relazione con la cultura, in un periodo di crisi che non è solo economica ma, soprattutto, civile e di convivenza, è centrale per cogliere il senso della crisi e per individuare linee di intervento psicologico volte a contrastare i fattori della crisi e a facilitare la ripresa di uno sviluppo sociale.

La cultura, nella nostra ipotesi di lavoro, rappresenta l'alternativa ai valori fondati sul possesso e sull'avidità che, in altri lavori (Carli, 2011, 2012, 2013; Carli & Paniccia, 2011), abbiamo rilevato come caratterizzanti la crisi che stiamo attraversando.

Usiamo il termine "cultura" in due distinte accezioni, non sovrapponibili.

Da un lato parliamo di "Cultura Locale", intendendo con tale termine l'insieme delle dinamiche collusive con le quali si rappresenta simbolicamente la convivenza, nei suoi vari aspetti, entro una popolazione specifica; nel nostro caso il gruppo di cittadini romani che hanno accettato di partecipare alla ricerca.

Dall'altro, parliamo di "cultura" intendendo, con tale termine, l'insieme delle espressioni artistiche che un popolo produce nel corso della sua storia. Nel caso di Roma, abbiamo ipotizzato che un'espressione culturale importante sia l'archeologia romana antica, volta a rintracciare segni del passato caratterizzanti una città che è stata – per molti secoli – l'artefice di un impero esteso dall'Africa al nord dell'Europa, dall'oceano Atlantico al Medio Oriente. Ricordando che la Roma del passato non conobbe soltanto la conquista imperiale ma, soprattutto, fu protagonista di uno sviluppo culturale, politico, civile che ha segnato in modo indelebile la civiltà dell'Occidente.

I resti archeologici romani, in sintesi, rappresentano per noi i segni tangibili, accessibili ai romani, di un processo culturale di grande rilievo. I resti archeologici, in altri termini, sono equiparabili alla Messa in si minore di Johan Sebastian Bach, alla Divina Commedia di Dante Alighieri, alla Camera degli sposi di Mantegna, alla Cappella Sistina di Michelangelo, all'architettura di Palazzo Farnese nell'omonima piazza romana, a un vetro di Murano creato da Tapio Wirkkala. Il modo con cui si rappresentano i resti archeologici romani, sia quelli più famosi del centro storico come quelli delle periferie, può dare informazioni preziose sul modo di rappresentare il senso della cultura e la sua valorizzazione entro il gruppo che partecipa alla ricerca.

La nostra rilevazione prevedeva anche il confronto tra la Cultura Locale caratterizzante le periferie romane e quella di chi abita il centro storico della capitale. Ciò al fine di individuare linee strategiche di intervento, entro i progetti di archeologia partecipata previsti dalle unità di ricerca archeologica che hanno svolto un'indagine parallela alla nostra.

Uno studio della letteratura psicologica e sociologica concernente il tema in questione, ha mostrato come pochi siano i contributi sull'argomento, tutti riferiti a popolazioni non suddivise preliminarmente tra gli abitanti del centro storico e quelli delle periferie urbane. Questo il motivo che ha suggerito ai ricercatori di studiare la Cultura Locale, con particolare riferimento ai resti archeologici, entro differenti aree della città di Roma.

Metodologia

La ricerca si è svolta in due fasi:

In una **prima fase** sono state realizzate 62 interviste aperte, registrate, trascritte e analizzate con la metodologia dell'Analisi Emozionale del Testo (AET)¹. Questa fase ha avuto uno scopo esplorativo ed è servita a raccogliere informazioni utili per la costruzione del questionario utilizzato nella seconda fase.

¹ Tramite AET si raccolgono e analizzano testi volti all'esplorazione di specifici temi. L'AET ipotizza che le emozioni espresse nel linguaggio siano un organizzatore fondamentale della relazione. In questa ottica, il linguaggio non è mai narrazione individuale, ma sempre organizzatore di rapporti. Di conseguenza non si analizzano sequenze discorsive, ma gli incontri – entro segmenti di testo – delle parole come veicoli della traduzione emozionale della realtà contestuale legata alla produzione del testo; quindi sia rispetto alla tematica in rapporto alla quale si sviluppa il testo, sia rispetto alla relazione con il ricercatore. L'AET si avvale dell'ausilio di software di analisi del testo che consentono di individuare le ricorrenze di incontri di parole all'interno di ampi testi, di organizzarli entro raggruppamenti e di disporli entro uno spazio di contrapposizioni, al fine di una riduzione della complessità del testo che renda conto

Nella **seconda fase** della ricerca è stato costruito il questionario ISO utilizzando i dati emersi nell'Analisi Emozionale del Teste (AET), assieme ad alcuni modelli elaborati dallo Studio di Psicopsicologia (SPS), del quale fanno parte i ricercatori, atti a individuare le rappresentazioni simboliche del contesto urbano e le variabili illustrative che si è deciso di considerare nel piano sperimentale.

Si tratta quindi di una metodologia che propone, all'interno di un questionario preparato *ad hoc* per le differenti aree di indagine, domande che concernono opinioni e atteggiamenti nei confronti del sistema sociale italiano e territoriale, nei confronti delle differenti istituzioni e delle più varie figure professionali, assieme a domande che indagano sull'oggetto specifico della ricerca, i resti archeologici, in questo caso, così come altre aree di indagine della convivenza più in generale.

È importante sottolineare che la costruzione di ogni domanda, o gruppo di domande, avviene in base a specifici modelli di lettura della dinamica collusiva entro il sistema delle relazioni sociali. Non si tratta, in ISO, di domande conoscitive il cui senso è esplicito e definito dalla domanda stessa: indici di gradimento o di accettazione di specifici oggetti della realtà, rilievo di opinioni o di reputazione, valutazioni riferite al proprio passato o alla propria esperienza e così via. Di contro, nella metodologia ISO, con il questionario si analizza una complessa serie di dimensioni e di modelli psicosociali, capace di sondare componenti rilevanti della cultura caratterizzante il gruppo di chi partecipa alla ricerca.

Il trattamento statistico dei dati prevede l'analisi di tutte le risposte alle varie questioni, prodotte da tutti i partecipanti alla ricerca. Tutti i dati ottenuti vengono trattati assieme, con l'obiettivo di individuare delle connessioni tra risposte alle differenti domande e insieme degli individui: connessioni atte a ridurre la variabilità delle risposte dei singoli e a evidenziare specifici cluster di risposte/individui che diano indizi sulle culture collusive che fondano i cluster stessi².

Partecipanti alla ricerca

I partecipanti alla nostra ricerca sono stati, in totale, 190 cittadini romani. Per l'individuazione della popolazione partecipante alla ricerca è stata utilizzata la suddivisione toponomastica di Roma, che differenzia la città in rioni, quartieri e zone.

Il centro storico viene identificato con i rioni, che comprendono la parte della città interna alle mura aureliane. La periferia urbana è composta dai quartieri e dalle zone. I quartieri sono adiacenti al centro storico, le zone si dispongono all'interno dell' Agro Romano. Tor Vergata, sede del progetto di archeologia partecipata, fa parte – in questa suddivisione – della zona Torre Nuova.

I soggetti erano suddivisi per area di residenza sesso, età, grado d'istruzione, e luogo d'origine (Tabella 1).

Tabella 1. *Variabili illustrative*

Area di residenza				
<i>Rioni</i>	<i>Quartieri</i>	<i>Zone</i>	<i>Tor Vergata</i>	<i>Totale</i>
40	75	31	44	190
Sesso				
<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		<i>Totale</i>
98		92		190
Età				
<i>Fino a 35 anni</i>	<i>Da 36 a 60 anni</i>	<i>Oltre i 60 anni</i>		<i>Totale</i>
101	67	22		190

dell'organizzazione collusiva del testo stesso. In questo caso è stato utilizzato Alcéste di Reinert (1986). Per chi desidera approfondire la metodologia può consultare Carli & Paniccia, 2002; Carli et al., 2016.

² Si veda Carli & Paniccia, 2011.

<i>Grado di istruzione</i>			
<i>Scuola dell'obbligo</i>	<i>Scuola media superiore</i>	<i>Laurea</i>	<i>Totale</i>
10	94	86	190
<i>Luogo di origine</i>			
<i>Roma</i>	<i>Italia</i>	<i>Europa e Paesi Extraeuropei</i>	<i>Totale</i>
60	121	9	190

Risultati

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i questionari di 176 soggetti, il 92,7% dell'insieme dei 190 questionari raccolti. Sono stati esclusi 14 questionari perché presentavano, allo spoglio dei dati, numerose risposte mancanti. Si è avuta, così, una perdita del 7,3% dei casi iniziali. Non molto, se si tiene conto della difficoltà insita nel tema trattato entro il nostro questionario. Il criterio utilizzato per l'esclusione: un numero di risposte mancanti superiore a 8, pari a circa il 10% del totale delle modalità di risposta presenti nel questionario.

I dati raccolti sono stati analizzati con l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e con la cluster analysis, al fine di individuare i repertori culturali (RC) che compongono la Cultura Locale, riferita alle dinamiche di convivenza e alla rappresentazione simbolica dei resti archeologici. Sotto un profilo statistico, i repertori culturali sono i differenti cluster organizzati entro uno spazio fattoriale, nel suo insieme definito Cultura Locale.

Quanto alla verifica dell'andamento dei dati mancanti nell'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple, si è ripetuta una procedura classica:

- le frequenze dei dati mancanti, per ciascuna risposta, sono state ripartite in modo casuale sul resto delle modalità;
- si è poi proceduto a una dettagliata verifica, per evitare che questa procedura modificasse in modo significativo l'inerzia spiegata dagli assi, come anche il contributo delle variabili nel determinare gli assi.

Nell'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple risulta che il primo fattore spiega il 35% della varianza. Dopo il terzo fattore si rileva un incremento molto basso nella spiegazione della varianza totale. Si è quindi deciso, per l'analisi dei cluster, di utilizzare i primi tre fattori.

Per la cluster analysis sono state utilizzate le coordinate dei 176 soggetti, sui primi 3 assi fattoriali derivati dall'analisi delle corrispondenze multiple. La partizione ritenuta ottimale è a tre cluster. I cluster, in questo tipo di analisi, sono raggruppamenti di modalità di risposta ricorrenti in contrapposizione ad altri. La loro composizione è indicata/riportata in appendice (*appendice 1*).

