

Editoriale

Involuzione culturale e Psicologia

di Renzo Carli*, Rosa Maria Paniccia**

Una profonda trasformazione culturale sta attraversando, da circa vent'anni e con una tendenza ingravescente, i sistemi di convivenza del nostro paese. Trasformazione che caratterizza specificamente l'Italia, ma che potrebbe anticipare quella di altri paesi dell'occidente. Molteplici ricerche sulla cultura locale, svolte in differenti ambiti e contesti negli ultimi vent'anni, appunto, confermano le direttrici di questa trasformazione culturale. In che cosa consiste il cambiamento?

La relazione fondata sul potere (inteso quale capacità di influenzare l'altro, di determinarne il comportamento, di convincere, di manipolare, condizionare pensieri, atteggiamenti, decisioni, scelte di vita) prende il posto di relazioni fondate sullo scambio, sui valori di solidarietà e di interesse per la diversità, sul rispetto della legalità, sulla condanna della criminalità organizzata, sul perseguimento di sviluppo culturale, sociale ed economico. L'acquisizione di strumenti di potere appare quale obiettivo prioritario in molti ambiti della nostra vita sociale. Si idealizza il possedere gli strumenti capaci di influenzare, di piegare al proprio volere le singole persone e i sistemi sociali, come l'essere ricchi e il rivestire posizioni influenti; si agisce il potere di sottomettere l'altro, il potere di trasformare a proprio vantaggio la cosa pubblica, l'organizzazione, i sistemi di convivenza; si valorizza e si pratica il potere dell'uomo sulla donna, dell'adulto sul giovane o sull'anziano; si utilizza il potere di controllo dell'informazione, il potere di influenzare la vita politica in tutti i suoi aspetti, il potere di condizionare la vita familiare, i rapporti tra datori di lavoro e lavoratori, tra docenti e allievi nella scuola e nella formazione. Potremmo continuare a lungo. Ciò che interessa rilevare è il fatto che questa trasformazione culturale, profonda ed estesa nel nostro paese, tocca gli ambiti più diversi della vita pubblica, della scienza, delle professioni, dei servizi, del mondo del lavoro, delle generazioni, della produzione culturale, della politica, dell'economia, dello stesso statuto di cittadino quale fondamento della propria identità civile. La trasformazione di cui stiamo parlando sta relegando a ruolo irrilevante gli intellettuali del nostro paese, sta mortificando la cultura e il pensiero, sta diffondendo cinismo e indifferenza, nella ricerca del piacere illusorio che deriva dalla sottomissione dell'altro e dal trionfo della propria immagine.

Il perseguimento del potere senza competenza, quale linea valoriale, va al di là dell'avidità e della possessività che fondano l'"avere" nell'ottica di Fromm. Il piacere di influenzare l'altro, di rendere l'altro dipendente e impotente di fronte alle proprie manifestazioni di potenza, il potere di apparire, di acquisire prestigio nel perseguimento di una popolarità senza limiti, la non accettazione della diversità, il rifiuto delle opinioni differenti da quelle di chi detiene il potere, di un contraddittorio e di una dialettica tra posizioni diverse, il gusto del centralismo decisionale, del giudizio e della condanna nei confronti di chi la pensa, vive, si comporta in modo diverso da quanto viene prescritto dai sistemi di potere, tutto questo permea la trasformazione culturale che, da circa vent'anni, caratterizza la cultura italiana. La trasformazione culturale in atto persegue, ormai in modo visibile e minacciante, una specifica modalità conformista. Non si tratta di un conformismo che supporti una provata e almeno relativamente efficace modalità di adattamento alla realtà, ma di un conformismo che supporta l'illusione del potere senza competenza. All'anomia si risponde

* Professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica.

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia 1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

con una proposta di onnipotenza. Un conformismo, quindi, regolato da chi ha gli strumenti per dettarne le regole, ma al contempo un conformismo rassicurante perché acconfittuale. Il potere del sistema bancario, per un attimo usciamo dall'Italia, ne è un esempio: pensiamo alla responsabilità precisa e specifica delle banche d'affari, entro il sistema economico "globale", nell'aver provocato una crisi dell'economia mondiale, nell'aver creato nuova e desolante povertà, diffusa in ogni angolo del mondo. Pensiamo all'uso di danaro pubblico per il salvataggio di un sistema bancario che, a detta degli stessi economisti, ha ripreso i suoi "giochi" speculativi con lo stesso danaro del salvataggio. Il sistema bancario ha usato l'avidità di persone inesperte, trasformate in precedenza da risparmiatori in investitori, per speculare sull'ignoranza e la credulità onnipotente di questa schiera *naïve* di persone certe di potersi arricchire senza lavoro, fatica, creatività, competenza. Questa situazione ha avuto pesanti ripercussioni nel nostro paese, ove il sistema bancario ha stretto i cordoni della borsa del prestito all'imprenditoria e ha orientato la liquidità solo alle richieste dei poteri forti; con ciò impedendo ai giovani d'imprendere e mortificando la concorrenza entro il mercato italiano. Ricordiamo che le parole d'ordine "lasciamo fare al mercato senza regole" dominano il mondo economico da vent'anni, spostando in modo determinante l'attenzione dalla competenza a organizzare relazioni produttive e dalla valorizzazione delle risorse umane, al modo di produrre ricchezza tramite il danaro.

Pensiamo ai giovani e al precariato a cui sono obbligati in gran parte, bloccando in tal modo la corsa dell'"ascensore sociale". Un blocco che ha riguardato anche gran parte dei ceti medi del paese, con la creazione di una nuova povertà, diffusa e umiliante. Pensiamo allo stallo pesante e impoverente della politica, alla sua perdita di potere reale e competente, contemporanea all'incapacità di guardare ai problemi delle persone e dei sistemi sociali, al suo pesante contributo all'inarrestabile degrado dei servizi, dalla sanità alla scuola; un mondo politico sempre più certo che l'imbonimento mass mediatico possa supplire all'inettitudine delle iniziative e all'inefficacia della funzione legislativa. Il potere mass mediatico, in quanto esaltante la comunicazione a una via, senza alcuna possibilità di riscontro, sta trasformando la nostra cultura in una sorta di "cultura televisiva", con la semplificazione emozionale che questa porta con sé.

Ci si potrebbe chiedere quale sia la relazione di tutto questo con la psicologia. Crediamo si tratti di un rapporto molto stretto. E' profondamente cambiata la domanda di intervento, rivolta agli psicologi, da parte di un sistema sociale soggetto alla trasformazione culturale cui s'è fatto cenno. Ma la stessa cultura psicologica sta subendo trasformazioni coerenti con quelle del più ampio sistema culturale del paese.

Un rilevante cambiamento concerne la ricerca, sempre più diffusa e illusoria, di individuare e definire *dimensioni invarianti* nell'ambito psicologico. Per dimensioni invarianti intendiamo caratteristiche stabili della personalità, capaci di differenziare classi di individui sulla base delle caratteristiche stesse. Si parla sempre più spesso di "matri distanzianti", di "soggetti non tolleranti l'ambiguità", di "adolescenti propensi al rischio", di "personalità di tipo *a* o *b*", di "persone con locus of control esterno o interno", di persone con alta o bassa alestitimia, con alto o basso empowerment, così come anni fa si parlava di introversi o estroversi, di malestanti e benestanti o di moltissime altre connotazioni stabili della persona. Ciascuna di queste tipologie pretende di poter prevedere e classificare i comportamenti, le emozioni, le relazioni tra persone e tra gruppi di persone sulla base dell'appartenenza dei singoli individui a specifiche dimensioni "invarianti" di natura psicologica¹. Perché "invarianze"? Per un motivo ben specifico: si tratta di caratteristiche

¹ Vorremmo stimolare una riflessione sulla differenza tra dimensioni invarianti quali lo stile di attaccamento o lo stile di vita e altre invarianze, quali ad esempio lo stile cognitivo globale-articolato proposto da Witkin nella sua specificazione di campo dipendenza e campo indipendenza. La campo dipendenza - indipendenza è un costrutto privo di valenze valutative, descrive "semplicemente" due modalità di approccio alla realtà fondate su un riferimento prevalente a sé o al contesto. I campo dipendenti – indipendenti hanno modi di avvicinare e trattare la realtà entrambi "utili", sia pur nella loro diversità. Lo studio dello stile cognitivo non è volto a differenziare la normalità dalla patologia, il comportamento corretto da quello scorretto, le dimensioni sane da quelle malate. Le dimensioni invarianti che oggi vengono ricercate, misurate e valutate tendono, di contro, a differenziare gruppi di individui normali, sani, corretti, da gruppi di persone devianti, patologiche, da

stabili della persona, del singolo individuo, delle quali la stessa persona è portatrice indipendentemente dal contesto spaziale, temporale, relazionale, storico e sociale della sua esperienza. Se una madre è “distanziante”, questa connotazione viene descritta atemporalmente e senza alcuna relazione con il contesto entro cui la fenomenologia “distanziante” può aver luogo. Si tratta di una sorta di stigmata che si vuole perenne, trasmissibile intergenerazionalmente in modo ineluttabile, irrimediabilmente contagiosa. Oggi si tende a mettere in discussione questa trasmissione dello stile d’attaccamento; si è visto che lo stile d’attaccamento può cambiare nel tempo per una stessa persona; si è trasformato lo stile d’attaccamento da caratteristica stabile, definitoria delle modalità di relazione, a dimensione contingente a particolari situazioni di convivenza. L’ammissione di questa dimensione contingente trasforma lo stile d’attaccamento in una riedizione di conosciute modalità difensive, entro la relazione con l’altro, delle quali si parla in psicologia sin dagli anni ’40 del secolo scorso. Ma, nonostante questo ridimensionamento dello stile d’attaccamento, molti studiosi e ricercatori continuano ad utilizzare categorie quali “distanziante” o “disorganizzato” per descrivere invarianze psicologiche che consentano correlazioni e inferenze. Come anche ipotesi correttive riguardanti il comportamento di chi appartiene a un gruppo o all’altro. Cosa comporta questa tendenza a ricercare e proporre dimensioni invarianti della personalità e del comportamento dell’individuo quale entità psicologica segnata da tratti stabili?

Vediamone alcune:

a – *lo psicologo si pone al di fuori della relazione con le persone, con i gruppi, con le organizzazioni con i quali ha a che fare.* L’attribuzione (diagnostica) di caratteristiche stabili all’individuo, la capacità di definirlo come appartenente a un gruppo connotato da specifiche invarianze, gli Alessitimici ad esempio, comporta per lo psicologo l’illusione di potersi situare in una posizione che non prevede l’analisi di specifiche dinamiche relazionali con l’oggetto studiato e classificato. Da ciò deriva la certezza di poter fare a meno della relazione, con le sue componenti emozionali; quindi di poter fare a meno dell’affettività, di potersi sottrarre al grande problema della soggettività in psicologia. Ne consegue la pretesa che senza relazione, senza affettività e senza soggettività, la psicologia possa acquisire uno statuto più credibile di “scienza”.

b – *viene vanificata la competenza all’intervento in psicologia.* Le caratteristiche stabili della personalità e dell’individuo non prevedono interventi per un cambiamento di connotazioni che, se passibili di cambiamento, vedrebbero sconfermata quell’invarianza che le specifica. L’intervento, di contro, si riduce ad azioni che intendono prevenire danni e guai che le persone, caratterizzate da connotazioni stabili, potrebbero fare a se stesse o agli altri. Ricordiamo, ad esempio, un collega che si riteneva legittimato a vietare ogni esperienza di affidamento o di adozione alle madri stigmatizzate da stili di attaccamento non “base sicura”, con particolare accanimento proibente per le “madri distanzianti”. Gli esempi potrebbero continuare a lungo. Lo psicologo, nel caso di alcune connotazioni invarianti, può lavorare per convincere le persone a mettere in atto comportamenti più “sani”, con vari strumenti di convincimento; tra questi il bio-feedback, alcuni interventi di tipo cognitivo, il condizionamento nelle sue varie forme.

c – *viene preclusa la possibilità di conoscere tramite la relazione.* Ciò significa che non si analizzano le dinamiche emozionali né si utilizza quest’area conoscitiva per lavorare sulla relazione, per sviluppare un pensiero, con l’altro, sui processi che caratterizzano la relazione stessa, storicamente e contestualmente situata. Come s’è detto, se si elimina la relazione, e con essa l’emozionalità che la connota, lo psicologo pretende di situarsi al di fuori, all’esterno della fenomenologia studiata. La relazione, ricordiamolo, nella sua iscrizione obbligata entro la storia (il tempo) e il contesto (lo spazio) non prevede dimensioni stabili, invarianti. Non si può “tipizzare” la relazione, e chi ci si è provato è penosamente fallito nell’intento². Quando si studia la relazione, il rigore scientifico si fonda su una metodologia di studio e di intervento in grado di affrontare la variabilità. Quando si studiano le connotazioni stabili, invarianti, obiettivi e metodologie sono

correggere. Questa è una differenza di grande rilievo per cogliere la relazione tra la ricerca di invarianze e le conseguenze che tale ricerca comporta sulla professionalità psicologica.

² Ricordiamo, al proposito, un gruppo di psicologi clinici universitari, operante all’interno di un’azienda ospedaliera di una grande città italiana. Questi studiosi lavorano da anni sulla relazione medico-paziente, definendo invarianti che caratterizzano tale rapporto entro specifiche situazioni cliniche. Il gruppo, peraltro, pur lavorando da molti anni entro l’ospedale, non ha mai avuto contatti con i medici dei reparti, non ha mai cercato rapporti con loro né ha ricevuto sollecitazioni ad intervenire entro il rapporto medico-paziente, nell’ambito dell’ospedale. Pensiamo che questo sia un grave problema scientifico per la ricerca in psicologia clinica.

profondamente diversi. Il tollerare questa differenza sembra un insopportabile limite per chi, nelle invarianze, vede la sola garanzia di scientificità della ricerca psicologica. Le invarianze hanno a che fare con il modificare il comportamento dell'individuo; l'intervento psicologico ha a che fare con lo sviluppo della relazione tra individuo e contesto³.

Un secondo cambiamento concerne la sottolineatura, continuamente presente in ogni progetto di trasformazione della psicologia, della rilevanza irrinunciabile conferita ai sistemi di valutazione: valutazione della professione, della produzione scientifica, dell'efficacia formativa. La valutazione è, sicuramente, un momento importante della nostra professione, come di qualsiasi altra attività che si voglia scientificamente fondata. In primo luogo sottolineiamo la profonda differenza tra valutazione (giudizio categoriale riferito a una persona o a un'organizzazione: ad esempio le università *virtuose*) e verifica (esplorazione criteriata del raggiungimento di obiettivi prefissati e concordati; quindi dell'evolversi di una relazione e dei suoi prodotti). In secondo luogo sottolineiamo come il problema sia di metodo, da un lato, e di potere dall'altro.

Si vuole una università italiana soggetta a valutazioni di rendimento, di efficacia e di efficienza, una università ove le componenti virtuose vengano premiate e quelle non virtuose, penalizzate. Tira un'aria di minaccia, ove le intenzioni punitive sembrano prevalere sulla valorizzazione e lo sviluppo delle cose ben fatte. Sembra evidente che la valutazione, utilizzata come minaccia, perde la sua valenza di funzione motivante al miglioramento⁴. Sembra non si voglia promuovere un miglioramento, quanto una punizione di chi non si attiene alla normatività promossa con la valutazione.

Tutto questo si propone dopo un decennio abbondante di riforme dell'università, e della psicologia in particolare, a dir poco disastrose⁵. Il disastro non è derivato solo dalle riforme, l'una peggio dell'altra, quanto dal processo collusivo che si è avviato tra riformismo e potere locale. Particolarmente evidente nell'ambito della psicologia, se si tiene conto che chi detiene il potere formativo universitario, nell'ambito psicologico, ha spesso scarsa o nulla conoscenza dei problemi professionali e della domanda occupazionale che il contesto propone agli psicologi nel nostro paese.

Sembra che insensatezza delle riforme e minacce di valutazione vadano di pari passo, nella storia recente dell'università italiana. Una storia travagliata, ma pur sempre storia di una formazione e di una ricerca che, tra mille problemi, ha saputo resistere più di quanto non si potesse pensare agli attacchi che le venivano portati sia dall'esterno che dal suo stesso interno. Vorremmo essere chiari: un buon funzionamento universitario prevede *anche* una verifica rigorosa della sua competenza a fare ricerca, a formare le nuove generazioni di studenti, ad amministrare l'università;

³ Un esempio può essere quello del progetto di ricerca del Department of Psychology-Copenhagen University sulla Supervisione, così definito: "The aim is to be a leading Nordic centre for research, mediation and knowledge on supervision and supervisions-related topics (e.g. psychotherapy, training, development and identity)". Quando si ha come oggetto di studio la supervisione del lavoro psicologico, quindi una specifica area della relazione, l'obiettivo è metodologico, fortemente contestualizzato e storicizzato, come appare dal progetto che orienta questo lavoro di ricerca – intervento.

⁴ Abbiamo realizzato nel 1990, per la prima volta in Italia, la certificazione ISO per SPS, lo studio professionale psicologico entro cui lavoriamo. Esperienza interessante ove è emersa la fondamentale funzione di incentivazione al miglioramento organizzativo che la certificazione stessa comporta. Ogni dinamica fondata sulla simbolizzazione minacciante del certificatore implica, ineluttabilmente, la falsificazione del processo stesso di certificazione. Questa correlazione stretta e significativa tra falsificazione della verifica e funzione minacciante del valutatore non sembra sempre chiara in chi si occupa di questo ambito valutativo entro la struttura universitaria.

⁵ Ricordiamo il DM 509 del novembre 1999, istitutivo del 3+2; il DM 270 dell'ottobre 2004 che modifica il 509 e detta nuove regole sul rapporto tra triennio e biennio "specialistico"; altre modifiche non irrilevanti seguono il 270, con ad esempio il cambio da specialistica a magistrale della denominazione biennale; infine la riforma Gelmini, del settembre 2010, con ulteriori novità nella struttura dell'offerta formativa universitaria. Sembra che il legislatore, consapevole dei limiti e dei cattivi risultati di una riforma mal pensata e peggio organizzata, abbia voluto tentare di correggere ciò che era stato pensato in modo problematico per l'Università, ad ogni cambio di ministro entro il MIUR. Peggiorando, regolarmente, quanto era stato deciso sino a quel momento.

mentre la sola valutazione, per quanto ben organizzata, non ha mai prodotto e non produrrà mai un buon funzionamento universitario. La valutazione è, se vera, una componente centrale del funzionamento organizzativo; ma non è mai stata e non sarà mai il correttivo di un cattivo funzionamento organizzativo: in questo secondo caso si trasforma, ineluttabilmente, in strumento di potere e, quindi, di minaccia che demotiva e facilita la sua falsificazione.

Infine, diamo uno sguardo sia pur rapido alle vicende della psicologia universitaria romana.

Molti lettori, forse, sanno che la Facoltà di Psicologia della Sapienza - la prima facoltà di Psicologia in Italia, istituita nel novembre del 1991 - non esiste più. Oggi, grazie all'ibridazione appena conclusa a Sapienza⁶, al suo posto c'è la Facoltà di Medicina e Psicologia.

Il Rettore di Sapienza ha anticipato la riforma Gelmini riducendo a 12, anzi a 11 per ora, le facoltà di Sapienza. Questa riforma fa seguito a un cambiamento di segno opposto, promulgato qualche anno fa, ove si voleva decentrare le facoltà, "costringendo" molte facoltà tra le quali Psicologia a sdoppiare. Oggi si centralizza. Ma come è avvenuto questo cambiamento centralizzante?

Prima della centralizzazione – ibridazione vi erano, a Sapienza, le seguenti facoltà:

Architettura Valle Giulia, Architettura Ludovico Quaroni, Economia, Giurisprudenza, Farmacia, Filosofia, Lettere e filosofia, Scienze umanistiche, Ingegneria, Ingegneria aeronautica e dello spazio, Ingegneria dell'informazione, Medicina e chirurgia 1, Medicina e Chirurgia 2, Psicologia 1, Psicologia 2, Scienze matematiche, fisiche e naturali, Scienze della comunicazione, Scienze politiche, Scienze statistiche, Sociologia.

Vi erano inoltre tre scuole: Scuola di ingegneria aerospaziale, Scuola speciale per archivisti e bibliotecari e Studi orientali.

Le facoltà nuove sono:

Architettura; Economia; Giurisprudenza; Filosofia, lettere, scienze umanistiche e studi orientali; Scienze matematiche, fisiche e naturali; Ingegneria civile e industriale; Ingegneria dell'informazione, informatica e statistica; Medicina e Odontoiatria; Farmacia e Medicina; Medicina e Psicologia; Scienze politiche, sociali e della comunicazione.

Che è successo? Le sette "nuove" facoltà in corsivo sono rimaste tali e quali, perdendo gli sdoppiamenti valutati come inutili (ancora un cambiamento senza verifica), ma conservando la loro specifica individualità scientifica e didattica. Medicina è passata da due a tre facoltà⁷. Psicologia, Sociologia, Scienze della Comunicazione sono state ibridate e hanno perso la loro specifica individualità di facoltà autonome. Come si vede, sono le scienze dell'uomo e della società a perdere la loro autonomia, ibridandosi con aree quali medicina e scienze politiche, da tempo ritenute aree forti e a tendenza egemonizzante.

Ora: le facoltà "storiche" della Sapienza sarebbero, al di là di decentramento e centralizzazione, proprio 12: Architettura, Economia, Giurisprudenza, Scienze politiche, Lettere e filosofia, Ingegneria, Medicina, Farmacia, Scienze, Statistica, Sociologia, Psicologia. Perché non mantenere, nell'obbligo gelminiano di non istituire più di 12 facoltà per ateneo, questo assetto classico della Sapienza, per poi facilitare sviluppi e differenziazioni all'interno delle varie facoltà? La risposta sembra chiara: seguendo questa ovvia e semplice strada non si sarebbero moltiplicate le facoltà di medicina e non si sarebbero mortificate, togliendo loro l'autonomia, le scienze dell'uomo e della società.

⁶ Imbarazzante scrivere "a Sapienza" e non, come eravamo abituati, "alla Sapienza". Ricordiamo, al proposito, che un lungo studio volto a cambiare e "ottimizzare" l'immagine di Sapienza, ha portato al cambiamento nel marchietto (ove, al posto della "testina della Sapienza", è stata ripristinata la "testina di un cherubino") e, notevole invenzione, è stato tolto l'aggettivo alla classica dizione "la Sapienza", semplificando in "Sapienza" - Università di Roma. Con questo cambiamento non si dovrebbe più dire: "lavoro, insegnamento, studio alla Sapienza" ma "lavoro, insegnamento, studio a Sapienza". Tutti cambiamenti senza verifica, ovviamente.

⁷ Può essere utile ricordare che il Rettore, autore di questa "riforma", è stato lo storico Preside di Medicina a Sapienza per lunghi anni.

Ma torniamo a Psicologia. Nella vicenda della sua ibridazione si riassumono, a nostro modo di vedere, i due temi sino ad ora trattati in questo nostro editoriale: quello della ricerca del potere da un lato, quello della ricerca di invarianti psicologiche dall'altro. L'adesione alla proposta del Rettore è avvenuta, a detta dei responsabili istituzionali della psicologia e della loro rappresentanza presso il rettorato, senza una consultazione approfondita e senza alcuna votazione da parte degli organi presieduti dagli stessi responsabili. Cariche elettive, è interessante notarlo, hanno preso questa importante decisione circa l'assetto strutturale e culturale della psicologia romana, senza consultare il loro elettorato e verificarne l'assenso con una votazione. Vien da chiedersi: forse si temevano i possibili esiti del voto?

Nella valutazione della decisione, i responsabili istituzionali si sono affrettati a porre in chiaro il lato positivo dell'ibridazione con medicina: "L'ispirazione culturale che ha motivato la convergenza di Dipartimenti di Medicina e Psicologia nella nuova Facoltà deriva dalla necessità di un approccio globale alla tutela e alla promozione della salute, teso non solo ad assicurare trattamenti più efficaci per la cura delle malattie, ma anche capace di rispondere alla domanda crescente di educazione, prevenzione e promozione del benessere agendo sugli stili di vita, gli atteggiamenti, i comportamenti, le mentalità e la cultura della salute"⁸.

Quando si parla del rapporto tra stili di vita, comportamenti e salute, intesa in questo caso in una dizione strettamente medica, le cose tornano. Ma come si può parlare di atteggiamenti, di mentalità o di cultura della salute? Lo si può fare soltanto se la nozione di salute è ancora relegata all'ambito medico: si possono avere atteggiamenti riferiti alla prevenzione delle malattie o alla conservazione di uno stato di benessere fisico, genericamente inteso. Ma questo va detto: lo psicologo, in questa prospettiva, diverrebbe ancillare del medico nel contribuire alla conservazione di uno stato di salute fisica, somatica, medicalmente intesa. Avrebbe a che fare con la prevenzione, con l'igiene, con le buone norme per conservare il benessere fisico. Mentre è molto più difficile parlare di benessere psichico: in questo caso lo statuto di benessere entra necessariamente all'interno della soggettività, delle scelte individuali, non trasformabili in invarianze. La frase citata, quindi, appare molto ambigua, utilizzando impropriamente nozioni psicologiche importanti (comportamenti, atteggiamenti, mentalità, cultura) ma riferendole a un costrutto, quello di salute, impreciso, non definibile se non metaforicamente quale costrutto psicologico, marginale anche entro l'epistemologia medica.

Con la psicologia della salute e la promozione del benessere, inoltre, ci si allontana, problematicamente ma ineluttabilmente, dall'intervento psicologico e dalla funzione psicologica quale analisi della domanda fondata sui problemi vissuti da chi si rivolge allo psicologo. La psicologia della salute e del benessere non tratta professionalmente i *problemi* dell'utenza perché presume di conoscerli, qualificandoli appunto come problemi di salute e di benessere. La psicologia della salute non "interviene", tramite la metodologia dell'intervento psicologico, per la costruzione di una committenza, l'analisi dei processi che caratterizzano il rapporto tra psicologo e chi porta un problema allo psicologo stesso. Come si dice nelle poche righe citate, lo psicologo della salute "agisce" sugli stili di vita, gli atteggiamenti e quel che segue. Alla promozione di un pensiero sulla relazione si sostituisce, sembrerebbe, l'azione sulle invarianze psicologiche.

L'ibridazione con medicina, quindi, vuole passare un colpo di spugna sulla psicologia dell'intervento, sull'attenzione alla relazione tra individuo e contesto, sugli obiettivi di promozione dello sviluppo, non solo di correzione del deficit. Un colpo di spugna sull'apporto psicoanalitico alla psicologia e all'intervento psicologico, un colpo di spugna sulla rilevanza delle emozioni e della dinamica inconscia, sulla funzione strutturante le relazioni che questa riveste entro i processi collusivi, entro il cambiamento dei sistemi di convivenza che la psicologia ha contribuito a sviluppare negli ultimi vent'anni. Nulla più di tutto questo, ma solo malattia e salute. Uno di noi ha

⁸ Aglioti S., Antonucci G., Baumgartner E., Bombi A.S., Caprara G.V., Dazzi N., De Coro A., De Vescovi A., Ercolani A.P., Giannini A.M., Ortu F., Violani C., Zavattini G.C., "Sulla nuova facoltà di Medicina e Psicologia alla Sapienza", documento inviato ai colleghi delle due ex facoltà di Psicologia, docenti e ricercatori, in data 9/12/2010.

detto, si spera con chiarezza, cosa ne pensa della psicologia della salute e del benessere⁹. Si sosteneva la limitatezza di una visione della psicologia relegata all'individuo, l'indefinitezza e l'ambiguità di un costrutto come quello di "salute", se applicato alla psicologia. Aggiungiamo la forte ambiguità e la valenza fuorviante del costrutto di "benessere" applicato alla psicologia, sia alla psicologia individuale che a quella organizzativa. Il benessere, costrutto storico e contestuale, appare come una proposta scontata e al contempo ambigua. Che significa "domanda di benessere"? Quando mai, chiunque di noi, può affermare di essere in una condizione di benessere o di aspirare al benessere? Siamo poi sicuri che vada sempre e comunque perseguito, a scapito del "malessere"? Gli operai della Fiat che hanno votato per il "no" al contratto proposto da Marchionne, rischiando il posto di lavoro e aprendo, dopo anni, un conflitto pesante con il padronato (conflitto che ha fatto riscoprire all'opinione pubblica italiana che gli "operai" esistono ancora, e con gravi problemi) perseguivano il benessere? E quelli che hanno votato "sì" perché "debbono lavorare", pena la sopravvivenza economica propria e della famiglia, perseguivano il benessere? Gli operai della Fiat, in generale, hanno una domanda di benessere? Pensiamo che il termine "benessere" ci dia conoscenza e linee guida per nominare questa complessa dinamica e intervenire al suo interno?

Possiamo leggere con le categorie del "benessere" e della "salute" il movimento degli studenti universitari, scesi in piazza per opporsi al progetto di legge Gelmini? Lo stesso interrogativo possiamo porcelo circa i popoli del mondo che soffrono la povertà di una crisi economica, quella sì globale, e protestano, scendono nelle piazze, lottano per condizioni di vita accettabili e salari più adeguati alla sopravvivenza.

I sistemi organizzativi, se vogliono perseguire sviluppo, innovazione, efficienza, debbono inseguire il benessere o perseguire obiettivi? Potremmo continuare, vedendo come la parola benessere, nel suo inutile ammiccamento a qualcosa di "positivo", sia storicamente disancorata da ogni possibile lettura psicologica, sociologica, economica, storica, politica o religiosa dei fenomeni che caratterizzano la convivenza e i suoi conflitti, le vicende delle persone, dei popoli, dei gruppi sociali nel loro contesto.

Con la prospettiva indicata dal binomio salute – benessere, non ci si occupa più dei "problemi" che le persone hanno appreso a portare agli psicologi, ad esempio nei servizi di salute mentale, all'interno del lavoro psicologico entro le cooperative che si occupano di adolescenza, di disagio giovanile, di violenza sulle donne, di orientamento al lavoro, di salute mentale; non ci si occupa più dei problemi del lavoro giovanile, ove il precariato sta distruggendo la speranza e la competenza professionale, e intere generazioni di giovani e meno giovani vivono esperienze catastrofiche di emarginazione e di perdita di fiducia nel futuro, di dipendenza economica e sociale umiliante dalla famiglia d'origine; non c'è più spazio per un intervento psicologico entro situazioni organizzative ove i conflitti sono generati da un nuovo autoritarismo, dall'enfasi sulla riduzione dei costi quale unica via per la sopravvivenza aziendale, di perdita delle motivazioni all'innovazione, alla competenza, al cambiamento, alla ricerca di nuove strade per lo sviluppo. Al posto dell'intervento, dell'analisi dei processi collusivi che orientano e condizionano la convivenza entro i diversi contesti, si pensa alle malattie e al crescente bisogno di benessere. C'è da chiedersi come gli psicologi che si occupano di benessere organizzativo vedano l'evolvere delle relazioni tra padronato e lavoratori, succube di una deriva autoritaria e controllante. C'è da chiedersi, di fronte a un clima culturale dominato dal potere senza competenza e dal successo, dalla sopraffazione dei più deboli da parte dei più forti, se il valore che regge il lavoro psicologico debba essere quello del perseguimento del "benessere". Se la psicologia italiana, quella romana in particolare, prenderà questa strada, da parte nostra è ferma l'intenzione di cambiare mestiere. Ma prima di mollare, e di questo diamo assicurazione ai nostri lettori, lotteremo per quei valori professionali che da molti anni stiamo sostenendo.

⁹ Cfr. Carli R. (2010), Parte 2a, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 151-155.

Bibliografia

Carli R. (2010). Un confronto tra Mario Bertini e Renzo Carli sul tema della psicologia della salute e dell'intervento psicologico-clinico. Parte 2. Carli a Bertini, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 151-155.

La struttura del caso clinico e il pensiero dell'analista

di Gian Luca Barbieri*

Obiettivo del presente contributo è suggerire un approccio al caso clinico che lo faccia parlare al di là della sua dimensione contenutistica. Per questo motivo saranno lasciate in secondo piano le componenti tematiche e specificamente cliniche e verranno considerati solo gli aspetti formali del testo, in particolare la sua "forma del contenuto" (Hjelmslev, 1953), ovvero le modalità in base alle quali è stata costruita la narrazione da parte dell'autore-narratore. Chiedersi non solo cosa l'autore riporta nel suo testo, ma anche come lo espone e in che modo lo struttura può fornire informazioni interessanti relative al processo di mentalizzazione e in generale al pensiero dell'analista.

La lettura che proponiamo non è evidentemente alternativa a quella tematico-contenutistica. Piuttosto vuole costituirne un'integrazione, finalizzata a far emergere alcuni aspetti relativi alla disposizione inconscia dell'autore nei confronti della materia trattata, delle emozioni affrontate, degli aspetti emersi nel corso del trattamento e riconsiderati durante la stesura del caso clinico.

Scrittura ed elaborazione dei "residui beta"

In prospettiva bioniana, il testo del caso clinico può essere considerato come il risultato di una serie di "trasformazioni" (Bion, 1965), che si originano in primo luogo durante le singole sedute, e che portano poi, passo dopo passo, ad un'elaborazione progressiva delle emozioni e del pensiero dell'analista attraverso la scrittura. Secondo questa prospettiva, il testo scritto (che nel linguaggio bioniano corrisponde a T beta) è un contenitore che consente al clinico di riattivare la sua funzione alfa a posteriori e gli offre la possibilità di osservare un cammino terapeutico e un processo complesso di conoscenza da un vertice diverso.

A tale proposito riteniamo che il pensiero dell'autore di un caso clinico segua un itinerario orientato soprattutto a individuare e rendere pensabili quelli che abbiamo definito "residui beta" (Barbieri, 2007), ovvero emozioni e sensazioni non sufficientemente elaborate, protopensieri non del tutto trasformati e fatti giungere solo alle soglie della pensabilità dalla funzione alfa durante il trattamento e poi lasciati in una sorta di limbo mentale. Si tratta dunque di nuclei di pensiero potenziali, non completamente trasformati né viceversa espulsi come elementi beta, ma rimasti in sospenso, incistati tra le maglie del pensiero nascente come nicchie oscure. L'elaborazione del caso clinico può recuperare e far emergere questi residui beta, in modo da riconsiderarli e farli accedere a posteriori alla dimensione del pensiero, ricavando da quelle zone buie delle scintille che possono irradiare nuova luce e far avvicinare ulteriormente l'analista all'oggetto ultimo di pensiero, la bioniana O.

La scrittura del caso clinico, in questa ottica, può favorire la ri-attivazione della funzione alfa per dotare alcuni residui beta di una potenzialità ermeneutica fino ad allora trascurata, ignorata, che si può riverberare anche sulle componenti di pensiero già elaborate in precedenza, riconsiderando anche queste ultime in modi almeno in parte nuovi e diversi.

Per puntare a questo obiettivo, la scrittura appare un medium particolarmente efficace, soprattutto per tre suoi aspetti distintivi: la *permanenza del segnale*, che favorisce l'attivazione di un processo di pensiero circolare, ricorsivo, meno contingente; la *correggibilità*, che libera il pensiero dall'illusione della definitività; il diverso *grado di pianificazione* rispetto all'oralità, che consente di strutturare il materiale secondo un ordine differente, più duttile, dotando di nuove prospettive la mente del clinico.

In sostanza, non si tratta di percorrere, grazie alla scrittura, un cammino sicuro che conduca ad una presunta verità che prima era sfuggita; piuttosto il codice scritto permette di attivare il pensiero in modi meno rigidi e meno vincolati alla linearità del tempo vissuto in diretta, e rende così accessibile una dimensione logica più complessa, stratificata, dialettica.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Parma

Iniziamo questo percorso di analisi dalla struttura testuale del caso clinico, primo aspetto di forma del contenuto che prendiamo in considerazione (il secondo, trattato nel prossimo paragrafo, è la focalizzazione).

Il caso clinico è il risultato di un itinerario mentale che porta da una successione di frammenti reciprocamente connessi in modi variabili e dinamici ad un testo dotato, per quanto possibile, di una sua almeno relativa compiutezza strutturale. Nasce dall'esigenza di riprendere i segmenti emersi nelle diverse sedute per dotarli di un'organizzazione logica che renda possibile un ulteriore grado di conoscenza. Utilizzando un concetto freudiano, si può affermare che il materiale emerso nella diacronia del percorso terapeutico viene sottoposto, nel corso della redazione del caso clinico, a qualcosa di simile ad una elaborazione secondaria (Freud, 1899), attraverso la quale le singole tessere sono connesse in modo da dare vita ad un mosaico il più possibile coerente.

In termini narratologici, la redazione di un caso clinico può essere pensata come un passaggio dall'intreccio alla fabula, cioè dal disordine all'ordine (o forse meglio da un ordine frammentario a un ordine strutturalmente dotato di una diversa coerenza a livello generale). Senza dimenticare che tale ordine non ambisce ad essere oggettivo, ma è intrinsecamente legato al punto di vista dell'autore, che dipende dalla sua storia, dalla sua esperienza clinica precedente, dai suoi riferimenti teorici, dalla relazione con quel particolare paziente, dalle dinamiche transferali e controtransferali e da altre importanti variabili.

Altri tre aspetti da considerare sono i seguenti. Il primo: un caso clinico è una rinarrazione complessa effettuata da un punto di vista "altro" nei confronti dell'itinerario di conoscenza già percorso. Dalla prospettiva della semiotica testuale, uno degli effetti di questa rinarrazione consiste nel fatto che le parole pronunciate nel corso delle sedute vengono riportate dal narratore-analista ricorrendo ai diversi tipi di discorso (diretto, indiretto, indiretto libero), quindi secondo strategie narrative che introducono una *distanza* variabile tra il narratore e il personaggio. Senza insistere su questo aspetto, ci limitiamo a ricordare che la distanza segnala la scelta più o meno conscia da parte del narratore-analista di assegnare al personaggio (nel nostro caso il paziente) una maggiore o minore autonomia narrativa, e quindi di riservare a sé un controllo più ridotto o più elevato della parola e del pensiero del paziente stesso e in generale del materiale trattato nel testo.

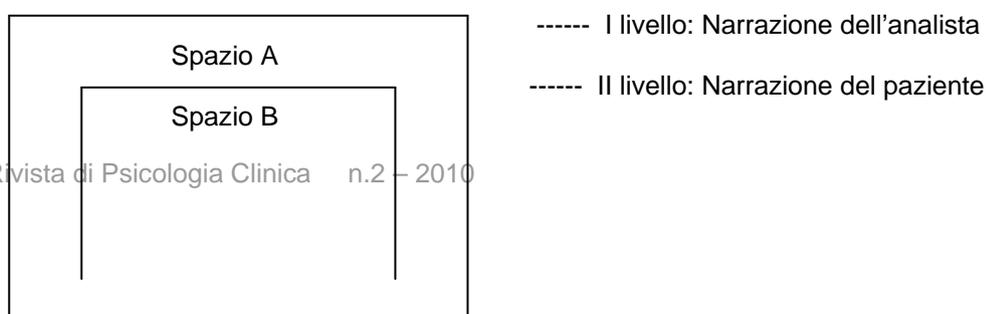
Un secondo aspetto è l'introduzione, all'interno della narrazione, di una logica argomentativa attraverso la quale il materiale clinico viene ristrutturato e ripensato alla luce di una serie di riferimenti teorici. Usando due concetti di Roland Barthes (1970), la dimensione *ermeneutica* dell'analista, ovvero la sua prospettiva di pensiero, il suo paradigma (Kuhn, 1962), si appropria del materiale *proairetico* (cioè dei contenuti narrativi) del paziente, per costruire una nuova narrazione.

Il terzo aspetto, sul quale ci soffermiamo con maggiore attenzione, consiste nell'attivazione, all'interno del caso clinico, di una relazione complessa tra la dimensione mentale dell'analista nel presente della riflessione e della scrittura *post eventum* e quella della coppia analitica nel corso del trattamento. Questo dialogo virtuale tra l' "ora" e l' "allora" trova la sua rappresentazione nella struttura del caso clinico, che è articolata sulla stratificazione di alcune cornici concentriche, ciascuna riservata ad un diverso narratore.

Prendiamo come esempio il caso di Dora (Freud, 1901), che è rappresentativo e per alcuni aspetti emblematico dei meccanismi di costruzione strutturale del testo di tanti altri casi clinici.

Schematizzando possiamo dire che I) il narratore Freud narra una "storia" clinica al cui interno II) la narratrice Dora narra una storia al cui interno III) altri personaggi narrano, in maniera più o meno frammentaria, ulteriori storie.

Ne deriva una struttura di questo tipo:



Il paziente, narratore di secondo livello, si appropria delle narrazioni dei personaggi subordinati, posti al terzo livello, secondo il proprio punto di vista. L'analista, narratore di primo livello, predispose un nuovo contenitore narrativo per ciò che è riferibile al secondo e al terzo livello e a sua volta trasforma le narrazioni dei due livelli più interni in una prospettiva che favorisca l'attivazione del processo ermeneutico che sta alla base del caso clinico.

Va notato che questa struttura testuale a scatole cinesi ha anche la funzione di vagliare, di filtrare, di "contenere" il materiale delle sedute, inquadrandolo secondo percorsi il più possibile chiari e coerenti e ripensandone i contenuti attraverso prospettive logico-narrative che consistono nei diversi tipi di focalizzazione (questione che verrà affrontata in seguito).

Riprendendo la struttura del caso clinico di Dora, al *primo livello della narrazione* si trova Freud nel ruolo di narratore, che da una *specola osservativa* indaga la storia di Dora nei suoi aspetti prevalentemente inconsci e latenti. È un narratore dotato di grande visibilità, un po' come nel romanzo ottocentesco. Pur essendo un personaggio che fa parte della storia narrata, egli si pone come osservatore esterno, in sintonia con il principio dell'astinenza e dell'analista-specchio. Questa sua posizione non è in contraddizione con il ruolo di *narratore interno*, che dice "io" ed entra nella vicenda intervenendo anche con osservazioni e commenti personali.

La cornice narrativa corrispondente al primo livello ha una funzione *strutturante*.

Nello *Spazio A* il narratore di primo livello *parla di* un personaggio (che è poi il narratore di secondo livello, ovvero il paziente); all'interno di questo spazio narrativo si collocano la distanza, ovvero le modalità di trasmissione della parola altrui attraverso la scelta dei diversi tipi di discorso, ai quali si è fatto brevemente cenno, e la focalizzazione.

Al *secondo livello* il narratore è il paziente. Si tratta di un *narratore interno* che ha il ruolo di protagonista della storia da lui raccontata. Ci troviamo qui sul vero e proprio *stage della narrazione*, la cui cornice è una *membrana narrativa autodefinitoria*, nel senso che le parole del narratore-paziente dotano quest'ultimo di una propria identità. Non va dimenticato poi che il tutto viene filtrato dal narratore-analista attraverso la sua prospettiva di pensiero. In altre parole, la funzione strutturante della narrazione del primo livello condiziona e ricostruisce anche la narrazione del secondo livello affidata al paziente.

Anche nello *Spazio B* si collocano la distanza tra il narratore (questa volta il paziente) e i personaggi secondari, rappresentata dai diversi tipi di discorso, e la focalizzazione.

Infine il *terzo livello*, che vede come narratori i personaggi secondari (ad esempio la governante di Dora), è delimitato da un perimetro narrativo con funzione di *membrana narrativa eterodefinitoria*: "etero", non "auto" come al secondo livello, perché se è vero che il personaggio costruisce verbalmente un'immagine di sé, questa viene però "raccontata" dal narratore di secondo livello (Dora), il quale la utilizza non solo per mettere in scena il personaggio secondario, ma soprattutto per rappresentare se stesso attraverso il personaggio di cui riporta parole e fatti. Dunque il personaggio secondario viene introdotto nella narrazione non tanto per fornire un'immagine di se stesso, ma soprattutto per trovare una collocazione, attraverso la voce del paziente, nel mondo costruito da quest'ultimo. Il narratore di terzo livello, in sostanza, non esiste di per sé, ma viene fatto parlare e viene plasmato dal narratore di secondo livello in modo da sostenere il punto di vista di quest'ultimo. A sua volta il narratore di secondo livello viene fatto parlare dal narratore di primo livello in modo da inserirsi organicamente nella ristrutturazione narrativa, semantica e logica effettuata dal narratore-analista.

Anche nello *Spazio C*, che coincide con il discorso dei personaggi secondari, si collocano la distanza e la focalizzazione, che appaiono però poco significative soprattutto perché a tali personaggi è riservato uno spazio limitato.

Riassumendo, la struttura narrativa del caso di Dora, che appare esemplare perché su di essa si modellano in modo più o meno diretto molti altri casi clinici, è articolata su tre livelli sui quali si

trovano altrettanti narratori, collocati gerarchicamente in modo che quello più esterno ha il compito di riportare e quindi filtrare le narrazioni di quello più interno. Si tratta di una costruzione narrativa complessa, le cui implicazioni più significative emergono in relazione alla focalizzazione.

La focalizzazione

La focalizzazione è la prospettiva attraverso la quale il narratore presenta la storia raccontata. Nel testo letterario (Genette, 1972), vi sono tre tipologie di focalizzazione. La focalizzazione *esterna* è quella in cui il narratore si limita a riportare i fatti accaduti senza mai intervenire con commenti, come un semplice cronista che racconta esclusivamente ciò che vede. Non sa nulla del passato né del futuro dei personaggi, non conosce i loro pensieri e sentimenti.

La focalizzazione *interna* corrisponde invece al punto di vista di un narratore che di solito partecipa alla vicenda come personaggio e che narra i fatti dal suo punto di vista. Ha una visione esplicitamente soggettiva degli avvenimenti e filtra il mondo rappresentato attraverso i suoi occhi, la sue idee e i suoi sentimenti.

Infine la focalizzazione *zero* è quella del narratore onnisciente, che conosce il passato, il presente e anche il futuro della vicenda e dei personaggi, entra nella sfera più intima di questi e ne coglie gli affetti più nascosti, i tratti più sfuggenti e invisibili.

Nella focalizzazione esterna il narratore ne sa meno dei personaggi, nella focalizzazione interna il narratore ne sa quanto un personaggio, nella focalizzazione zero il narratore ne sa più dei personaggi.

Questa classica categorizzazione non appare applicabile se non in maniera parziale al caso clinico, poiché il tipo di narrazione che lo caratterizza, come si è visto, è strutturato su diversi livelli: nel caso di Dora la narrazione dell'analista contiene quella del paziente e questa contiene quelle degli altri personaggi. Ciascuno dei tre livelli narrativi si caratterizza per una diversa focalizzazione e quella più esterna condiziona le altre.

Nel caso clinico che stiamo considerando, la focalizzazione del terzo livello, come accennato, non ha un'importanza significativa, tanto che può essere tralasciata perché al personaggio secondario è concesso uno spazio narrativo molto ristretto. Il discorso si fa più interessante passando ai due livelli superiori. Il narratore di secondo livello (il paziente) utilizza una *focalizzazione interna*, in quanto racconta gli avvenimenti dal proprio punto di vista. Il narratore di primo livello (l'analista) usa invece una focalizzazione che nel caso di Dora non rientra in nessuna delle tipologie letterarie, sia per la sua funzione di filtro e di contenitore delle narrazioni più interne, sia per il fine argomentativo sotteso all'andamento narrativo-espositivo del testo.

Se osserviamo la focalizzazione adottata da Freud come narratore nella cornice più esterna del caso di Dora, notiamo che per taluni aspetti richiama la focalizzazione zero del narratore onnisciente, dalla quale però si differenzia in modo significativo. Da un lato Freud è una sorta di "narratore-demiurgo" (Segre, 1984) che tiene sotto controllo i propri personaggi e ne sa più di loro, però il suo sapere non è paragonabile all'onniscienza del narratore letterario, perché quest'ultimo è una presenza fittizia creata da un autore che conosce tutto della vicenda e dei personaggi che egli stesso ha creato e messo in campo. Ciò non si riscontra ovviamente nella narrazione freudiana, perché da un lato non si tratta di un'invenzione e dall'altro la conoscenza analitica non è paragonabile a quella letteraria, dato che è il risultato di un processo "interminabile" e si costituisce a posteriori, mentre quella narrativa è limitata alla storia raccontata, è completa ed è a priori.

La focalizzazione di Freud come narratore si basa su una prospettiva interna di intimità empatica con i personaggi, ma è anche esterna, in nome dei dettami tecnici ed epistemologici dell'analisi, quali l'astinenza e il ruolo di schermo opaco e di specchio riflettente dell'analista. In base a queste osservazioni è opportuno, prendendo a prestito una nota categoria winnicottiana (Winnicott, 1951), parlare di *focalizzazione transizionale* a proposito della prospettiva narrativa del narratore-analista nel caso di Dora. Transizionale perché è allo stesso tempo interna ed esterna; interna sia perché Freud è un personaggio della storia narrata, sia in base alla posizione di empatia e di comprensione nei confronti del materiale emerso nelle sedute; esterna per i motivi teorici ed epistemologici esposti sopra. È una focalizzazione complessa e dialettica che si basa sulla compresenza di un punto di vista interno e di uno esterno che vengono superati in una sintesi nuova e originale.

Implicazioni a livello di pensiero

Può venire spontaneo, a questo punto, chiedersi per quali motivi un tipo di analisi di questo tipo può interessare ad un clinico.

Come si è già accennato, va ribadito che si tratta non di un approccio alternativo a quello tradizionale, ma di un'integrazione che consente di ricavare dal testo del caso clinico qualche informazione relativa alla disposizione in buona parte inconscia dell'autore nei confronti della materia trattata. Infatti, come si osserverà anche in seguito, la scelta di una struttura narrativa particolare e di un certo tipo di focalizzazione (ci riferiamo soprattutto a quella del narratore più esterno, ovvero lo stesso analista, o in qualche caso il supervisore), ha implicazioni significative al livello del grado di controllo imposto al materiale trattato, elaborato, pensato. La rinarrazione di ciò che è emerso nel corso delle sedute implica la necessità, la volontà, spesso posta al di sotto della coscienza, di contenere in vari modi il materiale clinico per renderlo pensabile. È in questo snodo che possono emergere atteggiamenti difensivi dell'analista, che si riflettono nel modo in cui egli struttura il materiale narrato e lo presenta attraverso una focalizzazione particolare.

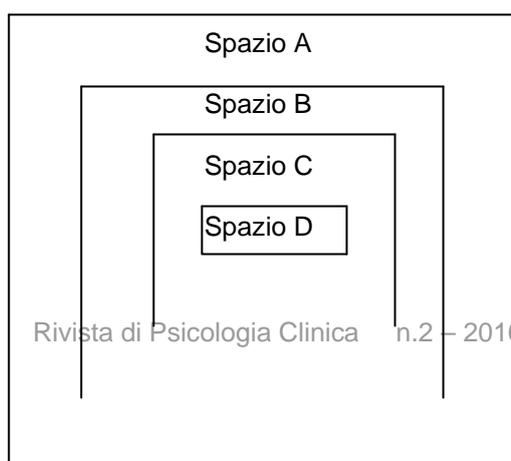
In termini bioniani si può dire che, dato che il processo di conoscenza attivato nel caso clinico è un legame K, intriso di componenti emotivo-affettive e orientato ad O, è in relazione al modo in cui K incontra L e H (*Love e Hate*) che si determinano particolari atteggiamenti mentali in buona parte inconsci che si possono tradurre facilmente in scelte difensive e di controllo (Bion, 1963). Forse ne aveva un'embrionale percezione lo stesso Freud, dato che ciascuno dei suoi casi clinici presenta una struttura e una focalizzazione diversa da tutti gli altri. Presentiamo i più significativi, rimandando le considerazioni generali all'ultimo paragrafo.

Il piccolo Hans

Nel caso clinico del piccolo Hans, Freud (1908), ha una funzione sia clinica che narrativa diversa rispetto al caso di Dora: infatti l'analista di Hans è il padre del bambino e il ruolo di Freud è rapportabile a quello del supervisore. Questo aspetto giustifica l'adozione di una tecnica narrativa particolare, simile ad un collage: Freud riporta infatti alcune note redatte dal padre di Hans, anche in forma di dialogo, e vi inserisce le proprie osservazioni e riflessioni. Così il caso clinico consiste di fatto in un commento ad un testo preesistente, costituito dagli appunti che il padre di Hans ha consegnato a Freud e che a loro volta sono un abbozzo di caso clinico rimasto ad un livello provvisorio di elaborazione.

Mentre nel caso di Dora il narratore investito della funzione registica è l'analista, nel caso del piccolo Hans la stessa funzione spetta al supervisore, che si colloca ad un livello narrativo ulteriore, più esterno.

Per quanto riguarda la struttura, il caso del piccolo Hans è in parte sovrapponibile ai tre livelli narrativi del caso di Dora, con l'aggiunta però di una cornice narrativa in più. Lo schema è di questo tipo:



- I livello: Narrazione del supervisore
- II livello: Narrazione dell'analista
- III livello: Narrazione del paziente
- IV livello: Narrazione dei personaggi secondari

Il secondo, il terzo e il quarto livello corrispondono sostanzialmente ai tre livelli individuati nel caso di Dora. All'esterno di questi si trova un altro livello, in cui si colloca il regista della narrazione, lo stesso Freud, che riporta il caso condotto e annotato dal padre di Hans (secondo livello), utilizzando e citando spesso testualmente gli appunti presi da quest'ultimo, ristrutturandoli secondo il proprio progetto, intervenendo con commenti, giudizi, consigli, osservazioni, interpretazioni. Freud dunque costruisce in questa occasione il caso clinico come un edificio narrativo dotato di una duplice cinta perimetrale: quella già realizzata dal padre di Hans (II livello), giudicata non del tutto adeguata e in qualche punto fragile e per questo resa più stabile da un confine narrativo più esterno (I livello), costituito dalle porzioni testuali e soprattutto dallo sguardo e dal pensiero dello stesso Freud.

Il supervisore-Freud, narratore di primo livello, racconta un trattamento in cui l'analista (secondo livello) descrive l'analisi di suo figlio il quale a sua volta racconta (terzo livello) storie in cui ci sono dei personaggi subordinati che narrano (quarto livello) qualcosa a loro volta.

Quattro gradi di narrazione, dunque, non più tre come nel caso di Dora. Il narratore di primo livello è il supervisore, dispone di un contenitore narrativo delimitato da una *membrana narrativa ristrutturante*, che ingloba quella più interna (*strutturante*) attraverso la quale il materiale analitico era già stato organizzato dall'analista, apportando alcune significative modificazioni.

Per quanto riguarda la posizione del narratore e la focalizzazione, si possono effettuare alcune osservazioni. Per i tre livelli narrativi interni vale quanto affermato a proposito dei tre livelli del caso di Dora. Al livello più esterno si trova un narratore che osserva non solo il paziente e gli altri personaggi, ma anche l'analista. Si tratta di un narratore *esterno* la cui focalizzazione è simile a quella del narratore letterario onnisciente. Egli infatti ha di fronte a sé una realtà analitica ormai in buona parte strutturata e ordinata, che conosce nei dettagli, in avanti e all'indietro. A differenza del caso di Dora, Freud ricorre anche a due artifici tipici del narratore onnisciente: le prolessi (o anticipazioni) e l'uso retorico del dubbio e dell'incertezza. Quest'ultimo produce l'effetto che l'analisi sia narrata in tempo reale, mentre, com'è evidente, Freud conosce già l'esito del trattamento, è arrivato a sue conclusioni personali, ha formulato le sue ipotesi e le ha da tempo verificate sul caso clinico ormai concluso dal padre di Hans. La focalizzazione del livello più esterno tende dunque a richiamare la *focalizzazione zero* letteraria. Aspetto degno di attenzione, che segnala un atteggiamento, nei confronti del materiale clinico, di maggior controllo e di saturazione del pensiero ben superiore rispetto al caso di Dora.

Ora vediamo altre due modalità di strutturazione testuale e di organizzazione del pensiero di Freud nel caso dell'uomo dei topi (Freud, 1909) e in quello dell'uomo dei lupi (Freud, 1914). Tralasciamo il caso del presidente Schreber (Freud, 1910) perché è tratto dalle memorie scritte del paziente e quindi è basato su dinamiche diverse, non del tutto assimilabili a quelle dei casi clinici classici.

L'uomo dei topi

Un particolare di grande importanza per la nostra analisi consiste nella disponibilità degli appunti redatti da Freud durante il trattamento del suo paziente noto come l'uomo dei topi. Dapprima scritte con precisione e regolarità dopo ogni seduta, poi secondo modalità meno rigorose e più sommarie, tali annotazioni si arrestano dopo tre mesi e mezzo circa dall'inizio della cura.

Nel testo definitivo del caso clinico, Freud riporta gli appunti delle prime sette sedute in ordine cronologico, rispettandone la frammentarietà e la scarsa strutturazione. Quindi nella prima porzione del testo la narrazione orale del paziente e i primi abbozzi di interpretazione di Freud si succedono e si accavallano senza un progetto espositivo preciso e pianificato, all'incirca com'è avvenuto durante il trattamento. In seguito, nella seconda parte del testo, Freud non segue più la successione ordinata delle sedute, anche in relazione alla diversa modalità redazionale degli appunti, che dopo la settima seduta sono meno dettagliati; il materiale viene quindi presentato

prescindendo dalla strutturazione cronachistico-diaristica iniziale e lasciando spazio ad un andamento espositivo-argomentativo, oltre che, ovviamente, narrativo.

È importante tenere presente che l'autore parla di questo caso clinico come di un "resoconto frammentario" costituito da "frammenti di conoscenza faticosamente raccolti", sottolineando in tal modo la difficoltà con cui egli si è accostato all'analisi di un paziente affetto da nevrosi ossessiva, patologia da lui non conosciuta sufficientemente a livello clinico, le cui manifestazioni sono considerate alla stregua di un "dialetto del linguaggio isterico".

Il testo di questo caso clinico, come si è visto, è articolato in due parti nettamente distinte, in cui le componenti teoriche e quelle narrative si bilanciano diversamente: infatti nella prima parte, corrispondente agli appunti, l'inquadramento teorico e interpretativo rimane sullo sfondo, mentre nella seconda parte assume una posizione di decisa preminenza. La prima parte è soprattutto narrativa, la seconda è prevalentemente espositivo-argomentativa.

La posizione del narratore e la focalizzazione risentono di questo iato interno al testo. La prima parte appare interessante e innovativa nella prospettiva da noi adottata, mentre la seconda rientra nel modello "classico" del caso di Dora. Il punto di vista dell'autore-narratore nella parte iniziale del caso clinico è nel complesso simile a quello dell'analista durante il trattamento, quindi l'ottica è calata *in medias res* e segue passo dopo passo la seduta, senza elevare in modo significativo lo sguardo analitico per contemplare quanto emerso da un'angolazione distaccata. Il narratore riporta, quasi fosse ancora in diretta, le sue intuizioni, le sue impressioni, le sue sorprese, e le stesse ipotesi interpretative sono esposte senza dissimulare la loro provvisorietà, dato che il materiale non ha ancora raggiunto un grado accettabile di pensabilità.

Per tutti questi motivi, il punto di vista del narratore può essere ricondotto ad una *focalizzazione esplorativa*, in cui i materiali grezzi della narrazione del paziente non sono ancora affrontabili in un'ottica di sufficiente integrazione reciproca e di attribuzione di significati complessiva e plausibile. Anche la struttura testuale della prima porzione del caso clinico dell'uomo dei topi va in parte considerata sulla base di queste premesse. Pur essendo articolata su tre livelli, come nel caso di Dora, il contenitore narrativo del livello più esterno non ha propriamente una funzione ordinatrice e strutturante, tanto che l'esposizione richiama un affresco in fase di elaborazione, in cui l'autore non ha ancora provveduto a celare i segni della suddivisione in giornate della sua opera. Tale cornice va considerata come una *membrana narrativa mimetica*, non strutturante come nel caso di Dora, in quanto ripropone l'andamento della narrazione reale, con i suoi tempi e le sue modalità, arricchita dalle osservazioni e dalle digressioni del narratore presentate come in diretta. Le due membrane narrative più interne, pur non essendo del tutto identiche a livello di permeabilità con quelle del caso di Dora, possono però venirvi assimilate.

La seconda parte, come detto, è analoga al caso di Dora sia per le focalizzazioni che per la struttura. È interessante anche notare che in questa parte del testo, alcuni passaggi presenti negli appunti vengono arricchiti di dettagli e descritti in modo più particolareggiato, quasi fossero stati sottoposti ad una sorta di elaborazione secondaria, con lo scopo di integrarne i vuoti e le incoerenze.

L'uomo dei lupi

Com'è noto, il caso dell'uomo dei lupi (Freud, 1914) è centrato sulla ricostruzione di una nevrosi infantile attraverso un trattamento effettuato su un paziente in età adulta. Anche per questo motivo si tratta del caso clinico freudiano più complesso. Come afferma l'autore, "se da una parte il fatto di studiare il bambino attraverso l'adulto consentiva l'accesso a un'abbondante messe di informazioni sul periodo infantile, d'altra parte ciò avveniva a prezzo di un esasperante sminuzzamento dell'analisi e di una corrispettiva incompiutezza espositiva". Perciò i contenuti testuali sono stati strutturati "ancora una volta in modo frammentario": affermazione che ha implicazioni interessanti a livello di struttura del testo e di elaborazione del pensiero.

Il materiale da riportare e da organizzare è straordinariamente ricco e richiede un controllo il più possibile rigido. Questo aspetto giustifica il fatto che la presenza del narratore, in questo caso clinico, sia diffusa in modo capillare e con particolare insistenza. Fin dall'incipit l'io narrante si pone in grande evidenza ("Il caso clinico che mi accingo a riferire...") e regge poi l'intero testo con

frequenti interventi in prima persona che collocano la componente narrativa in secondo piano a favore di quella espositiva ed argomentativa.

In questo caso clinico assume uno spazio significativo il dubbio (questa volta usato non in funzione retorica), che porta lo stesso Freud ad affermazioni come la seguente: “lo stesso amerei sapere se la scena primaria, nel caso del mio paziente, sia stata una realtà o solo una sua fantasia”.

L'elevata complessità di quanto viene trattato e l'insinuarsi frequente del dubbio spingono Freud a perseguire un controllo elevatissimo del materiale, che si evidenzia negli aspetti formali e strutturali del testo. In questa prospettiva si giustifica la pervasività del narratore, con i suoi interventi in prima persona, con la sua continua sottolineatura delle dinamiche metanarrative della scrittura, con la sua esplicita presenza che spiega, collega, interpreta, guida, orienta, procede in avanti e all'indietro, rimanda l'interpretazione di un dato, aspetta che le condizioni per la comprensione di una frase siano mature sulla base del procedere del trattamento, e così via.

Questa necessità di controllo si evidenzia anche nella drastica riduzione del discorso diretto del paziente e degli altri personaggi, per cui gran parte delle voci altrui trovano spazio nel testo filtrate dalla parola del narratore-analista ed entrano a far parte del suo discorso. Inoltre, nei casi in cui Freud ricorre al discorso diretto, le parole riportate tra virgolette non sono in realtà una voce vera e propria, in quanto sono trattate come semplice citazione, come “materiale verbale” utilizzato in funzione di pura testimonianza su cui basare la ricostruzione e l'interpretazione. Data la complessità quasi labirintica di tutto ciò che è emerso dal trattamento, non possono esserci più voci, ma una sola, quella del narratore-analista, che costruisce un itinerario ermeneutico il più possibile chiuso e controllato.

A livello strutturale, è interessante osservare che la tripartizione dei livelli discorsivi, evidenziata nei casi clinici di Dora e dell'uomo dei topi, rimane come riferimento, ma viene svuotata della sua effettiva consistenza. Il livello più esterno della narrazione è ancora quello su cui si colloca il narratore-analista; il secondo livello è riservato al narratore-paziente; infine il terzo livello è quello dei personaggi secondari. Ma si tratta di una distinzione più che altro virtuale, poiché le diverse istanze discorsive sono assorbite da quella dominante e autocratica del narratore-analista in modo di gran lunga superiore rispetto ai precedenti casi clinici. Così non si può parlare effettivamente, al secondo livello della narrazione, di una membrana narrativa autodefinitoria, perché la narrazione del paziente di fatto non è contenuta in una membrana che la delimiti con precisione; il dna del secondo livello narrativo si diffonde all'interno del citoplasma discorsivo dell'analista. Lo stesso fenomeno lo si nota anche in riferimento alla parola dei personaggi secondari, che non è delimitata da alcuna membrana eterodefinitoria, come nel caso di Dora, ma entra nel discorso dell'analista come sua componente costitutiva. L'unica membrana narrativa vera e propria è quella più esterna, che contiene uno spazio con funzioni contemporaneamente di *specola osservativa* e di vero e proprio *stage della narrazione*: nel caso dell'uomo dei lupi, il narratore di primo livello assume anche le prerogative narrative di quello di secondo e, benché in maniera meno significativa, di terzo livello.

Un altro aspetto interessante riguarda la focalizzazione: la comprensione di una storia tanto complessa non può avvenire attraverso una ricostruzione lineare degli avvenimenti, ma è possibile solo applicando una logica diversa, circolare, atemporale, adottando un punto di vista mobile, dinamico che aiuti a sintonizzarsi meglio sull'inconscio del paziente. Fondamentale a questo proposito è un'affermazione di Freud: “il medico [...] se vuole imparare qualche cosa o raggiungere qualche risultato deve comportarsi, di fronte a un caso del genere, con la stessa 'atemporalità' dell'inconscio. Vi riuscirà a un patto: se saprà rinunciare ad ogni miope ambizione terapeutica”. In altre parole: se gli eventi da considerare si sottraggono ai parametri del processo secondario, l'analista deve sintonizzare il proprio assetto mentale con il processo primario.

A livello testuale questi presupposti si manifestano nella focalizzazione adottata dal narratore di primo livello, che nel caso clinico dell'uomo dei lupi è diversa da quelle osservate precedentemente. In base a quanto si è detto può essere definita *focalizzazione circolare ricorsiva*, in quanto le modalità di funzionamento psichico dell'autore-narratore fanno sì che anche nel testo, oltre che nel trattamento, l'ottica in base alla quale viene osservato il materiale richiami le dinamiche del processo primario. È una focalizzazione più fluida rispetto a quelle degli altri casi clinici, che vuole rappresentare il funzionamento mentale all'unisono del narratore-analista con il paziente.

Questa focalizzazione si applica a contenuti fortemente frammentari, un po' come nella prima parte del caso dell'uomo dei topi, con la differenza che, mentre nel caso precedente la frammentarietà era un dato che riguardava la stessa struttura testuale e non solo il materiale emerso nell'analisi, nel caso dell'uomo dei lupi la frammentarietà è riferibile solo al materiale, mentre la struttura testuale, pur nella sua complessità e nella sua rete di rimandi, connessioni e collegamenti tra le diverse parti, tende ad essere compatta ed estremamente rigorosa. La focalizzazione nei due testi è differente anche in riferimento a questo aspetto: l'occhio analitico del narratore di primo livello nella prima parte del caso dell'uomo dei topi si aggira tra i reperti a disposizione senza la necessità di imporre loro istantaneamente una logica e una coerenza (per questo abbiamo parlato di focalizzazione esplorativa); quello del narratore di primo livello nell'uomo dei lupi, invece, ha già superato quella fase di esplorazione e nel testo ha realizzato una struttura in buona parte coerente, o potenzialmente dotata di coerenza, all'interno della quale egli si aggira sospendendo l'attenzione regolata dal processo secondario e lasciandosi guidare dalla logica dell'inconscio, secondo un itinerario, appunto, circolare e ricorsivo. Solo costruendo un contenitore strutturalmente rigido, di fronte ad un'elevatissima complessità del materiale, è possibile alla mente dell'analista vagare senza perdersi.

Melanie Klein e il caso di Richard

A titolo di ulteriore esemplificazione, riportiamo alcune osservazioni relative a due casi clinici particolarmente interessanti dal punto di vista formale-strutturale.

Iniziamo dal caso clinico di Richard di Melanie Klein (1961), che è stato concepito come un "resoconto fedele della [sua] tecnica e del materiale fornito dall'analisi" (p.18). Il testo si colloca ad un livello intermedio tra il caso clinico vero e proprio e l'appunto redatto alla conclusione di ogni seduta. A livello strutturale è conservata la suddivisione in giornate, numerate dalla prima alla novantatreesima, e in ciascuna di esse viene riportato quanto accaduto nella stanza di analisi; il livello di elaborazione della scrittura è però decisamente più avanzato rispetto a quello della semplice annotazione.

Il narratore presenta aspetti originali. Nei casi clinici freudiani, pur con le dovute distinzioni, l'analista assume per sé il ruolo del narratore principale che parla in prima persona e costituisce l'istanza narrante più esterna, che comprende e contiene tutte le altre. Nel caso clinico di Richard la situazione è diversa e più complessa. Infatti la voce narrante principale non appartiene all'analista né tanto meno dice "io", ma è anonima e impersonale, esterna, e parla di Melanie Klein in terza persona ("M.K. domandò...", "M.K. interpretò..."). Si è in presenza di un narratore esterno che racconta solo ciò che accade, ciò che vede, e produce una narrazione fredda, distaccata, cronachistica.

Nel testo esistono poi altre voci, collocate tra parentesi oppure in nota.

All'interno delle *parentesi tonde* si trovano commenti e osservazioni di un narratore che non è più quello esterno descritto sopra. Si tratta di una voce riconducibile alla stessa Klein, che introduce aggiunte, riflessioni, chiarimenti, rimandi; es: "(Sembrava che non avesse coscientemente nessuna idea del rapporto sessuale, né un nome per i genitali)" (p.29); "Diventò improvvisamente irrequieto, si alzò e disse (dopo una visibile lotta interna) che aveva un segreto che non poteva dire a M.K." (p.82) ; "la gallina era stata ammazzata" (p. 155).

Le *parentesi quadre* inserite nel testo contengono alcuni termini tecnici, che vengono riportati con la funzione di collocare in un contesto teorico adeguato ciò che è emerso dal trattamento. Essi sono affidati ad una voce ancora diversa da quelle che si trovano nelle parti narrative e nelle parentesi tonde; o meglio, si tratta di una sorta di non-voce che si limita ad introdurre sinteticamente alcuni concetti teorici; es.: "[sintesi degli aspetti scissi dell'oggetto, a cui corrispondono senso di colpa e angoscia depressiva]" (p.58); "[difesa maniacale]" (p.59); "[scissione nell'io]" (p.65).

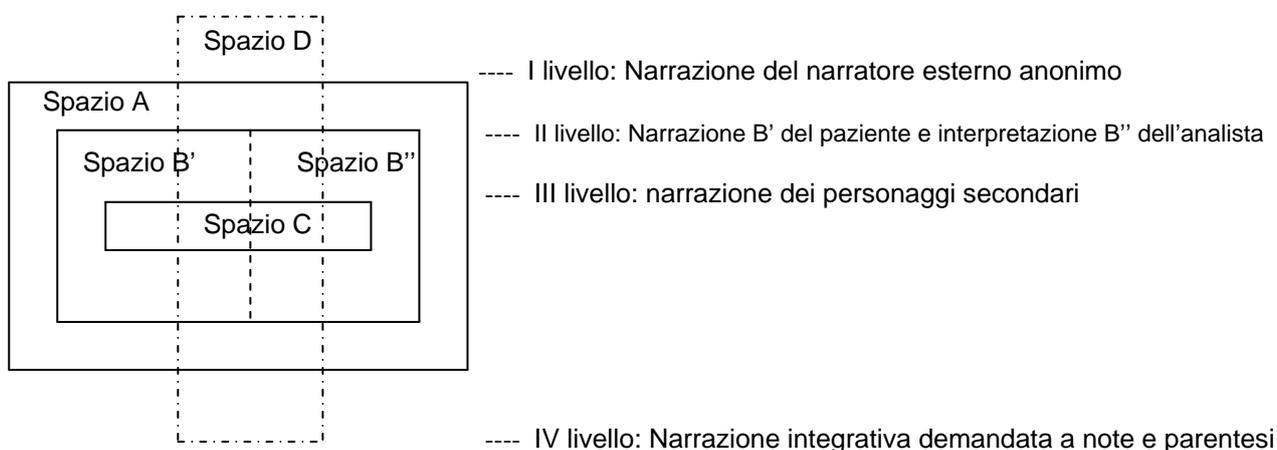
Interessanti sono anche le *note a piè di pagina*, affidate ad una voce narrante che, come all'interno delle parentesi tonde, si identifica con quella dell'analista, la quale fornisce informazioni relative allo svolgimento delle sedute e introduce riflessioni in prima persona; es.: "Benché Richard avesse cominciato a disegnare con decisione e con attenzione, dato che era visibilmente in uno stato d'angoscia e di forte resistenza, risultò tuttavia che aveva espresso del materiale inconscio. Non

pubblico questo disegno perché contiene vari nomi, come quello del fratello e della domestica” (p.114).

Infine si trovano *note in calce alle singole sedute*, più estese delle note a piè di pagina, che espandono le osservazioni riferendole a problemi di portata generale. Si tratta di uno spazio testuale che consente al lettore di penetrare nella mente dell’analista, ripercorrendone gli itinerari complessi, le potenzialità interpretative, le questioni teoriche e tecniche. La voce è ancora quella di Melanie Klein che si fa nuovamente narratrice; es.: “Non interpreto in termini di oggetti e di relazioni interni finché non ho del materiale esplicito che mostri delle fantasie d’interiorizzazione dell’oggetto in forme concrete e fisiche” (p.39).

Riassumendo, nel caso di Richard non c’è un narratore-analista a cui è affidata la narrazione di primo livello, come in Freud, ma si trovano un narratore esterno anonimo che narra l’andamento delle sedute, un narratore interno (l’analista) a cui sono affidate le aggiunte tra parentesi tonde, le note a piè di pagina e quelle a chiusura di seduta; inoltre, tra parentesi quadre, è inserita una sorta di non-voce che evidenzia i concetti teorici di riferimento.

Quindi nel caso di Richard si possono individuare tre *livelli narrativi* “normali” più uno trasversale, che possiamo schematizzare in questo modo:



Il *primo livello* corrisponde al narratore esterno anonimo. La sua è una *specola* puramente *osservativa*. Non siamo in presenza di una vera e propria rinarrazione analitica, ma di una semplice *cronaca analitica*. La linea perimetrale non ha la stessa funzione della membrana narrativa strutturante del caso di Dora, ma è un semplice *confine narrativo* che contiene l’esposizione dello svolgimento delle singole sedute.

Il *secondo livello* è condiviso da due voci, quella del narratore-paziente (che abbiamo esemplificato con la metà sinistra dello schema rettangolare) e quella del narratore-analista (la metà destra). La linea perimetrale, come nei casi freudiani, è una *membrana narrativa autodefinitoria* in riferimento sia al paziente che all’analista: entrambi, infatti, attraverso le loro parole, definiscono se stessi, il loro ruolo, la loro identità. Lo spazio B'/B'' è il vero e proprio *stage della narrazione*.

Il *terzo livello* è talmente esiguo da risultare poco interessante, poiché nella narrazione del caso clinico capita raramente che i personaggi “parlino di” e quindi narrino qualcosa.

Il *quarto livello* è costituito dalle note e dalle parentesi e si sovrappone ai tre precedenti, li attraversa, li integra e aggiunge informazioni a ciascuno di essi. Il perimetro che delimita e contiene questo livello è da un lato ben definito, perché le note e le parentesi hanno una loro dimensione precisa e chiaramente identificabile; dall’altro però è anche dotato di permeabilità, perché le note e le parentesi travasano il loro contenuto all’interno degli altri tre livelli: per questo motivo nello schema è stata utilizzata la linea tratteggiata. Il confine del quarto livello è costituito da una *membrana espositivo-argomentativa semipermeabile*.

Aspetti interessanti emergono dalla *focalizzazione*. Mentre il narratore di primo livello del caso di Dora adottava una focalizzazione transizionale, contemporaneamente interna ed esterna, qui la

Klein scinde le due dimensioni (interna ed esterna) affidandole a due voci distinte e quindi a due istanze narrative diverse. Il narratore principale del caso di Richard adotta una *focalizzazione esterna*, infatti riporta solo ciò che vede, senza prolessi né analessi, senza alludere ai pensieri e ai sentimenti del paziente. Il tono della narrazione è quello di un referto oggettivo e distaccato redatto in terza persona da un narratore-osservatore esterno che, come si dice in narratologia, “ne sa meno dei personaggi”.

La cornice che racchiude il secondo livello narrativo, contiene gli scambi verbali di Richard e di Melanie Klein. Le narrazioni di entrambi sono effettuate secondo una focalizzazione interna ma da vertici differenti: in sostanza il paziente racconta e l'analista interpreta. Per questo motivo si può parlare di una *focalizzazione interna dialogica di tipo asimmetrico*: dialogica perché articolata sull'alternanza dei turni di dialogo del paziente e dell'analista; asimmetrica per il diverso peso e per la differente funzione degli interventi dei due parlanti.

Il terzo livello narrativo di fatto non esiste e la questione della focalizzazione non si pone.

È interessante osservare anche le note (a piè di pagina e in chiusura delle sedute) e gli interventi tra parentesi tonde, che costituiscono il quarto livello. Questi spazi testuali, come si è visto, sono affidati a un narratore che dice “io” (narratore interno) e coincide con Melanie Klein. Quest'ultima nel livello esterno entra in scena solo come personaggio e affida il compito di narratore a una voce anonima che usa la terza persona, mentre nel quarto livello prende la parola per commentare, inserire aggiunte, precisare questioni tecniche e teoriche. I contenuti delle note e delle parentesi tonde non sono quasi per nulla narrativi, ma in gran parte espositivi e argomentativi. Così anche la focalizzazione muta: il narratore-analista osserva il trattamento da un punto di vista privilegiato e “ne sa più dei personaggi”, pur non essendo onnisciente, in quanto è lo stesso narratore che sottolinea i limiti della sua conoscenza dovuti all'incompletezza delle annotazioni e alle lacune della memoria. Le note e le parentesi tonde hanno quindi la funzione di incrociarsi con le narrazioni di primo e di secondo livello, dotandole di una portata metanarrativa, critica, riflessiva; rendono possibile un'espansione al di fuori del caso clinico vero e proprio, ampliandolo in direzione espositiva, argomentativa e documentaria. Per questi motivi si può parlare di *focalizzazione metanarrativa*.

Karen Horney e il caso di Clare

Per concludere, osserviamo un caso clinico poco studiato ma interessante dal punto di vista strutturale, riportato da Karen Horney (1942) nell'ottavo capitolo del suo volume *Autoanalisi*.

Clare è una giovane donna che ha annotato in una sorta di diario i dettagli della sua autoanalisi; poi ha consegnato il testo a Karen Horney, autorizzandola a pubblicarlo. La Horney scrive di non aver potuto dare alle stampe il testo nella sua versione originale, perché necessitava di interventi soprattutto formali; quindi vi ha apportato ritocchi e modificazioni lessicali e stilistiche, ha eliminato parti ripetute e non pertinenti e soprattutto ha effettuato integrazioni in risposta a domande di questo tipo: “Qual è il significato delle scoperte fatte? Quali fattori sono sfuggiti allora a Clare? Per quali ragioni non li ha visti? (p.132)”.

Ne è risultato un testo stratificato e giocato su una continua alternanza tra le parti dell'autoanalisi di Clare e le integrazioni della Horney.

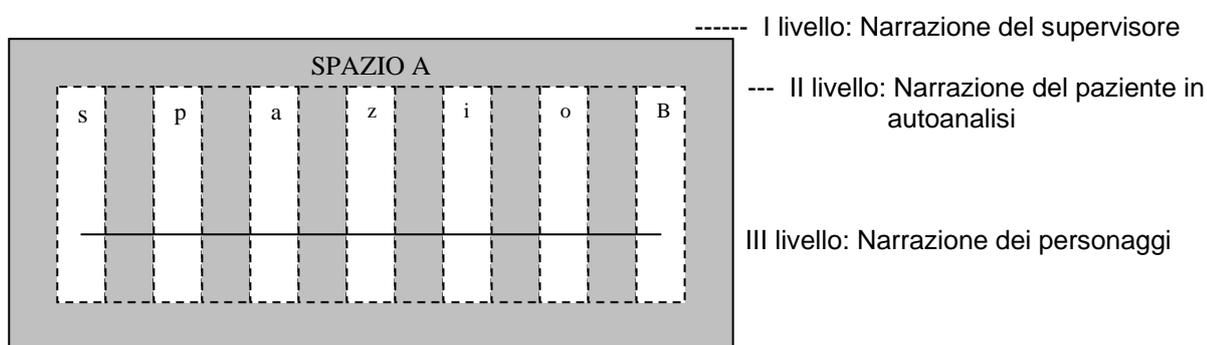
Un aspetto significativo, dal punto di vista formale, consiste nel fatto che, nelle porzioni in cui viene riportata l'autoanalisi di Clare, la narrazione non è effettuata in prima persona dalla stessa Clare, ma viene trasposta in terza persona dalla Horney, che sovrappone la propria voce a quella di Clare e ne ricava un testo che ha un tono e un andamento di questo tipo: “Dopo che Clare fu riuscita a sbarazzare dell'intero problema la sua mente conscia, si riaddormentò ed ebbe un sogno. Si trovava in una città straniera...” (p.135). Com'è evidente, questa trasformazione in terza persona non è solo un espediente grammaticale o stilistico dovuto al carattere frammentario delle annotazioni, ma è un'operazione importante a livello strutturale e mentale.

Strutturalmente si assiste alla creazione di una voce che corrisponde ad un narratore di primo livello con la funzione di supervisore, che informa il lettore su alcuni aspetti della storia della paziente. All'interno di questa istanza narrativa prende corpo la narrazione della stessa Clare, il narratore di secondo livello, la cui voce però viene filtrata e riproposta da quella del narratore di primo livello attraverso una sorta di discorso indiretto, che spesso assume l'aspetto di una normale

narrazione in terza persona: “Si spiegò immediatamente quelle impressioni, dicendosi che queste espressioni di collera e di smarrimento non erano che reazioni esagerate alla delusione provata la sera prima e che, a volte, i sogni esprimono i nostri sentimenti in modo alquanto grottesco e deformato” (p.135). Altrettanto frequentemente il discorso indiretto prende la forma dell’indiretto libero: “Pensare che aveva disdetto un invito a pranzo nella speranza di passare quella serata del sabato in compagnia di Peter...” (p.133); “Era questo dunque il suo amore?” (p. 146).

Le implicazioni di queste scelte discorsive a livello di pensiero consistono nel fatto che la Horney ha costruito un contenitore narrativo affidato alla sua sola voce, che riporta le diverse narrazioni che si incontrano nel testo. Segnale di una volontà di controllo totale sia della narrazione che delle dinamiche psichiche ad essa sottese, con lo scopo di ridurre all’unisono una doppia realtà narrativa e mentale. In questa ottica è emblematico il discorso indiretto libero, attraverso cui il narratore di livello superiore non solo introduce le parole del narratore di livello inferiore, ma assume anche il controllo del mondo interno di quest’ultimo, dei suoi stati d’animo, dei suoi pensieri più segreti, delle sue emozioni celate, dei suoi moti inconsci.