La Tabella 6 indica, per ciascun cluster, la numerosità in termini assoluti (frequenze) e percentuali (frequenze %); inoltre, viene riportata una misura (coseno quadrato) che indica quanto i centri dei cluster siano "ben rappresentati" sulle polarità fattoriali, riportando solo i valori significativi di ogni fattore sui due poli, quello "positivo" o quello "negativo". Come si può vedere, il terzo fattore, pur considerato nel trattamento dei dati, non contribuisce alla generazione dei cluster, entro la cluster analysis.

Tabella 6. *Rapporto cluster/fattori*

<i>Cluster</i>	<i>Frequenze</i>	<i>Frequenze %</i>	<i>Fattore 1</i>	<i>Fattore 2</i>	<i>Fattore 3</i>
1	60	34,09%	92,4% (-)		
2	40	22,73%		99,6% (+)	

3	76	43,18%	88,5% (+)		
<i>Totali</i>	<i>176</i>	<i>100 %</i>			

Lo spazio fattoriale

I tre cluster sono così distribuiti nello spazio fattoriale (*Figura 1*):

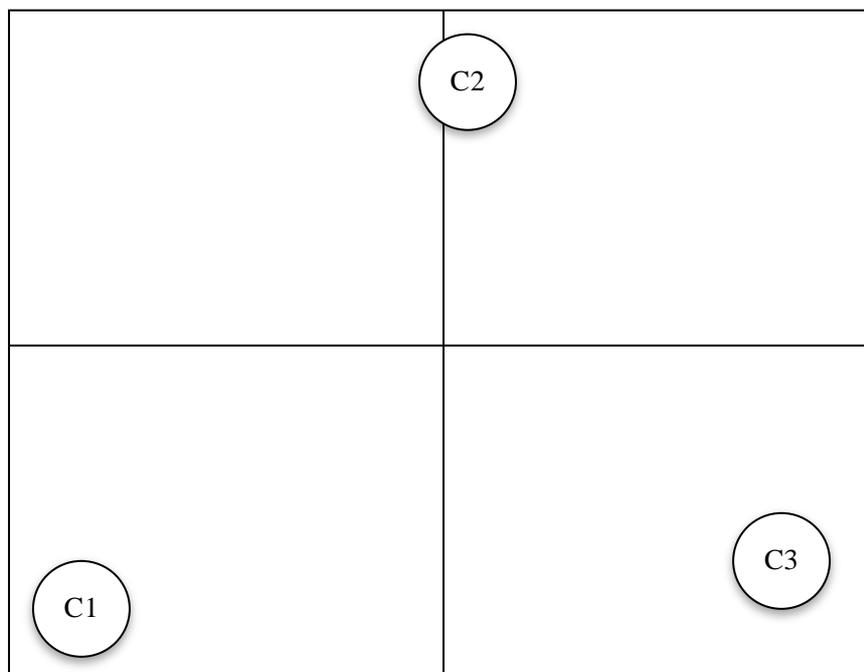


Figura 1 – Lo spazio fattoriale

Analisi dei dati

Analizzeremo i tre cluster vedendone la relazione tra loro, all'interno dello spazio fattoriale, al fine di delineare l'insieme della Cultura Locale oggetto della ricerca.

Una prima sintesi del primo fattore, dove si contrappongono il cluster 1 e il cluster 3

Il cluster 1 è caratterizzato dai partecipanti più giovani, mentre il cluster 3 vede partecipanti di tutti i gruppi di età: giovani, di mezza età e anziani in proporzione. Quest'ultimo vede prevalere partecipanti con grado di istruzione elevata, mentre nel cluster 1 i due livelli di istruzione sono equivalenti.

Nel cluster 1 prevalgono i maschi, nel cluster 3 le persone di sesso femminile.

I partecipanti di Tor Vergata prevalgono nel cluster 3, mentre nel cluster 1 sono prevalenti i partecipanti che vivono nei Quartieri.

Si tratta di due repertori culturali che propongono, sul primo fattore della nostra analisi, modi contrapposti di rappresentazione della tematica studiata. Vediamo i contenuti di questa contrapposizione.

Il cluster 1

Nel cluster 1 si sottolinea come il contesto entro il quale si vive sia fortemente critico: in Italia manca il vissuto di affidabilità per le istituzioni che dovrebbero organizzare e tutelare la vita delle persone; in particolare, scarsa affidabilità è riferita alle forze dell'ordine, alle grandi imprese, alla Chiesa, alla Sanità, al

sistema bancario e ai sindacati. Si pensa che lo sviluppo del Paese in cui si vive sia inesistente, come si pensa sia inesistente lo sviluppo della propria città e del proprio quartiere.

In questo contesto, altamente problematico, i partecipanti del cluster in analisi pensano che la cosa più importante da perseguire, nella loro esistenza, sia un sistema d'appartenenza e uno stile di vita amichevoli e divertenti. Vediamo quale specifico significato acquisti il divertimento per questo repertorio culturale. Il "potere" è il miraggio che i sistemi di potere intendono proporre, nel vissuto del cluster 1, quale meta per il desiderio delle persone: far parte di gruppi di potere, secondo i nostri intervistati, è l'unico modo con cui giovani e meno giovani possono aspirare al successo. Sembra, peraltro, che i partecipanti di questa cultura non cedano al ricatto del mettersi alla caccia del potere. Al potere, contrappongono il desiderio di amicizia e di divertimento.

L'arte, i beni culturali, i resti antichi sono valorizzati proprio perché vengono vissuti come *divertenti*. Visitare una mostra d'arte contemporanea o visitare un museo costituiscono eventi, per le persone di questo cluster, molto divertenti. Mentre non è per niente divertente andare allo stadio, per una partita di calcio, o assistere a una trasmissione televisiva. Sembra che le risorse culturali insite nei resti archeologici appartengano a un'area non ancora toccata e deteriorata dal disfacimento totale che il nostro Paese ha vissuto, grazie alla conduzione politica degli ultimi vent'anni e allo sfrangiarsi dei valori della convivenza.

È importante sottolineare questo dato di fiducia e di speranza, presente nel cluster in analisi.

Nelle nostre ricerche del passato, quello più lontano (facciamo riferimento agli anni Ottanta del secolo scorso) come anche nelle ricerche recenti, era presente sistematicamente uno specifico cluster, la cui frequenza era racchiusa entro la gamma 15-18%, ove alla radicale critica del contesto si univa, sempre, una profonda sfiducia nelle istituzioni e nei valori, una sfiducia reattiva, senza speranza; l'unica via d'uscita sembrava essere quella del farsi bellicosamente gli affari propri, proponendo una competitività, anche violenta, nei confronti dell'*altro*, percepito soltanto quale nemico da combattere; la sfiducia radicale in tutto e in tutti era accompagnata da un vissuto di anomia, intesa quale sfiducia nel futuro; sfiducia dovuta all'assenza di norme condivise, capaci di tutelare e regolamentare la relazione sociale.

Ebbene, in parte la cultura che stiamo analizzando sembra assomigliare a quella riscontrata in passato nelle nostre ricerche sulla Cultura Locale, in particolare sulla cultura caratterizzante la città di Roma: la cultura del traffico nella capitale (Carli & Paniccia, 1999), la cultura del quartiere di San Lorenzo (Carli & Sesto, 2015), la sanità a Roma (Carli et al., 2016), la cultura dell'ospedale San Filippo Neri (Carli et al., 2012), quella degli studenti di psicologia della Sapienza (Paniccia et al., 2009), la cultura concernente la disabilità e l'assistenza entro la disabilità (Giovagnoli, Caputo, & Paniccia, 2015; Paniccia, Giovagnoli, Bucci, & Caputo, 2014). La cultura in esame, d'altro canto, non è assimilabile a quella organizzata nel passato attorno alla sola sfiducia rabbiosa verso le istituzioni. Questa è la nostra prima ricerca sulla Cultura Locale ove manca un repertorio culturale sfiduciato e anomico, prevalentemente organizzato intorno alla reattività suscitata da culture altre, sentite come egemoni e, insieme, incapaci di gestire la convivenza.

Sembra che i "giovani" di questo repertorio culturale siano in grado di accettare, si potrebbe dire ineluttabilmente e con distacco emozionale, l'insieme dei problemi che caratterizzano il sistema sociale del Paese, della capitale e del quartiere in cui vivono. Si sa che le cose vanno male, che le istituzioni sono molto inefficienti, che la disoccupazione è irreversibile, almeno per i giovani, che l'inaffidabilità di chi regge le organizzazioni pubbliche o private è elevatissima, dai vigili urbani agli amministratori dei municipi e della città, dalla sanità ai giornali e alle televisioni, dai partiti politici alle aziende e ai sistemi produttivi, dalle banche al sistema economico più in generale. Sembra che ci sia, in questo repertorio culturale, una sorta di accettazione dei limiti, pur pesanti, che il proprio stare al mondo propone. C'è, però, anche la capacità di trovare *altrove* valori e interessi svincolati dal sistema di potere che controlla, e deteriora al contempo, i sistemi sociali ai quali siamo abituati a pensare.

C'è, soprattutto, l'affermarsi di un sistema di valori che si propone quale alternativo al perseguimento del potere; in questo senso, si tratta di un modello che valorizza la capacità di *divertirsi*; parola il cui etimo viene dal latino *de-vertere* (prendere un'altra direzione). Il divertimento può essere indicato, seguendo l'etimo latino, anche dalla parola *transgredire*, parola che viene da *transgredire* significa passare oltre o disobbedire; in altri termini *andare per una strada diversa* da quella prescritta dal potere dominante. Un potere, quello che ha imperato nell'Italia degli ultimi trent'anni, che fonda la sua capacità di fungere da modello aggregante e accattivante, nel suo orientamento a valori prescritti quali la ricchezza, il successo, il consenso, la popolarità: valori che, come il potere, si pensa spesso che "logorino chi non li ha". Assistiamo, nel nostro repertorio culturale, alla manifestazione di una cultura che sembra capace di uscire dalla trappola del detto andreottiano, falso ma insinuante; una frase che è poi stata alla base dell'affermazione politica, ma sarebbe meglio dire culturale, del passato trentennio.

L'arte, i resti archeologici in particolare, assumono il valore (come vedremo, simbolico) di un divertimento che sta agli antipodi delle condizioni di vita associate al potere. Viene rifiutata l'"influenza" e anche

l'“efficienza” degli archeologi che si occupano dei resti antichi a Roma. Non si vuol associare potere e capacità di riuscita a chi si occupa di ciò che fonda il divertimento trasgressivo.