Per quanto riguarda la struttura testuale, si nota che all’interno dell’istanza narrativa di secondo livello, rappresentata dalla voce del narratore-Clare, di cui peraltro si appropria a voce del narratore di primo livello (Horney), si trovano alternati con un ritmo costante gli inserti integrativi e interpretativi del narratore di primo livello. Ne risulta uno schema così strutturato:



Lo Spazio A (cornice grigia) corrisponde alla voce del narratore di primo livello, ovvero di Karen Horney, che apre il testo raccontando la storia di Clare.

Lo Spazio B è stato schematizzato nei rettangoli verticali bianchi, ciascuno dei quali corrisponde ad un inserto narrativo di Clare. Questi rettangoli sono delimitati da una linea tratteggiata per significare che l’istanza narrativa costituita dal narratore di primo livello si introduce nella narrazione di secondo livello e se ne appropria, trasponendola in terza persona. Come dire che i concetti sono di Clare, ma la voce è della Horney.

Gli spazi bianchi sono separati da fasce grigie che non sono altro che espansioni dello Spazio A affidate ancora alla voce del narratore di primo livello che commenta, integra e interpreta quanto emerso dalle aree bianche dello Spazio B.

Di fatto, nonostante lo schema narrativo sia suddiviso in due livelli, la voce che attraversa entrambi gli Spazi A e B è la stessa, ed è quella del narratore-supervisore.

Lo spazio narrativo dei personaggi è ridotto tanto da essere quasi inesistente, e per questo è rappresentato semplicemente con una linea.

Per quanto riguarda la *focalizzazione*, non esiste una focalizzazione al primo livello narrativo e un’altra al secondo livello narrativo, ma se ne evidenziano due che corrispondono rispettivamente alle parti grigie e alle parti bianche dello schema.

Nelle *parti bianche*, la voce narrante è quella della Horney che riporta la voce (o meglio, la scrittura) di Clare. Per ragioni stilistiche, riteniamo che il filtro costituito dalla Horney sia relativamente trasparente e lasci emergere, senza particolari deformazioni, le parole di Clare. Sostituendo ipoteticamente la terza persona con la prima e il tempo verbale passato con il presente, avremmo di fronte qualcosa di simile al testo scritto di Clare.

Nelle parole di quest’ultima si trova una stratificazione di parti narrative, associazioni e interpretazioni. Lo statuto di narratrice di Clare si sdoppia, in quanto paziente e anche analista (di sé). Parallelamente anche la focalizzazione si sdoppia: quella di Clare come narratore-paziente è

una *focalizzazione interna*; però nel momento in cui passa alle interpretazioni, il suo punto di vista si innalza e contempla la materia da un vertice non più interno. Ci troviamo così di fronte ad una focalizzazione diversa da tutte quelle incontrate finora, la cui caratteristica principale è l'oscillazione dal punto di vista interno del paziente a quello esterno (o transizionale) dell'analista, oscillazione che si svolge attraverso il tempo, in fasi successive. Si distingue da quella transizionale perché in quest'ultima il punto di vista interno e quello esterno sono di fatto sincronici mentre in Clare si alternano con cadenza regolare. Per queste caratteristiche, nella parti bianche dello schema si può individuare una *focalizzazione oscillatoria* tra una prospettiva interna ed una esterna.

Nelle parti grigie si trova la voce di Karen Horney come narratore-supervisore che ha, nei confronti della materia che presenta, una posizione privilegiata: conosce il prima e il dopo, il dentro e il fuori, la superficie e la profondità, il giusto e l'errato, il conscio e l'inconscio. È un tipico narratore onnisciente, a cui corrisponde qualcosa di molto simile a una *focalizzazione zero*, all'incirca come si è osservato nel caso del piccolo Hans.

Osservazioni conclusive

La redazione del caso clinico consente di affrontare ed elaborare quello stato psichico che Meltzer e Harris (1988) hanno denominato "nube dell'incertezza" e che comprende quelli che abbiamo definito "residui beta". Si tratta della trasposizione testuale di un processo mentale complesso e costituisce una tappa evoluta e solo apparentemente conclusiva di un itinerario gnoseologico che per definizione non ha un punto di arrivo, un traguardo definitivo, in quanto la O come oggetto ultimo di conoscenza è un limite non raggiungibile.

Il testo del caso clinico è la testimonianza di una fase di elaborazione del pensiero analitico che trova una sua sistematizzazione attraverso la scrittura. È la formalizzazione di un processo psichico inizialmente di coppia, che poi viene rielaborato, al termine del trattamento, dal solo analista. È come se la storia del paziente venisse elaborata dapprima in una versione a quattro mani durante il trattamento, poi cristallizzata sulla pagina dal solo analista in una forma "definitiva nella sua transitorietà", per poi trovare successive possibili riaperture e rielaborazioni da parte di chi si accosterà a quel testo scritto.

Ciò che però più interessa, nella prospettiva proposta in questo contributo, è la forma del testo del caso clinico, che può essere pensato come il risultato dell'incontro e della compenetrazione tra le due modalità di funzionamento psichico che Anzieu (1994) ha definite "modello geometrico" del pensiero ed "esprit de finesse" (espressione ripresa da Pascal), riconducibili il primo all' "esercizio della ragione", il secondo "all'incertezza, all'inconscio, all'interminabile". In riferimento a quanto osservato, l' "esprit de finesse" dell'analista trasposto nel caso clinico trova un assetto "geometrico", che assume una rappresentabilità negli schemi a tre o più livelli sopra proposti.

Ricorrendo ad espressioni bioniane si può anche affermare che tali schemi costituiscono il "contenitore" (♀) dei "contenuti" mentali (♂) dell'analista (e del paziente), mentre la forma complessiva del testo è la formalizzazione in D di un lungo processo di oscillazione $PS \leftrightarrow D$.

Gli schemi proposti possono dunque essere considerati una rappresentazione dei processi di pensiero che portano a una strutturazione dei contenuti della mente e che, attraverso le modalità di elaborazione di PS verso D e dell'esprit de finesse verso un modello geometrico, producono diversi gradi di elasticità o rigidità, di aperture o di difese nei confronti del materiale vagliato dal pensiero.

Per comprendere meglio l'importanza della forma del contenuto dei casi clinici presentati, risultano pertinenti alcuni concetti teorici di Green (1990). Nel suo testo *Psicoanalisi degli stati limite*, egli sostiene che il pensiero presuppone quattro riferimenti: a) il *limite*, inteso come doppio limite, tra dentro-fuori e tra inconscio-conscio; b) la *rappresentazione* (di cosa e di parola); c) il *legame*, che permette di collegare e ricollegare le rappresentazioni; d) l'*astrazione*. Usando questi concetti, il processo di elaborazione del pensiero che porta alla redazione del caso clinico può essere ricondotto, nelle sue linee essenziali, alla traduzione della *rappresentazione* di cosa in rappresentazione di parola scritta [Ferro (1996; 1999) parlerebbe di trasformazione dell'elemento alfa nel derivato narrativo poi strutturato nel testo]; l'assetto narrativo-espositivo del testo si basa sull'individuazione di *legami* tra le rappresentazioni; la componente teorico-argomentativa

costituisce l'*astrazione*; la struttura testuale, con le sue cornici e le focalizzazioni, è la metaforizzazione del *doppio limite*.

In particolare ci soffermiamo su quest'ultimo aspetto.

Come sostiene Anzieu (1990), la vita psichica è una questione di "relazioni tra superfici" (concetto analogo a quello di "limite" di Green). Tra le tipologie di relazioni da lui individuate, nelle strutture formali del caso clinico si può riscontrare quella da lui definita "a pelle di cipolla o a scatole cinesi". In altre parole, il pensiero che produce il caso clinico dispone i contenuti secondo un ordine esterno-interno, contenitore-contenuto, che si materializza nei diversi livelli narrativi del testo, a scatole cinesi, appunto. Tra un livello e il successivo si attiva una modalità di pensiero che si esprime in un tipo di focalizzazione.

Ognuna delle focalizzazioni individuate nei casi considerati ha una sua caratterizzazione specifica e rappresenta un modo diverso di attivazione del pensiero in relazione alla tolleranza del dubbio e della frustrazione, alla capacità negativa, alla saturazione del pensiero stesso.

Nel caso di Dora si è individuata come caratteristica del narratore-analista la scelta di un contenitore esterno (cornice) con funzione strutturante e l'adozione di una *focalizzazione transizionale*, sospesa tra interno ed esterno, segnale di una modalità di organizzazione del pensiero che tollera una componente seppur ridotta di dubbio.

Le cose cambiano drasticamente nel caso del piccolo Hans, in cui il "potere" di Freud è estremamente più forte, tanto da rasentare l'onniscienza del narratore ottocentesco, e così il materiale clinico è inquadrato all'interno di una solida e robusta cornice ristrutturante e osservato attraverso la prospettiva più onnipotente rappresentata dalla *focalizzazione zero*.

La situazione è ancora diversa nella prima parte del caso dell'uomo dei topi, in cui il narratore ripercorre, secondo una disposizione mentale estremamente aperta, le tappe del trattamento seduta per seduta: inquadra il tutto in una membrana narrativa più duttile denominata "mimetica" non solo perché ripropone, "imita" l'andamento delle sedute, ma soprattutto perché assegna una posizione di rilievo alla "mimesi" all'interno della "diegesi", cioè alla parola parlata in diretta all'interno della narrazione. Il tutto si materializza nella *focalizzazione esplorativa*, la più flessibile e meno orientante tra quelle individuate.

Il caso dell'uomo dei lupi presenta un interessante compromesso tra una struttura rigida e un punto di osservazione libero e dinamico. Tutta la materia presentata viene controllata rigorosamente rendendo permeabili le cornici dei livelli più interni, in modo che il narratore-analista si possa appropriare delle parole, dei pensieri del paziente e dei personaggi e di tutto ciò che emerge ai "piani inferiori" della narrazione. Questa rigida strutturazione del materiale gli permette di far funzionare la propria mente secondo le leggi del processo primario; e tale funzionamento del pensiero si materializza nella *focalizzazione circolare ricorsiva*.

Passando alla Klein, abbiamo notato che lo schema freudiano delle cornici concentriche viene ripreso in parte, ma anche svuotato delle sue implicazioni più significative attraverso un'organizzazione diversa del testo. La struttura su tre livelli è ancora individuabile, però il narratore del livello più esterno non è più l'analista, ma è una voce anonima che parla in terza persona e adotta una *focalizzazione esterna*, limitandosi a presentare una cronaca di quanto avvenuto nella stanza di analisi. Inoltre il secondo livello viene affidato non più al paziente, ma è condiviso dal paziente e dall'analista che dialogano e il tutto viene presentato attraverso una *focalizzazione interna dialogica di tipo asimmetrico*. Inoltre si è notato che gli interventi di commento e di integrazione affidati al narratore-analista sono di fatto espulsi dalla parte "canonica" del testo e confinati nelle note e nelle parentesi tonde, che costituiscono un quarto livello, caratterizzato da una *focalizzazione metanarrativa* e contenuto da una membrana espositivo-argomentativa semipermeabile.

Non si deve pensare che la struttura testuale kleiniana sia più aperta di quelle freudiane e faccia intravedere un processo di pensiero più duttile e una maggiore tolleranza del dubbio. Piuttosto è una struttura più articolata, ma finalizzata ad un inquadramento preciso e rigoroso del materiale.

Infine, nel caso di Clare, la ri-narratrice Karen Horney controlla in modo onnipotente ogni contenuto del testo attraverso la *focalizzazione zero* che assorbe anche le parti riservate alla paziente, la quale ricorre durante la sua autoanalisi a una *focalizzazione oscillatoria*.

Se dovessimo disporre i modelli di focalizzazione osservati su un continuum che va dal massimo al minimo controllo psichico della materia, disporremmo ad un estremo il caso del piccolo Hans e quello di Clare e all'altro la parte iniziale del caso dell'uomo dei lupi. Si tratta in tutti i casi della

rappresentazione di varie modalità di attivazione di strategie di controllo e di contenimento di quella che Green (1983) definisce “angoscia della dispersione, della frammentazione, dell’esplosione, del caos”, che viene affrontata con difese riconducibili al “*lavoro del negativo*” (*négativisation*: Green, 1995).

Riteniamo anche interessante la scelta della strutturazione bipartita del secondo livello del caso di Richard, con le due voci che co-costruiscono la narrazione (strategia che diverrà sistematica in *Frammento di un’analisi* di Winnicott (1987) (e, seppur su parametri differenti, in *L’analista e il paziente* di Yalom e Elkin, 1974). Questa strategia narrativa può essere considerata, sempre riprendendo due concetti di Green (1983), come l’inserimento della “figura dello specchio normale” in un contesto rapportabile alla “figura dello specchio unidirezionale”. Il trattamento è paragonabile ad uno specchio normale, in quanto permette processi simmetrici e a doppio senso (duplicazione, riflessione, rispecchiamento, complementarietà) tra paziente e analista; il caso clinico è rapportabile invece allo specchio unidirezionale, da cui si può vedere senza essere visti (condizione ben rappresentata nella cornice narrativa più esterna della maggior parte dei casi presentati). La strutturazione bipartita del secondo livello del caso di Richard costituisce, in questa ottica, un inserimento dello specchio normale all’interno di quello unidirezionale del testo, inserimento peraltro non diretto e immediato, ma attentamente controllato dal narratore-analista.

In conclusione, riprendendo e adattando un’idea accennata da Resnik (1990), la struttura a cornici concentriche del caso clinico può richiamare la prospettiva rinascimentale in pittura, in quanto è anch’essa metafora dello spazio (Panofsky, 1927), e in particolare dello spazio psichico in cui si strutturano il pensiero e la visione del mondo. Tanto nell’opera d’arte quanto nel caso clinico, l’oggetto rappresentato è osservato da un preciso punto di vista (vertice) e l’osservatore si trova allo stesso tempo dentro e fuori del quadro. Lo spazio è sempre infinito, ma attraverso la sua strutturazione diviene geometrizzabile e percorribile con l’occhio e con la mente.

Bibliografia

Anzieu, D. (1990). *L’épiderme nomade et la peau psychique*. Paris : Apsygée. (trad. it. *L’epidermide nomade e la pelle psichica*, Cortina, Milano, 1992).

Anzieu, D. (1994). *Le penser, du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod (trad. It. *Il pensare. Dall’Io-Pelle all’Io pensante*, Borla, Roma, 1996).

Barbieri, G. L. (2007). *Tra testo e inconscio: Strategie della parola nella costruzione dell’identità*. Milano: FrancoAngeli.

Barthes, R. (1970). *S/Z*. Paris: Editions du Seuil (trad. it. *S / Z*, Einaudi, Torino, 1972).

Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heinemann (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1979).

Bion, W. R. (1965). *Transformations*. London: Heinemann (trad. it. *Trasformazioni*, Armando, Roma, 1973).

Ferro, A. (1996). *Nella stanza d’analisi: Emozioni, racconti, trasformazioni*. Milano: Cortina.

Ferro, A. (1999). *La psicoanalisi come letteratura e terapia*. Milano: Cortina.

Freud, S. (1899). Die Traumdeutung, in *Gesammelte Werke*, (Vol. 2-3). London: Imago Publishing, 1925 (trad. it. L’interpretazione dei sogni, in *Opere*, (Vol. 3), pp. 1-563, Boringhieri, Torino, 1966).

Freud, S. (1901). Bruchstück einer Hysterie-Analyse, in *Gesammelte Werke*, (Vol. 5). London: Imago Publishing, 1942 (trad. it. Frammento di un’analisi d’isteria: Caso clinico di Dora, in *Opere*, (Vol. 4, pp. 305-402), Bollati Boringhieri, Torino, 1970).

Freud, S. (1908). Analyse der Phobie eines funfjährigen Knagen, in *Gesammelte Werke*, (Vol. 7). London: Imago Publishing, 1941 (trad. it. Analisi della fobia di un bambino di cinque anni: Caso clinico del piccolo Hans, in *Opere*, (Vol. 5, pp. 475-589), Bollati Boringhieri, Torino, 1972).

- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, in *Gesammelte Werke*, (Vol 7). London: Imago Publishing, 1941 (trad. it. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva: Caso clinico dell'uomo dei topi, in *Opere*, (Vol. 6, pp. 1-124), Bollati Boringhieri, Torino, 1974).
- Freud, S. (1910). Psychoanalytische Bemerkungen über einem autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides), in *Gesammelte Werke*, (Vol. 8). London: Imago Publishing, 1943 (trad. it. Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente: Caso clinico del presidente Schreber, in *Opere*, (Vol. 6, pp. 335-407), Boringhieri, Torino, 1974).
- Freud, S. (1914). Aus Geschichte einer infantilen Neurose, in *Gesammelte Werke*, (Vol 12). London: Imago Publishing, 1947 (trad. it. Dalla storia di una nevrosi infantile: Caso clinico dell'uomo dei lupi, in *Opere*, (Vol. 7, pp. 487-593), Boringhieri, Torino, 1974).
- Genette, G. (1972). *Figures III*. Paris: Editions du Seuil (trad. it. *Figure III: Discorso del racconto*, Einaudi, Torino, 1976).
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Paris: Editions de Minuit (trad. it. *Narcisismo di vita narcisismo di morte*, Borla, Roma, 1992).
- Green, A. (1990). *La folie privée: Psychanalyse des cas-limites*. Paris: Gallimard (trad. it. *Psicoanalisi degli stati limite: La follia privata*, Cortina, Milano, 1991).
- Green, A. (1995). *La causalité psychique: Entre nature et culture*. Paris: Odile Jacob. (trad. it. *L'avvenire della psicoanalisi e la causalità psichica*, Laterza, Bari, 1995).
- Hjelmslev, L. (1953). *Prolegomena to a Theory of Language*. Baltimore: Indiana University Publications (trad. it. *I fondamenti della teoria del linguaggio*, Einaudi, Torino, 1968).
- Horney, K. (1942). *Self Analysis*. New York: Norton (trad. It. *Autoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971).
- Klein, M. (1961). *Narrative of a Child Analysis*. London: Hogarth Press (trad. It. *Analisi di un bambino: Il metodo della psicoanalisi dei bambini esaminato attraverso il trattamento di un fanciullo di dieci anni*, Boringhieri, Torino, 1971).
- Kuhn, Th. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press (trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969).
- Meltzer, D. e Harris Williams, M. (1988). *The apprehension of beauty: The role of aesthetic conflict in development, art and violence*. Perthshire: Clunie Press (trad. it. *Amore e timore della bellezza: Il ruolo del conflitto estetico nello sviluppo, nell'arte e nella violenza*, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 20, Borla, Roma, 1989).
- Panofsky, E. (1927). *Die Perspektive als «symbolische Form»*. Vorträge der Bibliothek Warburg, Berlin: Leipzig (trad. it. *La prospettiva come forma simbolica*, Abscondita, Milano, 2007).
- Resnik, S. (1990). *Spazio mentale: Sette lezioni alla Sorbona*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Segre, C. (1984). *Teatro e romanzo*. Torino: Einaudi.
- Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock, 1958 (trad. it. *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975, 275-290).
- Winnicott, D. W. (1972). *Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis*. New York: Grove (trad. it. *Frammento di un'analisi*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981).
- Yalom, I. D. e Elkin, G. (1974). *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy*. New York: Basic Books (trad. it. *L'analista e il paziente: Due descrizioni di una terapia*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1975).

Studi psicologico-clinici sulla psicologia mafiosa

di Cecilia Giordano*

Introduzione

Questo lavoro propone una review degli studi sulla psicologia mafiosa che la ricerca gruppoanalitica soggettuale ha prodotto negli anni (sono 15 dalla pubblicazione del primo lavoro "Mafia e Follia: il Caso Vitale. Uno studio psicodinamico e psicopatologico" – *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995). Tali studi si sono sviluppati lungo tre principali direzioni:

- (a) lo studio sui processi relazionali dialogici tra mondo interno e mondo esterno nelle famiglie mafiose (Cosa caratterizza il con-cepimento familiare nel mondo mafioso? Come nasce e si sviluppa il self in relazione alla famiglia e alla polis? Quali fattori psichici caratterizzano l'appartenenza alla famiglia mafiosa? Come si intrecciano il livello transpersonale familiare e antropologico nei membri delle famiglie mafiose?);
- (b) lo studio delle dimensioni fondamentaliste e psicopatologiche nel mondo mafioso, anche in relazione a come esse si presentano nel set(ting) psicoterapeutico (Come si esprime la sofferenza nel mondo mafioso? Attraverso quali configurazioni psicopatologiche? Quali vissuti co-transferali attivano, nei terapeuti, i pazienti provenienti da questi mondi?);
- (c) lo studio delle ricadute psichiche sui cittadini e sulle comunità della presenza della mafia con particolare attenzione alla sofferenza psichica delle vittime (Come si configurano le reti sociali in comunità fortemente attraversate dalla presenza mafiosa? Quali prezzi psichici pagano le vittime della mafia? Cosa impone sul piano psichico la minaccia criminale?).

In questi quindici anni di lavoro ci siamo occupati di comprendere cosa accade nella mente degli appartenenti alle famiglie mafiose, ma anche nella mente di chi la mafia la subisce (cittadini, vittime, comunità) nel tentativo di costruire un modello interpretativo complesso in grado di compiere una lettura integrata del fenomeno entro i livelli sociale, culturale, antropologico e psichico.

Molteplici sono state le difficoltà incontrate nel corso di questi studi: difficoltà di ordine metodologico, difficoltà rispetto alla rilevazione dei dati (reperibilità dei materiali di prima mano) e, non ultime, difficoltà rispetto alla possibilità di visualizzare e elaborare le dinamiche emotivo-affettive che inevitabilmente si attivano nel ricercatore impegnato in questo campo (...in questa terra). L'oggetto di studio "fenomeno mafioso" innesca infatti nel ricercatore-osservatore un forte coinvolgimento emotivo che, se non opportunamente elaborato, può interferire con la raccolta dei dati e con la lettura degli stessi. Da questo punto di vista l'utilizzo del metodo clinico e l'aver abbracciato una prospettiva epistemologica (quella della complessità) che consente di andare oltre le dicotomie e che include l'osservatore nel campo osservato, ci ha consentito di definire sempre più chiaramente le ipotesi delle nostre ricerche e di utilizzare strumenti sempre più accurati, oltre che parametri statisticamente validi, per raccogliere dati utili all'approfondimento dell'oggetto di studio.

Il diagramma in fig. 1 mostra l'evoluzione degli studi sulla psiche mafiosa: da un'osservazione "indiretta" del mondo mafioso: i materiali di ricerca, inizialmente utilizzati, erano prevalentemente report di colleghi che avevano in cura soggetti appartenenti a famiglie mafiose, deposizioni giudiziarie, trascritti di incontri di gruppo con giudici e avvocati...; si è passati poi a un'osservazione sempre più diretta attraverso la raccolta di dati di prima mano (interviste a mogli, figli, nipoti, collaboranti...); per poi approdare alla ricerca-intervento su specifici territori ad alta densità mafiosa, alla raccolta di interviste e all'applicazione di strumenti a soggetti sottoposti (spesso drammaticamente) alla minaccia criminale (magistrati, agenti di scorta, commercianti, imprenditori, amministratori locali...).

* Ricercatrice, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo

Fig. 1

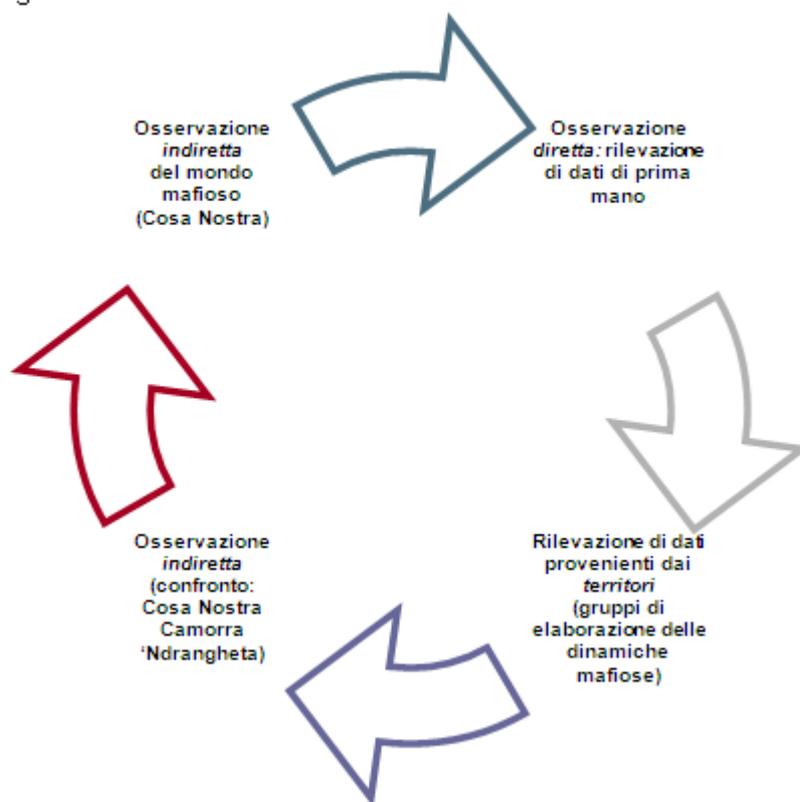
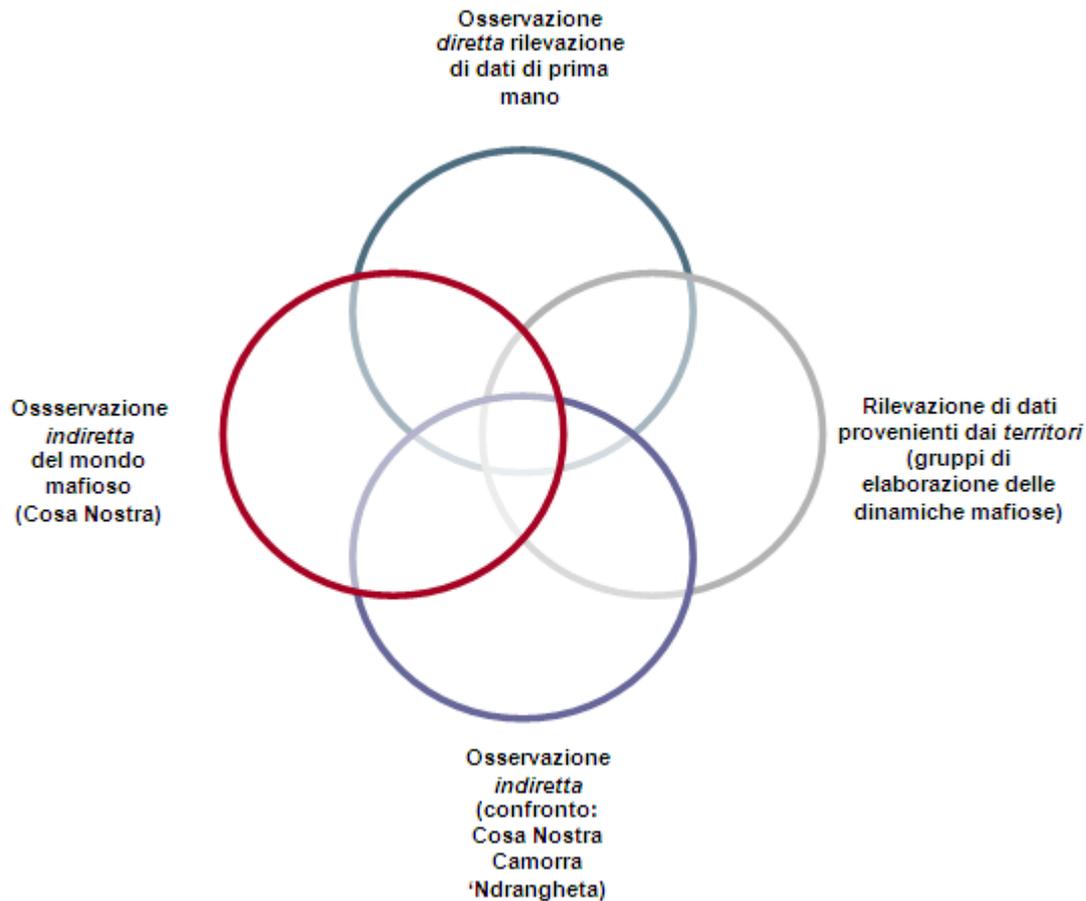


Fig. 2



Tuttavia, così come accade anche in altri ambiti della ricerca psicologica, in particolare negli ambiti in cui si sposa una epistemologia della complessità, anche rispetto alla ricerca sulla psicologia mafiosa, i confini tra le diverse fasi di ricerca (tappe di conoscenza) non sono così netti ma si sovrappongono (fig. 2). Quando, infatti, elaboravamo materiali provenienti dagli ambiti giudiziari e terapeutici realizzavamo altresì ricerche con campioni rappresentativi della popolazione in territori ad alta densità mafiosa; così come quando realizzavamo interviste con soggetti appartenenti a famiglie mafiose, organizzavamo i primi workshop di elaborazione delle dinamiche mafiose in territori difficili. Abbiamo lavorato per tappe di conoscenza, nel tentativo di accrescere la comprensione del fenomeno mafioso attraverso la raccolta di dati che ci indirizzavano via via, verso nuovi orizzonti di ricerca anche alla luce delle trasformazioni in atto in Cosa Nostra e fuori di essa.

I precursori

Prima di passare in rassegna gli studi di matrice psicologico-clinica sulla mafia, mi pare doveroso citare alcuni precursori di tali studi. Faccio, in particolare, riferimento ad alcuni studi di psicologia dinamica sulle rappresentazioni sociali della mafia (*Alle radici di un'immagine della mafia*, a cura di Di Vita del 1986, *L'immaginario mafioso. La rappresentazione sociale della mafia*, di Lo Cascio, Breschi e Marchetta, 1986) e ad alcuni studi sul dogmatismo avviati da Di Maria e Di Nuovo negli anni '80 (*Identità e dogmatismo*, 1988) che si sono poi sviluppati nelle elaborazioni sul *sentire mafioso*.

Gli studi psicologico-clinici sulla mafia devono molto al lavoro di Giovanni Falcone, alla sua sensibilità psico-antropologica, componente fondativa del suo metodo di indagine. Possiamo

considerare Giovanni Falcone il principale precursore di tali studi. L'insegnamento, in primo luogo metodologico, che ci viene da Falcone, attiene *all'aver saputo cogliere la diversità e la complessità dell'altro, ma con adeguato distanziamento e non collusività* (Lo Verso, 1998) . Il "metodo Falcone" è, in qualche modo, anche un "metodo analitico" (come lo ha definito Innocenzo Fiore nel suo importante testo sulla psicologia mafiosa – *Alle radici inconsce del pensiero mafioso*, 1997) in particolare rispetto alla consapevolezza nella gestione della relazione che Falcone brillantemente utilizzava durante gli interrogatori con i principali boss di Cosa Nostra.

Le fasi di ricerca

Come accennato precedentemente, gli studi psicologico-clinici sulla mafia sono stati svolti a partire dallo studio sul caso Vitale iniziato nel 1994 e pubblicato nel 1995 (Lo Verso, 1995). L'intervallo di tempo cui faccio riferimento in questa rassegna include, dunque, gli anni che vanno dal 1994 al 2010.

Per ragioni esclusivamente dettate dal bisogno di semplificare la complessa articolazione di tali studi, ho preferito dividere il periodo preso in considerazione, nelle tre seguenti fasi o tappe di conoscenza:

- Fase I: che va dal 1994 al 1998;
- Fase II: che abbraccia gli anni dal 1999 al 2003;
- Fase III: include gli studi svolti dal 2004 al 2008.

Senza pretese di esaustività, in questo lavoro si proveranno a connettere i principali risultati ottenuti dalle ricerche sulla psicologia mafiosa con il contesto e il clima storico-culturale in cui tali ricerche sono state realizzate.

Fase I: (1994- 1998)

Contesto Storico - Clima Culturale

Nell'intervallo temporale della prima fase di ricerca (1994-1998), il contesto storico e il clima culturale che facevano da sfondo ai nostri studi, erano segnati dalle stragi dal *biennio terribilis* del '92-'93 (Ingroia, 2007)¹.

In particolare in Sicilia, la successione cronologicamente ravvicinata delle stragi di Capaci e di via D'Amelio, ha scosso fortemente le coscienze dei siciliani. Il clima di quegli anni era esito di una forte preoccupazione per l'azione spettacolarmente violenta di Cosa Nostra e nel contempo di una grande volontà di riscatto. Vi è una grande risposta civile alle stragi di Falcone e Borsellino e degli uomini e donne della sua scorta. Nasce il comitato dei lenzuoli, le iniziative antimafia e la promozione di interventi nelle scuole si moltiplicano, l'azione repressiva dello Stato comincia a dare i suoi frutti.

Viene arrestato Totò Riina (15 gennaio 1993) e introdotto il regime carcerario duro anche ai soggetti in attesa di giudizio incarcerati per reati di criminalità organizzata e associazione mafiosa. Numerosi sono gli arresti che si susseguono in quegli anni a danno di noti mammasantissima di Cosa Nostra². A seguito degli arresti, molti uomini d'onore decidono di collaborare con la giustizia, offrendo ai magistrati narrazioni cruente ed efficaci nel contrasto a Cosa Nostra.

¹ Per un approfondimento del periodo stragista si rimanda al saggio di Antonio Ingroia *Dal terrore delle stragi all'angoscia del silenzio*, in *La Sicilia delle stragi*, a cura di Giuseppe Carlo Marino, 2007. In tale saggio Ingroia elenca l'escalation della fase stragista di Cosa Nostra: dall'omicidio di Salvo Lima (marzo 1992), agli attentati ai beni artistici e monumentali (Galleria degli Uffizi, Piazza San Giovanni). Culmine di tale escalation sono le stragi di Capaci e via D'Amelio. Molti sono, inoltre, i progetti stragisti di Cosa Nostra non portate ad esecuzione solo per circostanze fortuite.

² Per un approfondimento si rimanda al volume di Caselli e Ingroia, *L'eredità scomoda*, 2001. In questo testo gli autori fanno riferimento al bilancio della lotta alla mafia realizzato negli anni 1993-1999: 89.655 persone indagate (delle quali 8.826 per fatti di mafia); 23.850 rinviati a giudizio (di cui 3.238 per mafia); circa diecimila miliardi il valore dei beni sequestrati dalla Procura distrettuale antimafia; latitanti arrestati come non mai in precedenza, e tra questi gli autori della strage di Capaci; 116 condanne all'ergastolo confermate in appello o inflitte nel solo anno 2000.

Il fenomeno dei collaboranti di giustizia, mette in crisi la rigida struttura organizzativa della mafia e provoca delle profonde crepe al monolite mafioso. Ciò che sin a quel momento risultava inesplorabile, impenetrabile, indecifrabile, cominciava ad essere indagato, esplorato, osservato. Viene messa in crisi anche la famiglia mafiosa e i suoi membri cominciano a presentare nei servizi di psicologia delle diverse province siciliane, una chiara domanda di aiuto (su questo elemento, in seguito oggetto di ricerca, ci si soffermerà più avanti).

Fonti di Ricerca

In quegli anni, le principali fonti di ricerca utilizzate erano:

- Perizie psichiatriche
- Report di casi clinici su familiari di mafiosi seguiti dai colleghi psicoterapeuti dei servizi.
- Deposizioni giudiziarie di noti boss di Cosa Nostra
- Trascritti degli incontri dei gruppi di studio e di ricerca attivati in quegli anni con giudici, avvocati e con psicologi e psicoterapeuti dei servizi di psicologia siciliani.

Particolarmente fecondi si sono rivelati i gruppi di studio e di ricerca tra psicologi, giudici e avvocati, che avevano l'obiettivo di comprendere le trasformazioni in atto nelle famiglie mafiose da una prospettiva psicologico-clinica. Oltre ad essere laboratori di sperimentazione epistemologica rispetto all'incontro tra metodologie e discipline differenti, i gruppi di studio sono stati un incubatore di progetti scientifico-culturali importanti.

Parallelamente a tali gruppi di studio, presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Palermo, veniva attivato un gruppo di ricerca composto da ricercatori di diversi settori scientifico-disciplinari e da studenti e studiosi interessati al tema. Obiettivo del gruppo di ricerca universitario era esplorare e verificare le diverse ipotesi che si andavano formulando attraverso metodi di indagine e strumenti di ricerca innovativi e funzionali alla comprensione dell'oggetto di studio.

Ipotesi di ricerca

Le ipotesi di partenza del lavoro di ricerca sulla psicologia mafiosa riguardavano in particolare il modo in cui i membri delle famiglie mafiose declinavano la loro appartenenza alla famiglia biologica e a quella acquisita criminale. L'ipotesi complessiva di ricerca era: l'appartenenza ad una famiglia mafiosa genera una matrice di pensiero che ostacola il processo di soggettivazione; non promuove lo sviluppo di un percorso esistenziale individuale; impedisce di costruire un senso di identità e un percorso di crescita personale ed autonoma. L'individuo è all'interno di un pensiero già pensato dal mondo familiare rispetto al quale è difficile e colpevolizzante e spesso terrificante trasgredire (Lo Verso, 1998).

Tale ipotesi che, come vedremo è stata in seguito confermata dalla ricerca empirica, è stata fondativa rispetto all'approfondimento dei processi relazionali dialogici tra mondo interno e mondo esterno nei membri delle famiglie mafiose. Le descrizioni e i profili psicologici offerti al gruppo di ricerca dai giudici e avvocati spesso impegnati in interrogatori con boss mafiosi e collaboranti di giustizia, così come le dichiarazioni rilasciate alla stampa dalle mogli dei mafiosi, insieme ai profili di nonne e mogli incontrate per obiettivi terapeutici dai colleghi siciliani, ci interrogavano rispetto al processo di costruzione della personalità nei mondi di mafia.

Nello specifico, le ipotesi che in una fase successiva sono state verificate empiricamente, erano:

- L'uomo d'onore costruisce la propria identità in una famiglia satura, nel senso che non è pensabile un'autonomia di pensiero per i figli:
- Le famiglie mafiose si caratterizzano per una prevalenza di segreti familiari; in esse è vietata qualunque autentica forma di comunicazione reciproca e non è tollerabile l'incontro con la diversità, psichica e culturale.
- Nei membri di famiglie mafiose prevale un pensiero dicotomico (bianco-nero) che sostiene, ad un livello psicologico profondo, la separazione tra Noi sociale e Noi familiare.

- I modelli relazionali prevalenti nelle famiglie mafiose hanno una forte caratterizzazione psicopatologica nel senso che la mafia impone un'obbedienza 'a priori' e un assoggettamento psichico dei suoi membri.

Principali risultati

La Fase I delle ricerche psicologico-cliniche sulla mafia si caratterizza per una prevalenza di risultati teorici più che empirici. Non mi dilungo nel presente contributo, sulle teorizzazioni formulate in quegli anni³, in parte sintetizzate nelle ipotesi di ricerca del paragrafo precedente. Vorrei qui mettere in evidenza il risultato più importante che credo sia stato prodotto in questa fase, che consiste proprio nell'aver rivolto lo sguardo sugli aspetti psichici del fenomeno mafioso e sui processi identitari nella famiglia mafiosa. E' grazie all'applicazione del modello gruppoanalitico soggettuale (Lo Verso, 1994; Lo Verso & Di Blasi, 2011) che ciò è stato possibile: un modello cioè che connette (e non disgiunge a differenza di altri modelli prima utilizzati) il livello sociale, culturale, antropologico e psichico e che guarda allo sviluppo psichico dell'essere umano, come il frutto del concepimento psichico che la famiglia prima e il gruppo sociale poi fanno di lui.

Fase II: (1999- 2003)

Contesto Storico - Clima Culturale

Nei primi anni di questa fase, il lavoro investigativo, le deposizioni dei collaboratori di giustizia, la sensibilizzazione sociale al fenomeno mafioso, continua a dare i suoi frutti.

Nel '99 viene anche approvata la legge 512/1999 che istituisce uno speciale "Fondo di Solidarietà" alle vittime della mafia.

In seguito si verifica una progressiva 'desensibilizzazione' alle tematiche mafiose (taglio dei fondi, censura, screditamento dei collaboranti...). La campagna di delegittimazione nei confronti della magistratura, promossa in quegli anni dal polo di centro-destra e dai governi Berlusconi⁴ (Alongi, 2002), oltre ad avere un forte impatto sull'opinione pubblica⁵, preoccupa, allarma e a volte scoraggia alcuni magistrati.

Il clima di quegli anni può forse essere reso meglio di qualunque analisi, dalle domande che pone e si pone Antonio Ingroia: "Perché da tempo si sono diffuse, persino tra non pochi magistrati, incomprensibili timidezze nel proseguire nell'opera di erosione delle strutture della grande illegalità, come se si fossero smarrite le motivazioni che dal 1992 in poi sembravano spingere tutti? Da dove è venuto fuori quel gelido soffio della storia cui già ho fatto cenno e che mi è parso di avvertire distintamente? Perché a me, magistrato di Palermo, è più facile oggi provare inquietudini e rimpianti che non individuare solide e forti prospettive? Perché d'un colpo è scomparsa quell'autostrada sulla quale pensavo di stare marciando? Perché anch'io mi trovo a parlare di anni dell'illusione e della grande disillusione ripercorrendo il tuo (*di Caselli*)⁶ periodo palermitano?" (Caselli & Ingroia, 2001, p. 218).

In quegli anni la mafia esce dalla fase stragista per utilizzare strategie meno eclatanti di infiltrazione, con l'obiettivo di intrecciare e consolidare i rapporti con la politica, gli amministratori

³ Per un approfondimento teorico si rimanda al saggio Giordano, Giunta & Lo Verso, *Le ricerche sullo psichismo mafioso*, in Di Blasi & Lo Verso, *Gruppoanalisi soggettuale*, 2011 (in press).

⁴ I provvedimenti del Governo Berlusconi nei primi cento giorni: la cancellazione del falso in bilancio, la legge sulle rogatorie internazionali, la sanatoria sul rientro dei capitali illegalmente all'estero, sia che nascano, come sostiene l'opposizione, per risolvere positivamente i processi che vedono implicato il Cavaliere e i suoi collaboratori, sia che rispondano a una esigenza libertaria, come enfatizza la maggioranza, costituiscono di fatto, nella misura in cui rimuovono i controlli o li rendono obiettivamente impossibili, un prezioso sostegno alla mafia (Alongi, 2002).

⁵ Alongi parla di un "vasto movimento di contestazione" nei riguardi della magistratura. "Era accaduto altre volte. Ma adesso le polemiche avranno, per vastità e forza, effetti veramente devastanti parte e buona parte dell'opinione pubblica" (2002, p. 34-42).

⁶ Parentesi mia

locali, l'imprenditoria e i contesti in cui si muovono i forti flussi economici. E' significativo che il Rapporto EURISPES su "L'evoluzione della criminalità organizzata in Italia negli anni 1999-2003", fotografa un numero inferiore di persone uccise dalla mafia in Sicilia rispetto alle regioni tristemente attraversate dalle altre organizzazioni criminali italiane (in particolare, 'Ndrangheta e Camorra)⁷. La mafia ritorna nel silenzio perché ha bisogno, ancora una volta, di mimetizzarsi, di diventare invisibile.

Piero Grasso (2001) in quella fase storica pronuncia parole che suonano oggi come una profezia: "Sarà sempre più difficile identificare i nuovi mafiosi, perché si mimetizzeranno nelle pieghe di una società pulita. Si rafforzerà ancora di più la cosiddetta borghesia mafiosa. L'allarme sociale, rispetto al fenomeno, diminuirà progressivamente. E credo di non esagerare prevedendo un tempo in cui saranno smantellate tutte le strutture antimafia. [...] Calerà il sipario sui protagonisti della mafia e dell'antimafia. Non ci sarà più bisogno di scorte armate, eserciti per le strade [...]. Saranno definitivamente sepolti tutti i misteri ancora irrisolti. E nessuno si accorgerà che la mafia esiste ancora"

La profezia di Piero Grasso negli anni che seguirono purtroppo si avvererà. Cosa Nostra, da struttura verticistica di tipo gerarchico, si trasformerà sempre più in sistema reticolare capace di radicarsi in ambienti politici, economico-finanziari e della sanità, confermando ancora una volta la sua capacità di dialogare al suo esterno con il mondo politico in un rapporto "caratterizzato da un legame di reciproco bisogno" (Pepino, 2008).

Fonti di Ricerca

Nonostante il clima depressivo di quegli anni, le ricerche psicologico-cliniche sulla psicologia mafiosa attraversano una fase molto feconda e importante. Per la prima volta degli psicologi hanno la possibilità di incontrare e intervistare, adottando una metodologia clinica che si fonda sulla relazione tra l'intervistato e intervistatore, uomini e donne membri di famiglie mafiose.

In questi anni viene raccolto un enorme materiale di ricerca. Vengono intervistati:

- N. 11 Figli di uomini d'onore di età compresa tra i 17 e i 62 anni; figli di boss uccisi in faide mafiose; figli di uomini d'onore attualmente in carcere; figli di latitanti; figli di mafiosi agli arresti domiciliari;
- N. 6 Collaboratori giustizia: 4 sono stati membri effettivi di Cosa Nostra, killer di professione, affiliati regolarmente con il rito della panciuta, 2 erano a "totale disposizione" dell'organizzazione, occupandosi di aspetti imprenditoriali ed economici.
- Soggetti a vario titolo in contatto con l'organizzazione criminale o appartenenti a categorie sociali più esposte alla minaccia mafiosa: commercianti, amministratori, imprenditori, magistrati.
- N. 6 Magistrati: 4 uomini e 2 donne.
- N. 1: Amante di Cosa Nostra
- Agenti di scorta

C'è da chiedersi: perché proprio in questa fase? Fase che, come ho evidenziato in precedenza, è caratterizzata da un processo di mimetizzazione della mafia, da un cambio di rotta rispetto alle strategie prima utilizzate.

Perché proprio in questa fase, i figli, le mogli, i nipoti di noti boss mafiosi, escono dall'invisibilità dei loro territori e accettano di parlare di se stessi e della propria famiglia a estranei che si occupano di vissuti ed emozioni? Perché accettano di incontrarci i collaboratori di giustizia?

⁷ Ammontano a 666 i casi di omicidi per motivi di Mafia, Camorra o 'Ndrangheta che si sono verificati nell'arco del quinquennio 1999-2003. Il livello di violenza raggiunto in alcune aree regionali del Paese, in particolar modo nel corso delle numerose e cruente faide scoppiate tra cosche rivali, si esprime con chiarezza nel numero degli omicidi registrati. Per quanto riguarda la sola Campania, la più rappresentata nella classificazione giudiziaria degli omicidi, si contano 311 assassini, pari al 46,7% del dato complessivo nazionale. Sempre nello stesso periodo, in Calabria, la cui quota di omicidi è pari al 21,6% del totale nazionale, gli assassini legati a motivi di 'Ndrangheta sono stati 144. A seguire Puglia (108 omicidi) e Sicilia (89 omicidi). (Rapporto EURISPES su "L'evoluzione della criminalità organizzata in Italia negli anni 1999-2003").

Credo che una possibile lettura possa essere ricondotta proprio al disorientamento in atto nel mondo mafioso a seguito delle trasformazioni in corso in quegli anni. I punti di riferimento sui quali i membri delle famiglie mafiose ancoravano la propria identità, cominciano a vacillare a seguito dei numerosi arresti compiuti negli anni precedenti e a seguito della mutazione profonda dei codici vigenti in Cosa Nostra.

L'appartenenza alla famiglia mafiosa comincia a declinarsi in modo differente: cambiano le modalità di affiliazione, cambia il rapporto di ciascun membro con l'organizzazione (interno e non solo esterno); cambia la percezione della forza di Cosa Nostra, sino ad allora radicata sulla dimensione del segreto e della segretezza.

In quegli anni, così scrive Nino Caleca: "Allora dicevamo, due anni fa, che la forza di Cosa Nostra, stava nella capacità di far sentire l'affiliato, come scriveva Innocenzo Fiore (1997), parte di una famiglia dandogli quella forza che deriva dall'appartenenza. Cosa nostra, oggi, ha eliminato la cerimonia di iniziazione, Cosa Nostra ha eliminato il giuramento che veniva fatto con la classica 'punciuta nel dito' e con il bruciare un'immagine sacra nell'ambito di una cerimonia altamente simbolica e carica di significati. Oggi il rito è stato cancellato e non si fa più parte 'formalmente' della mafia. Anche i grandi personaggi, come lo stesso Brusca ha raccontato, non adoperano più questo rito che prima serviva per siglare l'appartenenza. (...) Il dogma del santino che brucia è stato eliminato, il segreto pare non sia più l'anello portante della mafia, visto che la possibilità del pentimento è considerata dalla stessa associazione quale un normale possibile accadimento" (Caleca, 1999, p.32).

Dunque, i mutamenti interni all'organizzazione hanno forti ricadute nel mondo mafioso a partire dal campo psichico familiare. Particolarmente interessanti, da questo punto di vista, sono i risultati ottenuti dalle ricerche sugli adolescenti, figli di mafiosi, di cui tratterò più avanti.

Il lavoro di ricerca in questa fase assume anche un carattere di 'intervento'. Si comincia, infatti, ad avviare un discorso sulle trasformazioni sociali possibili con l'ausilio di strumenti e interventi idonei a partire dallo specifico che ciascun territorio esprime in relazione al fenomeno mafioso.

Già nella fase precedente cominciava ad esser chiaro l'impatto psichico differente che la mafia provocava nei diversi contesti psico-antropologici entro cui essa agiva e prosperava. Nella fase precedente, grazie alle narrazioni cliniche di colleghi provenienti sia dalla Sicilia orientale che occidentale, si erano cominciate a definire alcune differenze specifiche relative a aree, non solo geografiche (Palermo, Catania, Trapani) ma anche psico-antropologiche distinte.

In questo quinquennio (1999-2003) il gruppo di ricerca sulla psicologia mafiosa comincia a utilizzare strumenti empirici e osservativi nei diversi spazi culturali (Carli, 2005) siciliani.

I soggetti delle ricerche erano prevalentemente campioni rappresentativi della popolazione di alcuni territori siciliani (Corleone, Caltavuturo, Piana degli Albanesi ecc...) e gruppi di cittadini interessati a confrontarsi sulle tematiche mafiose con degli esperti psicologi.

Ipotesi di ricerca

In questa fase si ha la possibilità di verificare le ipotesi della fase precedente attraverso un lungo lavoro di operazionalizzazione e di individuazione di strumenti idonei alla verifica empirica, e grazie alla già citata disponibilità dei membri di famiglie mafiose a lasciarsi incontrare e intervistare.

Le ipotesi soggette a verifica riguardano in particolare il rapporto tra mondo interno - mondo esterno nei mondi di mafia. Si prova a comprendere in che modo si sviluppa la personalità dei membri di famiglie mafiose; come vengono scelti ed educati i futuri boss mafiosi; come si prefigurano e rappresentano il sociale e il familiare.

In questa fase, si è lavorato, inoltre, molto rispetto all'operazionalizzazione di ipotesi di ricerca che attengono all'esplorazione dei vissuti dei soggetti che abitano contesti territoriali difficili; contesti in cui la mafia condiziona psichicamente ogni aspetto della convivenza sociale e politica. Si è anche ipotizzata l'esistenza di quelli che sono stati definiti "elementi di trasposizione" (Giordano, 1999), ossia dimensioni relazionali fortemente caratterizzate da codici mafiosi e trasposti (ad un livello

transpersonale) nella relazione con il divino⁸. Tale ipotesi, ad esempio, è stata operazionalizzata andando a verificare la qualità e la quantità di risposte date da campioni rappresentativi della popolazione siciliana a proverbi stimolo particolarmente significativi per la presenza di elementi di trasposizione⁹.

I proverbi, le immagini-stimolo, le interviste cliniche semi-strutturate, il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare, sono i principali strumenti utilizzati in questa fase. Tali strumenti hanno consentito l'esplorazione dei vissuti legati alla mafia e l'emergere di risonanze psico-antropologiche entro il tempo e lo spazio limitato delle somministrazioni; hanno consentito altresì di ridurre la percentuale di rifiuti dei soggetti delle ricerche.

Principali risultati

I risultati mostrano una profonda sofferenza psichica dentro e fuori Cosa Nostra.

La famiglia mafiosa, come organizzazione criminale, satura profondamente il processo evolutivo della famiglia biologica e condiziona profondamente il processo di soggettivazione dei suoi membri. La mafia rappresenta un vero e proprio organizzatore psichico per i soggetti appartenenti a questi mondi (Lo Verso & Lo Coco, 2003).

Dalle interviste cliniche realizzate con collaboranti di giustizia soggetti al servizio di protezione, emerge un universo psichico dominato dall'organizzazione criminale; un universo simbolico profondamente attraversato da dimensioni mortifere e onnipotenti. L'onnipotenza cela una dipendenza forte dei membri dell'organizzazione criminale mafiosa; un'identità debole, bisognosa di tutela da parte dell'organizzazione. Si comprende come l'identità dei mafiosi si struttura intorno a queste dimensioni e contemporaneamente intorno a vissuti di impotenza e dipendenza. La forza tanto palesata, anche attraverso atti di violenza, nasconde una fragilità enorme di questi uomini e di tutto il tessuto familiare mafioso. In cambio di protezione e accudimento, i membri delle famiglie mafiose giurano fedeltà e obbedienza a Cosa Nostra.

Si scopre come il mondo mafioso sia quasi a-sessuato ("cumannari è megghiu di futtiri"). La sessualità è più qualcosa di ostentabile tra amici che non una dimensione in cui poter sperimentare un reale investimento affettivo. Il potere e il denaro determinano le relazioni entro questi mondi (Lo Verso & Lo Coco, 2003).

Emerge anche una profonda sofferenza psichica delle donne di mafia. Viene superato lo stereotipo della donna ignara delle attività del marito e se ne evidenzia la complicità psichica, relazionale, nella distribuzione dei ruoli e delle funzioni familiari. Alcune donne, a seguito degli arresti dei fratelli e del marito, per la prima volta in Cosa Nostra, prendono le redini della gestione degli interessi mafiosi. Altre manifestano una forte sofferenza psicologica e un desiderio di cambiamento del proprio sistema familiare, vissuto come asfittico e inchiodante.

Le ricerche mostrano anche una forte sofferenza psichica nei figli dei mafiosi; una difficoltà a crescere in famiglie in cui il padre è assente perché ucciso, in carcere o latitante. Per questi soggetti la famiglia è vissuta come un'istituzione solida e importante. La dimensione del noi, connotato in senso familiare, pare contrapporsi al desiderio di svincolo e di emancipazione. A differenza dei figli più giovani in cui la dimensione sociale sembra significativa sia sul piano relazionale sia sul versante ludico-ricreativo e supportivo, i figli più grandi possono pensare al sociale solo a partire dal familiare. Tuttavia, i giovani adolescenti perdono ogni capacità critica quando si affrontano i temi della mafia in relazione alla propria famiglia: non riescono ad ammettere le responsabilità dei loro padri né il coinvolgimento delle loro famiglie all'interno dell'universo mafioso che percepiscono molto distante dalle loro vite. Questi ragazzi vivono in una

⁸ Oggi sarebbe particolarmente interessante verificare l'ipotesi dell'esistenza di elementi di trasposizione nella dimensione politica.

⁹ Ad esempio il proverbio "U Signuri 'un ci avi a duormiri" ("Il Signore non deve dimenticare") indica una forte intenzione vendicativa in chi lo pronuncia; così come i proverbi "Vui di 'ncelu dati a nui e nui di nterra damu a vui" ("Voi dal cielo date a noi e noi dalla terra diamo a voi") e "Pi mmezzu di li santi si va 'mParadisu" ("Per mezzo dei santi si va in Paradiso"), segnalano l'esistenza di un pensiero fortemente attraversato da logiche clientelari anche rispetto alla relazione con il divino.

condizione di costante ambiguità, fanno parte di una cultura giovanile in cui dominano spinelli e discoteche, ma allo stesso tempo appartengono a un nucleo familiare che propone valori opposti a quelli del sociale. Il transito dall'appartenenza familiare a quella sociale, tappa decisiva nel processo di costruzione della propria identità, viene raggiunto grazie all'aiuto dei coetanei che rappresentano per questi adolescenti, un ponte psico-relazionale importante e trasformativo capace di oltrepassare le fittissime trame del familiare (Giordano, Lo Coco, Giunta & Lo Verso, 2005; Gargano, Giordano, Lo Coco & Lo Verso, 2004).

Le ricerche svolte in questi anni ci hanno consegnato anche una mole di dati che attestano una profonda sofferenza dei soggetti che, a vario titolo, sono entrati in contatto con l'organizzazione criminale Cosa Nostra. Amministratori, cittadini, agenti di scorta, vittime, magistrati, sono alcune delle categorie di soggetti incontrati per finalità di ricerca durante i nostri studi. Particolarmente interessanti sono i risultati che evidenziano l'utilizzo di meccanismi di difesa specifici nelle diverse categorie di soggetti.

I magistrati, sembrano utilizzare prevalentemente processi di razionalizzazione per evitare di entrare a contatto con le emozioni. Per questi soggetti le emozioni rappresentano qualcosa di estremamente pericoloso perché in grado di condizionare la propria vita professionale e personale. Esse vengono razionalizzate e spostate su aree più controllabili. Le donne differentemente dagli uomini accettano di accostarsi alla paura sotto sollecitazione; in questi momenti scorgono un intenso timore per la propria vita e per la vita dei propri figli. Le donne sembra provino forti sensi di colpa nei confronti dei propri figli, sia in relazione ai ritmi di lavoro, sia in relazione al rischio di lasciarli orfani per mano mafiosa. Anche i magistrati uomini avvertono una forte preoccupazione nei confronti dei figli. Essi sottolineano quanto il quotidiano dei figli sia condizionato dalla presenza della scorta che ne accompagna i movimenti e che proteggendoli ne limita la libertà.

I risultati che emergono dalle ricerche sugli agenti di scorta sembrano offrirci l'altra faccia della medaglia. A differenza di ciò che ci si aspettava, tali soggetti non sono a rischio di burnout né percepiscono (ad un livello consapevole) il proprio mestiere come particolarmente pericoloso. In tal modo evitano di soffermarsi sull'angoscia che può emergere dalla percezione di un pericolo. La paura, per questi soggetti, è una condizione "da rispettare", in quanto rivelatrice di una minaccia; per queste persone si tratta di un'emozione che va gestita fino in fondo. Tuttavia, i risultati mostrano anche un cinismo difensivo e valori molto alti nella scala sulla 'depersonalizzazione' a conferma di quanto sia faticoso gestire le difficoltà emotive legate alla professione.

Fase III: (2004-2008)

Contesto Storico - Clima Culturale

Nel quinquennio che va dal 2004 al 2008, appaiono sempre più chiaramente le trasformazioni in atto in Cosa Nostra che da rete criminale diviene sempre più un 'sistema di potere' (Ingroia, 2008; Dino & Pepino, 2008) in grado di interagire con altri poteri (economici, politici, istituzionali). La compenetrazione di Cosa Nostra nelle maglie delle reti politiche e sociali cambia il modo di pensare alla mafia che si presenta sempre meno connotata in termini tradizionali e sempre più ammantata delle tele dei salotti della borghesia mafiosa.

Si assiste ad un progressivo diffondersi del metodo mafioso nei ceti superiori e l'emergere di una nuova soggettività criminale complessa: i sistemi criminali. "Si tratta di un sistema integrato di soggetti individuali e collettivi. Una sorta di tavolo dove siedono figure diverse, non tutte necessariamente dotate di specifica professionalità criminale: il politico, l'alto dirigente pubblico, l'imprenditore, il finanziere, il faccendiere, l'esponente delle istituzioni, il portavoce delle mafie. Ciascuno di questi soggetti è referente di reti di relazioni esterne al network ma messe a disposizione dello stesso" (Scarpinato, 2008, p. 165).

Che accade, nel frattempo, nella mafia 'tradizionale'? Continua a fare affari e ad internazionalizzarsi sempre di più (Forgione, 2009). Alcune 'vecchie guardie' vengono arrestate per dar posto a nuove generazioni facilmente camuffabili nel mondo dei colletti bianchi. La

trasformazione in atto in Cosa nostra, in qualche modo, è dovuta anche a “inevitabili ricambi generazionali” (Ingroia, 2008, p.124)¹⁰.

Con l'arresto di Provenzano, che avvenne l'11 aprile del 2006 (era ricercato dal maggio del '63), si chiude il periodo dei corleonesi. Salvatore Lo Piccolo, divenuto il nuovo capo di Cosa Nostra, comprende la necessità di cambiare strategia e si adopera per avviare un duplice processo di finanziarizzazione e internazionalizzazione di Cosa Nostra (Ingroia, 2008)¹¹. Egli ha anche l'esigenza di dimostrare di essere il nuovo capo di Cosa nostra, di essere “più corleonese dei corleonesi” (ivi) e per questo si adopera per estendere la lista di commercianti e imprenditori che pagano il pizzo, aumentando altresì le quote da versare mensilmente alla mafia.

La reazione degli imprenditori e dei commercianti sottoposti a pressioni mafiose e a costanti richieste di pizzo, fu storica e importante; così come storica e importante fu la posizione assunta tempo dopo da Confindustria Sicilia che apportò una modifica dello statuto per espellere dall'associazione di categoria gli associati che pagano il pizzo.

Sempre più imprenditori assunsero la decisione di denunciare gli estortori. Non è un caso che proprio in quegli anni nasce in Sicilia (2004) il comitato *Addio Pizzo* che svolge una importante opera di sostegno e sensibilizzazione rivolta a commercianti, imprenditori e comuni cittadini, in relazione alle tematiche del racket e dell'usura e al contrasto alla criminalità organizzata in genere. Attraverso le denunce degli imprenditori, gli inquirenti riuscirono a risalire ai gangli decisivi dell'organizzazione mafiosa.

Nel 2007 venne arrestato Lo Piccolo (latitante dall'83) e con lui diversi mafiosi del suo clan.

Da più parti ci si interroga su tali arresti, sulle strategie in atto in Cosa nostra, in un periodo in cui, come afferma Curzio Maltese, si assiste ad un *rovesciamento del rapporto tra guardie e ladri: davanti all'opinione pubblica*. “L'abilità del potere nel controllare i media è poi riuscito nell'impresa più spettacolare e impensabile fino a pochi anni fa. Quella di rovesciare il rapporto fra guardie e ladri davanti all'opinione pubblica, di negare la criminalità delle classi dirigenti attraverso il suo esatto contrario: la questione giudiziaria, l'eccesso di protagonismo delle procure. Qualcuno potrebbe ora obiettare: e gli arresti di Riina, Provenzano, Lo Piccolo, le retate di capi della 'ndrangheta in Calabria, le condanne esemplari ai casalesi, al cospetto di Roberto Saviano in aula? Successi importanti, ma ottenuti soltanto contro i capi militari, colonnelli e generali di un esercito i cui comandanti in capo siedono in Parlamento, nei consigli di amministrazione aziendali, alla guida di banche, e scendendo nel territorio nelle Asl, negli enti locali, nelle sezioni di partito” (*La Repubblica*, 1 luglio 2008, p.40).

Nel 2008 Salvatore Cuffaro, presidente della Regione Siciliana, verrà condannato in primo grado a 5 anni di reclusione per favoreggiamento semplice e violazione dei segreti di ufficio (processo sulle ‘talpe’ della Dda di Palermo). La sentenza verrà confermata in appello (con condanna a 7 anni) avendo riconosciuto Cuffaro colpevole di aver informato il boss di Brancaccio Giuseppe Guttadauro della possibile presenza di *cimici* nella sua abitazione.

Giuseppe Guttadauro, medico chirurgo in un ospedale di Palermo, nonché capo mandamento di Brancaccio, diviene simbolo di un nuovo modo di declinare l'appartenenza all'organizzazione mafiosa Cosa Nostra. Le cimici collocate nel suo salotto, ci consegnano uno scenario popolato di giorno da medici, amministratori, politici, colletti bianchi e di sera da estortori, capi-famiglia, trafficanti di stupefacenti, killer di professione. In questo quadro, i colletti bianchi non più esterni

¹⁰ “Rispetto alle passate generazioni di mafiosi, è in corso un processo di evoluzione, che è soprattutto un processo di integrazione culturale: il mondo della mafia è sempre meno un mondo a parte. Nella seconda o terza generazione avremo dei riciclatori, laddove il capostipite era un killer. Processo di integrazione culturale e processo di finanziarizzazione intervengono insieme e congiuntamente a un processo di progressiva legalizzazione della mafia, che non può sorprendere visto che Cosa Nostra, nella sua essenza, non ha mai avuto alcuna matrice eversiva o anti-statuale. Si tratta, anzi, per certi versi, di un ritorno alla tradizione e alle origini di Cosa nostra, che ha sempre preferito la convivenza al conflitto, la logica di tregua a quella di guerra aperta. Ed è da qui che discende l'equilibrio stabile, realizzatosi negli ultimi anni, fra politica e mafia e fra economia e mafia” (Ingroia, 2008, p.124).

¹¹ “Si è alleato con i cosiddetti ‘scappati’ negli Stati Uniti (cioè i sopravvissuti alla guerra di mafia scatenata dai corleonesi), cercando di farli tornare in Italia, in modo da intrecciare nuove alleanze e ricollocare Cosa nostra nelle rotte dei traffici illeciti internazionali da cui era uscita vent'anni prima” (Ingroia, 2008, p.123)

all'organizzazione mafiosa, svolgono un ruolo di sintesi tra il mondo politico, quello mafioso e quello imprenditoriale (Scarpinato, 2008).

Parallelamente in Calabria, vi è l'omicidio Fortugno (2005) e si costituisce il comitato *Ammazzateci tutti*. Il focus di attenzione si sposta da Cosa Nostra alle altre grandi organizzazioni criminali presenti in Italia: 'Ndrangheta e Camorra. La Commissione Parlamentare Antimafia (presidente: Francesco Forgione), stila un rapporto sulla mafia più potente al mondo: la 'Ndrangheta calabrese che si differenzia dalle altre mafie per il modello organizzativo fortemente consolidato da vincoli di sangue e per una capacità di internazionalizzare i traffici illeciti (Forgione, 2008; 2009).

Il libro di Roberto Saviano "Gomorra" (2006), punta i riflettori su un'altra organizzazione criminale italiana, sino ad allora poco conosciuta dall'opinione pubblica e proprio per questo, nel silenzio, è riuscita a crescere, divenendo potentissima, superando Cosa Nostra per numero di affiliati e giro di affari.

Il clima di quegli anni è oscillante tra smarrimento, speranza, necessità di approfondire il fenomeno criminale attraverso nuovi strumenti sia di contrasto che di analisi.

Fonti di Ricerca

Le fonti di ricerca utilizzate per l'approfondimento del fenomeno mafioso da una prospettiva psicologico-clinica, in quegli anni, sono:

- Interviste a commercianti e imprenditori di *Addio Pizzo*.
- Interviste a commercianti e imprenditori delle tre regioni più tristemente attraversate dalle organizzazioni criminali italiane (Sicilia, Campania, Calabria).
- Trascritti di incontri di gruppo nei territori di Corleone (Pa), Monreale (Pa), Bagheria (Pa), Marsala (Tp), Buseto Palizzolo (Tp), Palma di Montechiaro (Ag).
- Psicoterapeuti iscritti all'Ordine degli Psicologi della Sicilia, della Campania e della Calabria
- Trascritti di gruppi di elaborazione con adolescenti e interviste ad insegnanti che vivono o lavorano in contesti attraversati dalla violenza mafiosa (Scampia, Palma di Montechiaro, Reggio Calabria...).
- Intercettazioni ambientali a casa di Guttadauro, ottenute dietro autorizzazione dalla Procura della Repubblica di Palermo

Ipotesi di ricerca

Le ipotesi riguardano sia un allargamento di orizzonte alle tre mafia più potenti d'Italia sia un approfondimento sui vissuti di alcuni testimoni privilegiati (vittime, psicoterapeuti, abitanti di territori difficili).

In particolare, le nostre ricerche sottopongono a verifica le seguenti ipotesi generali:

- Cosa Nostra limita lo sviluppo del territorio, non solo per una questione legata all'economia, ma anche perché condiziona fortemente sul piano psichico, il modo di relazionarsi alla dimensione, sociale, politica, imprenditoriale.
- Ciò che viene richiesto ad un membro dell'organizzazione in termini di obbedienza, viene richiesto alla gente e soprattutto a commercianti e imprenditori, più facilmente soggetti alla violenza criminale.
- I soggetti appartenenti non solo a Cosa Nostra ma anche alla 'Ndrangheta e alla Camorra debbano, per far sopravvivere ed evolvere l'organizzazione criminale, vivere i confini della propria famiglia come inviolabili, ed intrattenere con i gruppi sociali estranei un rapporto fondato sulle dimensioni del familismo e dell'appartenenza
- il controtransfert dei terapeuti che hanno in cura soggetti appartenenti alle tre organizzazioni mafiose più forti e diffuse in Italia, sia specifico e differente rispetto al controtransfert vissuto dai terapeuti anche dinanzi alle stesse configurazioni psicopatologiche.

Le ricerche mirano anche ad esplorare i costi psichici che vengono pagati da chi decide di non sottomettersi alla mafia e ad esplorare la dimensione della paura in diverse categorie di soggetti.

Si mira anche ad indagare le rappresentazioni e vissuti emotivi di adolescenti che crescono in territori difficili al fine di comprendere l'influenza della mafia sulle capacità di individuazione e progettazione.

Funzionale all'esplorazione dei vissuti e delle risonanze emotive legate alla mafia sono i gruppi di elaborazione clinico-sociali (Giorgi, Coppola, Giunta & Lo Verso, 2009; Coppola, Giordano, Giorgi, & Lo Verso, 2010), formati di gruppo specifici particolarmente indicati per la rilevazione di dati di ricerca psico-antropologici e per l'avvio di processi trasformativi ed elaborativi rispetto a tematiche difficili quali le ricadute della presenza mafiosa sulla vita delle persone e sulle comunità.

Principali risultati

In questo quinquennio vengono sviluppati in particolare gli studi sulle dimensioni fondamentaliste e psicopatologiche nei mondi di mafia (Giordano, Giunta, Coppola & Lo Verso, 2008; Lo Verso & Coppola, 2010) e gli studi delle ricadute psichiche sulle persone che con la mafia entrano in contatto (Coppola, Giordano, Giorgi & Lo Verso, 2010).

Le dimensioni fondamentaliste e psicopatologiche nei mondi di mafia vengono esplorate attraverso una mappatura sistematica dei casi di soggetti appartenenti a famiglie mafiose prese in carico dagli psicoterapeuti siciliani, campani e calabresi¹². Dalla ricerca si evince che questo specifico target di pazienti (generalmente sono figli, mogli e nipoti di affiliati alle organizzazioni criminali) presenta prevalentemente disturbi d'ansia, di personalità e di dipendenza da sostanze.

Nel nostro campione solo tre soggetti sono direttamente affiliati alle organizzazioni criminali, due dei quali alla Camorra e uno alla 'Ndrangheta. Questo dato ci rivela uno specifico territoriale legato all'organizzazione psico-antropologica e culturale degli appartenenti alle organizzazioni criminali. È significativo, infatti, che nessun affiliato a Cosa Nostra abbia mai svolto, secondo i dati della ricerca, dei colloqui psicoterapici. Probabilmente l'uomo d'onore di Cosa Nostra non può consentire di far vacillare l'identità ipertrofica (Fiore, 1997) e paralizzante ma funzionale alla propria esistenza di automa-affiliato. L'uomo d'onore non è concepito per pensare su di sé, per sentirsi vivo, per attivare le proprie risorse simbolopoietiche; nel mondo mafioso la sofferenza psichica è inconcepibile, perché presuppone la consapevolezza che si può soffrire non solo per qualcosa che riguarda il corpo, ma anche la mente (Fiore, 1997). La separazione tra mente-corpo in questi mondi è totale. Ciò ricade sulla sessualità (il mondo mafioso è quasi a-sessuato) ma anche sulla percezione della morte, propria e altrui, e sulla relazione con il sociale.

I risultati delle ricerche ci consentono anche di rispondere ad alcune domande che ci si poneva già a partire dalla prima fase di ricerca (1994-1998): che significa per uno psicoterapeuta aiutare un paziente a svelare la propria storia quando questa è attraversata da omicidi, tradimenti, morti bianche, di uomini noti alla cronaca giudiziaria? Che significa per la relazione clinica in atto, sentirsi osservati dalla mafia? Sapere che c'è un padre in carcere o latitante che è a conoscenza del fatto che il figlio o la moglie è intimamente connesso con un altro, estraneo e per questo temibile, al quale narra la propria storia familiare? Quali sono le modalità relazionali più frequentemente attive nella relazione terapeutica con questo particolare tipo di pazienti?

La ricerca ci mostra che i terapeuti entrano a conoscenza delle matrici mafiose dei propri pazienti durante i primi incontri¹³. Alla notizia si attivano, ad un livello co-trasferale (Di Maria & Lo Verso, 1995), mostrando interesse e curiosità ma anche inquietudine. Questi terapeuti ritengono sia molto difficile costruire una buona alleanza con questi pazienti e avvertono come particolarmente faticoso il mantenimento delle regole del set(ting). Non è un caso che una delle principali cause di drop-out di pazienti provenienti da mondi mafiosi sia il mancato rispetto delle regole del set(ting). Questi pazienti sentono di avere particolari diritti e privilegi nei confronti della terapia e dei propri

¹² Sono stati inviati n. 3.088 plichi. Solo n. 64 sono stati restituiti compilati dagli psicoterapeuti e solamente n. 27 di questi sono valutabili. I casi rilevati attraverso la mappatura sono n. 81 (n. 22 pazienti sono membri di famiglie mafiose siciliane, n. 12 calabresi e n. 47 campani). Il campione è così distribuito per fasce di età: n. 55 adulti, n. 19 adolescenti, n. 7 bambini.

¹³ Nel 46% dei casi.

terapeuti. Il dictat mafioso “le uniche regole da seguire sono quelle dell’organizzazione mafiosa” sembra condizionare fortemente il mondo interno e le relazioni sociali di questi soggetti, compromettendo fortemente il processo terapeutico.

Gli psicoterapeuti sembrano attivare con questi pazienti modalità contrasferali specifiche e in parte opposte. Se da un lato, infatti, prevalgono modalità relazionali di tipo genitoriale-protettivo (mostrando una tendenza a proteggere i propri pazienti da quel mondo violento e difficile, fonte di molteplici sofferenze per gli stessi e di conflitti intrapsichici difficilmente esprimibili), dall’altro il vissuto prevalente è di impotenza e inadeguatezza. Pensiamo che il vissuto di impotenza degli psicoterapeuti sia connesso alla consapevolezza che il paziente portatore di una sofferenza psichica sia solo un punto nodale di una gruppaltà familiare, sovra-individuale, pervasiva e intenzionante. La complessità del gioco relazionale presente in ciascuna relazione terapeutica, non può non comprendere il terapeuta con i suoi vissuti anche dinanzi a parole altamente dense sul piano simbolico (quali mafia, mafioso, affiliato, collaborazione, omicidio...) che evocano un immaginario personale e nel contempo condiviso con il paziente e con il set(ing) più ampio della psicoterapia (sociale, committenza, inviante...).

Una recente riflessione (Lo Verso & Coppola, 2010) sui casi di mafia in psicoterapia ci porta anche a pensare che spesso questi pazienti non guariscono o perché necessitano di un intervento complesso che dovrebbe includere il campo familiare (difficilmente contattabile o collaborativo) o perché i processi di cambiamento sono bloccati da codici familiari di stampo mafioso. Spesso il terapeuta ha la sensazione di trovarsi dinanzi non ad un singolo paziente ma alla rappresentazione di un’intera organizzazione criminale.

Parallelamente i pazienti appartenenti a famiglie mafiose sembrano giocare, nella relazione terapeutica, due modalità transferali differenti e in parte opposte. Alcuni pazienti, infatti, contribuiscono attivamente alla costruzione di una alleanza terapeutica positiva e vivono un’esperienza della relazione terapeutica giocosa, confortevole e sicura (Bradley et al., 2005). Altri, invece, si relazionano con il terapeuta attraverso modalità di tipo evitante-contro dipendente: evitano, cioè, in ogni modo, di instaurare una relazione significativa con il terapeuta o una dipendenza da lui. L’altro psicoterapeuta, per i pazienti provenienti da mondi mafiosi, rappresenta una minaccia perché portatore di un pensiero diverso da quello familiare e perché propone un percorso di cambiamento; va dunque vanificato, oggettificato, attaccato e tenuto a debita distanza con modalità relazionali di tipo evitante – contro dipendente.

In questa fase dei nostri studi si è anche molto lavorato sulle ricadute psichiche sui cittadini e sulle comunità della presenza della mafia con particolare attenzione alla sofferenza psichica delle vittime. Le interviste cliniche a commercianti e imprenditori vessati dal pizzo, insieme all’applicazioni di strumenti quali la *Carta di Rete* (Fasolo, Ambrosiano & Cordioli, 2005) e al *Disegno simbolico dello Spazio di Vita Territoriale* (Giordano & Giannone, 2005) a soggetti particolarmente sottoposti alla violenza criminale (magistrati, agenti di custodia, imprenditori, ecc.), ci hanno dato la possibilità di approfondire i costi psichici pagati da chi con la mafia entra in contatto.

La mafia, infatti, produce sofferenza e asservimento psichico non solo nei suoi membri ma anche in quanti con essa entrano in contatto. Ciò che viene richiesto a un membro dell’organizzazione in termini di obbedienza, viene richiesto alla gente comune e soprattutto agli imprenditori e commercianti, più facilmente soggetti alla violenza criminale, in termini di sottomissione. Da questo punto di vista, gli effetti psichici prodotti dalla criminalità organizzata nelle popolazioni locali e nelle persone che a vario titolo sono venute a contatto con Cosa Nostra, riguardano sia le rappresentazioni, i vissuti e le emozioni, sia il restringimento delle possibilità di progettazione personale e professionale nel proprio territorio. Le nostre ricerche, consentendoci di esplorare queste dimensioni, ci hanno offerto un panorama psichico devastato dalle incursioni del potere criminale. La paura caratterizza fortemente il vissuto dei soggetti delle nostre ricerche; paura che si declina in diversi modi: per possibili ritorsioni nei confronti dei familiari, per l’incolumità personale, per ritorsioni sull’attività lavorativa. In ogni caso una paura che rischia di paralizzare e distruggere psichicamente. La violenza mafiosa che alimenta tale paura, non si manifesta solamente attraverso atti violenti quali l’omicidio, ma raggiunge le sue vittime attraverso un linguaggio codificato, a un livello psico-antropologico, che annienta la vittima che ne riconosce il messaggio,

che individua il mittente, che si trova costretta a rimuovere la rabbia, rischiando di rimanere pietrificata dalla paura. L'estorsione, ad esempio, è un reato che può essere praticato solo se chi lo compie riesce a incutere paura alla sua vittima in modo efficace e con effetti duraturi nel tempo. Tommaso Buscetta ci ha offerto una sintesi di questo concetto: "Quando mi presento a lei, lei deve sentire il mio peso e deve sentirlo velatamente. Io non verrò mai a minacciarla, verrò sempre sorridente e lei sa che dietro quel sorriso c'è una minaccia che incombe sulla sua testa. Io non verrò a dirle: le farò questo. Se lei mi capirà bene; se no ne soffrirà le conseguenze" (Grasso & Varano, 2002, p.72). La sudditanza psicologica che si genera tra la vittima di taglieggiamento e l'organizzazione criminale, nonché la negazione di libertà di azione che viene imposta a commercianti e imprenditori da parte di coloro che praticano le estorsioni, è drammatica e logorante. Come emerge dai risultati della ricerca sui commercianti e imprenditori di *Addio Pizzo*, la vita della vittima e della sua famiglia subiscono un mutamento radicale sul piano della libertà di movimento e di tutela della privacy. Le continue pressioni psicologiche inferte dalla mafia hanno significative e inevitabili ricadute sul piano familiare, sociale, del benessere psico-fisico oltre che su un piano economico. Il senso di fallimento che pervade la mente della vittima, soprattutto nelle fasi iniziali, è totale e molto profondo. La mafia produce uno schianto psichico enorme, confusione, calo dell'autostima, cambiamento dell'identità, rotture e frammentazioni nelle reti sociali. Intimidisce sino al punto da determinare un isolamento della persona. Spesso nelle storie delle vittime si rileva una rottura forte con la famiglia di origine. Nonne, nonni, fratelli, padri, si ritrovano a non poter condividere le preoccupazioni e le emozioni con i propri familiari. La solitudine e la paranoia attraversano queste esistenze dinanzi a un futuro difficile da rappresentare e incerto. Ci colpisce particolarmente il dato che si evidenzia attraverso la somministrazione dello strumento *Carta di Rete* (Fasolo, Ambrosiano & Cordioli, 2005) alle vittime di mafia: le reti di questi soggetti sono povere, smagliate, e prive di elementi che arricchiscono la trama relazionale di questi soggetti. Le relazioni affettive di questi soggetti e le modalità di scambio e di reciprocità con il mondo vengono radicalmente mutate dal contatto violento con Cosa Nostra. Dai dati della ricerca sembra emergere una rinuncia psichica verso i legami forti (quelli di cui non si riesce a fare a meno) e un indebolimento delle reti di sostegno. La ricerca scientifica ha oggi mostrato quanto sia importante, per la salute psichica, la consapevolezza di poter contare sull'aiuto di una rete sociale composta da una gamma di legami (forti, deboli, rotti, interrotti, conflittuali, ambigui) con familiari, amici, vicini, colleghi di lavoro, e di poter sentire l'appartenenza a gruppi religiosi, politici, scolastici, associativi o di altro genere come significativa per la propria vita (Coleman, 1988; Mutti, 1998; Zimet et al., 1988; Giordano & Giannone, 2005). La consapevolezza della dimensione sociale nella vita di una persona, svolge una fondamentale funzione protettiva per la vita psichica: protegge, infatti, dal rischio psicopatologico e favorisce l'utilizzo delle risorse personali disponibili per affrontare le difficoltà della vita. La vita mentale sana è tale non perché indenne dalle sofferenze, dagli stati di disagio e di disturbo, ma perché è dotata di fattori protettivi che costituiscono le risorse in grado di ricondurre costantemente all'equilibrio. Ai fini della salute mentale è basilare tanto la tenuta dei legami forti (che di norma sono quelli familiari) quanto la buona lega e la costruzione dei legami deboli fra pari o ancor meglio tra estranei (Fasolo et al., 2005). Nelle reti dei soggetti della nostra ricerca, la plasticità e la responsività ai cambiamenti è stata messa fortemente a dura prova e ciò implica un aumento del rischio psicopatologico che generalmente questi soggetti esprimono attraverso disturbi d'ansia e depressione. Il doversi sottomettere, subire il pessimismo, la paranoia dentro sé stessi viene vissuto con grande sofferenza dai protagonisti delle nostre ricerche. Tuttavia, la rabbia e il desiderio di contribuire al superamento del fenomeno mafioso consentono, a chi si trova vessato dal potere criminale, di liberare le proprie risorse e sviluppare strategie di resistenza psichica funzionali cognitivamente al superamento dell'angoscia e al distanziamento (fisico oltre che psichico) dalla mafia.