Come vedremo, potere e riuscita, nella nuova redistribuzione dei valori associati alle dinamiche emozionali sociali, vanno assieme, mentre la dinamica affiliativa che cerca il divertimento, se vista quale capacità di svincolo dalla “riuscita nel potere”, se ne sta da sola, nella nuova contrapposizione. Un tempo la riuscita (*achievement*) era una motivazione alla relazione sociale che si fondava sulla valorizzazione della cosa terza e si contrapponeva alla coppia affiliazione-potere³. Il potere e l'affiliazione, nelle ricerche del passato, comportavano la diretta simbolizzazione emozionale dell'altro, nell'ottica dell'evocare accettazione da parte dell'interlocutore o di avvalorare la propria capacità di influenzare l'interlocutore stesso.

Oggi, per la cultura in analisi, sembra che la cosa terza sia perseguibile, nella relazione, solo tramite il divertirsi, il trasgredire divertito, dissacrante l'ingiunzione che prescrive di desiderare il potere. In primo luogo bisogna sottrarsi alla seduzione del potere; e questo è possibile quando ci si accorge dell'imposizione che sta dietro la seduzione. Al tempo stesso, nella cultura dominante attuale si propone una nuova coppia motivazionale, fatta di riuscita (successo, popolarità, capacità di evocare il consenso) su cui si appoggia il potere. Si tratta di una nuova dimensione psicologica che possiamo chiamare: *riuscita nel potere*.

In sintesi: nella cultura del cluster 1 le persone che ne fanno parte (ricordiamo che i giovani sono importanti in questo gruppo) sono consapevoli dei problemi gravi che affliggono il sistema sociale al quale appartengono. Sanno, anche, che uno dei problemi rilevanti per il Paese, come per la città di Roma e per il quartiere dove abitano, è l'indifferenza per i problemi che vedono coinvolti i beni culturali e per il profondo degrado ambientale. Non sono soddisfatti di abitare in una città, Roma, che è mal governata; sono scontenti di un Paese, l'Italia, ove l'appartenenza a gruppi di potere è l'unica chiave per il successo. Propongono, d'altro, canto, una *via d'uscita* a questo disastro amministrativo, culturale, politico. La via d'uscita è la trasgressione divertente, è l'attenzione per la cultura e per i resti archeologici; dimensioni emblematiche di modi di vita e di interessi che, lontani da quanto prescritto dal potere dei mezzi di comunicazione di massa, possano creare nuove aree di divertimento colto, di appropriazione culturale non soggetta alle logiche del potere economico e politico. Si tratta, quindi, di una cultura interessante perché alla ricerca di stimoli, proposte, iniziative che siano in grado di sollecitare curiosità intelligenti e di potenziare cultura, purché non rievochino un sapere prescritto, accademicamente impaludato, legato a corporazioni, in rapporto con la *riuscita nel potere*.

Il cluster 3

È il cluster più numeroso della ricerca, ove prevalgono le persone con il grado di istruzione più elevato, le partecipanti di sesso femminile e dove sono proporzionalmente più numerose le persone che vivono a Tor Vergata. Si tratta di una cultura che si contrappone, sul primo fattore della nostra analisi dei dati, a quella, appena analizzata, che concerne il 1.

Il senso di questa contrapposizione è comprensibile se si guarda a quanto viene valorizzato, dei resti antichi, in questo repertorio culturale: visitare i resti antichi, i musei, è vissuto, soprattutto, come “importante”. Gli aggettivi *importante* e *influyente* ritornano, con una ripetitività sistematica, in molte componenti del cluster: i vigili urbani del quartiere non sono abbastanza importanti, così come non sono influenti; gli archeologi non sono influenti; visitare una mostra d'arte contemporanea è abbastanza importante, vedere la televisione è poco importante. Potremmo continuare a lungo.

Sembra che l'emozionalità espressa in questa cultura sia orientata prevalentemente, se non esclusivamente, al potere. Un potere che viene vissuto come la misura con cui valutare l'adesione emozionale ai vari aspetti della realtà. Non stupisce, allora, che il resto antico ricordi la potenza di Roma. Qui il successo è legato al far parte di gruppi di potere, e lo stesso vale per l'affermarsi dei giovani; assieme, peraltro, all'eccellenza e alla professionalità, ma anche al sapersi affermare sugli altri e all'aiuto della famiglia.

Siamo confrontati, con questa sorta di valorizzazione scontata dell'appartenere ai gruppi di potere, a un dato nuovo e interessante: far parte dei gruppi di potere, per chi ritiene che il potere sia il metro di ogni evento della convivenza, non è un problema o un indicatore di conflitto culturale. Anzi, sembra che l'appartenere ai gruppi di potere sia una finalità da perseguire palesemente, esplicitamente: è nell'appartenenza al potere che si può valorizzare la competenza, che si può declinare la relazione sociale.

Si tratta di un modello culturale che, più sopra, si è proposto di chiamare: “riuscita nel potere”.

³ Si fa riferimento alle *dimensioni motivazionali che reggono la rappresentazione del rapporto sociale*, secondo il modello Atkinson-Mc Clelland (McClelland, Atkinson, Clark, & Lowell, 1953), approfondito da ricerche condotte negli anni Settanta da uno di noi (Carli & Esposito, 1971) e esteso alle dinamiche della simbolizzazione affettiva. Il modello motivazionale in questione individua tre componenti simboliche della motivazione entro la relazione sociale: l'affiliazione o *affiliation*; il potere o *power*; la riuscita o *achievement*.

Si tratta di una sorta di lente che consente di leggere la realtà solo entro le dimensioni del potere: il potere che si persegue, il potere che si raggiunge, il potere che si attribuisce agli altri o che gli altri attribuiscono a te; un potere fatto di rilevanza sociale, di successo, di popolarità, di capacità di influenzare l'altro e di determinarne atteggiamenti e comportamenti. Il valore guida che il potere persegue è quello dell'essere importante, del contare presso gli altri, dell'essere riconosciuto come persone dotate d'autorità, di capacità di decidere.

Sappiamo anche che tra potere e decisione si stabilisce una sorta di legame acritico e al contempo indissolubile. Il decidere, se si pensa che le relazioni possano essere regolate dal potere, è l'unico atto che conta; ad esempio quando si pensa a un cambiamento, ci si chiede unicamente chi ha il potere di attuarlo; ove la decisione prevale come sistema di valore, mentre la conoscenza, gli atti del conoscere, sono sistematicamente svalutati.

Nella cultura in analisi è presente, come si vedeva anche per il cluster 1, un aspetto critico nei confronti della realtà italiana, delle istituzioni e delle organizzazioni sociali; la lettura problematica dei sistemi di convivenza non è evitata, tutt'altro. È interessante, peraltro, che nel sottolineare la critica all'affidabilità delle strutture sociali italiane, al primo posto venga ricordata la Chiesa, mentre con valori test molto più bassi vengono citati i servizi pubblici, i sindacati, il sistema bancario. La Chiesa, possiamo ricordarlo, viene percepita come un baluardo tra i singoli e i sistemi di potere, avulsa dalla funzionalità visibile e quotidianamente valutabile dei sistemi locali di convivenza. Con la percezione di una Chiesa poco affidabile, si sottolinea il venir meno di un sistema di potere che dovrebbe "proteggere le singole persone dal potere". Se la Chiesa è poco affidabile, viene meno anche il "rimprovero" latente che la Chiesa può sancire in chi ricerca il potere. Ricordiamo il Vangelo di Giovanni: "Rispose Gesù: 'Il mio regno non è di questo mondo; se il mio regno fosse di questo mondo, i miei servitori avrebbero combattuto perché non fossi consegnato ai Giudei; ma il mio regno non è di quaggiù'" (Gv.18:36).

Molto presente il localismo, nella cultura in analisi: se lo sviluppo nel Paese è basso, inesistente, nel quartiere è abbastanza alto; sempre nel quartiere, il lavorar sodo comporta il raggiungimento del successo; i resti archeologici del quartiere sono un valore. Questa valorizzazione del quartiere, che sembra fiduciosamente contrapposta ai problemi dell'Italia, è un dato in contrasto con quanto emergeva per il cluster 1. Là, una visione pessimista investiva ogni declinazione della convivenza; qui, c'è fiducia nello sviluppo locale del quartiere ove si vive. Un quartiere dove l'operare delle persone può prevalere. Questo dato può apparire interessante, se si considera che le persone che appartengono a questa cultura rappresentano la maggioranza dei partecipanti alla ricerca che vivono a Tor Vergata.

Qui i resti archeologici, la cultura a essi associata, sono dimensioni importanti; non in quanto divertenti e occasione di trasgressione come nel cluster 1, ma proprio perché associati al potere, il potere della cultura e del gruppo sociale che è capace di utilizzare la cultura quale fattore di rilevanza sociale. Anche l'adesione alla cultura e ai suoi simboli, e il resto archeologico sembra uno dei simboli più efficaci in tal senso, viene rappresentata quale modo per esprimere successo, influenza sociale, rilevanza entro il gruppo di appartenenza. Si potrebbe dire che l'interesse per la cultura, e per l'archeologia in particolare, diventa, in questo repertorio culturale, un segno di appartenenza a un gruppo di potere.

Ciò che colpisce, nella cultura in analisi, è, in sintesi, la scontatezza con la quale si aderisce alla convinzione che l'unica cosa che conta, nella società attuale, è l'appartenere a un qualche gruppo di potere. È nell'ambito di questa appartenenza che la competenza assume valore. Se nel cluster 1 il resto archeologico, e la cultura ad esso associata, era occasione per reagire al potere, per disfarsene tramite una affermazione di libertà trasgressiva dai valori scontati, propri dei gruppi di potere, qui siamo nella situazione opposta: la valorizzazione dei resti archeologici è fondata sulla convinzione che, con tale interesse, si possa costruire e avvalorare l'appartenenza a uno specifico gruppo di potere.

Conclusioni circa il primo fattore

Siamo confrontati con un cambiamento di grande rilievo, nell'analisi dei dati concernenti il primo fattore di questa ricerca. Il perseguimento del successo, della popolarità, dell'ammirazione e dell'influenza sociale, dell'importanza (dovuta al censo, alla rilevanza sociale, alla notorietà, alla positività spettacolare della propria persona, delle proprie "gesta") che consente di prevalere sugli altri, tutto questo sembra diventato un elemento scontato e ovvio della convivenza.