Nei gruppi realizzati nei territori comincia ad emergere uno specifico ma anche molti elementi comuni: soprattutto quelli connessi alla dimensione della paura. L'effetto della paura sulle persone si traduce, spesso, in una chiusura nella dimensione familiare della vita, in un blocco creativo del pensiero e in una incapacità a sviluppare strategie costruttive per fronteggiare la paura.

Nei gruppi di elaborazione svolti con gli adolescenti che abitano territori in cui la presenza di organizzazioni criminali è pregnante (Cavani, Pavia, Amato, Iacono, D'Alia & Di Blasi, 2009; Iacono, Amato & Pavia, 2009) emerge un dato altrettanto drammatico: ossia una forte difficoltà, da

parte di questi giovani, nel relazionarsi e progettarsi all'interno del proprio spazio sociale e nel rappresentarsi il proprio futuro da cittadini. La mafia pare incidere non solo rispetto ai processi evolutivi di questi ragazzi ma anche rispetto alla prefigurazione del proprio futuro.

I vissuti dei giovani incontrati nel corso della ricerca sembrano caratterizzarsi per una forte ambivalenza che, se da un lato è specifica della fase evolutiva, dall'altro sembra connotarsi in modo particolare qualora vengono affrontate le tematiche mafiose. Così, la parlabilità delle esperienze connesse alla mafia è sempre contrapposta al codice del silenzio; la paura alla rabbia; il desiderio di cambiamento all'immutabilità e all'impossibilità di sperare in una trasformazione sociale e culturale dei propri contesti di appartenenza.

Conclusioni

Il gruppo di studio e di ricerca sulla psicologia mafiosa è oggi impegnato in un lavoro di approfondimento sia delle differenze psicologiche che emergono dal confronto tra le diverse mafie presenti in Italia; sia nella costruzione di un paradigma aggiornato che tenga conto dei processi di trasformazione in atto nell'organizzazione criminale Cosa Nostra dovuti ad inevitabili ricambi generazionali (Ingroia, 2008) e ai nuovi scenari politico-economico-sociali.

Da questo punto di vista mi sembra utile anticipare che il modello di Carli (2002, 2003) sulle modalità che gli esseri umani utilizzano per organizzare emozionalmente la relazione sociale (il modo fondato sulla solitudine e sull'estraneità, contrapposto al modo fondato sul possesso dell'altro e sulla dinamica neo-emozionale) si sta rivelando particolarmente utile per comprendere quali meccanismi psicologici sostengono il sistema di potere mafioso e clientelare.

Gli studi e le ricerche sulla psicologia mafiosa si inscrivono entro l'ampia cornice della psicologia clinica sia rispetto ad un livello descrittivo della mente umana in specifici contesti antro-po-psichici, sia rispetto al suo carattere applicativo (psicologia clinica come intervento, Carli). Se da un lato, infatti, gli studi sulla psicologia mafiosa si sono prefissati l'obiettivo di comprendere il mondo psichico familiare, degli uomini e delle donne membri di famiglie mafiose, al fine di studiare le rappresentazioni mentali che essi hanno di se stessi, della mafia, del sociale; dall'altro si è puntato a costruire idonei set(ting) di lavoro per l'elaborazione delle dinamiche psichiche che la mafia attiva negli individui, in specifiche comunità locali, nelle organizzazioni e istituzioni da cui è attraversata.

Studiare la mafia da una prospettiva psicologico-clinica ha significato, per i ricercatori impegnati in questo campo, intraprendere una sfida scientifico-culturale importante sia rispetto all'applicazione feconda di un modello di lettura dei fenomeni psichici in un campo sino ad allora esplorato attraverso altri modelli, sia rispetto alla sperimentazione di nuovi di set(ting) di intervento idonei all'elaborazione dei vissuti connessi al fenomeno mafioso e all'attivazione di processi di cambiamento sociale e comunitario.

Bibliografia

Alongi, N., (1986). Lotta alla mafia, magistratura e politica, *Aggiornamenti sociali*, AS 01, 2002, Bologna: Il Mulino.

Bradley, R., Heim, A., & Westen, D. (2005). Transference phenomena in the psychotherapy of personality disorders: an empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.

Breschi, D., Chinnici, R., Di Pasquale, A., Galante, G., Ganci, M., Lipari, S., Lo Cascio, G., Marchetta, U., & Sorgi, A. (Eds) (1986). *L'immaginario mafioso. La rappresentazione sociale della mafia*. Bari: Dedalo.

Caleca, N. (1999). Cosa Nostra: una realtà in trasformazione. In Lo Verso, G., Lo Coco, G., Mistretta, S., & Zizzo, G. (Eds), *Come cambia la mafia. Esperienze giudiziarie e psicoterapeutiche in un paese che cambia*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in Psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

- Carli, R., & Panizza, R.M. (2004). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Caselli, G., & Ingroia, A. (2001). *L'eredità scomoda. Da Falcone ad Andreotti, sette anni a Palermo*. Milano: Feltrinelli.
- Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, Supplement.
- Coppola, E., Giordano, C., Giorgi, A., Lo Verso, G., & Siringo, F. (2011 in press). *Trame di sviluppo. Il volontariato e la ricerca psicologica per il cambiamento in territori difficili*. Milano: FrancoAngeli.
- De Bei, F., Colli, A., & Lingardi V. (2007). Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla, *Rivista di Psicologia Clinica*, n. 1/2007.
- Di Maria, F., & Di Nuovo, S. (1988). *Identità e dogmatismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Maria, F., & Lo Verso, G. (Eds) (1995). *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Di Vita, A.M. (Ed) (1986). *Alle radici di un'immagine della mafia*. Milano: FrancoAngeli.
- Dino, A., & Pepino, L. (Eds). *Sistemi criminali e metodo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Fasolo, F., Ambrosiano, I., & Cordioli, A., (Eds) (2005). *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali. Psicoterapia di gruppo e Carta di rete in psichiatria di comunità*. Padova: Cleup.
- Fiore, I. (1997). *Alle radici inconsce dello psichismo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Forgione, F. (2008). 'Ndrangheta. Boss, luoghi e affari della mafia più potente al mondo. *La relazione della Commissione parlamentare antimafia*. Milano: Baldini Castoldi Dalai Editore.
- Forgione, F. (2009). *Mafia Export*. Milano: Baldini Castoldi Dalai Editore.
- Gargano, M.T., Giordano, C., Lo Coco, G., & Lo Verso, G (2004). "Adolescere" nella famiglia mafiosa: tra progettualità adolescenziale e progetto familiare. Un'analisi attraverso i test grafici. In: VI° Congresso Nazionale AIP, sezione di Psicologia Clinica. Aosta, 23-24 ottobre 2004, p. 107-109
- Giordano, C. (1999). Sentire religioso e sentire mafioso nel transpersonale corleonese. In: Lo Verso, G., Lo Coco, G., Mistretta, S., & Zizzo, G. (Eds). *Come cambia la mafia. Esperienze giudiziarie e psicoterapeutiche in un paese che cambia*. Milano: FrancoAngeli.
- Giordano, C. (2002). *Storia di un prete e del suo quartiere. Una novella cinematografica*. In: Lo Verso, G., & Lo Coco, G. (Eds). *La Psiche mafiosa. Storie di casi clinici e collaboratori di giustizia*. Milano: FrancoAngeli.
- Giordano, C., & Giannone, F. (2005). *Contesti relazionali e campi terapeutici: la valutazione delle reti di cura dentro e fuori una comunità terapeutica per pazienti gravi*. In: Fasolo, F., Ambrosiano, I., & Cordioli, A. (Eds). *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali. Psicoterapie di gruppo e Carta di rete in psichiatria di comunità*. Padova: Cleup.
- Giordano, C., Giunta, S., Coppola, E., & Lo Verso, G (2008). Psicoterapia e mafia: vissuti controtransferali degli psicoterapeuti della Sicilia, Campania, Calabria. In: *La ricerca in Psicoterapia in Italia: quali sviluppi?.* Modena, 26-28 settembre 2008, p. 98.
- Giordano, C., Giunta, S., & Lo Verso, G. (2001 in press). *Le ricerche sullo psichismo mafioso*. In Di Blasi, M., & Lo Verso, G., *Gruppoanalisi oggettuale*. Milano:Raffaello Cortina Editore.
- Giordano, C., Lo Coco, G, Giunta, S., & Lo Verso, G. (2005). *Essere figli nella famiglia mafiosa. Un'indagine attraverso il DSSVF*. In: Di Vita, A. M., & Salerno, A. (Eds). *La valutazione della famiglia. Dalla ricerca all'intervento*. Milano: FrancoAngeli.

- Giorgi, A., Giunta, S., Coppola, E., & Lo Verso, G. (2009). *Territori in controluce. Ricerche psicologiche sul fenomeno mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Grasso, T., & Varano, A. (2002). *‘U Pizzu. L’Italia del racket e dell’usura*. Milano: Baldini & Castoldi S.p.A.
- Ingroia, A. (2007). *Dal terrore delle stragi all’angoscia del silenzio*. In Marino, G.C. (Ed). *La Sicilia delle stragi*. Roma: Newton Compton Editori.
- Ingroia, A. (2008). *Cosa nostra come sistema di potere criminale*. In Dino, A., & Pepino, L. (Eds). *Sistemi criminali e metodo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Cascio, G., Breschi, D., & Marchetta, U. (1986). *La concezione della mafia*. In Breschi, D. et al. (Eds). *L’immaginario mafioso. La rappresentazione sociale della mafia*. Bari: Dedalo.
- Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni oggettuali*. Torino: Bollati Boringheri.
- Lo Verso, G. (1995). Mafia e follia: il caso Vitale. Uno studio psicodinamico e psicopatologico. *Psicoterapia e Scienze umane*, 3, pp. 99-121.
- Lo Verso, G. (Ed) (1998). *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G., & Coppola, E. (2010). Mafia e psicoterapia: notazioni su una ricerca. *Psicoterapia e Scienze umane*, 3, pp. 365-376.
- Lo Verso, G., & Di Blasi, M. (2011 in press). *Gruppoanalisi soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lo Verso, G., Lo Coco, G.(Eds) (2002). *La psiche mafiosa. Storie di casi clinici e collaboratori di giustizia*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Verso, G., Lo Coco, G., Mistretta, S., & Zizzo, G. (Eds), (1999). *Come cambia la mafia. Esperienze giudiziarie e psicoterapeutiche in un paese che cambia*. Milano: FrancoAngeli.
- Lodato, S., & Grasso, P. (2001). *La mafia invisibile. La nuova strategia di Cosa Nostra*. Milano: Mondadori.
- Marino, G.C. (Ed) (2007). *La Sicilia delle stragi*. Roma: Newton Compton Editori.
- Mutti, A. (1998). *Capitale Sociale e sviluppo. La fiducia come risorsa (social Capital)*. Bologna: Il Mulino.
- Pepino, L. (2008). *Poteri violenti e mafie*. In Dino, A., & Pepino, L. (Eds), *Sistemi criminali e metodo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Scarpinato, R. (2008). *Sistemi criminali*. In Dino, A., & Pepino, L. (Eds), *Sistemi criminali e metodo mafioso*. Milano: FrancoAngeli.
- Westen, D. (2000). *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) Manual*. Unpublished manuscript.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assesment*, 52, 30-41.
- Zittel, C., & Westen, D. (2003), *The Countertransference Questionnaire*. Unpublished manuscript

Test HIV e minori. Tra bisogni e normative.

di Laura Spizzichino*

L'infezione da HIV, contrariamente a quel che si potrebbe evincere dal silenzio sceso su di essa, continua a diffondersi nel nostro paese tanto che in alcune particolari zone geografiche si osserva un piccolo ma costante aumento delle nuove infezioni che, secondo il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità "potrebbe preludere a una possibile riattivazione dell'epidemia in varie aree (Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità, 2007). Secondo le stime più aggiornate, in Italia si verificherebbe un contagio ogni due ore. Sul fronte della cura, le terapie farmacologiche oggi a disposizione si stanno dimostrando sempre più efficaci nel bloccare la progressione della malattia, e quindi assicurano una maggiore sopravvivenza, una migliore qualità della vita, una drastica riduzione del numero di decessi e una minore contagiosità delle persone sieropositive.

Questi importantissimi risultati ottenuti portano con sé delle conseguenze da non trascurare. Da una parte si è abbondantemente riscontrato, sia in letteratura che nella prassi quotidiana nei servizi che si occupano precipuamente di questa patologia, un abbassamento della guardia nel mantenere costante l'adozione di misure protettive e preventive, nella falsa convinzione che l'infezione da HIV si possa "curare senza difficoltà": per molti oggi essa viene percepita non più temibile come accadeva una volta. Una seconda conseguenza è rappresentata dall'aumento della prevalenza delle persone sieropositive in vita e sessualmente attive e quindi dalla crescita della probabilità di relazionarsi e avere rapporti sessuali con esse.

A questo si aggiunga che negli ultimi anni l'epidemia è cambiata: la principale via di trasmissione è costituita dai contatti sessuali non protetti (80,1% di tutte le segnalazioni), sia etero che omosessuali, che tuttora non vengono sufficientemente percepiti come rischiosi. Oggi a essere maggiormente colpiti sono dunque gli uomini che hanno rapporti con uomini e gli eterosessuali di entrambi i generi, una fascia di popolazione quest'ultima che si è da sempre ritenuta al sicuro dal contagio, sia per pregiudizi che per scarse conoscenze sull'argomento, e che continua a non adottare le precauzioni raccomandate.

I dati di sorveglianza su infezione da HIV e AIDS (Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità, 2010) segnalano che nel 2009 sono stati 4,5 i nuovi casi diagnosticati ogni 100.000 residenti, con una maggiore incidenza al Centro-Nord. L'aspetto preoccupante riguarda il fatto che solo un positivo su quattro è a conoscenza del proprio stato sierologico. Inoltre, sempre nel 2009, per il 60% dei nuovi casi di AIDS, cioè la malattia conclamata, la diagnosi di sieropositività è stata troppo tardiva ed è arrivata in concomitanza con la diagnosi di AIDS. Ciò significa che solo un terzo delle persone con AIDS ha avuto la possibilità di usufruire dei benefici delle terapie antiretrovirali prima della diagnosi.

Le persone inconsapevolmente sieropositive rappresentano ovviamente una fonte di contagio rilevante, sia perché la conoscenza della propria condizione conduce

* Psicoterapeuta, psicologa dirigente presso la Unità Operativa Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive della ASL Roma E, Roma, Italia. Eventuali comunicazioni possono essere inviate a: lauraspizzichino@gmail.com.

generalmente all'adozione di comportamenti più sicuri, sia perché una persona in terapia, come si è detto, risulta meno contagiosa (Vernazza et al., 2008).

Alla luce di tutto ciò, una delle strategie principali di lotta all'AIDS è oggi la promozione del test in tutta la popolazione.

Gli adolescenti rappresentano uno dei target principali dei programmi di promozione della salute e di prevenzione dell'infezione da HIV e a loro si rivolgono numerosi interventi nelle scuole e nei principali luoghi di aggregazione poiché è dimostrato che corrono rischi in fasi sempre più precoci.

Alla fine del 2008 (Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità, 2010) in Italia, dei 61.537 casi di AIDS, registrati dall'inizio dell'epidemia, il 18,3% apparteneva alla fascia d'età 25-29 anni: costoro avevano presumibilmente contratto il virus in media 10 anni prima, quindi in piena fase adolescenziale.

Inoltre, nel nostro paese l'età al primo rapporto sessuale tende ad abbassarsi (Signorelli et al., 2006) e, secondo uno studio realizzato nelle nazioni economicamente avanzate dall'UNICEF-Innocenti Research Center (2007), in Italia il 25% dei quindicenni ha già avuto rapporti sessuali completi. Più recentemente, in un rapporto sugli adolescenti italiani stilato dalla Federazione Italiana Medici Pediatri nel 2010 è emerso che hanno fatto l'esordio sessuale a 11 anni lo 0,7% e a 12 l'1,9%; in entrambi i casi si trattava in prevalenza di maschi. Quindi a 13 il 4,9%, a 14 il 7,8%, a 15 il 24,7% e a 16 il 27,0%. Nella fascia d'età 13-16 anni le femmine erano la maggioranza. Infine, a 17-18 anni ha avuto il primo rapporto sessuale il 24,7 degli adolescenti (in maggioranza maschi).

Un ulteriore elemento inquietante testimoniato da un'abbondante letteratura, è che gli adolescenti non sono avvezzi all'uso costante del profilattico: ciò li rende suscettibili a tutte le malattie a trasmissione sessuale (MST) compresa l'infezione da HIV.

I dati italiani di sorveglianza sulle MST (Salfa et al., 2008) mostrano che i giovani (15-24 anni) rappresentano un quinto di tutti i casi di MST segnalate. Il 51,7% è costituito da maschi, il 92,5% da eterosessuali e il 21,0% da non italiani, soprattutto europei e africani. Le patologie più frequenti sono per i maschi i condilomi acuminati ano-genitali e le uretriti gonococciche, per le femmine ugualmente i condilomi acuminati ano-genitali e la chlamydia. La tendenza è l'aumento per la sifilide e le infezioni clamidiali. Per quel che riguarda HIV, quasi il 40% dei giovani cui è stata diagnosticata una MST non è stato sottoposto al test HIV, nonostante le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità spingano in quella direzione. Infatti, la presenza di una MST da una parte indica la presenza di comportamenti rischiosi e dall'altra accresce la probabilità di contrarre HIV se esposti a esso. Un terzo dei giovani HIV positivi con una MST ignorava il proprio stato sierologico per HIV.

Oltre alla precocità del primo rapporto, all'uso non costante del profilattico, all'elevata prevalenza di MST la cui presenza, come si è detto, accresce la probabilità di contrarre l'infezione da HIV, gli adolescenti presentano altre condizioni che li pongono a rischi ancora maggiori se confrontati con quelli di individui più adulti. E cioè:

- la tendenza a porsi in situazioni rischiose come transizione verso l'età adulta;
- la convinzione di essere onnipotenti e invulnerabili;
- per i maschi, le pressioni del gruppo di pari che spingono a dimostrare la propria mascolinità;
- l'uso del sesso come rimedio contro la solitudine e la bassa autostima e come mezzo per ottenere rispetto;
- la scarsa capacità di negoziare l'utilizzazione del profilattico;
- la tendenza ad avere rapporti sessuali con persone più adulte (*age mixing*);

- nelle femmine una maggiore suscettibilità alle MST a causa della non completa maturità della cervice e dei traumi nel tessuto vaginale che si possono verificare nei primi rapporti sessuali;
- la tendenza a non ricercare diagnosi e trattamenti precoci per eventuali MST a causa della diffidenza verso i servizi che se ne occupano (Luzi et al., 2005).

Anche le assunzioni di alcool e di sostanze stupefacenti accrescono il pericolo di contrarre HIV o altre MST poiché riducono le inibizioni, interferiscono sulla capacità di giudizio, aumentano la resistenza sessuale e la frequenza dei rapporti e incoraggiano la presa di rischi.

Uno studio inglese (Marston & King, 2006) ha realizzato una meta analisi di 268 studi qualitativi aventi per oggetto i giovani tra i 15 e i 24 anni e ha evidenziato sette temi che influenzano il comportamento sessuale della popolazione di questa fascia di età. Per quel che riguarda specificamente i rischi per HIV, secondo gli autori, i giovani non usano regolarmente il profilattico per i seguenti motivi:

- percepiscono il/la partner come una persona “pulita, sicura” sulla base di indicatori superficiali e non adeguati;
- possono non essere riusciti ad affrontare in anticipo argomenti che hanno a che fare con il sesso e il profilattico con il/la partner ed essere arrivati al rapporto impreparati riguardo le strategie preventive;
- la rilevanza sociale, per i ragazzi, di fare sesso penetrativo, in particolare la prima volta, può portarli a considerare così prioritario il tipo di pratica sessuale da trascurare i rischi in cui possono incorrere;
- le ragazze possono non pretendere l'uso della protezione per timore di apparire troppo esperte;
- le ragazze possono pensare di rafforzare la relazione accondiscendendo al desiderio del partner di non utilizzare la protezione, nell'incuranza dei pericoli che questo può comportare.

A tutto questo si devono aggiungere i prezzi esorbitanti raggiunti dai profilattici, non sempre forse fattore influente nella decisione di non proteggersi.

Un'altra variabile che può esporre a rischi gli adolescenti è la convinzione che un/una partner alla prima esperienza sessuale sia una persona con la quale poter avere rapporti non protetti senza timori di contrarre il virus. In realtà, nell'attuale fase storica dell'epidemia questo non è più vero, poiché i bambini che sono stati contagiati dalla madre sieropositiva durante la gravidanza o il parto o l'allattamento naturale, oggi, grazie alle nuove ed efficaci terapie farmacologiche, raggiungono e superano l'adolescenza senza problemi. Possono dunque essere vergini e avere ugualmente l'infezione da HIV.

Anche i pregiudizi giocano un ruolo centrale nella presa di rischi. Per esempio, uno studio statunitense (Sanders & Reinisch, 1999) ha rilevato che gli adolescenti ritenevano che avere dei rapporti oro-genitali non fosse fare del vero sesso e quindi li preferivano ad altre pratiche considerandoli più accettabili per la loro età e anche non rischiosi (Halpern-Felsher et al., 2005).

Infine, la cultura di appartenenza potrebbe influenzare il livello di rischio, da una parte tenendo lontani gli adolescenti dai servizi che si occupano di salute riproduttiva e di contraccezione per timore di essere considerati attivi sessualmente o promiscui, laddove le norme culturali vietano esplicitamente l'attività sessuale prematrimoniale, dall'altra interferendo sulla percezione del rischio. Per fare un esempio, uno studio (Martini et al., 2004) ha rilevato che tra gli immigrati etiopi in Italia l'AIDS veniva considerata fortemente correlata alla povertà: poiché l'Italia è un paese ricco, vivendo nel nostro paese ritenevano di non correre pericoli e di non dover adottare delle precauzioni.

Quanto fin qui illustrato sottolinea la necessità e l'urgenza di intervenire massicciamente in chiave preventiva a favore degli adolescenti, promuovendo anche tra loro l'effettuazione del test HIV.

Nel nostro paese la procedura vigente nel caso un minore intenda sottoporsi al test prevede l'autorizzazione di un genitore o, in alternativa, di un giudice tutelare. Tale prassi crea in questo gruppo di popolazione una barriera considerevole, spesso insormontabile, che va ad aggiungersi alle numerose altre riferite dagli stessi adolescenti (Spizzichino & Pedone, 2002), cioè la mancanza di informazioni riguardo all'infezione da HIV e all'esistenza dei servizi, il sentire il problema lontano da sé, il timore della mancanza di confidenzialità e riservatezza. La conseguenza è il rischio di scoraggiare, demotivare o dissuadere coloro che vorrebbero sottoporsi al test e, in definitiva, di allontanare dai controlli, dall'eventuale diagnosi di sieropositività e dalla conseguente possibilità di trattamento precoce un numero rilevante di persone appartenenti a questa fascia d'età.

Negli Stati Uniti, le linee guida sul test dei Centers of Disease Control and Prevention (2006) raccomandano che a chiunque tra i 13 e i 64 anni effettui un prelievo di sangue venga aggiunto di routine il test HIV, a meno che non venga espresso un rifiuto esplicito. Inoltre, sono numerosi gli stati della federazione USA ad avere normative che esplicitamente consentono il test ai minori senza il consenso dei genitori, addirittura a partire dai 12 anni. E in sette di essi è prevista anche la possibilità di effettuare il trattamento antiretrovirale con il solo consenso del minore. È interessante il caso del Connecticut, dove l'emendamento su questo aspetto fu approvato nel 1992 grazie a una campagna di mobilitazione generale promossa da un gruppo di adolescenti. Uno studio (Meehan et al., 1998) ha successivamente mostrato che nei dodici mesi successivi alla modifica delle legge il numero dei ragazzi tra i 13 e 17 anni che si recò nei centri pubblici per counselling aumentò del 44%, il numero di coloro che effettuarono il test raddoppiò mentre triplicò tra coloro che avevano riferito un rischio elevato di contagio.

Nell'Unità Operativa Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive (CARMI) (già Unità Operativa AIDS) dell'Azienda Sanitaria Roma E, servizio in cui lavoro e che ha tra i suoi compiti istituzionali la prevenzione e la diagnosi dell'infezione da HIV e l'intervento psicoterapeutico nei confronti delle persone con HIV, loro familiari e partner, considerata ogni sfaccettatura della questione, si è scelto ormai da anni di consentire l'effettuazione del test senza consenso dei genitori, in casi di particolare rilevanza e pericolo, esclusivamente ai cosiddetti grandi minori (16-18 anni) e all'interno di regole ben precise esplicitate nel corso del counselling e dunque prima del prelievo di sangue per il test.

Entrando nei dettagli, nel nostro servizio afferiscono abitualmente soggetti minori anche a seguito degli interventi preventivi sistematici realizzati nelle scuole inferiori e superiori dalla nostra stessa U.O., da altri servizi aziendali, nonché da altri centri pubblici, ONLUS e ONG. Quando uno di loro si presenta anche solo per chiedere informazioni, chiarire dubbi e perplessità, si avvia, come da raccomandazioni delle più importanti organizzazioni internazionali, un intervento di counselling (Spizzichino, 2008) durante il quale si agisce sulle lacune nelle conoscenze, sui rischi riferiti e sulla percezione dei rischi mostrata dalla persona che si ha di fronte, negoziando con essa piccoli cambiamenti realistici verso comportamenti più sicuri. Nei casi in cui il soggetto, alla luce di comportamenti che potrebbero averlo esposto a HIV o ad altre MST, esprima la volontà di sottoporsi agli accertamenti necessari per evidenziare la eventuale presenza di MST, compreso il test HIV, gli vengono prospettate le due opzioni, consenso di un genitore o autorizzazione di un giudice tutelare.

Nella nostra esperienza pluriennale, quel che con gran frequenza accade è che il minore, posto di fronte a queste richieste, rinunci al test vanificando la sua consapevolezza, la sua sensibilità al problema e la sua volontà di affrontare la situazione. In queste circostanze, dunque, viene persa un'opportunità, con possibile ritardo della diagnosi e pericolo di ulteriori contagi per la popolazione generale.

Pertanto, per salvaguardare la salute del singolo e della comunità, in alcuni casi selezionati di minori, preferibilmente al di sopra dei 16 anni, i grandi minori, laddove durante la seduta di counselling si evidenzino dei rischi reali, si procede a effettuare il test HIV pur senza il consenso dei genitori, all'interno di regole precise esplicitate ai giovani utenti. In particolare, vengono informati dei motivi che hanno portato alla decisione di far loro effettuare il test senza autorizzazione e viene anticipato che in caso di risultato positivo sarà indispensabile coinvolgere la famiglia, affinché possa fornire loro il sostegno necessario per affrontare le vicissitudini legate all'infezione da HIV. Ovviamente, oltre a questo, nella seduta di counselling si procederà a fornire informazioni sulle vie di trasmissione, sulle strategie preventive e sul significato, sui benefici e sulle implicazioni del test e del suo risultato. Spesso, per molti di loro questa rappresenta la prima vera opportunità per affrontare con un professionista esperto tematiche più vaste attinenti la sfera sessuale, tra cui la contraccezione e le altre malattie a trasmissione sessuale.

Frequentemente, i ragazzi che intendono sottoporsi al test arrivano accompagnati da coetanei, che entrano nella stanza con loro "perché non hanno segreti". Qualcuno degli accompagnatori poi, ascoltando i discorsi che si vanno facendo, comincia a far domande e a volte si risolve per effettuare il test. Alcuni mostrano di aver recepito l'importanza di effettuare il test in coppia, anche in assenza di rischi.

Dalle sedute di counselling con gli adolescenti sono emersi alcuni aspetti prevalenti. Innanzi tutto una errata percezione del rischio: a loro parere si può non usare il profilattico con chi è vergine, o con una persona che "si conosce" o che "non ha avuto molti partner". Per queste lacune nelle conoscenze, come è noto, l'intervento di counselling è utile ed efficace. Far sottoporre al test persone appartenenti a questa fascia di popolazione, dunque, fornisce l'opportunità di intervenire in chiave preventiva, oltre che diagnostica.

Negli ultimi dieci anni si sono sottoposti al test nell'U. O. CARMI 140 minori, per il 65% femmine, età mediana 17,1, età minima 14 anni e 8 mesi, per il 30% stranieri, provenienti soprattutto dall'Europa orientale e dall'America meridionale. Per il 93,6% di tutti loro si trattava del primo test in assoluto e in 21 loro lo hanno effettuato insieme al/alla partner, non necessariamente minore. Alcuni di loro hanno effettuato il *follow-up* quando era stato consigliato e hanno continuato a frequentare il centro anche dopo aver raggiunto la maggiore età. Tutti sono tornati a ritirare il risultato.

Tra tutti i minori che si sono sottoposti ad almeno un test si è riscontrata una positività per HIV. Il ragazzo, un italiano, aveva effettuato un primo controllo molto a ridosso del comportamento rischioso, alcuni rapporti non protetti con una partner più adulta, che era risultato negativo e lo ha ripetuto, come gli era stato indicato, a distanza di sei mesi.

La comunicazione della diagnosi è avvenuta nell'ambito di una seduta di counselling post-test, secondo le indicazioni delle principali organizzazioni internazionali, con particolari attenzioni legate alla giovane età dell'utente.

Al suo arrivo, come da appuntamento convenuto, il ragazzo è stato introdotto senza attese nella stanza e si è comunicato il risultato senza frapporre convenevoli o inutili premesse, utilizzando termini semplici, non tecnici né gergali. Quindi, gli si è lasciato il tempo per esprimere le emozioni, accogliendole e intervenendo solo quando egli formulava delle domande. Pur nella consapevolezza che la diagnosi, come sempre accade, aveva posto il ragazzo in uno stato di shock e che quindi sarebbero state

necessarie una o più sedute di *follow-up* per tornare su alcuni argomenti, si è proceduto, facendo seguito a richieste esplicite, a esplorare i significati da lui attribuiti alla sieropositività, le implicazioni del risultato da ogni punto di vista e le opportunità terapeutiche oggi a disposizione, valutando di volta in volta che cosa egli aveva effettivamente capito di quel che si stava dicendo. Inoltre, si è cercato di evidenziare le risorse personali e la rete familiare su cui poteva contare per affrontare la situazione. Come ci si poteva aspettare, le reazioni sono state molto drammatiche. Il ragazzo ha pianto a lungo, si è disperato ripetendo più volte, quasi a se stesso: “Non è giusto” e “Non sarò più felice”.

La comunicazione della diagnosi a un minore richiede un tempo molto più lungo di quello normalmente necessario con utenti più adulti. Essa tuttavia rappresenta soltanto la prima parte dell'intervento. La seconda inizia con l'illustrazione della necessità e dell'utilità per il minore stesso di informare della sieropositività un genitore, affinché possa essere sostenuto e aiutato in questi frangenti e nelle fasi successive. Anche perché è impensabile permettere a un adolescente che ha appena appreso di essere sieropositivo di lasciare la struttura da solo. Dunque si è chiesto al ragazzo di chiamare uno o entrambi i genitori e di farli venire nell'ambulatorio in tempi brevi. Il raggiungimento di questo obiettivo ha rappresentato uno scoglio notevole, ha richiesto tempo e opera di convincimento. All'arrivo dei genitori si è proceduto nuovamente a comunicare la diagnosi, con le modalità già illustrate, spiegando loro la procedura seguita e le sue motivazioni.

Prima di concludere la seduta si è fissato un incontro di *follow-up* a brevissimo termine con il ragazzo insieme ai genitori e successivamente si è intrapresa una psicoterapia con il ragazzo.

La possibilità di offrire all'interno del servizio pubblico ai minori di età 16-18, in alcuni casi limitati, l'opportunità di effettuare il test all'interno di un percorso di riflessione intorno ai propri comportamenti, rappresenta un servizio prezioso per il giovane che ha scelto di affrontare questi temi delicati, ma anche per la sua famiglia, oltre che per la popolazione generale, in un'ottica di prevenzione. Inoltre, l'effettuazione del test può rappresentare l'atto finale dei programmi preventivi realizzati nelle scuole, che per i motivi su citati ne promuovono l'effettuazione, amplificandone i notevoli benefici che già hanno. Al contrario, le difficoltà a sottoporvisi ne riducono l'efficacia e ne disconfermano i contenuti.

Dall'esperienza di tanti anni, è emerso in questo gruppo un bisogno, legato alla consapevolezza di aver corso dei rischi, di effettuare il test e di sviscerare, spesso per la prima volta, tematiche attinenti la sfera sessuale con professionisti.

Il counselling ha rappresentato un'opportunità di riflessione sull'infezione e sulle proprie convinzioni e abitudini. Ovviamente, la comunicazione della diagnosi ai minori pone problematiche serie che tuttavia possono essere efficacemente affrontate da personale esperto in strutture pubbliche specialistiche.

La procedura adottata dal centro in cui lavoro è, a mio parere, rispettosa, da un lato, delle richieste del minore che si rivolge a un servizio specialistico pubblico, a massima tutela della sua salute, sia prevenendo ulteriori comportamenti a rischio sia, in caso di positività, avviandolo alla terapia in modo tempestivo; rispettosa, dall'altro, del bisogno della famiglia di essere informata in caso di riscontro positivo e di essere immediatamente resa consapevole e responsabile della salute del figlio. Infine, ma non ultimo, la procedura adottata tiene conto delle esigenze di sanità pubblica di intercettare i soggetti positivi il più precocemente possibile, al fine di bloccare la catena di diffusione del virus. Questo obiettivo si può raggiungere, come già sottolineato, attraverso l'assunzione della terapia farmacologica non tardiva e quindi più efficace e

l'adozione di comportamenti sicuri da parte di chi è a conoscenza del proprio stato di sieropositività. Tale procedura, inoltre, è considerata virtuosa da diverse ONLUS e ONG che si occupano di infezione da HIV a vari livelli (Mazzini, 2010).

Il tema del test HIV ai minori è stato lungamente dibattuto tra operatori impegnati sul campo insieme a esperti di materia giuridica in numerosi congressi e seminari. Si è sottolineata la possibilità di far riferimento all'articolo 54 del Codice Penale che chiama in causa lo stato di necessità ("Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile") e al fatto che una parte della letteratura giuridica appare favorevole a riconoscere all'adolescente (il cosiddetto "grande minore") una limitata capacità di agire anticipata nell'esercizio di diritti personalissimi. Come si afferma in un articolo sull'argomento in questione (Brancatella, 2009), "a favore del diritto del minore di autodeterminarsi nella scelta di sottoporsi al test HIV, vi è anzitutto il dato che tale accertamento appare finalizzato alla tutela della salute e dunque di un diritto gerarchicamente sovraordinato rispetto alla "potestà" del genitore: tale potestà, com'è noto, è finalizzata alla tutela del superiore interesse del minore; ove i diritti del genitore e del figlio minore confliggano saranno questi ultimi *ex se* a prevalere in forza del ben noto principio del superiore interesse del minore".

Infine, la direzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma E, "sulla base di una problematica portata alla luce dal servizio Comportamenti a Rischio e Malattie Infettive" ha recentemente richiesto un parere al Comitato Etico "sull'esigenza di procedere in casi molto particolari ad esami su soggetti minorenni al di sopra dei 16 anni senza preventivo consenso dei genitori". In data 30.03.2010 il Comitato Etico ha espresso all'unanimità il seguente parere:

"La decisione di effettuare il test per HIV su soggetti minori al di sopra dei 16 anni appare eticamente giustificata. Al riguardo, considerati anche i pareri dei giuristi che si sono espressi nel merito, è da ritenere che il benessere del minore sia superiore all'interesse del genitore a conoscere l'esito del test".

Alla luce di quanto fin qui detto, appare utile una riflessione in merito al test HIV a minori con l'obiettivo di semplificarne la prassi e quindi di aumentare il numero di coloro che vi si sottopongono. Sarebbe auspicabile, inoltre, che all'interno di questa ottica si procedesse a ripensare l'organizzazione dei centri specialistici esistenti al fine di farne dei servizi *adolescent friendly*. Questi, secondo le più importanti organizzazioni internazionali (Henry J. Kaiser Family Foundation, 1999; World Health Organization, 2005), devono avere alcune caratteristiche ben precise:

- non viene richiesto il consenso dei genitori per l'effettuazione del test;
- viene garantita la confidenzialità e la riservatezza e si rassicurano i giovani utenti riguardo il loro timore di essere riconosciuti ed etichettati da amici o familiari;
- il test è gratuito;
- non vengono richiesti documenti e prescrizioni mediche;
- vengono fornite informazioni esaurienti circa le prestazioni che si offrono;
- gli operatori sono stati formati per comunicare in modo efficace con i giovani e comprendere i problemi con cui questi si devono confrontare;
- gli operatori hanno un atteggiamento rispettoso e non giudicante;
- gli operatori fanno poche domande;
- gli orari sono adeguati alle esigenze di questa fascia di popolazione e gli operatori sono disponibili per consultazioni con breve preavviso e anche senza appuntamento;
- la struttura è accogliente, pulita e piacevole a vedersi;

- se possibile, i giovani hanno un ruolo di collaborazione con gli operatori, per esempio nella progettazione e nella realizzazione di programmi preventivi di *peer education* (Spizzichino et al., 2005a);
- la comunità nella consapevolezza della loro utilità sostiene i centri per adolescenti.

Bibliografia

Brancatella, R. (2009). Problematiche medico legali legate all'infezione da HIV per i minori che si rivolgono ai servizi pubblici. *Minori e Giustizia*, 2.

Centers of Disease Control and Prevention (2006). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in Health-Care Settings. *Morbidity Mortality Weekly Report*; 55 (RR-14), 1-17.

Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità (2007). Aggiornamento dei casi notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2007. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità*, 20 (6 Suppl 1), 1-24.

Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità (2010b). Giornata Mondiale contro l'AIDS, 2010. Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e AIDS. Retrieved January 07, 2011, from http://www.iss.it/binary/pres/cont/rezza2_1Dic_ppt.pdf

Centro Operativo AIDS-Istituto Superiore di Sanità (2010a). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2009. *Notiziario Istituto Superiore di Sanità* 23 (4 Suppl 1), 1-28.

Halpern-Felsher, B.L., Kropp, R.Y., & Tschann, J.M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions attitudes, and behavior. *Pediatrics* 115 (4), 845-51.

Henry J. Kaiser Family Foundation (1999). HIV testing [Fact Sheet]. Washington D.C., Jun.

Luzi, A.M., Spizzichino, L., Valli, R., Gallo, P., Pedone, G., & Bianconi, M. (2005). Adolescenti e HIV: l'accesso ai servizi. *Rassegna di Psicologia*, 22 (3).

Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 368 (9547), 1581-6.

Martini, M., Di Pasquale, L., Cohen, G., & Pizzirani, A. (2002). *Responsiveness of Ethiopian community living in Italy to HIV-AIDS prevention material*. Paper presented at 15th International AIDS Conference, Bangkok, Thailand.

Mazzini, D. (2010). Test HIV: consenso ai minori. *Notiziario ANLAIDS* 15, 11-12.

Meehan, T.M., Hansen, H., & Klein, W.C. (1998). The impact of parental consent on the HIV testing of minors. *American Journal of Public Health* 87 (8), 1338-41.

Salfa, M.C., Regine, V., Raimondo, M., Giuliani, M., & Suligoj, B. (2008). Le infezioni sessualmente trasmesse in giovani in Italia. *Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva* 2 (2), 13-5.

Sanders, S.A., & Reinisch, J.M. (1999). Would you say you "Had sex" if...?. *JAMA* 281 (3), 275-7.

Signorelli, C., Pasquarella, C., Limina, R.S., Colzani, E., Fanti, M., Cielo, A., Greco, M. et al. (2006). Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *The European Journal of Public Health* 16 (5),498-504.

Spizzichino, L., & Pedone, G. (2002). Accesso ai servizi pubblici e prevenzione dell'infezione da HIV: un'esperienza di progettazione partecipata con gli adolescenti. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 38 (4),367-75.

Spizzichino, L. (2008). *Counselling e psicoterapia nell'infezione da HIV*. Roma: FrancoAngeli.

UNICEF-Innocenti Research Centre. (2007). *Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries*. Innocenti Report Card 7, Florence.

Vernazza, P., Hirschel, B., Bernasconi, E., & Flepp, M. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses* 89 (5),165-9.

World Health Organization. (2005). *Adolescent friendly health services: making it happen*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

L'OPIS di Lecce: ricostruzione della sua storia e analisi del modello organizzativo

Parte prima

di Paola Pagano*, Ernesto De Pascalis**

Questo lavoro¹ nasce all'interno del dibattito sul trattamento della salute mentale e si propone di recuperare la memoria storica dell'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino di Lecce, nell'intento di ricostruire i modelli culturali e organizzativi che l'hanno caratterizzata. In questa prima parte delinereremo il contesto storico-culturale che ha portato alla nascita del manicomio, e al suo sviluppo come Ospedale Psichiatrico; nella seconda parte ci occuperemo del confronto tra quanto emerso da questo lavoro e le rilevazioni della Cultura Locale dei servizi per la salute mentale italiani. Il confronto verterà in particolare sui risultati dell'indagine effettuata su committenza del Ministero della Salute tra il 2007 e il 2009 dalla Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell'Università "Sapienza" di Roma e finalizzata a rilevare la Cultura Locale dei CSM (Centri di Salute Mentale), così come sui risultati dell'indagine commissionata alla stessa Cattedra dal Coordinamento regionale degli SPDC del Lazio per la rilevazione della Cultura Locale degli SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) della Regione.

Riteniamo che questo lavoro sia in linea con le esigenze di conoscenza degli aspetti di funzionamento organizzativo dei servizi di salute mentale, espressa da più parti sociali, dalla comunità scientifica e in primis dal Ministero che per la prima volta ha investito su una ricerca relativa all'efficacia organizzativa e non sull'efficacia dei trattamenti farmacologici. Segnali che sottolineano il valore e l'importanza attribuiti agli aspetti organizzativi e culturali del funzionamento dei servizi preposti al trattamento della salute mentale ed evidenziano la necessità di una riflessione criteriata su questo tema.

La realizzazione di questo lavoro è stata molto difficoltosa per il reperimento delle fonti: l'archivio dell'Opis è inutilizzabile da tempo, abbandonato a se stesso e accatastato in un seminterrato. Facciamo riferimento, quindi, oltre alla bibliografia citata, ai dati disponibili presso l'Archivio di Stato di Lecce e alle interviste a testimoni-chiave del personale in servizio prima del 1978. Le preziose interviste ci hanno permesso di ricostruire l'esperienza degli anni Settanta, a partire dal 1973 e di conoscere meglio l'organizzazione della struttura e i rapporti tra il personale sanitario e tra questo e i pazienti.

A trent'anni dalla sua promulgazione, il dibattito attorno alla legge 180/78, che ha sancito la chiusura delle strutture manicomiali, è tornato a essere sempre più attuale, sia all'interno della comunità degli addetti ai lavori, sia nell'opinione pubblica in senso lato². Nell'attuale dibattito scientifico sono sorti molti interrogativi rispetto ai cambiamenti da essa introdotti e si alternano posizioni fondate sulla idealizzazione o sulla svalutazione delle strutture manicomiali. In taluni casi, l'idealizzazione è tale da farne auspicare una riapertura, quale strumento risolutivo per il controllo e l'allontanamento della pericolosità dalla società.

Il nostro lavoro si propone di favorire una lettura il più possibile legata all'esperienza storica, in contrapposizione con il processo di mitizzazione (svalutazione/idealizzazione) in atto. Nella nostra ipotesi la possibilità di sviluppo dell'attuale sistema del trattamento della salute mentale è ancorata alla rilettura critica dell'esperienza, alla luce degli ultimi anni di storia. In accordo con Carli (2009),

* Psicologa, Professore a contratto di Psicologia delle Organizzazioni e per il Laboratorio di analisi dei processi organizzativi, Università del Salento, Lecce.

** Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Università del Salento, Lecce.

¹ Una parte di questo scritto nasce dal lavoro di tesi in Psicologia delle Organizzazioni discussa a Luglio dal dott. De Pascalis nel corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Università del Salento.

² Espressione di questo interesse è riscontrabile nell'indagine statistica sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia, svolta nel maggio del 2003, in cui è stato intervistato telefonicamente un campione selezionato dalla Doxa. A tal proposito, cfr. <http://www.doxa.it/italiano/nuoveindagini/salutementale.pdf>

riteniamo che, oggi, il problema vissuto nei confronti della malattia mentale ponga ancora una volta di fronte a un bivio le organizzazioni che se ne occupano: rilanciare il controllo o investire sulla verifica? Per la verifica è importante la conoscenza della domanda sociale sulla malattia mentale; l'alternativa è la risposta collusiva a un mandato che chiede nuovamente controllo ed espulsione della diversità.

In quest'ottica consideriamo particolarmente rilevante soffermarci su un'esperienza interamente fondata sul *controllo* e sulla *domanda obbligata*, analizzare gli aspetti salienti della cultura che la fondava e, successivamente, confrontarli con quanto emerso dai recenti studi sugli attuali Servizi per la salute mentale.

A chiusura del progetto con i CSM, si è svolto un seminario-studio presso l'Università Sapienza di Roma, organizzato dal responsabile scientifico, prof. Renzo Carli e dal suo gruppo di lavoro della Cattedra di Psicologia Clinica, in cui erano presenti i referenti del Ministero, i responsabili e il personale dei CSM (psicologi, psichiatri, assistenti sociali, medici, infermieri). In tale circostanza lo stesso Carli ha sottolineato la complessità della situazione che attraversano i servizi della salute mentale, collegandola con i cambiamenti culturali che stanno vivendo tali servizi: "la mia impressione è che i servizi di salute mentale in Italia siano a metà di un guado problematico, avendo abbandonato una riva di cui non si riconosce neanche più la configurazione, vissuta per altro in modo molto conflittuale, ma non sapendo ancora da che parte si sta andando, quali sono le configurazioni della riva verso la quale si tende".

Le origini del trattamento della salute mentale

La lettura medica dei problemi inerenti la salute mentale, lo ricordiamo, si sviluppò alla fine del Settecento³. Fondamentale fu l'apporto del francese Pinel⁴, che introdusse un "trattamento morale" degli *alienati*⁵ che iniziarono a essere considerati malati da curare. Ciò in antitesi con quanto accadeva nei secoli precedenti, in cui le persone con problemi di salute mentale erano considerate criminali da punire e trattate con metodi repressivi, e prima ancora, fino al '500, indemoniati da esorcizzare. Queste persone rappresentavano un'anomalia minacciosa, un pericolo sociale che era necessario isolare dal resto della società e rendere innocuo anche a costo della segregazione, dell'uso di metodi violenti, e della sospensione di tutti i diritti.

Con la lettura medicalizzata dei problemi di salute mentale, si ebbe anche la diffusione di strutture orientate alla cura. L'internamento e l'affidamento del malato mentale a un medico specializzato, isolava il malato stesso dalla società e allo stesso tempo sollevava la collettività dal farsi carico di un problema scaturito al suo interno.

³ Inizialmente i malati di mente furono rinchiusi in ospedali, prigioni, lazzaretti. Poi, a partire dal XVI secolo in Inghilterra e dal XVII in Francia e Germania, si iniziarono a costruire strutture adibite esclusivamente al loro ricovero, dove vennero applicati i primi rudimentali metodi di cura. La convinzione dominante all'epoca era che la follia fosse causata da difetti fisici interni, ed era quindi sul corpo del malato che bisognava intervenire per ricondurlo alla sanità. Vennero sperimentati a tale scopo i metodi più bizzarri: ai malati venivano praticati frequenti salassi per renderne il sangue più leggero, fori sulla pelle per permettere agli spiriti ribelli che li abitavano di fuggire via, o docce di acqua gelata per combattere i loro pensieri stravaganti. Soltanto gli inizi dell'Ottocento i progressi medici e sociali introdussero significativi cambiamenti in questo settore: fu allora, infatti, che si iniziò a distinguere nettamente il criminale dal malato di mente e si modificarono i sistemi di cura per agire non solo sul corpo del malato, ma soprattutto sulla sua psiche. Lo scopo era quello di rieducare le menti per rendere le persone con problemi di salute mentale adatte alla vita in società, ridare autocontrollo e disciplina.

⁴ Nel 1787 cominciò a pubblicare scritti sulle malattie mentali e divenne famoso con uno scritto sul trattamento delle alienazioni dell'età adulta, presentato ad un concorso bandito dalla Société royale de médecine. Questo lavoro gli valse nel 1793 l'assegnazione all'asilo di Bicêtre, dove compì lo storico atto di liberare gli alienati dalle catene e dalle lordure in cui erano mortificati, trasformando i *pazzi* in malati da studiare e curare (Enciclopedia Treccani).

⁵ Il termine alienato era utilizzato in quel periodo per indicare genericamente le persone con problemi di salute mentale. Nel suo uso sociologico più generale, l'alienazione denota un estraniamento o una separazione di parti della personalità individuale, o della personalità come un tutto, da alcuni aspetti del mondo dell'esperienza.

Nella maggior parte dei casi, i manicomi vennero ricavati da strutture preesistenti (ospedali, ospizi, conventi), ma, in alcuni casi, furono costruiti edifici ex novo. Un modello di riferimento fu il Panopticon⁶ (Bentham, 2002) progettato dal filosofo e giurista inglese Jeremy Bentham nel 1791. Riteniamo che tali edifici siano tra le espressioni più significative della cultura che fondava, in quel periodo storico, il trattamento delle persone con problemi di salute mentale. Il Panopticon fu inizialmente progettato come carcere. La struttura del Panopticon era composta da una torre centrale, all'interno della quale stazionava l'osservatore, circondata da una costruzione circolare che ospitava le celle. Avendo una forma radiocentrica, permetteva a un unico sorvegliante di tenere sotto controllo in ogni momento tutti i detenuti; questi ultimi, di contro, non potevano sapere se e quando venivano osservati e ciò li doveva condurre a osservare costantemente la disciplina. Sembrano evidenti le tracce di un ancoraggio della cultura che criminalizzava le persone con i problemi di salute mentale, come anche la perfetta sintesi tra struttura dell'edificio e funzione predominante: il controllo sul malato e il mantenimento della disciplina.

La lettura medica dei problemi di salute mentale si consolidò entro il pensiero positivista, che introdusse l'osservazione scientifica e la catalogazione di sintomi e patologie, leggendo tali problemi come *disturbi mentali*. Si trattava di una lettura organicistica del problema di salute mentale, in cui questo era considerato una malattia, con una eziopatogenesi fisica. Kraepelin, col suo modello nosografico, rifiutava di considerare ogni causa o conseguenza della malattia che non fosse riscontrabile dal punto di vista organico, escludendo categoricamente dai suoi studi considerazioni di carattere psicologico.

I manicomi come strutture specializzate al ricovero dei malati di mente iniziarono a diffondersi in tutta Europa con una progressiva crescita dei ricoveri, probabilmente legata alle conseguenze della Rivoluzione Industriale e delle maggiori occasioni di alienazione sociale che ne scaturirono. Il 30 giugno del 1838 il parlamento francese approvò la prima legge europea sugli alienati, che forniva un corpus giuridico alla psichiatria e trasformava definitivamente quello che era un problema politico e sociale in una questione prettamente medica: "Sulla tela di fondo della società contrattuale che la Rivoluzione Francese instaura, il pazzo stona. Irragionevole, non è soggetto giuridico; irresponsabile non può essere oggetto di sanzioni; incapace di lavorare e di servire non entra nel circuito regolato dagli scambi [...]. Focolaio di disordine, deve più che mai essere represso, ma sulla base di un altro criterio di punizione rispetto a quello disposto dai codici per chi ha volontariamente trasgredito le leggi. Isola di irrazionalità deve essere amministrato, ma secondo norme diverse da quelle che assegnano al loro posto ed assoggettano ai loro compiti i soggetti normali di una società razionale" (Foucault, 1977, p.139).

Nei confronti del mondo esterno, gli ospedali psichiatrici erano chiusi e isolati, collocati in zone marginali e periferiche dei centri abitati, per non disturbare anche solo la vista dei cittadini *sani*. Al suo interno la struttura era suddivisa in vari reparti a seconda delle condizioni fisiche e psichiche dei pazienti, della loro età, del sesso. Il reparto di accettazione era quello meno duro, in cui i malati erano accolti al loro arrivo e rimanevano durante il periodo di osservazione. Per il resto, una delle esigenze principali era quella di separare i malati gestibili da quelli che manifestavano atteggiamenti violenti e pericolosi. I secondi venivano inviati nel reparto di vigilanza (il cosiddetto reparto degli "inquieti") da cui non sarebbero più usciti: chi accedeva a quel reparto perdeva, di fatto, ogni possibilità di essere dimesso in futuro. Il reparto dei cronici tranquilli, invece, ospitava i pazienti accondiscendenti, che avevano una maggiore libertà e autonomia grazie alla loro accettazione delle regole e al rispetto verso l'autorità del personale. Questo non garantiva loro la possibilità di essere dimessi, nella maggior parte dei casi rimanevano in ospedale fino alla fine dei loro giorni perché fuori di lì non avevano nessuno che si potesse occupare di loro. Quando si ammalavano gravemente o diventavano vecchi e non più autosufficienti, venivano trasferiti nel reparto di infermeria. Alcuni ospedali psichiatrici comprendevano dei reparti per i "sudici" che accoglievano pazienti incontinenti o incapaci di curare la loro igiene personale di base. Qui, a volte, anziché cercare di rieducare il paziente, ci si limitava ad abbandonarli a loro stessi, relegandoli in stanze apposite, con un conseguente peggioramento delle loro condizioni igieniche e di salute.

⁶ Un esempio di Panopticon è il "Padiglione Conolly" dell'ex Ospedale Psichiatrico San Niccolò a Siena (cfr. Bentham, 2002, pp. 18-36).

Coerentemente con il mandato sociale affidato dalla Legge del 1904, il manicomio era soprattutto un contenitore in cui nascondere e controllare gli “scarti della società”. I propositi curativi venivano messi in secondo piano rispetto a quelli primari del controllo sociale, e riguardavano soprattutto i soggetti che sostavano nella struttura per periodi brevi. Per gli altri, quelli che ci rimanevano tutta la vita, l'allontanamento dalla famiglia e dagli affetti e la violazione della loro privacy, instaurava un peggioramento dei disturbi originari.

Storia e organizzazione dell'OPIS di Lecce

Alla fine dell'Ottocento la necessità di istituire un manicomio provinciale cominciò a farsi sentire in maniera pressante anche in terra d'Otranto. A quell'epoca le persone con problemi di salute mentale erano per lo più sparsi nelle campagne e nei paesi, spesso appartenevano a famiglie indigenti che non potevano accollarsi l'onere della loro cura. Inoltre mancava sul territorio una struttura dove gli alienati fossero custoditi anche solo temporaneamente, nell'attesa di trovare un manicomio che li ospitasse altrove. I primi passi della Pubblica Amministrazione si mossero proprio in questa direzione: nel 1879 furono avviate le ricerche per identificare un edificio idoneo a tale scopo, che venne riconosciuto nell'Asilo o Ricovero di Mendicità di Lecce⁷, sito nell'ex Convento degli Olivetani da quando, con la legge del 7 luglio 1866, i conventi erano stati soppressi.

Nel Ricovero furono allestite nel 1882 quattro “stanze di custodia” debitamente attrezzate, con pareti imbottite e letti di contenzione, e venne stilato un regolamento apposito per quelle “camere dei mentecatti poveri” in cui si stabiliva tutte le competenze sulla loro gestione⁸. La direzione della struttura venne affidata al dott. Vigneri, che si trovò tra mille disagi ad accogliere in pochi anni circa 200 folli. I malati stazionavano lì per un massimo di dieci giorni, prima di essere rimandati a casa o inviati in manicomi veri e propri che garantissero un'assistenza migliore. In particolare la Deputazione Provinciale di Lecce aveva firmato un accordo con il manicomio di Aversa⁹, in cui veniva mandata la maggior parte dei malati di mente della provincia di Lecce, dietro pagamento di una consistente retta e col diritto di verificare in qualunque momento che ai degenti fossero offerte cure adeguate¹⁰.

I malati inviati ad Aversa dovevano essere accompagnati da una documentazione adeguata che ne chiarisse lo stato di salute ed economico, ma pare che i medici e i sindaci leccesi fossero molto approssimativi al riguardo, se è vero che in una missiva del 1876 il Segretario Generale del manicomio di Aversa li esorta a compilare in modo adeguato e non lacunoso le relazioni e i formulari dei pazienti¹¹. Ci si rese presto conto che le quattro stanze dell'Asilo erano del tutto insufficienti a fronteggiare necessità di ricovero sempre più numerose. Fu proprio il dott. Vigneri il più accanito sostenitore dell'istituzione di un manicomio a Lecce.

In città c'era un altro convento disponibile, quello dei Padri Alcantarini, che dopo la legge del 1866 era stato ceduto alla Provincia. Il Convento degli Alcantarini era originariamente noto come Convento di San Giacomo perché attiguo all'omonima chiesa, successivamente ridenominata di San Pasquale. Era un edificio secentesco fatto costruire per volontà di Ferrante d'Aragona fuori dalle mura cittadine, alle quali era collegato da un lungo viale alberato che giungeva fino a Porta San Biagio. Nel 1652 il convento era stato soppresso dal Papa e successivamente acquisito dai Padri Alcantarini, una congregazione francescana di origine spagnola. Nei primi del Settecento furono operati lavori di ingrandimento e venne incorporata al Convento buona parte dell'attiguo giardino del Parco. Il Convento ospitava piccole celle spoglie e illuminate da strette finestre, che dovevano nella loro essenzialità favorire la preghiera e la meditazione dei frati. La cessione ufficiale della struttura alla Provincia di Lecce avvenne il 23 settembre del 1870, col vincolo di utilizzarlo come ricovero dei mendicanti. In realtà, contravvenendo a questa clausola, alcuni locali furono temporaneamente ceduti alla Scuola di Agricoltura finché, nel 1887, l'ex convento non

⁷ Archivio Di Stato Di Lecce, Foglio 120, Busta 26

⁸ *Ibidem*

⁹ In Campania la cura delle malattie mentali era più all'avanguardia: il manicomio di Aversa era stato fondato già nel 1813 per volere di Gioacchino Murat e a Napoli era stata promulgata da tempo una legge speciale sul trattamento degli alienati che anticipava quella nazionale.

¹⁰ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 151, B. 34

¹¹ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 151, B. 34

divenne addirittura caserma, ospitando per dieci anni l'84mo Reggimento Fanteria (Sinisi, 1994, p. 45). Intanto, il 3 gennaio del 1895, si tenne una storica seduta del Consiglio Provinciale di Terra d'Otranto (a cui prese parte, tra gli altri, anche Vito Fazzi) nella quale venne votata all'unanimità la decisione di istituire una struttura manicomiale nella provincia di Lecce. Giunta a questa risoluzione l'Amministrazione Provinciale impose ai militari lo sgombero del Convento degli Alcantarini, per avviare i lavori di ristrutturazione che adattassero l'edificio a manicomio.

Il progetto fu preparato dall'ing. Libertini e venne inviato a Napoli per essere visionato dall'illustre psichiatra Leonardo Bianchi, che vi apportò qualche piccola modifica:

“lo dichiaro che se il progetto di Libertini non risponde all'alta idealità di un manicomio *tipo*, perché dovuto essere svolto sopra un vecchio fabbricato [...] esso, per quanto puossi giudicare da un semplice progetto di massima, può rispondere a tutte le esigenze della custodia e della cura dei folli appartenenti alla provincia di Lecce”¹².

Venne, inoltre, stilato un preventivo di spesa nel quale si evidenziò che pur dovendo affrontare un investimento notevole per l'adeguamento dei locali e il pagamento del personale, l'esborso sarebbe stato solo di poco superiore a quello che si sosteneva già per mandare e mantenere i malati in altre strutture, con il vantaggio ulteriore di poter usufruire finalmente di un manicomio proprio¹³. Il progetto e il piano di spesa furono presentati al Consiglio Provinciale, dove si scatenò un'animata discussione fra i favorevoli e i contrari, finché non si giunse alla definitiva approvazione nel dicembre del 1897¹⁴. Nella sensibilità dimostrata in quella e nelle successive occasioni dalla Pubblica Amministrazione locale si può chiaramente evincere quanto fosse cambiata la considerazione dei malati di mente rispetto al passato, e come si pensasse al manicomio provinciale non solo come la soluzione a problemi sociali ed economici, ma prima di tutto umani.

Nel 1900, i lavori di ristrutturazione del Convento potevano dirsi conclusi, grazie anche all'apporto di due eminenti psichiatri napoletani, il già citato prof. Bianchi e il prof. Andriani, che avevano fornito preziosi consigli circa l'organizzazione sanitaria e tecnico-logistica della struttura. Nell'edificio c'era spazio ora per 200 degenti: 150 uomini nella struttura originaria, ripartiti secondo la tipologia (sudici, agitati, tranquilli), 50 donne in un padiglione a due piani costruito a parte a sud del convento. La gestione del reparto femminile così come i servizi di economato, cucina e guardaroba furono affidati alle Suore di Carità, che occuparono i locali adiacenti alla chiesa. Al piano terra del convento furono collocati l'infermeria, la direzione sanitaria e il reparto d'osservazione, al primo piano furono sistemati gli altri reparti. Gli ambienti erano stati dotati di luce elettrica, piccole cucine, scaldabagni, e l'unica carenza era dovuta all'approvvigionamento idrico (l'acquedotto di Lecce non era stato ancora ultimato) che rendeva necessaria la raccolta dell'acqua piovana e sorgiva. Nel complesso la struttura sembrava essere perfettamente funzionale: gli spazi all'interno erano divisi in modo da non essere né dispersivi né soffocanti, l'edificio era ben illuminato, posto nel verde, non umido, a pochi passi dalla città ma comunque in una zona tranquilla.

Dal momento che, di lì a poco, sarebbe scaduto il contratto con il manicomio di Aversa, c'era la necessità di mettere in funzione il manicomio di Lecce il prima possibile, e per farlo era necessario trovare il personale. Con nomina diretta fu eletto come primo direttore il dott. Giovanni Libertini, insieme a un medico primario e due medici-assistenti. I primi infermieri erano tutti napoletani, per via della maggiore esperienza che potevano vantare nel settore.

La nascita del Manicomio in Terra d'Otranto

Il *Manicomio Provinciale di Terra d'Otranto* entrò ufficialmente in funzione nel marzo del 1901. Dopo pochi anni, dato il rapido incremento dei ricoveri, fu ampliato il personale e si iniziò a progettare la costruzione di nuovi padiglioni. Questo aumento dei pazienti era comunque contenuto da un sistema di ricovero che garantiva da abusi o ricoveri di interesse: per essere ammessi al manicomio di Lecce bisognava presentare molti documenti, tra cui certificati sulla situazione economica del paziente, dichiarazioni di testimoni sulla sua *pazzia*, e un formulario

¹² Archivio Di Stato Di Lecce, F. 147, B. 33

¹³ *Ibidem*

¹⁴ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 147, B. 33

molto esauriente redatto dal medico in cui si descriveva nel dettaglio la situazione fisica e mentale del malato, la sua famiglia di provenienza, le inclinazioni, le eventuali cure già subite.

I degenti erano tenuti in buone condizioni, almeno per quanto era reso possibile dalle conoscenze e dai metodi di cura del tempo, ma nel 1905 alcuni giornali mossero delle accuse alla gestione dell'istituto e sollevarono un gran polverone, sostenendo che i pazienti non fossero trattati a dovere e che il vitto fosse scarso, ma costoso: venne istituita una commissione d'inchiesta che rilevò l'infondatezza di quelle illazioni, riscontrò che il cibo fornito ai ricoverati era buono e sufficiente pur se acquistato con una spesa ridotta e che il personale sopportava senza reagire gli sfoghi nervosi dei degenti¹⁵.

Nel 1901 il manicomio provinciale si era già dotato di un primo regolamento interno per definire ruoli e doveri¹⁶, sostituito nel 1907 da un corpo più organico di norme, ispirato alla legge nazionale promulgata nel 1904¹⁷. La legge del 1904 affida alle strutture manicomiali il mandato sociale di tutela della società dalla pericolosità sociale delle persone con problemi di salute mentale, attraverso l'esclusione e l'allontanamento di queste persone dai sistemi di convivenza.

Il regolamento stabiliva in maniera molto precisa il funzionamento del manicomio, l'organigramma, i doveri dei dipendenti, le ore di servizio e i giorni di riposo: un medico di guardia doveva essere sempre presente nell'istituto, come anche un infermiere-capo che si occupava del padiglione maschile e una suora prefetta assegnata al padiglione femminile, a cui spettava vigilare sui sottoposti. Gli infermieri, dei quali si stabiliva anche la fascia d'età di preferenza, perché fossero ancora giovani e in forze (nel caso delle donne essere nubili era un motivo di vantaggio), dovevano alloggiare nell'edificio e "dovevano sopportare pazientemente le ingiurie dei ricoverati, limitandosi solamente a compiere atti di mera difesa, di fronte alle loro violenze. Non potevano usare sui ricoverati mezzi coercitivi senza consenso medico" (Sinisi, *op. cit.*, p. 65).

Nel regolamento emerge in modo evidente lo scopo di controllo, vigilanza e, all'occorrenza coercizione, perseguiti dalla struttura. In questi aspetti emergono con chiarezza aspetti riconducibili a nuclei culturali differenti. Da una parte la visione del malato mentale come colui che è potenzialmente pericoloso per sé e per gli altri e va internato. Come si è detto, tale visione era alla base della legge del 1904. Accanto a questi troviamo aspetti legati alla visione del lavoro del personale della struttura, come missione sociale cui assolvere con dedizione totale e sacrificialità. L'alloggio nella sede degli infermieri, la necessità che le donne non avessero famiglia propria, insieme all'ampio impiego delle suore rafforza l'idea che il lavoro in questa struttura fosse una missione, una scelta vocazionale totale. Emergono, infine, aspetti riconducibili alla medicalizzazione del problema ravvisabile nell'utilizzo di medici, infermieri dei trattamenti farmacologici anche se questi appaiono orientati al mantenimento del controllo più che alla cura. È utile ricordare che la sacrificialità, in quanto valore in sé, ignora una verifica dell'operato. Tutta

¹⁵ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 655, B. 109

¹⁶ Archivio Di Stato Di Lecce, 3° Deposito, F. 2699, B. 502

¹⁷ In Italia la prima legge per la regolamentazione dei manicomi venne promulgata nel 1904, e rimase in vigore per oltre 70 anni. Questa legge, chiamata legge Giolitti dal nome dell'allora Ministro degli Interni, recepiva gran parte degli spunti offerti dalla legislazione francese, condividendone la visione di base del malato mentale da internare come colui che è potenzialmente pericoloso per sé e per gli altri. La legge prevedeva che i ricoveri in queste strutture avvenissero "solo" in maniera coatta e attraverso una procedura controllata dalla pubblica sicurezza e dalla magistratura. La cura e la custodia dei malati di mente ricadeva sotto la potestà del Ministero degli Interni. La legge del 1904 decideva il ricovero del presunto "folle" secondo il criterio della potenziale pericolosità per sé e per gli altri e il pubblico scandalo, contribuendo in questo modo a rafforzare una visione negativa delle patologie mentali. Si trattava, evidentemente, di una legge di polizia e non di una legge sanitaria. Inoltre i criteri in base ai quali si stabiliva la ricoverabilità dei soggetti erano molto aleatori, e questo fece sì che spesso molte famiglie, soprattutto quelle più indigenti, forzassero un po' la mano per ottenere un certificato medico che permettesse il ricovero di un congiunto per nulla pericoloso. In questo modo le famiglie si alleggerivano anche di un peso economico, dal momento che il mantenimento degli internati indigenti (cioè la maggior parte) era a carico delle province. Un aspetto della legge era quello di prevedere la nascita di strutture manicomiali in tutte le province, per permettere all'internato una maggiore vicinanza alla famiglia. Questo elemento aveva tra l'altro l'obiettivo di garantire l'ordine e la sicurezza sociale su tutto il territorio. Questa legge, e i regolamenti particolari che ogni struttura manicomiale si dava sulla base di quello nazionale, trasformarono i manicomi in vere e proprie strutture detentive, i cui direttori avevano grandi poteri: il loro parere era determinante per decidere il ricovero definitivo e le dimissioni dei pazienti in base alla loro condotta.

l'organizzazione era fondata sulla domanda obbligata che annullava la funzione organizzativa. Non c'era un prodotto, un risultato convenuto, solo l'adempimento alle norme prescritte per mantenere il controllo. Tali aspetti che, come vedremo, permarranno nella storia e per certi versi caratterizzeranno la prima fase dei DSM (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006).

Agli inizi del Novecento il personale del manicomio era sottoposto a regole molto rigide, controlli frequenti, turni di lavoro pesanti, provvedimenti disciplinari quando ne veniva verificata la negligenza, soprattutto se quest'ultima aveva come conseguenza la fuga di un paziente o la sua morte. La cultura era fondata sul lavoro ai limiti dell'impossibile; il clima era di sacrificio e volontarietà. Solo qualche anno più tardi vennero introdotte condizioni di lavoro migliori, con un aumento dei benefici e delle giornate di riposo. In quegli anni fu aggiunto al personale già esistente un giardiniere per curare il giardino e l'orto, non solo con lo scopo di rifornire il refettorio di prodotti della terra e vendere le eccedenze, ma anche di adibire al lavoro i *foll*i scelti dal direttore perché se ne giovasse la loro salute, prevedendo tra l'altro per loro una debita ricompensa in denaro¹⁸. In questa iniziativa è possibile vedere i prodromi dell'ergoterapia che si svilupperà in seguito.

Con l'avvento del fascismo la Provincia di Terra d'Otranto si scisse in tre province differenti: quella dello Jonio, quella di Lecce e quella di Brindisi, provocando la conseguente separazione dei loro patrimoni. Per quanto riguarda il manicomio si decise per un regime di comproprietà e per una gestione consorziale da parte delle tre Province, che avrebbero dovuto, ciascuna per la propria quota e in base al numero di ricoverati di appartenenza, sostenere le spese generali di gestione. Alla guida di quello che era diventato il Manicomio Consortile Salentino venne nominato nel 1930 un Consiglio di Amministrazione composto da rappresentanti di tutte e tre le province. Intanto la struttura manicomiale continuava ad espandersi: erano stati avviati i lavori per l'ampliamento del padiglione maschile, la costruzione di un secondo padiglione femminile, di un muro di cinta e di una legnaia.

L'istituzione dell'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino

Nel 1931 si istituì ufficialmente l'OPIS, l'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino, consorzio ospedaliero delle province di Lecce, Brindisi e Taranto, dotato di un'organizzazione sanitaria e amministrativa autonome. La struttura cominciò ad allontanarsi, nel nome e progressivamente anche nei metodi, dalla vecchia concezione manicomiale con tutti i giudizi negativi che questa si portava appresso, anche se ci volle del tempo prima di rompere tutti i legami col recente passato. Durante gli anni '30, a causa della funzione interprovinciale che l'O.P. svolgeva, ci fu una crescita vertiginosa delle degenze (che toccarono quota 865 nel 1938), difficile da gestire a causa della scarsità di mezzi, spazio e attrezzature. La fama e il prestigio dell'Ospedale continuavano a rafforzarsi, ma scarseggiavano i letti, molti ammalati erano sistemati nei corridoi in maniera provvisoria, il personale cominciava a essere insufficiente, a volte negligente e sicuramente provato dai turni massacranti di lavoro. Il direttore di quegli anni, il prof. Gullotta, cercò di tamponare come possibile l'urgenza chiedendo l'intervento dell'amministrazione. Le sue richieste più frequenti erano di modificare il Regolamento per adeguarlo alle esigenze attuali, implementare il personale e migliorarne la preparazione, rendere la residenza a Lecce obbligatoria per i dipendenti e proibire che venissero affidati loro altri incarichi fuori servizio. La cultura sembra orientata sempre più ad assimilare il lavoro in Opis ad una missione da vivere in dedizione totale ed esclusiva. Il prof. Gullotta vigilò severamente sul personale per evitare il più possibile disattenzioni e sciatte, ma a causa del sovraffollamento continuavano ad aumentare i casi di rissa e i ferimenti, mentre si verificava un progressivo distacco tra la direzione tecnica e la direzione amministrativa dell'O.P., che sembrava piuttosto sorda alle richieste della prima (Sinisi, 1994).

Nel 1939, in seguito al trasferimento del prof. Gullotta, il ruolo di direttore venne affidato al prof. Umberto De Giacomo, che ricoprì quell'incarico a lungo, e con grande impegno e dedizione riformò l'ospedale facendolo diventare un esempio di efficienza. De Giacomo era un medico dinamico, attento ai mutamenti del tempo, ai progressi della scienza, convinto che gli ospedali psichiatrici, più

¹⁸ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 260, B. 60

delle altre istituzioni sanitarie, dovessero adeguarsi alla nuova sensibilità sociale. Il primo problema con cui dovette misurarsi fu quello del sovraffollamento: i malati erano ormai tanti da dormire attaccati l'uno all'altro e dover fare i turni per il refettorio e per il bagno, aumentavano di conseguenza gli scontri e l'uso di mezzi coercitivi per placarli.

In prima istanza venne avviata un'accurata indagine tra i pazienti, e furono individuati quelli che potevano essere dimessi immediatamente e quelli che dovevano, invece, essere ricoverati in via definitiva. Inoltre, si introdusse una selezione accurata al momento dell'ammissione, dirottando alcune categorie di ammalati verso altre strutture più indicate alle loro patologie. Già nel giro di un mese il numero dei ricoverati diminuì sensibilmente.

Col dott. De Giacomo e la sua équipe di cui faceva parte il dott. Vito De Pascalis - l'OPIS adottò i sistemi di cura più innovativi di quegli anni, molti dei quali avevano lo scopo di provocare uno shock nel paziente per ottenere, attraverso un forte sconvolgimento, un livellamento e una normalizzazione delle funzioni cerebrali. I metodi più utilizzati per provocare lo shock erano l'iniezione di sostanze febbrigene, le endovene di cardiazol per scatenare crisi convulsive o la terapia insulinica, che induceva stati di coma più o meno profondo. Dopo la scoperta di Cerletti si diffuse l'induzione dello shock tramite il passaggio di corrente elettrica, e questo genere di terapia, adottata anche nell'OPIS, si rivelò presto più efficace, meno costosa e meno pericolosa per la salute del paziente dello shock insulinico.

Nel 1939 su 140 pazienti trattati con elettroshock 40 furono dichiarati guariti, in 50 si riscontrarono sensibili miglioramenti e le condizioni degli altri 50 rimasero invariate. Rispetto ai sistemi precedenti questi risultati erano decisamente incoraggianti. Altri metodi di cura adottati in quegli anni furono la malarioterapia, le vaccinazioni endovenose o endorachidee, la somministrazione di sedativi, ricostituenti, vitamine, calcio, ormoni.

Lo stesso anno, e sempre per volontà di De Giacomo, fu introdotta una nuova ripartizione ricoverati. Questa era basata sul sesso, il censo e la tipologia di problema (più o meno perturbante per l'ordine e la vita all'interno della struttura). La struttura ospedaliera appariva così suddivisa: appena dopo il cancello d'ingresso, a destra del grande viale alberato, c'era un padiglione di un solo piano, denominato Villa Salento, in cui erano ospitati gli ammalati a pensione provenienti da famiglie più abbienti; più avanti a sinistra i tre padiglioni uomini (il primo dei quali corrispondeva ai locali dell'ex convento) e sulla destra i due padiglioni donne; alle spalle del secondo padiglione donne era collocato il padiglione di isolamento, detto poi di infermeria. Nei primi due padiglioni (uomini e donne) erano alloggiati i malati in osservazione e in cura intensiva (in particolare gli epilettici e gli *agitati* erano collocati nei secondi padiglioni), nel terzo padiglione uomini erano sistemati i lavoratori agricoli e artigiani (Sinisi, 1994).

Altra significativa riforma voluta dal nuovo direttore fu una drastica riduzione dell'uso di sistemi coercitivi: i pazienti agitati non dovevano più essere rinchiusi in cella di isolamento, fu abolita la camicia di forza e si stabilì che i soli mezzi contentivi da mantenere in vigore erano le iniezioni sedative e i legacci ai polsi per i malati degenti a letto. Inoltre, per far sì che l'utilizzo di questi sistemi fosse moderato e motivato, si istituì un apposito registro di documentazione.

Questi cambiamenti furono resi possibili anche dall'introduzione nella terapia dei pazienti di nuovi farmaci anticonvulsivi. Infatti, a seguito di una sperimentazione su un gruppo di pazienti epilettici condotta con successo dal dott. Vito De Pascalis, medico assistente del dott. De Giacomo, venne abbandonato l'uso del Luminol in favore della Dintoina, che a parità di dosi si era dimostrata assai più efficace nel diradare, e in alcuni casi prevenire del tutto, le crisi convulsive¹⁹.

In questa fase dell'esperienza dell'OPIS, si consolidò l'utilizzo dell'ergoterapia che in seguito anche se sembra fondarsi sulle convinzioni del singolo medico e partire non da ipotesi scientifiche né da finalità terapeutiche in senso stretto, quanto dal buon senso e dalla convinzione che l'attività potesse dare un beneficio. De Giacomo, infatti, del tutto persuaso che l'ozio fosse dannoso alla salute dei pazienti, almeno quanto l'esercizio e l'aria aperta erano di sicuro giovamento, incrementò l'utilizzo della ergoterapia, sperimentandola sul 22% dei ricoverati: alcuni furono

¹⁹ V. De Pascalis, *Prove cliniche sull'efficacia anticonvulsiva della dintoina nell'epilessia biopatica*. Materiale non pubblicato.

destinati ai lavori agricoli, altri alla lavanderia e alla cucina, nei padiglioni femminili furono collocate attrezzature per la sartoria, la tessitura, la confezione di calze e il ricamo, e a un gruppo di degenti fu affidato il compito di aiutare costantemente il personale nel tenere puliti e in ordine gli ambienti.

Se la carenza cronica di personale era stata solo in parte arginata dall'assunzione di due nuovi medici assistenti, De Giacomo si spese come poté per migliorare la preparazione dell'organico esistente, organizzando corsi di formazione di cui lui stesso era docente, aperti ad allievi interni ed esterni. Il direttore si impegnò parimenti per dotare l'OPIS di apparecchiature diagnostiche: in ospedale non c'era l'attrezzatura necessaria nemmeno per analisi ordinarie come quelle delle urine, per non parlare dell'impossibilità di svolgere esami radiologici con cui accertare casi di tubercolosi o analizzare traumi di varia natura. L'ostacolo maggiore era trovare lo spazio per ospitare queste nuove attività, che alla fine si decise di collocare in due stanze adiacenti alla direzione. Si creò così, nei locali prossimi alla chiesa e nell'ex convento, un nuovo nucleo di attività strategiche, composto dalla direzione, la scuola per infermieri, i laboratori diagnostico e radiologico, e la biblioteca, che il direttore si era curato di risistemare e aggiornare.

Altro fronte su cui De Giacomo lavorò alacremente fu l'estensione dell'attività dell'OPIS al di fuori delle sue mura, per la diagnosi precoce delle malattie mentali e la loro prevenzione, e per dare continuità di assistenza ai malati già dimessi: venne creato a questo scopo un ambulatorio nei locali della portineria, in cui si svolgevano visite mediche e si distribuivano gratuitamente medicinali.

Per edificare i dipendenti venne istituito un dopolavoro aziendale (siamo in piena epoca fascista), e nel primo padiglione uomini fu messo su un teatrino in cui furono allestite rappresentazioni che suscitarono grande entusiasmo e partecipazione sia tra il personale che tra gli ammalati.

Nell'arco di un solo anno erano stati introdotti molti miglioramenti sostanziali, ma nel 1940, con l'inizio della guerra e di un periodo di generale indigenza, si aprì per l'OPIS una fase di declino, povertà e degrado. De Giacomo e De Pascalis furono richiamati alla armi.

Il Dopoguerra e la ripresa delle attività: le operazioni psichirurgiche, l'elettroshock e l'ergoterapia

Finita la Guerra e rientrati in Ospedale, De Giacomo e De Pascalis trovarono ad accoglierli uno scenario desolante: l'alimentazione dei malati era insufficiente, la biancheria disponibile scarseggiava a tal punto da poter effettuare solo un cambio ogni 15 giorni a un terzo dei degenti, mancava il sapone e il combustibile, per cui non si potevano fare più i bagni né la disinfezione dei letti con la benzina, i parassiti pullulavano dappertutto, c'erano poche dosi di farmaci e garze, e per finire, la macchina dell'elettroshock era guasta. Quell'anno la percentuale dei decessi salì al 15% dei ricoverati, laddove prima della guerra si attestava intorno al 6%, mantenendosi, nonostante tutto, più bassa rispetto ad altri ospedali psichiatrici italiani.

Con l'arrivo degli Alleati e grazie all'impegno dell'Amministrazione Provinciale e del consigliere delegato dell'O.P. si riuscì pian piano a rispondere alle necessità più immediate: si ottennero scorte di farmaci dalla commissione alleata di controllo, l'ordine dei farmacisti, l'ospedale militare, il medico provinciale, e si impose alle famiglie dei ricoverati a pensione di farsi carico dell'acquisto delle medicine per i loro congiunti; venne riparato l'apparecchio dell'elettroshock e sottoposti a terapia molti ricoverati; aumentò l'utilizzo dell'ergoterapia, che venne estesa al 30% dei pazienti, a cui venne dato un ruolo attivo nella ricostruzione, visto il bisogno che c'era di cucire nuove lenzuola, riempire materassi, confezionare maglie e calze, disinfettare tutto l'edificio. Nonostante le ristrettezze continuarono ad allestirsi rappresentazioni nel teatrino dell'ospedale, unica forma di svago per degenti e dipendenti.

In pochi anni le condizioni dell'OPIS tornarono di ottimo livello, con un abbattimento della mortalità e un forte aumento dei ricoveri e delle guarigioni che portarono però il bilancio inesorabilmente in negativo²⁰. L'ospedale tornò ad essere un esempio di efficienza, tant'è vero che nel 1948 De Giacomo venne interpellato dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psichiatria per illustrare una relazione sulla cura della schizofrenia: "Un più alto segno di riconoscimento ufficiale da parte degli studiosi di questa Scienza non poteva essere ambito da questo ospedale, anteposto in tale modo ad una delle maggiori cliniche universitarie d'Italia" (Sinisi, 1994, p. 105).