Al perseguimento di obiettivi utili per la comunità si è sostituito, quale valore condiviso, quello di prevalere sugli altri, di assumere posizioni di rilievo sulla base del potere economico, politico, spettacolare, di popolarità, confusi l'uno con l'altro.

In una parola, il potere sembra assunto a valore emozionale prevalente, anche se si riconosce la sua valenza distruttiva entro le relazioni sociali e la scarsissima funzionalità di un sistema economico e politico fondati unicamente sulla ricerca del potere. Al potere è asservita anche la produttività, in tutti i suoi aspetti. Si è consapevoli del disastro che questa logica del potere ha prodotto sulle componenti più importanti della vita sociale, ma sembra che si accetti tutto questo come ineluttabile, di fronte all'inarrestabile attrazione che il perseguimento del potere esercita su tutti, indistintamente.

All'interno di questa tendenza culturale, al contempo allarmante e avvilente, si può cogliere la funzione attribuita alla cultura e alla valorizzazione dei resti archeologici. Da un lato la cultura viene rappresentata come l'unica occasione per sfuggire alla logica del potere, del suo perseguimento inutile e degradante: sono i più giovani che valorizzano, in tal senso, i resti archeologici e ne sottolineano la funzione di divertimento, nel senso etimologico del termine: un *di-vertere*, quale possibilità di imboccare una strada diversa da quella del monotono e comune perseguimento del potere. Dall'altro si pensa che sia in atto un'omologazione della cultura e, quindi, dei resti archeologici, al perseguimento del potere. In questo secondo caso, sono proprio le persone con il grado d'istruzione più elevato a sostenere questa identificazione della cultura con il potere e l'acquisizione della cultura come modo per appartenere ai gruppi sociali d'élite, di potere.

Il dato comune alle due culture è, peraltro, la convinzione circa il prevalere della ricerca di potere su ogni altra manifestazione della convivenza. Sembra trattarsi di un fenomeno senza alternativa, se non quella del rifugiarsi entro la trasgressione che sa sfuggire alla trappola del potere, prendendo in giro il potere stesso, che sa irriderlo in modo irriverente.

Ricordiamo il periodo nel quale la ricerca è stata realizzata. Siamo nel periodo dicembre 2011-febbraio 2012, vale a dire all'epoca di massima crisi del sistema politico italiano. Una crisi economica, senza dubbio; ma anche una crisi politica e culturale che ha giustificato, proprio in quei mesi e dopo la caduta del governo Berlusconi, la decisione del Presidente della Repubblica di affidare la conduzione dell'esecutivo a un gruppo di tecnici presieduti dal prof. Monti, in sostituzione di governanti eletti dal popolo. Un provvedimento, quello di istituire un governo "tecnico" (e non politico) fatto di persone stimabili, scelte al di fuori di chi era stato designato dal popolo, grave nella sua stretta relazione con la crisi di fiducia che i politici, e con loro la politica tutta, senza distinzione, stavano subendo nel Paese. Crisi di una politica assurda a emblema della ricerca e dell'affermazione del potere. È la stretta relazione tra politica e ricerca del potere fine a se stesso, proposta e realizzata dalla cultura dominante per quasi trent'anni nel Paese, e capace di permeare l'intero sistema politico italiano, a motivare la scelta di un governo svincolato dal consenso e dai sistemi di potere ai quali il consenso si era e si è assoggettato. Di qui il cambio culturale del quale stiamo parlando.

Si è resa visibile, in tutta la sua evidenza, la capacità devastante del sistema culturale, dominante la politica; un dominio, peraltro, che ha oltrepassato la politica estendendosi ai sistemi di comunicazione, ai sistemi di gestione del merito, alle strutture amministrative in tutte le loro espressioni, alla vita culturale, economica e civile. Un sistema che ha saputo attrarre nella sua orbita non solo la "destra" italiana, ma anche la "sinistra"; una crisi culturale che, a nostro modo di vedere, dipende direttamente dalla crisi di fiducia nel sistema politico, più che dalla crisi riferibile a questo o a quell'uomo politico. Le culture situate sul primo fattore della nostra ricerca sembrano rimandare, chiaramente e se si vuole esplicitamente, a questa proposta culturale che identifica politica e ricerca del potere; ma, anche, ricerca del potere e modi di vivere e governare la convivenza. C'è chi si adatta a tutto questo e s'identifica con la ricerca della rilevanza sociale quale obiettivo prioritario della propria esistenza. C'è chi, come i più giovani, è interessato a proporre una ribellione a tale acquiescenza al potere, cercando un'alternativa divertente, trasgressiva nei confronti di un'ortodossia del potere vissuta come mortificante.

Ci vorranno decenni perché la profonda ferita culturale, che caratterizza questa "crisi", si possa rimarginare. La funzione della cultura, in particolare di una cultura ancorata al passato e all'attualità ironica e trasgressiva del passato, può essere quella di contribuire a risanare le ferite del presente.

Nel concludere questa sintesi del primo fattore, sottolineiamo un dato tutt'altro che scontato. Nei due cluster che, ricordiamolo, sono ai poli opposti del fattore, troviamo dei dati sovrapponibili, che quindi non seguono la sorte delle contrapposizioni che organizzano le due culture del RC 1 e 3.

I due RC sono concordi nel ritenere il vedere la televisione come pochissimo (RC 1) o poco (RC 3) interessante e pochissimo (RC 1) e poco (RC 3) importante. Il RC 1, coerente con la sua specificità, la trova anche pochissimo divertente. Il predominio della comunicazione a una via, rappresentato dalla TV e che ha così caratterizzato il recente passato, è fortemente in crisi entro il vissuto degli intervistati; si potrebbe ipotizzare che il web offra delle alternative; certamente la rilevanza dell'appartenenza a realtà locali, così presente nella ricerca, è in rapporto con questa crisi; forse si punta alla creazione di gruppi di riferimento differenti da quelli che si reificano entro istituzioni oramai fortemente svalutate come quelle politiche ma non solo politiche, e la rilevanza dei "gruppi di potere" rimanda anche a questo. Certamente sembra in atto un rilevante cambiamento culturale: lo dice l'insieme dei dati.

Il cluster2 e il secondo fattore

Nel cluster 2, posto su uno dei poli del secondo fattore (ricordiamo che non c'è nessun cluster sul polo opposto), si evidenzia la cultura del conformismo televisivo. Per le persone di questo cluster la televisione è molto interessante e insieme molto affidabile. Possiamo sottolineare questo dato, perché si tratta di una posizione certamente non condivisa dall'insieme della Cultura Locale emersa dai dati della ricerca: questo non è vero né per il cluster 1 né per il 3, entrambi critici nei confronti del mezzo televisivo. Per il cluster 1, la televisione non è per nulla interessante, per nulla divertente o importante; per il cluster3 poco importante e poco interessante. Il primo fattore viene così a connotarsi nel suo insieme come una cultura fondata sul declino di immagine della televisione: la critica nei suoi confronti è condivisa dai due cluster, altrimenti contrapposti.

Che significa conformismo televisivo? Si tratta di un conformismo fondato sull'ordine costituito, tutelato da istituzioni politiche e culturali che fanno del possesso e del condizionamento del giornalismo televisivo un potere di grande rilievo. Istituzioni ancorate a processi di comunicazione a una via, che non richiedono riscontro ma adesione. Nel cluster in analisi si valuta la televisione come istituzione della massima affidabilità, al pari – in questa sequenza – delle forze dell'ordine, dei giornali, della Chiesa.

Questo cluster presenta altre specificità, in rapporto con quanto emerso entro il primo fattore.

Solo per questa cultura l'Italia è un Paese in forte sviluppo (il cluster 1 dice che lo sviluppo non c'è affatto, il cluster3 che c'è poco). Inoltre, troviamo qui le uniche persone per cui è valida una cultura che era assente nei cluster che andiamo rilevando con le nostre ricerche sulla cultura italiana dai primi anni Novanta: quella per cui i modelli di successo in Italia sono dati dal progettare sviluppo e anticipare i cambiamenti, in opposizione all'appartenenza ai gruppi di potere. Infatti, mentre prima di quella data le culture si organizzavano, in contrapposizione dialettica, tra chi puntava sul progettare sviluppo e chi puntava sull'appartenenza ai gruppi di potere, da quell'epoca in poi la prevalenza dei gruppi di potere è diventata indiscussa. Ricordiamo che il cluster 1 e 3 testimoniano, entrambi, questo evento, riorganizzando il dato in modi molto diversi, ma che hanno alla base, sia l'uno che l'altro, il riconoscimento della prevalenza dei sistemi di potere. La peculiarità del cluster 2 è confermata quando questo repertorio culturale ci parla delle possibilità di successo dei giovani, e ci dice che esse sono affidate molto alla eccellenza e alla professionalità, come anche alla creatività; per niente all'appartenenza ai gruppi di potere.

Nel repertorio culturale in analisi, i dati che si organizzano insieme a quanto ora evidenziato, configurano dimensioni culturali nuove, che si discostano dal passato appena ricordato. Nel passato l'investimento sullo sviluppo caratterizzava culture critiche e informate; in questo caso, di contro, caratterizza una cultura conformista e con la scolarità più bassa, entro il gruppo intervistato.

Ci sono altre interessanti specificità: il cluster 2 è l'unico che valorizza l'abitare a Roma, l'unico per cui questo è fonte di grande soddisfazione. D'altro canto, sulla città non si dice più nulla; si farà riferimento a Roma solo in rapporto ai resti archeologici. Molto di più si dirà sul quartiere che sembra, per questa cultura, il reale luogo di identificazione e di appartenenza.

In questa cultura, come si è appena detto, emerge il vissuto di Roma come luogo dal grande passato, un passato di cui essere molto orgogliosi. I resti antichi ricordano la potenza di Roma, fanno rivivere il tempo prestigioso degli antichi romani. Visitando un sito archeologico è importante studiare, forse ci si aspetta che la visita aiuti nell'informarsi, nel saperne di più, e gli archeologi, per questo RC, sono molto efficienti, molto influenti, molto amichevoli. Tuttavia il futuro è molto più importante del passato: nel vedere i resti archeologici, non si può fare a meno di pensare a quanto si viva meglio oggi; con i resti archeologici, tale è il vissuto condiviso in questa cultura, "non si mangia", proprio per niente⁴.

Sulla prima affermazione – il futuro è molto più importante del passato – il cluster trova qualche accordo con il 3 dove, pure, emerge un simile vissuto, anche se con minore intensità. Sulle altre due è isolato: l'1 non è per niente d'accordo e il 3 poco sul fatto che oggi si viva meglio (il cluster 2 si conferma come quello soddisfatto dell'attualità, senza l'emergenza di alcuna critica), mentre sul fatto che con i resti archeologici "non si mangia", se l'1 tace, il 3 dissente, dicendo che è un'affermazione poco attendibile.

Roma e i resti archeologici sono assimilati, sembrano oggetto di idealizzazione: prestigiosi, distanti e, in definitiva, inutili; avvicinarli richiederebbe studio, fatica, ingegno, ma si dubita che ne valga la pena; è una cultura, quella in analisi, ove visitare una mostra di arte contemporanea è assai poco divertente.

⁴ La rilevazione dei dati è avvenuta negli anni nei quali un ministro dell'economia, Giulio Tremonti, affermò, e la sua frase ebbe grande rilievo sui media, che "con la cultura non si mangia". Frase palesemente falsa, anche se ben rappresentativa del modo di pensare proprio degli economisti che detenevano le leve del potere in quegli anni.

Il quartiere, dicevamo, sembra in definitiva più importante di Roma; è lì che ci sono i rapporti, dove si può avere successo progettando sviluppo, lavorando sodo ed essendo stimati. I responsabili del Municipio, come i vigili urbani, sono molto amichevoli. Il quartiere garantisce appartenenza e riuscita.

Quella del cluster 2 sembra una nuova cultura, che non solo coniuga affidabilità dell'informazione televisiva e fiducia nel futuro, ma è anche fiduciosa, in modo ben diverso dalle altre due culture rilevate in questa ricerca, nelle possibilità di successo date dalla competenza, invece che dai gruppi di potere.

Conclusioni

Come ricordiamo nell'introduzione della ricerca, l'obiettivo della nostra indagine è volto a rilevare l'importanza simbolica della cultura, rappresentata dai resti archeologici, nella rappresentazione della convivenza e delle istituzioni che la condizionano, nella città di Roma.

Riandiamo, sia pure per brevi accenni, alla rilevanza culturale che i resti archeologici hanno avuto e rivestono, anche al giorno d'oggi, nella storia dei popoli. Rilevanza, in particolare, per il mondo culturale occidentale.

Rilevanza diversa nelle varie epoche, in funzione della valenza simbolica che i resti archeologici hanno assunto. Il fascismo, ad esempio, utilizzò l'archeologia romana quale esemplificazione delle aspirazioni imperiali del regime fascista, potenziando la visibilità del resto archeologico e cercando di creare continuità architettonica e visiva tra i ruderi dell'antica Roma e l'architettura fascista che ne ripercorreva temi visivi e centralità celebrativa (Ricci, 2006). Ricordiamo le origini dell'archeologia romana, i re nordici che scavano il Palatino, e la consapevolezza, ben presto anche italiana, che il riemergere delle vestigia di un passato importante serva a coniugarle simbolicamente con il presente nell'Italia unita. Ricordiamo, è sempre un esempio ancorché doloroso, la sistematica distruzione delle antiche tracce delle civiltà passate, da parte dell'estremismo islamico; in particolare la triste vicenda di Palmira, ormai quasi completamente distrutta dalla guerra tra ISIS e forze militari che la contrastano, russe, americane, siriane nazionaliste o ribelli. Ricordiamo come i monoteismi abbiano spesso pensato alla minaccia rappresentata dai resti archeologici di un passato ove veniva sconsigliata quella che Assmann chiama "distinzione mosaica"⁵. Pensiamo al tentativo di negare il "paganesimo" con la trasformazione "cristiana" di monumenti del passato romano, quali il Panteon o le terme di Diocleziano e la loro trasformazione in basiliche cristiane. Ma anche la costruzione di chiese ove stavano templi pagani, come San Giovenale, a Orvieto, costruita sul luogo dove, nel passato romano antico, si ergeva un tempio dedicato a Giove.

Come viene vissuta, nel nostro tempo, la cultura rappresentata simbolicamente dai resti archeologici a Roma?

Ci sembra che il cluster 1 dia le informazioni più rilevanti, al proposito. Nel cluster 1 si affida ai resti archeologici una *funzione divertente*, in opposizione alla rappresentazione di un potere dominante e devastante ogni aspetto della convivenza, ma al contempo vissuto come noioso, ripetitivo.

Che significa funzione divertente? Pensiamo sia possibile coglierne il senso se si guarda ai resti archeologici all'interno di un modello culturale del tipo: continuità-discontinuità. Stiamo parlando, come più volte abbiamo sottolineato, del valore simbolico che i resti archeologici assumono per i partecipanti alla nostra ricerca. Valore simbolico che si può conoscere solo se si coglie la valenza emozionale che il resto archeologico assume. Due sono, a nostro modo di vedere, le determinanti culturali che, nel recente passato, hanno contribuito a conferire valore simbolico-emozionale ai resti archeologici di Roma: il fascismo e la scienza archeologica. Il fascismo ha fortemente determinato il senso emozionale delle rovine romane, ancorando il loro significato alla figura del condottiero fascista, che si pretendeva in diretta continuità con il passato grandioso di Roma. Una Roma storica, se di volta in volta il Duce fu assimilato a Cesare, poi ad Augusto e infine a Costantino, in funzione delle contingenze storiche del fascismo e dei suoi rapporti con le componenti di potere della società italiana, non ultima la Chiesa cattolica.

Se si visita il Foro romano, nelle immediate adiacenze della Curia Julia, si vede ancora oggi una pietra nera (*lapis niger*) che la tradizione indica quale luogo della tomba di Romolo, il primo Re di Roma, o forse quale luogo in cui Romolo fu ucciso. Si fa risalire al VI-VIII secolo avanti Cristo questo reperto archeologico. Guardando poche decine di metri più avanti, si scorge una colonna alta un po' più di 13 metri, forse l'ultimo monumento onorario del Foro, dedicata all'imperatore bizantino Foca nel 608. Tra i due reperti, il *lapis niger* e la colonna di Foca, intercorrono mille e trecento, mille e quattrocento anni circa. Si tratta della stessa distanza temporale che intercorre tra la colonna di Foca e i giorni nostri. I visitatori del Foro, d'altro canto, tendono ad assimilare quanto appare ai loro occhi in un'unica e assoluta continuità che, al contempo, viene

⁵Si veda in proposito: Carli, 2016.

vissuta in decisa discontinuità dall'oggi, da una realtà percepita come profondamente e radicalmente diversa dalla stessa romanità. Abbiamo provato, più volte, a ricordare il lasso temporale tra i due reperti, nel visitare il Foro con amici o conoscenti, proponendo così una discontinuità nella pretesa uniformità simbolica dei resti antichi. Abbiamo sempre provocato, con questo, curiosità e sconcerto al contempo. Una consapevolezza del rapporto temporale tra *lapis niger* e colonna di Foca serve a conferire una complessità, spesso non sospettata, ai resti archeologici e a rendere discontinua la "romanità"; evocando, in tal modo, un sentimento di maggior continuità tra quel periodo e il giorno d'oggi.

Ancora un esempio. Andreina Ricci ci parlò, tempo fa, della cella vinaria da lei ritrovata nei resti della villa di Passolombardo; un manufatto rispondente alle indicazioni di Palladio e risalente al periodo tardo antico (prima metà del V secolo d.C.). Ci disse, anche, che la forma specifica della pianta del ritrovamento aveva fatto pensare a qualcuno, che si trattasse di una basilica con l'abside e le navate interne. La lettura della cella vinaria come basilica, comporta una sorta di cecità; una cecità data dal percepire, sistematicamente, l'ovvio, derivante dalle nostre pre-concezioni, dalla continuità scontata per cui è necessariamente una "basilica" tutto ciò che richiama, nella sua forma, la basilica.

Solo entro un'emozionalità divertita, trasgressiva, che introduce categorie di lettura in grado di cogliere la discontinuità, è possibile distinguere una cella vinaria da un resto basilicale.

Con il fascismo, ma forse anche con gli studi archeologici improntati a una qualche "ortodossia" della disciplina, più che all'esplorazione dell'alterità, i resti antichi sono stati finalizzati a sistemi categoriali conchiusi in se stessi, volti a piegare il resto antico a modelli predefiniti e immediatamente condivisibili. Dell'uso fascista dei resti romani rimane una traccia, ben visibile nel suo isolamento "scenografico", devastante il tessuto della città, che le ristrutturazioni dell'epoca imposero a luoghi romani come via dei Fori Imperiali o Piazza Augusto Imperatore. Si tratta, peraltro, di un intervento poco percepito (il 79% dell'intero gruppo dei partecipanti alla nostra ricerca non connette resti archeologici e fascismo) e al tempo stesso ben presente nel vissuto di immediata continuità tra romanità antica e attuale presente nel RC 3 o, in modo differente ma rintracciabile, anche nel RC 2. Il cluster 1, con la sua ottica "divertita", sembra percepire una maggiore discontinuità storica. I modelli culturali e scientifici che reggono le categorie archeologiche sono, forse, meno visibili al grande pubblico, ma possono permeare di lontananza e incomprensibilità quanto rimane della romanità antica.

La cultura del cluster 1 è, così, quella che più si avvicina ad un uso innovativo e stimolante dei resti archeologici; manifesta sorpresa e divertimento: è questa, a nostro modo di vedere, la strada che una archeologia partecipata può seguire nel coinvolgimento delle persone al contesto antico entro il quale vivono. Un esempio di partecipazione divertita può essere dato dal romanico e dall'uso che, del romanico, può essere fatto da parte di chi vuol coinvolgere le persone in questa intensa e interessante manifestazione culturale. Si sa che il romanico ha proposto una complessa iconografia, ad esempio nelle figure inserite nei capitelli, nella decorazione della facciata o dell'abside delle chiese. Iconografia che a noi appare, molto spesso, strana e inconsueta: fatta di animali inesistenti, immaginifici, di lotte tra umani e animali, di esseri dalla natura imprecisata, spesso in atteggiamenti esplicitamente amorosi ed erotizzati o violentemente aggressivi, di contaminazioni continue tra mondo umano, animale e vegetale. Queste iconografie ricorrono in ogni parte d'Europa, dalle cattedrali inglesi alle chiese francesi (si pensi, ad esempio, alle bellissime chiese romaniche della Saintonge, vicino alla costa atlantica, nella provincia di Poitou-Charente), a quelle italiane o spagnole dell'epoca. Spesso sono iconografie ricorrenti, che si possono ritrovare, del tutto simili, nelle più disparate regioni, dalle stavkirker norvegesi alle chiese francesi dall'influenza ugonotta, a quelle dell'Italia settentrionale.