²⁰ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 2700, B. 564

In quegli anni venne aperta una sezione neurologica a Villa Salento, il numero dei degenti crebbe mentre diminuiva la percentuale dei recidivi (35 - 40%), e la durata media delle degenze era di circa 6 mesi. Quasi la metà dei pazienti veniva sottoposta a trattamento convulsivante, il metodo di cura più utilizzato in quegli anni anche grazie all'acquisto di una seconda macchina. Al riguardo De Giacomo sosteneva: "I risultati più brillanti si sono osservati nelle forme melanconiche, in quelle isteriche e in quelle schizofreniche acute, cosicché in queste psicosi non solo questa terapia è divenuta quella di scelta, ma è da ritenersi colposo il non applicarla, in questi casi, sistematicamente e precocemente, prolungando senza motivo la sofferenza dell'ammalato e non ostacolando il radicarsi della malattia" (Sinisi, 1994, p. 106).

Per quanto riguarda le altre forme di cura, mentre si continuò a praticare la ergoterapia per contrastare la monotonia e la pigrizia della degenza, ci fu un calo nell'uso di terapia convulsivante con cardiazol, mentre tornarono in auge lo shock insulinico (grazie alla maggiore disponibilità di farmaci americani), la malario-terapia, la piretoterapia. Furono sperimentate nuove tecniche più invasive, come la leucotomia, che consisteva nella recisione di fasci di fibre cerebrali per inibire l'agitazione motoria di alcuni pazienti, che non diedero però buoni risultati, ma offrirono l'occasione di studiare più da vicino i meccanismi cerebrali. L'equipe di De Giacomo auspicava una riforma dell'antiquata legge del 1904, che istituiva un regolamento unico, valido per tutti gli ospedali psichiatrici, e fosse d'orientamento anche nella gestione del personale.

In quelli anni si tennero due importanti congressi psichiatrici, uno a Parigi nel 1950, l'altro a Taormina nel 1951, e in entrambi De Giacomo fu applaudito relatore, illustrando i risultati di operazioni psicotomiche effettuate su alcuni degenti dell'OPIS. Di lì a poco si sarebbe chiusa un'epoca: nel 1953 De Giacomo lasciò la direzione dell'ospedale salentino per assumere quella dell'Ospedale Psichiatrico di Genova. Negli anni della sua direzione l'OPIS, pur affrontando mille difficoltà, aveva vissuto uno slancio di modernizzazione e molto era stato fatto per migliorare le condizioni di vita dei pazienti, anche se il loro elevato numero e le ristrettezze di mezzi non sempre rendeva possibile delle cure adeguate. Per un breve momento c'era stata la sensazione che l'OPIS potesse diventare un centro di cura alla pari delle cliniche universitarie, ma la mancanza di fondi e strumenti impedì di fare il salto definitivo.

Dopo la partenza di De Giacomo la direzione dell'ospedale venne affidata in via provvisoria al dott. Bozzi-Corso, finché nel 1954 non venne nominato come nuovo direttore il prof. Zara, che mantenne l'incarico fino al 1966. Zara cercò di migliorare la preparazione specialistica del personale medico promuovendone l'aggiornamento e la partecipazione a convegni. Inoltre, poiché i medici scarseggiavano e si era giunti ormai ad ospitare ben 900 pazienti, ottenne di introdurre nell'ospedale degli specializzandi in psichiatria come praticanti, per dare un supporto allo svolgimento delle mansioni ospedaliere. Alla fine degli anni '50 si sopperì a una mancanza a lungo sofferta: venne dotato l'ospedale di un impianto radio-diagnostico posto sotto la responsabilità del medico Quarta-Colosso, un apparecchio di elettroencefalografia e si attrezzò l'infermeria per poter eseguire piccoli interventi chirurgici.

Questo permise di non spostare gli ammalati in altre strutture per sottoporli a esami e cure, al prezzo di difficoltà logistiche e costi ingenti (Sinisi, 1994, p.118). Inoltre furono costruiti sul lato sinistro del complesso, alle spalle del primo padiglione uomini, nuovi locali per accogliere la cucina e la lavanderia.

Gli anni Sessanta: l'istituzione del servizio di assistenza sociale e la nascita delle prime iniziative ricreative di intrattenimento

All'inizio degli anni '60 l'OPIS di Lecce, anche strutturalmente, iniziava ad assumere quella fisionomia che lo avrebbe caratterizzato fino alla fine degli anni '70, alla vigilia dell'avvento della legge Basaglia.

In questo periodo l'ospedale psichiatrico di Lecce rappresentava sempre più un luogo orientato alla cura e non alla reclusione vitalizia dei pazienti.

Intanto, nel mondo psichiatrico si avvertiva la necessità di una riforma della obsoleta legge del 1904, così come dei sistemi di cura e delle strutture di accoglienza degli ammalati. Si stava

sviluppando una sensibilità nuova verso il mondo della malattia mentale, anche da parte della pubblica amministrazione.

A questa branca della medicina si dedicava sempre più spesso personale medico di alta preparazione, portatore di idee innovative, desideroso di trovare nuovi metodi di cura, più rispettosi della dignità del paziente, e di introdurre negli ospedali psichiatrici un'organizzazione meno rigida.

Intanto anche l'Opis godette di riflesso del nuovo boom economico, che aumentò i mezzi a disposizione della struttura migliorando di conseguenza la qualità della vita dei pazienti e del personale, che ottenne migliori condizioni anche grazie alle lotte sindacali di quegli anni.

Negli anni '60 il problema più pressante che dovette affrontare l'amministrazione dell'Opis fu certamente il sovraffollamento. Gli ammalati ricoverati avevano superato le 1300 unità, e i servizi igienici, così come il personale disponibile, erano sempre più insufficienti. Se da un lato le ultime scoperte farmaceutiche avevano messo a disposizione nuove sostanze trattare le patologie mentali e di rendere i pazienti più docili attenuando i loro accessi violenti (neurolettici, tranquillanti, anti-depressivi), si sentiva comunque la necessità di aumentare lo spazio disponibile al ricovero dei degenti. Così, mentre la sede principale veniva costantemente ristrutturata e migliorata, si avviarono i lavori per adibire lo stabile dell'ex Tessimmarod di Strudà al ricovero di 200 cronici tranquilli. Contestualmente venne istituita a Latiano, nelle vicinanze dell'Istituto medico psico-pedagogico, una colonia agricola dove impiegare un gruppo di circa 50 persone, affiancate da lavoratori agricoli specializzati. Venne potenziata la prevenzione extra-ospedaliera così come l'assistenza extra ospedaliera attraverso l'apertura di nove nuovi ambulatori (Sinisi,1994)²¹. Bisogna comunque sottolineare che se i ricoveri continuavano a crescere, di pari passo aumentavano le dimissioni e diminuiva il periodo medio di degenza. Questo indica un cambiamento nella visione del problema della salute mentale, ma introduceva la questione del reinserimento sociale.

In questi anni si fece strada una lettura sociale, familiare, relazionale del problema della salute mentale e sorse l'esigenza di avviare dei servizi nel territorio per trattare anche questi aspetti, fu per questo che si istituì nel 1961 un servizio di assistenza sociale. Inizialmente le assistenti sociali assunte dall'OPIS furono tre e il loro lavoro consisteva nel compilare schede sui degenti, curare le pratiche a essi relative, fare indagini statistiche e visite a domicilio per verificare in che condizioni economiche e familiari vivesse l'ammalato e se potesse ricevere cure adeguate una volta dimesso. Tra le funzioni delle assistenti sociali c'era anche quella di occuparsi del reinserimento nella società dei pazienti dimessi o dell'accoglienza in strutture specifiche ove necessario, e vigilare sulle cure somministrate a domicilio.

Successivamente, oltre alle tre assistenti sociali, iniziarono a frequentare l'OPIS anche allieve e tirocinanti della scuola superiore di servizio sociale, che portarono nella struttura una ventata di vitalità, migliorando l'intero clima ospedaliero e alleggerendo il lavoro degli infermieri che continuavano a essere pochi rispetto al numero dei degenti (un infermiere per ogni 18/20 pazienti). Iniziano a sorgere le prime attività ricreative e di intrattenimento che tuttora caratterizzano le attività dei servizi per la salute mentale. Si tratta di iniziative che nascono dal lavoro sul campo e non entro un'ipotesi di lavoro fondate su una teoria di intervento, caratteristica che spesso permane anche oggi...

Le giovani studentesse, infatti, oltre a supportare il lavoro delle assistenti in carica si adoperarono a intrattenere gli ammalati con giochi, feste, riunioni, dando importanza alla dimensione umana nel trattamento delle patologie mentali e favorendo tra i degenti la nascita di relazioni e rapporti umani (Sinisi,1994, p. 120).

Gli anni Settanta: la valorizzazione del rapporto umano e il consolidarsi di iniziative ricreative e di socializzazione

Come si è detto, per comprendere e analizzare l'esperienza dell'Opis negli anni Settanta, è stato possibile integrare le informazioni di archivio con le interviste a testimoni-chiave che lavoravano

²¹ *Ivi*, pp. 135-150

nella struttura in quegli anni. Si è scelto di intervistare tre figure professionali²², rappresentative di tre aree professionali presenti nell'Opis: uno psichiatra, un infermiere psichiatrico e un ausiliare socio-sanitario. In tal modo è stato possibile analizzare le dinamiche emozionali che fondavano i rapporti tra gli operatori, e tra questi e i pazienti.

Dalle interviste emergono rilevanti aspetti organizzativi dell'Opis in quegli anni. Tra questi evidenziamo l'organizzazione gerarchica dei rapporti, la cultura prevalentemente fondata sul controllo, l'anonimato dei ricoverati, e al contempo un nucleo valoriale grazie al quale si sviluppano alcune significative esperienze di intensa umanità.

Si delinea l'immagine di una struttura che "definire alienante sarebbe molto più di un eufemismo"(Rollo). Solazzo ammette che la prima sensazione fu molto negativa, quasi uno shock e per qualche attimo ebbe paura di non farcela a lavorare in quel luogo.

Sia Rollo che Solazzo ricordano di essere stati colpiti dalla puzza penetrante di cui le stanze erano impregnate. Solazzo descrive il padiglione come un grande ambiente, con i letti uno accanto all'altro, con le sponde laterali, cui erano assicurati alcuni pazienti, e senza nemmeno un comodino né un armadietto. Nella stessa stanza, ricorda che vi erano i tavoli dove mangiavano i malati. I bagni erano uno accanto all'altro senza soluzione di continuità, "senza nemmeno una parete a separare un bagno dall'altro" Solazzo. Mentre Rollo descrive i pazienti dicendo che non sembravano nemmeno delle persone: ciondolavano in questi reparti enormi, obsoleti e spersonalizzati senza il minimo d'igiene.

La struttura presentava due grandi reparti per l'Osservazione, uno per gli uomini e uno per le donne in cui erano ricoverati temporaneamente i soggetti non recidivi. Questi ultimi, venivano, invece, ricoverati nello stesso reparto da cui erano stati dimessi la volta precedente. Dopo un periodo iniziale di massimo un mese, i pazienti erano sistemati nei sei padiglioni in cui era diviso l'Ospedale: tre destinati agli uomini e tre alle donne. Il secondo padiglione (sia maschile sia femminile) era destinato ai pazienti "pericolosi", recintato e isolato dagli altri.

Savoia spiega che dopo un periodo nel reparto Osservazione, i pazienti venivano mandati nei padiglioni di competenza. "La divisione – aggiunge - non era effettuata per tipologie di patologie, ma per grado di pericolosità. Quelli ritenuti più pericolosi venivano mandati nel secondo padiglione. Faceva eccezione Villa Salento, divenuta poi Villa Libertini. Un reparto isolato, a pagamento, dove venivano ospitati i pazienti facoltosi e privilegiati. Unica eccezione a quest'organizzazione rigida era il reparto "Villa Salento". Si trattava di una struttura destinata ai pazienti a pagamento, tra cui la borghesia leccese. Inutile dire che qui il trattamento, sia logistico che medico, era decisamente migliore". L'Opis aveva poi due reparti di medicina (uno maschile e uno femminile), un grande orto alla fine del vialone centrale dove veniva effettuata l'ergoterapia, una stalla con un caprone utilizzato per gli esperimenti medici, la lavanderia, le cucine, le officine per la manutenzione interna e un cinema. Vi era anche un campo di calcio e, cosa singolare, uno di pattinaggio. Queste strutture però non erano destinate ai pazienti ma al personale sanitario e alle loro famiglie.

Inoltre, essendo l'Ospedale Psichiatrico l'unica struttura di riferimento per le province di Lecce, Brindisi e Taranto, fu realizzata una succursale: Villa Santa Maria (dove oggi si trova la clinica Città di Lecce

L'organizzazione gerarchica

La struttura era organizzata con un modello piramidale: al vertice c'era il direttore, sotto di lui i medici primari, uno per ogni padiglione, poi i medici, i sorveglianti, gli infermieri scelti, quelli semplici e gli ausiliari. I rapporti interni al personale, come abbiamo già accennato, erano fondati su una rigida gerarchia: solo i sorveglianti potevano rivolgere la parola al personale medico, ogni gradino della piramide poteva avere dei contatti solo con i gradini vicini, senza possibilità di operare salti.

La sproporzione numerica era tale che si poteva contare in genere su due medici e quattro infermieri ogni 150-200 ricoverati, anche nel caso del secondo padiglione, dove erano ospitati i

²² Si ringraziano per i preziosi contributi il dott. Marcello Rollo (psichiatra, *Direttore del Centro Salute Mentale della Asl di Lecce*) e i sigg. Umberto Savoia (infermiere psichiatrico) e Fiorentino Solazzo (ausiliare socio-sanitario in pensione).

degenti più pericolosi. Il regolamento interno, per motivi di sicurezza, non concedeva ai medici di avere rapporti personali coi pazienti, di stare in mezzo a loro. Rollo aggiunge che la gerarchia non era solo formale e il rapporto tra il personale dei diversi livelli gerarchici era regolamentato: “il sorvegliante era l'unico autorizzato a parlare coi medici. Solo in sua assenza poteva essere sostituito dall'infermiere scelto. Per gli altri era rarissimo poter rivolgere la parola ai superiori se non interrogati”.

Negli anni Settanta, però, si facevano strada anche i primi tentativi di contravvenire alla gerarchizzazione. Rollo ci dice: “la generazione di giovani psichiatri che assieme a me si affacciò in quegli anni rompe questo schema. Ricordo che un giorno fui convocato dal Direttore dell'epoca il quale mi riferì che ero stato sorpreso a parlare con un ausiliare e mi richiamò per questo ricordandomi che ero un medico e dovevo mantenere la mia posizione. Ovviamente, fu un richiamo che non accettai, proseguendo per la mia strada. E con me molti altri colleghi”.

Lo stesso accadde anche verso i pazienti, dal momento che alcuni medici iniziarono a rendersi conto dell'impossibilità di trattare i problemi dei propri pazienti senza un contatto umano.

La funzione fondamentale degli operatori era orientata al controllo dei pazienti. Gli operatori si trovavano a gestire una grande quantità di pazienti dei quali non conoscevano le storie e spesso neanche i nomi. Solazzo afferma: “Ognuno di noi aveva davanti una massa anonima di centocinquanta o duecento malati, molti dei quali non sapevamo nemmeno come si chiamassero”.

Savoia delinea la funzione dell'infermiere psichiatrico dicendo che rappresentava “l'anello di congiunzione tra il sorvegliante e gli infermieri. La funzione era quasi esclusivamente di vigilanza”, e gli ausiliari: erano “gli unici che entravano un po' in relazione con i malati”. Gli infermieri psichiatrici impartivano le direttive ricevute dal livello superiore della scala gerarchica e gli ausiliari si occupavano di eseguirle o di farle eseguire ai pazienti.

Savoia aggiunge che “a volte la sensazione che si percepiva, nel rapporto con i colleghi, era quella di una caserma: il dialogo era tra pari in grado o, al massimo, con i diretti superiori o sottoposti. Difficilmente si poteva saltare un gradino dell'organizzazione, a meno che non fosse per necessità urgenti o per attività particolari. E comunque, era sempre il superiore in grado a rivolgere la parola al “grado” più basso. Però non era raro riuscire a stabilire un contatto preferenziale con qualcuno di loro. Io, per esempio, mi sono sempre sforzato di stare quanto più vicino possibile ai malati. E spesso sono riuscito ad avere un rapporto diretto con loro, dettato più da simpatie e volontà personale che da indicazioni terapeutiche.

Solazzo delinea la funzione dell'ausiliare come dedita alla “cura spicciola dei malati e dei loro ambienti. I miei colleghi e io eravamo le persone più vicine ai pazienti. Noi eravamo quelli che fisicamente e più spesso entravamo in contatto con loro. Fui assegnato al secondo padiglione uomini. Lì ci occupavamo della sorveglianza, assicurandoci che non litigassero, che non fossero sporchi, che mangiassero e che fossero accompagnati nelle varie incombenze quotidiane che svolgevano come automi, come truppe allineate. I primi anni '70, gli ordini di servizio ci venivano assegnati dagli infermieri, ai quali noi facevamo riferimento per ogni cosa. Raramente ricordo di aver avuto colloqui con i sorveglianti (che spesso erano chiusi nelle loro stanze) e quasi mai con i medici”.

Il confronto con i recenti studi sulla cultura degli attuali servizi per la salute mentale evidenzia tracce di questa esperienza: infatti la cultura gerarchica è tuttora una delle peculiarità dei servizi assieme a quella valoriale/ideologica che caratterizza prevalentemente gli infermieri nei CSM (cfr. Studio sui CSM e sugli SPDC).

Il controllo

Il controllo era l'elemento fondante la cultura. I tre intervistati, infatti, ci aiutano a capire come il controllo improntava tutta l'organizzazione della struttura.

Per Rollo, l'Opis “era organizzato come sono organizzate tutte le *istituzioni totali* dove è importante esercitare un controllo sulle persone perché ritenute pericolose. Questo controllo, esercitato durante tutta la giornata, richiedeva un'organizzazione capillare e fortemente gerarchica. Gli infermieri erano organizzati in tre turni; a ogni cambio c'era la conta dei pazienti: venivano fatti sfilare uno a uno e contati poggiando loro una mano sulla spalla”. Soltanto a pochi pazienti era consentita l'uscita fuori dai padiglioni, lungo il viale centrale, e ad alcuni era permesso girare da

soli in orari prestabiliti, altri, invece, dovevano essere accompagnati. In quegli anni per le persone ritenute idonee erano previste delle sperimentazioni che prevedevano le uscite esterne alla struttura. Questi tentativi erano burocraticamente molto complessi per il continuo richiamo alla responsabilità, al pericolo cui si sarebbe potuto andare incontro facendo uscire un paziente all'esterno. Rollo ritiene che il clima costrittivo fosse un elemento particolarmente significativo: "il personale, soprattutto gli infermieri, ma anche qualche medico, viveva in un'atmosfera di timore. Erano molto vincolati al rispetto e all'osservanza delle regole rigide che vigevano. Ovviamente c'erano delle eccezioni importanti e significative, soprattutto tra alcuni medici che già da molti anni si assumevano la responsabilità di far uscire i pazienti, cogliendo in anticipo sui tempi l'importanza del contatto umano nella terapia psichiatrica. La paura della responsabilità però c'era ed era pesante. Capitava spesso, per esempio, che dopo aver deciso di far uscire un gruppo di pazienti mi arrivasse una lettera, spedita per conoscenza anche alla Procura, in cui la Direzione ribadiva che la responsabilità di tale decisione era totalmente mia".

Così orientata al controllo, l'Opis "non metteva al centro i pazienti né aveva come scopo la loro cura, ma si limitava al controllo" (Rollo). La struttura e l'organizzazione in sé non permettevano contatto umano con il paziente fondamentale per la cura. Basti pensare al rapporto numerico: due medici e al massimo quattro infermieri ogni 200 pazienti che rendeva di fatto difficilissimi i rapporti tra il personale e i pazienti. Rollo segnala questo aspetto come particolarmente problematico dal momento che la psichiatria è una disciplina che non può prescindere dalla relazione umana col paziente. Lo psichiatra sostiene che l'unico modo per provare a superare il limite dato dalla numerosità dei pazienti fosse di "non fare ambulatorio e stare in mezzo a loro". Anche questo però non era semplice perché gli infermieri cercavano di impedire il contatto tra medici e pazienti per ragioni di sicurezza. Rollo racconta di aver faticato per poter accedere a soggiorno centrale dove tutti i pazienti si radunavano per vedere la tv e far capire agli infermieri che non era in pericolo, ma che solo così poteva assolvere al dovere di medico.

La valorizzazione del rapporto umano e le iniziative ricreative e di socializzazione

La valorizzazione del "rapporto" con i pazienti nacque sul campo e proveniva sia dagli psichiatri sia dal resto del personale che aveva un contatto quotidiano e diretto con i pazienti. Negli anni Settanta proseguono e diventano più strutturate le esperienze ricreative e di intrattenimento, e anche quelle di ergoterapia.

L'edificio negli anni viene ingrandito e modificato in base al numero crescente dei ricoverati e al cambiamento culturale che attraversa l'ospedale. Accanto a tutte le strutture fondamentali per il suo funzionamento basilare, come le cucine, la lavanderia, i laboratori diagnostici, fu realizzato anche un orto, utilizzato per l'ergoterapia, un teatro e un cinema per intrattenere pazienti e personale, e strutture ricreative sportive tra cui un campo di calcio. In quel periodo nel primo padiglione, il professore Rodolfo Belsanti provò una serie di "esperimenti" lavorativi e ludici che prevedevano il coinvolgimento dei pazienti e la partecipazione attiva degli operatori (Solazzo). Qui fu costituita una squadra di calcio di cui fecero subito parte tre pazienti. La squadra in cui giocavano lo stesso Solazzo (che ce ne parla) e il prof. Belsanti si allenava e giocava nel campo dell'Opis. Mentre gli altri pazienti erano autorizzati a turno ad assistere alle partite ufficiali e agli allenamenti. Oltre alle partite di calcio si facevamo dei piccoli lavori di manutenzione con l'aiuto dei pazienti. A tal proposito Solazzo ricorda, per esempio, che gli fu affidato il compito di ridipingere la recinzione dell'intero Ospedale e che mi fu dato il permesso di scegliere un gruppo di pazienti per lavorare assieme. In realtà, l'obiettivo non era il lavoro, ma proprio il loro coinvolgimento. Infine alcuni pazienti, chiamati "lavoratori", si prendevano cura dell'orto dell'Opis.

Momenti di umanità

Savoia: - Devo dire che il manicomio era un ambiente duro. Tuttavia la solidarietà e l'umanità che i pazienti stabilivano tra di loro mi ha molto impressionato. Ricordo in particolare due episodi significativi, legati ad altrettanti pazienti che assistevo io.

Ad un certo punto, ci accorgemmo in mensa che spariva il pane. Dopo una serie di "indagini" scoprii che un paziente del secondo padiglione, uno di quelli considerati più pericolosi, lo nascondeva sotto il camice per poi distribuirlo ai suoi compagni costretti a letto dalla terapia. Fu una cosa molto emozionante.

L'altro episodio ancora mi commuove: avevo fatto amicizia con un altro paziente di quelli "pericolosi", il quale dopo anni di silenzio e di stato quasi catalettico, piano piano cominciò ad avere fiducia in me fino a raccontarmi tutta la sua vita. Era stato ricoverato in manicomio con la moglie incinta di qualche mese, e non aveva mai visto sua figlia. La famiglia, negli anni che seguirono il suo ricovero, non era mai andata a trovarlo. Così, un giorno, decisi di prendermi io la responsabilità: chiesi tutte le decine di autorizzazioni necessarie (tra cui al mio primario la prof.ssa Bianca Gelli e il Direttore Sinisi che autorizzò l'autista del manicomio ad accompagnarci) e partimmo per Brindisi, la sua città, tra i commenti di molti miei colleghi che ripetevano "Chi te lo fa fare? Perché ti prendi tutte queste responsabilità?". Lungo la strada ci fermammo in un bar; gli prestai 10.000 lire dicendogli di comprare quello che voleva per sua figlia. Lui prese delle caramelle. Arrivati nella sua casa, io e l'autista dovemmo tranquillizzare la moglie che non stavamo riportandole il marito ma che si trattava solo di una visita di poche ore. Lui, appena intravista una ragazzina di circa 4 anni, le corse incontro abbracciandola in silenzio. La tenne a sé per qualche minuto mentre gli altri parenti si affannavano a giustificarsi per non essere mai venuti a trovarlo.

Lui li ignorò completamente. Dopo un po' si alzò e mi disse: "Ora possiamo andare. Sono l'uomo più felice del mondo. Volevo conoscere mia figlia e degli altri non mi importa nulla".

Le racconto questo per dimostrarle quanti pregiudizi, da parte della società e dei familiari stessi, esistevano nei confronti di questi malati. Fu una lezione per medici, assistenti sociali, infermieri.

Purtroppo non era solo il manicomio a limitarsi alla contenzione dei pazienti, ma l'intera società che li preferiva confinati ai margini.

Conclusioni

Il recupero di questa esperienza fa riflettere amaramente sugli esiti della attuazione della cultura del controllo e dell'espulsione dalla società della diversità, tuttora molto spesso invocata.

Nell'ultima fase dell'esperienza manicomiale, l'intervento entro la salute mentale da una parte è medicalizzato e utilizza la farmacoterapia, dall'altra inizia a farsi strada il trattamento di tipo ricreativo-sociale. Queste due anime caratterizzano tuttora l'intervento nella salute mentale, specie in Puglia, così come approfondiremo nel seguito di questo lavoro.

Va detto che negli anni la cultura dell'Opis resta fortemente ancorata al mandato di tutela dalla pericolosità delle persone con problemi di salute e i trattamenti medici mutano con il progredire della farmacologia, ma restano orientati a mantenere il controllo su queste persone, a renderle gestibili.

Nel corso della storia, grande assente sembra una lettura psico-sociale dei problemi di salute mentale. Il dato non stupisce se si pensa che la psicologia, negli anni, ha rinunciato alla possibilità di fornire un apporto all'analisi di tali fenomeni, rifugiandosi nella nicchia dell'intervento psicoterapeutico che spesso si è focalizzato sull'individuo in sé, considerato avulso dai contesti di convivenza. Non si utilizza un modello di intervento psico-sociale orientato ad intervenire nella relazione tra individuo e contesto (familiare, lavorativo, amicale etc.) in cui si sviluppa la crisi psichiatrica.

In questa sede è interessante notare, inoltre, che le due anime (il trattamento medicalizzato e l'intrattenimento) si sviluppano in ambiti completamente differenti: la prima nasce negli ambienti del sapere scientifico, la seconda si sviluppa sul campo, è sollecitata dalle esperienze di rapporto quotidiano con i pazienti con problemi di salute mentale e viene orientata da considerazioni di buon senso o risente degli influssi provenienti dall'area sociologica. Ciò è particolarmente significativo se si pensa che la sociologia fornisce strumenti per l'analisi dei fenomeni sociali, ma non ha una teoria della relazione tra istanze individuali e contesti sociali né, soprattutto, una teoria dell'intervento. In altre parole, si può dire che si avviarono delle iniziative che si riteneva potessero essere utili, non sulla base di una teoria che permettesse di collegare tali esperienze con le ipotesi sui problemi.

Nella seconda parte di questo lavoro ci occuperemo di confrontare le considerazioni emerse dal recupero di memoria storica sull'esperienza dell'OPIS con la riflessione attuale sul funzionamento dei servizi per il trattamento di problemi di salute mentale.

Bibliografia

Carli, R., & Ambrosiano, L. (1982). *Esperienze di psicosociologia*, Milano: FrancoAngeli.

Benthan, J. (2002). *Panopticon ovvero la casa di ispezione*. Venezia: Marsilio.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. (2009). *La domanda di psicologia e la sua analisi*. Atti del convegno "Psicologia: la domanda della committenza e le esigenze formative", Firenze, 22 maggio.

Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.

Cerletti, U. (1940). L'elettroshock. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1, 209-310

Foucault, M. (1977). *Storia della follia nell'età classica*, Milano: Rizzoli.

Mazzeo, A. (1981). L'assistenza psichiatrica nella provincia di Lecce prima e dopo la legge n° 180 del 13/05/1978. *Folya Neuropsychiatria*, 1-2, 225-245.

Pagano, P. (2009). Il modello medico in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 2, 242-253.

Paniccia, R.M., Di Ninni A., & Cavalieri P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95.

Sinisi, L. (1994). *Cronaca raccontata di una istituzione psichiatrica*. Cavallino (LE): Capone Editore.

Work addiction: quando il lavoro diviene una dipendenza

di Roberto Pani* e Samanta Sagliaschi**

The well-dressed addiction (la dipendenza ben vestita)

Nel panorama delle dipendenze patologiche la *work addiction*, o dipendenza da lavoro, è una tra le più attuali e pericolose forme di dipendenza senza uso di sostanze, avente per oggetto un'attività che fa parte del normale svolgimento della vita quotidiana di una persona (Harpaz & Snir, 2003). La *work addiction* viene anche denominata *workaholism*. Il termine *workaholism*, o ubriaco da lavoro, nasce negli Stati Uniti (Oates, 1971) e deriva dalla stretta analogia che tale patologia ha con l'alcoldipendenza; infatti, il comportamento del *workaholic* è molto simile a quello dell'alcolista (Mentzel, 1979). Robinson (1998) si riferisce alla dipendenza da lavoro definendola *the well-dressed addiction* (la dipendenza ben vestita) perché costituisce un fenomeno pervasivo, ma non riconosciuto dalla società. Secondo l'autore si tratta di un disturbo ossessivo-compulsivo che si presenta mediante richieste autoimposte, un'esagerata dedizione al lavoro fino all'esclusione delle altre attività della vita. Il tratto specifico della dipendenza da lavoro, in rapporto alle altre dipendenze senza uso di droga, è quello di non fare riferimento a un oggetto abituale di gratificazione immediata e diretta, bensì è un'attività che esige il compimento di uno sforzo per ottenere un prodotto o un servizio, in cambio del quale si riceve una remunerazione economica o un altro tipo di gratificazione (Alonso-Fernandez, 1996). Il lavoro diventa uno stato d'animo, una via di fuga che libera il soggetto dall'esperire emozioni, responsabilità, intimità nei confronti degli altri (Lavanco & Milio, 2006).

Il *workaholism* sembra riguardare maggiormente il genere maschile, sebbene il numero delle donne colpite da questa dipendenza sia in continuo aumento (Guerreschi, 2009).

Possiamo individuare tre fasi di sviluppo della patologia (Fassel, 1990; Guerreschi, 2005):

- *fase iniziale* (uso – piacere – abuso). La dipendenza dall'attività lavorativa s'instaura come un'abitudine all'eccesso di ore dedicate a lavorare e per un cambiamento dello stile di vita, che viene gestito in base ai ritmi di lavoro. Il lento e progressivo assorbimento lavorativo porta ad allontanarsi emotivamente dal contesto familiare e sociale. Trascurando i familiari o altri interessi, nascono sensi di colpa che però non vengono ammessi ("lavoro molto affinché la mia famiglia ed io possiamo avere tutto ed essere felici", illusione in cui il dipendente ha bisogno di credere). Possono emergere disturbi fisici (come mal di testa, mal di stomaco, disturbi circolatori, disturbi cardiaci) e psichici (come disturbi della concentrazione, lieve depressione, paure infondate) che vengono ignorati dedicandosi sempre più al lavoro;

- *fase critica* (abuso – comportamento evasivo – assuefazione). Il soggetto accumula lavoro e si sente inutile se non è sotto pressione, si allontana dalle relazioni affettive e dalla vita sociale, incomincia a esaurire le forze fisiche, sperimenta vuoti di memoria e disturbi del sonno. Il dipendente cerca delle giustificazioni per motivare la sua eccessiva dedizione al lavoro. L'essere ammirati e compatiti dagli altri per il molto lavoro rafforza l'autostima e riduce i sensi di colpa. Aumentano l'aggressività e l'impazienza verso i colleghi di lavoro. Il quadro clinico può peggiorare fino all'instaurarsi di problemi di salute seri e cronici;

- *fase cronica* (assuefazione – dipendenza). È accompagnata da un ulteriore ampliamento del tempo dedicato al lavoro, da un atteggiamento estremamente duro verso i colleghi che non

* Professore di Psicologia Clinica - Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, membro della società italiana e europea di psicoterapia psicoanalitica e didatta della Coirag e Società It . Psicodramma Analitico. 5 - 40127 Bologna; roberto.pani@unibo.it

** Psicologa, docente di Strumenti per la formazione professionale, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Bologna-Polo di Rimini. Per la corrispondenza relativa all'articolo: Prof. Roberto Pani, Viale Berti Pichat 5 - 40127 Bologna; roberto.pani@unibo.it

condividono uno stile lavorativo analogo, e dall'utilizzo di stimolanti o calmanti. Possono manifestarsi malattie organiche e disturbi psichici gravi.

In Giappone è stato osservato un fenomeno definito *karoshi*, che è stato collegato allo stress da lavoro. Si tratta della tendenza di numerose persone, sottoposte a condizioni lavorative eccessive o nocive, a sviluppare patologie cerebrovascolari o cardiache gravi; alcune di esse sono decedute, anche in modo inaspettato, per problematiche ischemiche o infartuarie (Hamajima, 1992).

Indicatori della work addiction risultano essere (Guerreschi, 2009):

- compulsione lavorativa che si evidenzia con persistente e ripetuto abuso lavorativo e con dedizione abituale superiore alle dodici ore quotidiane, e nei periodi designati di vacanza;
- pensieri e fantasie costanti su nuovi modi di risolvere dei problemi sul lavoro o di conseguire successi in tale campo;
- crisi di astinenza, con sensazione di vuoto, angoscia o irritazione quando si è lontani dal lavoro, come accade durante le festività;
- tendenza a non assentarsi mai dal lavoro, neanche per malattia;
- preoccupazioni ricorrenti riferite a tematiche lavorative;
- manifestazioni o vissuti di paura di perdere il lavoro;
- incapacità di staccare, con diradamento degli svaghi e degli hobby e tendenza a occupare i weekend e i momenti liberi con l'aggiornamento o con letture e piccoli lavori. Sovente questo atteggiamento è accompagnato da disprezzo nell'osservare gli altri divertirsi e dedicarsi ad attività di svago abituali;
- incubi relativi a errori o insuccessi sul lavoro.

La dipendenza da lavoro è caratterizzata da (Guerreschi, 2009):

- accentuata compulsione lavorativa, con crisi di lavoro notturno o ininterrotto per giorni;
- problemi familiari legati a mancanza di comunicazione, ad atteggiamenti autoritari e ad un mancato ascolto delle continue richieste di essere maggiormente presente. Tali problemi dopo anni di dipendenza da lavoro possono essere anche una delle cause che conducono a separazioni e divorzi;
- isolamento sociale;
- problemi relazionali cronici con colleghi, superiori o dipendenti;
- sindrome da stress lavorativo che può degenerare in disturbi psicologici e fisici più gravi (quali depressione, ansia, alcoolismo, disturbi cardiaci);
- burnout o sindrome dell'esaurimento emotivo¹;
- polidipendenza che può essere caratterizzata dall'uso di farmaci stimolanti, eccessive dosi di caffè per ridurre le ore di sonno, al fine di destinarne un maggior numero al lavoro, o ancora dall'uso di alcool o altre sostanze anche illegali.

Identikit del work addice

La struttura di personalità del workaholic appare rigida, perfezionista. L'ansia, un'inadeguata regolazione nella gestione del tempo e del lavoro stesso, una bassa autostima caratterizzano la persona dipendente. La vita intera è centrata sul lavoro con conseguente pesante riduzione del tempo libero da dedicare ad altro. Alla fine il tempo libero viene completamente assorbito dal lavoro e non c'è più alcuna pausa, divertimento, affetto, interesse. Il workaholic necessita di prove tangibili che attestino il suo operato; il suo valore personale deriva dalla somma delle cose che fa;

¹ Il burnout riguarda un distress avente, in genere, anche altre origini. Si tratta di una conflittualità che si manifesta all'interno del contesto di lavoro. Il burnout nasce come sofferenza per la riproduzione di vissuti dell'individuo, ad esempio a causa di antichi conflitti familiari che il soggetto rivive nel contesto di lavoro: certe dinamiche conflittuali vengono in lui riattivate da personaggi che ricordano autorità sentite come angoscianti.

si concentra perlopiù sui risultati che bisognerebbe raggiungere affinché tutti, lui compreso, possano avere chiari i suoi meriti (Porter, 1996).

Il dipendente da lavoro giudica severamente ogni suo minimo errore. I feedback positivi da parte degli altri che ne riconoscono i meriti, entrano in conflitto con la percezione che ha di sé, cosicché devono essere adattati al suo sistema di credenze. Pertanto, ciascuna situazione che confuta il convincimento circa la propria inadeguatezza viene trascurata o disconfermata e non entra a fare parte dell'esperienza personale. I giudizi positivi vengono cioè riorganizzati in un pensiero negativo (Killinger, 1991). La condotta compulsiva sembra motivata da una profonda insicurezza del Sé circa le proprie qualità in ambiti differenti dal lavoro, dal sentirsi inadeguati di fronte alle aspettative altrui. Il lavoro funziona, pertanto, come un rifugio in cui potere esercitare il controllo della situazione sentendosi efficienti (Guerreschi, 2009).

Il workaholic avverte la forte necessità di dedicare la sua vita e il suo tempo al lavoro a costo di ridurre o eliminare del tutto la sua vita relazionale, affettiva, familiare e personale. Il dipendente vive per il suo lavoro e si sente desolato, vuoto, angosciato o irritabile quando ne è lontano, come succede nei giorni festivi e nei fine settimana. Pensa giorno e notte al lavoro, si sforza di trovare soluzioni ai problemi inerenti a esso, che siano reali o immaginari, soffre di incubi su supposti errori commessi sul lavoro.

L'elemento della vita che generalmente si altera più precocemente, a causa della dipendenza da lavoro, è il contesto familiare. Il workaholic tende a comportarsi in modo autoritario in famiglia e percepisce il coniuge come un estraneo, un accessorio; ne consegue un serio deterioramento della sfera affettiva che induce aridità, apatia, cinismo e indifferenza tra i coniugi. Il lavoro ha un effetto anestetizzante sia sulla sfera emotiva che lo rende distaccato e insensibile, sia sull'attività sessuale che si riduce o si annulla (Doerfler & Kammer, 1986; Robinson, 1999). Di rado la famiglia riesce a comprendere la condotta del workaholic e a fornirgli il necessario sostegno. La sofferenza della famiglia è connessa a un sentimento di trascuratezza, solitudine, abbandono e le proteste dichiarate vengono vissute dal dipendente da lavoro come segno di rifiuto e ingratitudine. Mentre il coniuge ha la possibilità di separarsi o divorziare, i figli sono costretti a vivere fino alla maggiore età la situazione logorante di un genitore workaholic. Danneggiati da questo, vengono definiti codipendenti e si possono verificare differenti situazioni: a) il figlio non si accorge del disturbo del genitore e lo vive come normalità; b) il figlio se ne accorge sin dall'infanzia e adotta i più svariati comportamenti adattativi. In questo caso la presenza del workaholic costringe il figlio a un riadattamento dinamico in termini di tempo, di restringimento dell'investimento socio-relazionale, di spesa economica e soprattutto d'investimento di energia mentale, con una generale maggior presa di responsabilità da parte di questo. Egli adotta un progressivo congelamento dei sentimenti per garantirsi la sopravvivenza nel medio-lungo termine (Burke, 2006).

L'assenza di valutazione delle proprie capacità, il pensiero rigido, l'orientamento esterno, il comportamento ossessivo vengono riproposti nell'ambito lavorativo. Il rapporto del dipendente con i suoi subordinati e colleghi diventa tirannico e collerico. Il soggetto dipendente, non essendo consapevole di ciò che sente, è privo di capacità empatica e attua condotte insensibili verso gli altri. Ciò compromette la possibilità di instaurare una relazione intima. Il bisogno di controllarsi e di controllare gli altri lo induce a mantenere una posizione dominante all'interno delle relazioni, perdendo la capacità di essere aperto agli altri (Lavanco & Milio, 2006). Sottolineiamo che il work addicted può sperimentare sbalzi d'umore: stati depressivi profondi e stati di massima euforia, (disturbi bipolari).

La perdita del controllo degli spazi e dei tempi del lavoro appare totalizzante: non esistono più regole, l'addicted incontra grave difficoltà nel riconoscere la dipendenza che si è impadronita di lui e lo governa. Il dipendente da lavoro pensa di dover fare sempre di più perché è imperativo fare tutto. La negazione del problema viene esplicitata attraverso affermazioni tese a evidenziare un forte attaccamento etico al lavoro. Senso del dovere, piacere per il proprio lavoro sono le giustificazioni più frequenti addotte da un workaholic.

Il lavoro, l'essere impegnato non lasciando nemmeno qualche occasione di tempo libero, diventa unico propulsore e strumento di affermazione della propria identità. Il work addicted è un soggetto sempre saturato da impegni ed è orientato a cercare sicurezza nella carriera e nel successo, ma alcune caratteristiche della sua personalità compromettono seriamente la validità del suo lavoro:

ha difficoltà a relazionarsi in un team di lavoro con altri colleghi, è perfezionista², e ciò può comportare una perdita di efficienza, gestendo male il tempo d'impiego nello svolgimento del lavoro e dedicando eccessiva importanza ai dettagli nell'esecuzione del lavoro stesso.

Ipervaluta se stesso, è ipercritico con i colleghi, l'adesione al lavoro è rigida, non sa delegare nulla agli altri, è presenzialista, ipervigilante, orientato al controllo.

Una caratteristica estremamente singolare della dipendenza da lavoro è che essa si instaura a partire da ricompense secondarie, ossia dal piacere indiretto prodotto dall'azione lavorativa protratta e ripetuta, un fattore che permette di comprendere come mai si riesca a diventare dipendenti da un'attività che raramente produce anche qualche ricompensa primaria o diretta. Non tutti i dipendenti da lavoro sono masochisti, dal momento che questo modo di manifestare tendenze autopunitive sembra piuttosto raro. La seconda implicazione della caratteristica principale della dipendenza dal lavoro è che questa forma di dipendenza è possibile nelle persone nelle quali si è sviluppato il cosiddetto processo secondario, ossia la capacità di rinunciare a un piacere attuale in prospettiva di una ricompensa futura, un aspetto che fa indurre la presenza nei dipendenti di una certa maturità psicologica rispetto alla gestione dei bisogni e delle mete, un aspetto che spesso manca o è carente in altri tipi di dipendenze.

Una porzione di piacere diretto e immediato, tuttavia, è spesso presente e rappresenta un fattore che consolida l'atteggiamento di completa dedizione al lavoro; esso è frequentemente rappresentato dalla passione per l'attività stessa, per un settore o per una disciplina, come accade a certi professionisti che spendono interamente il loro tempo libero in attività legate alla propria professione, come letture e aggiornamenti.

La dipendenza lavorativa è connotata dall'esclusività del lavoro, oltre che nella vita reale, soprattutto in quella mentale di una persona. La persona si rappresenta solo attraverso tale bisogno. Nella work addiction manca il desiderio e il progetto di fare qualcosa che sempre viene giustificato e razionalizzato raccontando a se stesso che non è possibile attuarlo a causa degli impegni lavorativi.

Ciò che contraddistingue psicologicamente un workaholic si rivela come mancanza di volontà nel trovare momenti di stacco, la mancanza di segni di sofferenza nel sacrificio al lavoro e la conseguente presenza di un'idea del vivere per lavorare che ha sostituito quella del lavorare per vivere, ovvero del dedicarsi anche ad altre attività (Heide, 2003; McMillan, O'Driscoll, Marsh & Brady, 2001; Machlowitz, 1980; Pani & Sagliaschi, 2008; Poppelreuter, 1997; Robinson, 1989; Rohrllich, 1981).

Sovente nei casi di work addiction si riscontra una familiarità. I dipendenti hanno avuto caregiver molto dediti al lavoro e poco propensi alla cura della famiglia, assenti dai problemi dei figli, riducono l'espressione emotiva e affettiva dei componenti della famiglia e tendono a trasmettere ai figli la condizione di ansietà e stress (Guerreschi, 2005).

Prevenzione e tecniche d'intervento

La scuola potrebbe rappresentare un efficace strumento di educazione e prevenzione, avvertendo i giovani sui rischi che determinate condotte socialmente accettate, come il lavoro, possono comportare. L'informazione dovrebbe estendersi anche a livello del gruppo familiare, al fine di informare che cos'è la work addiction, come riconoscerne la sintomatologia, sottolineando le gravi conseguenze che può avere nella vita di una persona (Schaeff & Fassel, 1989).

Pensiamo che la dipendenza da lavoro oggi sia ancora un fenomeno sottovalutato e poco riconosciuto nell'ambito del disagio psicologico e da ciò ne deriva che essa viene diagnosticata solo quando è associata ad altre problematiche psichiche o fisiche, uno stato di cose che al momento consente perlomeno una diagnosi in fase avanzata, magari in seguito a infarti o ad altre gravi malattie, per le quali viene prescritto un assoluto riposo lavorativo. I workaholic sono attratti dalla loro attività anche in casa o in vacanza, e difficilmente riescono ad ammettere di avere un problema che va affrontato seriamente per ridimensionare il loro rapporto con il lavoro.

² Il perfezionismo equivale ad astrattezza e diventa un bisogno ossessivo irraggiungibile per tacitare gli interlocutori interni che perseguitano l'addicted, proponendogli di raggiungere l'impossibile, un impossibile che lo inchioda a un circolo vizioso.

Poiché spesso i primi a segnalare il disagio sono i familiari, una diagnosi precoce potrebbe iniziare anche nell'ambito del trattamento dei problemi familiari o di coppia, in cui la dipendenza da lavoro può giocare un ruolo negativo decisivo (Robinson, Flowers & Ng, 2006; Robinson & Post, 1995).

La maggior parte delle persone arriva all'osservazione clinica quando ha già sviluppato da diversi anni il comportamento di abuso con ripercussioni nei diversi ambiti di vita del soggetto. Allo stato attuale la valutazione psicodiagnostica della condotta addittiva si avvale di osservazione, colloquio, raccolta anamnestica, somministrazione di strumenti di misura del fenomeno come il *Work Addiction Risk Test (WART)* di Robinson (1989), la *Workaholism Battery (WORK-BAT)* di Spence e Robbins (1992), la *Schedule for Nonadaptive Personality Workaholism Scale (SNAP-WORK)* di Clark (1993) specifici per la condotta addittiva.

Trattandosi di una problematica complessa, non è stato individuato un trattamento standardizzato o d'élite per il trattamento del workaholism, e pensiamo possa essere utile un intervento integrato, multimodale. Nel trattamento terapeutico della dipendenza da lavoro riteniamo fondamentale lavorare sulla ristrutturazione cognitiva, sulla costruzione della motivazione al cambiamento, sul recupero delle emozioni e sulla capacità di comunicazione emotiva, sull'autostima, sulla tendenza all'autodistruzione, sulle relazioni affettive, di coppia e familiari.

Il percorso psicoterapeutico dovrebbe includere (Pani & Sagliaschi, 2010):

- spesso un trattamento farmacologico con un modulatore del tono dell'umore, per gestire la componente compulsiva e la ricerca in modo ossessionante del lavoro;
- la psicoterapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia psicodinamica individuale e la psicoterapia di gruppo (ad esempio, lo psicodramma psicoanalitico) centrate in ogni caso sull'aiutare il paziente a sperimentarsi in specifiche abilità comunicative come empatia, sensibilizzazione all'autoanalisi, apertura relazionale; importante l'incentivare la capacità di identificare, riconoscere e poi esprimere le emozioni, mentalizzare e regolare gli affetti usandoli nell'ambito delle relazioni personali in modo adeguato mirando a una maggiore autonomia interiore, e non solo all'apparente indipendenza. Questi trattamenti dovrebbero, inoltre, proporsi di superare la struttura lineare e monotematica del paziente, allo scopo di giungere alla formazione di una modalità circolare e pluritematica di pensare che consenta di colmare il vuoto che egli tenta di coprire con la dipendenza;
- la terapia familiare e di coppia può essere utile per ricostruire la comunicazione, reintegrare la fiducia tra i soggetti e favorire l'intimità tramite la condivisione emotiva;
- i gruppi di auto-aiuto consentono alla persona di sperimentare il senso di appartenenza, l'importanza di vivere delle relazioni interpersonali, fanno vivere gli altri come interessati ad aiutarla consentendole di instaurare relazioni autentiche.

Gli interventi psicoterapeutici dovrebbero avere, a nostro avviso, i seguenti obiettivi:

- autorivelazione di Sé;
- aumento dell'introspezione (attraverso il *working through*, consistente nell'avviare un processo di elaborazione che, all'interno di Sé, permetta le connessioni tra piani e contesti situazionali guidati da un senso ancora sconosciuto e inutilizzato, allo scopo di sentirsi autonomi e armonici con se stessi);
- favorire l'elaborazione e l'integrazione delle esperienze traumatiche, nel fare questo è fondamentale che lo psicoterapeuta rappresenti una base sicura (Bowlby, 1988) che permetta al soggetto di sperimentare un senso di fiducia rispetto all'esperienza di cura;
- aiutare il workaholic a costruire all'interno di Sé quel senso di stabilità che consenta di rinunciare al bisogno coercitivo della coazione a ripetere, attraversare con fiducia il mondo esperienziale, prendere consapevolezza dei motivi che hanno portato alla dipendenza;
- promuovere la capacità a gestire gli eventi e le problematiche quotidiane;
- sviluppare una capacità di intimità con se stesso e con gli altri, apertura verso gli altri, acquisizione di competenze comunicative e sociali;
- confronto e relatività per moderare il senso onnipotente di assolutismo con il quale vengono valutate le cose reali;
- interpretazione della propria soggettività;
- prevenire le ricadute mediante l'identificazione degli stimoli attivanti e dei sintomi, apprendere le strategie di evitamento delle ricadute;
- comprendere il processo di dipendenza ed esserne consapevoli;
- strutturazione dell'autostima, formazione e potenziamento del vero Sé con il suo significato e assunzione di responsabilità delle proprie azioni;
- avere una visione del gruppo come di una unità di Sé (*group as a whole*) accorgendosi che gli altri, pur essendo diversi, hanno con noi in comune molte dinamiche, anche se non sempre consce. Per questo lo

psicodramma psicoanalitico si è rivelato assai utile e conveniente con la patologia compulsiva. Nel gruppo di otto/dieci persone lo psicoanalista favorisce gli aspetti sopraelencati. Questo miglioramento può avvenire nel promuovere un processo intersichico e intrapsichico. Il gioco che viene messo in scena rappresenta un tema che tutto il gruppo condivide, e per questo favorisce risposte indirette e l'ascolto delle proprie emozioni, permette di diventare protagonista e non rimanere soltanto a guardare passivamente (posizione infantile dello spettatore). Il corpo, che rappresenta il Sé, l'essere visti, si esprime e trova piacere nel captare alternative al proprio senso di impotenza, cerca di liberarsi dalla schiavitù della coazione a ripetere tipica della compulsività e dell'ossessione (Pani, 2007).

*Esempio clinico*³

Giorgio, 42 anni, viene in psicoterapia con l'intento di seguire, con due sedute settimanali, il percorso che dovrebbe aiutarlo a sentire qualcosa di più autentico in se stesso, per liberarsi da quella che lui riconosce come prigionia dal lavoro. Giorgio è un commercialista che si occupa di seguire alcune industrie a livello fiscale. Quando è in seduta riesce unicamente a parlare del suo lavoro, delle preoccupazioni per i suoi clienti. Non si rilassa e appare contratto, deve controllare ogni mia espressione. La maggior parte delle sedute viene saltata perché il paziente dichiara di essere intrappolato da riunioni che non gli consentono di essere disponibile al nostro lavoro. Sento che Giorgio non è autenticamente interessato a uscire dalla sua prigionia, pur rendendosi conto che il suo matrimonio sta andando a rotoli: sua moglie comincia a odiarlo, perché non sa mai mantenere la sua parola nel progettare una gita, un viaggio. Anche i suoi figli non lo sopportano, per le stesse mancate promesse, mai mantenute.

Decido di invitarlo a un gruppo di psicodramma psicoanalitico da me condotto. In un gioco messo in scena su mio invito, Giorgio si trova a parlare con un suo cliente che gli dice di sentirsi tranquillo poiché tutto andrà bene, rispetto a una certa faccenda fiscale. Gli altri partecipanti, nella posizione di doppiatori, suggeriscono quanto sia assurdo che il cliente lo rassicuri; dovrebbe essere il professionista a rassicurare il cliente. Nell'inversione di ruolo (reverse playing) Giorgio, nei panni del cliente, comprende di essere nervoso e cerca di chiedere a se stesso (interpretato da un altro partecipante) di essere rassicurato e ottiene in pieno di vedere quel che dovrebbe avvenire. Giorgio incontra la sua insicurezza e si sente come un bambino che chiede al padre di dargli quella forza che egli si trova a non avere mai avuto. Comprende in un assolo (soliloquio) di uscire da quella famiglia incerta nella quale aveva vissuto da bambino e di accettare l'unica vita adulta che in fondo vorrebbe vivere. Il paziente in pochi mesi migliorerà la sua autonomia.

Bibliografia

Alonso-Fernandez, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy. Trad. it. (1999). *Le altre droghe: Cibo, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. Trad. it. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.

Burke, R.J. (Ed.). (2006). *Research companion to working time and work addiction*. Cheltenham: Edward Elgar.

Clark, L.A. (1993). *Manual for the schedule for nonadaptive and adaptive personality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Doerfler, M., & Kammer, P.P. (1986). Workaholism: Sex and sex role stereotyping among female professionals. *Sex Roles*, 14, 551-560.

Fassel, D. (1990). *Working ourselves to death: The high costs of work-aholism, the rewards of recovery*. San Francisco: Harper & Collins.

Guerreschi, C. (2005). *New addictions: Le nuove dipendenze*. Milano: San Paolo.

Guerreschi, C. (2009). *Workaholic. Dipendenza da lavoro: come curarla*. Milano: Guerini.

³ Il caso proviene dall'esperienza clinica di Roberto Pani.

- Hamajima, N. (1992). Karoshi and causal relationships. *Japanese Journal of Public Health*, 39, 445-448.
- Harpaz, I., & Snir, R. (2003). Workaholism: Its definition and nature. *Human Relations*, 56, 3, 291-319.
- Heide, H. (2003). *Massenphänomen Arbeitssucht. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklung einer neuen Volkskrankheit*. Bremen: Atlantik Verlag.
- Killinger, B. (1991). *Workaholics: The respectable addicts*. New York: Simon & Schuster.
- Lavanco, G., & Milio, A. (2006). *Psicologia della dipendenza dal lavoro*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- McMillan, L.H.W., O'Driscoll, M.P., Marsh, N.V., & Brady, E.C. (2001). Understanding Workaholism: Data synthesis, theoretical critique, and future design strategies. *International Journal of Stress Management*, 8, 2, 69-91.
- Mentzel, G. (1979). Über die Arbeitssucht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 25, 115-127.
- Oates, W.E. (1971). *Confessions of a workaholics: The facts about work addiction*. New York: World.
- Pani, R. (2007). *Lo psicodramma psicoanalitico. Evoluzione del metodo e funzioni di cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Pani, R., & Sagliaschi, S. (2008). *Svalorizzazione di Sé e del mondo esterno*. Bologna: Odoja.
- Pani, R., & Sagliaschi, S. (2010). *La compulsione nella sessualità. Aspetti clinici ed educativi*. Milano: FrancoAngeli.
- Poppelreuter, S. (1997). *Arbeitssucht*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70-84.
- Robinson, B.E. (1989). *Work addiction: Hidden legacies of adult children*. Dearfield Beach, FL: Health Communications.
- Robinson, B.E. (1998). *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their parents and children, and the clinicians who treat them*. New York: New York University Press.
- Robinson, B.E. (1999). Spouses of workaholics: Clinical implications for psychotherapy. *Psychotherapy*, 35, 260-268.
- Robinson, B.E., Flowers, C., & Ng, K. (2006). The relationship between workaholism and marital disaffection: Husbands' perspective. *The Family Journal*, 14, 3, 213-220.
- Robinson, B.E., & Post, P. (1995). Work addiction as a function of family of origin and its influence on current family functioning. *The Family Journal*, 3, 3, 200-206.
- Rohrlich, J. (1981). The dynamics of work addiction. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 18, 2, 147-156.
- Schaef, A.W., & Fassel, D. (1989). *The high cost of workaholism*. San Francisco: Business & Health.
- Spence, J.T., & Robbins, A.S. (1992). Workaholism: Definition, measurement and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 1, 160-178.

Il sostegno alle competenze genitoriali tra conoscenza e affettività.

di Alessandro Ridolfi*, Mario Landi, Nerina Landi**, Elisabetta Pistoiesi*.**

Introduzione

Un sempre maggior numero di separazioni da parte di coppie con figli, assieme a un numero crescente di famiglie monoparentali e di situazioni familiari caratterizzate da disagio psico-sociale (povertà, marginalizzazione ecc.) stanno portando i servizi di salute mentale ad essere sempre più coinvolti con interventi di sostegno psicologico rivolti al consolidamento delle competenze genitoriali. Si tratta di interventi disposti nei confronti dei genitori da parte del Tribunale per i minori, con mandato specifico agli operatori dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza.

Il concetto di competenze genitoriali è assai ampio e coinvolge componenti biologiche, psicologiche e sociali (Di Blasio, 1995). In termini generali tale costrutto può essere operazionalizzato mediante una serie di parametri relativi sia a qualità personali, sia a competenze relazionali e sociali (Bornstein, 1991). L'espressione "competenze genitoriali" si riferisce di fatto a un insieme di qualità, attitudini, atteggiamenti individuali che trovano declinazioni teoriche diverse, alcune più centrate sulle "abilità", altre su elementi intrapersonali, altre su aspetti relazionali¹. Nonostante questa difficoltà ad accogliere una definizione univoca di "competenze" sembra comunque possibile fare riferimento alla qualità delle rappresentazioni psichiche (in particolare a quelle con valenza affettiva) relative alla funzione genitoriale. Per un genitore tale funzione rappresenta di norma una dimensione auto-rappresentativa rilevante ed è parimenti importante nei diversi modelli che hanno approfondito il tema della valutazione delle competenze genitoriali. Essa corrisponde a una declinazione specifica del sé, il quale rappresenta un processo di auto-rappresentazione multi-determinato o integrativo ancora più ampio. In particolare risulta cruciale ai fini di questo processo integrativo di auto-rappresentazione, sia il ruolo giocato dalla rete di conoscenze e di memorie salienti per il senso di sé e l'identità personale, sia il ruolo dei sistemi emotivo-motivazionali coinvolti (Rameson, Satpute & Lieberman, 2010). Come hanno mostrato decenni di ricerche di psicologia generale e clinica, tali sistemi sono nell'essere umano, i principali "organizzatori" deputati a configurare le qualità costituenti dell'esperienza psichica e la loro valenza adattiva. Tali sistemi risultano peraltro coinvolti nelle rappresentazioni delle relazioni interpersonali, della comprensione e della causalità sociali (Lieberman, 2007).

Alla luce di questa impostazione il processo clinico di sostegno alle competenze genitoriali risulta focalizzato sulla rielaborazione delle rappresentazioni di se stessi come genitori, che può essere concepita in termini di una maggiore consapevolezza personale finalizzata ai processi di cambiamento. Al fine di esplicitare il rationale del modello di intervento proposto e le sue implicazioni risulta necessario:

- approfondire il processo di valutazione delle competenze genitoriali estendendolo al di là di una impostazione valutativa esclusivamente "nosografica"
- utilizzare riferimenti teorico-clinici in una prospettiva evolutiva, per l'individualizzazione del lavoro con il genitore e la valorizzazione delle risorse eventualmente presenti nello stesso.
- approfondire il ruolo dei sistemi "organizzatori" dell'esperienza e delle funzioni di regolazione psichica affettiva, focalizzando l'analisi sul loro spettro di azione rispetto alla rappresentazione di se stessi come genitori, alla comprensione del mondo sociale, alle aspettative, ai valori ecc.

* Psicologo – ASL 10 – Firenze.

** Neuropsichiatra inf.le – ASL 10 – Firenze.

Indirizzo per la corrispondenza: Alessandro Ridolfi, via G. Papi, 23 – 59100 Prato.
ridolfialessandro@tiscali.it

Gli autori dichiarano che il contributo è originale e non è stato inviato ad alcun'altra rivista né sito web.

¹ Cfr: Vicentini, www.genitorialita.it

Il processo valutativo oltre l'impostazione nosografica.

Nel processo valutativo (*assessment*), l'integrazione fra la raccolta di informazioni in una prospettiva idiografica e in una prospettiva nomotetica sembra rappresentare un punto di convergenza negli attuali paradigmi di ricerca clinica, con un consenso crescente, anche in rapporto all'adozione di diverse metodologie di ricerca coerenti con l'oggetto di studio (Muran, 2009; Widiger, Simonsen, Sirowatka & Regier, 2006). Com'è noto, la prima pone al centro della propria attenzione l'aspetto storico-individuale ed è più orientata a indagini dimensionali, mentre la seconda ha una natura classificatoria, ed è più orientata al riconoscimento di segni e sintomi secondo una concezione ateoretica. Diverse ricerche attuali sul funzionamento psichico dell'essere umano, e in particolare nell'infanzia e nell'adolescenza, sembrano richiedere il superamento di concezioni statiche e descrittive della persona. Il rinnovato interesse per i modelli dimensionali della personalità, in un'ottica evolutiva, è un esempio di tale impostazione che tende a privilegiare una concezione integrativa del processo valutativo (Albasi, 2008; Dazzi, Lingiardi & Gazzillo, 2009; Fava et al., 2009; PDM, 2006).

L'importanza di un approccio evolutivo emerge peraltro nella prassi clinica dove si avverte una specifica difficoltà nell'adoperare concetti di tipo nosografico *tout court* data la loro scarsa sensibilità a cogliere la dimensione di cambiamento individuale (evolutiva). Una modalità di intervento fondata principalmente sull'inquadramento diagnostico-nosografico atemporale mostra infatti notevoli difficoltà a cogliere "il bersaglio in movimento" (Williams, Ferrara, Aloï & Gazzillo, 2009). Parimenti è deficitaria una impostazione che enfatizzi esclusivamente la valutazione degli aspetti dimensionali, con profili eccessivamente idiosincratici e individualistici, che per quanto relativamente stabili, non sono comunque statici e non rendono facile uno scambio interprofessionale. Ciò è vero soprattutto nei confronti dei sistemi e delle funzioni alla base del Sé, che presentano nel tempo cambiamenti qualitativi. Nella clinica, i quadri sindromici, che in una prospettiva politetica corrispondono nella maggior parte dei casi a diagnosi ad "entrata multipla", tendono a stabilizzarsi definitivamente o, al contrario, a modificarsi costantemente, per cui diviene necessario sommare diagnosi a diagnosi (Dazzi, Lingiardi & Gazzillo, op. cit.; Faravelli, 2004). In un'ottica evolutiva il cambiamento trova invece una chiave di lettura diacronica, che consente un più avanzato livello di articolazione e l'organizzazione di senso e significati di sé nel tempo.

Da diversi decenni tanto l'*Infant Research* quanto la *Developmental Psychology* hanno sottolineato l'importanza di una concezione evolutiva dello sviluppo biopsicosociale. Le ricerche afferenti a queste aree di ricerca hanno messo in luce la necessità di un approccio globale all'esperienza di sé, derivante dall'interazione fra i vari sistemi di organizzazione dell'attività psichica e le funzioni psichiche correlate. In rapporto alle prime fasi dello sviluppo, l'*Infant Research* ha dedicato una specifica attenzione al ruolo giocato dai processi interpersonali, focalizzandosi sulla relazione bambino-caregiver. Diversi studi, a partire dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969; 1973; 1980, 1988) hanno mostrato l'importanza di tale relazione nella strutturazione delle capacità di adattamento all'ambiente da parte del bambino prima, dell'adulto poi. Quest'area di studio si è rivelata particolarmente significativa dal punto di vista euristico, dando vita a filoni di ricerca con importanti implicazioni cliniche (Sameroff & Emde, 1991). Un esempio di tale impostazione lo si ritrova nei modelli che collegano modello di attaccamento, evoluzione della funzione riflessiva e ambiente di vita (Fonagy & Target, 1997).

In una prospettiva *lifetime*, la *Developmental Psychology* ha attribuito particolare attenzione all'identificazione dei rapporti fra dinamica evolutiva dei sistemi di rappresentazione e fattori di rischio-protezione potenziali, al fine di individuare le risorse individuali presenti e quelle attivabili per un migliore adattamento all'ambiente da parte della persona.

Rispetto all'intervento di sostegno alle competenze genitoriali, l'approccio evolutivo sembra beneficiare dunque solo in parte di un processo di *assessment* non pensato per cogliere la dimensione di significato individuale né per considerare adeguatamente la temporalità con cui si modifica la gran parte dei processi psichici. Peraltro, è ormai largamente condivisa l'opinione

secondo cui la soggettività presente in ogni persona risulta inafferrabile per la nosografia, nonostante l'eventuale correttezza formale dell'etichetta diagnostica. Il processo diagnostico, in questi casi, diventa prevalentemente nosografico, comparativo, finendo per perdere la sua capacità di avvicinare la persona in "termini reali". Esso risulta, a tali condizioni, capace di cogliere solo in parte i punti di forza e le risorse (Lopez, Snyder & Rasmussen, 2003). Ciò risulta particolarmente importante da sottolineare negli interventi rivolti a consolidare e promuovere "competenze", per evitare un modello di intervento basato sulla rilevazione del deficit e sulla correzione dello stesso.

Il concetto di sviluppo: considerazioni evolutive.

Per quanto concerne il problema generale della valutazione dei processi psichici, delle rappresentazioni e delle relazioni interpersonali, sono necessarie alcune precisazioni di carattere epistemologico.

Una parte delle ricerche cliniche attuali presenta una crescente apertura a posizioni "pluralistiche", basate su modelli teorici interessati a una convalida reciproca, in una prospettiva di integrazione multidisciplinare dei saperi e delle discipline (Wilson, 1998). In anni recenti, buoni esempi di tale orientamento sono costituiti dal connubio tra ricerca nell'ambito delle neuroscienze affettive e modelli di psicopatologia, oppure neuroscienze affettive e valutazione dell'intervento psicoterapico. Queste aree di ricerca hanno trovato un comune terreno di incontro proprio nell'analisi dello sviluppo psicobiologico e nei processi di cambiamento dell'essere umano. Pur provenendo da direzioni diverse, tali aree hanno offerto chiavi di lettura alternative, ma integrabili, dei processi analizzati (Fosha, Siegel & Solomon, 2009; Menoni & Iannelli 2010).

Nell'ambito delle ricerche volte alla valutazione clinica dell'intervento psicoterapeutico, ad esempio, diverse ricerche si sono concentrate sul ruolo giocato dai processi di riparazione in terapia. Tali processi sono stati concepiti come una possibilità di recupero e cambiamento rispetto ai fenomeni potenzialmente patogeni, di natura prevalentemente interpersonale, verificatisi nel corso dello sviluppo (Fosha, Siegel & Solomon, op.cit.; Menoni e Iannelli, *in press*; Schore, 2009a, b).

Seppure in un contesto di ricerca più ampio, le stesse neuroscienze affettive hanno orientato il proprio focus di attenzione allo sviluppo filogenetico e ontogenetico delle strutture cerebrali. Tali ricerche stanno sempre più confermando l'importanza dei processi di interazione con l'"ambiente umano". Influenze ambientali e processi predeterminati biologicamente sarebbero alla base dello sviluppo delle strutture cerebrali e delle funzioni psichiche stesse, nonché dell'evoluzione di entrambe, attraverso processi di modulazione allostatica nel tempo (epigenesi) (Panksepp & Northoff, 2009; Menoni & Iannelli, op. cit.).

In sintesi, i processi psichici andrebbero incontro a una modifica della loro organizzazione funzionale nel tempo, sia in rapporto a fattori evolutivi interni, sia in rapporto alle esperienze nell'ambiente di vita. Com'è noto i principali sistemi (emozioni, motivazioni, cognizioni, memorie, aspettative) di costruzione delle rappresentazioni psichiche si attivano nel corso dello sviluppo e in condizioni "normali" confluiscono partecipando alla costruzione del senso di sé (Kohut, 1971; 1977). Questo processo di costruzione del sé ha potenzialmente un alto valore adattivo, poiché è attraverso di esso che le persone entrano in gioco nelle relazioni reali (Rameson, Sapute & Lieberman, 2010; Uddin, Iacoboni, Lange & Keenan, 2007). La percezione di integrità personale e quella di identità corrispondono dunque a un processo di integrazione dei sistemi e sono esperite attraverso la percezione di se stessi come un'entità individuale, con una propria sfera di significati personali che evolvono nel tempo. Si tratta in altre parole di un processo di differenziazione progressiva che si consolida nello sviluppo (ad es. processi di differenziazione dell'esperienza psichica sé-altro; processi di integrazione di esperienze contraddittorie di sé; processi di attribuzione della causalità e sviluppo della moralità ecc.). La percezione di se stessi come entità distinte mette in luce vissuti di separazione dall'altro e rappresentazioni relativamente autonome, sebbene costituite nella relazione, dando vita a un processo di rappresentazione personale con un senso di sé riconosciuto e riconoscibile (Stern, 1989).

Sistemi "organizzatori" e funzioni di regolazione psichica affettiva.

Diversi autori hanno studiato, dal versante clinico, la struttura cognitivo-emotiva delle rappresentazioni psichiche, intendendola essenzialmente come una struttura sintattica costituita da "unità elementari", capaci di differenziarsi a partire dall'esperienza (Westen, Gabbard & Blagow, 2006). Tali unità assumono la forma di proposizioni specificate da un soggetto, un oggetto e una relazione intercorrente. Le stesse polarità fondamentali della vita psichica individuate dalla psicoanalisi (soggetto/oggetto, piacere/dispiacere, attivo/passivo) possono essere considerate le direttrici fondamentali per la costruzione delle proto-rappresentazioni di se stessi. Esse sembrano alla base dei processi di differenziazione dell'esperienza e hanno implicazioni dirette, assieme ai sistemi di memoria, nella percezione di continuità nello spazio e nel tempo del proprio essere.

Più recentemente, nell'ambito della teoria dell'attaccamento, dell'*Infant Research* e di alcune correnti di ricerca psicoanalitica si è manifestato uno specifico interesse per la formazione e la progressiva integrazione delle strutture cognitivo-affettive sintattiche di base. I Modelli Operativi Interni (Bowlby, 1969), le Rappresentazioni di Interazioni Generalizzate (Stern, 1985; 1989) e le Scene Modello (Lichtenberg, 1989; Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992) rappresentano alcuni esempi di come si pensa sia organizzata tale architettura sintattica.

E' ormai noto che i diversi sistemi cui è stato fatto riferimento risultano coinvolti nella strutturazione dell'esperienza psichica, "stabilizzandola", dandole ordine e consentendo al sé di rappresentarsi in transazioni con l'ambiente largamente prevedibili. Nel caso specifico dell'intervento rivolto al sostegno alle competenze genitoriali, il genitore che arriva all'incontro si presenta con una propria storia che, per quanto problematica, è a suo modo coerente. E' la sua storia di vita, dotata di pregnanza emotiva ed alla quale ha affidato il senso di integrità psichica e di identità di sé come persona. Egli avverte certe motivazioni, prova certe emozioni, ha propri ricordi, nutre aspettative, si riconosce in alcuni valori che eventualmente persegue.

[...] gli aspetti clinicamente rilevanti del Sé comprendono la coerenza del senso di sé dell'individuo (per esempio la percezione di essere capace di agire nella realtà o il senso di continuità del sé nel tempo); la natura delle rappresentazioni implicite ed esplicite che ricorrono costantemente; l'autostima (implicita ed esplicita) e la regolazione di essa; le rappresentazioni di sé temute, desiderate e ideali, che servono come standard e guide per il comportamento [Westen, Gabbard & Blagow, op. cit. trad. it. (2009) p. 103].

Il lavoro di sostegno alle competenze genitoriali corrisponde a un processo clinico che parte dall'accoglienza della storia personale raccontata dal genitore e dal riconoscimento del suo vissuto, per approdare successivamente a una "confrontazione" e a una elaborazione più sistematiche dell'esperienza.

Sulla base di queste premesse, saranno richiamate in modo schematico alcune considerazioni sui sistemi implicati nei processi di elaborazione delle informazioni cognitive e emotive del sé. I sistemi di memoria, di emozione e di motivazione operano prevalentemente in modo sincronico, sebbene ciascuno possa fungere da innesco per gli altri, o svolgere funzioni autonome; quest'ultimo caso è frequente soprattutto nelle situazioni dove non è in gioco l'integrità della rappresentazione di sé (ad es. nei processi di apprendimento delle informazioni, nella soddisfazione dei bisogni fisiologici ecc.) che dipendono da elevati livelli di interconnessione tra i sistemi indagati in questo lavoro.

Sistemi di memoria. E' noto che i sistemi di memoria sono collegati, oltre che all'apprendimento e al recupero delle informazioni, alla ricostruzione delle proprie esperienze di vita e alla costruzione del senso di sé. Nei sistemi di memoria la rappresentazione delle informazioni è stata concettualizzata in modo differente da diversi modelli teorici (Raaijmakers & Shiffrin, 1992; Raaijmakers, 2008). Nell'organizzazione delle conoscenze e nella successiva elaborazione delle risposte, giocano un ruolo preminente alcune caratteristiche specifiche dell'attività cerebrale. Risulta particolarmente rilevante il grado di interconnessione e integrazione fra i diversi sistemi di popolazione neuronale. Tali sistemi sono appartenenti a distretti anatomici e funzionali relativamente distinti (Sporn, Tononi & Edelman, 2000). Viene così ad essere superata

definitivamente la rappresentazione della funzione mnestica come di un processo statico cui corrisponde un deposito fisico di informazioni cristallizzate e disposte in cataloghi a “impolverarsi” e confermato un ruolo più attivo della memoria nella costruzione dell’identità. I modelli che fanno riferimento al peso delle interconnessioni sottolineano l’importanza delle stesse per i processi di associazione concettuale e per il consolidamento della rete associativa (cfr. modelli di tipo microcognitivo come i *Parallel Distributed Processes*). La variazione del “peso” sarebbe ascrivibile a diversi fattori, fra i quali quelli emotivo-motivazionali giocherebbero un ruolo principale nella determinazione del percorso associativo più probabile, nella riconfigurazione complessiva dell’intera rete. In definitiva sarebbero centrali nella determinazione del significato finale della propria esperienza.

Sul piano clinico la ricostruzione della propria storia personale e del rapporto con il proprio partner (il padre o la madre del bambino) rappresentano snodi emotivo-motivazionali chiave. E’ proprio la storia di sé come bambini, come giovani e poi come genitori, a partire dall’esperienza genitoriale, ad essere molto importante per rafforzare le competenze genitoriali. Questo lavoro di ricostruzione storica, all’interno di un processo clinico, cerca di esplicitare i nessi e i significati personali e più profondi dell’esperienza genitoriale, costituendosi come un’opportunità di contatto emozionale, di consapevolezza e di potenziale cambiamento, valorizzando le risorse residue presenti nel genitore.

Sistemi Motivazionali. Recenti acquisizioni, relative ai sistemi interconnessi di natura emotivo-motivazionale e al loro sviluppo nel tempo, offrono una chiave di lettura dei processi adattivi e di disadattamento all’ambiente, ed anche all’interno del setting clinico (Lichtenberg, 1989; Liotti & Ardevini, 2008).

Quando i sistemi motivazionali non si attivano coerentemente con la rilevazione e l’integrazione delle informazioni interne-esterne si può ritenere presente un minor grado di adattamento. Ciò risulta in diverse condizioni psicopatologiche, ove emergono pattern di sistemi attivati in modo competitivo (ad es. nei disturbi del comportamento alimentare i sistemi di motivazione all’alimentazione sono cortocircuitati dai sistemi di rappresentazione di sé, secondo una dinamica stabilmente competitiva). In particolare nella prima infanzia il conflitto perdurante tra i diversi sistemi emotivo-motivazionali appare critico nel determinare l’esperienza di distress. In queste circostanze è possibile arrivare a condizioni traumatiche con esiti critici, come può accadere nei casi in cui si configurino processi antagonisti a carico dei sistemi di ricerca di prossimità vs. fuga, attivati dalla presenza di maltrattamenti o da genitori spaventati/spaventanti (Crittenden, 1997).

E’ stato in particolare Lichtenberg, in una tradizione di studi psicoanalitici, ad aver esteso il concetto di motivazione, identificando cinque sistemi motivazionali, che nel corso dello sviluppo si articolano fra loro modulandosi nel tempo:

- 1) bisogno di regolazione psichica delle esigenze psicologiche;
- 2) bisogno di attaccamento e successivamente di affiliazione;
- 3) bisogno di esplorazione e di assertività;
- 4) bisogno di reagire avversivamente attraverso l’antagonismo o il ritiro (o ambedue);
- 5) il bisogno di piacere sensuale e di eccitazione sessuale.

I sistemi motivazionali sembrano presentare una dinamica evolutiva allostatica, vale a dire che ricerca il miglior equilibrio possibile sulla base delle condizioni interne ed esterne presenti e che dunque cambia potenzialmente riorganizzandosi momento dopo momento.

Westen, Gabbard & Blagow (2006) hanno sottolineato come la “*qualità e l’intensità delle emozioni legate a differenti rappresentazioni costituisce ciò che allo stesso tempo tende a muovere ogni sforzo verso la sanità oppure attivare moti o conflitti problematici*” (op. cit. trad. it. p.100).

In una prospettiva clinica è particolarmente rilevante sostenere una maggiore consapevolezza da parte del genitore di se stesso, delle proprie motivazioni, di cosa si aspetta dal proprio figlio e di cosa desidera per lui (in realtà talvolta desidera per se stesso). E’ importante lavorare su ciò di cui

può “accorgersi”, rispetto ai suoi bisogni e alle sue motivazioni, prendendo consapevolezza che il figlio è una persona a sé, che è una persona reale, con pregi e difetti.

Spesso ciò è difficile da accettare!

Aah! Mio figlio: una meraviglia! Non ha mai pianto quando lo lascio all'asilo!

O ancora, un'altra mamma:

Me lo guardi, se è normale...gioca da solo, come se ci fossero gli extraterrestri, sembra che parli con un amico immaginario: pare grullo a volte!

E ancora:

E' così infantile (riferendosi a un bambino di 8 anni)...vorrei che sapesse difendersi, io glielo insegno, ma lui è così! L'abbiamo portato anche a calcio, ma non sa giocare...adesso lo abbiamo portato in un'altra squadra...non si impone...mah!

I sistemi motivazionali, per quanto autonomi, sono strettamente contigui ai sistemi emozionali, assieme ai quali danno pregnanza alla ricostruzione della storia passata, al vissuto nel momento presente, alla costruzione delle prospettive, delle aspettative e del progetto di vita.

Sistemi emozionali. In termini evolutivisti le emozioni sono informazioni immediate e capaci di organizzare conoscenza e comportamento (Trevathen, 1998). Se intendiamo le emozioni come una forma di “conoscenza di base”, esse offrono dati elaborabili in termini autoinformativi, in termini di comunicazione interpersonale e in termini motivazionali. In termini autoinformativi consentono di identificare “cosa provo”, “come sto”, “come mi sento”. In termini di comunicazione interpersonale consentono di comunicare all'altro il proprio stato emotivo. In termini motivazionali consentono l'attivazione di comportamenti: ricerca di contatto, fuga, attacco, esplorazione. Le emozioni sono pertanto fondamentali nel dare senso all'esperienza, nell'articolazione dei vissuti e infine nella partecipazione emotiva all'esperienza dell'altro (Trevathen, op. cit.). Soprattutto la partecipazione emotiva e il riconoscimento emotivo dell'esperienza dell'altro sono decisivi nell'acquisizione di “buone” competenze genitoriali. In anni recenti lo studio di alcune strutture cerebrali nei primati, ed in particolare dei neuroni specchio, ha offerto diversi spunti per una comprensione dei processi di “imitazione motoria”. Nell'uomo questi studi stanno offrendo una prospettiva di ricerca alternativa per approfondire i processi di empatia e condivisione affettiva nell'uomo (Gallese, 2001, 2003; Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996; Rizzolatti e Sinigaglia, 2006; Rizzolatti, Fogassi & Gallese, 2001). Nell'ambito dell'*Infant Research*, particolare attenzione è stata accordata a studi di interazione madre-bambino (Beebe & Lachmann, 1994). In una recente ricerca condotta da Ham & Tronick (2009), volta ad analizzare i correlati psicofisiologici attivati durante specifiche sequenze interattive madre-bambino, si è osservato che in condizioni di reciprocità emozionale diversi parametri fisiologici nella diade tendono a sincronizzarsi.

Il cervello umano sembra dunque costruito per rispondere alla relazione, attivandosi emozionalmente e sintonizzandosi momento per momento (cfr. concetto di *attunement*, formulato da Stern, 1985). Vi sono ormai molti studiosi che ritengono la relazione imprescindibile per lo sviluppo del sistema mente-cervello, tanto che l'uomo sarebbe “hardwired to connect” (Fosha, Siegel & Solomon, 2009).

Funzioni di regolazione psichica. Insieme ai sistemi “organizzatori” cui è stato fatto riferimento, anche diverse funzioni mentali giocano un ruolo determinante nella costruzione-comprensione del senso di sé e degli altri. Fino ad ora è stato messo in luce quanto l'evoluzione di strutture di conoscenza “fluide”, anziché di strutture che tendono a stabilizzarsi, sia fondata prevalentemente sulla disponibilità di un ambiente relazionale responsivo e stimolante, che consenta di mantenere ampi gradi di libertà, pur all'interno di transazioni sé-ambiente largamente prevedibili.

Per motivi di spazio non è possibile approfondire tali funzioni ed è necessario rinviare a lavori specifici per un'analisi delle stesse. A Fonagy & Target (1997) per quanto concerne la funzione riflessiva e di mentalizzazione, essenziale per riconoscere gli stati mentali interni e esterni, per

distinguere piani di finzione e di realtà, per sviluppare la distinzione tra mondo interno e mondo esterno. A Stern (1985) per la funzione di sintonizzazione emotivo-affettiva o *attunement*, attraverso la quale i processi di compartecipazione emotiva rendono possibile alle persone condividere e partecipare affettivamente all'esperienza dell'altro. A Trevarthen (1998a; 2009), infine, per la costruzione dell'intersoggettività, che consente una progressiva capacità di esplorazione condivisa dell'ambiente di vita. Si tratta, com'è noto, di funzioni che entrano in gioco nelle prime fasi dello sviluppo del bambino, accompagnandolo nel corso dell'intero arco di vita.