L'iconografia romanica può essere "spiegata" in continuità con l'ortodossia cattolica, vedendo in molte figure una traduzione criptica dei vangeli (così dice il modello "aristocratico" dell'arte romanica, per cui il clero si esprimeva con codici che eludevano la comprensione dei non iniziati, del popolo); oppure può essere intesa come rappresentazione, "semplicemente" fantasiosa, delle vicende canoniche proprie della rappresentazione cattolica, ignorando le immagini, e sono spesso la maggior parte, non riconducibili a spiegazioni ortodosse. Il romanico, d'altro canto, può essere visto come una forma di continuità tra "paganesimo", per meglio dire le culture che hanno preceduto il cristianesimo, e il cristianesimo stesso; nell'ipotesi che il cristianesimo, dall'incontro con quelle culture, assuma una vitalità simbolica emozionante. Con l'instaurarsi delle ortodossie, peraltro, si pianifica una sorta di mortificazione della vitalità simbolica e artistica dei luoghi sacri. Questa seconda lettura prevede categorie in discontinuità con un'ortodossia che si vuole definita e consolidata, senza transazioni e senza ambiguità. Ma l'ambiguità, la fantasia, la contaminazione perturbante, l'imprevedibilità, l'emozionalità sconvolgente, l'apertura a questioni inedite fanno, della decorazione romanica dei luoghi sacri, una delle espressioni più interessanti della creatività mai espresse dall'uomo.

Torniamo ai repertori culturali. Il metodo adottato nella nostra indagine privilegia le ipotesi degli intervistati su quelle degli intervistatori. Può quindi succedere che più di una variabile, proposta nelle domande del questionario, non compaia all'interno dei cluster. I ricercatori, in altri termini, ipotizzavano che tali variabili potessero influenzare la Cultura Locale in esame; nel vissuto di chi ha risposto, di contro, tali variabili non hanno trovato una loro coerenza emozionale, quella che si organizza nei cluster e nei fattori. Accenneremo qui ad alcuni rilievi che sono "restati fuori" dai cluster, ma che pensiamo possano avere un loro interesse, se posti a margine del commento ai dati, come un'informazione supplementare; quanto emerge ad una analisi dei singoli dati, infatti, non ci sembra per nulla scontato.

Più del settanta per cento degli intervistati pensa che, nel proprio quartiere, siano presenti rovine antiche; pensa che i resti possano essere un investimento per lo sviluppo di Roma; pensa, inoltre, che i resti antichi siano più importanti per gli abitanti che per gli archeologi. I resti archeologici hanno quindi una centralità nelle rappresentazioni di Roma, da parte dei romani; la grande maggioranza dei partecipanti alla nostra ricerca vive i resti antichi come presenti nel proprio quartiere, importanti per gli abitanti e fonte di sviluppo. Su questa centralità si può contare, nel proporre le nostre considerazioni conclusive. Tale centralità, certamente, può essere dedotta anche dai cluster: questi ultimi ce ne fanno capire il senso, e lo differenziano entro le tre culture emerse nella ricerca.

Per il cluster 3, i resti sono in continuità con un'immagine della città fondata sul potere e sul prestigio di Roma antica; per il cluster 1, di contro, sono valorizzati per la possibilità, opposta, di esplorare le discontinuità nella storia di Roma, sorprendendosi e divertendosi nel conoscere un passato ignoto anche se, al tempo stesso, "proprio". Il repertorio culturale 3 chiede di "passeggiare" tra i resti, vissuti come un magnifico sfondo che non va necessariamente avvicinato ai fini di una sua conoscenza; il RC 1 vuole divertircisi: conoscere, pensare, immaginare, fuori da doverosità, compiti, obbligo. L'archeologia è vissuta come occasione per trovare risorse altre dall'obbligo a perseguire successo conformista e potere. Per il RC 1 la cultura non è un modo per acquisire potere, ma identità, significati.

Questa dinamica richiama alla mente il modo con cui il passato può essere esplorato: riconducendo i dati rimasti – documenti, oggetti, resti – all'ortodossia di una disciplina che li studia (e sappiamo che, in questo senso, la morsa accademica va facendosi via via più conformista) o a quella di valori trasgressivi, ove la conoscenza soggettiva e divertita si pone anche quale trasgressione. Il passato può essere esplorato accettandone i vuoti – di senso, di dati – e valorizzando la necessità di interpretare, consapevoli dell'interpretazione e curiosi delle sconferte ai propri preconcetti.

Il cluster 3 vuole che i resti siano mantenuti come un bene di cui ci si senta padroni; il cluster 1 vuole partecipare, in forme la cui invenzione può essere di stimolo per i destinatari di questa ricerca.

Torniamo sul "divertirsi" del cluster 1, da capire nella sua potenzialità per la creazione di musei e parchi archeologici; non è il divertimento che distoglie da ciò che è interessante e importante (questo è il vissuto del divertimento proprio degli altri due cluster, non dell'1). È il divertimento che permette di trasgredire all'obbligo violento a non pensare, a dare per scontato che l'unica cosa da perseguire, che dia identità, sia l'aver potere sugli altri. Viene alla mente la difficoltà con cui, in questo nostro momento storico, può essere espresso il dissenso nei confronti di qualsiasi potere politico, istituzionale, finanziario, imprenditoriale, accademico. La trasgressione ironica e divertita sembra la risorsa che sopravvive a questo sbarramento; ricordiamo che molte altre volte, nella storia, la marginalità ironica ha permesso il sopravvivere e lo svilupparsi di elementi culturali vitali.

Il secondo fattore, con il cluster 2, non sembra essere una grande risorsa entro la Cultura Locale in esame, in rapporto allo scopo dell'indagine; la distanza dai resti archeologici è grande, l'idealizzazione delle vestigia antiche può facilmente capovolgersi nel sentimento della loro completa inutilità e nella rabbia suscitata dal sentirsi inadeguati a conoscerli e ad avvicinarli; la cultura di questo gruppo può essere intesa, anche, come richiesta di alfabetizzazione, di riduzione amichevole della distanza, di passaggio dall'idealizzazione alla conoscenza.

Bibliografia

Carli, R. (2011). Presentazione [Introduction]. In P. Pagano (Ed.), *I giovani e il futuro* [Young people and the future] (pp. 9-20). Milano: FrancoAngeli.

Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere [The charming illusion of possession, the ritual obligation of exchanging, the difficult art of sharing]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 285-303. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R. (2013). Psicologia e sistema sociale: Le vicende di una marginalità [Psychology and the social system: A story of irrelevance]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 13-38. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2016). L'uomo Mosè, la religion monoteista e l'uomo Freud [The man Moses, the monotheistic religion and the man Freud]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-23. doi: 10.14645/RPC.2016.2.657
- Carli, R., & Esposito, P. (1971). Contributo sperimentale allo studio della dinamica di gruppo e delle relazioni con l'autorità nella partecipazione cinematografica [Experimental contribution to the study of group dynamics, and relations with the authorities in the film participation]. *Arch. Psicol, Neurol., Psich.*, 32,231-285.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1999). Psicosociologia del traffico: Il caso romano [Traffic Psychology: The roman case]. *Capitolium*, 8, 93-97.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The text emotional analysis: A psychological tool to read texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [The psychosocial risk within a Hospital in Rome: The relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Agency]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., Giovagnoli, F. (2016). Il rapporto tra domanda dell'utenza e risposta dei servizi: Una ricerca sul cambiamento in sanità, nell'ospedale e nel territorio [The relationship between health care users demand and the health care systems response: A research on change observed in the health care system, in the hospital and in the territory]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi:10.14645/RPC.2016.1.608
- Carli R., Paniccchia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In: L.A. Jason & D.S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Carli, R., & Sesto, C. (Eds.). (2015). *Miti e convivenza: Resoconto di un intervento psicologico nel quartiere romano di San Lorenzo* [Myths and coexistence: Report of a psychological intervention in the district of San Lorenzo]. Li@belli, Edizioni della Rivista di Psicologia Clinica.
- Giovagnoli, F., Caputo, A., & Paniccchia, R.M. (2015). L'integrazione della disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado italiana: Una ricerca presso un gruppo di assistenti all'autonomia e alla comunicazione [Integration of disability at primary and lower secondary schools in Italy: A research study on assistants for autonomy and communication]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 167-183.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A. & Lowell, E.L. (1953). Analysis of imaginative stories for motivational content, in D.C. McClelland, J.W. Atkinson, R.A. Clark, E.L. Lowell (Eds.), *The achievement motive*, Century psychology series (pp. 107-138). East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.
- Paniccchia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., Caputo, A. (2014). Famiglie con un figlio disabile: La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia [Families with a child with a disability: The expectation toward services and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 84-95. doi: 10.14645/RPC.2015.1.558
- Paniccchia, R.M., Giovagnoli, F., Giuliano, S., Terenzi, V., Bonavita V., Bucci F., ... Carli, R. (2009). Cultura Locale e soddisfazione degli studenti di psicologia: Una indagine sul corso di laurea "intervento clinico" alla Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza" [Local Culture and satisfaction of psychology students: An investigation of the degree "Clinical Intervention" course at the Faculty of Psychology 1, University of Rome "Sapienza"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, Supplemento, 1, 1-49. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Reinert, R. (1986). Un logiciel d'analyse lexical: ALCESTE. *Le cahier de l'analyse des données*, 4, 471-484.
- Ricci, A. (2006). *Attorno alla nuda pietra: Architettura e città tra identità e progetto* [Around the bare stone: Architecture and cities between identity and project]. Roma: Donzelli.

Appendice 1

T.Value	Prob	Percentages			Categories	of Variables	Iden	Wight
		Grp/Cat	Cat/Grp	Global				
34.09	CLUSTER 1/3							
6.51	0.00	67.80	66.67	33.52	per niente	D85R: modelli successo suo quartiere: progettare sviluppo	D801	59
5.90	0.00	79.41	45.00	19.32	per niente	D115R affidabilità strutture sociali Italia forze ordine	D101	34
5.88	0.00	69.39	56.67	27.84	per niente- poco	D104R successo giovani Italia: eccellenza e professionalità	D101	49
5.70	0.00	78.79	43.33	18.75	per niente	D116R affidabilità strutture sociali Italia grandi imprese	D101	33
5.64	0.00	52.63	83.33	53.98	per niente	D114R affidabilità strutture sociali Italia chiesa	D101	95
5.56	0.00	71.43	50.00	23.86	per niente	D78R grado di sviluppo dell'Italia	D701	42
5.43	0.00	51.55	83.33	55.11	molto	D96: problemi e conflitti Italia incapacità promuovere sviluppo	D904	97
5.35	0.00	55.70	73.33	44.89	per niente	D76R i vigili urbani del suo quartiere amichevoli	D701	79
5.32	0.00	66.67	53.33	27.27	per niente	D70R responsabili del suo Municipio amichevoli	D701	48
5.23	0.00	54.22	75.00	47.16	molto	D92R: problemi-conflitti in Italia bassa qualità dei servizi	D904	83
5.23	0.00	64.71	55.00	28.98	molto	D100R futuro: persone saranno sempre meno capaci educare figli	D104	51
5.16	0.00	59.38	63.33	36.36	per niente	D75R i vigili urbani del suo quartiere efficienti	D701	64
5.07	0.00	66.67	50.00	25.57	per niente	D112R affidabilità strutture sociali Italia sanità	D101	45
4.99	0.00	68.29	46.67	23.30	molto	D30: visitare una mostra di arte contemporanea è divertente	D304	41
4.87	0.00	60.71	56.67	31.82	molto	D97R: problemi-conflitti Italia inefficienza sistema sanitario	D904	56
4.82	0.00	54.67	68.33	42.61	per niente	D16R: Resto antico: ci accorgiamo quanto oggi si viva meglio	D101	75
4.80	0.00	59.32	58.33	33.52	per niente	D79R modelli successo diffusi Italia: progettare lo sviluppo	D701	59
4.72	0.00	54.79	66.67	41.48	molto	D103R successo giovani in Italia: far parte di gruppi potere	D104	73
4.71	0.00	64.44	48.33	25.57	per niente	D38R: vedere la televisione è interessante	D301	45
4.66	0.00	60.00	55.00	31.25	molto	D99R futuro: sempre più difficile vivere bene in Italia	D904	55
4.63	0.00	54.93	65.00	40.34	per niente	D110R affidabilità strutture sociali Italia sistema bancario	D101	71
4.62	0.00	65.85	45.00	23.30	per niente	D69R responsabili del suo Municipio: efficienti	D601	41
4.47	0.00	57.63	56.67	33.52	per niente	D113R affidabilità strutture sociali Italia sindacati	D101	59
4.11	0.00	65.71	38.33	19.89	per niente	D82R gli italiani sono impegnati a migliorare la convivenza	D801	35
4.06	0.00	59.57	46.67	26.70	molto	D101R futuro: più difficile trovare persone cui affidarsi	D104	47
3.91	0.00	58.33	46.67	27.27	per niente	D84R grado di sviluppo del suo quartiere	D801	48
3.90	0.00	64.71	36.67	19.32	molto	D27R visitare un museo è divertente	D204	34
3.86	0.00	51.39	61.67	40.91	per niente	D37R: vedere la televisione è importante	D301	72
3.84	0.00	56.86	48.33	28.98	per niente- poco	D106R successo giovani in Italia: creatività	D101	51
3.80	0.00	47.78	71.67	51.14	molto	D80R successo diffuso in Italia: far parte di gruppi dipotere	D804	90
3.80	0.00	47.78	71.67	51.14	molto	D81 gli italiani sono interessati solo a sé e alla famiglia	D804	90
3.79	0.00	59.09	43.33	25.00	per niente	D74R archeologi occupati nei resti antichi a Roma: influenti	D701	44
3.73	0.00	46.00	76.67	56.82	molto	D93: problemi e ai conflitti in Italia: illegalità diffusa	D904	10 0
3.73	0.00	42.74	88.33	70.45	molto	D95: problemi e ai conflitti in Italia: deterioramento confronto politico	D904	12 4
3.56	0.00	56.25	45.00	27.27	per niente	D117R affidabilità strutture sociali Italia servizi pubblici	D101	48
3.51	0.00	53.57	50.00	31.82	per niente	D111R affidabilità strutture sociali Italia giornali e TV	D101	56
3.50	0.00	73.68	23.33	10.80	per niente	D108R affidabilità strutture sociali Italia aziende	D101	19
3.40	0.00	59.46	36.67	21.02	per niente- poco	D1R Soddisfatto abitare a Roma	D101	37
3.30	0.00	50.79	53.33	35.80	per niente	D 5R Soddisfatto della gestione del comune di Roma	D501	63
3.30	0.00	57.50	38.33	22.73	per niente	D71R responsabili del suo Municipio: influenti	D701	40
3.21	0.001	55.81	40.00	24.43	molto	D98R: problemi-conflitti Italia: indifferenza per beni culturali	D904	43

3.21	0.001	54.17	43.33	27.27	molto	D86: nel quartiere successo è far parte di gruppi di potere	D804	48
3.18	0.001	51.79	48.33	31.82	per niente	D89R: gli abitanti del suo quartiere: rispettosi delle regole	D801	56
3.16	0.001	46.91	63.33	46.02	molto	D87: nel suo quartiere: sono interessati a sé e alla famiglia	D804	81
3.14	0.001	40.15	91.67	77.84	per niente	D107 affidabilità strutture sociali in Italia partiti politici	D101	13 7
3.07	0.001	54.55	40.00	25.00	molto	D31R visitare una mostra di arte contemporanea è importante	D304	44
2.96	0.002	46.75	60.00	43.75	per niente	D83 gli italiani sono rispettosi delle regole	D801	77
2.89	0.002	47.22	56.67	40.91	rispettosi	D65R persone che vivono suo quartiere rispettosi-prepotenti	D602	72
2.86	0.002	55.26	35.00	21.59	molto	D68R Pensi agli italiani, sono rispettosi o prepotenti?	D604	38
2.83	0.002	45.24	63.33	47.73	molto	D28R visitare un museo è importante	D204	84
2.68	0.004	50.00	43.33	29.55	molto	D105R successo giovani Italia: capacità di imporsi su altri	D104	52
2.67	0.004	41.82	76.67	62.50	no	D40: al sito archeologico fra rovine, è importante passeggiare	D402	11 0
2.64	0.004	52.38	36.67	23.86	molto	D91R: problemi e conflitti in Italia: problemi di convivenza	D904	42
2.62	0.004	41.03	80.00	66.48	per niente	D34: andare a vedere una partita di calcio è importante	D301	11 7
2.53	0.006	46.88	50.00	36.36	molto	D94R problemi e ai conflitti in Italia: degrado ambientale	D904	64
2.51	0.006	42.42	70.00	56.25	fino a 35 anni	D120R ETA'	D101	99
2.51	0.006	42.42	70.00	56.25	molto	D90: problemi e ai conflitti in Italia: disoccupazione	D904	99
2.50	0.006	54.55	30.00	18.75	per niente	D88R: abitanti suo quartiere: impegnati migliorare convivenza	D801	33
2.50	0.006	46.27	51.67	38.07	antipatici	D63R persone che vivono suo quartiere antipatici-simpatici	D601	67
2.43	0.008	54.84	28.33	17.61	per niente	D109R affidabilità strutture sociali Italia magistratura	D101	31
2.42	0.008	51.22	35.00	23.30	per niente	D36R: vedere la televisione è divertente	D301	41
2.39	0.008	42.86	65.00	51.70	molto	D25: visitare i resti antichi di Roma è importante	D204	91
2.39	0.008	42.55	66.67	53.41	molto	D102 per successo dei giovani in Italia: appoggio famiglia	D104	94
2.38	0.009	45.59	51.67	38.64	per niente-poco	D72R archeologi occupati nei resti antichi a Roma efficienti	D701	68
22.73	CLUSTER 2/3							
5.48	0.00	50.94	67.50	30.11	molto	D15R: Resto antico: riviviamo il tempo degli antichi romani	D104	53
5.25	0.00	47.46	70.00	33.52	abbastanza-molto	D74R archeologi occupati nei resti antichi a Roma: influenti	D703	59
4.61	0.00	41.43	72.50	39.77	molto	D51 i resti antichi, si prova l'orgoglio di essere italiani	D504	70
4.11	0.00	45.83	55.00	27.27	abbastanza-molto	D79R modelli successo diffusi Italia: progettare lo sviluppo	D703	48
3.77	0.00	34.83	77.50	50.57	molto	D18: Il resto antico: ci ricorda la potenza di Roma	D104	89
3.75	0.00	36.25	72.50	45.45	abbastanza-molto	D115R affidabilità strutture sociali Italia forze ordine	D103	80
3.75	0.00	51.61	40.00	17.61	per niente-poco	D80R successo diffuso in Italia: far parte di gruppi di potere	D801	31
3.63	0.00	36.36	70.00	43.75	abbastanza-molto	D38R: vedere la televisione è interessante	D303	77
3.59	0.00	53.85	35.00	14.77	per niente	D30: visitare una mostra di arte contemporanea è divertente	D301	26
3.50	0.00	61.11	27.50	10.23	molto	D72R archeologi occupati nei resti antichi a Roma efficienti	D704	18
3.44	0.00	51.85	35.00	15.34	abbastanza-molto	D111R affidabilità strutture sociali Italia giornali e TV	D103	27
3.40	0.00	43.18	47.50	25.00	abbastanza-molto	D114R affidabilità strutture sociali Italia chiesa	D103	44
3.32	0.00	36.11	65.00	40.91	molto	D104R successo giovani Italia eccellenza e professionalità	D104	72
3.30	0.00	38.33	57.50	34.09	molto	D1R Soddisfatto abitare a Roma	D104	60
3.29	0.00	54.55	30.00	12.50	molto	D52 è più importante guardare al futuro che al passato	D504	22
3.24	0.001	45.71	40.00	19.89	abbastanza-molto	D49R con i resti antichi non si mangia	D403	35
3.21	0.001	34.15	70.00	46.59	molto	D106R successo giovani in Italia creatività	D104	82
3.21	0.001	32.29	77.50	54.55	diploma	D121R Grado di istruzione	D101	96
3.15	0.001	40.00	50.00	28.41	molto	D57R per il successo al quartiere è importante lavorare sodo	D504	50
3.07	0.001	45.45	37.50	18.75	abbastanza-molto	D16R: Resto antico: ci accorgiamo quanto oggi si viva meglio	D103	33