Rispetto al focus di intervento sulle competenze genitoriali, è evidente che carenze in tali funzioni, a partire dalle prime fasi dello sviluppo, implicano una:

- difficoltà nella distinzione tra mondo interno e mondo esterno;
- difficoltà nel riconoscimento della propria condizione affettiva e di quella dell'altro;
- difficoltà nella costruzione della rappresentazione di sé e degli altri.

Ciò conduce di norma a deficit nelle competenze genitoriali o addirittura, in modo più specifico, a quadri psicopatologici conclamati e incapacità invalidanti. Le conseguenze di tali "incapacità genitoriali" sono state studiate ad esempio rispetto all'attaccamento. L'esperienza di cure materne imprevedibili è stata generalmente correlata con l'incapacità di sviluppare aspettative coerenti e modelli operativi interni di relazioni abbastanza soddisfacenti da consentire al bambino di crescere, di sviluppare un'adeguata comprensione sociale, di formarsi aspettative per sé e per gli altri e dunque di adattarsi in modo ottimale ad altri significativi (Engels Rutger, Finkenauer, Meeus & Dekovic, 2001; Hughes, 2009). Particolarmente critiche sono risultate esperienze di attaccamento disorganizzato, anche in rapporto ai deficit di sviluppo della funzione riflessiva (Liotti, 1999).

Un esempio di che cosa possa essere inteso per competenze genitoriali, può essere derivato da un breve saggio di Correale (1996). Egli ha mostrato la rilevanza di una presenza materna *soothing* (ammorbidente, sciogliente, fluidificante) ovvero capace di validare e garantire disponibilità affettiva al racconto dell'esperienza del proprio bambino, capace di lenirla nei casi in cui risulti traumatica. Riprendendo il concetto formulato da Adler di oggetto-sé, egli ha messo in evidenza l'importanza della "funzione a posteriori". Questa funzione si riferirebbe alla capacità di rielaborazione narrativa di un'esperienza vissuta in precedenza. In particolare emergerebbero come qualità rilevanti sia l'assenza di ridefinizioni dall'esterno (in questo caso materne) dell'esperienza stessa, sia un'esperienza affettiva pregnante. Ciò renderebbe possibile trascendere la semplice condivisione materiale dell'esperienza, garantendone una successiva rielaborazione. Esempi concreti che manifestano tale capacità possono essere l'accettazione di "ricordi-fabulazioni" di un avvenimento mai accaduto, o la condivisione di ricordi di improbabili giochi di finzione.

In generale un funzionamento riflessivo deficitario nel genitore, difficilmente aiuterà il figlio a "mentalizzare", ad utilizzare i pensieri, le parole e i sentimenti per comprendere ciò che accade a lui e intorno a lui. Un genitore spaventato, traumatizzato, è a sua volta spaventante, traumatizzante e potenzialmente capace di cortocircuitare i processi di rappresentazione psichica anche nel figlio, che a sua volta è a forte rischio di sviluppare un funzionamento riflessivo carente. A questo riguardo molte ricerche hanno focalizzato l'attenzione su queste caratteristiche della figura di attaccamento e l'evoluzione di modelli di attaccamento disorganizzato (Crittenden, 1997; Fonagy & Target, 1997). Diversi studi hanno mostrato, ad esempio, l'importanza del deficit nel funzionamento riflessivo e della sua "trasmissibilità", in rapporto allo sviluppo dei disturbi di personalità antisociale o borderline (Fonagy, 1997; Liotti, 1999).

Comprensione e causalità sociale. In rapporto alle competenze genitoriali, anche altre capacità-funzioni "ponte" fra i processi cognitivi e affettivi stanno riscuotendo una certa attenzione; in particolare risultano di grande interesse i processi di comprensione sociale e di causalità sociale, recentemente indagati nell'approfondimento diagnostico (Abbate & Massaro, 2007). Il concetto di causalità sociale che viene adottato qui riprende la formulazione di Westen, Gabbard, & Blagow (2006) e riflette

“La capacità di investire emotivamente nelle relazioni - cioè la capacità di un individuo di prendersi cura di una altra persona superando il desiderio di ricevere qualcosa in cambio o l’aspettativa che l’altro possa poi adoperarsi per gratificare i suoi bisogni [...] la capacità di sentire o anticipare il senso di colpa, piuttosto che essere principalmente preoccupati di ricevere una punizione quando si è commessa un’infrazione morale, o si pensa di averla commessa. La comprensione della causalità sociale (cioè, perché le persone fanno quello che fanno)” (op cit. trad. it. p.103) .

“Io gli dico sempre il mondo è cattivo...quella bambina è cattiva...sono andata a fare casino con le insegnanti” [una madre riferendosi a ciò che dice alla figlia].

La comprensione sociale, la causalità sociale, il livello degli standard valoriali, le capacità di investimento affettivo nelle relazioni, rappresentano importanti chiavi di lettura dei processi di organizzazione delle rappresentazioni interpersonali. Questi processi devono essere adeguatamente osservati nelle loro implicazioni rispetto alle competenze genitoriali, anche in relazione ai processi potenzialmente psicopatologici.

Un modello di sostegno alla genitorialità.

A partire da riferimenti teorici diversi gli studi e le ricerche di Winnicott e di Bowlby (prima di altri) hanno messo in luce l’importanza, per il bambino molto piccolo, di alcune caratteristiche del caregiver “abbastanza buono”. In particolare sono emerse due principali qualità: la tempestività della risposta e la sua appropriatezza. Oggi molti ricercatori concordano nel sostenere che, nei primi anni di vita, cure materne inappropriate o non tempestive hanno effetto sui processi di modulazione (attivazione-inibizione) delle configurazioni cognitivo-emotivo-motivazionali. Nel tempo, tali configurazioni tendono a stabilizzarsi e a strutturare le rappresentazioni di se stessi e degli altri, con effetti sulle relazioni interpersonali (Beebe & Lachmann, 1994, Trevarthen, 1998).

In corrispondenza con le fasi di crescita e di vita del figlio si rende necessaria una progressiva differenziazione delle competenze genitoriali, tale da permettere una responsabilità allo sviluppo e all’entrata in gioco dei differenti sistemi motivazionali e di significato. In precedenza è stato fatto cenno ad esempio alla “trasmissibilità” del funzionamento riflessivo. Per il genitore questa è una “sfida” (ed un’opportunità), poiché è evidente che le competenze genitoriali non sono date una volta per tutte. Esse seguono un processo trasformativo, che può presentare evoluzioni progressive o regressive in rapporto ad episodi critici, a fasi di vita e alle risorse disponibili (Lopez, 2003).

Oggi c’è un ampio consenso circa la complessità dei processi di costruzione delle rappresentazioni di sé e del mondo interpersonale, dato il coinvolgimento dei sistemi di memoria, di emozione e di motivazione. Tali rappresentazioni una volta “stabilizzate” sono ritenute responsabili di una coartazione dei processi decisionali, con conseguenze critiche nelle relazioni reali. Queste configurazioni complessive caratterizzano modelli di attaccamento insicuro che nel corso dello sviluppo possono esitare in forme psicopatologiche più franche (Bowlby, 1998b). Una letteratura afferente alla ricerca clinica, di natura integrativa, documenta il ruolo giocato dai processi relazionali traumatici nel destrutturare, disarticolare, dissociare le sequenze complesse di interazione fra i sistemi cui questo lavoro ha fatto riferimento (Van der Kolk, 2006; Schore, 2003a; 2003b; 2009a, b).

G.: Ho sentito la mamma, era in quello stato...

Psi. Come?

G: Aveva bevuto...ubriaca.

Psi: Come te ne accorgi che aveva bevuto?

G: La voce...poi dice cose senza senso...miagolava...

Padre: (in presenza di G) Lo chiama sempre quando è così...lo chiamasse quando non è così...se ora la chiamo sono convinto che è ubriaca...

Se il bambino non è “lasciato da solo” i processi di stabilizzazione delle rappresentazioni, e di auto-conferma, possono essere meno coattivi. Lo stesso ragionamento vale per l'adulto. La relazione responsiva, adeguata alla fase di vita del figlio, rappresenta un potenziale fattore di integrità psichica, poiché contribuisce alla resilienza (cioè la capacità, per così dire, di recuperare a condizioni di adattamento-salute nonostante i traumi e le difficoltà esperite a fronte di ambienti socio-relazionali fortemente deficitari o patogeni). Una recente ricerca ha mostrato che il sostegno alle capacità genitoriali ha avuto come conseguenza una riduzione dei sintomi esternalizzanti e dei comportamenti problematici dei figli (Hautmann et al., 2009).

L'intervento di sostegno alle competenze è rivolto a garantire un processo relazionale che si configuri come “accompagnamento” all'esplorazione e alla ricerca di senso e significato personali inerenti la funzione genitoriale. Il lavoro di esplorazione con il genitore mira a promuovere l'acquisizione di capacità di riconoscimento, rispetto e validazione dell'esperienza emozionale propria e del figlio. Ciò consente una progressiva capacità di accettazione della dimensione di alterità, necessaria al figlio per crescere e al genitore per incoraggiarlo in modo responsivo in tale direzione. In questo senso l'intervento cerca di promuovere nel genitore una maggiore consapevolezza e l'attivazione di processi di cambiamento concreto.

La signora riferisce: “Per uscire qualche volta la sera devo dire a mio figlio che vado a lavorare da una signora molto anziana di nome Titti. Lui mi chiede sempre: ma quando muore la Titti?”.

In un incontro successivo la signora racconta:

L'anno scorso il bambino (otto anni!) si è messo in mezzo fra me e il mio compagno per difendermi: era un uomo che beveva, violento. Mio figlio mi ha difeso (sorridente compiaciuto).

Il principio generale su cui è impostato l'intervento è che la tolleranza al dolore, alla paura e alla confusione, che possono scaturire dal contatto con vissuti di incapacità, inadempienza, o addirittura rabbia, possono essere sostenute attraverso l'attivazione di processi di bilanciamento affettivo. Tali processi si rafforzano a partire dalla costruzione di una relazione sicura e di sostegno lungo il processo clinico, ma derivano anche dalle proprietà potenzialmente resilienti, intrinseche nello sviluppo umano. In condizioni di relativa sicurezza relazionale i processi motivazionali di esplorazione sono possibili e l'elaborazione delle informazioni affettivamente attive può condurre ad una estensione e nuova attribuzione di senso e significato personali (Siegel, 2009).

Il modello clinico dell'intervento di sostegno alle competenze genitoriali è finalizzato ad aiutare il genitore a:

- rappresentare e cogliere la propria esperienza emotiva in rapporto alla storia di vita a partire dalla ricostruzione di sequenze narrative (gli eventi, i ricordi, gli episodi e il loro significato per la persona);
- connettere rappresentazioni e emozioni-vissuti a partire dal *qui e ora* (come si sente mentre sta dicendo questa cosa?);
- garantire un sostegno durante il processo esplorativo da parte del genitore, che deve percepirsi attivamente coinvolto e non fruitore passivo di un percorso psicopedagogico predeterminato;
- consentire un rafforzamento dei processi di modulazione emotiva disponibili per il genitore, in vista di migliorare la competenza a riconoscere e a differenziare le proprie esperienze;
- garantire uno spazio di ascolto e sostegno in cui il genitore possa elaborare i suoi vissuti in assenza di giudizio, permettendo al “genitore adulto” di orientarsi a se stesso e alle proprie parti genitoriali meno più frequentemente “immature” e/o “irrisolte”;
- accettare la presenza delle parti più immature e irrisolte come parti possibili, “ma non al comando”, favorendo l'elaborazione di un processo psichico complessivo in cui il genitore avverte e discrimina le differenti determinanti nel proprio comportamento (sostenendo ad esempio quelle più adulte);
- garantire a qualche livello la percezione di un beneficio soggettivo, seppur piccolo, nella relazione con il figlio, così da consentire una buona relazione genitore-operatore.

Le emozioni sono utilizzate come una chiave di ingresso al mondo interno. In particolare il processo clinico risulta specificato da una serie progressivamente più “profonda” di opzioni:

- avvertire le emozioni che via via scaturiscono;
- orientare la persona, se possibile, alle emozioni avvertite;
- esplorare le stesse, cercando di cogliere eventuali corrispondenze tra narrazione, significati, motivazioni ed emozioni.

Le competenze genitoriali sono costituite da capacità, attitudini e atteggiamenti che non si possono apprendere cognitivamente.

Il lavoro di aiuto, di incoraggiamento all’esplorazione di cosa “prova”, di cosa pensa è un accompagnamento in un processo di elaborazione rispetto ai temi personali del genitore, alle sue emozioni e motivazioni, al senso che attribuisce a ciò che accade.

Nella pratica clinica spesso un contesto familiare “difficile” e la solitudine del genitore rappresentano difficoltà enormi da superare e con le quali talvolta egli deve convivere. In alcuni casi i genitori non ci sono, perché sono deceduti o si sono separati. Talvolta sono presenti a sprazzi, quando fa loro comodo o quando è per loro possibile. E’ esperienza di molti operatori vedere che il figlio rappresenta più una leva ricattatoria che un figlio sofferente da aiutare e sostenere nella sua crescita. Non è scontato, tanto per fare un esempio, che due genitori preservino agli occhi del figlio l’immagine dell’altro genitore, soprattutto nelle circostanze di una conflittualità tra coniugi in via di separazione.

In seguito all’ennesima lite tra coniugi separati un padre chiede alla figlia di andare in Tribunale per deporre contro la madre!

Talvolta il figlio rimane reale rimane sullo sfondo, mentre prevale quello immaginario, idealizzato. Talvolta il figlio rimane imprigionato nel desiderio-proiezione del genitore, rappresentandone una propaggine caricaturale. Talvolta il figlio rappresenta una potenziale rivale, una speranza di riscatto in una vita frustrante e priva di gratificazioni.

Ho smesso di pattinare. Non ne potevo più di mia madre che mi urlava e inveiva dalla balaustra agli allenamenti. Per lei avrei dovuto diventare una campionessa e io invece non mi divertivo più!

In sintesi, il lavoro di sostegno cerca di aiutare il genitore a distinguere tra il mondo (e i problemi) dell’adulto e il mondo (e i problemi) del figlio, nel tentativo di “lasciare esistere questo figlio per come è”, proteggendolo, aiutandolo nella crescita e infine tollerandone la presa di distanza necessaria per il suo sviluppo.

Conclusioni.

La funzione genitoriale può essere letta su più livelli, che possono essere concepiti come disposti a “strati”. A livello esteriore, esplicito, formale, si manifestano e si vedono i comportamenti, gli atteggiamenti, lo “spazio” che esplicitamente e formalmente hanno per i figli (coincide in un certo senso con il ruolo genitoriale che la società si aspetta). Via via che si procede verso gli strati più interni, si trova però una dimensione più personale (di natura essenzialmente intrapersonale), che può contenere vissuti di perdita, dolore, rabbia, ed essere caratterizzata da “storie irrisolte”, perdite, abbandoni, desideri e aspettative spesso frustrate che hanno segnato e segnano la vita del genitore. E’ a questo livello “interno”, di rappresentazioni operazionali implicite, cui si contrappone il livello più dichiarativo, prototipico ed esplicito, che l’intervento è destinato, soprattutto tenendo presente il contesto clinico ove avviene l’intervento.

Le dimensioni implicite, non cosce, profondamente legate ai processi emotivo-motivazionali primari, così come alle rappresentazioni primarie che sono andate consolidandosi, rappresentano la dimensione più interna e nascosta di sé, su cui è centrato il lavoro di sostegno alle competenze genitoriali.

In sintesi, in questo modello il processo clinico che configura il lavoro di sostegno alle competenze genitoriali:

- si caratterizza per una prevalenza di processi di esplorazione, sostegno, validazione e confronto rispetto al vissuto genitoriale;
- dedica particolare attenzione al ruolo giocato dai sistemi di memoria, di emozione e motivazionali in relazione alla ricostruzione della storia personale;
- allarga il focus del processo di narrazione-ricostruzione della propria storia di vita (bambino, adulto, genitore) fino ad estenderla al momento presente, includendo una comprensione sociale del mondo della causalità sociale e delle prospettive-aspettative per se stessi e per i figli;
- sostiene i processi di consapevolezza anche attraverso una confrontazione attiva e una elaborazione delle rappresentazioni, nel tentativo di mobilitare e sviluppare il "processi riflessivi", riconoscendo al figlio una propria individualità, propri stati d'animo, propri desideri e specificità.

Bibliografia

Abbate, L., & Massaro, V. (2007). *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT*. Milano: Raffaello Cortina.

Albasi, C. (2008). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.

Beebe, B., & Lachmann, F.M. (1994). Representation and Internalization in Infancy: Three Principles of Saliency. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). New York: Basic Books (trad. It. *Attaccamento e perdita*, Vol. 1, *L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1972).

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (Vol. 2) New York: Basic Books (trad. It. *Attaccamento e perdita*, Vol. 2, *La separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1975).

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol. 3) New York: Basic Books (trad. It. *Attaccamento e perdita*, Vol. 3, *La perdita della madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1983).

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*: London: Routledge (trad. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano, 1989).

Bowlby, J. (1988b). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. Trad. it. in: *Rivista di psichiatria*, 23, 57-68

Bornstein, M.H. (1991). *Handbook of Parenting*, (Vol. 4), Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Correale, A. (1996). La funzione a posteriori nel disturbo borderline. In G.G. Rovera (Ed) *Il paziente borderline* (pp. 395-400). Torino: Centro Scientifico Editore.

Crittenden, P. (1997) (trad. it. *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Milano, Masson).

Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2009). La diagnosi psicologica: principi, caratteristiche, obiettivi. In N. Dazzi, V. Lingiardi & F. Gazzillo, (Eds) *La diagnosi in psicologia clinica: Personalità e psicopatologia* (pp. 3-14). Milano: Raffaello Cortina.

Di Blasio, P. (2005) (Ed). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Milano: Unicopoli.

Engels Rutger C.M.E., Finkenauer, C., Meeus, W., & Dekovic, M. (2001). Parental attachment and adolescents' emotional adjustment: The associations with social skills and relational competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 428-439.

- Faravelli, G. (2004). Assessment of psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 139-141.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Baldaro, B., Battaglia, M., Caracciolo, S., Carlomagno, S., et al. (2009). La clinica psicologica. Fondamenti e linee di sviluppo. *Giornale italiano di psicologia*, 1, 11-17.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function, (trad. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano, 2001)
- Fonagy, P. (1996). Attaccamento sicuro e insicuro. *KOS*, 129 (giugno), 26-32.
- Fosha, D. Siegel, D., & Salomon, M. (2009) (Eds). *The Healing Power of Emotion*. New York: Norton.
- Gallese, V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico. *Networks*, 1, 24-47
- Ham, J., & Tronick, E. (2009). Relational Psychophysiology: Lessons from mother-infant psychology research on diadically expanded states of consciousness. *Psychotherapy Research*, 19(6), 619-632.
- Hautmann, C., Stein, P., Hanisch, C., Eichelberger, I., Pluck, J., Walter, D., & Dorfner, M. (2009). Does parent management training for children with externalizing problem behavior in routine care result in clinically significant changes? *Psychotherapy Research*, 19(2), 224-233.
- Hughes, D.A. (2009). *Attachment-Focused parenting: Effective Strategies to Care for Children*. New York: Norton.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Lichtenberg, J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale (NJ): The Analytic Press (trad. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Cortina, Milano, 1995)
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M., & Fosshage, J.L. (1992). *Self and motivational systems*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, inc. (trad. it. *Il sè e i sistemi motivazionali*, Roma, Astrolabio, 2000).
- Lieberman, M.D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289.
- Liotti, G. (1999). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 5,16/17, 53-65.
- Lopez, S.S. (2003). *The assessment of Adult Attachment Security*, In S.S. Lopez & C.R. Snyder (Eds) *A handbook of models and Measures* (pp. 285-299). Washington: APA.
- Lopez, S.J., Snyder, C.R., & Rasmussen, H.N. (2003). *Striking a Vital balance: Developing a Complementary Focus on Human Weakness and Strength Through Positive psychological Assessment. Positive psychological assessment*. In S.S. Lopez & C.R. Snyder (Eds), *A handbook of models and Measures* (pp. 3-20). Washington: APA.
- Liotti, G. (1999). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 5(16/17), 53-65.
- Liotti, G., & Ardovini, C. (2008). *Motivi e significati dell'agire interpersonale*. In G. Liotti (Ed), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico: Il manuale AIMIT* (3-23), Milano: Raffaello Cortina.
- Menoni, E., & Iannelli, K. (2010). *The Integrative Model (EAIE) : Evolutività, affettività, intersoggettività, esperienzialità. Una proposta*. Relazione presentata alla XXVI SEPI Conference international meeting of the Society for Exploration of Psychotherapy Integration & 4th SEPI- Italy conference, Firenze, maggio.
- Menoni, E., & Iannelli, K. (in press). *Modelli di Psicoterapia integrativa e neuroscienze*. Roma: Alpes.

- Muran, J.C. (2009). A fusion of horizons for psychotherapy: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 19(6), 617-618.
- Panksepp, J., & Northoff, G. (2009). The trans-species core SELF: The emergence of active cultural and neuro-ecological agents through self-related processing within subcortical-cortical midline networks. *Consciousness and Cognition*, 18(1):193-215.
- PDM Task Force (2006). PDM: Psychodynamic and Diagnostic Manual. APA (trad. It. *Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano, 2008).
- Raaijmakers, J.G.W., & Shiffrin, R.M. (1992). Models for recall and recognition. *Annual Review Psychology*, 43, 205-34.
- Raaijmakers, J. (2008). Mathematical Models of Human Memory. In H.L. Roediger, III (Ed), *Cognitive Psychology of Memory*, (Vol. 2) *Learning and Memory: A Comprehensive Reference* (pp. 445-466). Oxford: Elsevier.
- Rameson, L.T., Satpute, A.B. Lieberman, M.D. (2010). The neural correlates of implicit and explicit self-relevant processing. *Neuroimage*, 50, 701-708.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor action. *Cognitive brain research*, 3, 131-141.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature neuroscience*, 2, 661-670.
- Russell, R.L. (2009). Children and adolescent psychotherapy research: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18(1), 1-4.
- Sameroff, A.J., & Emde, R.E. (1989) (Eds). *Relationship Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. New York: Basic Books (trad. it. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991).
- Schore, A. (2003a). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2009a). Relational Trauma and the Developing Right Brain. *Annals of the New York Academy Sciences*, 1159, 189-203.
- Schore, A. (2009b). Right brain affect regulation: an Essential Mechanism of development, Trauma, Dissociation and Psychotherapy. In D. Fosha, D. Siegel & M. Salomon (Eds), *The Healing Power of Emotion* (pp. 55-85). New York: Norton.
- Siegel, D. (2009). Emotion as Integration. A Possible Answer to the Question What Is an Emotion? In D. Fosha, D. Siegel & M. Salomon (Eds), *The Healing Power of Emotion* (pp.145-171). New York: Norton.
- Sporn, O, Tononi, G, & Edelman, G.M. (2000). Connectivity and Complexity: the Relationship between Neuroanatomy and Brain Dynamics. *Neural Networks*, 13, 909-922.
- Stern, D. (1985). The Interpersonal world of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987).
- Stern, D. (1989). La rappresentazione dei modelli di relazione: considerazioni evolutive. (In A. J. Sameroff, e R.E. Emde (Eds), *Relationship Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. New York: Basic Books (trad. it. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991, pp. 64-81).
- Trevarthen, C. (1997). *Empatia e biologia*. (trad. It. Milano: Raffaello Cortina, 1998).

- Trevarthen, C. (1998a). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Braten (Ed), *Intersubjective Communication and Emotions in Early Ontogeny*. Cambridge: University press Cambridge.
- Trevarthen, C. (2009). The Functions of Emotion in Infancy. The regulation and Communication of Rhythm, Sympathy and Meaning in Human Development. In D. Fosha, D. Siegel & M. Salomon (Eds), *The Healing Power of Emotion* (pp. 55-85). New York: Norton.
- Uddin, L.Q., Iacoboni, M. Lange, C., & Keenan, J.P. (2007). The Self and Social Cognition: the Role of Cortical Midline Structures and Mirrors Neurons. *Trends in Cognitive sciences*, 11(4), 153-157.
- Van der Kolk, B. (2006). Clinical Implications of Neurosciences Research in PTSD. *Annals of the New York Academy Sciences*, 1071, 277-293.
- Westen, D., Gabbard, G.O., & Blagow, P. (2006). Back to the future: Personality as a context for psychopathology, in R.F. Kruger & J.L. Jaccott (Eds). *Personality and psychopathology*, Guilford Press, New York. (trad. it "Ritorno al futuro": La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia", in N. Dazzi, V. Lingardi, & F. Gazzillo (Eds). *La diagnosi in psicologia clinica*, Raffaello Cortina: Milano, 2009, pp. 87-122).
- Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirowatka, P., & Regier, D.A. (2006) (Eds). *Dimensional Models of Personality Disorders: Refining the research Agenda for DSM V*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Williams, R. Ferrara, M., Aloï, A., & Gazzillo, F. (2009). La valutazione della patologia della personalità con la SWAP-200-A: Un'applicazione ad un campione clinico di adolescenti italiani. *Infanzia e Adolescenza*, 8(2), 98-112.

“Quale storia laggiù attende la fine?” La gruppalità come funzione terapeutica.

di Sandro Domenichetti*, Elisabetta Ruggieri**

(...) tre fonti da cui proviene la nostra sofferenza: forza soverchiante della natura; la fragilità del nostro corpo e l'inadeguatezza dell'istituzioni che regolano le reciproche relazioni degli uomini nella famiglia, nello Stato e nella società. (...) Circa la terza fonte di sofferenza quella sociale, assumiamo un atteggiamento diverso. Non vogliamo ammetterla, non riusciamo a comprendere perché le istituzioni da noi stesse create non debbano essere piuttosto una protezione e un beneficio per tutti. A ben vedere, se consideriamo che proprio in questo riguardo la prevenzione del dolore si è rivelata maggiormente fallace, ci viene il sospetto che anche qui potrebbe celarsi la natura invincibile, in qualche suo aspetto, cioè nella nostra costituzione psichica.

(S. Freud, *Il disagio della civiltà*, 1929)

L'individuo manifesta sempre qualche aspetto stabile della propria personalità (...). Questa stabilità corrisponde a ciò che ho chiamato Istituzione.

(W. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, 1973)

Introduzione

Lavoriamo da anni presso un Servizio di Salute Mentale che opera in un quartiere della città di Firenze, servizio che si è organizzato e si organizza nel tempo attraverso luoghi urbani conosciuti, ma in costante trasformazione, che ormai, dopo anni di lavoro, fanno parte del nostro patrimonio emotivo e del nostro immaginario. Questi assumono anche il significato di “luoghi mentali”, come quelli vissuti nei sogni o messi in scena come ricordi, ponendosi in una situazione intermedia tra i sistemi naturali e quelli culturali e attivando un processo di sedimentazione individuale e collettiva di una società che lascia al suolo le sue tracce. Lo spazio in cui si vive e si abita rappresenta uno dei fondamenti dell'identità personale, la casa, così come il Centro di Salute Mentale, è il contenitore privilegiato del nostro quotidiano, della nostra abituale vita organizzata sull'asse del tempo, il luogo dell'ordine, delle certezze, della stabilità e della continuità, insomma l'ambulatorio/casa come luogo in cui depositare ricordi ed esperienze. Abitare afferma C. Norberg-Schulz (1979, p.34): “...significa sperimentare la vita come moltitudine di possibilità. Il senso di identificazione della propria casa può essere così profondo da far sì che essa venga esposta come il prolungamento simbolico del proprio corpo e al pari di questo, la casa, con il suo confine definisce la distinzione tra il sé e gli altri”. Si tratta di confini identitari che ciascuno ha necessità di costruirsi, ma che possono diventare una trappola che incatena l'individuo ad una biografia immutabile. Abraham Moles (1971), psicologo sociale, ha individuato un insieme percettivo dello spazio, che chiama “le conchiglie dell'uomo”: la prima è il corpo, ovvero ciò che è delimitato dalla pelle; la seconda è il gesto, lo spazio del movimento; la terza è il vedere, la stanza; la quarta è l'alloggio, lo spazio privato; la quinta è il quartiere, l'incontro.

* Psichiatra, responsabile Servizi Salute Mentale Firenze; corrispondenza: sandro.domenichetti@asf.toscana.it

** Psicologa, responsabile Casa-Famiglia “Villino Torrigiani” ASL Firenze .

Il nostro servizio, nel luogo/quartiere, si è organizzato nel tempo sia come psichiatria di territorio che di comunità. La psichiatria di territorio che tende a contribuire alla salute mentale di una comunità si caratterizza per alcune strategie organizzative e metodologiche: una rete di servizi e presidi che non solo si coordinano, ma tendono ad una vera e propria integrazione, un uso moderato e “scientifico” degli psicofarmaci, un’integrazione di tecniche in programmi sempre più complessi, la valorizzazione della relazione personale con attenzione ai temi sottesi ai sintomi, un ampliamento delle possibilità psicoterapeutiche, l’uso delle strutture intermedie a fini di cura, l’uso delle normali risorse del territorio a fini terapeutici.

La psichiatria di comunità introduce un ulteriore elemento conoscitivo, ma soprattutto terapeutico: la gruppalità. Termine ambiguo e volutamente generico che può significare sia la tendenza a riportare al gruppo ciò che vive e sente il singolo operatore, sia una modalità di funzionamento dell’Istituzione di cura e dove la dimensione mentale riconosce e costruisce uno spazio in una territorialità articolata e molteplice (Fasolo, 1994).

In questo ambito così caleidoscopico parlare del lavoro di cura nelle istituzioni da una prospettiva psicoanalitica porta ad interrogarci sul suo contributo alla comprensione dell’istituzione, colta nella complessità delle dinamiche individuali, gruppali, gestionali ed organizzative, con l’intreccio di molteplici livelli, reali e fantasmatici. La radice individuale e privata, ancora frequente paradigma che contraddistingue il contratto psicoanalitico, si pone spesso come barriera difensiva di fronte a quel “lavoro critico ed emotivo inesauribile che si articola lungo una serie omologa che va dall’intrapsichico e individuale all’interpersonale collettivo e sociale” (Petrella, 1981, p.500). E’ questa esperienza del “plurale” (Kaes, 1993) che qualifica il campo dell’istituzione come laboratorio terapeutico, adeguato ad accogliere nuovi oggetti di studio e di cura: il gruppo, la famiglia e in particolare, quella patologia definita “grave” spesso inaccessibile agli strumenti del setting classico. L’esperienza “plurale”, parte della complessità del campo istituzionale, è sostenuta dalla compresenza di due tendenze: una vitale, l’altra violenta e mortifera, in una presentazione reciproca, rigidamente codificata, una sorta di coazione a ripetere, esperienza comune a tutti i Servizi di Salute Mentale.

La gruppalità nella nostra esperienza è la modalità attraverso cui il nostro servizio opera, offrendo al paziente ed operatore la possibilità di sperimentare le diversità, costruendo spazi psichici gruppali, ambito delle possibili rielaborazioni simboliche delle esperienze condivise. La gruppalità può essere così pensata come la funzione trasformativa dell’Istituzione.

Sempre più nei servizi psichiatrici di comunità vi è l’esigenza di costruire strumenti concettuali per definire e valutare gli elementi gruppali ed istituzionali che operano, si modificano e si nascondono nella pratica terapeutica quotidiana. La definizione di questo insieme di strumenti trova una formidabile sollecitazione nella rapida e qualche volta travolgente aziendalizzazione dell’organizzazione sanitaria pubblica, che ha modificato radicalmente il campo istituzionale e le dinamiche ad esso coerenti e quindi i tradizionali concetti del sapere psicodinamico, della lettura psicologica della dimensione individuale, duale, gruppale e di comunità devono essere sottoposti continuamente a critica per non sbagliare “il dito per la luna”.

Viviamo in una fase dove la dimensione “aziendale” dei servizi ha portato ad una ipertrofia del significato di organizzazione che può essere letta come tentativo di controllare o nascondere la dimensione individuale dell’operatore esposto alla patologia grave e dove i fenomeni di transfert assumono un significato particolare e pregnante dentro la dimensione individuale-gruppale-istituzionale, come efficacemente sintetizza la Arrigoni Scorecchi (2003), dell’organizzazione spesso ne viene fatto un uso evitante e fobico, per evitare l’angoscia della responsabilità individuale di accettare una profonda dipendenza, senza farne un uso perverso e narcisistico.

La “mitica” aziendalizzazione ha ancor più evidenziato non solo i vincoli istituzionali, ma anche quell’insieme di procedure vissute così persecutoriamente dai servizi: spazi angusti, finanziamenti precari, modultistica, sistema informativo. Si formano istanze inascoltate, dove si sedimentano in modo “sincretico” (Bleger, 1992) aspetti arcaici individuali o di gruppo, strutturando sia un’area amorfa e parassitaria che tende a perpetuare assetti organizzativi resistenti al cambiamento, sia amplificando istanze primitive disorganizzanti (invidia, esasperata conflittualità, manipolazione ecc)

portatrici d'impotenza e "paranoia": così viene attaccato ed eroso qualunque assetto collaborativo nell'operatività del servizio.

In questo clima il lavoro di équipe, come descritto da Marta Vigorelli (1994), non è solo un apparato mentale da coordinare, ma un vero e proprio organismo da far vivere, così la stanca ed inutile contrapposizione tra organizzazione e cultura nei gruppi curanti viene superata all'interno di una sintesi globale di funzionamento del gruppo istituzionale. Così anche la comunità terapeutica, "struttura intermedia", i cui fattori terapeutici o iatrogeni si collegano sia alla mente individuale che alla dimensione gruppale, al tempo vissuto, alla continuità e coesività, alla crisi e rottura del senso di sé e al suo rapporto con l'universo dei significati familiari e sociali. Affrontare nei servizi questa contraddittorietà ci permette di comprendere perché un paziente con tratti psicotici o borderline abbia bisogno di una comunità non genericamente intesa oppure perché nella cronicità come area di autorappresentazione del sé scisso sia l'unica zona di ristoro e luogo che il paziente sente di poter abitare.

Alcune parole, ponti tra diversi saperi, ci accompagnano ogni volta che riflettiamo su questi temi.

Istituzione: qualifica qualsiasi formazione, storicamente determinata, di raggruppamento sociale che si pone scopi complessivi che riguardano l'esistenza degli individui. In una prospettiva psicodinamica è concepita come l'esito di un processo di costruzione e condivisione collettiva di modelli relazionali e simbolici.

Campo: concetto inteso genericamente come "agglomerato di potenti fantasie, forti emozioni e immagini condivise", in continua evoluzione e trasformazione. Come il concetto di campo, applicato ai gruppi istituzionali psichiatrici che operano sul territorio, che Antonello Correlale fa derivare da una sua personale lettura della teoria del campo di K. Lewin. Egli si affianca quindi, con sfumature diverse ed originali, ad altri autori italiani (Corrao, Neri, Barnà) e stranieri (Willy e Madeleine Baranger, Bleger, Jacques, Kaes, Anzieu), che hanno fatto riferimento allo stesso concetto, nell'ambito della loro riflessione psicoanalitica, sia a livello individuale che di gruppo. Per Corrao il campo è quindi "l'insieme complessivo degli elementi mentali attivati nel gruppo, con le sue specifiche connotazioni emotive, di clima e di atmosfera". E ancora: "Un'area di fantasmi, idee e vissuti comuni, uno scenario, una narrazione e non un gioco delle parti" (1991, p.43). Con riferimento al trattamento dei pazienti gravi, si dà vita ad un campo condiviso, dove la pluralità delle figure, da una parte, permette di diluire e differenziare i forti investimenti affettivi, mentre dall'altra potrebbe permettere di inscenare dinamiche interne con la possibilità di cogliere nuclei di sofferenza.

Gruppo di lavoro: "...non solo una somma di ruoli e di funzioni, ma come un vero e proprio campo gruppale di esperienze, affetti e rappresentazioni comuni, dotato di una sua storia, una sua memoria affettivizzata e una sua progettualità condivisa" (1993, p.143).

In questo lavoro prendiamo in considerazione il gruppo istituzionale, evidenziando il suo ruolo nella cura dei pazienti gravi, facendo riferimento a quei fattori terapeutici di base, che sempre secondo Corrao sono presenti nel gruppo in quanto tale, indipendentemente dalla sua specifica tipologia. Fattori terapeutici che, pur avendo modalità espressive differenti, incidono su un fondo comune, ossia sul senso di coesione e continuità del Sé così gravemente compromesso nella maggior parte dei disturbi psichiatrici.

Dalla Casa Famiglia alla Comunità Terapeutica

Il tema che vorremo proporre è l'impatto delle patologie gravi sul gruppo di operatori di una casa famiglia trasformata istituzionalmente in una comunità terapeutica, con l'attivazione in quest'ultima di un lavoro gruppale di discussione clinica, con lo scopo di rendere possibile il recupero di "aree di pensabilità".

La domanda da cui siamo partiti è se sia possibile che il campo del piccolo gruppo di lavoro della comunità e il campo globale istituzionale nel quale la struttura è inserita, possano assumere le caratteristiche di un apparato di trasformazione ed elaborazione delle emozioni. In altre parole, se

sia possibile “pensare” nelle istituzioni, non solo come individui, ma anche come gruppi e considerare questa attività come un fattore curativo di per sé.

Su questa domanda, lasciata aperta, ci si è interrogati sin dall’inizio del nostro lavoro anche attraverso l’esperienza estesamente teorizzata da Sassolas (2001): le strutture residenziali possono assumere una funzione trasformativa se vengono animate da un pensiero sul loro operato, quindi dalla possibilità che tutti i protagonisti del sistema di cura abbiano una funzione psicoterapeutica e si strutturi uno spazio di sospensione dell’azione, nel quale gli operatori si sentano legittimati e liberi di pensare a ciò che succede tra loro, tra i pazienti e nel loro incontro.

La Comunità Terapeutica è un concetto funzionale che si riferisce essenzialmente alla possibilità di utilizzare nell’intervento terapeutico le risorse che derivano dalla convivenza. Tuttavia un approccio terapeutico centrato immediatamente ed unicamente sull’attività mentale rischia di mettere in moto meccanismi di fuga o di attacco, i pazienti che si muovono su un registro psicotico sviluppano un forte sospetto nei confronti della propria attività mentale, che risulta insopportabile, pericolosa e dolorosa. In tal senso il campo gruppale, come si è costituito nel passaggio dalla casa famiglia alla comunità e l’introduzione della funzione di “lavoro di discussione clinica”, oggetto intermedio tra curanti e pazienti, può offrire innanzitutto la possibilità di lenire, assicurare e rianimare la vita psichica di quest’ultimi. La comunità può anche essere rappresentata come una sorta di “terra di mezzo” tra la vita di tutti i giorni e l’universo psichiatrico, un luogo di vita sostitutivo che non sia né l’ospedale né la famiglia, né le loro perverse rappresentazioni.

Questo luogo, precisamente nella figura degli operatori, ha anche il vantaggio di costituirsi come soggetto terzo tra curanti e pazienti, e quindi può risultare fondamentale anche per la costruzione di un rapporto terapeutico e per il suo mantenimento.

Inoltre, la comunità, nei suoi aspetti “domestici” offre ai pazienti - con gli atti concreti del quotidiano (preparazione dei pasti, riordino, le abitudini, gli orari, ecc.) - la possibilità di un incontro con gli altri, diminuendone la pericolosità e il rapporto con l’operatore può consentire, proprio nella concretezza del quotidiano, la trasformazione di alcune abitudini spesso ripetizioni inaridite, rituali, vuote e senza vita (bere il caffè, fumare la sigaretta ecc.), in esperienze vive e sorprendenti. L’alloggio assume così una funzione terapeutica se concepito come uno strumento di un percorso, quindi, non solo alloggiare i pazienti, assecondandone la cronicità, ma favorire l’attenuazione dei processi psicotici di cui sono prigionieri. Come in tutte le strutture comunitarie, la casa è anche un luogo di attualizzazione dello scenario psicotico, proprio perché la sua caratteristica fondamentale è rappresentata, come dice Sassolas, dall’esternalizzazione, ossia dall’espulsione del proprio contenuto mentale nella realtà esterna, che è l’unico modo possibile per liberarsi di pensieri ed emozioni. Lo stesso Sassolas articola l’esperienza di Villeurbanne in tre elementi: la personalizzazione delle relazioni, l’appartenenza di ciascun paziente a un piccolo gruppo, l’immersione di questo gruppo nella realtà di un luogo e di un apparato istituzionale facile da decodificare. L’incapacità di questi pazienti di vivere il conflitto sul registro della rappresentazione e della verbalizzazione e la conseguente espulsione del conflitto stesso nella realtà, offre la possibilità di affrontare il nucleo centrale della loro psicopatologia nella quotidianità del reale. Quindi la situazione istituzionale può essere sfruttata anche per poter elaborare ipotesi diagnostiche di tipo dinamico (un operatore ha utilizzato proprio il concetto di teatro come metafora per rappresentare la comunità, precisamente il luogo dove costruire un copione da mettere in parole). Se poi pensiamo che la comunità nella sua dimensione di casa famiglia riecheggia le prime relazioni familiari, la sua quotidianità può offrire all’osservazione indicazioni preziose sull’intreccio che si viene a formare tra psicopatologia dei pazienti e cultura degli operatori. L’idea della comunità come struttura familiare non è solo un’astrazione, è il vissuto quotidiano di tutti gli attori coinvolti, spesso ai medici viene riconosciuto un ruolo genitoriale e tra i pazienti le relazioni sono simili a quelle tra fratelli, con rivalità, invidie, gelosie ricerca di affetto e di protezione. Nella maggior parte dei casi, questi sentimenti e conflitti rimangono completamente nascosti con comportamenti difensivi finché non vengono riconosciuti e legittimati ed è proprio questo lavoro sul quotidiano, osservato e riflettuto dagli operatori, che consente di far vivere ai pazienti un’esperienza di relazioni affettive non intrusive e distruttive.

Certo, la difficoltà maggiore per chi lavora a stretto contatto con le patologie gravi è l’invasione del proprio spazio psichico da parte di emozioni potenti e arcaiche, “trapianto di emozioni” secondo

Sassolas, il termine “trapianto” rende bene l’idea della violenza psichica di cui accettiamo essere oggetto in una relazione stretta con questi pazienti, ma anche dei possibili fenomeni di rigetto, d’altra parte, tale invasione non è però solo una difficoltà, ma è anche un mezzo, spesso l’unico, per permettere una restituzione di senso in forma elaborata ed accettabile e quindi più integrabile.

L’esperienza.

Si fa riferimento ad alcune situazioni cliniche estrapolate dal nostro lavoro con gli operatori, la loro elaborazione ha consentito non solo di prendere consapevolezza di alcuni vissuti sia rispetto al gruppo dei pazienti che a quello dei medici, ma hanno avuto anche un significato fondativo del gruppo di lavoro di recente costituzione.

La riflessione è partita dai vissuti degli operatori rispetto al comportamento di un paziente, Carlo, che “lascia i mozziconi di sigaretta sparsi per la casa e sporca”, come se volesse spargere e dislocare frammenti di sé. L’obiettivo consapevole ed inconsapevole di questi comportamenti disturbanti non è per forza l’aggressione e l’annullamento dell’operatore (all’inizio del lavoro, la distruttività dei pazienti era vissuta come attacco personale, lo sporcare era vissuto come se fosse intenzionalmente rivolto a loro, contro il loro desiderio di tenere pulito), e abbiamo osservato anche come alcuni operatori sembravano reagire proprio come una madre ferita dalla sporcizia e dallo stato di abbandono del proprio figlio. In questo caso, la confusione e la frammentazione del paziente viene esternalizzata nella casa e la funzione terapeutica implica la capacità di sopportare, al posto del paziente, il suo disagio e la sua disperazione (il suo sporco, il suo cattivo odore), la verbalizzazione della collera e dello scoraggiamento da parte degli operatori nell’incontro con uno di noi, ha certamente un impatto terapeutico sul paziente, perché collegato al sopportare di essere l’oggetto dell’investimento psicotico e se neghiamo il fenomeno dell’esternalizzazione, rischiamo di trattare come pura realtà, fatti che sono il ricettacolo ed il veicolo della problematica psichica dei pazienti.

Cerchiamo inoltre, di sottolineare l’importanza di produrre azioni dotate di senso (gli “atti parlanti”, secondo Racamier (1982), proponendo di riflettere su quanto le azioni, anche le più banali e quotidiane siano in grado di parlare ai pazienti restituendo loro un senso sul loro abitare la struttura. L’utilizzo del reale rappresenta una sorta di linguaggio agito che completa o sostituisce il linguaggio parlato. I disturbi della simbolizzazione che caratterizzano il funzionamento psicotico portano i pazienti a parlare con gli atti e a dare maggiore attenzione ai nostri messaggi agiti piuttosto che quelli verbalizzati.

Ad esempio, rispetto allo stato di degrado della casa e alla sporcizia, spesso lamentati dagli operatori come elemento critico del loro lavoro, atti concreti quali aiutare i pazienti a pulire per promuovere la capacità di prendersi cura, rappresentano un messaggio agito che esprime sollecitudine e che, accompagnato dal “parlare”, come l’interrogarsi su quanto accade nella casa in un determinato momento, può permettere una prima forma di elaborazione. Come con il paziente Carlo, l’aver trattato il problema dello sporco attraverso il vissuto di un’operatrice (dedicata a lui per questo), ha facilitato la possibilità di un minimo contenimento della sua confusione.

Il tema dello sporco ha riguardato all’inizio anche un’altra paziente, Sara, giovane donna che vive nella comunità in condizioni di ritiro, sempre confinata nella sua stanza disordinata e sporca, che mette in grave difficoltà gli operatori. Qui lo sporco e il disordine sembrano rimandare a forme che potremmo definire di accumulo, forse di memorie, attraverso il recupero di giornali e oggetti vari, come se si trattasse di una sorta di pulsione additiva, accumulativa, appunto. Del resto Sara viene percepita dagli operatori come eccessiva e debordante, vengono sottolineate sia la radicale glaciazione del tempo vissuto con il rifiuto di essere aiutata e la tentazione di risponderle con un accudimento totale, sia la sensazione di sentirsi (gli operatori) come un “cassonetto”, che deve essere capace di contenere tutto lo sporco del disagio che Sara “vomita”. I vissuti verso Sara spaziano da un forte desiderio di accudimento, appunto, all’ammirazione per la complessità delle sue produzioni mentali, alla rabbia e al desiderio di espellerla. Tuttavia si è raggiunto un primo e importante obiettivo, la paziente, dopo momenti di rifiuto e fughe ripetute, ha accettato non solo di alloggiare in comunità, ma di abitarla, quasi di permettersi di esperire la dimensione di famiglia-casa. Il raggiungimento di tale obiettivo può essere collegato alla regolazione della giusta distanza trovata dagli operatori con la paziente.

In queste prime osservazioni sembra di cogliere, nel racconto degli operatori, una sorta di sensazione penosa di fisicità, di corporeità, legata ai bisogni fisici di questi pazienti; del resto, l'immersione nello stesso contesto per molte ore il giorno, può evocare nel paziente il bisogno di disporre totalmente degli operatori, di una loro attenzione esclusiva e la fantasia di poterli finalmente "riempire" di una mole di richieste di ogni tipo, insoddisfatte. Tali bisogni e fantasie impediscono il riconoscimento dell'operatore come professionista, e quando le attese eccessive vengono naturalmente disattese i pazienti tendono a svalutarne la presenza e la funzione, così come quella della struttura. Un aspetto particolarmente importante evidenziato dagli operatori è il desiderio da parte di Carlo di usarli come protesi di funzioni mentali ed affettive mancanti. Gli operatori, stimolati nella sfera narcisistica, si lasciano convincere che il paziente non può fare niente senza di loro e si esauriscono nel compensare i suoi deficit con un atteggiamento riparatorio, vissuto dal paziente anche come intrusione, un tentativo di imprigionamento contro il quale si difende aumentando il grado di isolamento e di passività, a volte con comportamenti aggressivi, instaurando così un circolo vizioso. L'istaurarsi di questo circuito rende evidente come gli operatori sono esposti a due rischi opposti: l'abbandono che destruttura il paziente e l'iperprotezione che lo squalifica, oppure la necessità di mediare l'affettività e l'affettuosità, ad esempio in Angelo, che tende a fare continue richieste di appartenenza e di aiuto, ma denuncia anche di sentirsi sopraffatto dagli "abbracci" degli operatori.

La contraddittorietà delle richieste e l'obbligo ad accettare la dipendenza - anzi a volte stimolarla con atteggiamenti affettuosi, salvo poi ritirarsi quando questi possono assumere caratteri più personali e sessualizzati - rappresentano altri aspetti cruciali.

Non si può non essere d'accordo con Correale quando parla di come la fatica che predomina nei servizi - fatica che spesso tendiamo ad attribuire alla cattiva organizzazione ed alla scarsità delle risorse - sia anche legata a quella "fantasia angosciante di inesauribilità" che la malattia mentale evoca sugli operatori. Si ha l'impressione che uno degli aspetti fondanti il campo storico di questo gruppo di operatori sia rappresentato da una mancanza di limiti, intesa come aspettative onnipotenti nei confronti delle proprie risorse e delle possibilità di "guarigione" degli ospiti della struttura: è come se i pazienti stimolassero una parte onnipotente degli operatori legata all'investimento narcisistico che questi fanno su di essi e sulla struttura. Questa sollecitudine narcisistica di cui sono oggetto gli operatori è spesso legata al fatto che il loro ideale professionale e la loro autostima sono rimessi in discussione dall'auto-squalificazione dei pazienti. Il senso di impotenza ed inutilità a cui va incontro l'operatore sono dovuti sia al confronto tra i risultati ottenuti e ottenibili e le attese idealizzate, sia al confronto tra una immagine professionale di sé idealizzata e un'analisi più realistica delle proprie risorse, limiti e vincoli.

Gli operatori che si occupano di pazienti gravi spesso tendono a trasformare i loro atti in routine, dove il carattere professionale copre l'inconscia opposizione ad impegnarsi nel compito terapeutico, fino a sabotare inconsapevolmente il processo di cura. Il gruppo degli operatori e i familiari dei pazienti possono stabilire complicità segrete inconscie, che si esprimono in diverse forme di resistenza e aderiscono simbioticamente alle necessità patologiche di cui parla Boszormenyi-Nagy (1962). Il lavoro di discussione permette di iniziare a prendere consapevolezza di questi limiti e confrontarsi con essi, elaborando, per così dire, il lutto della fantasticata capacità onnipotente. Le alte aspettative degli operatori si sposano peraltro molto bene (collusione inconscia) con l'aspettativa dei pazienti di essere accolti totalmente, incondizionatamente, data la loro passività, la posizione ritirata e a volte l'opposizione a quanto proposto dal servizio nel suo complesso. Il problema è capire "cosa" sia la comunità nel percorso di cura e quanto possa essere abitata/espropriata dagli utenti, quali siano i limiti che gli operatori possono porre ai propri obiettivi, a sé stessi ed alla relazione con i pazienti.

Metafore.

Va fatto un accenno ad alcune metafore, relative alla rappresentazione della comunità, utilizzate dagli operatori nel percorso di elaborazione di questo gruppo di discussione, che ci consentono di osservare, nei passaggi narrativi nel corso dei vari incontri, delle trasformazioni di senso. Per esempio: dalla metafora del "vomitatoio" si è passati a un certo punto a quella dei "binari morti",

dove i pazienti stazionano nella cronicità, e da questa, successivamente, ad una immagine particolarmente incisiva, l'immagine della comunità come "stazione", dove, dice l'operatore, "gli utenti arrivano da percorsi diversi, sostano insieme e possono poi trovare le coincidenze giuste". Inoltre, in questa fase, il gruppo produce anche l'immagine del "contenitore" come metafora del proprio ruolo terapeutico.

Di queste immagini ci ha colpito quella della stazione, che è senz'altro la più evocativa, è il luogo degli arrivi e delle partenze, quindi degli incontri e degli addii e ovviamente delle relative angosce, l'angoscia che può suscitare l'incontro con l'altro e l'angoscia della separazione.

Arrivare in una stazione, scrive Calvino in una delle sue ultime opere "Se una notte d'inverno un viaggiatore", ti può dare il senso di un ritorno all'indietro, di una rioccupazione dei tempi e dei luoghi perduti, oppure un balenare di luci e di suoni che ti fa percepire d'essere vivo oggi. Questa metafora sembra particolarmente appropriato ad una comunità terapeutica. La stazione – è sempre Calvino che parla – è anche il luogo dove si può portare la propria valigia al deposito, dove possono anche avvenire scambi di bagagli, ma anche condivisione di effetti personali, come sui treni. Confrontiamo metaforicamente la nostra comunità con il senso di questa opera che comincia, appunto, in una stazione ferroviaria. Il romanzo non racconta una storia compiuta, al contrario parla dell'impossibilità di scrivere una storia convenzionale, che abbia un inizio e una fine. Il libro è costituito infatti da dieci inizi di romanzi, che per una serie di motivi vengono fatalmente interrotti. Ogni romanzo incompiuto ha un titolo. La cosa sorprendente è che i titoli dei dieci romanzi incompiuti, o meglio dei dieci avvisi, messi insieme, uno dopo l'altro, vanno a formare un testo poetico che ha un senso:

"Se una notte d'inverno un viaggiatore
Fuori dall'abitato di Malbork
Sporgendosi dalla costa scoscesa
Senza temere il vento e la vertigine
Guarda in basso dove l'ombra s'addensa
In una rete di linee che s'allacciano
Sul tappeto di foglie illuminate dalla luna
Intorno a una fossa vuota
Quale storia laggiù attende la fine?"

Proprio come le storie incompiute nella nostra comunità, se messe insieme, possono trovare un qualcosa di compiuto, anche se, com'è ovvio che sia, è un senso che rimanda ad altro e sempre con una domanda: Quale storia laggiù attende la fine? Insomma Calvino ci rimanda alla possibilità di passare dalle storie delle origini all'origine di una storia, per dirla con un concetto un po' ad effetto. Tutto questo rimanda all'idea di fondo del Gruppo e della Comunità, alla possibilità cioè di dare inizio alle storie, del gruppo e della comunità, che si interrogano sulle possibilità di attendere la fine, partendo proprio dalle storie incompiute dei singoli. Certo, la possibilità può essere declinata in tanti modi, però quella di capire, guardando "intorno ad una fossa vuota, senza temere il vento e la vertigine - quale storia laggiù attende la fine?", ci sembra che possa aderire anche agli scopi che noi ci proponiamo come operatori di un gruppo, con la necessità di avvicinarci ad un nucleo della storia dei pazienti che inevitabilmente ci sfugge e segnalare anche la possibilità di oscillare tra "pazienza e sicurezza", caratteristiche che Bion (1970) proponeva come utili per chi sta in una posizione di aiuto.

Conclusioni

Pensando alla storia della nostra comunità e il suo nascere da una casa-famiglia, ci è parso centrale il concetto di "farsi carico del paziente" come uno dei fattori fondamentali dal punto di vista terapeutico, che comprende le sue condizioni di vita, il funzionamento del corpo, la prescrizione di trattamenti lenitivi o risolutivi, cioè il suo programma terapeutico. Racamier (1982) ci dice che non è facile spiegare la funzione "soignante", intanto iniziamo a dire cosa non è e cosa che non si vuole che sia. Non deve essere una prigione, anche se il paziente va protetto. Non dovrebbe essere un asilo nido camuffato, dove si stimola l'estrema dipendenza e la regressione infantile dei pazienti. Non è consigliata un'esagerata tecnicizzazione delle cure, sia nello svuotarle dai

contenuti psicologici dinamici sia nel pretendere di assimilarle ad una funzione psicoanalitica. Racamier riassume dicendo che la funzione "soignante" si esercita "a livello dell'lo dei pazienti, in particolare negli aspetti dell'lo che non sono abitualmente ascoltati dallo psicoanalista nell'esercizio della psicoanalisi". Il fondamento quindi, delle cure istituzionali consiste nella presenza e nell'aiuto all'lo dei pazienti.

Sottolineiamo l'esperienza della "presenza", come concettualizzata da Nacht (1963), molte manifestazioni e sintomi dei pazienti psicotici hanno come funzione principale quella di ricordarci la loro presenza e richiamare la nostra. La dipendenza li spaventa, perché vivono l'oggetto come distruttivo e vorace, ma l'assenza si trasforma in perdita e distruzione. La presenza "soignante" deve essere stabile, disponibile e non asfissiante. Per i nostri pazienti questa presenza è altrettanto sostanziale della necessità che esistano istituzioni per loro, disponibili permanentemente, ma con una particolare qualità: molte facce anonime, non coordinate fanno una folla non una presenza, al contrario una comunità terapeutica dà una dimensione dell'esserci contemporaneamente diffusa e personale, molteplice e coordinata, che costruisce uno sfondo permanente e stabile sul quale ogni personalità diventa riconoscibile e quindi tende a riorganizzarsi e ristrutturarsi.

Nelle riflessioni degli operatori della nostra comunità, la maggiore difficoltà è stata proprio definire il prendersi in carico il paziente, che non consiste solo con l'identificarsi con lui e prenderlo in considerazione con interesse e partecipazione, ma confrontarsi con la sua esperienza psicotica. Gli operatori devono assumersi la responsabilità di: 1) "emanciparlo" dal funzionamento mentale ed emotivo in cui si trova intrappolato. Il paziente, non avendo potuto stabilire una dipendenza sana da un oggetto in grado di sviluppare le risorse proprie dell'lo, ha strutturato una dipendenza patologica da un oggetto interno che fa ammalare o impazzire, un oggetto cattivo secondo Fairbairn (1992) e dunque, come dice Guntrip (1993), quando lo schizoide riesce ad entrare in relazione con le persone reali, reagisce come se esse fossero identiche ai suoi oggetti interni cattivi e quindi tende ad entrare in un funzionamento mentale compulsivo, che configura un circolo vizioso di aggressione-colpa e castigo, da cui va emancipato; 2) stabilire con lui una relazione che gli permetta di utilizzare il contesto interpersonale come sfondo del processo terapeutico; 3) saperlo accompagnare nelle vicende di questo processo con i progressi e le regressioni, anticipare, per quanto si possa, le sue necessità per evitare che attraverso la comunità scivoli nell'anonimato, come fantasma, cercando di far passare inosservata la sua vita segreta, dove nasconde sia gli aspetti più patologici sia quelli più primitivi e sani, non sviluppati. Se un paziente si allontana dal processo terapeutico, allora diventa necessario prestargli attenzione introducendosi un po' alla volta, in questa dimensione segreta. Gesti quotidiani, come bussare alla sua porta e chiedergli come sta, dimostrarci che lo abbiamo pensato, andarlo a trovare, fargli capire che per noi è importante e che esiste nelle nostre preoccupazioni, sono esperienze che forse lui non ha mai fatto prima. Così nelle fasi finali della terapia quando possiamo comprendere nella loro totalità i fattori che influirono sulla malattia e il paziente può affrontare il dolore presente nella sua vita con un'autentica tristezza, ma anche con nuove capacità di elaborazione delle fasi della malattia, è il momento in cui potrà fare a meno dell'aggressività verso se stesso e gli altri, sentire le emozioni senza mascherarle, negarle o dissociarle. E' un momento doloroso, ma è qui che si genera nel paziente e negli operatori la speranza della guarigione.

Queste funzioni condivise da tutti gli operatori, i devono essere assicurate per ogni paziente preso in carico, personalmente, perché la comunità spesso scotomizza la dimensione personale. La comunità terapeutica funziona davvero in modo integrato, quando l'insieme delle persone che convivono nello stesso luogo, con funzioni diverse, condividono un compito comune. Questo compito presuppone sia una certa "fiducia" che attraverso questo processo terapeutico comunitario sia possibile modificare il funzionamento mentale dei pazienti, sia che l'accettazione dei nostri limiti e di quelli dei pazienti non sia eccessivamente frustrante, come anche la capacità di modificare le nostre rigidità e schemi con una buona dose di pazienza e tolleranza.

I problemi legati alla convivenza si presentano in qualsiasi gruppo di persone che si riuniscono e pertanto anche nella comunità terapeutica, dove vi sono due determinanti e specifiche variabili: una dipende dal grado di coerenza della teoria e della metodologia di lavoro del gruppo terapeutico, l'altra è il "consumarsi" nel contatto quotidiano con i pazienti che mette in moto potenti meccanismi transferali e controtransferali, che continuamente sfidano e provocano il gruppo terapeutico nel suo fondamentale obiettivo, mantenere un assetto psicoterapeutico. L'intrecciarsi di

aspettative e idealizzazioni, di rimproveri e richieste, di malintesi, di grandi illusioni che possono trasformarsi in cocenti delusioni, di intensi bisogni spesso frustrati perché non riconosciuti, è un'intricata trama dalla quale i responsabili della comunità devono saper fare emergere le cose migliori, incorrendo sempre nel rischio che qualcosa sfugga o che possa accadere il peggio. Infine riproponiamo ancora come inevase le domande iniziali: è possibile "pensare" nelle istituzioni, e questa attività considerarla un fattore curativo di per sé, nel caso delle patologie gravi? Si può pensare la struttura che abbiamo descritto come un organismo stabile e come possiamo farlo diventare un oggetto di cura che evolve? Che tipo di espansione potrebbe avere un'esperienza di questo tipo, fondata sulla possibilità di mantenere vivo il pensiero nella mente degli operatori, come mezzo per favorire quella faticosa opera di risoggettivazione che caratterizza il processo terapeutico dei pazienti psicotici dentro le comunità?

Bibliografia

- Bion, W.R.(1970). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.
- Bleger, J. (1992). *Simbiosi e ambiguità*. Loreto: Lauretana.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1962). The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment, *Family Process*, vol. 1, pp. 103-113.
- Correale, A., Rinaldi, L., Scortecci, M.A., Berti Ceroni, G., Boccanegra, L., Frangini, G. et al. (1993). Patologie gravi e modelli di comprensione. *Rivista di Psicoanalisi*, 39:139-152.
- Correale, A.(1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Fairbairn, W.R.D. (1992). *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fasolo, F. (1994). *Etica e psichiatria. Dal manicomio al territorio*. Padova:Gregoriana Editrice.
- Guntrip, H.(1993). *Struttura della personalità e interazione umana*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kaes, R.(1993). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Roma: Borla.
- Moles, A. (1971). *Sociodinamica della cultura*. Edizione italiana a cura di G. Bechelloni. Bologna: Guaraldi.
- Nacht, S. (1963). *La présence du psychanalyste*. Paris: Presse Universitaires de France.
- Norberg Schultz, C. (1979). *Genius loci. Paesaggio ambiente architettura*. Milano: Mondadori-Electa.
- Petrella F. (1981). *Critica dell'istituzione psichiatrica e psicoanalisi*. In *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*. Milano: Raffaello Cortina, 1993.
- Racamier, P.C.(1982). *Lo psicoanalista senza divano. La psicoanalisi e le strutture psichiatriche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rinaldi, L. (Eds) (2003). *Stati caotici della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sassolas, M.(2001). *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Roma: Borla.
- Vigorelli, M.(1994). *Istituzione tra inerzia e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.

L'orribile verità: mito del burn-out e rappresentazioni della psicologia nella cultura del Legislatore italiano. Riflessioni su un paradosso etico-giuridico

di Pietro Stampa*

Et ego ipse, propter diffugere infamiam, non fui ausus recedere.
E io stesso, se non abbandonai il campo, fu solo per evitarmi il disonore.

Guy de Chauliac, medico di papa Clemente VI, a proposito della peste di Avignone del 1348¹

Nella più ampia cornice del dibattito politico e delle iniziative istituzionali per la tutela dei lavoratori esposti a condizioni di lavoro riconoscibili come “stressanti”, una posizione specifica è occupata dall’ area delle professioni d’aiuto, alle quali vengono ricorrentemente attribuiti fattori di rischio per così dire “intrinseci”, connessi non tanto con la dimensione di contesto in cui tali attività si vengono a situare, quanto con l’oggetto stesso della loro operatività *in qualunque condizione organizzativa*.

Qui di seguito verranno esaminati i testi di due iniziative legislative sul tema — per altro mai giunte a compimento — che come si vedrà non si pongono nella prospettiva della promozione di condizioni di benessere né in quella della prevenzione (nella logica del quadro normativo che si riferisce al c.d. “stress lavoro-correlato”²), quanto in quella di una compensazione “a valle”, considerando appunto il danno a carico degli operatori come non evitabile, e gli operatori pertanto bisognosi o almeno meritevoli di specifiche attenzioni previdenziali. Tale approccio fin qui seguito dal nostro Parlamento, tanto in area (per così dire) “progressista” che “conservatrice”, è di particolare interesse, dal nostro punto di vista, proprio per il suo *carattere spiccatamente anti-psicologico* — nel senso di essere *preclusivo di qualsiasi intervento psicologico*: carattere del tutto a-contestuale, rivendicativo e segnato da evidenti, marcate influenze di poteri lobbystici, cui una psicologia pervasa da modelli medici e di senso comune, oscillante fra *fausse naïveté* e compiacenza, ha fornito ragioni, apparato concettuale e lessico.

Si noterà, a riguardo, il completo svincolamento di tali iniziative dal quadro generale e dalla *ratio legis* delle norme sullo “stress lavoro-correlato” che negli stessi anni prendevano forma — a riprova di una logica istituzionale non orientata alla soluzione di una complessa problematica

* Psicologo clinico libero professionista, professore incaricato di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni, Università di Chieti.

In origine questo intervento è nato come traccia per esercitazioni degli allievi di un Istituto di specializzazione in psicoterapia analitico-transazionale. l’Auximon di Roma, nel quale da molti anni insegno Etica professionale; nello svilupparlo ho tenuto conto di indicazioni emerse qua e là dagli elaborati degli allievi (in particolare: G. Badalà, S. D’Amanti, V. Di Donato, B. Loi, G. Parisi); ho poi “saldato” il testo risultante con quello del mio intervento al convegno “Il setting in psicoterapia: teoria e clinica del confine e delle sue violazioni” (Roma, 17-18 ottobre 2008) organizzato dall’Istituto di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica SIRPIDI, nel quale anche insegno la stessa disciplina.

¹ in H. Haeser, *Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten – II Buch*, Jena, 1865, pp. 36-38.

² A partire dal DL 9 aprile 2008, n. 81.

sociale e organizzativa, bensì alla protezione di categorie professionali via via, come si vedrà, sempre più improbabili.

Da un almeno quarto di secolo, come è noto, un intenso dibattito internazionale si è sviluppato intorno al tema dello stress lavorativo degli operatori delle relazioni d'aiuto; nel nostro Paese tale dibattito ha interessato soprattutto l'area dei Servizi pubblici, e alcuni parlamentari si sono spinti sino a presentare Disegni di Legge per sostenere i professionisti in difficoltà a causa appunto dell'eccessivo coinvolgimento emozionale, e della relativa ricaduta psicopatologica, nelle attività di assistenza e di cura in campo medico, psicologico, sociale, educativo e non solo.

Obiettivo del presente contributo è dunque mostrare come tale visione del problema sia inappropriata e ambigua, e contribuisca ad alimentare la già notevole confusione che attraversa il dibattito, estendendola dal campo clinico a quello giuridico e deontologico. Cercherò infine di abbozzare una indicazione di carattere generale per la revisione delle regole di condotta dei professionisti a fronte di situazioni complesse, implicanti un incrocio di temi clinici, etici e giuridici³.

La letteratura tecnica sulla Sindrome di/del *burn-out*⁴ è immensa, e il quadro psicopatologico di riferimento vi è ampiamente e ripetitivamente descritto: eviterò quindi di riassumerlo, rimandando il lettore agli autori che più accuratamente ne hanno trattato. Fra questi certamente Maslach (1982 [1992]), Pyne e Firth-Cozens (1987 [1999]), Maslach e Leiter (1997 [2000]).

La prima proposta parlamentare in tema di *burn-out*, a firma dei senatori De Luca, Ripamonti e Cortiana (gruppo Verdi-Unione, XIII Legislatura, Disegno di Legge n. 3450 del 20 luglio 1998, "Norme di tutela previdenziale per i mestieri e le professioni di aiuto"), identificava all'art. 1 (*Âmbito di applicazione*), comma 1, le categorie "a rischio":

- (a) medici operanti in reparti di rianimazione, pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, terapia intensiva e in cliniche psichiatriche;
- (b) assistenti sociali;
- (c) psicologi;
- (d) psicoterapeuti;
- (e) assistenti domiciliari;
- (f) psichiatri;
- (g) educatori di comunità terapeutiche.

Il secondo comma recitava:

Gli appartenenti alle categorie di cui al comma 1 beneficiano dei trattamenti disposti dalla presente Legge a condizione che svolgano l'attività professionale in situazioni di contatto diretto e continuativo con soggetti bisognosi di intense cure e assistenza per disagi patologici che siano particolarmente gravi o abbiano un decorso prolungato nel tempo.

In questa visione – che a suo tempo aveva riscosso un elevato e per certi versi comprensibile successo tra gli addetti ai lavori⁵ – la Sindrome di *burn-out* veniva così assimilata a una vera e

³ Per una prospettiva metodologica su questo complesso interfaccia cfr. Stampa, 2008.

⁴ Ho scelto di unificare in *burn-out*, per i fini del presente contributo, anche la altrettanto frequente dizione *burnout*, priva del trattino. Propendo inoltre per l'uso della preposizione semplice anziché di quella articolata.

⁵ La proposta venne presentata al pubblico nel corso della giornata di studio "Guaritori feriti" che si svolse a Roma il 4 ottobre 1999 con interventi di numerosi rappresentanti delle comunità professionali interessate. Sul quotidiano *La Repubblica* del 15 novembre successivo, in un articolo di M.S. Conte intitolato "Quelle vite bruciate dal dolore degli altri – Aiutano chi soffre ma in migliaia si ammalano", veniva illustrata la tematica della giornata di studio, fornendo al lettore non meglio precisate «stime americane» secondo le quali il 60% degli operatori delle relazioni di aiuto «si ammala» appunto della *Burn-out Syndrome* (citata in inglese nel testo dell'articolo).

propria malattia professionale, che avrebbe interessato a pieno titolo gli psicologi e gli psicoterapeuti, sopra indicati alle lettere (c) e (d).

I benefici di Legge riservati agli operatori "colpiti" dalla Sindrome di *burn-out* non erano poca cosa: si veda a riguardo l' art. 2 (*Dichiarazione di attività usurante*).

Il Governo è delegato a emanare [...] un Decreto modificativo della tabella A allegata al Decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374,⁶ al fine di inserire tra le tipologie di lavori particolarmente usuranti le attività di cui all'art. 1 della presente Legge, caratterizzate da un impegno psicofisico particolarmente intenso e continuativo, condizionato da *fattori che non possono essere prevenuti con misure idonee* [corsivo mio].

Quanto meno singolare, qui, la potenziale assimilazione del *burn-out* degli operatori socio-sanitari alla silicosi dei minatori o alla leucemia mieloide degli addetti alle raffinerie: ma soprattutto, l'idea che si tratti di una sorta di inevitabile maledizione che accompagna la pratica delle professioni di aiuto, quando vengano svolte in modo continuativo e protratto nel tempo, senza che si possa nemmeno ipotizzare una qualche forma di prevenzione basata sullo studio e lo sviluppo adeguato di misure organizzative e più in generale di contesto.

L'idea, come è normale, era già chiaramente espressa nella presentazione del Disegno di Legge, che qui di seguito si riporta integralmente.

ONOREVOLI SENATORI – La volontà del Legislatore di adottare le necessarie misure a difesa della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori, in adempimento del disposto dell' articolo 35, primo comma, della Costituzione, si è manifestata da tempo, attraverso una serie di atti e provvedimenti legislativi. Tuttavia tale esigenza deve trovare ancora una adeguata risposta, in particolare per le categorie professionali che svolgono opera di aiuto ed assistenza a soggetti che versano in stato di bisogno psicologico o fisico. Questi «operatori dell'aiuto» svolgono un compito socialmente rilevante, prezioso e delicato, ma spesso indiscutibilmente logorante, per la natura e le *modalità con cui si debbono svolgere necessariamente tali funzioni* [corsivo mio].

Il presente Disegno di Legge intende dunque provvedere ad una attenzione mirata verso le esigenze di questa categoria di operatori sanitari e sociali, proprio perchè il loro ruolo è essenziale: con la definizione "mestieri e professioni d'aiuto" ci rivolgiamo a quanti, autonomamente o con vincolo di subordinazione o collaborazione, sono impegnati ad assistere soggetti deboli, il più delle volte anziani, malati cronici o terminali, pazienti in terapia intensiva, persone con disagi psichici o che versano in condizioni che richiedono un lungo decorso. Sono psicologi o psicoterapeuti, assistenti sociali e domiciliari, e su di essi si riversano i problemi e il dolore di quanti sono oggetto delle loro cure. In particolare, a causa del contatto interpersonale prolungato per lunghi periodi, a volte ininterrotto, si possono manifestare effetti deleteri per gli operatori dell'assistenza: in letteratura si parla di "Sindrome del *burn-out*" appunto per mettere in rilievo il grave *stress* che colpisce tali categorie, manifestandosi in sintomi sia fisici che psicologici, i quali possono giungere ad un livello tale da causare l'impossibilità per l'operatore di continuare a svolgere il proprio compito. Si tratta dunque di *una patologia che è strettamente collegata alla natura della professione* [corsivo mio] e deve pertanto trovare attenzione e tutela. *Potremmo definirlo il prezzo dell'aiuto agli altri: crescente spersonalizzazione, esaurimento emozionale, riduzione o annullamento delle capacità relazionali e lavorative* [corsivo mio]. Ma il danno è apprezzabile anche sotto il profilo sociale: *i lavoratori che dedicano il proprio tempo ad offrire sostegno agli altri, presto giungono all' impossibilità di offrire un supporto valido per coloro che ne hanno bisogno* [corsivo mio].

Si tratta dunque di tutelare non solo il lavoratore vittima della patologia, ma anche il soggetto che si avvale delle cure dell'operatore. Ovviamente i benefici previsti dal Disegno di Legge sono condizionati al riscontro effettivo di modalità di lavoro particolarmente intenso e gravoso e rientrano per lo più nei vantaggi in materia di età pensionabile e tutela previdenziale, previsti dalle Leggi generali (in particolare dalla Legge 8 agosto 1995, n. 335, estesa al lavoro autonomo con il Decreto legislativo 1.febbraio 1996, n. 103). Costituiscono invece una significativa innovazione, ormai indifferibile anche alla luce della tendenza più recente emersa nei Paesi europei, l'estensione alle professioni e ai mestieri d'aiuto del concetto di lavoro particolarmente

⁶ Con Decreto ministeriale 9 aprile 2008 (G.U. n. 169 del 21 luglio 2008) sono state pubblicate le "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura", che si possono consultare in <http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop>, di lì seguendo la procedura di interrogazione.

usurante, nonché il riconoscimento delle forme più gravi di *stress* quale malattia professionale, dato che tali forme di esaurimento, al pari di qualsiasi altra patologia fisica, possono determinare nei soggetti che ne siano affetti notevoli danni, fino a causare l'impossibilità di proseguire nell'attività lavorativa.

La visione del problema, come si vede, è caratterizzata da un assunto individualista per un verso, e medico-legale per un altro: non potendosi evitare con strumenti organizzativi l'insorgere della "patologia" negli operatori, ed essendo pertanto affidata alla sorte la possibilità che alcuni fortunati fra di essi ne siano risparmiati — «A chi la tocca, la tocca», ripete come un disco rotto Tonio, l'amico di Renzo Tramaglino istupidito dalla peste⁷ — parrebbe dunque che si possa solo procedere appunto "a valle" con misure di natura previdenziale.

L'art. 3 (*Malattia da lavoro*), comma 1, prevedeva così l'assegnazione di tali misure per l'invalidità e la malattia professionale, nei seguenti casi:

- (a) riscontrate diminuzione o annullamento delle capacità professionali dipendenti da grave forma di esaurimento [corsivo mio] psicofisico;
- (b) riscontrata connessione causale tra l'insorgenza della sindrome e le modalità di esercizio della attività professionale di aiuto.

Sorvoliamo su quel termine "esaurimento", che richiamava una neuropsichiatria *d'antan* e oggi (ma già, ovviamente, nel 1998) può far sorridere: il parametro tecnicamente più improbabile da applicare era quello della "connessione causale", considerato che l'art. 1, come abbiamo visto, poneva quali condizioni operative atte a determinarla solamente il «contatto diretto e continuativo con soggetti bisognosi di intense cure e assistenza per disagi patologici che siano particolarmente gravi o abbiano [quindi, anche se non "particolarmente gravi"? — inciso mio] un decorso prolungato nel tempo».⁸

La XIII Legislatura si concludeva nel maggio 2001 senza che il Disegno di Legge 3450 andasse oltre un primo e unico esame della Commissione Lavoro e previdenza sociale del Senato.

Otto anni più tardi, nella XV Legislatura, il modello veniva ripreso da forze politiche di segno opposto, in persona del sen. Costa (Forza Italia); il Disegno relativo, rubricato con il n. 443 e comunicato alla Presidenza del Senato in data 18 maggio 2006, recava il titolo "Norme a tutela dei mestieri e delle professioni di aiuto alla persona dalla Sindrome di *burn-out*".

Le categorie interessate, in aggiunta a quelle indicate nell'art. 1, comma 1 del disegno precedente, erano:

- (g) educatori professionali
- (h) psicopedagogisti
- (i) insegnanti di sostegno e assistenti educativi comunali
- (l) terapisti della riabilitazione e terapisti occupazionali
- (m) infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia⁹

⁷ *I Promessi Sposi*, cap. XXXIII.

⁸ Come dire che la categoria più esposta in assoluto sarebbe quella degli psicoanalisti classici, segnatamente in ambito privato: anni e anni di indefesso, tenace lavoro (*gutta cavat lapidem...*), tre sedute a settimana per ogni paziente — "esaurimento psicofisico" garantito, pre-pensionamento assicurato (con le pensioni dell'ENPAM e dell'ENPAP, poi, un vero lusso...).

⁹ Forse non priva di significato la scelta, da parte di un esponente della Destra parlamentare, dell'alfabeto italiano tradizionale, privo delle lettere "j" e "k"... ma su questo non merita qui dilungarsi: lo rilievo di passaggio, come elemento folclorico (o folklorico, con la *k*?) di sfondo.

Già da questa nuova, più ampia elencazione è possibile evincere alcuni elementi subentrati nel tempo trascorso dalla presentazione e dall'esaurimento procedurale del Disegno De Luca e altri.

Perché, appunto, appare evidente come dal 1998 si siano fatte sentire sulla materia spinte lobbystiche provenienti dal mondo della Scuola e degli Enti locali, oltre che evidentemente dalla stessa Sanità: sicché sono incluse categorie afferenti all'area delle relazioni professionali di aiuto, ma certamente con livelli di impegno e presumibilmente di esposizione alla Sindrome di *burn-out* non equiparabili a quelle elencate nei primi 6 item.

Come vedremo, per altro — e come cercherò di dimostrare — il punto non sta qui. Ma andiamo con ordine.

Il comma 2, *ad abundantiam*, chiariva l'intenzione del proponente:

La presente Legge si applica comunque a tutte le altre categorie che operano nel mondo scolastico, sanitario, giudiziario e carcerario, nei settori dell'assistenza alla persona, in cooperative sociali e organismi non lucrativi di utilità sociale, che siano in possesso dei requisiti di cui ai commi 1 e 3.

Il quale comma 3 conteneva la precisazione, ripresa dal testo di De Luca e altri:

Le categorie di cui ai commi 1 e 2 beneficiano dei trattamenti disposti dalla presente Legge a condizione che dimostrino di svolgere l'attività professionale in situazione di contatto diretto e continuativo per lunghi periodi¹⁰.

Per il resto, il Disegno prevedeva per gli aventi diritto misure previdenziali e di tutela analoghe a quelle già presenti nel Disegno del 1998; vi erano bensì delle differenze, ma in questa sede — tanto più che nessuna Legge è stata poi promulgata in relazione alla materia, e anche questo Disegno è decaduto con la XV legislatura (2008) — non sarebbe rilevante un approfondimento.

Interessa invece riportare, questa volta per stralci, il testo introduttivo del proponente, che contiene alcune considerazioni di merito non altrettanto esplicite in De Luca e altri, tali da caratterizzare il Disegno di Legge in senso non solo più spiccatamente individualistico e medico-legale, ma anche, in qualche modo, in un suo idiosincratico senso morale.

ONOREVOLI SENATORI – Il presente Disegno di Legge si rivolge a tutte le figure professionali che operano in stretto e prolungato contatto con persone bisognose di continua assistenza a causa di disagi patologici psico-fisici e sensoriali che richiedono l'assidua presenza di quelli che possiamo definire gli operatori dell'aiuto. Li incontriamo nei più diversi settori della vita sociale: nel mondo scolastico e sanitario, oppure nel campo giudiziario e carcerario, lavorano per la pubblica amministrazione e il settore no profit oppure sono liberi professionisti. Come migliaia tra loro potrebbero testimoniare, anche l'aiuto al prossimo ha un prezzo: i lavori usuranti, in una società moderna che cerca di ricostruire l'orizzonte dello Stato sociale, non sono solo quelli che comportano uno sforzo fisico-muscolare e si svolgono a contatto con luoghi o con sostanze pericolose.

L'espressione *burn-out* compare per la prima volta negli anni Trenta nel gergo sportivo per indicare *il fenomeno per il quale un atleta, dopo alcuni anni di successi, si esaurisce, si brucia e non può più dare nulla agonisticamente* [corsivo mio]. La trasposizione terminologica in ambito lavorativo avviene negli anni Settanta quando comincia a svilupparsi la letteratura specifica sulle "malattie delle professioni d'aiuto".

Più precisamente il *burn-out* (tra le cui cause possono annoverarsi eccessivo impegno, *dedizione sacrificale*,

¹⁰ Una redazione più corretta avrebbe qui richiesto che si dicesse in modo esplicito quali soggetti definissero il "contatto diretto": si suppone gli "utenti", ma non sarebbe difficile argomentare che nella determinazione del complesso di reazioni che possono portare al *burn-out* di un operatore abbia il suo peso il contatto diretto con i colleghi, con le famiglie degli utenti, con il pubblico in genere... E, parimenti, non si può fare a meno di chiedersi quali sarebbero i parametri atti a definire il carattere "continuativo" di questi "contatti" e i "lunghi periodi" in cui essi si dispiegherebbero. L'indeterminatezza del testo — voluta o meno — sembra prefigurare un'estensione senza limiti delle possibili applicazioni di una tale Legge.

non consapevolezza dei propri limiti, mancato riconoscimento, confusione tra vita lavorativa e vita privata [corsivi miei], assenza di supporto, non realizzazione delle aspettative) è una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità professionali che può presentarsi in soggetti che per mestiere si occupano degli altri, e si esprime in una costellazione di sintomi quali somatizzazioni, apatia, eccessiva stanchezza, risentimento, incidenti. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con l'utenza, in particolare quando questa è portatrice di problemi o di motivi di sofferenza, sia essa fisica, psichica o sociale. Il nucleo del *burn-out* è uno schema di sovraccarico emozionale seguito dall'esaurimento emozionale.