2.97	0.001	52.38	27.50	11.93	molto	D59: nel quartiere il successo è essere stimati	D504	21
2.95	0.002	41.46	42.50	23.30	abbastanza-	D70R responsabili del suo Municipio: amichevoli	D703	41
2.86	0.002	46.43	32.50	15.91	molto	D76R i vigili urbani del suo quartiere: amichevoli	D703	28
2.84	0.002	40.48	42.50	23.86	abbastanza-	D113R affidabilità strutture sociali Italia sindacati	D103	42
2.77	0.003	41.03	40.00	22.16	molto	D78R grado di sviluppo dell'Italia	D703	39
2.77	0.003	41.03	40.00	22.16	abbastanza-	D85R: modelli successo suo quartiere: progettare sviluppo	D803	39
2.69	0.004	46.15	30.00	14.77	molto	D117R affidabilità strutture sociali Italia servizi pubblici	D103	26
2.49	0.006	36.73	45.00	27.84	per niente-	D103R successo giovani in Italia: far parte di gruppi potere	D101	49
2.48	0.007	33.85	55.00	36.93	poco	D73R archeologi occupati nei resti antichi a Roma amichevoli	D703	65
2.40	0.008	32.86	57.50	39.77	abbastanza-	D47: al sito archeologico fra rovine, è importante studiare	D401	70
2.40	0.008	28.45	82.50	65.91	molto	D9 - Pensi ai resti antichi: le ricordano il grande passato	D904	11 6
43.18	CLUSTER 3/3							
5.57	0.00	69.57	63.16	39.20	poco	D76R i vigili urbani del suo quartiere: amichevoli	D702	69
4.89	0.00	78.95	39.47	21.59	abbastanza	D95: problemi e conflitti in Italia: deterioramento confronto politico	D903	38
4.61	0.00	65.22	59.21	39.20	per niente-	D100R futuro: persone saranno sempre meno capaci educare figli	D101	69
4.57	0.00	66.15	56.58	36.93	poco	D57R per il successo al quartiere è importante lavorare sodo	D503	65
4.48	0.00	58.95	73.68	53.98	abbastanza	D66 Pensi agli italiani, sono antipatici o simpatici?	D603	95
4.42	0.00	65.15	56.58	37.50	simpatici	D40: al sito archeologico fra rovine, è importante passeggiare	D401	66
4.34	0.00	63.01	60.53	41.48	si	D77R i vigili urbani del suo quartiere: influenti	D702	73
4.19	0.00	67.27	48.68	31.25	poco	D80R successo diffuso in Italia: far parte di gruppi di potere	D803	55
4.04	0.00	69.57	42.11	26.14	abbastanza	D19 : Guardiamo un resto antico: pensiamo che tutto passa	D102	46
4.02	0.00	66.67	47.37	30.68	poco	D38R: vedere la televisione è interessante	D302	54
3.94	0.00	72.97	35.53	21.02	poco	D114R affidabilità strutture sociali Italia chiesa	D102	37
3.91	0.00	63.49	52.63	35.80	abbastanza	D96: problemi e conflitti Italia incapacità promuovere sviluppo	D903	63
3.88	0.00	64.41	50.00	33.52	poco	D62 : nel suo quartiere successo è farsi gli affari propri	D602	59
3.80	0.00	61.76	55.26	38.64	abbastanza	D25: visitare i resti antichi di Roma è importante	D203	68
3.76	0.00	62.50	52.63	36.36	abbastanza	D31R visitare una mostra di arte contemporanea è importante	D303	64
3.69	0.00	64.81	46.05	30.68	abbastanza	D104R successo giovani Italia: eccellenza e professionalità	D103	54
3.68	0.00	60.56	56.58	40.34	poco	D74R archeologi occupati nei resti antichi a Roma influenti	D702	71
3.66	0.00	56.38	69.74	53.41	poco	D78R grado di sviluppo dell'Italia	D702	94
3.66	0.00	60.87	55.26	39.20	poco	D75R i vigili urbani del suo quartiere efficienti	D702	69
3.59	0.00	61.90	51.32	35.80	per niente-	D91R: problemi e conflitti in Italia: problemi di convivenza	D901	63
3.57	0.00	54.90	73.68	57.95	poco	D65R persone che vivono suo quartiere: rispettosi-prepotenti	D601	10 2
3.48	0.00	60.29	53.95	38.64	prepotenti	D28R visitare un museo è importante	D203	68
3.43	0.00	58.67	57.89	42.61	abbastanza	D15R: Resto antico: riviviamo il tempo degli antichi romani	D103	75
3.37	0.00	62.50	46.05	31.82	abbastanza	D29: visitare un museo è interessante	D203	56
3.29	0.001	60.00	51.32	36.93	abbastanza	D37R: vedere la televisione è importante	D302	65
3.27	0.001	60.32	50.00	35.80	poco	D90: problemi e ai conflitti in Italia: disoccupazione	D903	63
3.25	0.001	53.92	72.37	57.95	abbastanza	D117R affidabilità strutture sociali Italia servizi pubblici	D102	10 2
3.23	0.001	61.02	47.37	33.52	poco	D101R futuro: più difficile trovare persone cui affidarsi	D101	59
3.19	0.001	62.26	43.42	30.11	per niente-	D93: problemi e ai conflitti in Italia: illegalità diffusa	D903	53
3.17	0.001	58.82	52.63	38.64	poco	D79R modelli successo diffusi Italia: progettare lo sviluppo	D702	68
3.17	0.001	58.82	52.63	38.64	abbastanza	D105R successo giovani Italia: capacità di imporsi su altri	D103	68

3.05	0.001	52.83	73.68	60.23	no	D47: al sito archeologico fra rovine, è importante studiare	D402	10 6
3.03	0.001	61.11	43.42	30.68	abbastanza	D103R successo giovani in Italia: far parte di gruppi potere	D103	54
3.01	0.001	56.41	57.89	44.32	poco	D85R: modelli successo suo quartiere: progettare sviluppo	D802	78
3.00	0.001	58.21	51.32	38.07	abbastanza	D18: Il resto antico: ci ricorda la potenza di Roma	D103	67
2.99	0.001	62.50	39.47	27.27	abbastanza- molto poco	D84R grado di sviluppo del suo quartiere	D803	48
2.95	0.002	56.76	55.26	42.05	poco	D113R affidabilità strutture sociali Italia sindacati	D102	74
2.91	0.002	59.32	46.05	33.52	abbastanza	D32R visitare una mostra di arte contemporanea è interessante	D303	59
2.88	0.002	57.14	52.63	39.77	abbastanza	D92R: problemi-conflitti in Italia bassa qualità dei servizi	D903	70
2.86	0.002	52.38	72.37	59.66	maleducati	D64R persone che vivono nel suo quartiere educati-maleducati	D601	10 5
2.86	0.002	57.35	51.32	38.64	poco	D16R: Resto antico: ci accorgiamo quanto oggi si viva meglio	D102	68
2.84	0.002	67.74	27.63	17.61	abbastanza	D54 il maggior pregio dei resti antichi è: il valore storico	D503	31
2.80	0.003	64.86	31.58	21.02	abbastanza	D55R Monumenti resti antichi quartiere sono un valore?	D503	37
2.80	0.003	64.86	31.58	21.02	per niente- poco	D99R futuro: sempre più difficile vivere bene in Italia	D901	37
2.80	0.003	57.81	48.68	36.36	abbastanza	D125R Sarebbe interessato a saperne di più di Roma antica:	D103	64
2.80	0.003	57.81	48.68	36.36	abbastanza	D102 per successo dei giovani in Italia: appoggio famiglia	D103	64
2.74	0.003	55.00	57.89	45.45	poco	D71R responsabili del suo Municipio influenti	D702	80
2.71	0.003	58.93	43.42	31.82	per niente- poco	D98R: problemi-conflitti Italia indifferenza per beni culturali	D901	56
2.69	0.004	59.26	42.11	30.68	abbastanza	D14 - Resti antichi: aiuto a conoscere il passato	D103	54
2.63	0.004	65.63	27.63	18.18	abbastanza- molto poco	D110R affidabilità strutture sociali Italia sistema bancario	D103	32
2.63	0.004	61.36	35.53	25.00	poco	D30: visitare una mostra di arte contemporanea è divertente	D302	44
2.62	0.004	61.90	34.21	23.86	poco	D49R con i resti antichi non si mangia	D402	42
2.58	0.005	57.63	44.74	33.52	per niente- poco	D97R: problemi-conflitti Italia inefficienza sistema sanitario	D901	59
2.53	0.006	54.55	55.26	43.75	abbastanza	D87: nel suo quartiere: sono interessati a sé e alla famigli	D803	77
2.52	0.006	78.57	14.47	7.95	poco	D18: Il resto antico: ci ricorda la potenza di Roma	D102	14
2.46	0.007	54.79	52.63	41.48	poco	D110R affidabilità strutture sociali Italia sistema bancario	D102	73
2.46	0.007	56.45	46.05	35.23	poco	D115R affidabilità strutture sociali Italia forze ordine	D102	62
2.46	0.007	56.45	46.05	35.23	abbastanza	D94R problemi e ai conflitti in Italia: degrado ambientale	D903	62
2.45	0.007	60.47	34.21	24.43	abbastanza- molto	D75R i vigili urbani del suo quartiere: efficienti	D703	43
2.45	0.007	60.47	34.21	24.43	abbastanza	D106R successo giovani in Italia: creatività	D103	43
2.43	0.008	63.64	27.63	18.75	abbastanza	D52 è più importante guardare al futuro che al passato	D503	33
2.43	0.008	63.64	27.63	18.75	poco	D56 pensa che i monumenti rappresentino un valore economico?	D502	33
2.40	0.008	50.45	73.68	63.07	poco	D82R gli italiani sono impegnati a: migliorare la convivenza	D802	11 1
2.40	0.008	53.85	55.26	44.32	laurea	D121R Grado di istruzione	D102	78
2.38	0.009	52.94	59.21	48.30	abbastanza	D59: nel quartiere il successo è: essere stimati	D503	85
2.36	0.009	53.95	53.95	43.18	poco	D116R affidabilità strutture sociali Italia grandi imprese	D102	76
2.34	0.010	57.69	39.47	29.55	abbastanza	D9 - Pensi ai resti antichi: le ricordano il grande passato	D903	52