[...]

Perché questo Disegno di Legge? Innanzitutto va chiarito che il *burn-out* va prevenuto, nel senso che è necessario apprestare tutta una serie di misure preventive per eludere l'instaurarsi e il cronicizzarsi della sindrome in oggetto. Ad esempio, nei servizi va potenziata la varietà, l'autonomia, la significatività del lavoro che, peraltro, va affiancato dalla presenza costante di sostegno e stimolo. In tale prospettiva *le strutture organizzative devono essere rese abbastanza flessibili tanto da adattarsi all'individuo e non viceversa* [corsivo mio]. Va consolidata la condivisione tra gli operatori e il lavoro d'équipe, quali antidoti alla solitudine, e garantita una supervisione di buona qualità, esaustiva ma non permanente, intesa nella dimensione di una relazione d'aiuto (per chi fa un mestiere d'aiuto) che sappia raggiungere l'obiettivo ultimo di formare gruppi di autosupervisione. Inoltre non va sottovalutato l'aspetto economico, e più specificamente la *bassa retribuzione di questi mestieri, soprattutto nell'aspetto simbolico di agente di conflitto di ruolo* («sono utile e forse importante ma valgo poco ...») [corsivo mio]. Vanno, insomma, garantite ed attuate tutta una serie di norme ecologiche nei mestieri di aiuto, rispetto alle quali il presente Disegno di Legge serve anche a promuovere un dibattito intorno alla *necessità di istituzionalizzare la rotazione, intesa non nel già citato senso di più presenze intorno al medesimo utente, ma come norma ecologica di introduzione di un cambiamento contestuale capace di bilanciare l'effetto usurante dei mestieri d'aiuto* [corsivo mio]. Noi siamo contrari ad ogni forma di terapia invasiva (e ne sono testimonianza le nostre battaglie contro l'elettroshock e l'uso massiccio, indiscriminato e consumistico, di psicofarmaci) e riteniamo che la cura vada affidata al positivo rapporto operatore-paziente e non alle medicine miracolistiche o alle «scorciatoie» chimiche, ragione per cui le persone vanno tutelate sotto ogni profilo anche perché la bassa qualità delle relazioni (che sono l'anima dell'aiuto non invasivo), e di conseguenza il fallimento dell'intervento, gioca a favore del ripristino dei modelli organicistici. *Oggi in Italia si vendono già in un anno 42 milioni di confezioni di psicofarmaci che, essendo divenuti gratuiti, potrebbero essere prescritti con maggiore disinvoltura e in modo indiscriminato per «contenere» la malattia creando assuefazione e dipendenza, inibendo le risorse psicologiche dei pazienti, annullando il faticoso lavoro di psicoterapia tra paziente e medico che resta fondamentale per risolvere le cause della malattia* [corsivo mio]. *La somministrazione di psicofarmaci ai giovani è particolarmente rischiosa in quanto legittima l'assunzione di sostanze chimiche per risolvere problemi del disagio giovanile, il che potrebbe legittimare anche l'uso di droghe* [corsivo mio]. Inoltre tutelare l'operatore significa, in prima istanza, tutelare e garantire l'utente, il paziente, l'assistito, altrimenti costretto a pagare un prezzo altissimo che, in alcuni casi, può colludere psicologicamente con le stesse premesse del suo disagio (la colpa, il rifiuto, la disconferma, il mancato ascolto).

Infine l'idea del riconoscimento del *burn-out* come malattia professionale introduce per gli operatori, per i servizi, per lo Stato, il concetto di limite dell'operatore, contro *pericolose e, a volte, strumentali ipotesi onnipotenziali che fanno leva sull'entusiasmo e sulla dedizione che caratterizzano la scelta di tali mestieri* [corsivo mio]. L'idea di limite si fonda sull'assunto di compatibilità e di sostenibilità, ormai nota per quanto riguarda gli assetti urbanistici e ambientali, ma ancora tutta da valorizzare a livello umano e relazionale. Credere in una forma di aiuto compatibile, nell'*ecologia della mente* [corsivo mio], significa creare le condizioni perché queste possano realizzarsi, tutelando sincreticamente operatore e paziente [...].

Vediamo di mettere un po' d'ordine in questa eterogenea e poco coerente elencazione di temi, nella quale sono riconoscibili tratti dei codici ideologici e linguistici — e in qualche modo dei *miti* — propri dei gruppi di pressione che con tutta evidenza ispiravano il sen. Costa nella sua iniziativa.

Una prima osservazione potrebbe riguardare l'accostamento dell'espressione *burn-out* riferita allo sport (secondo capoverso), con la successiva «dedizione sacrificale» che davvero poco sembra avere a che fare con un sistema di relazioni professionali. O vi è forse, in sottotesto, un inconsapevole residuo di pregresse letture agiografiche? I vari *Acta Martyrum* della tradizione sia cattolica che greco-ortodossa insistentemente utilizzano la metafora sportiva per esaltare i cristiani immolatisi nei giochi circensi o nelle più feroci torture: così Perpetua, unta di olio e massaggiata

nell' arena da assistenti angelici, prima della impari lotta contro un possente gladiatore egiziano¹¹; Così Blandina, che sfinisce i carnefici con la sua resistenza sovrumana di «valente atleta di Cristo»¹²; così Crescentino, «valoroso atleta», celebrato dai seguaci e compagni di sacrificio come «il loro campione»¹³; così i soldati della XII Legione detta «La Fulminante», fedeli a Costantino e alla fede cristiana, che «allo stesso modo degli atleti quando si iscrivono nel giorno della competizione» si presentano uno a uno al governatore della Cappadocia Agricola, rifiutando orgogliosamente l'abiura che veniva loro richiesta in nome dell'antagonista Licinio¹⁴; e a lungo si potrebbe continuare nelle citazioni.

Torniamo però al testo. Un'ulteriore, più pregnante osservazione potrebbe riguardare la visione delle professioni d'aiuto — e in particolare dell'attività psicoterapeutica (qui per altro attribuita, in apparenza, alla sola classe medica) — come opzioni oblativo, quasi di ispirazione missionaria, che gli operatori perseguono con generosa e un po' incosciente donazione di sé, spingendosi fin oltre i confini della propria stessa energia vitale: e qui invece che Tonio ci sembra di vedere fra' Cristoforo che si aggira indomito, allo stremo delle forze, fra i giacigli cenciosi e infetti del lazzaretto di Milano¹⁵.

L'estensore del testo, per altro, non è di certo sul libro-paga dell'industria farmaceutica, stante la sua financo esagerata contrarietà all'uso di prodotti medicinali per contrastare — così sembra — qualsiasi forma di disagio emotivo, soprattutto nei più giovani: addirittura se ne sospetta la pericolosità quali «precursori» psicologici dell'uso di «droghe».

Difficile decifrare a chi siano riferibili le allusioni contenute nell'espressione «pericolose e, a volte, strumentali ipotesi onnipotenziali», nella quale a un codice ideologico-linguistico cattoliceggiante se ne sovrappone uno di derivazione psicodinamica o forse sistemico-relazionale, come potrebbe leggersi fra le righe e dedursi dall'altra locuzione sopra evidenziata, «ecologia della mente».

La differenza però più interessante con il Disegno del 1998 è nell'assunzione di un punto di vista sedicente «contestuale» quanto alla prevenzione. Salvo che la soluzione prospettata, «istituzionalizzare la rotazione», oltre a emanare un sentore di vetero-sindacalismo (la *job rotation* era uno dei temi di discussione nei Consigli di fabbrica verso la fine degli anni 1970), sembra davvero alquanto bizzarra se la si immagina applicata all'attività psicoterapeutica: per la natura stessa della relazione professionale che essa comunque mette in pratica in qualsiasi ambiente si svolga — e per non dire degli studi privati, dove un libero professionista si troverebbe per lo più a dover ruotare con se stesso.

Amenità? Il Legislatore italiano non è nuovo a queste grossolane approssimazioni quando si trova a trattare una materia delicata come la psicologia e la psicoterapia senza riuscire a trovare convergenze soddisfacenti fra le spinte e contropunte dei diversi interessi lobbystici — non pochi dei quali portati avanti da professionisti di modesto profilo culturale, quando non da piccoli arrivisti che guardano esclusivamente al proprio tornaconto particolare¹⁶.

Non è facile prevedere se o meno vi sarà, in prosieguo di tempo, un terzo tentativo di legiferare in materia di *burn-out*, né con quali altre comunità professionali saranno abbinata quelle già presenti nelle intenzioni del Legislatore.

¹¹ Passione di Perpetua e Felicità, X in *Atti e passioni dei martiri*, Milano, Mondadori (Fondazione Lorenzo Valla), 2009.

¹² Atti dei martiri di Lione, I, 16-19, in *Idem*.

¹³ Cfr. L. Ceccarelli, *L'evangelizzazione dell'alta Valtiberina. San Crescentino martire, soldato romano, Patrono di Urbino*, in <http://www.prourbino.it/Urbanatillustri/Crescenziario/Ceccarelli.htm>.

¹⁴ Vedi in http://www.ortodoxia.it/synaxarion/03_09_quaranta.php

¹⁵ *I Promessi Sposi*, cap. XXXV.

¹⁶ Per quanto concerne la tormentata storia della psicoterapia quale terreno di scontro fra interessi politici, economici e culturali si veda Stampa, 1995a, 1995b, 1996b.

Leggiamo per altro curiosando nel web¹⁷ che due Società scientifiche, quella di psicologia e psicoterapia relazionale e quella di terapia comportamentale e cognitiva, avrebbero sollecitato la ripresa di iniziative parlamentari in favore degli operatori esposti al *burn-out*¹⁸. Recentemente si è però mostrata più attiva, in questa direzione, la categoria degli insegnanti. Si veda per es. negli Atti della Camera dei Deputati l'Interrogazione a risposta scritta n. 4-05374 presentata dall'on. Daniela Sbroellini del Partito Democratico in data 11 dicembre 2009 (seduta n. 257).

SBROLLINI - Al Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca; al Ministro dell'economia e delle finanze; al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali; al Ministro per le pari opportunità; al Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione. Per sapere

premessi che

i Ministeri dell'istruzione e delle pari opportunità hanno opportunamente patrocinato una ricerca nazionale sulla categoria professionale degli insegnanti, i cui risultati risultano essere pubblicati sul n. 3/09 dell'autorevole rivista scientifica *La Medicina del Lavoro*;

la categoria professionale degli insegnanti (costituita all'82 per cento da donne) rientra — secondo la bibliografia scientifica internazionale — tra le cosiddette *helping professions* ed è soggetta a un rischio specifico di usura psicofisica;

il *disagio mentale professionale* [corsivo mio] negli insegnanti risulta essere un problema di livello internazionale come confermato dalle istituzioni francesi i cui dati constatano come si tratti della *categoria professionale col più elevato rischio suicidario tra i dipendenti della pubblica amministrazione* [corsivo mio];

in virtù dei suddetti rilievi, i dicasteri transalpini della Salute e della Pubblica istruzione hanno reputato opportuno — già nel 2006 — assegnare d'ufficio agli insegnanti uno psichiatra (ogni 300 docenti) cui fare riferimento in caso di necessità;

dei docenti presi in carico dai servizi di psichiatria francesi nell'ambito della suddetta iniziativa, il 50 per cento risultava affetto da problemi di adattamento con manifestazioni depressive, mentre il 10 per cento da Sindrome post-traumatica da stress¹⁹;

in Giappone un recente studio retrospettivo effettuato dai Ministeri della pubblica istruzione e della salute ha osservato che la percentuale delle assenze dal lavoro per causa psichiatrica era passata dal 34 per cento del 1995 al 54,6 per cento del 2004;

pur non disponendo di alcun dato istituzionale in proposito, recenti ricerche italiane — come lo studio pubblicato sul n. 5/04 de *La Medicina del Lavoro* — mostrano che nei grossi centri urbani del nostro Paese la categoria professionale degli insegnanti è soggetta a una frequenza di patologie psichiatriche pari a due

¹⁷ Cfr. per es. la fonte CISL: <http://www.626.cisl.it/Contenuti/Allegati/Mobbing/Burn-out.pdf>.

¹⁸ Nulla per altro, almeno di accessibile dall'esterno, nei siti ufficiali delle due Società.

¹⁹ Tanto per chiarezza: ho fatto notare in una precedente occasione (Stampa 2009, nota 3), come il Disturbo di personalità borderline sia diventato in psicopatologia l'equivalente della "voce rifugio" sotto cui nelle biblioteche vengono collocati i volumi di argomento bizzarro o incerto che non si sa a quale categoria assegnare. Da un po' di tempo ho anche notato un altro fenomeno grottesco: la ricorrenza della diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress in molta letteratura (evito qui per brevità di dilungarmi in citazioni bibliografiche) e in molte perizie relative a mobbing e a danno esistenziale. Ora, come non rilevare che il *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994 [1996]) limita tale diagnosi a condizioni ben peggiori di quelle cui si può venire a trovare nella propria attività professionale un normale dipendente pubblico o privato, ancorché sottoposto a ogni genere di vessazioni da parte di capireparto, primari, dirigenti, utenti, colleghi, scolari indemoniati? Recita il *DSM-IV* (pp. 468-469): «La caratteristica essenziale del Disturbo Post-traumatico da Stress è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione a un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica [...] Gli eventi traumatici vissuti direttamente includono [...] combattimenti militari, aggressione personale violenta [...], rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in un campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita». Di fronte all'attribuzione di un Disturbo Post-traumatico da Stress a un insegnante logorato dal contatto quotidiano con scolaresche turbolente, dalla correzione di montagne di compiti o dalle troppe riunioni degli organismi di rappresentanza, torna in mente il telegramma di Mark Twain al giornale che per equivoco aveva pubblicato un suo necrologio: «Notizia mio decesso grossolanamente esagerata»...

volte quella degli impiegati, due volte e mezzo quella del personale sanitario e tre volte quella degli operai;
ulteriori dati a oggi disponibili mostrano inoltre che, dopo le quattro riforme previdenziali dagli anni novanta ad oggi, la percentuale di accertamenti medici per l'inabilità al lavoro recanti una diagnosi psichiatrica è costantemente e cresciuta tra gli insegnanti passando dal 30 per cento del 1992 al 70 per cento del 2006;

lo studio oggi pubblicato su *La Medicina del Lavoro* (n. 3/09), per altro patrocinato dai Ministeri dell'istruzione dell'università e della ricerca e delle pari opportunità mostra come quasi 1/4 dei docenti faccia ricorso all' uso di psicofarmaci per affrontare lo stress lavoro-correlato;

[...]

i reiterati episodi di cronaca nera riportati dai mass-media (maestra che taglia la lingua ad alunno, professore investe di proposito due suoi studenti eccetera) meritano di essere attentamente considerati quale eventuale espressione di disagio mentale professionale anziché venir liquidati come fatti sporadici;

è in fase iniziale il dibattito sull'innalzamento dell'età pensionabile delle donne, pur non disponendo di alcun dato nazionale sul disagio mentale professionale degli insegnanti;

se i Ministri interpellati non ritengano doveroso intervenire in merito alla problematica in oggetto, per tutelare la salute degli insegnanti e l'incolumità dell'utenza; se, in particolare, non ritengano opportuno intraprendere tempestivamente le seguenti iniziative:

A) attivare ricerche epidemiologiche per conoscere l'entità del disagio mentale professionale degli insegnanti accertando urgentemente: a) l'incidenza della patologia psichiatrica nelle assenze per malattia e negli accertamenti sanitari operati dalle Commissioni mediche di verifica afferenti al Ministero dell'economia e delle finanze; b) il consumo di psicofarmaci (antidepressivi, ansiolitici, ipnotici) con l'aiuto dei medici di medicina generale; c) il tasso suicidario della categoria come per altro già avviene in Francia;

B) avviare, a livello nazionale e regionale, iniziative formative omogenee e standardizzate a favore dei dirigenti scolastici per una corretta prevenzione, il riconoscimento precoce dei segnali di disagio e soprattutto la gestione appropriata del disagio mentale professionale (attraverso il ricorso alle competenti Commissioni mediche di verifica del Ministero dell'economia e delle finanze);

C) valutare nel tempo l'andamento dell'incidenza dei casi di patologia psichiatrica negli insegnanti, accertarne l'effettiva correlazione con la menopausa (le donne rappresentano l'82 per cento dei docenti e l'età media è di 50 anni), prima di ipotizzare una riforma dell'età pensionabile;

[...]

Ancora una volta, dunque, non viene avanzata alcuna ipotesi di intervento in un'ottica di sistema e in una prospettiva psicosociale, ma si chiede alle Istituzioni preposte di agire una fantasia (questa sì, "onnipotenziale"): mettere a disposizione degli attuali circa 800.000-850.000 insegnanti italiani di ruolo²⁰ qualcosa come 2.600-2.800 psichiatri (1/300) per il trattamento medico di *disturbi mentali professionali* cronici e presumibilmente "inguaribili" (almeno fino alla pensione, meglio se anticipata, e grazie a essa...).

Ma per ora, ponendo come focus del problema la professione di psicologo, limitiamoci a tentare di comprendere quale contraddizione di fondo si istituisca, non tanto entro le specifiche istanze fin qui analizzate, quanto nella visione ideologica implicita che le accomuna malgrado il diverso orientamento politico dei rispettivi proponenti: visione che, evidentemente, è loro trasmessa dalle categorie di soggetti interessati a eventuali provvedimenti di Legge a propria tutela. Una contraddizione di fondo nella categorizzazione di eventi definiti complessivamente come *burn-out*, che si pone poi come il primo elemento di un imbarazzante paradosso etico-giuridico.

Parlo di contraddizione a misura che, mi sembra, ho potuto fin qui mostrare come in quella categorizzazione vi siano lacune e sovrapposizioni, sottovalutazione di taluni aspetti e

²⁰ Cfr. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_DOCENTI#, di lì seguendo le procedure di interrogazione. Il dato costituisce però una stima, approssimata non si sa se per difetto o per eccesso di circa il 5%. Cfr. l'ultimo aggiornamento disponibile (2007) nel *Quaderno bianco sulla Scuola* a cura congiunta del Ministero dell'Economia e delle Finanze e di quello della Pubblica Istruzione consultabile sul sito dell'INVALSI, Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione, all'indirizzo http://www.invalsi.it/download/quaderno_bianco.pdf.

ipervalutazione di altri: e insomma ci troviamo in presenza di un quadro che non persuade perché non spiega abbastanza, e quello che spiega lo spiega in modo a dir poco rozzo e superficiale.

E intendo parlare di paradosso a misura che — come mi riprometto di mostrare — un dispositivo logico (i Disegni del Legislatore) si trova accoppiato a un altro dispositivo logico, di pari forza argomentativa anche se di rango giuridico inferiore (il Codice deontologico della professione di psicologo), che si ritrova ad avere con esso una relazione incongruente.

Abbiamo visto infatti che il Legislatore, nelle due occasioni in cui si è voluto cimentare con la Sindrome di *burn-out*, ha incluso fra gli operatori esposti gli psicologi e gli psicoterapeuti. Per quanto riguarda queste due categorie di professionisti (meglio diremmo: una sola categoria, di cui è definito un ampio sotto-insieme di specialisti), non si può ignorare quanto nel loro ordinamento sia riferibile alla materia in questione.

Ora il Codice deontologico degli psicologi italiani, all'art. 26 recita testualmente:

Lo psicologo si astiene dall'intraprendere o dal proseguire qualsiasi attività professionale ove propri problemi o conflitti personali, interferendo con l'efficacia delle sue prestazioni, le rendano inadeguate o dannose per le persone cui sono rivolte.

E all'art. 27:

Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico²¹ quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa.

Naturalmente, si può affermare *sic et simpliciter* che il rispetto di tali norme deontologiche è salvo quando lo psicologo, ai primi indizi del proprio cedimento emozionale, si attenga a una adeguata procedura di sospensione dell'intervento e di trasferimento della relativa incombenza ad altro professionista. Ma se si considera il *burn-out* come conseguenza dell'essersi *già* troppo addentrati in una relazione distorta, al punto che si sia *già* prodotto un danno *per il professionista*, è difficile sostenere che la condotta del professionista accorto sarebbe eticamente ineccepibile quando egli sia stato in grado di sospendere tempestivamente l'intervento: nell'insorgenza della sindrome, per definizione, non vi è stata una cessazione tempestiva delle attività che ne sono la fonte, e proprio per questo il professionista è caduto nella patologia (questo, almeno, sembra essere il *razionale*).

Dunque, l'argomento sopra invocato non appare valido: esso riguarda infatti solo quei casi in cui il professionista è sufficientemente padrone di sé da agire tempestivamente sulla relazione, per correggerla e/o sospenderla *prima che subisca una deformazione tale da produrre il burn-out*.

Si pone a questo punto un interessante dilemma: al di là di ogni considerazione di carattere tecnico-clinico (su cui per altro tornerò più avanti), il professionista che cada, per così dire, "vittima" del *burn-out*, verrebbe considerato al tempo stesso bisognoso di assistenza e di cura, ma anche deontologicamente in difetto per le eventuali (ma io direi: inevitabili) conseguenze negative del proprio crollo emozionale sullo stato emozionale e sui processi di sviluppo del cliente/paziente. E se poi tali conseguenze comportassero per quest'ultimo un vero e proprio danno psicofisico, e in seconda battuta (ma in prima battuta se il cliente è, per es., un'organizzazione produttiva) un danno professionale, patrimoniale o altro, vi sarebbero anche gli estremi della responsabilità civile a carico del professionista?

Si tratta dunque di stabilire se, almeno in linea teorica e per alcuni casi ben definibili, la Sindrome di *burn-out* non finisca per essere, in sostanza, *espressione di una negligenza da parte del*

²¹ Non è ben chiaro perché il Codice faccia qui menzione del solo rapporto terapeutico, e non di tutti i tipi di rapporto che il professionista psicologo può contrarre. È ben ragionevole pensare che anche rapporti di formazione, di sostegno, di consulenza organizzativa etc. possano soffrire della medesima condizione di temporanea inabilità del professionista.

professionista, conseguente al mancato rispetto di limiti quantitativi e qualitativi della propria capacità di lavoro.

Ma, volendo, c'è dell'altro. L'art. 3, comma 4 del Codice deontologico recita:

Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze.

E come la mettiamo con le conseguenze non prevedibili, e nondimeno rilevanti, che dovessero occorrere in talune circostanze? E con le conseguenze indirette anziché dirette? E con quelle di atti dall'èsito preterintenzionale? In ogni caso, a chi verrebbe in capo la "previsione"? Chi giudicherebbe *ex post* se le conseguenze di qualsivoglia tipo fossero o meno "prevedibili"? In ogni caso, scrivevo con il giurista Mario Battaglini anni addietro (Battaglini & Stampa, 1997, p. 3),

di tutte [le possibili, diverse conseguenze] non si comprende come lo psicologo potrebbe *non* rispondere.

Vediamo ora come si articola il paradosso etico-giuridico. I due Disegni di Legge — i quali, lo ricordiamo, ci interessano non per sé stessi, ma per la rappresentazione della psicologia che vi è sottesa e per le loro implicazioni ideologiche — propongono in realtà un cortocircuito: assumendo che il *burn-out* sia una specie di male inevitabile connesso al semplice fatto di prendersi cura in modo sistematico e prolungato di soggetti problematici, prestano maggiore attenzione alle compensazioni dei danni subiti dagli operatori, che non a possibili strategie di prevenzione. Se si esclude infatti la raccomandazione del sen. Costa a proposito della "rotazione", l'articolato di entrambi i Disegni prevede solo benefici previdenziali, si potrebbe dire, a danno avvenuto.

Per sfuggire a questo cortocircuito sarebbe bastata l'intuizione mostrata, per es., da quanti in ambito medico, pur attribuendo al *burn-out* quasi il carattere di un destino individuale, ipotizzavano possibili soluzioni centrate sulla formazione e su interventi psicologici mirati. Così Pellegrino (1991), coordinatore di una ricerca di cui dava notizia sul *Medico d'Italia*, rivista ufficiale della FNOMCeO:

[...] possiamo affermare che il 35 per cento dei medici di base interpellati si trova nella prima fase della Sindrome, che il 14 per cento si trova nella seconda fase e che il 7 per cento è affetto da *burn-out* conclamato.

[...] appare evidente che il rischio di incorrere nel *burn-out* per il medico di base è molto concreto. Sorge allora spontaneo il bisogno di pensare a possibili forme di prevenzione di questo insidioso fenomeno.

Una prima misura preventiva che viene in mente è quella correlata al problema delle eccessive richieste della clientela e dell'eccessivo carico burocratico. Ben il 70 per cento dei medici ha infatti indicato questa come la maggiore causa di disagio lavorativo.

Seguivano alcuni accenni a una possibile riforma del servizio reso dai medici di base, che tuttavia — se mai si fosse attuata — non si riteneva sufficiente, in quanto

le difficoltà che il medico incontra nel rapporto con il paziente frequentemente sono indipendenti dal contesto ambientale ed insite nella stessa natura, così profondamente coinvolgente, del rapporto medico/paziente.

A questo proposito forse non è superfluo ricordare come il medico, nella maggior parte dei casi, si presenti all'incontro con il paziente munito di un valido bagaglio di conoscenze tecniche ma *psicologicamente impreparato* [corsivo mio]. Nel caso della medicina di base questa carenza di formazione psicologica può rivelarsi ancora più pesante se si tiene conto del fatto che, al pari di uno psicoterapeuta, il medico di medicina generale prende in carico il proprio paziente in maniera continuativa, nella globalità della sua persona e per un periodo di tempo indeterminato ma comunque lungo.

La soluzione proposta comprendeva, oltre che una formazione psicologica dei medici, anche una diffusione della pratica dei Gruppi Balint. Nessuna ipotesi, dunque, di previdenza speciale per lavori usuranti, malattie professionali e simili, ma “solo” l’implementazione di metodi idonei alla costruzione di una più pertinente consapevolezza dei propri limiti, delle proprie risorse, delle proprie competenze in relazione al contesto.

Venti anni dopo: uno studio canadese presentato di recente sul *Lancet* (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009) pone in evidenza il «sovraccarico emozionale» connesso all’esercizio della professione, al peso della burocrazia e ai conflitti di colleganza. La stima della Canadian Medical Association è che il 18% dei professionisti si trovi in stato di *burn-out*, e che solo 1 su 4 prenda in seria considerazione di farsi aiutare: all’èsito, solo il 2% si cura effettivamente. Nel commentare questi dati di ricerca per il *Corriere della Sera*, alcuni studiosi del problema e dirigenti dell’associazionismo medico italiano sottolineavano la gravità del fenomeno anche nel nostro Paese, citando una stima quantitativa di circa 42.000 professionisti dèditi ad abuso di alcol e sostanze psicotrope come reazione al *burn-out*: un progetto di soccorso-recupero *ad hoc*, già implementato con discreto successo in Catalogna, sarebbe sul punto di essere varato anche da noi (Villa, 2010).

Ma come è possibile — si chiederà quanto meno perplesso, a questo punto, un ipotetico lettore che entri per la prima volta in contatto con il problema del *burn-out* — che una professione ne sia “ontologicamente” affetta? Che l’ordine di grandezza del fenomeno sia così impressionante? Che in tanti anni non sia mutato nulla?...

E fra i lettori quelli che sono psicologi o hanno in qualsiasi modo a che fare con gli psicologo, si chiederanno in che misura la questione riguardi anche loro...

In una diffusa e molto citata opera sulla materia, gli studiosi che più hanno legato il proprio nome al *burn-out* individuavano l’origine del problema in fattori organizzativi di cornice, propri della fase attuale di sviluppo del capitalismo:

La Sindrome del *burn-out* sta oggi raggiungendo proporzioni epidemiche tra i lavoratori dei Paesi occidentali a tecnologia avanzata. [...] Oggigiorno il posto di lavoro è spesso un ambiente freddo, ostile, esigente in termini sia economici sia psicologici. Le persone sono sfinite a livello emozionale, fisico e spirituale. Le richieste quotidianamente avanzate dal lavoro, dalla famiglia e da tutto il resto consumano la loro energia e il loro entusiasmo.

[...] Nel clima attuale, il *burn-out* prospera negli ambienti di lavoro. La Sindrome del *burn-out* ha sempre maggiori probabilità di svilupparsi quando si è in presenza di una forte discordanza tra la natura del lavoro e la natura della persona che svolge tale lavoro (Maslach & Leiter, 1997 [2000: pp. 9-17])

Il riferimento generale, come si vede, è quanto di più ampio si possa immaginare: vediamo in particolare cosa viene detto a proposito del lavoro clinico in psicologia.

Stan è uno psicologo che agli inizi della sua carriera era una persona entusiasta, mentalmente aperta ed empatica, che voleva aiutare gli altri. Era il tipo di terapeuta che chiunque, alle prese con problemi, avrebbe voluto vedere. Tuttavia, con il passare del tempo Stan è diventato un individuo cinico e frustrato, che avverte la progressiva perdita di controllo sul suo lavoro in termini finanziari, professionali ed etici, e che inizia a prospettare il ritiro dal lavoro.

«Non c’è più gioia in questo lavoro. Lo odio. Dopo aver trattato con il dolore dei pazienti per un’intera giornata, sono sfinito e desidero soltanto non avere più a che fare con le persone. I clienti si aspettano che io sia disponibile ventiquattr’ore al giorno, e se ne hanno a male se al mio posto trovano un messaggio registrato. L’attuale tendenza alla managerializzazione nei servizi, poi, peggiora il tutto. Personalmente non ho più alcun tipo di controllo sul genere e sulla qualità del trattamento che fornisco: un qualche ispettore di un qualche ente, che non conosce il paziente e che non possiede la mia esperienza e la mia formazione, decide il numero delle sedute che posso fare. Ciò che conta è tenere bassi i costi, e non il bene del paziente. È molto duro convivere con questo. A volte arrivo a mentire per poter ricevere maggiore attenzione, ma

anche con questo è difficile convivere. Inoltre, nonostante lavori più che mai vengo pagato meno. È vita questa?».

Alcune considerazioni dalle quali non ci si può esimere a proposito del paradigma che questo Stan — personaggio di invenzione ma realistico, cui va tutta la comprensione e la solidarietà di Maslach e Leiter — impersona nel modello presentato dal libro.

Primo. Si parla da molti anni delle rigidità poste dalle compagnie di assicurazione americane rispetto al rimborso delle psicoterapie, e dei limiti che ne riverberano sul lavoro negli studi privati come negli ambulatori delle fondazioni, nei consultori scolastici e universitari e in quelli finanziati da Enti pubblici e privati etc. (Stampa, 1992). Ne sono derivate limitazioni non solo quantitative come quelle che sembrano affliggere il nostro collega Stan, ma anche polemiche in merito alla necessità di “garantire” in qualche modo l’efficacia dei trattamenti e sul come misurarla, sempre ammesso che la cosa sia possibile (Stampa, 1991, 1992, 1993, 1994; Grasso & Stampa, 2006, 2007, 2008). Lo scivolamento della psicologia-psicoterapia americana (e dietro di lei, della nostra) in senso cognitivo-comportamentale, e soprattutto in senso medico o aspirante o presunto tale, parte di lì; e tutto questo può essere oggetto semmai di una bella battaglia culturale, piuttosto che delle lamentele alla Stan, cui Maslach e Leiter sembrano dare grande credito. D’altra parte, l’economicità del lavoro svolto dagli psicologi è un problema reale, che non si può liquidare semplicemente sostenendo che sia un atteggiamento sbagliato quello del management nel cercare di «tenere bassi i costi». Anche la fantasia delle “risorse illimitate” è una vecchia insidia delle psicoterapie...

Secondo. «I clienti si aspettano che io sia disponibile ventiquattr’ore al giorno, e se ne hanno a male se al mio posto trovano un messaggio registrato». Stan dovrebbe chiedersi come mai i clienti hanno queste pretese nei confronti suoi e del servizio in cui lavora. Qual è il mandato sociale di questo servizio? Neanche la Chiesa è a disposizione dei fedeli *around the clock*, tranne che per le estreme unzioni: per tutto il resto occorre aspettare l’ora della prima funzione mattutina. In questa tipica contrapposizione fra il cliente che pretende e il fornitore del servizio che fa la vittima, riconosciamo due figure neo-emozionali²² che con grande cura evitano di cercare di stabilire un rapporto reale e un reale incontro domanda/offerta. Insomma, il nostro Stan più che un idealista frustrato sembra essere la pedina inconsapevole di un gioco di simulazione, in cui un sistema istituito riproduce se stesso e il proprio mandato sociale schivando la domanda di servizio di un’utenza che continua a rappresentarsi nei termini di quel mandato, senza riuscire a esprimere una committenza — ciò che potrebbe avvenire solo se il servizio (e Stan nel servizio) fosse strategicamente orientato alla sua costruzione. Ha scritto a riguardo Carli (1997):

Mandato sociale per la psicologia: intendo con questo termine una rappresentazione sociale diffusa nella società, secondo la quale determinati fenomeni sono espressione di processi e variabili riferibili alla psicologia; di conseguenza l’intervento su detti fenomeni è considerato competenza dello psicologo. Il mandato sociale, quindi, non coincide con la domanda della committenza, nei singoli casi in cui si verifica. Si tratta piuttosto di un modello culturale diffuso, una rappresentazione sociale condivisa che, per l’appunto, fa sì che un determinato bisogno, un dato fenomeno sia visto ed interpretato come associabile ad una specifica competenza professionale. Un modello culturale che consente l’incontro tra domanda ed offerta di servizi professionali. E’ questo il motivo per cui una psicoterapia “psicologica”, se fondata su modelli e riferimenti “medici” non troverà mai mandato sociale per lo psicologo e costringerà lo psicologo stesso a “diventare qualcosa d’altro” per esercitare la psicoterapia; in questo, per altro, incontrando i limiti non più del mandato sociale, bensì della legittimazione ad occupare uno spazio professionale che non gli compete.

E ancora:

Pensiamo, ad esempio, al fallimento della collusione vissuto dai medici che, in un SERT, intendano “curare”

²² (Come definite nella teorizzazione di Carli & Panizza, 1999, 2002, 2003, 2005).

il tossicodipendente come "malato"; senza riuscire ad evocare le dimensioni caratterizzanti la relazione medico/paziente entro il loro rapporto con il tossicodipendente stesso: il tossicodipendente non "dipende" dal medico, quindi non è un paziente; il medico non persegue la reversibilità del "male" nel paziente, quindi non lo può curare; il metadone non è un "farmaco", nel senso terapeutico, ma un sostituto controllato della sostanza tossica. L'équipe medica operante in un SERT, quindi, va incontro ad un fallimento dei processi collusivi che caratterizzano la simbolizzazione affettiva del contesto medico tradizionale. Si potrebbe dire che le reazioni ad un analogo fallimento collusivo erano alla base della vecchia psichiatria ospedaliera manicomiale²³.

Terzo. «Inoltre, nonostante lavori più che mai vengo pagato meno», si lagna Stan. Non saprei dire degli aspetti contrattuali e giuslavoristici americani che fanno da sfondo alla questione: forse Stan ce la mette tutta per essere disponibile al di là delle proprie forze e dei carichi di lavoro concordati con l'organizzazione, e naturalmente questa disponibilità a oltranza non gli viene riconosciuta come tempo-lavoro. Forse potrebbe esserlo come tempo-sacrificio (a proposito della mitologia degli *Acta Martyrum*) ma come tale perché dovrebbe essere remunerata? «A volte arrivo a mentire per poter ricevere maggiore attenzione», confessa Stan, ma sembra che questo espediente per così dire "affiliativo" funzioni poco...

Insomma, Stan agisce troppo e pensa troppo poco. Qualcuno (Maslach e Leiter?) dovrebbe dirglielo.

Così, se Stan è *fenomenicamente* il prototipo dello psicologo nella rappresentazione che sostanzia il modello teorico del *burn-out*, potremmo dire che per il Legislatore italiano è un malato cronico senza speranza, per l'Ordine degli Psicologi un trasgressore deontologico, e nel ritratto di Maslach e Leiter un commovente ingenuo che non capisce dove si trova e con chi ha a che fare.

Ben più sofisticato il tradizionale approccio al problema proposto dal modello Tavistock. Rabbia, frustrazione, tedio per il lavoro, disaffezione hanno un'origine inconscia, che accomuna i singoli operatori e l'organizzazione che li ricomprende. Come è noto, nella visione di questa storica linea di ricerca e di intervento, l'organizzazione sanitaria viene vista — tanto dai fruitori che dagli operatori — come un «servizio per tenere la morte sotto controllo»:

[...] mentre il compito dichiarato è il trattamento della malattia, c'è anche un compito inconscio consistente nel fornire a ogni membro della società l'illusione che la morte possa essere evitata²⁴. Molti dei sentimenti estremi riguardo ai provvedimenti dei sistemi sanitari possono essere compresi più a fondo se si considera che traggono origine dalle ansie sulla morte; si nega che la morte sia uno degli esiti inevitabili del lavoro in ospedale. In un caso, questo si verificò addirittura con la costruzione a Londra di un ospedale senza camera mortuaria. Si scoprì che l'architetto si era dimenticato di progettare, e nessuno se ne accorse. La spinta a preservare la vita come imperativo organizzativo diventa allora dominante, spesso senza considerare la qualità di vita che il paziente potrà poi sostenere.

Il modello di cura medico, trasferito nel campo della malattia/salute mentale, facilmente produrrà uno svilimento dell'assistenza ordinaria (che in realtà ne sarebbe il *core business*): scrive ancora, a seguire, J. Stokes (1994 [1998, pp. 96-97])

Ciò che viene idealizzato sono le ultime mode nel campo delle cure, che si susseguono a una velocità maniacale. Il risultato è fortemente autodistruttivo, sia per il compito primario consapevole

²³ Merita qui una citazione, almeno per l'impegno nel condurre una ricerca sul campo con attitudine critica, il lavoro di Barbo (2007), dedicato appunto al *burn-out* negli operatori dei SERT. L'autrice, se pure in una visione più ampia di quella tradizionalmente riservata al tema, non sembra tuttavia aver centrato la questione qui evocata dello scollamento fra mandato sociale del servizio e reali possibilità per gli operatori di tradurlo in una costruzione di committenza.

²⁴ Ecco qui un'altra connessione con la mitologia fondativa della religione — la vita eterna —, così come si pone in Freud ne *L'avvenire di un'illusione* (1927 [1978]) e in altri passi delle sue opere e del suo carteggio.

dell'organizzazione²⁵ che viene disgregato da questa enfasi più inconscia sul compito di cura, visto come superiore a quello di assistenza, sia anche per il morale del personale, le cui abilità di prendersi cura e di agire in modo realistico piuttosto che onnipotente vengono conseguentemente minacciate.

Come ha scritto A. Obholzer (1994 [1998, p. 158]),

Perdere di vista la funzione di “contenimento dell'ansia”²⁶ del servizio comporta un aumento di tensione. Considerate, per esempio, quando nei Paesi industrializzati le tecnologie mediche avanzate non possono essere rese disponibili a tutti; o quando si creano speranze infondate nelle cure sperimentali; o come ci si sente ingannati quando gli interventi falliscono. In tutte queste situazioni, sia gli individui che la società nel suo insieme sono veloci nell'attribuire le colpe, come se cure mediche sufficientemente buone potessero prevenire la malattia e la morte. Pazienti e medici colludono in questo per proteggere i primi dall'affrontare la paura della morte e i secondi dalla loro fallibilità.

Non spetterebbe proprio agli psicologi — al “povero Stan” — sviluppare e mettere a disposizione un pensiero su questa dimensione inconscia delle organizzazioni, a cominciare dal *proprio* lavoro all'interno di esse?

Un altro interessante approccio, per altro complementare a quello ora accennato, è avanzato da G. Guerra (2006); esso si riconnette per un verso al lavoro di Jacques appena citato in nota (1955) e per un altro alla concettualizzazione dell'inconscio di Matte Blanco (1975). Scrive questo autore:

[...] all'immagine del *burn-out* come esaurimento, come usura, possiamo contrapporre l'ipotesi del *burn-out* come pieno di emozioni non elaborabili.

[...]

Per esporre la nostra tesi in modo sintetico, potremmo dire che il *burn-out* [...] è in relazione a un processo di adattamento “fallito” o “disadattivo”. Ma poiché l'adattamento [...] è la costruzione di un ambiente e non l'adesione a un universo già dato, il *burn-out* come disadattamento deve essere pensato in relazione all'ambiente costruito da quel gruppo [il sistema organizzativo] di cui le fantasie e le difese costituiscono un elemento fondamentale.

[...]

Potremmo riassumere il nostro punto di vista con questa domanda: il *burn-out* è il risultato di un fallimento del processo adattivo, cioè del processo di costruzione dell'ambiente e di sé (dell'individuo e/o del gruppo)? Il *burn-out* è un prodotto culturale, cioè un'esperienza individuale e, al contempo, una dimensione collettiva (organizzativa)?

Mantenendo aperte le domande, riteniamo che, in questa prospettiva psicosociologica clinica, anche il concetto di fattore di rischio vada rivisitato.

Va bene, diranno ora fra sé e sé i lettori del presente intervento, la questione è stata finora mal posta: ma è pur sempre necessario che un Ordine professionale emetta norme in grado di orientare la condotta degli iscritti in situazioni di emergenza, eventualmente prevedendo sanzioni per i trasgressori, diversamente calibrate se la trasgressione sia in qualche modo involontaria o dovuta a pervicace ignoranza di indicatori dell'emergenza stessa. Compito difficile, certo, ma non per questo eludibile.

Vorrei, anche qui, proporre un approccio puramente metodologico, senza addentrarmi nel merito. Ogni professionista della psicoterapia ha sperimentato fasi, o almeno momenti, di sovraccarico: svogliatezza, dubbi, sentimenti di impotenza — a volte facilmente identificabili come reazioni a eventi di vita dolorosi che assorbivano energie in misura superiore a standard consolidati; a volte

²⁵ Nel sistema concettuale Tavistock, si tratta della *mission* esplicita dell'organizzazione, che la orienta per obiettivi dichiarati e accettati socialmente.

²⁶ Tale funzione è stata teorizzata per la prima volta da E. Jacques (1955).

connessi con meno evidenti, semi-consapevoli idee di depauperazione energetica per difficoltà fisiche o esistenziali; a volte per misteriosi, imprevisi cali della capacità di *performance*, probabilmente spunti depressivi attraverso i quali l'inconscio avverte che si è prossimi a un limite di disponibilità di quelle risorse energetiche, forse solo perché il dispendio è stato ultimamente molto elevato.

In ognuno di questi casi una buona formazione personale allo studio in tempo reale delle proprie emozioni sul campo, e una adeguata competenza organizzativa (Carli, 2002)²⁷, avranno impedito che il professionista valichi un limite oltre il quale l'agito emozionale prende il posto dell'azione strategica, l'impulso il posto della riflessione nell'interesse del cliente — e del professionista stesso, se l'efficacia e la correttezza dell'intervento è costitutiva dell'identità e dell'autostima professionale.

Dunque: come fissare a riguardo una criteriologia condivisa, che valga anche da orientamento etico e clinico insieme, prima ancora che da norma eventualmente corredata di sanzioni per i trasgressori?

Il Codice deontologico degli psicologi italiani — non staremo qui a ripercorrerne la storia — è stata una tipica operazione top down, nella quale un ristretto “comitato di saggi”, auto-proclamatisi tali su investimento del Consiglio nazionale dell'Ordine, ha emanato un complesso confuso e in certa misura arbitrario di proposizioni: alcune delle quali sono effettivamente norme, altre sono raccomandazioni, altre constatazioni o enunciati descrittivi. Il risultato, come ho cercato di far notare in più occasioni (Lombardo & Stampa, 1994, Stampa, 1994, 1996; Battaglini & Stampa, 1997; Stampa, 2008) ha rischiato e rischia di apparire un ibrido incoerente che rispecchia la confusione nella quale versano le istituzioni della comunità professionale da un tempo coincidente, senza soluzioni di continuo, con la sua stessa formalizzazione giuridica.

Certo, si obietterà, la stesura di un Codice deontologico non avrebbe potuto essere un'operazione di segno opposto — vale a dire bottom up —, a partire dalla raccolta di opinioni le più diverse e senza dubbio a volte stravaganti, grottesche o surrealizzanti, proposte dal pulviscolo di gruppi d'opinione, singoli soggetti, movimenti culturali che costituiscono l'universo della psicologia-psicoterapia italiana. Chi avrebbe avuto l'autorità di discriminare è ben chiaro: gli organi istituzionali a ciò deputati dalla Legge 56/89. Ma con quali criteri discriminativi? Questo sì era un bel problema: come accogliere la proposta di un gruppo e respingere quella di un altro, senza che ciò apparisse un arbitrio? Chi avrebbe mai persuaso X che la preferenza accordata al punto di vista di Y avesse un valore per dir così “trascendentale”? Quale sorta di “critica della ragion pratica” avrebbe mai potuto sottrarre quegli organi istituzionali al sospetto di partigianeria, forse in qualche modo illegittimamente interessata? (Una simile babele di linguaggi rese a suo tempo caotica e tragicomica l'applicazione da parte dei Commissari *ad acta* dell'art. 32, e successivamente da parte degli Ordini quella dell'art. 35 della Legge professionale: l'interpretazione dell'espressione che rimandava loro di accertare la “validità” della certificazione relativa all'esercizio pregresso della psicoterapia da parte degli iscritti per sanatoria, scatenò un conflitto di faziosità incrociate e contrapposte tale da compromettere fin da principio la correttezza, l'omogeneità e la credibilità di un'operazione tanto delicata — cfr. Stampa, 1996a).

Come prodotto del tentativo del Consiglio nazionale di fare contenti tutti, senza avere l'aria di imporre limiti troppo netti (salvo poi imporli proprio là dove questi limiti, al contrario, non sarebbero legittimi), ci ritroviamo un Codice deontologico che constata, suggerisce, ammicca, vieta quel che non può essere vietato²⁸, consente il non consentito e tollera il non tollerabile (vedi la questione della “responsabilità” di effetti “prevedibili” o meno, sopra evocata), e nell'insieme manca l'obiettivo

²⁷ Ricordiamo qui la distinzione di Carli tra «competenza tecnica professionale: la capacità di fornire risposte tecnicamente adeguate al problema posto dalla committenza» e «competenza organizzativa: la capacità di analizzare la domanda del committente e di integrare la competenza tecnica entro la problematica del committente stesso; considerando, a questo scopo, le connessioni necessarie tra problema e contesto organizzativo in cui il committente opera» (Carli, 2002, p. 37).

²⁸ Per es. l'insegnamento di imprecisati “strumenti” della psicologia ai non psicologi, art. 21, in aperto contrasto con l'art. 33, comma 1 della Costituzione (cfr. Stampa, 2008).

di costituire per i professionisti un riferimento certo a una condotta eticamente ineccepibile, soprattutto in condizioni di difficoltà o di rischio.

Facciamo grazia all'Ordine degli Psicologi di non avere la cultura politica che avrebbe permesso di accedere a modelli più raffinati, che nell'irrisolto dibattito fra soluzioni normative top down vs bottom up proponessero la costruzione di un *frame di interfaccia*, capace di raccogliere secondo un metodo rigoroso tutti gli stimoli provenienti dalla comunità professionale e contestualmente tutti i criteri imposti dalla tradizione e tutti i vincoli imposti dalle fonti normative sovraordinate. Non avremmo un Codice deontologico così frequentemente e ingenuamente *contra legem*, e al tempo stesso così fumoso e inefficace.

Fra i metodi utili alla costruzione di tale interfaccia si segnala, a mio avviso, più interessante fra tutti quello dell' *overlapping consensus* di John Rawls.

A partire dall'idea che il compito di costruire una società più giusta e più equa (per Rawls le due qualità sono sostanzialmente tutt'una) sia legato all'individuazione di adeguate procedure per raggiungere lo scopo, oltre che — come si è tradizionalmente ritenuto — all'affermazione di principi di giustizia condivisi, Rawls con l' *overlapping consensus* propone un concetto descrittivo che è al tempo stesso un'indicazione di criteri pratici.

Non dovremmo formare le nostre opinioni attenendoci ai nostri interessi personali o alla nostra lealtà politica in senso stretto [...]

Esistono dei paralleli con le conclusioni e le interpretazioni comuni raggiunte dalle scienze. Anche qui ognuno è autonomo ma responsabile. Dobbiamo valutare le teorie e le ipotesi alla luce delle prove, per mezzo di principi riconosciuti pubblicamente. È vero che esistono opere dotate di autorità, ma esse rappresentano la somma del consenso di numerose persone, ciascuna delle quali decide per se stessa. L' assenza di un'autorità suprema che decida, e quella di un'interpretazione ufficiale che tutti debbono accettare, non conduce alla confusione, è invece la condizione per un progresso teorico. Persone eguali che accettano e applicano principi ragionevoli non devono avere alcun superiore stabilito. Alla domanda «chi deve decidere?» si risponde: «devono decidere tutti, ognuno consigliandosi da solo», e spesso, con ragionevolezza, cortesia e fortuna, si ottengono risultati abbastanza buoni (Rawls, 1971 [2008³, p. 371]).

Se trasferiamo il pensiero di Rawls dall'etica pubblica generale a quella di una specifica comunità, e dal diritto pubblico generale al sistema di regole che una comunità stabilisce di darsi in nome di un'esigenza condivisa di autoregolazione, l'*overlapping consensus* consisterà nella capacità dei suoi membri di sostanziare quel sistema di regole con l'accoglimento di tutte quelle istanze che concorrono a formare, per dire così, il *massimo comune denominatore* dei diversi punti di vista in essa presenti.

Se, per esempio, i senatori che si impegnarono nella formulazione di Disegni di Legge così violentemente incidenti (qualora fossero in effetti divenuti norme statuali) sulle categorie interessate, non si fossero limitati a raccogliere e giustapporre senza alcun criterio di integrazione le istanze lobbystiche di *una parte soltanto* di quelle categorie; se gli estensori del Codice deontologico degli psicologi italiani non si fossero limitati a rinchiudersi in una stanza tra di loro, pretendendo di rappresentare, con le loro pur stimabili idee, *l'insieme* della categoria; se vi fosse stata e vi fosse una sistematica prassi di confronto fra tutte le comunità professionali che svolgono attività di aiuto in medesimi ambiti operativi — se tutto questo avesse portato alla formulazione di regole chiare, esplicite e ampiamente condivise, avremmo forse oggi un quadro legislativo e norme deontologiche coerenti e non, invece, patologicamente auto-contraddittorie.

E forse anche un sentire comune omogeneo, seppure non omologante, dei professionisti in merito a un problema che — così come ce lo presentano le istituzioni del discorso (il Legislatore, gli Ordini professionali, la ricerca accademica, l'associazionismo lobbystico e sindacale, la letteratura scientifica "ufficiale" di riferimento delle istituzioni) — ha tutta l'aria di essere letteralmente *irrisolvibile*.

"In un mondo perfetto", come dicono gli americani, un organismo sovraordinato raccoglierebbe, sia attraverso consultazioni di rappresentanti, sia attraverso forme di referendum propositivo, le

opinioni di tutti gli interessati: ne definirebbe *l'area di massima sovrapposizione*, e solo tale area assumerebbe natura normativa; per tutto il resto la decisione etica verrebbe lasciata alla responsabilità individuale, entro il quadro legislativo vigente — con la possibilità, mai da escludere, della disubbidienza civile da parte di coloro che, in specifiche circostanze e su specifici temi, non potessero in alcun modo riconoscersi nelle regole cui si attiene la maggioranza.

Non ci sarebbe, nel Codice deontologico degli psicologi italiani, un articolo che vincoli i professionisti a un comportamento preordinato qualora avvertano forme di disagio connesso con la loro attività: qualcuno sceglierà di curarsi in un modo o in un altro, qualcuno si prenderà una vacanza; qualcuno chiederà l'assistenza di un supervisore, qualcuno — si spera — si attiverà per un intervento clinico-psicosociale sull'organizzazione.

Non ci sarebbe un articolo che prefiguri la possibilità di una deresponsabilizzazione del professionista di fronte alle conseguenze dirette o indirette, prevedibili o imprevedibili, della propria condotta.

Ma circolerebbe, tra gli psicologi italiani, una rappresentazione di sé come categoria di lavoratori e come comunità di *scientists-practitioners*, ben più solida e dignitosa — la consapevolezza e l'orgoglio di sapersi assumere le responsabilità che derivano dall'esercizio della professione, anche quando le condizioni di contesto siano le più difficili e impegnative.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, APA (trad. it. *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano (1996).

Barbo, M. (2007). Stress e *burn-out* negli operatori: politiche e strategie di intervento nei servizi per le tossicodipendenze, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI, 1.

Battaglini, M. & Stampa, P. (1997). Per un nuovo Codice deontologico degli psicologi italiani, in *Acta Psychologica – Il giornale degli psicologi* (nuova serie), 9.

Carli, R. (1997). I porcospini rivisitati, in *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 2, 89-98.

Carli, R., (2002). Lo psicologo e la sua committenza, in Belletto, M & Zatti, A. (eds), *Psicologia a più dimensioni*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione: pensare emozioni*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli

Carli, R. & Paniccchia, R.M. (2003), *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Bologna, Il Mulino

Carli, R. e Paniccchia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. Leipzig-Wien, Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. it. *L'avvenire di un'illusione*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol X., 1978).

Grasso, M. & Stampa, P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1

Grasso, M. & Stampa, P. (2007). Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia, in G. Nicolò e S. Salvatore (eds.). *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*. Roma: Edizioni Carlo Amore

Grasso, M. & Stampa, P. (2008). ... "Siamo proprio di sicuri di non essere più in Kansas"? Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1

Guerra, G. (2006). Meccanismi difensivi istituzionali, in Giordano, M. (ed.), *Burn-out: Seminario gruppoanalitico nazionale*. Milano: FrancoAngeli.

- Jacques, E. (1955). In Klein, M. & Moley-Kyrle, R. [1977, *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali*: pp. 609-633]
- Klein, M. & Money-Kyrle, R. (1955). *New Directions in Psycho-Analysis*, London: Tavistock Publications, Ltd (trad. it. *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano, 1977).
- Lombardo, G.P. & Stampa, P. (1994). L'ordinamento della professione di psicologo. Vincoli, opzioni e problemi della prima fase applicativa, in *Lo psicologo*, IV, 1.
- Maslach, C. & Le iter, M.P. (1997). *The Truth About Burn-out. How Organisations Cause Personal Stress And What to Do About It*, Berkeley, Jossey-Bass Inc (trad. it. *Burn-out e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Centro Studi Erikson, Trento, 2000).
- Maslach C. (1982). *Burn-out: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, Prentice (trad. It. *La Sindrome del burn-out. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Cittadella Editrice, Assisi, 1992).
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious As Infinite Sets, An Essay in Bi-logic*. London: Duckworth (trad. it. *L'inconscio come insiemi infiniti*, Einaudi, Torino, 1981).
- Obholzer, A. (1994). In Obholzer, A. & Zagier Roberts, V. [*Gestire le ansie sociali nelle organizzazioni del settore pubblico*, Etas Libri, Milano, pp. 155-168, 1998].
- Obholzer, A. & Zagier Roberts, V. (eds., 1994). *The Unconscious at Work*. London – New York, Routledge (trad. it. *L'inconscio al lavoro*, Etas Libri, Milano, 1998).
- Pellegrino, F. (1991). Il burn-out nella medicina, in *Il Medico d'Italia*, 169.
- Payne, R. & Firth-Cozens, J. (1987). *Stress in Health Professionals*. New York: Wiley (trad. it. *Lo stress negli operatori della sanità*, Kappa, Roma 1999).
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press (trad. it. *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano, 2008³).
- Stampa, P. (1991). "Malpractice". Una nota su alcune condizioni epistemologiche e conseguenze pratiche dell'errore in psicologia clinica, in P. Colamonico, G. Montesarchio & C. Saraceni (eds.), *Psicodiagnostica e psicoterapia: parliamo di errori*, Roma, SIRP (Società Italiana per la Ricerca Psicodiagnostica), Atti del III Congresso nazionale.
- Stampa, P. (1992). Contratto e obbligazione in psicologia clinica. Osservazioni sulla dimensione etica della competenza professionale, in *Rivista di Psicologia Clinica*, VI, 3
- Stampa, P. (1993). Considerazioni sul rapporto fra etica e competenza in aree professionali diverse: la politica, il diritto e la posizione della psicologia clinica, in *Rivista di Psicologia Clinica*, VII, 2–3.
- Stampa, P. (1994). Alcune osservazioni sul rapporto fra competenza e prestazione nella professione psicologico-clinica, in *Ricerca Psicoanalitica*, 1–2.
- Stampa, P. (1995a). L'art. 3 della Legge 56/89: un'analisi storica del dibattito politico sulla formazione in psicoterapia, in Carli, R., Cecchini, M., Lombardo, G.P. & Stampa, P., *Psicologi e psicoterapia. Oltre la siepe*. Milano: FrancoAngeli.
- Stampa, P. (1995b). Il processo di applicazione della normativa sulla formazione in psicoterapia. Un'analisi storico-critica dell'azione istituzionale per il "riconoscimento" degli Istituti privati (1990–1995), in *Psicologia Clinica*, 2 (parte prima).
- Stampa, P. (1996a). L'ordinamento della professione di psicologo: una Legge inapplicata?, *Quaderni della Società di Psicologia di Roma e del Lazio*, 1
- Stampa, P. (1996b). Il processo di applicazione della normativa sulla formazione in psicoterapia. Un'analisi storico-critica dell'azione istituzionale per il "riconoscimento" degli Istituti privati (1990–1995), in *Psicologia Clinica*, 1 (parte seconda).
- Stampa, P. (2008). Problemi etici e giuridici della professione di psicologo: conoscenze, competenze, connessioni, in Crocetti, G., Cucino, A., Maiorano, N. & Stampa, P., *Manuale etico-giuridico della professione di psicologo*. Bologna: Pendragon.
- Stampa, P. (2009). Parole-chiave per (non) confondere le idee a chi studia psicoterapia — 1. NOMI, COSE. Trappole e trucchi del pensiero concreto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2.

Stokes, J. (1994). In Obholzer, A. & Zagier Roberts, V., (Eds) [*Caos istituzionale e stress personale*, Etas Libri, Milano, 1998, pp. 155-168, 1998].

Villa, R. (2010). Medici stressati, anzi "bruciati", in *Corriere della Sera*, 17 gennaio.

Wallace, J.E., Lemaire, J.B., & Ghali, W.A. (2009). Physician Wellness: A Missino Qualità Indicator, in *The Lancet*, 374-9702, 14 novembre, pp. 1714-1721.

La normativa sull'integrazione scolastica dei disabili tra colpa e pretesa. Una ricerca sul fallimento collusivo nel rapporto tra insegnanti e genitori di alunni disabili

di Viviana Langher^{*}, Maria Elisabetta Ricci^{**}, Samantha Diamanti^{***}

Introduzione

La normativa italiana sulla disabilità è considerata tra le più complete e avanzate al mondo in fatto di diritti (Meijer, 2003); relativamente all'inclusione scolastica, rappresenta un caso pressoché unico in quanto essa prescrive l'obbligo per la scuola pubblica dell'inclusione e dell'integrazione di alunni con disabilità nelle classi regolari. È del 1975 la "Relazione conclusiva della commissione Falcucci concernente i problemi scolastici degli alunni handicappati" (Ministero della Pubblica Istruzione, 1975; il documento nasce in un periodo di profonda trasformazione della scuola, e come premessa alla riforma che dopo breve, nel 1977, sarebbe seguita con l'abolizione delle classi differenziali. Esso è un manifesto ideologico di come la scuola dovesse essere completamente ripensata e riorganizzata proprio in funzione delle necessità di apprendimento e di integrazione sociale dei più svantaggiati:

La preliminare considerazione che la Commissione ha ritenuto di fare è che le possibilità di attuazione di una struttura scolastica idonea ad affrontare il problema dei ragazzi handicappati presuppone il convincimento che anche i soggetti con difficoltà di sviluppo, di apprendimento e di adattamento devono essere considerati protagonisti della propria crescita. In essi infatti esistono potenzialità conoscitive, operative e relazionali spesso bloccate degli schemi e dalle richieste della cultura corrente e del costruire sociale. Favorire lo sviluppo di queste potenzialità è un impegno peculiare della scuola, considerando che la funzione di questa è appunto quella di portare a maturazione, sotto il profilo culturale, sociale, civile, le possibilità di sviluppo di ogni bambino e di ogni giovane. È tutta la struttura scolastica, particolarmente quella della fascia dell'obbligo, che può e deve contribuire in modo decisivo al superamento di ogni situazione di emarginazione umana e culturale e sociale che abbia la sua radice nel mancato sviluppo delle potenzialità del soggetto (Ministero della Pubblica Istruzione, 1975, p. 1).

In questo passaggio, con cui il documento si apre, schemi e richieste della cultura corrente sono ritenuti responsabili del mancato sviluppo, fino a quel momento, delle potenzialità dei bambini disabili e svantaggiati. La scuola pubblica, concepita come strumento di maturazione culturale, sociale, civile di ogni bambino e di ogni giovane, da questo momento in poi viene dichiarata istituzionalmente responsabile del mancato sviluppo dei bambini disabili e di tutti i bambini svantaggiati.

La legge-quadro sulla disabilità del 1992 (L. 104/1992 e sue successive modifiche) riorganizzerà l'esperienza portata avanti fino a quel momento nel campo dell'integrazione sociale, compresa quella scolastica, disciplinando procedure e strumenti a favore dell'integrazione dei disabili nel sistema scolastico, in concerto con le agenzie sociosanitarie, auspicata e abbozzata nel documento Falcucci.

I diritti ai disabili e il loro inserimento nella scuola regolare sono un fatto di civiltà: l'Olanda, nel 2011, la Francia, nel 2012, sono, tanto per citarne alcuni, paesi che aboliranno le scuole speciali; la Repubblica Popolare Cinese offre come misura della sua credibilità sullo scenario internazionale proprio la concessione di diritti, e tra questi i diritti ai disabili; da qui la sua recente collaborazione proprio con il governo italiano per la realizzazione di una legge sulla disabilità.

Quello che però qui ci interessa rilevare è l'implicazione della normativa italiana con il senso di colpa agito (Carli, 1987), e le sue conseguenze sul piano dei rapporti tra genitori di persone disabili beneficiari dei servizi che la normativa prevede, e coloro che sono impegnati nella erogazione di

* Professore associato in Psicologia Clinica, dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "Sapienza", Roma.

** Assegnista di ricerca, dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "Sapienza", Roma.

*** Psicologa.

tali servizi, in particolare gli insegnanti della scuola dell'obbligo. Partiamo dall'ipotesi che la società italiana abbia concepito, a partire dagli anni '70, una normativa che, più di altre, è *in primis* essa stessa il prodotto e lo strumento di un agito del senso di colpa: esistono persone a cui si pensa, emozionalmente, sia stato negato dal destino avverso il diritto di essere sani e di avere figli sani; e l'essere sani, l'avere figli sani, confrontati con la disgrazia di non esserlo e di non averne, di per sé diviene un fatto aggressivo, l'esito della predazione di benessere altrui. La normativa si propone allora di prevenire e rimuovere tutte le cause che possano ostacolare il raggiungimento di uno stato il più sano possibile di ciascuno. Sebbene articolato dentro procedure razionali, tale proposito perde la connotazione di evento reale che deve realizzarsi in funzione di limiti dichiarati, ed assume le caratteristiche di un insieme infinito (Matte Blanco, 1975); quello che nel documento Falcucci era proposto come possibilità, auspicio, impegno, viene nella normativa attuale affermato come principio immanente allo Stato che vige nel vuoto di interlocutori e di vincoli:

La Repubblica previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali (Legge n. 104 del 1992, art. 1, comma 2).

Per tramutare tale principio in azioni che lo sostanzino, la normativa stabilisce una complessa mole di agevolazioni e servizi di cui i disabili e i loro genitori sono beneficiari, e procedure che regolamentano i rapporti tra questi e gli erogatori di agevolazioni e servizi; di fondo preoccupandosi, sopra ogni cosa, di sancire illimitati diritti e illimitate opportunità, per esempio riguardo all'ambito scolastico:

1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.
2. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie. [...]
4. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap (Legge n. 104 del 1992, art. 12).

Attraverso questo complesso strumento normativo così concepito viene agita la fantasia che l'avere un figlio disabile non è una vicenda personale della quale nessuno è colpevole, ma piuttosto un fatto rispetto al quale la comunità è innanzitutto incessantemente colpevole di essere sana, e dunque chiamata incessantemente a risarcire in quanto la disabilità non è sanabile.

Ecco dunque come sia difficile sottrarsi al senso di colpa, il quale è un problema centrale per chi lavora a contatto con la disabilità, in organizzazioni come la scuola e i servizi, non solo e semplicemente come fantasia personale che intrude nel proprio lavoro, ma come conseguenza quasi inevitabile di una normativa che afferma il risarcimento prima di ogni negoziazione.

L'essere disabile e l'avere un figlio disabile possono essere allora vissuti come l'essere vittima della violazione di un diritto della quale si debba venire rimborsati. Questa possibilità peraltro investe tutti i membri della comunità, i quali possono voler mantenere il principio del diritto di risarcimento proprio in virtù dell'identificazione con coloro che attraversano la vicenda della disabilità; perciò i diritti dei disabili sono fortemente sostenuti da ogni parte politica, in particolare anche dalla destra meno incline all'assistenza.

Il complesso di relazioni istituzionali che si stabiliscono attorno al problema della disabilità può allora essere caratterizzato dall'instaurarsi di dinamiche emozionali non previste, in cui, invece della gratitudine dei beneficiari nei confronti del tentativo di riparazione del danno, in senso emozionale, attuato attraverso la normativa, si può avere, da parte dei beneficiari, la convinzione che, per via del torto subito, si sia depositari di un credito infinito nei confronti della comunità dei sani, credito che non è mai risarcibile in quanto la disabilità non è sanabile. La richiesta infinita di risarcimento, istituita e legittimata dalla normativa, diviene dunque *pretesa* (Carli & Panaccia, 2003). Sia ben chiaro che stiamo parlando di assetti culturali e non di caratteristiche personali: la cultura della rivendicazione perenne è infatti, con tutta probabilità, assente in quei paesi nei quali la concessione di un diritto è una prerogativa e non è scontata; per esempio, in una nostra ricerca effettuata in Serbia, a Belgrado, i genitori di figli disabili utenti di un servizio pubblico specializzato si mostravano sempre e in ogni caso grati e soddisfatti nei confronti dei servizi che ricevevano, tanto da far mancare ai professionisti che erogavano tali servizi un punto di riferimento per

comprendere l'efficacia dei propri interventi (Fantini, Krstic, Langher, Ricci, & Rudic, 2008). In Italia, al contrario, non è affatto raro osservare genitori di disabili incessantemente insoddisfatti, pretendere e ottenere privilegi che persino la nostra normativa non prevede, ad esempio il parcheggio auto davanti al portone di casa anche quando il proprio figlio deambula perfettamente; o disabili sempre scontenti, dichiarare, come ci è capitato di osservare nei convegni internazionali, che la legge italiana non tutela sufficientemente le persone disabili. È peraltro interessante notare che al di fuori dell'Italia, dove l'inserimento dei disabili nelle classi regolari non è ancora un diritto ma un modello da sperimentare, non si usa il termine *integrazione* scolastica, ma quello più neutro di *inclusione* scolastica, che ha una portata pragmatica e limitata, che mette l'accento sul processo di includere, aperto rispetto alle possibili conseguenze che possono derivare dall'includere; mentre in Italia, dove l'inclusione è stata realizzata una volta per tutte per via legislativa nel '77, si è sempre usato il termine *integrazione*, che ha un significato più chiaramente ideologico che, scavalcando il processo, afferma il risultato.

In questo nostro lavoro abbiamo voluto verificare l'ipotesi che l'assetto culturale sopra descritto fosse effettivamente riscontrabile dentro il nostro sistema scolastico. Abbiamo ipotizzato che il senso di colpa nei confronti dei soggetti disabili, sentimento che coincide con la sofferenza per i destini dell'altro danneggiato e che è necessario affinché possa essere stabilito un suo diritto, si sia trasformato nel nostro contesto sociale in fallimento della collusione perenne:

Ogni mito collusivo nasce e si organizza nella sua dimensione emozionale per dare risposte utili alle esigenze del reale. Quando questo non succede, quando il mito si avvita su sé stesso ed organizza la sua permanenza eterna, incapace di confronto e di iscriversi nella realtà, allora si ha un fallimento della collusione e un asservimento del reale alle esigenze di perpetuazione del mito (Carli, 2001, p. 34)

Tale fallimento collusivo abbiamo ipotizzato si manifestasse attraverso l'agito della pretesa da parte dei genitori, e della colpa da parte degli insegnanti, nonché attraverso un corollario di modi aggressivi di simbolizzarsi reciprocamente, generati dall'insofferenza circa le proprie richieste mai soddisfatte, e i propri tentativi mai efficaci di apportare benefici. Data la presenza diffusa nel nostro paese di associazioni del terzo settore, create da genitori di disabili al fine di sostenere i propri associati e indirizzarli verso una fruizione efficace dei servizi a loro disposizione, abbiamo ipotizzato che l'appartenenza di un genitore di un alunno disabile ad una associazione potesse costituire una condizione in grado di mitigare i sentimenti aggressivi, e fornire uno spazio di pensiero e negoziazione nei confronti del mondo dei normodotati, scuola inclusa.

Metodo

Strumenti

Sono stati realizzati tre questionari: uno da somministrare a genitori di alunni disabili, uno da somministrare ad insegnanti, uno da somministrare a genitori di alunni normodotati usati come controllo. I questionari sono stati concepiti per rilevare alcune dimensioni psicologiche, analoghe per genitori di alunni disabili, normodotati, e insegnanti, che definiscono modalità di concepire emozionalmente il rapporto con l'altro nella sua funzione definita dal contesto scolastico. Si tratta pertanto di schemi relazionali e non di tratti caratterizzanti l'individuo. Essi sono definiti come segue:

Pretesa (solo per i genitori, sia di figli disabili che normodotati).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere:

- a) funzioni che la scuola dovrebbe svolgere a favore del *proprio figlio* e che sono in contrapposizione con il diritto all'uguaglianza (per esempio: fornire attenzione al proprio figlio nonostante questo comporti la trascuratezza nei confronti degli altri compagni di classe); oppure
- b) funzioni che la scuola dovrebbe svolgere a favore degli alunni disabili e che per legge non le competono, e che sono ridondanti rispetto a quelle a cui sono preposte altre agenzie dello Stato (per esempio: impiego degli insegnanti in attività extrascolastiche, come a mensa, a favore dei disabili, dedizione massiccia ed esclusiva degli insegnanti nei confronti delle famiglie dei disabili,

offerta di servizi ricreativi per il tempo libero e socio-sanitari per i disabili ecc.). Per il gruppo dei normodotati il questionario era analogo, ma riguardava privilegi non legati alla disabilità. Per sottolineare l'idea che la funzione scolastica proposta all'interno delle affermazioni contenute negli item sia fortemente auspicabile, abbiamo utilizzato espressioni come "è necessario", "deve", "bisogna", "sarebbe buona prassi" ecc. riguardo alla funzione che la scuola sarebbe tenuta a svolgere.

Esempi di item relativi alla dimensione *Pretesa*.

Le scuole dovrebbero utilizzare le proprie risorse economiche per aiutare al meglio gli alunni disabili, offrendo direttamente al loro interno e gratuitamente servizi quali logopedista, psicomotricista, psicologo, ecc.

Sarebbe buona prassi che gli insegnanti, oltre ad avere colloqui periodici con i genitori degli alunni disabili, scrivessero ed inviassero loro una relazione sulle attività svolte in classe con i loro figli.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle appena descritte, chiediamo al genitore di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene che la scuola sia tenuta (debba fare, sia necessario, bisogna che faccia ecc.) a fare/fornire a favore dell'alunno disabile e/o della sua famiglia, e assumiamo che l'eventuale accordo del genitore circa tale affermazione sia una disponibilità a considerare tale evento/cambiamento auspicabile e del tutto legittimo. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore su tale affermazione come *Pretesa*. Al contrario, quando un genitore esprime disaccordo assumiamo che egli non ritenga che alla scuola spettino tali funzioni.

Colpevolizzazione (per genitori e insegnanti).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere l'attribuzione all'istituzione scuola (per i genitori) o ai genitori (per gli insegnanti) della responsabilità di essere la causa di difficoltà incontrate dai bambini/ragazzi disabili, di un danno subito ecc. (insuccesso scolastico, problemi relazionali ecc.), espressa in modo categorico e incontrovertibile. Per il gruppo dei normodotati il questionario era analogo, ma riguardava tematiche non legate alla disabilità. Per sottolineare l'idea che il danno arrecato al bambino/ragazzo venga attribuito a qualcuno o qualcosa specificatamente abbiamo utilizzato espressioni come "è colpa di", "è dovuto a" ecc., e in ogni caso l'affermazione chiaramente identifica un responsabile del danno: al genitore è richiesto di identificare nell'istituzione scuola e/o negli insegnanti la causa del danno, all'insegnante è richiesto di identificare nei genitori, nell'istituzione scuola e/o negli insegnanti la causa del danno.

Esempi di item relativi alla dimensione *Colpevolizzazione*.

(per i genitori) È fondamentale responsabilità della scuola se gli alunni disabili non raggiungono un grado sufficiente di autonomia.

(per gli insegnanti) Molto spesso la famiglia, invece di potenziare le risorse dei figli disabili, ne aggrava i problemi.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle appena descritte chiediamo al genitore e all'insegnante di esprimersi circa chi e/o cosa egli ritiene abbia ostacolato/danneggiato il bambino/ragazzo disabile, ed assumiamo che l'eventuale accordo su tale affermazione sia una disponibilità ad identificare nel genitore o nell'insegnante o nella scuola ecc. la specifica causa di quella difficoltà. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore o dell'insegnante su tale affermazione come *Colpevolizzazione*. Al contrario, quando viene espresso disaccordo assumiamo che tale attribuzione di responsabilità non venga ritenuta accettabile.

Colpa (solo per i genitori).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere l'attribuzione a sé stessi della responsabilità di essere la causa di difficoltà scolastiche incontrate dal proprio figlio, di un danno subito ecc. Per sottolineare l'idea che la responsabilità viene attribuita a sé abbiamo utilizzato espressioni come "è colpa mia", "è una mia incapacità/responsabilità", "dipende da me" ecc.

Esempi di item relativi alla dimensione *Colpa*.

Quando c'è una difficoltà tra me e gli insegnanti di mio figlio, il più delle volte sono portato a credere che sia colpa mia.

Spesso mi rimprovero di non fare abbastanza perché mio figlio abbia dei buoni rapporti con i suoi compagni di classe.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle appena descritte chiediamo al genitore di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene di non essere in grado di fare per favorire lo sviluppo del proprio figlio o di aver fatto per determinarne una difficoltà, ed assumiamo che l'eventuale accordo del genitore su tale affermazione sia una disponibilità a identificare in sé stesso la specifica causa di quella difficoltà del figlio. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore come *Colpa*. Al contrario, quando viene espresso disaccordo assumiamo che tale assunzione di responsabilità non venga ritenuta accettabile.

Riparazione (senso di colpa agito), (solo per gli insegnanti).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere disponibilità, intenzione da parte dell'insegnante di limitare o eliminare una difficoltà del genitore dell'alunno disabile, e che lo spinge ad aderire alle sue richieste, le quali implicano un aggravio delle proprie funzioni professionali. Per sottolineare l'idea che sia presente nell'insegnante tale intenzione abbiamo utilizzato espressioni come "sono disposto a", "la scuola dovrebbe", "sarebbe buona prassi che la scuola".

Esempi di item relativi alla dimensione *Riparazione*.

Considerando tutti gli impegni che un figlio con disabilità comporta per i suoi genitori, capisco quando i genitori mi chiedono di adeguare l'orario di ricevimento alle loro esigenze.

Sarebbe buona prassi che gli insegnanti organizzassero periodicamente delle riunioni con tutti i genitori degli alunni per sensibilizzarli al problema della disabilità.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle sopra descritte chiediamo all'insegnante di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene gli insegnanti debbano essere disposti a fare, andando oltre i doveri professionali, per alleggerire il carico degli oneri dei genitori degli alunni disabili, ed assumiamo che l'eventuale accordo degli insegnanti su tali affermazioni sia una dichiarazione della propria disponibilità in tal senso. Interpretiamo in tal caso l'accordo dell'insegnante come *Riparazione*, o colpa agita. Al contrario, quando un insegnante esprime disaccordo, assumiamo che egli non ritenga accettabile tale disponibilità.

Controllo (per genitori e insegnanti)

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere l'auspicabilità, l'opportunità, la legittimità di una verifica reiterata sull'altro (insegnante o genitore) affinché un evento, ritenuto a proprio beneficio o a beneficio dell'alunno disabile, venga realizzato. Per il gruppo dei normodotati il questionario era analogo, ma riguardava tematiche non legate alla disabilità. Per sottolineare l'idea che sia presente nel genitore o nell'insegnante tale volontà abbiamo utilizzato espressioni come "mi sentirei più sicuro se sapessi", "controllo sempre", "voglio essere sempre certo che" ecc.

Esempi di item relativi alla dimensione *Controllo*:

(per i genitori) Mi piacerebbe fosse prevista una verifica, da parte di un esperto di mia fiducia in tema di disabilità, per i GLH [Gruppo di Lavoro sull'Handicap].

(per gli insegnanti) Mi piacerebbe poter verificare che effettivamente un mio alunno disabile venga portato dai genitori con regolarità ad effettuare tutti i controlli previsti per lui.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle sopra descritte, chiediamo all'insegnante o al genitore di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene sia opportuno, necessario indagare e controllare nell'operato e nell'adeguatezza relazionale dei genitori o degli insegnanti nei confronti dell'alunno disabile, ed assumiamo che l'eventuale accordo su tale affermazione sia una

dichiarazione della propria volontà in tal senso. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore o dell'insegnante su tale affermazione come *Controllo*. Al contrario, quando viene espresso disaccordo assumiamo che tale volontà non venga ritenuta accettabile.

Lamentela (per genitori e insegnanti).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere disappunto e malcontento vago e generalizzato, riguardo a situazioni in cui un proprio problema a scuola non viene riconosciuto. Per il gruppo dei normodotati il questionario era analogo, ma riguardava tematiche non legate alla disabilità. Per sottolineare la vaghezza di tale disappunto abbiamo utilizzato espressioni in cui il problema lamentato non fosse legato ad alcun caso, esempio, episodio specifico.

Esempi di item relativi alla dimensione *Lamentela*.

(per i genitori) Le occasioni di incontro offerte a noi genitori sono spesso inutili.

(per gli insegnanti) Molto spesso i genitori non capiscono quanto sia impegnativo lavorare con un alunno disabile.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle appena descritte chiediamo al genitore o all'insegnante di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene sia motivo di insoddisfazione e di malcontento, ed assumiamo che l'eventuale accordo del genitore o dell'insegnante su tale affermazione sia una dichiarazione del proprio disappunto in tal senso. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore o dell'insegnante come *Lamentela*. Al contrario, quando un genitore o un insegnante esprime disaccordo assumiamo che egli non esprima tale disappunto.

Delega (per genitori e insegnanti).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere affidamento all'altro della iniziativa e/o della responsabilità di un'azione finalizzata al proprio beneficio o al beneficio dell'alunno disabile. Per il gruppo dei normodotati il questionario era analogo, ma riguardava tematiche non legate alla disabilità. Per sottolineare tale mandato abbiamo utilizzato espressioni come "Solo la scuola/solo la famiglia può", "è principalmente a scuola/in famiglia che", "sono ancor prima i genitori/gli insegnanti che devono", "è principalmente compito della scuola/famiglia".

Esempi di item relativi alla dimensione *Delega*.

(per i genitori) Ritengo che non sia un compito dei genitori degli alunni disabili risolvere i problemi tra i loro figli e gli insegnanti curricolari: a ciò si possono dedicare gli insegnanti di sostegno.

(per gli insegnanti) La famiglia è il luogo primario dove mi aspetto che un alunno disabile impari a gestire i rapporti con gli altri.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle appena descritte chiediamo al genitore o all'insegnante di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene sia fundamentalmente compito degli insegnanti o dei genitori, ed assumiamo che l'eventuale accordo del genitore o del genitore su tale affermazione sia una dichiarazione della propria disponibilità in tal senso. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore o dell'insegnante come *Delega*. Al contrario, quando un genitore o un insegnante esprime disaccordo, assumiamo che egli non ritenga accettabile tale disponibilità.

Condiscendenza (per genitori e insegnanti).

Si tratta di item contenenti affermazioni, sulle quali si chiede di esprimere il grado di accordo, concepite per esprimere adattamento, accettazione dello *status quo*, mancanza di iniziativa, l'assecondare un'iniziativa altrui per il compimento di un'azione finalizzata al beneficio di un altro soggetto, ed in cui il proprio beneficio è rappresentato dal non essere implicati, dal non dovere affrontare conflitti e dal non doversi assumere responsabilità di scelta. Per il gruppo dei normodotati il questionario era analogo, ma riguardava tematiche non legate alla disabilità. Per sottolineare tale remissività abbiamo utilizzato espressioni come "[sulle scelte altrui] non discuto", "preferisco assecondare[le scelte altrui]" ecc.

Esempi di item relativi alla dimensione *Condiscendenza*.

(per i genitori) Sulle scelte educative, didattiche e ricreative della scuola non discuto.

(per gli insegnanti) Se i genitori prendono delle decisioni relative allo sviluppo del proprio figlio disabile avranno i loro buoni motivi.

Quando presentiamo un'affermazione come quelle appena descritte chiediamo al genitore o all'insegnante di esprimersi rispetto a ciò che egli ritiene gli insegnanti o i genitori non dovrebbero mettere in discussione qualora indicato come auspicabile dai genitori o dagli insegnanti, o a cui ritiene debba aderire acriticamente, ed assumiamo che l'eventuale accordo del genitore o dell'insegnante su tale affermazione sia una dichiarazione della propria disponibilità in tal senso. Interpretiamo in tal caso l'accordo del genitore o dell'insegnante come *Condiscendenza*. Al contrario, quando un genitore o un insegnante esprime disaccordo, assumiamo che egli non ritenga accettabile tale disponibilità.

Il complesso degli item del questionario, 15 per ogni dimensione, è stato strutturato assegnando casualmente la posizione di ciascun item. Per ogni affermazione dei questionari, il grado di accordo/disaccordo poteva variare da 1 (del tutto in disaccordo con l'affermazione) a 4 (del tutto d'accordo). Essendo ogni dimensione composta da 15 item, per ciascuna di esse la somma dei punteggi poteva variare da un minimo di 15 (del tutto in disaccordo con tutte le affermazioni della dimensione) a un massimo di 60 (del tutto d'accordo).

Partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca:

- 117 genitori di alunni disabili, provenienti da 87 scuole (età dei figli: >6–10 anni, 30% dei partecipanti; >10–14 anni, 35%; >14-18 anni, 35%). Di questi 117 genitori di alunni disabili, 45 appartenevano ad associazioni di genitori di persone disabili (per un totale di 14 associazioni diverse);

- 96 genitori di alunni normodotati utilizzati come gruppo di controllo, provenienti da 44 scuole (età dei figli: >6–10 anni, 34% dei partecipanti; >10–14 anni, 37%; >14-18 anni, 29%). Tutti i genitori provenivano dalla città di Roma.

- 257 insegnanti, di cui 127 provenienti dalla città di Roma (per un totale di 36 scuole), e 120 provenienti dalla provincia di Perugia (per un totale di 23 scuole). Il nostro interesse circa i due gruppi di insegnanti non era sostenuto da ipotesi specifiche riguardanti le culture locali di appartenenza; abbiamo piuttosto inserito un gruppo territoriale differente per verificare la possibilità di replicare i risultati ottenuti con la prima somministrazione effettuata a Roma.

Procedure

Somministrazione. Per quanto riguarda i questionari dei genitori di disabili, quelli aderenti ad associazioni sono stati contattati tramite l'associazione stessa (sono stati compilati il 46% dei questionari consegnati); quelli non aderenti ad associazioni sono stati contattati presso scuole (sono stati compilati il 55% dei questionari consegnati). I genitori di normodotati sono stati al contrario contattati tramite reti di conoscenze (sono stati compilati l'89% dei questionari consegnati).

Analisi statistiche. Al fine di verificare se vi fossero le condizioni per eseguire il test ANOVA, per ciascun questionario separatamente è stato effettuato il test di omogeneità delle varianze tra gruppi sulle distribuzioni delle somme dei punteggi per ciascuna dimensione, utilizzate come variabile dipendente. Il test non ha rilevato differenze significative di omogeneità e si è dunque potuto procedere con le analisi. Inoltre, al fine di controllare possibili effetti di clusterizzazione dovuti al fatto che alcuni genitori di bambini disabili avevano figli con la stessa disabilità, e/o erano provenienti dalla stessa scuola, e/o dalla stessa associazione, e alcuni insegnanti provenivano dalla stessa scuola, abbiamo eseguito delle analisi preliminari in cui queste variabili sono state considerate come fattori random. Essi non sono risultati significativi.

Sono stati dunque eseguiti due test ANOVA:

1) al fine di verificare se tra genitori di ragazzi disabili associati, non associati e genitori di ragazzi normodotati vi fossero differenze significative circa i punteggi delle dimensioni, è stata effettuata una ANOVA fattoriale mista 7 x 3, con le sette dimensioni quali fattore ripetuto, e il gruppo (genitori di disabili associati, non associati e di normodotati) quale fattore non ripetuto. La variabile dipendente è la somma dei punteggi degli item ottenuta per ciascuna dimensione;

2) per verificare la differenza tra gruppi di insegnanti è stata eseguita una ANOVA fattoriale mista 6 x 3, con le sei dimensioni quali fattore ripetuto, e il gruppo (insegnanti di Roma e di Perugia) quale fattore non ripetuto. La variabile dipendente è la somma dei punteggi degli item ottenuta per ciascuna dimensione.

Risultati

Genitori

Su ciascuna dimensione del questionario è stata effettuata un'analisi dell'attendibilità, con i seguenti valori dell'Alfa di Cronbach: Pretesa = 0,82; Colpa = 0,81; Colpevolizzazione = 0,87; Condiscendenza = 0,81; Controllo = 0,87; Delega = 0,81; Lamentela = 0,89. I valori sono elevati. Le tabelle I e II mostrano alcune statistiche descrittive per ciascuna dimensione.

TAB. I

Genitori

Punteggi medi per le sette dimensioni – Medie, mediane e deviazioni standard

Gruppo genitori	P		CZ		CP		CL		L		D		CD	
	M	S.D.												
associati	2,80	0,4	2,56	0,5	1,78	0,45	3,04	0,42	2,76	0,58	2,75	0,56	2,40	0,45
	2,87	5	2,60	3	1,73		3,07		2,33		2,80		2,36	
non associati	3,08	0,5	2,68	0,5	1,96	0,57	3,18	0,5	2,36	0,55	3,16	0,48	2,84	0,51
	3,17	1	2,57	7	1,93		3,23		2,27		3,23		2,87	
normodotati	2,54	0,4	2,30	0,5	1,95	0,50	2,32	0,50	1,97	0,57	2,75	0,42	2,86	0,42
	2,53	4	2,23	2	1,93		2,27		1,87		2,73		2,87	

Legenda: P Pretesa, CZ Colpevolizzazione, CP Colpa, CL Controllo, L Lamentela, D Delega, CD Condiscendenza

N.B. il punteggio può variare da 1 a 4, più alto è il punteggio, più alta è l'identificazione con la dimensione

I tre gruppi differiscono significativamente circa i punteggi delle dimensioni: il test ANOVA mostra la significatività degli effetti principali delle variabili Gruppo e Dimensione, nonché dell'effetto di interazione (tab. II e grafico I).

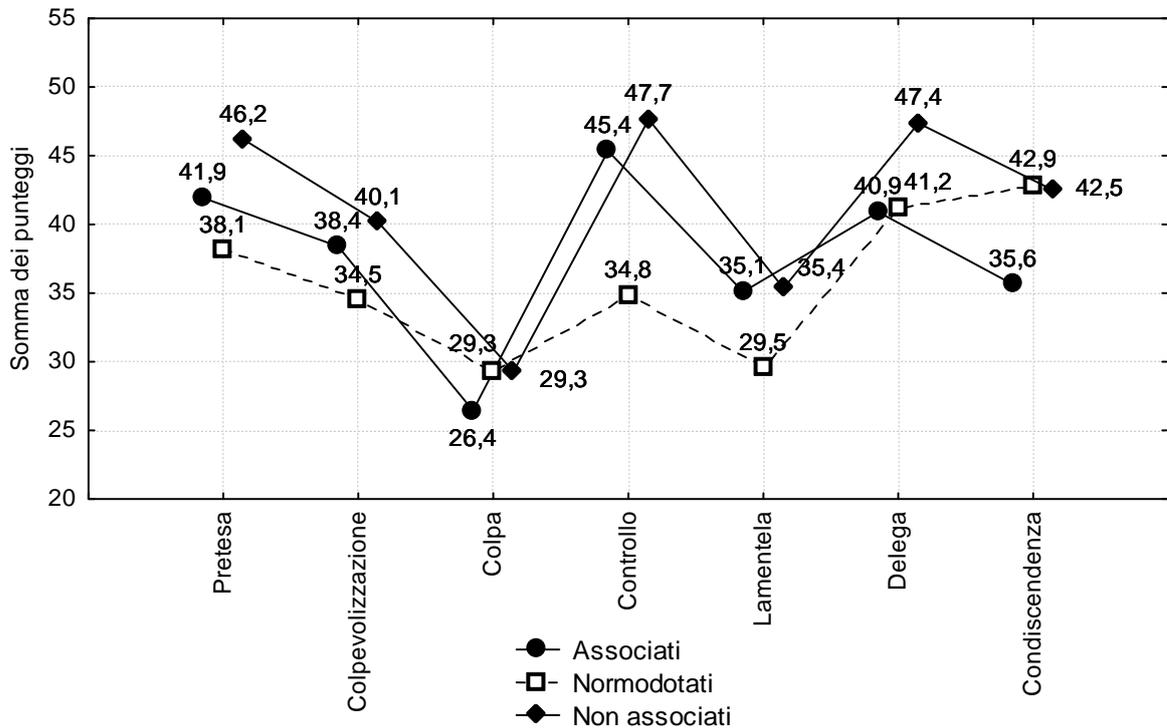
TAB. II

ANOVA - Disegno fattoriale misto

dimensioni (ripetuto) X gruppo di genitori (di disabili associati, non associati e di normodotati)

	F	p	Partial eta-squared	Non-centrality	Observed power
Gruppo	32,27	0,000000	0,196422	64,53	1,000000
Dimensioni	164,80	0,000000	0,384334	988,82	1,000000
Gruppo x dimensioni	22,77	0,000000	0,147136	273,27	1,000000

Grafico I
ANOVA - Disegno fattoriale misto
dimensioni (ripetuto) X gruppo di genitori (di disabili associati, non associati e di normodotati)
Current effect: $F(12, 1584)=22,773, p=0,0000$



Riguardo all'effetto di interazione, che è il più interessante da osservare, il test post-hoc (Bonferroni per $p < 0,01$) mostra che i genitori associati si differenziano dai non associati per i più bassi punteggi di Pretesa, Delega e Condiscendenza. Il confronto tra genitori associati e genitori di normodotati rivela che essi differiscono riguardo alle dimensioni di Controllo, che negli associati riceve punteggi più alti, e Condiscendenza, che negli associati riceve punteggi più bassi. I genitori non associati condividono con il gruppo dei normodotati il più alto punteggio di Condiscendenza. In tutti i gruppi, Lamentela e Colpa ricevono punteggi significativamente più bassi.

In entrambi i gruppi dei genitori di disabili le dimensioni di Pretesa, Controllo e Delega ricevono i punteggi significativamente più alti. La tabella III mostra la percentuale di genitori, in tutti i gruppi, che assegnano contemporaneamente alti punteggi medi a Pretesa, Controllo e Delega, nonché le descrittive delle dimensioni:

TAB. III
Genitori che mostrano *contemporaneamente* punteggi medi a Pretesa, Controllo e Delega $\Rightarrow > 2,8$

Punteggi medi per le sette dimensioni – Medie e mediane

x $\Rightarrow > 2,8$	P		CZ		CP	CL	L	D	CD
	M	Md	M	Md	M	M	M	M	M
Percentuali nei tre gruppi	Md	Md	Md						
associati 31%	3,16	2,89	1,91	3,41	2,73	3,24	2,49		
	3,13	2,97	1,73	3,40	2,93	3,17	2,45		
non associati 51%	3,42	2,90	1,99	3,44	2,55	3,47	3		
	3,40	2,73	2	3,43	2,47	3,4	3,13		
di normodotati 8%	3,21	2,93	2,14	3,26	2,58	3,3	2,9		

3,17 2,77 2 3,2 2,57 3,4 2,9

Legenda: P Pretesa, CZ Colpevolizzazione, CP Colpa, CL Controllo, L Lamentela, D Delega, CD Condiscendenza

N.B. il punteggio può variare da 1 a 4, più alto è il punteggio, più alta è l'identificazione con la dimensione

Come si vede, alti punteggi contemporanei di Pretesa, Controllo e Delega coinvolgono la metà dei soggetti non associati, un terzo dei soggetti associati, e una quota minoritaria di soggetti genitori di normodotati. In questi gruppi, anche Colpevolizzazione e Condiscendenza ricevono punteggi medi alti, tranne per il gruppo degli associati in cui la Condiscendenza riceve punteggi più bassi. La Colpa, in tutti i gruppi, riceve bassi punteggi.

La dimensione del Controllo dell'operato della scuola, indipendentemente dai punteggi assegnati alle altre dimensioni, riceve punteggi molto alti, ed è la dimensione più caratteristica dei genitori di bambini disabili (73%).

Riguardo al disimpegno, se vengono selezionati soltanto i soggetti che assegnano alti punteggi alla Condiscendenza (20% degli associati e 51% dei non associati), è possibile osservare che questi soggetti assegnano concomitanti alti punteggi al Controllo. Al contrario, nel gruppo dei genitori di normodotati, coloro che assegnano alti punteggi alla Condiscendenza (50%) assegnano concomitanti bassi punteggi al Controllo.

Insegnanti

Su ciascuna dimensione del questionario è stata effettuata un'analisi dell'attendibilità, con i seguenti valori dell'Alfa di Cronbach: Riparazione = 0,79; Colpevolizzazione = 0,84; Condiscendenza = 0,74; Controllo = 0,80; Delega = 0,84; Lamentela = 0,86. I valori sono elevati. La tabella IV mostra alcune statistiche descrittive per ciascuna dimensione.

TAB. IV

Punteggi medi per le sei dimensioni – Medie e deviazioni standard

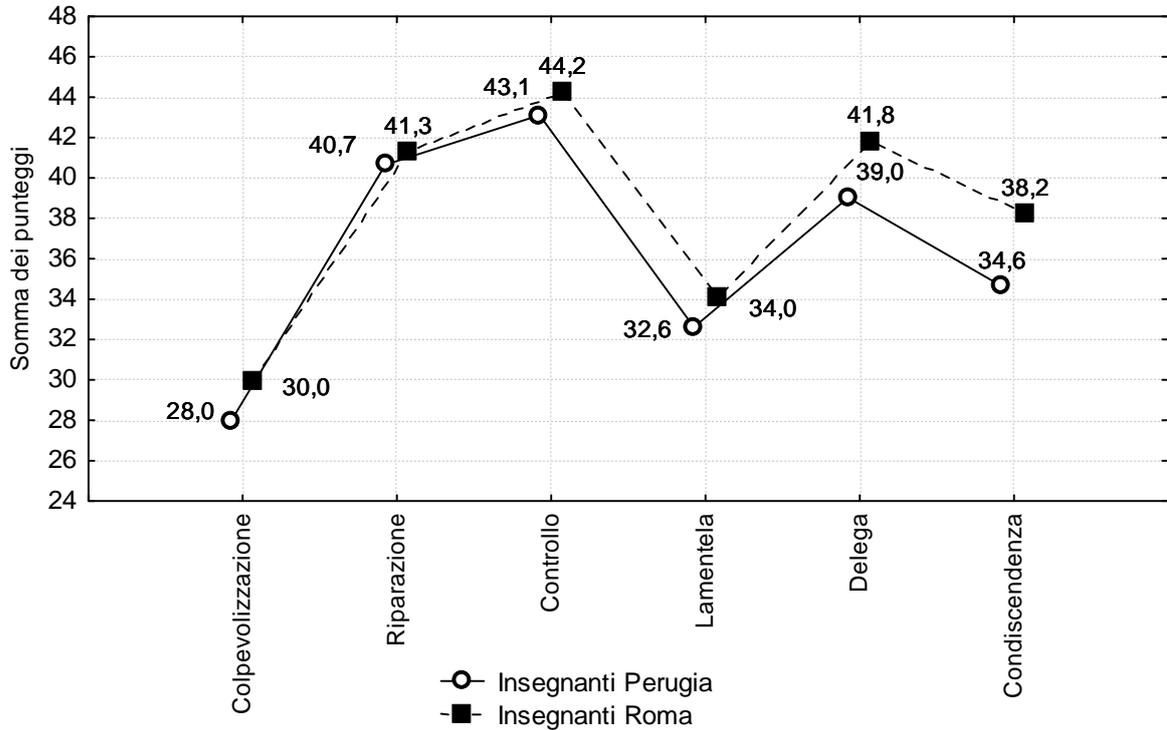
Gruppo insegnanti	CZ		RP		CL		L		D		CD	
	M	S.D.										
Perugia	2,07	0,37	2,71	0,43	2,87	0,45	2,18	0,45	2,67	0,46	2,55	0,36
	2,06		2,67		2,93		2,18		2,67		2,57	
Roma	2,32	0,42	2,77	0,37	3,07	0,41	2,43	0,47	2,87	0,45	2,63	0,34
	2,32		2,8		3,07		2,41		2,92		2,64	
Tutti i gruppi	2,20	0,42	2,74	0,40	2,97	0,44	2,30	0,48	2,77	0,46	2,59	0,35
	2,17		2,73		3		2,29		2,8		2,63	

Legenda: CZ Colpevolizzazione, RP Riparazione, CL Controllo, L Lamentela, D Delega, CD Condiscendenza

N.B. il punteggio medio può variare da 1 a 4, più alta è la media, più alta è l'identificazione con la dimensione

Come già accennato, non avevamo ipotesi circa le caratteristiche che potessero differenziare i due gruppi; ci interessava al contrario verificare se essi mantenessero le stesse caratteristiche circa le sei dimensioni in virtù dell'appartenenza al corpo insegnante. L'analisi statistica non evidenzia differenze significative tra i gruppi (per $p < 0,01$). Il grafico II mostra come i due gruppi appaiano sostanzialmente sovrapponibili.

Grafico II
ANOVA - Disegno fattoriale misto
dimensioni (ripetuto) X gruppo di insegnanti (Roma e Perugia)
Current effect: $F(5, 1275)=2,8560, p=,01429$



Le dimensioni di Riparazione, Controllo e Delega sono quelle che ricevono punteggi più alti, il Controllo sopra tutte. In particolare, il 47% degli insegnanti assegna alti punteggi alla dimensione di Riparazione, e, come si vede dalla Tab. V, contemporaneamente punteggi alti alle dimensioni di Controllo e Delega.

TAB. V

Insegnanti che assegnano punteggi medi a Riparazione
=>2,8

Punteggi medi per le sette dimensioni – Medie e mediane

Dimensione	CZ	RP	CL	L	D	CD
=>3 = 47%	M Md	M Md	M Md	M Md	M Md	M Md
Insegnanti -	2,3	3,08	3,18	2,48	2,85	2,66
Tutti I gruppi	2,31	3	3,13	2,58	2,86	2,64

Legenda: CZ Colpevolizzazione, RP Riparazione, CL Controllo, L Lamentela, D Delega, CD Condiscendenza

N.B. il punteggio può variare da 1 a 4, più alto è il punteggio, più alta è l'identificazione con la dimensione

Gli insegnanti che assegnano bassi punteggi medi alla Riparazione sono il 29%, e i punteggi da essi assegnati alle altre dimensioni sono riportate nella tabella VI

TAB. VI

Insegnanti che assegnano punteggi medi a Riparazione

=<2,3

Punteggi medi per le sette dimensioni – Medie e mediane

Riparazione	CZ	RP	CL	L	D	CD
=>2,3 = 29%	M Md	M Md	M Md	M Md	M Md	M Md
Insegnanti -	2	2,2	2,67	2,14	2,62	2,46
Tutti I gruppi	1,97	2,3	2,67	2,09	2,6	2,50

Legenda: CZ Colpevolizzazione, RP Riparazione, CL Controllo, L Lamentela, D Delega, CD Condiscendenza

N.B. il punteggio può variare da 1 a 4, più alto è il punteggio, più alta è l'identificazione con la dimensione

La dimensione del Controllo, nel gruppo totale, ha alti punteggi nel 65% degli insegnanti. La tendenza al disimpegno, definita dalla dimensione della Condiscendenza, è bassa. Se selezioniamo soltanto i soggetti che assegnano alti punteggi medi alla dimensione di Condiscendenza (23% del totale), essi assegnano concomitanti alti punteggi a Riparazione e Controllo.

Discussione

Abbiamo rilevato, attraverso questo nostro lavoro, che effettivamente una simbolizzazione molto aggressiva del rapporto con la scuola è presente tra i genitori di alunni disabili. In complesso circa il 40% di essi (la metà dei genitori che non aderiscono ad alcuna associazione, che non dispongono cioè di spazi di supporto e di confronto, e circa un terzo dei genitori di disabili non associati, Tab. III) assegna contemporaneamente punteggi molto alti alle dimensioni di Pretesa, Controllo e Delega. In questi soggetti, anche la Colpevolizzazione riceve punteggi medi alti, mentre la Condiscendenza riceve punteggi alti nei soli non associati. La Colpa riceve bassi punteggi.

Ciò vuol dire che questi genitori considerano legittima, per quanto concerne la dimensione di Pretesa, la richiesta di servizi che la scuola non può e non è affatto tenuta a fornire, la necessità, per esempio, che la scuola organizzi attività pomeridiane per il tempo libero del proprio figlio disabile quando questi non ha altro da fare, e che assegni gratuitamente un tutor che lo assista nello svolgimento dei compiti a casa; che nella scuola vi siano strutture riabilitative e di sostegno per i disabili, e che venga assunto al suo interno uno psicologo per fornire supporto ai loro genitori; e ancora, che gli insegnanti assistano gli alunni disabili a mensa per aiutarli a mangiare, eccetera. La domanda "Le ore dedicate a scuola specificamente ai bambini disabili sono *comunque* insufficienti" riceve un punteggio medio di 3,3 nell'intero gruppo dei non associati.

Dentro una posizione emozionale di allarme e sospetto (dimensione del Controllo), questi genitori sentono come legittimo il controllo continuativo sull'operato della scuola, al fine di assicurarsi che ciò che la normativa prevede venga effettivamente concesso; perciò sono vissute come augurabili modalità e opportunità di controllo non canoniche, suggerite dal nostro questionario, come ad esempio verificare personalmente il curriculum degli insegnanti, e la quantità della formazione di aggiornamento sulla disabilità da essi conseguita; inserire, oltre a sé stessi e oltre agli esperti dei servizi sociosanitari, come la normativa prevede, anche un esperto di propria fiducia nelle riunioni in cui vengono pensati progetti per i singoli alunni disabili. Ma anche attraverso modalità di controllo incrociato (insegnanti di sostegno a cui chiedere conto dell'operato di insegnanti curricolari e viceversa, compagni di classe a cui chiedere conto di ciò che accade in classe, la direzione scolastica a chiedere conto sull'operato di tutti), o attraverso modalità più tradizionali, come il controllo degli obiettivi raggiunti dal proprio figlio attraverso il quotidiano controllo del lavoro fatto in classe.

Riguardo alla Delega, e coerentemente con una simbolizzazione della scuola come istituzione che deve dare, concedere, fornire, si ritiene che a questa spetti il compito di risolvere i problemi dovuti alla presenza della disabilità, fornendo al bambino valori, autonomia, amicizie, soluzioni a problemi e conflitti, come peraltro la normativa prevede.

Nel solo gruppo dei non associati sono alti anche i punteggi di Condiscendenza, cioè di dichiarazione di disimpegno. Ciò è contraddittorio riguardo agli alti punteggi di Controllo; la dimensione della Condiscendenza sembra non avere misurato in questo gruppo (come invece è

accaduto per il gruppo dei genitori di normodotati) un reale disimpegno, ma piuttosto sembra contribuire a definire una condizione emozionale in cui, più che rinunciare al controllo e disinteressarsi delle scelte che vengono compiute riguardo al proprio figlio, ci si aspetta provocatoriamente che sia l'altro a fare una qualunque scelta, salvo poi sottoporlo a verifica reiterata. Negli associati questa dimensione assume invece punteggi medi piuttosto bassi, e ciò potrebbe significare che nell'associazionismo prevale una cultura di disapprovazione nei confronti del disimpegno personale.

È anche rilevante l'attribuzione di responsabilità alla scuola, la Colpevolizzazione, per le difficoltà sollevate dalla presenza della disabilità. Il mancato sviluppo delle risorse personali, la mancanza di amicizie, la scarsa autonomia, il malumore, sono tutti attribuiti all'incapacità degli insegnanti, in perfetta sintonia con quanto emozionalmente espresso dalla normativa, cioè una incessante dichiarazione di responsabilità da parte della scuola. Di contro, è coerentemente assente l'attribuzione a sé di tali responsabilità, la Colpa.

La Lamentela ha punteggi piuttosto bassi. Essa è definita come scontento aspecifico, e i genitori non si sono evidentemente identificati nelle affermazioni non circostanziate del questionario, considerando anche che affermazioni più precise e strutturate per esprimere malcontento erano disponibili nel questionario.

Quanto detto finora riguarda, si può dire, la peggiore delle ipotesi, cioè quella parte di genitori con i quali è assai difficile lavorare in qualunque circostanza, come insegnanti ma anche come professionisti dei servizi, psicologi compresi.

Tra i genitori che aderiscono a una qualche associazione, la maggior parte non presenta le caratteristiche sopra descritte, segno che l'associazionismo è in grado di creare uno spazio di pensiero, di apertura al confronto e alla negoziazione, e di condurre a una rappresentazione meno danneggiata di sé e del rapporto con le istituzioni. Questi genitori, tra le altre cose, mostrano in generale più bassi livelli di Delega e Condiscendenza, segno di responsabilizzazione, iniziativa e implicazione personali nei confronti delle necessità del proprio figlio disabile.

La controparte istituzionale, quella che riguarda gli insegnanti, assegna punteggi alti alle dimensioni di Riparazione, Controllo e Delega. La Riparazione era la dimensione centrale a cui eravamo interessati riguardo agli insegnanti, e il 47% dei soggetti assegna ad essa alti punteggi, assegnando contemporaneamente alti punteggi alle dimensioni di Controllo e Delega (Tab. V). Vediamo come si organizzano tutte le dimensioni in questo gruppo di soggetti: la Riparazione, lo ricordiamo, è definita come l'agito della colpa, come disposizione, sostenuta anche da affermazioni di principio, ad aggravarsi di compiti oltre quanto dovuto e oltre le funzioni professionali, per alleviare le difficoltà dei genitori disabili e soddisfare le loro richieste, anche quelle improprie. La Colpevolizzazione, coerentemente, riceve in questo gruppo punteggi bassi, si riconosce quindi la difficoltà che i genitori di alunni disabili debbono affrontare, ed essi non sono ritenuti responsabili dei problemi dei propri figli. Ma possiamo ipotizzare che il rapporto con i genitori, in molti casi, non vada a buon fine, il tentativo di riparare non esiti in una reciproca soddisfazione, e questa disposizione degli insegnanti a fare più del necessario non venga valorizzata. I concomitanti alti punteggi di Controllo e Delega, in questo gruppo, possono essere interpretati come reazioni aggressive da parte degli insegnanti, come continui tentativi di assicurarsi che tutto ciò che viene offerto dalla scuola per l'alunno disabile e i suoi genitori sia raccolto e utilizzato congruamente, che il proprio operato venga riconosciuto, che i genitori facciano ciò che spetta loro di fare e ciò che la normativa ha conferito come loro prerogativa, che siano, anche, i genitori a prendersi cura dei problemi dei propri figli, e che smettano di fare ogni richiesta alla scuola.

L'espressione vaga di malcontento nei confronti di genitori e sistema scolastico è molto limitata, come se gli insegnanti avessero in mente, piuttosto, interlocutori precisi.

I punteggi di Condiscendenza, di disimpegno, in tutto il gruppo sono bassi, e gli insegnanti che ad essa assegnano alti punteggi (il 23% di tutto il gruppo) assegnano concomitanti alti punteggi a Riparazione e Controllo. Anche qui, come nel caso dei genitori, la Condiscendenza non sembra aver misurato il reale disimpegno, ma l'aspettativa che il genitore si impegni in una qualunque cosa.

Gli insegnanti che assegnano bassi punteggi alla dimensione di Riparazione (Tab. VI), mostrano concomitanti moderati punteggi nelle dimensioni di Controllo e Delega. Essi sembrano non implicati dalle vicende emozionali più esasperate, e tuttavia, come abbiamo visto, non sono caratterizzati da disimpegno.

Conclusioni

È vero che la nostra ricerca si è svolta prevalentemente a Roma, per quanto riguarda i genitori, e che non possiamo generalizzare questi risultati. Essi però corrispondono alla nostra esperienza di psicologi clinici a contatto, per via di progetti nazionali, con genitori di disabili e insegnanti di tutta Italia, e abbiamo in questi contesti di lavoro maturato le nostre riflessioni e ipotesi che ci hanno condotto a realizzare questo lavoro. Il campione di insegnanti della provincia di Perugia, confrontato con quello di Roma, e a questo risultato sostanzialmente identico, anche ci fa pensare che quanto rilevato possa essere un fenomeno, un problema che si presenta non di rado.

Lavorare, come insegnanti, o come professionisti nei servizi, è difficile in contesti in cui da una parte si è istituzionalmente chiamati ad agire la colpa, e dall'altra si è legittimati a pretendere; una situazione cioè di perenne fallimento collusivo in cui gli obiettivi non possono essere mai per definizione né effettivamente negoziati, né tanto meno raggiunti. L'associazionismo di per sé, anche se in grado di mitigare i sentimenti di esclusione e di permettere ai genitori di organizzarsi più efficacemente rispetto alla gestione del proprio problema, non appare sufficiente come soluzione. Infatti le associazioni sono presenti soprattutto nelle città, cioè laddove ci sono più abitanti, quindi più disabili, quindi più probabilità che si stabilisca autocommittenza. Queste associazioni non sono immediatamente a disposizione di coloro che abitano in piccoli centri. Inoltre, le associazioni si stabiliscono per tipo di disabilità, perché spesso, da una parte, le sindromi e le malattie si differenziano molto per il tipo di problemi che comportano, dall'altra prevale, lo abbiamo notato nel nostro lavoro, il desiderio dei genitori di appartenere a gruppi di uguali, e nostri tentativi di coinvolgere, in nome di un problema comune, genitori con figli disabili di diversa natura non sono andati a buon fine. Allora, se ci sono sindromi diffuse, come quella di Down, attorno alla quale si aggregano molte persone, altre sindromi sono più rare, e le associazioni sono rarefatte nel territorio e composte da pochi iscritti.

Non sempre, anche, nel lavoro di insegnanti come di psicologi clinici, restituisce risultati soddisfacenti il non agire la colpa e il presentare il vincolo, il limite, la contrattazione, in quanto ogni richiamo ad essi può generare in alcuni genitori la convinzione che si stia violando la legge a loro detrimento, l'exasperazione del vissuto persecutorio, ed è motivo, come accade non di rado, dell'ingaggiarsi, da parte di questi genitori, in azioni di querela e quant'altro. D'altra parte il non agire la colpa è l'unica cosa che si possa fare e si debba fare, specie perché c'è una parte di genitori, che è il 60% dei soggetti del nostro studio, che potrebbe e saprebbe trarre beneficio da questo modo di impostare il problema.

Bibliografia

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: UTET.

Carli, R. (2001). *Culture giovanili: Proposte per un intervento psicologico nella scuola*. Milano: Franco Angeli.

Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Fantini, F., Krstic, N., Langher, V., Ricci, M. E., & Rudic, N. (2008). Salute mentale e disabilità in età evolutiva: modelli di intervento e rapporto servizio/utenti in due centri di alta specializzazione di Belgrado. Studio pilota. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 322-333.

Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets: An essay in bi-logic*. London: Gerald Duckworth & Company. Trad. it. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti*. Torino: Einaudi.

Ministero della Pubblica Istruzione (1975). *Relazione conclusiva della commissione Falcucci concernente i problemi scolastici degli alunni handicappati*. Consultato il 12.01.2011 su <http://www.edscuola.it/archivio/didattica/falcucci.html>

Meijer, C.J.W. (2003). *Special education across Europe in 2003. Trends in provision in 18 European Countries*. European Agency for Development in Special Needs Education. Consultato il 12.01.2011 su <http://www.european-agency.org/publications/ereports/special-education-across-europe-in->

Il presente lavoro è stato realizzato in parti uguali dai tre autori, tranne per la parte titolata “analisi statistiche” nella sezione “Metodo”, e la sezione “Risultati”, che sono state scritte da Maria Elisabetta Ricci.

La riassegnazione chirurgica del sesso: i focus group come mezzo di esplorazione della qualità della vita di persone transessuali

di Roberta Romeo^{*}, Maria Luisa Martino^{**}, Francesca Gargiulo^{*}, Felicia Tafuri^{***}, Anna Lisa Amodeo^{****}, Paolo Valerio^{*****}, Maria Francesca Freda^{*****}

Introduzione

Oggi le sessualità umane non sono semplicemente espressione di impulsi e dati biologici ma corrispondono a costruzioni sociali e culturali che necessitano di analisi: esse sono prodotti della società, regolate, mantenute e trasformate da processi sociali nei diversi periodi storici.

I travestiti, i cross-dresser, i transessuali, i transgender, mostrano quanto la nostra epoca si confronta con il proliferare delle cosiddette *postmodern sexualities* (Simon, 1996) e delle *neosexualità* (McDougall, 1998) che ridefiniscono la classica logica duale del maschile-femminile ed il concetto di *sex* e *gender* (Stoller, 1968a).

Elisa A. G. Arfini (2007) scrive che l'identità – in quanto processo – non è un dato immutabile e – in quanto costruzione – è una creazione sociale; ciò che gli uomini e le donne sono, nonché i tipi di relazione che instaurano, sono soprattutto il risultato di specifici processi sociali. Da un punto di vista concettuale, estremizzando tale impostazione legata alla processualità sociale, è possibile ipotizzare che anche il sesso nella sua materialità possa essere considerato un prodotto culturale.

Sia che si parli di transessualità¹, sia che si parli di transgenderismo², si fa riferimento sempre ad espressioni del genere che sfuggono una rigida definizione binaria uomo-donna.

Negli ultimi anni, il transessualismo, definito dalla comunità scientifica come Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) (APA, 2000), ha attirato una sempre maggiore attenzione a causa dell'aumento della sua incidenza sulla popolazione mondiale.

Tale disturbo si manifesta con una discordanza tra il sesso biologico ed il vissuto soggettivo di appartenenza al corrispondente genere sessuale, in assenza di una qualsivoglia chiara e definita anomalia genetica o biologica. Coloro che vivono questa esperienza provano un disagio profondo nei confronti del proprio corpo, che sentono come estraneo; lo stesso senso d'estraneità che provano per i comportamenti e gli atteggiamenti che sono tipici del proprio sesso, all'interno dei quali non si riconoscono.

Il profondo disagio correlato a tale condizione trova oggi una propria elettiva modalità di "cura" negli interventi endocrinologici e chirurgici volti ad adeguare le caratteristiche morfologiche del corpo all'identità di genere riconosciuta come propria.

Nel nostro paese le persone che avvertono disforia di genere e che vogliono mutare il proprio sesso anagrafico possono realizzare ciò a seguito dell'intervento di riattribuzione chirurgica del

^{*} Psicologo Clinico, Psicoterapeuta, Dipartimento di Neuroscienze. Unità di Psicologia clinica e Psicoanalisi Applicata, Università degli Studi di Napoli, Federico II.

^{**} Dottoranda di Ricerca presso il Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli, Federico II.

^{***} Psicoterapeuta Individuale e di Gruppo.

^{****} Ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli, Federico II.

^{*****} Professore Ordinario presso il Dipartimento di Neuroscienze. Unità di Psicologia clinica e Psicoanalisi Applicata, Università degli Studi di Napoli, Federico II.

^{*****} Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli, Federico II.

¹ Il *transessualismo* è stato definito da Stoller (1968b) "come la convinzione di una persona biologicamente normale di appartenere al sesso opposto... si tratta di una condizione caratterizzata dalla discordanza tra i dati anatomici ed il vissuto del soggetto, in altre parole, tra il sesso ed il *genere*".

² Il sostantivo *transgender* costituisce un termine ombrello o di spettro, una varietà semantica, che include tutte le persone *varianti* rispetto al sesso e che descrive: travestiti, transessuali, transgender, androgini e persone intersessuali (Green, 1994).

sesto (RCS) così come disposto nella L. 164 del 14 aprile 1982 (“Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”). Sebbene tale legge non preveda la consulenza psicologica quale passaggio obbligato, è in realtà ormai prassi consolidata il ricorso ad essa come prima tappa per poter intraprendere l’iter medico-legale per la RCS.

L’esperienza che andiamo qui di seguito a descrivere nasce all’interno di un gruppo di lavoro che opera dal 1997 presso l’Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata dell’Università Federico II di Napoli, costituito da psicologi e psicoterapeuti ad orientamento psicodinamico, che offre interventi psicologici rivolti a persone che fanno richiesta di RCS, rifacendosi agli Standards of Care of the World Professional Association For Transgender Health, nuovo nome della Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

Il transessualismo continua a porre una considerevole sfida concettuale alla psicoanalisi ed agli operatori psicologici che nei diversi contesti incontrano persone desiderose di “cambiare sesso” e chiedono di essere autorizzate ad iniziare cure ormonali e/o a sottoporsi ad interventi chirurgici di riconversione (Valerio, 2007). Nella maggior parte dei casi ci si confronta con persone inviate da tribunali, da chirurghi, da endocrinologi ed uro-andrologi che richiedono unicamente una relazione diagnostica per poter intraprendere, nel più breve tempo possibile, l’iter medico-legale.

Nella nostra esperienza, l’opportunità di intraprendere un percorso psicologico a seguito dell’intervento di RCS, è spesso rifiutata dagli utenti che ritengono di aver risolto il proprio problema esclusivamente attraverso l’intervento medico chirurgico e che, presumibilmente, desiderano iniziare una nuova vita distanziandosi da un passato estremamente complesso e doloroso.

Per tale motivo, risulta essere difficile comprendere quali possano essere gli esiti di tale intervento e gli eventuali cambiamenti nei termini di un miglioramento della qualità di vita e di benessere psicosociale.

Non disponiamo di dati che consentano di esplorare, valutare la qualità della vita di tali soggetti, né possiamo verificare l’ipotesi che l’intervento di RCS possa essere considerato il risolutore assoluto di una condizione così complessa e valutare quanti tra queste persone ne abbiano tratto beneficio e per quante di queste l’intervento chirurgico sia risultato, invece, dannoso o pericoloso.

A partire da una revisione della letteratura su tale argomento (Pfafflin & Junge, 1992), l’intento del presente lavoro mira, dunque, attraverso la creazione di focus-group, all’esplorazione dei modelli di significato che sottendono la concezione della qualità della vita di coloro che hanno terminato il lungo percorso di RCS.

...E dopo la transizione?: alcune ricerche di follow-up

Sebbene sino ad oggi, siano molti gli studiosi che hanno compiuto una riflessione critica sul transessualismo, facendo sì che la “problematica transessuale” guadagnasse una propria specifica (Stoller, 1968b), le ricerche di follow-up appaiono ancora poco numerose ed i dati di cui si dispone sono insoddisfacenti soprattutto per la difficoltà a mantenere, come già accennato, da parte degli operatori, un contatto a seguito dell’intervento chirurgico. D’altronde, i risultati di tali ricerche mostrano, in alcuni casi, dei pareri contrastanti circa il livello di soddisfazione/insoddisfazione raggiunta da queste persone in seguito all’operazione, delineando, inoltre, delle differenze per quanto concerne i transessuali MtoF (da maschio biologico a femmina riassegnata) ed FtoM (da femmina biologica a maschio riassegnato).

Un tentativo di raccogliere ed esaminare i dati emersi da alcune indagini svolte tra il 1961 ed il 1991, è stato realizzato da Pfafflin e Junge in un’antologia che comprende trent’anni di studi internazionali, condotti su circa duemila persone sottoposte all’intervento di riassegnazione chirurgica del sesso. Le ricerche più recenti (ultimo decennio circa) sono basate essenzialmente su self-report, raccolti tramite questionari ed interviste strutturate o semistrutturate che indagano la qualità di vita, il livello di soddisfazione personale, il lavoro, la relazione con il partner e l’attività sessuale, dopo, e in alcuni casi prima, della RCS.

Il primo studio di follow up, condotto su un campione di cinque transessuali (tre maschi e due femmine) da Hertz, Tillinger e Westman (1961) mostra che, per questi pazienti, non sembra essere efficace un trattamento psichiatrico e sebbene non sia possibile arrivare ad una conclusione

definitiva circa il valore dell'intervento di RCS, in termini di soddisfazione personale per l'esito dell'intervento, i risultati migliori si ottengono con le donne.

Nel 1966 Benjamin ha condotto uno studio su centosei transessuali (novantuno femmine e quindici maschi), indagando la salute fisica, lo stato mentale e il livello d'integrazione sociale raggiunti dopo la riassegnazione dei caratteri sessuali. Lo studioso, tramite esami fisici ed interviste cliniche, ha riscontrato un giudizio soggettivo complessivamente soddisfacente e nessuna insoddisfazione. La conclusione, nota alla comunità scientifica, a cui giunge è che sarebbe preferibile autorizzare i pazienti al trattamento chirurgico più che intraprendere percorsi psicoterapeutici, inutili e costosi.

Successivamente, anche Mayer e Reter, in una ricerca condotta nel 1979, giungono all'importante conclusione che la chirurgia di riassegnazione del sesso non conferisce alcun vantaggio oggettivo in termini di reinserimento sociale, sebbene resti soggettivamente soddisfacente per coloro che si sono sottoposti con rigore ad un periodo di prova. Questo studio è stato tra quelli più celebri ed anche più discussi poiché Mayer afferma che alla base delle richieste di intervento di pazienti transessuali vi sarebbero gravi problemi psicologici e che per questo non vadano trattati con la chirurgia. In aggiunta, Lothstein, in uno studio del 1982, sostiene che, solo per un gruppo ristretto di persone affette da disforia di genere, nonché, in ultima istanza, dovrebbe essere presa in considerazione la chirurgia di riassegnazione del sesso.

Una variabile importante da considerare quando si vuole valutare, attraverso studi di follow up, oltre la soddisfazione generale, anche il grado d'insoddisfazione, è quella dei "rimpianti" per essersi fatti operare.

Walinder nel 1968, ha riscontrato che tutti i pazienti presi in esame, hanno affermato che l'intervento li ha resi più felici, affermando di aver dato un senso alla loro vita, di essersi stabilizzati mentalmente e che la loro vita sessuale era migliorata.

Nel 1978, Walinder, Lundstrom e Thuwe hanno cercato di individuare i fattori che possono di predire un "rimpianto": personalità instabile, delinquenza, assenza di sostegno da parte della famiglia, incapacità di provvedere ai propri bisogni, caratteristiche fisiche che non si addicono al nuovo ruolo di genere, esperienze eterosessuali ed età al momento della richiesta di riassegnazione. Maggiore è la presenza di questi fattori, più forte sarà il rischio di ripensamento.

Blanchard, in una ricerca del 1989, osserva che nessun transessuale omosessuale aveva mostrato rimpianti per l'intervento a differenza di alcuni eterosessuali e sostiene, quindi, che gli eterosessuali devono essere valutati attentamente, senza però considerare questa condizione una controindicazione assoluta al trattamento.

Dallo studio di Pfafflin e Junge (1992), emerge che tali interventi abbiano un buon successo e che nella maggior parte dei casi si riscontra un miglioramento o esiti soddisfacenti.

Anche Hastings (1974) sostiene che i termini più ricorrenti nei pazienti, malgrado la loro sofferenza post-operatoria, sono "sollievo" e "liberazione".

Rendell nel 1969 conduce uno studio su ventinove transessuali uomo-donna (MFT) e sei donna-uomo (FMT) e mostra come la maggior parte dei maschi e delle femmine che subiscono la riassegnazione chirurgica del sesso mostrano, soggettivamente ed obbiettivamente, un miglioramento sia dal punto di vista del reinserimento sociale che del benessere personale e soddisfazione nel loro ruolo di genere, sostenendo, quindi, che ciò vada a supportare l'efficacia del trattamento chirurgico.

Più recentemente, nel 2002, Hepp, Klaghofer, Burkard-Kubler e Buddeberg, intervistando trentatré transessuali (undici FMT e ventidue MFT) centoventuno mesi dopo il loro primo intervento chirurgico, riscontrano la presenza di una buona integrazione sociale e soddisfazione da parte dei pazienti.

Quanto agli insuccessi, Pauly (1981) e Abramowitz (1986) nelle loro rassegne indicano una percentuale dell'8% di rischio, definendola in termini di ripensamenti circa la riattribuzione chirurgica del sesso, con episodi psicotici, suicidio e frequenti ospedalizzazioni.

In una ricerca effettuata nel 1998 da Rauchflisch, Barth e Battegay si è riscontrato che, in generale, in tutti i soggetti esaminati, le condizioni sociali e la qualità di vita erano molto peggiorate. Furono esaminati tredici persone MtF e si osservò che questi vivevano isolati, che la maggior parte di loro non era capace di provare esperienze sessuali piacevoli e che presentavano ansia e depressione.

Un altro fattore importante da considerare è quello del suicidio. Questo è stato valutato attentamente da Lothstein in un suo studio del 1982, in cui riscontra che la persona transessuale

minaccia di suicidarsi spesso per ottenere il consenso per l'intervento chirurgico e che in molti casi, dopo l'intervento i tentativi di suicidio si verificano a causa di una rottura o di un fallimento sentimentale.

Le persone transessuali, nel loro complesso, presentano un maggiore rischio di suicidio rispetto alla popolazione non clinica: lo 0,5% per quelli donna-uomo e il 2% per quelli uomo-donna.

Non è chiaro, però, se tali percentuali siano dovute alla riattribuzione del sesso o disturbi psicopatologici preesistenti, in quanto livelli più alti di rischio suicidario sono presenti anche nei soggetti con disforia di genere prima dell'intervento di riattribuzione.

Per quanto concerne i candidati più idonei all'intervento, tra gli uomini e le donne, numerosi studi (Walinder & Thuwe, 1975; Bodlund & Kullgren, 1996), hanno evidenziato che gli esiti migliori si evidenziano nei transessuali donna-uomo, rispetto a quelli uomo-donna, nonostante la difficoltà chirurgica sia maggiore nei primi e dia risultati meno funzionali.

Ciò può essere attribuito a vari fattori: migliore accettazione sociale, maggiore facilità di questi a farsi passare per appartenenti al sesso di attribuzione; inoltre, i transessuali donna-uomo, come gruppo, presentano quadri psicologici più equilibrati e stabili di quelli uomo-donna (Chiland, 1997).

Rakic, Starcevic, Maric e Kelin (1996) hanno indagato attraverso un questionario standardizzato costruito ad hoc, quattro aspetti della qualità di vita in ventidue MtF. La valutazione è stata realizzata in un arco di tempo compreso tra sei mesi e quattro anni dopo l'intervento; i quattro aspetti esaminati sono stata: atteggiamento verso il proprio corpo, relazioni con altre persone, attività sessuale, funzionamento lavorativo. Nella ricerca si riporta che solo pochi soggetti risultarono non essere soddisfatti dalla loro vita dopo RCS, la maggior parte degli intervistati si dichiarò soddisfatta, probabilmente perché, suggeriscono gli autori, i quattro fattori indagati sono strettamente collegati tra loro, dunque aver affrontato, ad esempio, il problema relativo al all'atteggiamento verso il proprio corpo tramite l'intervento, implicherebbe un miglioramento nelle altre aree considerate.

Negli ultimi tempi tende anche ad aumentare il numero di adolescenti che richiedono un intervento di RCS e per tal motivo sono state effettuate delle ricerche scientifiche in tal senso.

Smith, van Goozen e Cohen-Kettenis (2001) hanno analizzato le differenze di funzionamento complessivo tra un gruppo di venti adolescenti trattati, un gruppo di ventuno adolescenti che non soddisfano i criteri elettivi per la procedura di riassegnazione ed un gruppo di sei soggetti il cui trattamento è stato ritardato. Dallo studio risulta che la maggioranza dei soggetti dei gruppi è soddisfatta dall'aspetto fisico; i soggetti sottoposti al trattamento, inoltre, mostrano un buon funzionamento psicologico a differenza del gruppo di non trattati, il cui profilo risulta complessivamente più disfunzionale. Tutte le altre valutazioni sulle condizioni post-operatorie mostrano risultati positivi nel complesso, mentre il gruppo di soggetti non trattati risulta comparativamente meno adattato sia a livello sociale che relazionale.

La "ricerca intervento"

A partire dalle ricerche esistenti sul tema, prima citate, l'intento della ricerca, dunque, ha mirato ad una più ampia riflessione su cosa accade a queste persone una volta soddisfatto il loro desiderio di cambiare sesso, esplorare il livello di soddisfazione/insoddisfazione personale, le relazioni interpersonali, così come gli eventuali cambiamenti a livello socio-culturale.

L'impianto progettuale del presente lavoro ha scelto di utilizzare come strumento operativo privilegiato incontri di gruppo condotti secondo il metodo del focus group entro i quali, grazie al coinvolgimento di testimoni privilegiati, si potesse esplorare, insieme, la concezione di sé ed eventuali questioni specifiche a seguito del percorso di RCS, implementando il confronto e la riflessione sul tema.

Inoltre, a partire dall'analisi simbolico strutturale effettuata tramite l'impiego del software T-lab, un ulteriore obiettivo, è quello di realizzare un'intervista semi strutturata³ volta a costruire un questionario in grado di valutare la qualità di vita delle persone transessuali. In seguito alla somministrazione di tale questionario e all'analisi quantitativa dei risultati ottenuti, ci proponiamo,

³ Il materiale testuale ottenuto dalla somministrazione dell'intervista semi strutturata sarà analizzato attraverso l'ausilio del software T-lab.

infine, di definire delle *linee guida* rivolte sia agli operatori che si occupano di “questioni di genere”, così da contribuire alla creazione di nuove conoscenze e nuovi strumenti che potrebbero garantire una gestione complessiva della problematica di cui queste persone sono portatrici, sia a coloro che vivono la condizione transessuale.

La metodologia di lavoro I partecipanti

Gli incontri hanno avuto luogo presso la sede di una cooperativa sociale⁴, poiché al suo interno, ha tra gli operatori e i destinatari di alcuni suoi interventi, persone transessuali; inoltre è sembrata funzionale la scelta di incontrare gli utenti in un contesto a loro familiare, nonché, agevole da raggiungere per tutti i soggetti coinvolti.

Agli incontri hanno partecipato 10 persone transessuali che avevano terminato il percorso di RCS che, con continuità e interesse, hanno partecipato ai 3 gruppi proposti.

Il focus group come strumento di lavoro

I gruppi sono stati svolti attraverso la tecnica del focus-group (Zammuner, 2003). Tale dispositivo consente di avviare una discussione di gruppo, condotta da un moderatore, focalizzata su un dato argomento allo scopo di raccogliere informazioni utili agli obiettivi della ricerca. Si tratta di un metodo qualitativo, nel quale i soggetti vengono scelti in rapporto allo scopo della ricerca, per cui c'è un' omogeneità del gruppo al suo interno. La discussione non è strutturata (o strutturata in modo lieve) ed il moderatore incoraggia il flusso libero delle idee. Nei focus group ci si può servire dell'ausilio di registratori per consentire una più approfondita analisi della discussione. Gli osservatori esaminano non solo le discussioni ma provano anche a cogliere le espressioni facciali, il linguaggio del corpo e le dinamiche di gruppo. Dal momento che il focus group permette di rispondere a domande «Di quale tipo?», «Perché?», di indagare in profondità un tema, di consentire ai partecipanti di interagire realmente tra loro, è apparso lo strumento più idoneo agli intenti del lavoro.

Gli incontri del gruppo sono stati condotti da una psicologa esperta nella conduzione di gruppo, alla presenza di due psicologhe in qualità di osservatrici non partecipanti; durante gli incontri i soggetti sono stati disposti in posizione circolare, mentre le due osservatrici al di fuori del cerchio. Gli incontri sono stati tre, ciascuno di novanta minuti con una cadenza settimanale. Ogni discussione di gruppo è stata audio registrata e trascritta e, al termine di ogni incontro, sono stati redatti dei protocolli osservativi; tali protocolli divenivano di volta in volta oggetto di riflessione e discussione all'interno di riunioni di équipe, alla presenza di esperti in tematiche di genere e nell'ambito di ricerca.

In questa fase preliminare, sono stati realizzati tre incontri condotti secondo il metodo del focus group, entro un arco temporale di un mese con incontri a cadenza settimanale della durata di 90 minuti ciascuno.

Metodologia di analisi dei dati

Attraverso una metodologia di analisi quali-quantitativa dei testi, il materiale trascritto è stato sottoposto ad un'analisi semiotica di tipo simbolico-strutturale attraverso il supporto del software T-lab (Lancia, 2004), con particolare riferimento all'analisi tematica dei contesti elementari.

Nello specifico ci si è avvalsi di un'analisi a cascata, volta ad esplorare la matrice simbolica, dei modelli culturali, organizzante i significati e i sensi che orientano la concezione della qualità della

⁴ La cooperativa sociale Dedalus nasce a Napoli nel 1981 da un gruppo di persone provenienti da esperienze diverse, dal mondo del lavoro, della ricerca e dell'impegno sociale e che riconosce come propria missione quella di perseguire l'interesse generale della comunità attraverso la costruzione di processi di promozione umana e culturale, di realizzazione delle pari opportunità, di accesso ai diritti e alle garanzie di cittadinanza.

vita, così come emerso durante le discussioni entro i focus-group, di persone transessuali nel percorso di riassegnazione dei caratteri sessuali.

I testi prodotti sono stati accorpati in un unico corpus, entro il quale l'unica variabile differenziante-descrittiva è stata la ripartizione tra il primo, il secondo ed il terzo focus-group, come momento preliminare al trattamento mediante il software T-lab con lo scopo di produrre una rappresentazione sintetica dei dati individuando dei cluster tematici (Cluster Analysis), che identificano co-occorrenze di parole chiave entro specifici contesti elementari.

Successivamente i cluster tematici, tramite un'analisi delle corrispondenze, sono stati proiettati, quali variabili attive, sul piano fattoriale al fine di individuare le relazioni tra i modelli culturali emersi.

L'intero corpus si caratterizza di tre testi per un'ampiezza di occorrenze 23724 di cui 3611 sono le forme distinte. All'interno del corpus sono state individuate 447 unità di contesto elementari (Tab.1).

Tab.1 - caratteristiche del corpus

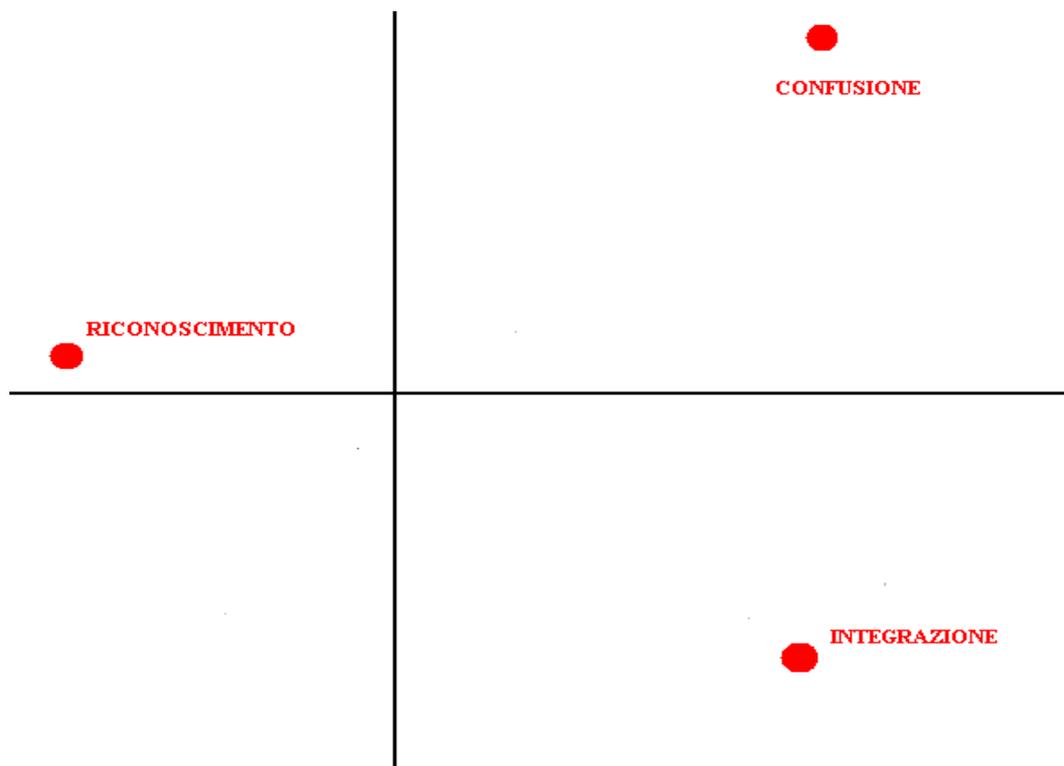
Testi	3
Occorrenze	23724
Forme	3611
Lemmi	2234
Contesti	447
Soglia	4

Discussione dei risultati

Analisi dei cluster (CI) (fig.1)

Si è proceduto con l'analisi dei cluster, secondo la loro collocazione sul piano fattoriale, a partire dal CI n. 2 che risulta essere quello statisticamente più significativo (209 contesti elementari su un totale di 447 classificati pari a 46,76%), e che si colloca sul primo quadrante a sinistra.

Figura 1. Organizzazione dei cluster sul piano fattoriale x-y



Il CI n. 2 chiamato “**riconoscimento**” si compone dei seguenti lemmi: *sentire, aspettare, estetico, occhi, arrivare, attrarre, piacere, guardare, sessualità, errore, persona, rimandare, spiegare, patologia*.

La parola maggiormente significativa entro questo repertorio culturale è “*sentire*” che rimanda ad una dimensione circa il vissuto soggettivo della persona transessuale che differisce dall’evidenza del proprio corpo, un’esteriorità misconosciuta ma inevitabilmente esposta allo sguardo altrui.

“Il contenuto non è pari al contenitore, io mi sento così, come se l’involucro che c’è fuori non mi appartenesse; però quello che mi fa essere uomo, che mi fa sentire tale, è elettricità, è svegliarmi e sentirmi tale e non poterlo spiegare”.

Sebbene l’immagine “*estetica*”, la corporeità sembra essere una modalità attraverso cui poter “*arrivare*” all’altro ed “*attrarlo*” ed il cui sguardo diviene unica possibilità per riconoscersi, il lemma “*aspettare*” rimanda, tuttavia, ad una dimensione di “*attesa*” entro la quale la persona transessuale spera che l’altro possa “*guardarlo*” al di là di ciò che appare.

“Arriva un momento in cui ti senti stanco di combattere, vorresti vivere una vita normale, cioè una vita semplice semplice, una vita dove non bisogna dare spiegazioni. Una vita in cui la gente non ti guardi con gli occhi storti, non ti ridono dietro, dove non senti bisbigliare dietro di te”.

Le co-occorrenze dei lemmi “*sessualità*” ed “*errore*”, seguiti da “*persona*” e “*rimandare*” evocano una dimensione entro la quale la sessualità diventa elemento vincolante del giudizio dell’altro offuscando la reale soggettività e l’interiorità del transessuale. In ultimo si trovano i lemmi “*spiegare*” e “*patologia*” che racchiudono in sé il senso della difficoltà del riconoscimento della persona transessuale e della loro qualità della vita che sembra inevitabilmente dover passare attraverso un’immagine patologizzata di sé.

Il corpo spesso diverrebbe elemento sopravvalutato da parte della società che spesso commette l’“*errore*” di ridurre la “*persona*” etichettandola come “*patologica*”, eludendo così la possibilità di un reale riconoscimento del soggetto transessuale che si vede costretto a dover dare “*spiegazioni*” dell’immagine confondente che “*rimanda*” all’altro.

“Una persona è fatta di mente e di istinto, allora cosa succede, che nel momento in cui una persona ti testa come una donna però avanti agli occhi ha tutt’altro, ci vuole quell’input che collega le due cose, e questo non si chiama amore, ma si chiama semplicemente educazione sociale”.

In basso a destra, sul piano fattoriale, troviamo il CI n. 3 (166 contesti elementari su un totale di 447 classificati, pari al 37,14 %).

Il CI n. 3 chiamato **“integrazione”** si compone dei seguenti lemmi: *esistere, cambiare, operazione, problema, società, prostituzione, lavorare, immaginare, completare, transizione, iniziare, pagare.*

Le parole maggiormente significative entro questo repertorio culturale sono *“esistere”, “cambiare”, “operazione”* che rappresentano organizzatori di senso estremamente centrali. La dimensione del cambiamento sembra essere condizione necessaria per il transessuale al fine di raggiungere la propria stabilità e una buona qualità della vita.

“Lo devi fare per te stessa non per gli altri, quando ho iniziato a cambiare è successo in un anno, ho iniziato il cambiamento e l’operazione”

Le co-occorrenze tra *“problema”, “società”, “prostituzione”, “lavorare”* rimandano alla complessità per la persona transessuale nel potere accedere ed inserirsi entro una dimensione sociale condivisa. Sembrerebbe, infatti, che la difficoltà nell’accesso al mondo del lavoro releghi e costringa il transessuale ad avvicinarsi al mondo della prostituzione come unica modalità di sostentamento.

“Esisto per quello che sono nella realtà, lui si era prostituito anche perché era stato rifiutato e parliamo di dieci quindici anni fa... non solo ci stanno ma tutti questi transessuali che con la prostituzione, questo fa sempre la confusione della società ma c’è chi va a pagare che vanno con i trans non operati”.

I lemmi successivi *“immaginare”, “completare”, “transizione”, “iniziare”* rimandano ad una dimensione attiva, carica di aspettative, volta a concepire il completamento dell’iter chirurgico e legale come possibilità di esistenza e per poter *“iniziare”* un percorso volto al miglioramento della qualità della vita.

Elemento d’interesse risulta essere, tuttavia, il lemma *“pagare”* che sembra rimandare ad un ineliminabile debito da scontare per un passato difficilmente cancellabile nei confronti di se stessi e della società, un’identità che inevitabilmente permane e che in realtà è l’unica che da consistenza.

“Io esisto anche perché gli altri mi fanno esistere per quello che sono... io sono un trans ed esisto nella realtà in cui mi sono ridotto adesso, perché gli altri mi fanno esistere così”(...) *“Una volta che finisce la transizione non sarà mai del sesso d’appartenenza ma solo come ruolo”.*

In alto a destra sul piano fattoriale, troviamo l’ultimo cluster in termini statistici.

Il cluster n. 1 chiamato **“confusione”** (72 contesti elementari su un totale di 447 classificati pari al 16,11%) si compone dei seguenti lemmi: *ospedale, capitare, scusare, dottore, trovare, discriminazione, operazione, mancare, difficile, cultura.*

La parola maggiormente significativa entro questo repertorio culturale risulta essere *“ospedale”*. La parola *“ospedale”* sembra essere elemento centrale e nodale dei significati che fondano la condizione transessuale e la qualità della loro vita. Ciò sembra rimandare ad una dimensione ortopedica e medicalizzata del percorso di transizione che i soggetti transessuali devono compiere come condizione imprescindibile per il raggiungimento della propria identità, ma rimanda anche ad un luogo che dovrebbe accogliere e riconoscere i bisogni e le esigenze specifiche di tali soggetti.

“Il dottore all’improvviso mi trovò con la prostata. Scusi, mi disse, ma signora non ho capito, lei ha la prostata?” “Scusate si crea un gran caos e non capiamo, non si capisce niente”.

La co-occorrenza tra la parola *“capitare”, “scusare”, “dottore”* mostra un rapporto in cui il medico, che generalmente garantisce il cambiamento, sembra colui che diventa anche il bersaglio di accuse e colpe a causa dell’adozione di comportamenti spesso *“discriminanti”* legati ad una mancanza, che evoca ambiguità e confusione e che conduce ad un allontanamento.

“Non sapevano in quale stanza la dovevano mettere ed appena operata subito la cacciarono perché non sapevano se nella stanza degli uomini poteva stare, appena operata se ne dovette andare”.

Il lemma *“scusare”* rimanda anche ad una dimensione di reciprocità nella relazione con il medico che a sua volta si *“trova”*, in modo accidentale (*“capitare”*) e inaspettato, dinanzi ad una realtà

spesso confusiva ed ambigua. Comprendere e conoscere il diverso sembra essere un passo ancora “difficile” per la “cultura” e la società intera che spesso innalza barriere.

“E poi è difficile trovare lavoro perché comunque, quando si va a fare un colloquio, vedono questa diversità, questa incongruenza tra la carta d’identità e quello che una persona è, viviamo in una realtà sociale che non è ancora pronta”

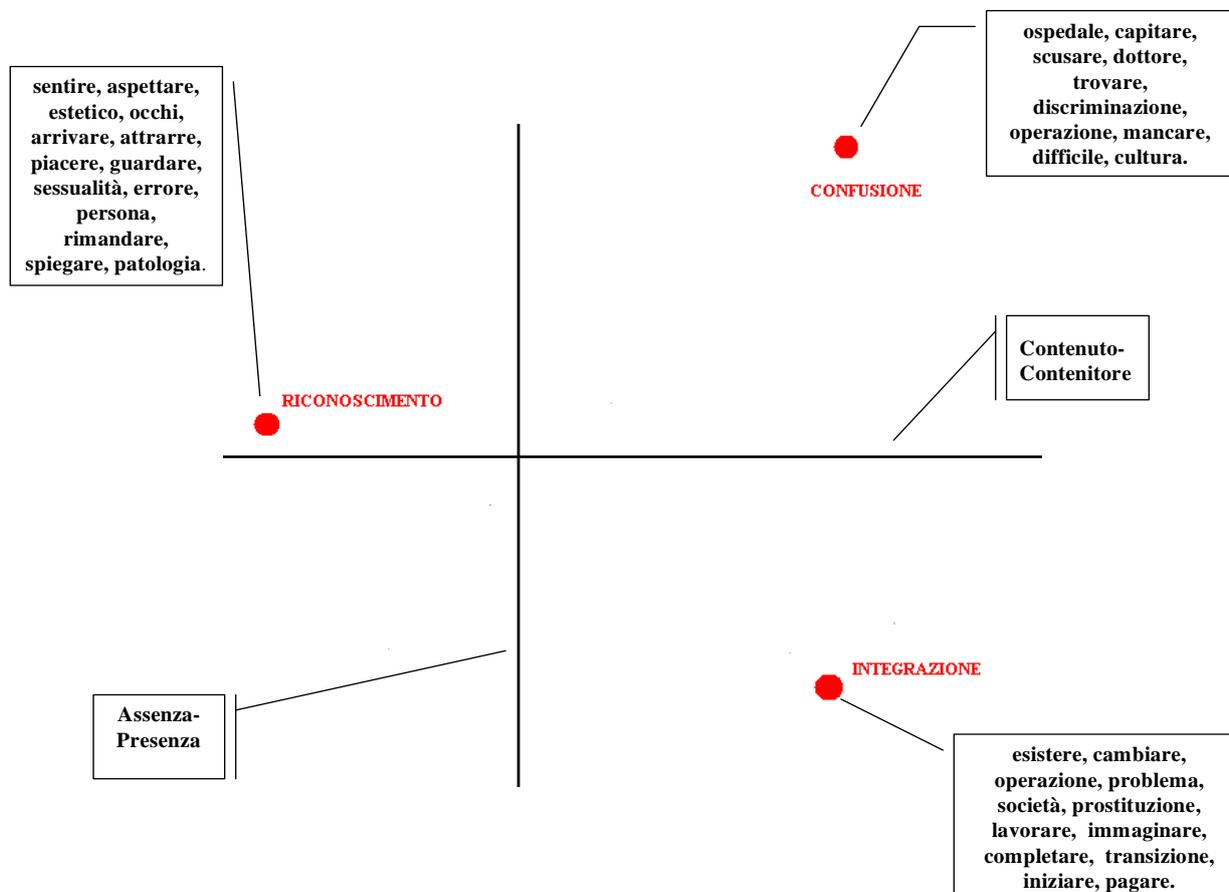
Analisi dei cluster secondo gli assi fattoriali (fig.2)

Si è proceduti, infine, con l’analisi dei cluster tematici secondo i due assi fattoriali.

Sul I fattore, *contenuto-contenitore*, si evidenzia una netta opposizione tra una dimensione interna e profonda fondante il vissuto soggettivo della persona transessuale, che differisce dall’evidenza del proprio corpo, e un vissuto di “non esistenza e “non luogo” all’interno della comunità civile che con difficoltà riesce a riconoscere ed accogliere il soggetto transessuale al di là del suo “contenitore”. Ciò si lega ad una difficile integrazione all’interno della società che, anche dopo l’intervento di riassegnazione chirurgica del sesso, continua a attribuire a tali soggetti “un’identità transessuale” rendendo complessa la possibilità di un miglioramento della qualità della vita

Sul II fattore, *assenza-presenza*, si evidenzia una netta opposizione tra le difficoltà che il soggetto transessuale incontra nella relazione con la società, che difficilmente offre un luogo di accoglimento inverando vissuti di sfiducia, e la possibilità di ricercare attivamente un luogo di esistenza. La società diviene teatro di accuse e colpe a causa di atteggiamenti di allontanamento e discriminazione messi in atto di fronte alla confusione e all’ambiguità evocata dalla persona transessuale, ma può divenire anche teatro di una ricerca attiva e consapevole di una migliore qualità di vita, di un’integrazione identitaria che sembra poter avvenire soltanto attraverso il completamento dell’iter medico-legale.

Figura 2. Interpretazione dei cluster secondo i due assi fattoriali.



Conclusioni e implicazioni future

L'analisi condotta ha permesso di mettere in luce risorse e criticità fondanti la relazione tra i soggetti transessuali, a seguito del percorso di riassegnazione chirurgica del sesso, e la società intera. Pertanto il costrutto della qualità della vita appare come una dimensione complessa entro la quale giocano un ruolo importante sia le dimensioni intra-individuali che psicosociali, entro la quale sembra ancora difficile riuscire ad arrivare ad una definizione univoca.

L'esperienza del focus-group, che ha offerto la possibilità di porsi domande reciproche, ha consentito di scoprire aspetti non pensati in precedenza ed ha significato una raccolta di informazioni in modo approfondito e dinamico.

Pertanto, lo strumento del focus group si è rivelato utile e idoneo in quanto:

- la flessibilità del metodo: i partecipanti hanno potuto discutere tra loro della questione proposta in piena libertà e con un intervento minimo del moderatore;
- la possibilità di effettuare più sessioni, così da ottenere un numero maggiore di informazioni;
- l'opportunità offerta ai presenti di esprimersi con il linguaggio loro usuale, ad alcuni di ampliare le proprie opinioni sul tema, ad altri di modificare quelle già esistenti.

L'interazione tra i partecipanti ha rappresentato una potenzialità perché ha consentito l'emergere di una grande quantità di dati attraverso una conversazione stimolante per gli utenti e la conseguente raccolta delle informazioni desiderate.

Tale percorso esplorativo, finora realizzato, ha consentito di uscire dalla "stanza clinica" spogliandosi del ruolo di gate keeper (Lev, 2004), del quale solitamente le persone transessuali

investono la figura dello psicologo, per entrare nel mondo transessuale osservandolo più da vicino al fine di costruire una lingua comune con l'idea di far emergere, dagli stessi utenti, le aree di criticità e gli interrogativi a cui poter fare riferimento per meglio orientarsi nelle variegata e composite realtà transessuali.

Bibliografia

Abramowitz, S.I. (1986). Psychosocial Outcomes of Sex Reassignment Surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 183-189.

American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text revision (4th ed.). Washington DC: APA Press. Trad. it. (2001). DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson.

Arfini, E.A.G. (2007). *Scrivere il sesso: Retoriche e narrative della transessualità*. Roma: Meltemi.

Benjamin, H. (1966). *Il fenomeno Transessuale*. Roma: Astrolabio.

Blanchard, R. (1989). The Concept of Autogynephilia and the Typology of Male Gender Dysphoria. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(10), 616-623.

Bodlund, O., & Kullgren, G. (1996). Transsexualism: general outcome and prognostic factor: A five year follow-up study on nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 303-316.

Chiland, C. (1997). *Changer de sex*. Paris: Editions Odile Jacob.

Green, J. (1994). Transsexualism and the law. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22, 511-517.

Hepp, U., Klaghofer, R., Burkard-Kubler, R., & Buddeberg, C. (2002). Treatment follow up of transsexual patients. A catamnestic study. Retrieved May 2003, from <http://library.ftmaustralia.org/health/gender.html>.

Hastings, D. (1974). Post-surgical adjustment of male transsexual patients. *Clin Plast Surg*, 1, 335-344.

Hertz, J., Tillinger, K.J., & Westman, A. (1961). Transvestitism. Report on five hormonally and surgically treated cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37 (4), 283-294.

Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: FrancoAngeli.

Lev, A.I. (2004). *Transgender Emergence- therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York – London – Oxford: The Haworth Clinical Practice Press.

Lothstein, L.M. (1982). Sex reassignment surgery: historical, bioethical, and theoretical issues. *American Journal of Psychiatry*, 139, 417-426.

Meyer, J.K., & Reter, D.J. (1979). Sex Reassignment. Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 36 (9), 1010-1015.

McDougall, J. (1998). *A favore di una certa anormalità*. Roma: Borla.

Pauly, I. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Aust NZ J Psychiatry*, 15, 45-51.

Pfafflin, F., & Junge, A. (1992). Sex reassignment. Thirty years of international follow up studies after sex reassignment surgery. A comprehensive review, 1961-1991. Consultato il 02.12.2010 su <http://synposion.com/ijt/pfafflin/3005.htm>.

Rakic, Z., Starcevic, V., Maric, J., & Kelin, K. (1996). The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Archives of sexual Behaviour*, 25, 515-525.

Randell, J. (1969). Preoperative and postoperative status of male and female transsexuals. In: R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 355-381). Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press,.

Rauchfleisch, U., Barth, D., & Bategay, R. (1998). Results of long-term follow up of transsexual patients. Consultato il 13.10.2002 su <http://library.ftmaustralia.org/health/gender.html>.

Simon, W. (1996). *Postmodern sexualities*. New York: Routledge.

Smith, Y.L.S., van Goozen S.H.M.T., & Cohen-Kettenis P.T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40.

Stoller, R.J. (1968a). *Sex and Gender: The development of masculinity and femininity*. London, New York: Karnak Books.

Stoller, R.J. (1968b). *Sex and Gender, the transsexual experiment*. London: The Hogart Press.

Valerio, P. (2007). Relazione di introduzione letta alla Giornata di studio con Colette Chiland (Università Renè Descartes Paris V) "Transfert e controtransfert nel lavoro con persone transessuali", Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Palazzo Serra di Cassano, Napoli 16.02.2007.

Walinder, J. (1968). Transsexualism: definition, prevalence sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43 (S203), 255-258.

Walinder, J., & Thuwe, I. (1975). A social psychiatric follow-up study of 24 sex reassigned transsexuals. Goteborg: Akademiforlaget.

Walinder, J., Lundstrom B., & Thuwe I. (1978). Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *Br J Psychiatry*, 132, 16-20.

Zammuner, V.L. (2003). *I Focus Group*. Bologna: Il Mulino.

Comportamenti criminali e tratti di personalità: uno studio pilota in un campione di adolescenti detenuti.

di Daniela Cantone^{*}, Raffaele Sperandeo^{}, Paolo Cotrufo^{*}, Alida Giuseppa Labella^{*}**

Introduzione

Nel 2009, in Italia, sono stati segnalati dall'Autorità Giudiziaria agli Uffici di servizio sociale per i minorenni per aver commesso un reato 22.139 minori. Si tratta in gran parte di soggetti di sesso maschile (87%) e di nazionalità italiana (74%). Soltanto una parte di questi viene a contatto con la realtà restrittiva dell'Istituto penale per i minorenni. In particolare, nel 2009 gli ingressi in IPM sono stati 1.222 ed hanno riguardato prevalentemente italiani (59%) di sesso maschile (93%). I reati più frequenti sono quelli contro il patrimonio, soprattutto furto e rapina, seguono le violazioni delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, mentre tra i reati contro la persona prevalgono le lesioni personali volontarie e colpose e la violenza privata con minaccia.

Nel tentativo di comprendere il fenomeno della criminalità minorile è stato spesso sottolineato il legame tra comportamenti criminali adolescenziali e psicopatologia ed in particolare il ruolo che i Disturbi di Personalità (DP) giocherebbero nell'influenzare tali condotte. La patologia di personalità è molto diffusa tra gli adulti criminali. Studi epidemiologici effettuati nelle popolazioni occidentali stimano una frequenza di Disturbi della Personalità, in questi soggetti, compresa tra il 40 e il 90% (Casey, 2000; Hiscoke, Langstrom, Ottosson, & Grann, 2003). In questi campioni il legame tra criminalità e tratti caratteriali patologici, pur se variamente interpretato, presenta una solidità indiscussa. Il costrutto caratteriologico chiave è quello della psicopatia attualmente identificata come una malattia mentale criminogena (Mullen, 2007). Questi studi, tuttavia, sono stati sviluppati in campioni di adulti e i dati emersi non sono automaticamente applicabili alle popolazioni di adolescenti criminali a causa della complessità ed eterogeneità della psicopatologia in adolescenza, della problematicità della diagnosi di DP in questa fase evolutiva e del significato stesso che il comportamento criminale può assumere in un soggetto nel quale la maturità psichica è incompleta. Molti autori hanno argomentato che a partire dai quattordici anni sia possibile effettuare diagnosi di DP e che questa diagnosi abbia una sufficiente stabilità e riproducibilità (Bernstein et al., 1993; Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, & Brook, 1999; Grilo et al., 2001; Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003). Nell'ambito degli studi sulla criminalità minorile, ad esempio, Johnson, Cohen, Kasen, Skodol, Hamagami, & Brook, (2000) hanno individuato un'alta frequenza di DP dei cluster A e B in adolescenti violenti. Studi longitudinali più recenti, però, hanno dimostrato che la stabilità dei DP è minore di quella postulata e che, semmai è la stabilità dei tratti, più che delle categorie, ad essere equivalente a quella degli adulti (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005; Cohen, Chen, Kasen, Johnson, Crawford, & Gordon, 2005). I pochi studi che hanno valutato i tratti patologici di personalità nei giovani criminali hanno confermato l'associazione tra questi ed il comportamento criminale. Coles, Greene, & Braithwaite (2002) hanno rilevato una frequenza elevata di tratti psicopatici e paranoici tra i giovani criminali mentre altri studi hanno messo in evidenza, in questi campioni, due tipi di correlazioni: un'associazione tra la psicopatologia orientata all'internalizzazione della rabbia, il nevroticismo e la violenza impulsiva, e un'associazione tra la patologia orientata all'esternalizzazione della rabbia e la tendenza ad un'aggressività predatoria. Questi dati non ci consentono però di decidere se i tratti di personalità giochino un ruolo nel determinare

^{*} Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli.

^{**} Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università degli studi di Napoli.

Corrispondenza a Daniela Cantone, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli, via Vivaldi 43, 81100 - Caserta. e-mail: daniela.cantone@unina2.it

l'insorgenza di comportamenti criminali o se la criminalità e la patologia di personalità siano gli esiti differenti di processi comuni come la trascuratezza genitoriale, il contesto ambientale a rischio e la predisposizione genetica (Krischer, Sevecke, Lehmkuhl, & Pukrop, 2007). La valutazione della personalità tra gli adolescenti e i giovani adulti rimane, in ultima analisi, ardua e, più che negli adulti, non si assoggetta alle anguste descrizioni dei sistemi categoriali. Inoltre, a causa della marcata tendenza alla comorbidità, di una bassa *test-retest reliability* e delle numerose varianti interne ad uno stesso disturbo (Herzig & Licht, 2006), i disturbi della personalità diagnosticati in popolazioni criminali non forniscono indicazioni significative in merito alla qualità dei soggetti, non si correlano con il loro stile antisociale e non spiegano la quantità e la qualità dei reati commessi, rivelandosi del tutto inefficaci per la prognosi ed il trattamento. Al contrario, gli indici di misurazione dell'aggressività utilizzati in studi di criminalità minorile mostrano una forte correlazione con condanne penali in età adulta e suggeriscono l'opportunità di focalizzare l'attenzione su costrutti dimensionali della personalità che possono rivelarsi maggiormente predittivi della tendenza a mettere in atto comportamenti criminali (Moffitt et al., 2002; Moffitt, 2003; Dodge, 2003).

Nel 2001, un comitato di esperti dell'American Psychiatric Association e del National Institute of Mental Health ha sottolineato la necessità di sviluppare un modello dimensionale dei DP allo scopo di ottenere degli strumenti diagnostici più efficaci (Rounsaville et al., 2002) e Verheul (2005), in una review della letteratura, ha sottolineato come tale modello dimensionale potrebbe migliorare la qualità dei programmi terapeutici. Allo stato attuale delle conoscenze di psicopatologia e neurobiologia, la classificazione dei DP non può più essere intesa come un costrutto artificiale finalizzato alla comunicazione tra tecnici, ma deve avere l'obiettivo di costruire un sistema basato su principi naturali che riflettano, negli aspetti nosografici, i fondamenti biologici e le differenze comportamentali individuali. La crisi delle categorie dell'Asse II del DSM ha dato spinta e vigore ai sostenitori dei sistemi dimensionali che vedono la patologia della personalità come un'estensione quantitativa della personalità sana, non ammettendo salti qualitativi, come invece propugna il sistema categoriale. I dati biologici e genetici attualmente disponibili, i principali modelli psicodinamici e i numerosi dati di ricerca (Oldham, Skodol, & Bender, 2005), sostengono l'ipotesi dell'esistenza di correlati biologici, anamnestici e prognostici di specifici tratti e dimensioni di personalità ma non dei DP intesi in senso categoriale (Livesly, 2006; Paris, 2006). La maggior parte dei modelli psicodinamici, (PDM Task Force, 2006) inoltre, ha da sempre sostenuto la presenza di differenze quantitative e non qualitative tra normalità e patologia e tra diverse patologie, producendo una notevole quantità di dati a sostegno di questa prospettiva (Dazzi, Lingiardi & Gazzillo, 2009, p.9).

Molti modelli dimensionali della personalità normale o patologica presentano una struttura gerarchica, caratterizzata da pochi domini di secondo rango, ognuno dei quali è composto da un certo numero di tratti di primo rango. Questi, a loro volta, sono costituiti da comportamenti, pensieri ed esperienze emozionali descrittivi della personalità del soggetto. Esempi di domini di secondo rango sono le tre dimensioni temperamentali di Eysenck (1972; 1985; 1991) o i cinque fattori di Widiger e Costa (2002). Esempi di tratti di primo rango sono i concetti di sospettosità o remissività che definiscono alcuni aspetti rispettivamente del Disturbo Paranoide di Personalità e del Disturbo Dipendente di Personalità del DSM-IV. Questi tratti di primo rango sono composti da un gruppo di criteri diagnostici specifici (appartenenti alle categorie diagnostiche del DSM-IV) che, in studi fattoriali, hanno ottenuto un'elevata saturazione sui tratti in esame. Dagli studi impostati sul criterio gerarchico è emerso che quattro dimensioni di secondo rango sottendono tutti i costrutti patologici della personalità definiti dal DSM-IV (Mulder & Joyce, 1997; Trull, 2005). Questi quattro domini vengono usualmente definiti come: *disregolazione emozionale*, *psicopatia*, *ritiro sociale* e *compulsività*. La robustezza di questi quattro cluster, confermata attraverso molteplici strumenti di misura in popolazioni cliniche e non cliniche e in differenti culture, suggerisce che essi sono geneticamente fondati. Gli studi di genetica comportamentale, infatti, mostrano che la personalità è influenzata da programmi genetici multipli: molti di questi hanno un effetto su specifici comportamenti e producono i numerosi tratti di primo rango, pochi altri programmi genetici hanno un effetto pleiotropico e generano i quattro domini di secondo rango (Livesly et al, 1998; 2003; Livesly, 2007). Nello studio della patologia di personalità, una proposta è quella di integrare i vari disturbi della personalità, concepiti in modo dimensionale (Widiger et al., 2005), in un unico modello gerarchico in cui al livello più alto si collocano i due spettri clinici

dell'Internalizzazione e dell'Esternalizzazione, identificati da Krueger (1999; Krueger et al., 2002; 2005); al livello successivo alcuni ampi domini del funzionamento di personalità, in buona parte sovrapponibili ai Big Five; al penultimo livello le scale per la valutazione dei tratti di personalità e all'ultimo livello i criteri diagnostici più specificatamente comportamentali. Questa proposta condivide l'ipotesi psicodinamica dell'utilità clinica di un modello di assessment dimensionale e gerarchico; inoltre, le due dimensioni di base dell'internalizzazione e dell'esternalizzazione appaiono sovrapponibili ai costrutti psicoanalitici di narcisismo ed investimento oggettuale (Freud, 1914; Kohut, 1978), alle linee evolutive introiettiva e anaclitica definite da Blatt et al. (2006) e ai dati ottenuti da Westen, su un campione di oltre mille pazienti ai quali è stata somministrata la SWAP-II, che hanno messo in evidenza la possibilità di ricondurre i diversi pattern disfunzionali di personalità a configurazioni internalizzanti, esternalizzanti e borderline (Westen, 1999; 2003, Westen, & Harnden-Fischer, 2001; Thompson-Brenner, & Westen, 2005). L'approccio assunto nel presente lavoro non vuole porre i modelli dimensionali in alternativa alle categorie, piuttosto sceglie la strada della complementarità: i profili dimensionali sono, infatti, preziosi per aggiungere al principio nomotetico delle categorie tutte le sfumature del principio idiografico. Il primo definisce l'ordine, il secondo articola l'eterogeneità presente in esso.

Obiettivi dello studio

Lo studio si è svolto all'interno di una popolazione di adolescenti detenuti presso un Istituto Penitenziario Minorile (IPM) della Campania e ha avuto i seguenti obiettivi:

- la descrizione degli aspetti psicopatologici di Asse II del campione in esame;
- la definizione di pattern di elementi caratteriali e temperamentali peculiari di questi soggetti attraverso l'utilizzo di un approccio dimensionale allo studio della personalità;
- la costruzione di un modello gerarchico per la descrizione delle peculiarità cliniche di questo campione.

Strumenti

Le valutazioni diagnostiche sono state eseguite utilizzando i seguenti strumenti:

- la *Structured Clinical Interview for DSM (SCID II)*, (Spitzer et al., 1990), che consente di effettuare la diagnosi dei DP secondo i criteri del DSM-III-R e del DSM-IV;
- l'*Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*, che valuta tre ampie dimensioni temperamentali (nevroticismo, psicoticismo, estroversione), che riflettono le basi biologiche e le caratteristiche emozionali e comportamentali più stabili dell'individuo;
- lo *State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)* (Spielberg, 1988), che misura la modalità di gestione delle emozioni aggressive.

La SCID-II è uno strumento utilizzato per fare diagnosi di disturbi di personalità, sia dal punto di vista categoriale (criterio presente o assente) che dimensionale. Consta di 119 item, aventi modalità di risposta di risposta dicotomica Si/No. Ogni disturbo di personalità è individuato da un determinato numero di item che corrispondono ai criteri del DSM per quella specifica categoria diagnostica. Sul modello dell'intervista clinica, la parte iniziale consta di una breve visione d'insieme che individua il comportamento e le relazioni abituali del soggetto e consente di verificarne le capacità di introspezione.

Un punteggio di "3" su un item della SCID-II, fornito dal clinico durante l'inchiesta, indica che vi è sufficiente evidenza che la caratteristica descritta nell'item sia "patologica", "persistente" e "diffusa". "Patologica" indica che la caratteristica è al di fuori del range di variazione normale; "Persistente" si riferisce sia alla frequenza che alla durata (un punteggio di "3" significa che la caratteristica è stata presente spesso durante gli ultimi 5 anni); "Diffusa" indica la presenza della caratteristica in vari contesti, come a casa e a lavoro o, nel caso di item che riguardano i rapporti interpersonali, si manifesta in relazioni diverse.

L'intervista è stata effettuata da tre ricercatori addestrati che hanno raggiunto una elevata inter-rather reliability ($k = 0,84$).

L'EPQ valuta tre ampie dimensioni caratteriali (Estroversione, Nevroticismo, Psicoticismo) espresse dalle scale corrispondenti E, N e P. È composto di 69 items a risposta dicotomica sì/no: La scala N descrive un continuum che si estende da un polo di stabilità emotiva ad uno di instabilità emotiva. Un elevato punteggio in questa scala è rappresentativo di una personalità ansiosa, preoccupata, di umore mutevole, spesso depressa e facilmente eccitabile; un basso punteggio è indicativo della tendenza a produrre risposte emozionali ridotte e lente tipiche di personalità solitamente controllate e calme. La scala E descrive un continuum che ha agli estremi il polo dell'introversione e dell'estroversione. Il soggetto che si colloca sul versante dell'estroversione è "una persona socievole, che desidera un rapporto continuo con la gente, ricerca le emozioni, sfida la sorte, agisce secondo lo stimolo del momento ed è generalmente un individuo impulsivo che tende a divenire aggressivo e perde facilmente la calma. Nel complesso, i suoi sentimenti mancano di equilibrio e non sempre è una persona affidabile". Il soggetto prossimo al polo dell'introversione è "un individuo tranquillo, schivo, riservato, freddo con tutti tranne con gli amici più intimi che progetta prima di agire e diffida dell'impulso momentaneo. La scala P descrive un continuum che si snoda dal polo di un equilibrato e soddisfacente adattamento sociale verso gradi crescenti di anticonformismo, asocialità fino al disadattamento e all'antisocialità. Un elevato punteggio P è rappresentativo di una personalità tendenzialmente asociale, gelida nei contatti interpersonali, che si caratterizza per la presenza di comportamenti aggressivi o palesemente antisociali e per lo sprezzo verso il pericolo o il desiderio di sperimentare situazioni insolite e pericolose. La dimensione P può essere, quindi, definita prevalentemente in termini di antisocialità e/o di asocialità.

Lo STAXI valuta le componenti e la gestione della rabbia. Tale strumento è composto da 44 item, che formano sei scale e due sottoscale:

- Rabbia di Stato (S - Rabbia): una scala di 10 item che misura l'intensità dei sentimenti di rabbia in un dato momento;
- Rabbia di Tratto (T - Rabbia): una scala di 10 item che misura le differenze individuali nell'essere disposti a provare rabbia. Le scale T - Rabbia comprendono due sottoscale: a) Temperamento portato alla rabbia (T - Rabbia/T): una sottoscala di 4 item della Rabbia di Tratto che misura una predisposizione generale a provare o esprimere sentimenti di rabbia senza una specifica ragione; b) Reazioni di rabbia (T - Rabbia/R): una sottoscala di 4 item della Rabbia di Tratto che misura le differenze individuali nell'essere portati ad esprimere rabbia quando si viene criticati o minacciati ingiustamente dagli altri;
- Rabbia rivolta all'interno (Rabbia - In): una scala di espressione della rabbia composta di 8 item che misura la frequenza con cui i sentimenti di rabbia sono trattenuti o soppressi;
- Rabbia rivolta all'esterno (Rabbia - Out): una scala composta di 8 item di espressione della rabbia che misura la frequenza con cui un individuo esprime rabbia verso altre persone o oggetti dell'ambiente;
- Controllo della rabbia (Rabbia - Con): una scala di 8 item che misura la frequenza con cui un individuo tenta di controllare l'espressione della propria rabbia;
- Espressione della rabbia (Rabbia - Ex): una scala di ricerca basata sulla risposta di 24 item delle scale Rabbia - In, Rabbia - Out e Rabbia - Con che fornisce un indice generale della frequenza con cui la rabbia viene espressa, senza tener conto di come venga rivolta.

Metodologia e analisi statistica

I soggetti esaminati sono stati informati degli obiettivi dell'indagine cui hanno partecipato ed è stato spiegato loro che i risultati delle valutazioni non avrebbero avuto alcun peso nel percorso giudiziario. Inoltre, è stato garantito l'anonimato attraverso un codice alfanumerico di cui sono in possesso solamente gli operatori dell'IPM. Prima di accedere alle indagini testologiche, i soggetti sono stati sottoposti ad una visita psichiatrica, effettuata da uno psichiatra esperto, finalizzata ad escludere l'esistenza di una condizione psicopatologica acuta o cronica di Asse I per l'area dei disturbi affettivi o psicotici, un'anamnesi positiva per traumi cranici clinicamente rilevanti ed infine, che il soggetto avesse usato stupefacenti nell'ultimo mese. I dati socio-demografici e quelli relativi all'iter giudiziario del soggetto sono stati raccolti attraverso gli operatori dell'Istituto Penale. In una prima fase sono state descritte la frequenza e la tipologia dei Disturbi di Personalità, le modalità

specifiche di espressione della rabbia e le caratteristiche temperamentali del campione. In una seconda fase è stata condotta un'analisi fattoriale (Principal Component Analysis (PCA) con Varimax Rotation) sugli item di ognuna delle 10 categorie diagnostiche di Asse II. Sono stati esclusi dall'analisi gli item rilevati in meno di 5 soggetti. Questo ci ha consentito di individuare la presenza di 25 fattori sovradimensionali ai sintomi descritti dal modello politetico del DSM. Questi fattori possono essere interpretati come dei processi psicopatologici di secondo rango rispetto ai criteri del DSM-IV dai quali sono costituiti. Essi stessi hanno una struttura dimensionale dal momento che possono essere espressi da un soggetto con una minore o maggiore intensità in funzione del numero di sintomi che esprime. I fattori in esame sono stati poi ridotti al numero di 10 utilizzando due criteri di selezione. Il primo criterio, di relazione con la caratteriologia dimensionale, ci ha consentito di accettare solo i fattori che avessero una correlazione significativa con le sottoscale dell'EPQ; il secondo criterio, di relazione con la compromissione clinica, ci ha consentito di accettare i fattori correlati ad elevati punteggi allo STAXI. Questo metodo di lavoro, proposto da Andrew et al. nel 2007, consente di evitare i fenomeni di ridondanza all'interno di strutture diagnostiche dimensionali. Infine, sulla base delle correlazioni descritte e in accordo con diversi studi recenti sulla organizzazione gerarchica della personalità e della patologia della personalità, utilizzando l'analisi gerarchica dei cluster, abbiamo individuato tre cluster di terzo rango sovradimensionali ai 10 fattori selezionati. Le relazioni tra i tre cluster identificati, le sottoscale dell'EPQ e dello STAXI e criminologiche sono state esaminate con il test di Spearman e con i test di regressione lineare. L'analisi statistica è stata effettuata con l'ausilio del programma SPSS (Statistical Package for Social Science).

Risultati

Il campione in esame è costituito da 87 soggetti detenuti presso un Istituto Penale per Minorenni (IPM) con un'età compresa tra i 16 e i 21 anni ($M = 17.89$). I criminali che hanno commesso un reato prima dei 18 anni scontano la pena detentiva in un Istituto per minorenni fino all'età di 21 anni, di conseguenza, la popolazione presente in un IPM è estremamente eterogenea per età e maturità psichica. I soggetti in esame hanno ricevuto condanne che vanno tra i 21 e i 378 mesi ($M = 120$), il 78,57% ha commesso reati contro la persona (9 di essi hanno commesso un omicidio), e per la tipologia delle azioni criminose compiute, possono essere classificati come "violent offender" secondo la definizione di McGlashan. Al 32,86% dei soggetti è stata comminata una pena per due o più reati. Il 9,2% non ha alcun titolo di studio, il 41,38% ha un titolo di scuola elementare e il 47,13% ha un titolo di scuola media inferiore. Molti di loro hanno conseguito il titolo durante la permanenza nell'Istituto.

Degli 87 soggetti, solo uno non soddisfa i criteri per alcuna diagnosi di DP, 72 soggetti presentano due o più DP, (*tabella 1*). La diagnosi più frequente nel campione è quella di Disturbo della Condotta (DC) rilevato nell'80% dei soggetti, seguito dai Disturbi di Personalità del sottotipo Paranoide (50,6%), Ossessivo-Compulsivo (49,4%), Borderline (38,8%), Evitante (31,7%) e Narcisistico (31,7%). Vista l'età dei soggetti si è preferito effettuare diagnosi di Disturbo della Condotta piuttosto che di Disturbo Antisociale della Personalità. Inoltre in relazione al valore predittivo del DC sono stati utilizzati gli item di questo quadro diagnostico dell'infanzia per effettuare le analisi fattoriali (*tabella 2*).

Il punteggio ottenuto alle sottoscale dell'EPQ è significativamente superiore alla media della popolazione normativa per ciò che riguarda la scala dell'estroversione (EPQ-E) ($M = 9.4$, $DS = 2.56$) e del nevroticismo (EPQ-N) ($M = 7.39$, $DS = 2.92$). (*tabella 3*). Questi valori sono in linea con altri studi che hanno rilevato, in campioni di giovani violenti, la prevalenza di una modalità psicopatologica sia di tipo esternalizzata che di tipo internalizzata e hanno correlato questi elementi ad aspetti caratteriali rispettivamente di impulsività e di instabilità affettiva.

I punteggi ottenuti allo STAXI dimostrano, nei soggetti in esame, una globale difficoltà nel controllare la rabbia ed una modalità impulsiva nella gestione dell'aggressività. Il 17,9% dei soggetti raggiunge punteggi ritenuti patologici alla scala della rabbia di tratto, il 34,5% dei soggetti raggiunge punteggi patologici alla scala che misura l'introyezione patologica della rabbia, il 28,6% ottiene punteggi patologici alla scala relativa all'espressione impulsiva della rabbia, infine, il 37% dei soggetti ha una gestione della rabbia globalmente patologica. La scala della rabbia di stato

(che documenta la condizione emotiva al momento della somministrazione del test) risulta alta solo nel 4,3% dei soggetti. Questo valore è spiegabile attraverso l'effetto di contenimento emotivo che le regole applicate nel regime detentivo hanno sui soggetti in esame. Questi dati descrivono una campione caratterizzato da una specifica modalità psicopatologica centrata sull'impulsività e sulla gestione inadeguata dell'aggressività, sia nel senso dell'introversione che dell'estroversione. Anche questi dati sono in linea con le evidenze di letteratura (*tabella 4*).

Agli item delle singole diagnosi del DSM-IV rilevati attraverso la SCID-II, è stata applicata la PCA con rotazione Varimax. Sono stati selezionati venticinque fattori definiti nel loro contenuto dagli item che hanno raggiunto al test statistico una saturazione pari o superiore a 0.50 (*tabella 5*). Questi fattori sono stati correlati con le sottoscale dell'EPQ e dello STAXI. Dieci fattori sono risultati correlati significativamente ai questionari di valutazione dimensionale e sono stati selezionati ed organizzati in tre cluster di terzo rango (*tabella 6*).

Il primo e il secondo cluster sono costituiti dai fattori correlati significativamente alle sottoscale dell'EPQ (criterio caratteriologico). Il primo cluster è composto dai fattori positivamente correlati alla scala dell'estroversione, il secondo dai fattori negativamente correlati alla scala dello psicoticismo. Il terzo cluster è costituito dai fattori positivamente correlati ai punteggi della sottoscala Rabbia di Tratto dello STAXI (criterio clinico), (*tabella 7*).

I fattori che non soddisfacevano nessuno dei due criteri sono stati esclusi perché probabilmente non attinenti alla patologia di Asse II relativa al campione in esame. I tre cluster sovradimensionali individuati sono sovrapponibili a tre dei quattro fattori di base emersi in recenti studi sugli aspetti dimensionali della patologia della personalità (Leibing, Jamrozinski, Vormfelde, Stahl, & Doering, 2008) e sono definibili rispettivamente: *Dissocialità*, *Instabilità affettiva* e *Antisocialità*. Il fattore mancante nel nostro campione è chiamato *Psicastenìa* ed esprime modalità psicopatologiche poco rappresentate in popolazioni di detenuti minorenni.

Il cluster "Dissocialità" è costituito da tre tratti del DNP, tre tratti del DIP e due del DOCP. Correla significativamente con la scala Estroversione dell'EPQ, i cui punteggi estremi predicono una marcata espressione di questo cluster di secondo rango.

Il cluster "Instabilità affettiva" è costituito da due tratti del DDP, cinque tratti del DEP, quattro del DBP e quattro del DOCP. Correla negativamente con la scala Psicoticismo dell'EPQ e positivamente con la sottoscala AX/CON dello STAXI (Controllo della rabbia) e predice la capacità di controllo della aggressività da parte di questi soggetti. Una marcata espressione di questo cluster predice la tendenza a commettere un maggior numero di reati ma non è correlato alla gravità dei reati commessi.

Il cluster "Antisocialità" è descritto da tre tratti dei DNP, tre tratti del DBP e da quattro tratti del DC. Elevati punteggi alla scala Nevroticismo dell'EPQ predicono una marcata espressione di questo cluster. Il cluster "antisocialità" correla positivamente con la rabbia di tratto e con la gestione patologica della rabbia. L'espressione marcata di questo cluster predice la presenza di una rabbia di tratto molto intensa e una gestione dell'aggressività spiccatamente patologica (*tabella 8*).

Conclusioni

La maggioranza dei soggetti del nostro campione presenta almeno un Disturbo di Personalità, con un'elevata frequenza del Disturbo della Condotta e dei disturbi di tipo Paranoide, Borderline, Narcisistico, ed Evitante; molti soggetti presentano tre o più disturbi in comorbidità. Questo dato, in linea con le evidenze della letteratura scientifica, esprime una marcata compromissione clinica di questi soggetti ma non fornisce alcun modello per la comprensione delle loro specificità psicopatologiche e si traduce in una scarsa utilità clinica del modello categoriale. La patologia caratteriale è data da una tendenza all'estroversione e all'irritabilità, come evidenziato dalla media elevata nei punteggi alle scale di Estroversione e Nevroticismo dell'EPQ, e da una difficoltà nel contenere e gestire le emozioni aggressive che vengono estrovertite in modo incontrollato o bloccate con una modalità di ritiro sociale, come emerge alle specifiche scale dello STAXI.

Il nostro studio ci ha consentito di organizzare questi fenomeni psicopatologici in una struttura dimensionale gerarchica. Al livello più basso c'è un pattern di sintomi del DSM IV organizzati in venticinque fattori di secondo rango dai quali sono stati selezionati dieci fattori in base alla loro relazione col temperamento e la forza dell'Io. Questi fattori sono identificabili con i seguenti tratti

caratteriali: senso di grandiosità, rigidità, emotività intensa e inadeguata, instabilità affettiva, inadeguatezza nelle relazioni intime e disagio nelle relazioni sociali, meticolosità, vissuti di solitudine e di abbandono, tendenza allo sfruttamento interpersonale, impulsività e tendenza alla crudeltà.

Questi tratti forniscono una descrizione dimensionale individualizzata di ogni soggetto che è più vicina alla qualità dell'osservazione clinica e che per la sua caratteristica dimensionale è più utile rispetto ai sintomi rappresentati in modo dicotomico. I nostri soggetti, infatti, non sono "impulsivi o non impulsivi", ma esprimono questo tratto in misura maggiore o minore, e tale differenza quantitativa è determinante nel decidere le priorità cliniche e terapeutiche. I tratti, inoltre, sono derivati dalla tradizione nosografica psichiatrica e sono semplici da comprendere e da maneggiare per i clinici tradizionalmente abituati ai costrutti che essi esprimono. La correlazione di questi dieci fattori con le caratteristiche temperamentali e psicopatologiche peculiari del campione in esame ha consentito di organizzarli in tre cluster di terzo rango: la Dissocialità, l'Instabilità affettiva e l'Antisocialità. Questi cluster sono ortogonali tra di loro e rappresentano una cornice categoriale alla descrizione dimensionale della psicopatologia. I cluster hanno un chiaro legame con le varianti estreme delle dimensioni temperamentali di Eysenck, come emerge dalla analisi di regressione. La correlazione con i poli estremi delle dimensioni temperamentali fornisce consistenza e stabilità ai costrutti descritti e li posiziona nell'area della psicopatologia. I cluster, inoltre, predicono la gestione patologica internalizzata o esternalizzata della rabbia e dell'aggressività e predicono il numero di reati commessi.

I dati mostrano come il campione in esame abbia una specificità psicopatologica, non si rilevano in esso, infatti, i tratti del cluster psicastenico e la problematica caratteriale prevalente ruota intorno alla debolezza dell'Io e alla gestione dell'aggressività. Questi elementi, ad una prima lettura, appaiono in discontinuità con le dimensioni della personalità normale e sembrerebbero costituire un settore omogeneo e specifico della psicopatologia clinica.

Il vantaggio di questo modello è legato al fatto che un numero ridotto di tratti di secondo rango descrive efficacemente la psicopatologia specifica individuale all'interno di cluster stabili che hanno una buona capacità di predire le condotte psicopatologiche. Permette, inoltre, di disegnare studi finalizzati a testare la complessità psicopatologica di queste popolazioni e risulta clinicamente più utile delle categorie diagnostiche classiche del DSM IV.

Nel nostro studio, non è possibile individuare fenomeni psicopatologici che presi singolarmente predispongono ai comportamenti criminali, ma il livello di semplificazione descrittiva ottenuto consente di disegnare un pattern di elementi, collegati tra loro da fattori temperamentali e tratti psicopatologici, che può avere un valore euristico nella elaborazione di interventi riabilitativi efficaci. Il punto di forza della ricerca è l'utilizzo di due criteri, clinico e temperamentale, esterni agli item del DSM IV per la creazione dei cluster di terzo rango i quali hanno il pregio di non fondarsi su artifici statistici ma su dati empirici di rilevanza clinica. Il limite metodologico più rilevante è la ridotta numerosità del campione. La ricerca si propone come un studio pilota che necessita di un significativo incremento della numerosità del campione e di un allargamento del modello a campioni di adolescenti appartenenti alla popolazione generale per poter generalizzare le suggestioni psicopatologiche emerse e consolidare, attraverso criteri di validità e stabilità, la struttura gerarchica ipotizzata.

Tabella 1- Distribuzione della frequenza delle diagnosi di Asse II

Diagnosi di Asse II (n)	Frequenza	%
0	1	1,1
1	12	14,1
2	23	27
3	18	21,2
4	12	14,1
5	9	10,6
6	6	7
7	3	3,5
8	1	1,2

Tabella 2 - Frequenza del tipo di diagnosi di Asse II

DISTURBO DI PERSONALITÀ:	N	%
Schizotipica	2	2,3
Schizoide	4	4,7
Istrionica	9	10,6
Dipendente	15	17,6
Evitante	27	31,7
Narcisistica	27	31,7
Borderline	33	38,8
Ossessivo-Compulsiva	42	49,4
Paranoide	43	50,6
Disturbo della Condotta	68	80

Tabella 3 - Punteggi alle scale dell' Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

EPQ	M	DS
epq/r-e pg	9,2	± 2,4
epq/r-n pg	6,8	± 2,7
epq/r-p pg	3,8	± 1,9

Tab. 4 - Punteggi T >70 ottenuti alle sottoscale dello State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)

STAXI Sottoscale:	punteggi T > 70	
	N	%
S-Rabbia	7	4,3
T- Rabbia	15	17,9
T-Rabbia/T	8	9,2
T-Rabbia/R	16	19
Rabbia-In	29	34,5
Rabbia- Out	24	28,6
Rabbia -Con	10	13
Rabbia - Ex	31	37

Tabella 5 – Analisi delle Componenti Principali con Rotazione Varimax sugli item della Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II)

Fattori	ITEM DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ		Fattori	ITEM DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ	
DIP - 1	<i>inappropriata seduttività</i>	0,61	DOCP-1	<i>perfezionismo</i>	0,58
	<i>espressione esagerata delle emozioni</i>	0,70		<i>attenzione ai dettagli</i>	0,60
	<i>egocentrismo</i>	0,67		<i>insistenza a che gli altri si sottomettano</i>	0,66
DSTP-1	<i>ansia sociale</i>	0,75	DOCP-2	<i>coscienziosità</i>	0,78
	<i>credenze strane</i>	0,79		<i>indecisione</i>	0,71
DSTP-2	<i>idee di riferimento</i>	0,73	DDP-1	<i>ostinazione</i>	0,72
	<i>esperienze percettive insolite</i>	0,80		<i>delegare decisioni</i>	0,71
DSP - 1	<i>attività solitarie</i>	0,68	DDP-1	<i>inibizione dell'iniziativa</i>	0,76
	<i>indifferenza alle lodi e alle critiche</i>	0,60		<i>ansia abbandonica</i>	0,61
DSP-2	<i>assenza di desideri sessuali</i>	0,63	DDP-2	<i>disagio della solitudine</i>	0,85
	<i>assenza di piacere</i>	0,52		<i>paura dell'abbandono</i>	0,71
	<i>assenza di emozioni</i>	0,84	DDP-3	<i>incapacità a prendere decisioni</i>	0,60
DPP-1	<i>sospetti di infedeltà</i>	0,52		<i>dipendenza</i>	0,89
	<i>vissuti di sfruttamento</i>	0,46	DNP-1	<i>senso grandioso di importanza</i>	0,50
	<i>manca di fiducia</i>	0,59		<i>fantasie di successo</i>	0,78
	<i>lettura di significati nascosti</i>	0,67		<i>richiesta di attenzione</i>	0,72
DPP-2	<i>rancore</i>	0,70	DNP-2	<i>sfruttamento interpersonale</i>	0,70
	<i>difficoltà a confidarsi</i>	-0,56		<i>vissuto di eccezionalità</i>	-0,52
	<i>sensibilità alle offese</i>	0,44		<i>sentimenti di invidia</i>	0,74
DEP-1	<i>scarse relazioni amicali</i>	0,67	DNP-3	<i>sensibilità alle critiche</i>	0,63
	<i>riluttanza a stabilire relazioni</i>	0,54		<i>manca di empatia</i>	0,77
	<i>evitamento di attività sociali</i>	0,58	DC-1	<i>scontri fisici</i>	0,64
	<i>reticenza in situazioni sociali</i>	0,70		<i>distruzione delle proprietà altrui</i>	0,59
	<i>paura di mostrare ansia</i>	0,54		<i>furti</i>	0,81
DEP-2	<i>percezione esagerata dei pericoli</i>	0,83	DC-2	<i>furti con aggressione</i>	0,81
	<i>essere ferito dalle critiche</i>	0,59		<i>fughe da casa</i>	0,75
DBP-1	<i>alternanza di idealizzazione e svalutazione</i>	0,63	DC-2	<i>uso di armi</i>	0,76
	<i>rabbia</i>	0,81		<i>crudeltà sulle persone</i>	0,81
	<i>impulsività</i>	0,72		<i>appiccare incendi</i>	0,54
DBP-2	<i>instabilità affettiva</i>	0,70	DC-3	<i>assenteismo scolastico</i>	0,68
	<i>disturbo di identità</i>	0,56		<i>crudeltà su animali</i>	0,60
	<i>vuoto e noia</i>	0,69		<i>menzogne</i>	0,70
	<i>angoscia abbandonica</i>	0,67			

Tabella 6 – Correlazione tra i fattori e le scale dimensionali

	fattore1 DNP	fattore2 DNP	fattore-1 DBP	fattore2 DBP	fattore1 DEP	fattore2 DDP	fattore1 DDCP	fattore2 DDCP	fattore2 DIP	fattore2 DDC
CRITERIO I										
epq/r-e pz	0,25							0,24	0,26	
epq/r-n pz										
epq/r-p pz	-0,22			-0,35	-0,22	-0,22	-0,22			0,26
s-rabbia punti T			0,22							0,25
CRITERIO II										
t-rabbia punti T		0,23	0,28	-0,23				-0,31		0,39
t-rabbia/t punti T	-0,24			-0,27						0,37
t-rabbia/r punti T										
ax/in punti T										0,27
ax/out punti T			0,24	-0,24				-0,29		0,46
ax/con punti T			-0,25	0,24			0,24			-0,32
ax/ex punti T			0,36							0,53

Tabella 7 - Struttura dei cluster di terzo rango

ITEM DEL DSM IV	FATTORI	CLUSTER
		Cluster 1 Dissocialità
<i>Ha un senso grandioso di importanza</i>	fattore-1 DNP Senso di grandiosità	Alfa = 0,55
<i>È assorbito da fantasie di successo</i>		
<i>Richiede eccessiva ammirazione</i>		
<i>Adotta una modalità improntata all'avarizia</i>	fattore-2 DOCP Rigidità	
<i>Manifesta rigidità e testardaggine</i>	fattore-2 DIP Emotività inadeguata	
<i>Mostra un'inappropriata seduttività</i>		
<i>Espressione esagerata delle emozioni</i>		
<i>È a disagio se non è al centro delle situazioni</i>		
		Cluster 2 Instabilità
<i>Instabilità affettiva</i>	fattore-2 DBP Instabilità affettiva	Alfa = 0,66
<i>Alterazione dell'identità</i>		
<i>Sentimenti cronici di vuoto</i>		
<i>Sforzi disperati di evitare un abbandono</i>	fattore-1 DEP Problemi relazionali	
<i>È inibito nelle relazioni intime</i>		
<i>È riluttante ad entrare in relazione</i>		
<i>Si preoccupa di essere rifiutato in situazioni sociali</i>		
<i>Si vede socialmente inetto</i>	fattore-1 DOCP Meticolosità	
<i>È inibito in situazioni interpersonali</i>		
<i>Perfezionismo</i>		
<i>Attenzione ai dettagli</i>		
<i>Difficoltà a delegare</i>	fattore-2 DDP Solitudine-abbandono	
<i>Esageratamente coscienzioso</i>		
<i>Si sente a disagio quando è solo</i>		
<i>Si preoccupa di essere lasciato da solo</i>		
		Cluster 3 Antisocialità
<i>Sfruttamento interpersonale</i>	fattore-2 DNP Sfruttamento interpersonale	Alfa = 0,26
<i>Spesso è invidioso degli altri</i>		
<i>Crede di essere speciale</i>		
<i>Relazioni interpersonali instabili</i>	fattore-1 DBP Impulsività	
<i>Impulsività</i>		
<i>Rabbia immotivata e intensa</i>		
<i>Fughe da casa</i>	fattore-2 DDC Crudeltà	
<i>Uso di armi</i>		
<i>Crudeltà sulle persone</i>		
<i>Incendi</i>		

Tabella 8 – Regressioni tra cluster e variabili psicopatologiche e criminologiche

CLUSTER	Scale dell'EPQ e dello STAXI	Rho	R	R ²	B	β	F	p
Cluster 1 – Dissocialità	EPQ-E	0,32	0,40	0,15	0,15	4,01	16,07	<0,01
Cluster 2 – Instabilità Affettiva	EPQ-P	-0,39	0,27	0,06	-0,13	-2,58	6,67	<0,05
	AX/CON pt T	0,22	0,59	0,34	0,19	2,05	21,82	<0,01
	N. DI REATI	0,29	0,25	0,05	2,09	0,25	4,38	<0,05
Cluster 3 – Antisocialità	EPQ-N	-	0,22	0,03	2,02	0,22	4,04	0,05
	S-RABBIA pt T	0,32	-	-	-	-	-	-
	T-RABBIA pt T	0,48	0,38	0,13	3,66	0,38	13,42	<0,01
	AX/IN pt T	0,25	-	-	-	-	-	-
	AX/OUT pt T	0,48	-	-	-	-	-	-
	AX/EX pt T	0,62	0,48	0,22	4,89	0,48	23,90	<0,01

Bibliografia

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, 4th Edition. Text revised (DSM-IV TR). Washington DC: American Psychiatric Press.

Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, C.N., Schwab-Stone, M., Siever, L.J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 150:1237-1243.

Blatt, S.J., Auerbach, J.S., Zuroff, D.C., & Shahar, G. (2006), "Evaluating efficacy, effectiveness, and maturative factors in psychodynamic psychotherapies". In PMD TASK FORCE, Psychodynamic Diagnostic Manual. Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring, MD: 446-475

Casey, P. (2000). The epidemiology of personality disorders. In P. Tyrer (Ed.). Personality disorders: Diagnosis, management and course: 71–79. London: Arnold.

Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., Johnson, J.G., Crawford, T., & Gordon, K. (2005). Adolescent Cluster A personality disorder symptoms, role assumption in the transition to adulthood, and resolution or persistence of symptoms. *Development and psychopathology* 2005 Spring;17(2):549-68.

Coles, C.J., Greene, A.F., & Braithwaite, H.O. (2002). The relationship between personality, anger expression, and perceived family control among incarcerated male juveniles. *Adolescence*. 2002 Summer;37(146):395-409.

Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2009). La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina.

Dodge, K.A. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology*, 39, 2: 349-371.

Eysenck, H.J., (1991). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimension of personality. *Journal of Personality Disorder*, 58: 245-261.

Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, pp. 21-29.

Eysenck, S.B., & Eysenck, H.J. (1972). The questionnaire measurement of psychoticism. *Psychological Medicine*, 2 (1). 50-55.

Freud, S. (1914). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi), OSF, vol.7.

- Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, et al. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001 Oct;104(4):264-72.
- Herzig, A., & Licht, J. (2006). Le ricerche empiriche a favour dell'approccio diagnostico *symptom-based* del DSM. Tr. it. In PDM Task Force.(2006). PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Hiscoke, U.L., Langstrom, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: A prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 17, 293–305.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A.E., Hamagami, F., & Brook, J.S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2000 Oct;102(4):265-75.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E., Johnson, J.G., & Brook, J.S. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 156:1529-1535.
- Kohut, H. (1978). *La ricerca del Sé*. Trad. it Boringhieri, Torino, 1982.
- Krischer, M.K., Sevecke, K., Lehmkuhl, G., & Pukrop, R. (2007). Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents. *Journal of Personality Disorder*. 2007 Dec;21(6):675-89.
- Krueger, R.F., (1999), The structure of mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 921-926
- Krueger, R.F., (2005), Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19: 233-261
- Krueger, R.F., Hicks, B.M., Patrick, C.J., Carlson, S.R., Iacono, W.G., & McGue, M. (2002), Etiologic connections among substance dependence, antisocial behaviour, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 411-424
- Leibing, E., Jamrozinski, K., Vormfelde, S.V., Stahl, J., & Doering, S. (2008). Dimensions of personality--relationship between DSM-IV personality disorder symptoms, the five-factor model, and the biosocial model of personality. *Journal of Personality Disorders*, Feb;22(1):101-8.
- Livesley, W.J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder In: K.A. Phillips, M.B. First and H.A. Pincus, Editors, *Advancing DSM. Dilemmas in psychiatric diagnosis*, American Psychiatric Association, Washington, DC (2003), pp. 153–190.
- Livesley, W.J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, Apr;21(2):199-224.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., & Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:941–948.
- Livesly, W.J. (2006). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorders. In Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., Regier, D.A., (Eds.), *Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 39-54.
- Moffitt, T.E. (2003), Life-course-persistent and Adolescence-limited antisocial behaviour: A 10-year research review and a research agenda. In: Lahey B., Moffitt T.E., Caspi A. (Eds.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*. New York: Guilford.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at 26 age. *Development and Psychopathology*, 14: 179-206.

- Mulder, R.T., & Joyce, P.R. (1997). Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*, Jan;27(1):99-106.
- Mullen, P.E. (2007). Dangerous and severe personality disorder and in need of treatment. *British Journal of Psychiatry*, Suppl. May; 49: s 3-7.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., & Bender, D.S. (2005). (Eds.), Trattato dei disturbi di personalità. (Trad. it.) Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Paris, J. (2006). Neurobiological dimensional models of personalità: A review of three models. In In Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., Regier, D.A., (Eds.), *Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 61-72
- PDM Task Force.(2006). PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Rounsaville, B.J., Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E. and Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V In: D.J. Kupfer, M.B. First and D.E. Regier, Editors, A research agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Washington, DC:1–29.
- Spielberger, C.D. (1988). Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. & First M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8):624-9
- Thompson-Brenner, H., Westen, D. (2005), "Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample". In *British Journal of Psychiatry*, 186, pp. 516-524
- Trull, T.J. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders*, Jun; 19(3):262-82.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19(3): 283-302.
- Westen D., & Shedler J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte II: verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Trad. it. in: Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003). La valutazione della personalità con la SWAP-200. pp. 95-124, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001), "personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and II". In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 547-562
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Tr. it. in: Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003). La valutazione della personalità con la SWAP-200. pp.61-94, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens A. (2003). Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and an Empirically Derived Alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160: 952-966.
- Widiger, T.A., & Costa P.T.jr. (2002). Five-factors model personalità disorder research. In Costa, P.T. jr, Widiger, T.A. (Eds.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*, 2nd ed. American Psychological Association, Washington, DC.
- Widiger, T.A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W.J., Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19(3): 315-338.
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D.B., & Silk K.R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, Oct; 19(5): 505-23.

L'uso di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca: uno studio sul consumo di droghe e alcol tra gli studenti delle scuole milanesi

di Raffaele Visintini^{*}, Marta Binda^{*}, Nicolò Gaj^{*}

Introduzione

Il consumo di sostanze illecite si è andato delineando fin dagli anni '60 come una realtà specificatamente adolescenziale e giovanile (14-25 anni). La progressiva diffusione, sia in forma occasionale che abituale in questa fascia d'età ha prodotto un cambiamento radicale nel modo in cui il fenomeno è stato concettualizzato: se inizialmente esso era considerato soprattutto come l'effetto di processi psicopatologici devianti, attualmente è invece interpretato nel quadro più complessivo delle problematiche adolescenziali (Palmonari, 1993). Esso è visto cioè alla stessa stregua di altri comportamenti definibili a rischio, cioè che mettono in pericolo sia a breve che a lungo termine la sfera fisica, psicologica e sociale dell'individuo (quali ad esempio mangiare in modo inappropriato, avere esperienze sessuali precoci e/o non protette, guidare pericolosamente, ecc.) ed è posto strettamente in relazione ai compiti di sviluppo che l'adolescente si trova ad affrontare nella sua specifica fase di vita. Quanto più egli avverte delle difficoltà ad affrontarli in modo costruttivo, o perché si sente inadeguato, o perché teme o ha già sperimentato degli insuccessi, tanto più aumenta la probabilità che la droga possa apparirgli come un mezzo per ridurre l'ansia, l'angoscia, l'incertezza e per meglio rispondere alle richieste del suo ambiente di vita (*Ibidem*).

Il seguente studio nasce dall'esigenza di approfondire alcuni dati emersi da una precedente ricerca, condotta nel 2002 da parte del Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Ospedale San Raffaele-Turro, sui comportamenti potenzialmente a rischio nella popolazione studentesca milanese, da cui è emerso che il 42,2% degli studenti aveva utilizzato sostanze psicoattive almeno una volta nella vita (Nahum Sembira, 2002).

L'obiettivo del presente lavoro è descrivere il consumo delle diverse tipologie di sostanze psicoattive tra gli studenti delle scuole milanesi, nel tentativo di comprendere, da un lato, i significati che gli adolescenti con età compresa tra i quattordici e i diciannove anni attribuiscono all'attrazione verso le droghe e, dall'altro, la presenza di eventuali relazioni tra assunzione di tali sostanze, qualità del rapporto genitori-figli e comportamenti sessuali a rischio, nell'ipotesi che queste dimensioni possano influire sulla sperimentazione e sull'uso di sostanze in età adolescenziale.

Materiali e metodi

Campione

Lo studio è stato condotto su un campione di 1090 studenti di sesso maschile e femminile, di età compresa tra i 14 e i 19 anni, frequentanti una Scuola Media Superiore pubblica all'interno del comune di Milano. La ricerca è stata condotta sul 2% della popolazione studentesca milanese, che annovera complessivamente 53848 soggetti circa.

^{*} Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia - Ospedale San Raffaele-Turro, Milano, Italia.

Si è valutato di utilizzare una strategia di campionamento casuale stratificato, suddividendo la popolazione studentesca in strati in base a due variabili ritenute da noi significative: tipologia di scuola e fascia d'età. Affinché le scuole scelte fossero rappresentative di tutte le tipologie di scuole pubbliche esistenti sul territorio della città di Milano, si è utilizzata la classificazione della tipologia degli istituti adottata dal Ministero dell'Istruzione, escludendo le scuole private e tenendo in considerazione solo gli Istituti Statali (www.pubblica.istruzione.it).

Il campione è stato formato prendendo 1 istituto su 10 per ogni tipologia di scuola considerata. In ogni scuola la somministrazione è avvenuta in un numero di classi pari a quello ottenuto sulla base delle proporzioni da noi effettuate (Fig.1) e le sezioni sono state sortegeggiate casualmente. In questo modo abbiamo coperto le fasce d'età rientranti nel target stabilito e le tipologie di scuola presenti sul territorio milanese.

Fig. 1 Procedura di campionamento

TIPOLOGIA ISTITUTO	NUM.TOTALE SUL TERRITORIO DI MILANO CITTA'	N.CLASSI	TOTALE STUDENTI
Istituti professionali	25	25	227
Istituti tecnico commerciale e per geometri	10	10	134
Istituti tecnico industriale	18	18	211
Liceo artistico	4	4 (5) ¹	70
Liceo classico	8	0 ²	0
Liceo linguistico	3	3 (5) ¹	59
Liceo scientifico	25	25	389
			TOT. 1090

Strumenti

Allo scopo di indagare i comportamenti a rischio degli adolescenti nell'ambito dell'assunzione di sostanze e dell'abuso di alcol è stato utilizzato un questionario sviluppato ad hoc a partire da quello creato nel 2002 (Nahum Sembira).

La considerazione delle caratteristiche del campione hanno contribuito a determinare le qualità dello strumento. Abbiamo cioè cercato di utilizzare un linguaggio il più possibile vicino al mondo degli adolescenti, in modo da incentivare i giovani a rispondere nel modo più sincero possibile.

Il questionario autosomministrato che abbiamo sviluppato risulta composto da 5 fascicoli distinti (vedi allegato):

- Griglia iniziale che raccoglie i dati demografici del soggetto (sesso, età e occupazione lavorativa, tipo di scuola).
- Fascicolo introduttivo (costituito da 4 domande su tempo libero, numero di giorni di scuola persi, rendimento scolastico ed età di inizio di consumo di alcol e droghe).
- Fascicolo 1: consumo di sostanze (costituito da 15 domande riguardanti rispettivamente: fumo da sigarette, bevande alcoliche e altre droghe).
- Fascicolo 2: percezione atteggiamenti genitoriali (costituito da 14 domande riguardanti l'atteggiamento dei genitori verso i comportamenti di consumo di sostanze da parte dei figli).
- Fascicolo 3: comportamenti sessuali (costituito da 14 domande sui comportamenti sessuali a rischio).

¹ Il numero di classi effettivamente considerate ammonta a 5, in modo tale da coprire tutte le fasce d'età rientranti nel target stabilito.

² Nessun liceo classico ha dato la disponibilità a partecipare alla ricerca.

E' stato necessario rendere facoltativa la compilazione di quest'ultimo fascicolo per ovviare alle obiezioni poste dai dirigenti scolastici di alcuni istituti, che non hanno ritenuto opportuno sottoporre i propri studenti al contenuto del Fascicolo 3.

La somministrazione dei questionari è avvenuta durante l'orario di lezione all'interno delle aule scolastiche. Sia gli insegnanti che i ragazzi sono stati informati riguardo lo scopo della ricerca; la presenza degli insegnanti all'interno delle classi si è ritenuta facoltativa e il questionario è stato compilato individualmente dagli studenti.

Per garantire l'anonimato a tutti gli intervistati è stata consegnata una busta bianca con chiusura adesiva, all'interno della quale, una volta compilato, i soggetti hanno inserito il questionario; ad ogni questionario è stato poi attribuito un codice in modo tale che fossero rintracciabili la classe e l'istituto di appartenenza, pur garantendo la privacy dei soggetti.

Analisi dei dati

Le informazioni raccolte sono state inserite in un database e l'elaborazione statistica è stata realizzata con SPSS 15.0.

Sono state calcolate le frequenze assolute delle risposte alle domande del questionario, le differenze tra le medie (t di Student) su dimensioni ritenute di interesse e utilizzato il test dell'analisi della varianza (ANOVA), al fine di effettuare un confronto tra le medie dei subcampioni tenendo conto contemporaneamente di più variabili.

Risultati

- Fattori socio-demografici

Il campione generale è costituito da 1090 soggetti: 544 (49,9%) maschi e 546 (50,1%) femmine. La media dell'età dei soggetti è di 16,7 (DS±1,6). La considerazione dei fattori socio-demografici considerati illustra alcune caratteristiche generali che permettono di ricostruire, o per lo meno di fare delle ipotesi, sui riferimenti culturali e valoriali del nostro campione.

Relativamente alle attività di tempo libero, l'utilizzo dei videogiochi e l'impiego generico del computer sembrano essere occupazioni molto diffuse (il 42,4% lo fa quasi ogni giorno). Un'altra attività ricreativa particolarmente piacevole tra i giovani sembra essere la frequentazione dei centri commerciali (44%), mentre leggere libri ed andare all'oratorio rimangono attività che vengono praticate poche volte l'anno.

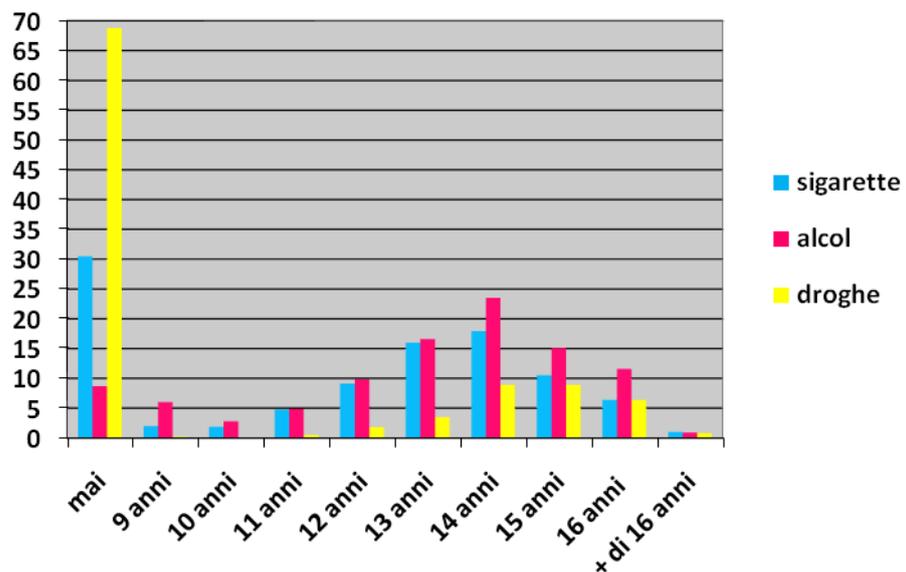
Per quanto riguarda l'andamento scolastico, il 41,5% dei ragazzi dichiara di avere una media tra il 6 e il 7, mentre il 31,6% affermano di avere una media scolastica insufficiente (inferiore al 6).

- Diffusione e caratteristiche del fenomeno droghe

Il 32,2% del campione dichiara di aver fatto uso di sostanze psicoattive almeno una volta nel corso dell'ultimo mese, con una prevalenza maschile (rispettivamente il 35,6% dei maschi e il 27,8% delle femmine).

Al fine di comprendere l'estensione del fenomeno, è interessante notare a quale età i soggetti hanno iniziato a fare uso di sostanze psicoattive (anche se poi la "prova" non ha dato esito a un consumo abituale) (Fig. 2).

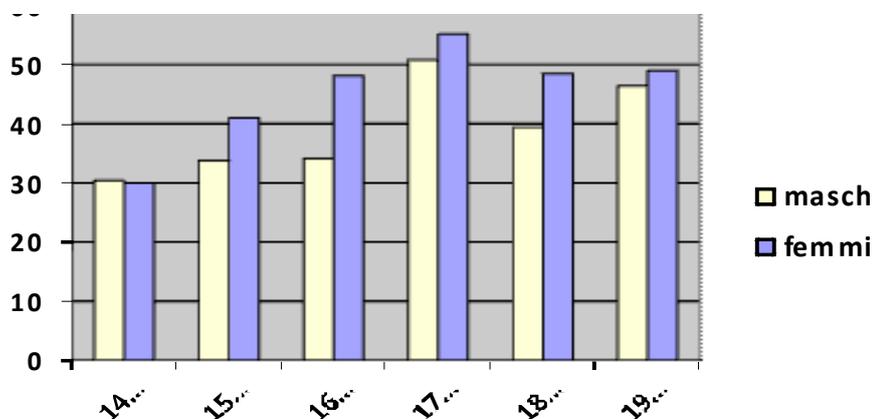
Fig. 2 Età inizio consumo sostanze



Dalla Figura 2 risulta che il 18% del campione inizia a fumare sigarette a 14 anni e alla stessa età il 23% dei ragazzi riferisce di aver avuto il primo approccio con l'alcol. Per quanto riguarda il consumo di sostanze illegali, la maggior parte degli intervistati (9%) riferisce il primo contatto tra i 14 e i 15 anni. Sono state osservate differenze significative tra maschi e femmine ($p:.004$), il che significa che l'approccio alle sostanze psicotrope da parte delle femmine è differente rispetto a quello dei coetanei maschi.

Il fumo di sigaretta sembra essere molto diffuso tra i ragazzi di quest'età, infatti coloro che dichiarano di aver fumato sigarette nel corso dell'ultimo mese costituiscono il 43,8% del campione (40,7% dei ragazzi e 46,7% delle ragazze) e la fascia d'età maggiormente interessata è quella relativa ai 17 anni (Fig.3)

Fig.3 Consumo di sigarette



Come indicatore del consumo di alcolici è stato utilizzato il numero di "ubriacature" (autoriferite) riportate nel mese precedente la somministrazione del questionario. Gli studenti che hanno dichiarato di non essersi mai ubriacati nel corso dell'ultimo mese sono stati il 74,8% del campione, di cui il 72,7% è costituito da maschi, mentre solo il 27% da femmine. La bevanda più consumata

dai ragazzi è la birra (71,4%), come ci si poteva attendere, mentre superalcolici e vino sono in posizione subordinata (rispettivamente 56,8% e 51,3%). A 17 e 18 anni vi è un consumo di superalcolici più elevato rispetto a quello del vino, sia per i ragazzi che per le ragazze, ma ciò è transitorio per i maschi, la cui preferenza rimane comunque la birra (Fig.4). Le ragazze, invece, sembrano prediligere i superalcolici anche in età più giovane (Fig.5). Sono state osservate differenze significative rispetto all'uso di alcol tra i due sessi (M-F p : .003) e tra le diverse fasce d'età (14-19 p : .000).

Fig.4 Ragazzi che hanno consumato alcol nell'ultimo mese

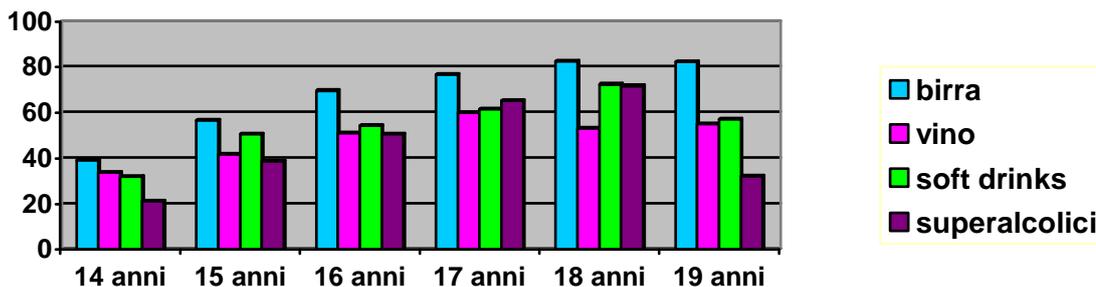
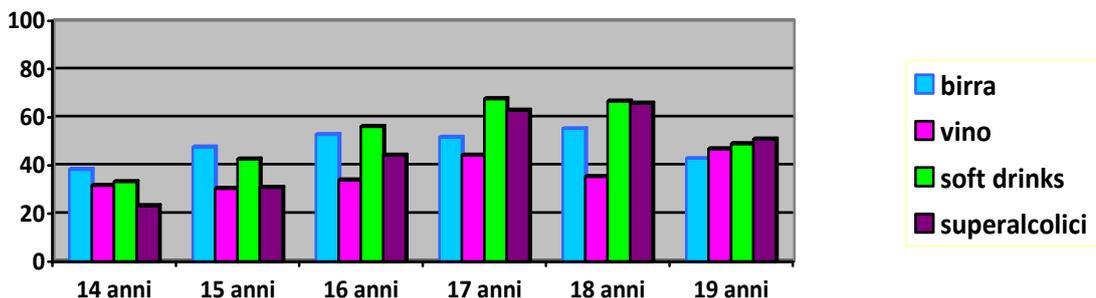


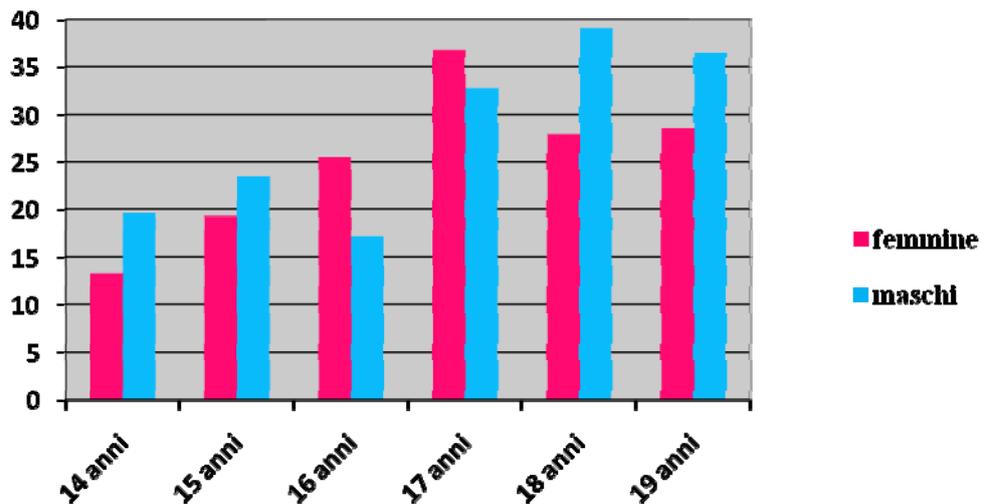
Fig.5 Ragazze che hanno consumato alcol nell'ultimo mese



Riguardo la percezione della disponibilità d'accesso alle sostanze da parte dei soggetti (la percezione di quanto sia "facile" accedere all'acquisto delle sostanze), è emerso che la cannabis è la sostanza maggiormente disponibile, sia per i ragazzi (31,9%) sia per le ragazze (24%), mentre altri tipi di droga lo sono decisamente di meno (dall'1% al 13,9%).

In linea con questo dato risulta essere il fatto che la cannabis venga riferita come quella maggiormente consumata tra gli studenti. Infatti l'uso negli ultimi 30 giorni dalla somministrazione viene riferito dal 28,1% degli studenti (il 29,7% dei ragazzi e il 26,5% delle ragazze). Analizzando il consumo della sostanza per fasce d'età, i dati emersi mostrano come i ragazzi riferiscano un consumo più assiduo rispetto alle ragazze a 14 (19,6%), 15 (23,5%), 18 (39,1%) e 19 (36,5%) anni, mentre a 16 e a 17 anni le quote più elevate dei consumatori sono da riferirsi alle femmine (rispettivamente il 25,5% a 16 anni e il 36,8% a 17 anni) (Fig.6).

Fig.6 Consumo di cannabis



Per quanto riguarda le altre sostanze stupefacenti considerate (cocaina, eroina, ecstasy, amfetamine, GHB, LSD e funghi allucinogeni), il consumo risulta ridotto, compreso tra il 2% e il 6%. In altre parole, i nostri dati non mostrano differenze significative tra i due sessi in merito al consumo di questo tipo di sostanze.

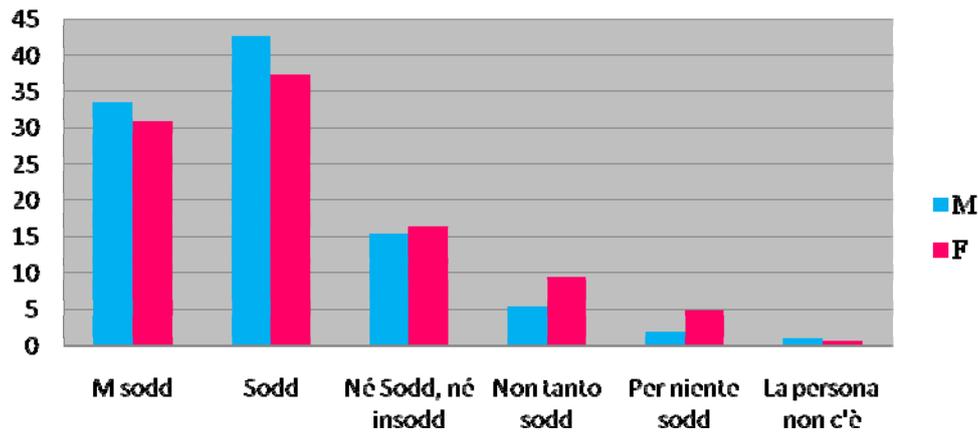
Riguardo le motivazioni riportate alla base del consumo di sostanze, la maggior parte degli intervistati afferma di bere "per divertirsi" (63,2%), mentre il 17,6% della popolazione che usa un qualsiasi tipo di droga afferma che uno dei motivi principali o il motivo per cui adotta tale comportamento di consumo è perché facilita il rilassamento. Tra coloro che dichiarano di non fare uso di sostanze, la motivazione principale è collegata alla consapevolezza della loro dannosità per la salute (62,4%). Altri, in percentuale minore (26,9%), dichiarano di non averci mai pensato.

- Percezione dell'atteggiamento genitoriale

Un dato che ci sembra interessante indagare, esplorando il consumo di sostanze presso soggetti in età adolescenziale, è il livello di soddisfazione riferito dagli studenti riguardo il rapporto con i propri genitori.

Alla domanda: "In genere quanto sei soddisfatto del rapporto con tua madre?" (vedi item 2.5 nell'allegato), il 40.1% del campione risponde positivamente. In modo più specifico, i ragazzi che dichiarano di essere soddisfatti del rapporto con la propria madre costituiscono il 42,8% del campione, mentre le ragazze il 37,5%. Sono state osservate differenze significative tra le due popolazioni ($p: .004$) riguardo il rapporto con la madre (Fig.7).

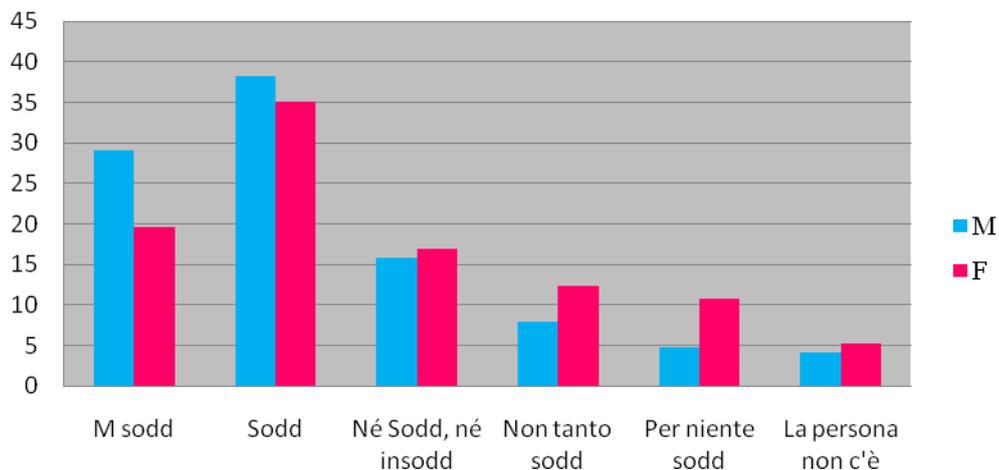
Fig.7 Livello soddisfazione rapporto madre



$p: .004$

Alla domanda: “In genere quanto sei soddisfatto del rapporto con tuo padre?”, il 36,6% dichiara di ritenersi soddisfatto. Per quanto riguarda la il subcampione maschile, coloro che ritengono soddisfacente il rapporto con il proprio padre ammontano al 38,2%. Nel sub campione femminile, il 35% afferma di essere soddisfatta della relazione (Fig.8). In questo caso non risulta una differenza significativa tra i due gruppi, diversamente dal livello di soddisfazione del rapporto con la propria madre.

Fig. 8 Livello soddisfazione rapporto padre



Il confronto tra il consumo di sostanze psicoattive illegali, la media scolastica, il livello di soddisfazione del rapporto con i genitori riferito dagli studenti e l'item relativo alla percezione dei soggetti rispetto alla tendenza da parte dei genitori a stabilire regole fuori casa (“Tuo padre/madre stabiliscono regole precise sul tuo comportamento fuori casa?”, vedi item 2.6), ha evidenziato importanti differenze tra coloro che non hanno mai consumato cannabis e coloro che hanno approcciato la sostanza più di 3 volte³. Di seguito i risultati.

Confrontando le risposte alla domanda. “Quanto sei soddisfatto del rapporto con tua madre?”, emerge che il 41,1% di coloro che dichiarano di non aver mai utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo mese, definisce il rapporto con la propria madre soddisfacente, mentre la percentuale di

³ E' stato possibile condurre queste analisi solamente sui consumatori di cannabis, a causa della ridotta numerosità del sottocampione costituito da coloro che ha utilizzato altre sostanze.

coloro che hanno consumato cannabis da 3 a 5 volte nell'ultimo mese e che ritiene di essere soddisfatto del rapporto con la propria madre, costituisce il 23%. Le differenze emerse tra i due gruppi sono risultate significative ($p: .001$).

Per quanto riguarda l'andamento scolastico, emerge che gli studenti che riferiscono di non aver mai usato cannabis hanno una media autoriferita compresa tra il 6 e il 7 (40,5%), mentre coloro che affermano di averne utilizzata più di 20 volte nel corso dell'ultimo mese hanno una media scolastica che oscilla tra il 5 e il 6 (44%). La differenza tra i due gruppi è significativa ($p: .000$).

Differenze significative ($p: .000$) si rilevano rispetto l'item 2.6: "Mio padre/madre stabiliscono regole precise sul mio comportamento fuori casa?". Chi non ha mai fatto uso di cannabis dichiara che questa affermazione sia "spesso" vera (33,3%), mentre coloro che riferiscono un uso più assiduo della sostanza (dalle 3 alle 5 volte nell'ultimo mese), afferma che ciò è "quasi mai" vero (32,8%).

- Comportamenti sessuali a rischio

L'ipotesi da noi formulata rispetto una possibile relazione tra consumo di sostanze e comportamenti sessuali a rischio non è stata confermata dalle elaborazioni statistiche effettuate. In particolare, l'ipotesi che ci sia una relazione tra il mancato uso del preservativo durante i rapporti sessuali completi e il consumo di sostanze psicoattive illegali non è stata confermata.

Discussione

Il focus del presente studio è fornire un'immagine dei comportamenti di consumo di alcol e droghe negli adolescenti milanesi e di rilevare eventuali relazioni tra assunzione di tali sostanze e qualità del rapporto genitori-figli, data la centralità della stessa nel processo di passaggio dall'età infantile all'età adulta.

Nel nostro campione il consumo di sostanze psicoattive illegali sembra mostrare una realtà abbastanza ampia e diffusa: il 32,2%, infatti, ne ha fatto uso almeno una volta nell'ultimo mese.

Similmente ad altri studi (Hser et al., 1994), la nostra ricerca evidenzia come l'assunzione di sostanze sia un comportamento maggiormente diffuso tra la popolazione maschile (38,7%) rispetto a quella femminile (30,8%), anche se il divario tra i due sessi sembra essere sempre meno consistente, a conferma della sempre maggiore diffusione del fenomeno.

Il primo contatto con le sostanze illegali è abbastanza precoce; l'età a cui è più frequente iniziare ad utilizzare sostanze è rilevabile a circa 14 anni e mezzo, anche se una percentuale non indifferente di ragazzi inizia a 13 anni. L'uscita dalla scuola secondaria di primo grado superiore e l'ingresso in quella secondaria di secondo grado determina, cioè, un avvicinamento al mondo delle sostanze e dà inizio all'età della sperimentazione. Rispetto alla ricerca condotta nel 2002 non si notano in questo senso variazioni.

I nostri dati mostrano che i giovani milanesi hanno una netta predilezione per l'uso della cannabis. E' questa, infatti, la droga più diffusa in assoluto, il cui consumo nel corso dell'ultimo mese viene riferito dal 28,1% della popolazione studentesca. Questo dato risulta essere in linea ai valori riportati da ODDA (Observatory on Drugs and Drug Addiction, Italy) (2008) e rimane quindi stabile nel corso del tempo. Il nostro studio conferma, inoltre, ciò che emerge dalla ricerca di Copeland et al. (2006): l'uso sperimentale della cannabis prevale tra i giovani studenti e decresce al compimento della maggiore età. Ciò permette di ipotizzare che per una quota non irrisoria della popolazione adolescenziale il consumo di questa sostanza non rappresenti una stazione terminale di una carriera nel campo delle sostanze psicoattive illegali, ma piuttosto un'esperienza transitoria, probabilmente legata alle necessità di sperimentazione e di 'risk taking' propri di questa fase dello sviluppo.

Al di là dell'uso di cannabis, una piccola percentuale (tra il 2% e il 6%) degli intervistati riferisce di aver provato almeno una volta nel corso della propria vita sostanze più pesanti e più pericolose quali cocaina, funghi allucinogeni, LSD, ecstasy ed amfetamine. Anche questo risulta essere in linea con fonti autorevoli quali l'ultima indagine ESPAD-Italia (2008), che rileva un consumo di

sostanze stupefacenti compreso tra il 2,1% e il 5,8%. In tal senso, il nostro campione pare essere rappresentativo della popolazione italiana.

Relativamente al tema delle motivazioni alla base del consumo di droghe, l'area principalmente coinvolta sembra essere quella dell'ansia: il 17,6% del campione che ha fatto uso di sostanze nell'ultimo mese, dice di aver assunto sostanze, anche o solo "perché fanno rilassare". Stesso dato è stato osservato anche in una ricerca di Ravenna & Vicoli del 1991, in cui si afferma che l'uso di droghe rappresenta un'occasione di relax che rende possibile il distacco dalle difficoltà e dagli stress. Secondo gli autori il bisogno di rilassamento e di attenuazione dell'ansia sembra aumentare con il crescere dell'età. Ciò viene confermato anche dalla nostra ricerca: la percentuale di soggetti che attribuisce al senso di rilassamento indotto dalle sostanze uno dei motivi o il motivo per cui assumono le stesse cresce sensibilmente nel passaggio dai 14 (10,7%) ai 19 anni (28,7%). Questo dato impone necessariamente particolare sensibilità al tema dell'ansia e dei disturbi ad essa correlati, la cui rilevazione diagnostica e il conseguente trattamento divengono questioni centrali in relazione al consumo di droga. Inoltre, queste riflessioni mostrano l'opportunità di approfondire le motivazioni sottese alla necessità di rilassarsi: in altri termini, da che cosa è necessario prendere le distanze?

Alla base della diffusione della droga tra gli adolescenti, oltre che a fattori cognitivi-motivazionali e interattivi, vi sono anche aspetti situazionali quali, ad esempio, la sua disponibilità oggettiva e il grado di facilità con cui la si può ottenere (Palmonari, 1993). In linea con questa considerazione, la sostanza più diffusa in assoluto (la cannabis) è anche quella riferita come maggiormente disponibile: i maschi hanno una facilità di accesso maggiore rispetto alle coetanee in quasi tutte le classi d'età, fatta eccezione per le diciassetenni che riferiscono di essere più facilitate rispetto ai ragazzi nella reperibilità della sostanza. Lasciamo questo dato alle riflessioni del lettore e all'approfondimento di ulteriori studi futuri.

Così come per le droghe illegali, anche il consumo di alcol risulta essere un comportamento più diffuso tra il genere maschile rispetto al genere femminile, come ci si poteva attendere. In linea risultano essere i dati riportati dall'ultima indagine Istat sui consumi di alcolici (2007). La ricerca mette in evidenza come, dal 1998 al 2007, il consumo di alcol fuori pasto tra i 14 e i 17 anni è passato dal 12,6% al 20,5%: si ha un incremento dal 9,7% al 17,9% per le ragazze, mentre per i ragazzi dal 15,2% al 22,7%. Quindi, indubbiamente, il consumo alcolico maschile risulta essere più alto di quello femminile, ma sembra che la diffusione dell'alcol nella popolazione femminile abbia avuto un più forte aumento nel tempo, portando ad una situazione vicina alla parità di genere.

La più diffusa motivazione alla base del consumo di alcol è la voglia di divertirsi. Il dato conferma la natura conviviale dell'uso di alcol, che svolge un'importante funzione di disinibizione e di facilitazione delle relazioni, a livello di comunicazione, contatto fisico e intimità, eliminando imbarazzi e difficoltà che non pochi adolescenti portano con sé. In altri termini, l'alcol sembra assumere una funzione di disinibizione sociale, strettamente connessa al senso soggettivo di divertimento.

Veniamo ora ai dati relativi allo stile parentale. I risultati emersi da alcuni studi considerati (Lac & Crano, 2009; Kuntsche, Van der Vorst & Engels, 2009) mostrano come lo stile parentale possa essere un fattore protettivo rispetto alla sperimentazione e all'uso di sostanze in età adolescenziale. In modo particolare, queste ricerche hanno evidenziato come gli adolescenti che hanno relazioni positive e stabili con i propri genitori ritardino la sperimentazione di sostanze, riducendo il rischio di sviluppare comportamenti problematici d'uso cronico.

Ciò sembra essere confermato anche dai nostri risultati, ottenuti da analisi condotte solamente sui consumatori di cannabis, in quanto il sottocampione costituito da coloro che hanno utilizzato altre sostanze psicoattive risulta essere molto ridotto. La nostra ricerca mette in luce come, in generale, i ragazzi che non sono mai entrati in contatto con sostanze (in questo caso la cannabis) riferiscano un maggior livello di soddisfazione con entrambe le figure parentali e una maggiore percezione della propensione dei genitori a stabilire regole precise sul loro comportamento fuori casa rispetto, invece, ai consumatori abituali. Questo si correla poi con un migliore rendimento scolastico rispetto a coloro che affermano di aver utilizzato la sostanza dalle 3 alle 40 volte nel corso dell'ultimo mese. In altri termini, coloro che si dichiarano maggiormente soddisfatti del rapporto con i propri genitori e che percepiscono un ambiente accudente, dotato di regole e norme, tendono a non entrare in contatto con il mondo delle sostanze, mostrando inoltre un miglior rendimento scolastico.

Sembra quindi che la qualità percepita dell'ambiente familiare, la percezione che i propri genitori 'si prendono cura' di sé, determini un migliore funzionamento (almeno in termini scolastici e di astensione dalle droghe) del soggetto. Questa ipotesi, di per sé intuitiva, diviene particolarmente interessante data la natura autoriferita dei dati che abbiamo raccolto: ciò che percepisce il soggetto adolescente, in termini di calore affettivo e presenza dei genitori, conta e ha un'influenza sul suo rendimento scolastico e sul consumo di droga.

In linea generale, i risultati della nostra ricerca sembrano confermare alcuni dati già evidenziati, a livello milanese come a livello nazionale. Non mancano però alcune sorprese, che probabilmente riflettono i cambiamenti sviluppatasi nel tempo in riferimento all'utilizzo di droghe da parte degli adolescenti milanesi. Ciò è visibile soprattutto rispetto all'assottigliarsi delle differenze tra maschi e femmine.

I limiti della presente ricerca derivano senz'altro dal fatto che essa si basa su resoconti soggettivi, strumenti che sono esposti a diversi tipi di minacce metodologiche. Inoltre, il rifiuto della ricerca da parte dei Licei Classici ha comportato uno sbilanciamento del campione da noi analizzato, limitando la validità esterna dello studio.

Bibliografia

Copeland et al. (2006). Cannabis use, depression and public health. *Addiction*, 101, 1380.

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. (2008) da <http://www.espad.org>, consultato il 6/7/2009

Hser et al. (1994). Cocaine use and high-risk sexual behaviour among STD clinic patients. *Sexually Transmitted Diseases*, 26, 82.

L'uso e l'abuso di alcol in Italia. (2007) da http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080417_00/testointegrale20080417.pdf, consultato il 23/5/2009

Kuntsche, E., Van der Vorst, H., & Engels, R. (2009). The earlier the more? Differences in the links between age at first drink and adolescent alcohol use and related problems according to quality of parent-child relationships. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70 (3).

Lac, A. & Crano, W.D. (2009). Monitoring matters: Meta-analytic Review Reveals the Reliable Linkage of parental monitoring with Adolescents Marijuana Use. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 578-586.

Nahum Sembira, E.E. (2002). Droghe, alcool e rischio di contagio HIV nella popolazione scolastica milanese. Tesi di laurea inedita, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia.

2008 Annual Report: the state of the drugs problem in Europe. (2008) da www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008, consultato il 25/4/2009

Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.

Ravenna, M. & Vicoli, A. (1991). Iniziazione all'uso di droghe leggere e pesanti: analisi di sequenze discorsive, *Giornale Italiano di Psicologia*, 18, 473-489.

APPENDICE



FACOLTA' DI PSICOLOGIA
SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA
Via Stamira d'Ancona, 20 – 20127 Milano

Prima di iniziare leggi attentamente le istruzioni.

Il questionario che ti presentiamo fa parte di una ricerca che il Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Università Vita-Salute S. Raffaele sta conducendo. Essa ha per oggetto il consumo di alcol e droghe nella popolazione studentesca milanese. Lo scopo della ricerca è quello di fornire un'immagine chiara e complessiva dei comportamenti di consumo di alcol e droghe negli studenti milanesi. Le risposte che fornirai saranno molto utili per raggiungere gli obiettivi di conoscenza prefissati.

Il questionario è comprensivo di 47 domande. Ricorda che non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate".

I seguenti dati non comprometteranno in alcun modo il tuo anonimato

Per favore segna la tua risposta ad ogni domanda **facendo una "X"** nella casella appropriata.

Sesso F M

Età 14 15 16 17 18 19 20

**Altra occupazione lavorativa
oltre lo studio**

nessuna	operaio
altro (specificare)	impiegato/a

1) Generalmente nell'arco di un mese come trascorri il tuo tempo libero?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Poche	1	o	2	Almeno	1	Quasi
Mai	volte	volte	al	volta		a	ogni
	l'anno	mese		settimana			giorno

a) Bar con amici

b) Andare in giro con gli amici
al centro commerciale, per
strada,

al parco ecc. per divertimento

c) Giocare con il computer e
con i videogiochi

d) Discoteca con amici

e) Oratorio

f) A casa con amici

g) Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)

h) Navigare in internet per svago (chat, in cerca di musica, per giocare ecc.)

i) Attività culturali (teatro, suonare uno strumento, cantare, disegnare, scrivere)

l) Volontariato

2) Durante gli ULTIMI 30 GIORNI, quanti giorni di scuola hai perso?

(segna una sola casella per riga)

Nessuno	1	2	3-4	5-6	7 o
	giorno	giorni	giorni	giorni	più

a) Perché sei stato malato

b) Perché non avevi voglia di andarci

c) Per altri motivi

3) Quale dei punteggi seguenti descrive meglio il tuo andamento scolastico nell'ultimo quadrimestre?

3-4

4-5

5-6

6-7

7-8

8-9

9-10

4) Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA (se le hai fatte) ciascuna delle seguenti cose?

Mai 9 anni 10 11 12 13 14 15 16
o anni anni anni anni anni anni Anni
meno

a) Fumare la prima sigaretta

b) Consumare la prima
bevanda alcolica

c) Utilizzare sostanze

Le domande che seguono riguardano il fumo da sigarette

1.1 Quanto sarebbe possibile per te procurarti sigarette, se lo volessi?

Impossibile

Molto difficile

Abbastanza difficile

Abbastanza facile

Molto facile

Non so

1.2 Negli ULTIMI 30 GIORNI con quale frequenza hai fumato sigarette?

Mai

Meno di 1 sigaretta alla settimana

Meno di 1 sigaretta al giorno

1-5 sigarette al giorno

6-10 sigarette al giorno

11-20 sigarette al giorno

Più di 20 sigarette al giorno

1.3 Per quale dei seguenti motivi fumi sigarette? (sono possibili più risposte)

Mi fanno rilassare

Mi aiutano a
concentrarmi

Per abitudine

Lo fanno tutti i miei
amici

Non posso farne a
meno

Non ho mai fumato
sigarette

Le domande che seguono riguardano le bevande alcoliche

1.4 Quanto sarebbe possibile per te procurarti ciascuna delle seguenti sostanze, se lo volessi?

	Impossibile	Molto	Abbastanza	Abbastanza	Molto	Non
		difficile	difficile	facile	facile	so
a) Birra
b) Vino
c) Soft drinks
d) Superalcolici (liquori, cocktails etc.)

1.5 Pensa agli ULTIMI 30 GIORNI, in quante occasioni hai bevuto qualcuna delle bevande qui di seguito elencate?

N. di occasioni

0 1-2 3-5 6-9 10-19 20-39 40 o più

- a) Birra
- b) Vino
- c) Soft drinks
- d) Superalcolici (liquori, cocktails etc.)

1.6 Nell'ultimo mese, nelle seguenti circostanze, cosa e quanto (numero bicchieri) hai bevuto?

N. bicchieri

Birra	Vino	Soft drinks	Superalcolici (liquori, cocktails etc.)
-------	------	-------------	-----------------------------------------

Ai pasti in famiglia , , ,

Con amici , , ,

Da solo , , ,

1.7 Nell'ultimo mese quante volte ti è capitato di ubriacarti (barcollavi nel camminare oppure non riuscivi a parlare correttamente, vomitando o dimenticando l'accaduto)?

Mai

Mi è capitato all'incirca.....volte

1.8 Per quali dei seguenti motivi hai bevuto alcolici? (sono possibili più risposte)

Mi aiutano ad essere più espansivo

Per abitudine

Lo fanno tutti i miei amici

Non posso farne a meno

Mi fanno sballare

Mi fanno rilassare

Per distinguermi

Per fare colpo

Per dimenticare i miei problemi

Per divertirmi

Per sentirmi felice

Non ho mai bevuto alcolici

Le prossime domande riguardano alcune sostanze

1.9 Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

Impossibile	Molto	Abbastanza	Abbastanza	Molto	Non
	difficile	difficile	facile	facile	So

Marijuana, Hashish, Ganja

Ecstasy

LSD o qualche altro
allucinogeno

Amfetamine

Crack

Cocaina

Eroina

Funghi allucinogeni

GHB (ecstasy liquida)

Alcool insieme a pasticche

Altre droghe (specificare)

.....

1.10 In quale di questi posti pensi che potresti trovare facilmente queste sostanze, se lo volessi?

	In strada, nei parchi	A scuola	In discoteca, al bar	A casa di uno spacciatore	Via internet	Altro (per favore specifica)
Marijuana, Hashish, Ganja					
Ecstasy					
LSD o qualche altro allucinogeno					
Amfetamine					
Crack					
Cocaina					
Eroina					
Funghi allucinogeni					
GHB (ecstasy liquida)					
Alcool insieme a pasticche					
Altre droghe (specificare)					

.....

.....

1.11 Nell'ultimo mese in quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato qualcuna delle seguenti droghe?

Numero							
occasio							
ni							
0	1-	3-	6-	10-	20-	40	e
	2	5	9	19	39	più	

Marijuana, Hashish, Ganja

Ecstasy

LSD o qualche altro
allucinogeno

Amfetamine

Crack

Cocaina

Eroina

Funghi allucinogeni

GHB (ecstasy liquida)

Alcool insieme a pasticche

Altre droghe (specificare)

.....

.....

1.12 Quante volte nell'ultimo mese, dopo aver assunto sostanze, hai:

Numero volte

1-2 3-5 6-9 10-19 20 o più

- a) Guidato auto
- b) Guidato moto
- c) Guidato bicicletta
- d) Studiato
- e) Fatto sport
- f) Fatto sesso

1.13 Per quali dei seguenti motivi hai usato droghe? (sono possibili più risposte)

Non ho mai usato droghe

Per abitudine

Lo fanno tutti i miei amici

Non posso farne a meno

Mi fanno sballare

Mi fanno rilassare

Per distinguermi

Per fare colpo

Mi aiutano ad essere più espansivo

Favoriscono le mie prestazioni sessuali

Non volevo rimanere escluso dal gruppo

Non avevo niente da fare

Volevo dimenticare i miei problemi

1.14 Hai mai avuto la possibilità di provare qualcuna di queste droghe senza farlo?

No

Sì

(indi 

care quali)

Numero volte

1- 3- 6- 10- 20- 40 o
2 5 9 19 39 più

Marijuana, Hashish, Ganja

Ecstasy

LSD o qualche altro
allucinogeno

Amfetamine

Crack

Cocaina

Eroina

Funghi allucinogeni

GHB (ecstasy liquida)

Alcool insieme a pasticche

Altre droghe (specificare)

.....

1.15 Non ho usato droghe perché (sono possibili più risposte):

Non ci ho mai pensato

Temo di perdere il controllo

Costano troppo

Fanno male

Le persone che frequento non approverebbero

Le domande che seguono riguardano i tuoi genitori

2.1 Qual è il livello massimo di scolarità raggiunto da tuo padre?

Ha completato le elementari o meno

Ha fatto qualche classe delle medie inferiori

Ha completato le medie inferiori

Ha fatto qualche classe delle medie superiori o qualche anno di università

Ha completato le medie superiori o l'università

Non so

2.2 Qual è il livello massimo di scolarità raggiunto da tua madre?

Ha completato le elementari o meno

Ha fatto qualche classe delle medie inferiori

Ha completato le medie inferiori

Ha fatto qualche classe delle medie superiori o qualche anno di università

Ha completato le medie superiori o l'università

Non so

2.3 Come sta economicamente la tua famiglia rispetto alle altre famiglie italiane?

Tantissimo al di sopra

Molto al di sopra

Al di sopra

Circa lo stesso

Al di sotto

Molto al di sotto

Tantissimo al di sotto

2.4 Quali di queste persone vivono in casa con te? (sono possibili più risposte)

. Vivo da solo

. Padre

. Partner/marito di mia madre

- . Madre
- . Partner/moglie di mio padre
- . Fratello/i
- . Sorella/e
- . Nonno/i
- . Altro parente/i
- . Convivente/i non parenti

2.5 In genere quanto sei soddisfatto del ...

Molto	soddisfatto	Nè	Non	tanto	Per	niente	Non	c'è
soddisfatto		soddisfatto nè	soddisfatto		soddisfatto		questa	
		insoddisfatto					persona	

a) Rapporto
con tua
madre?

b) Rapporto
con tuo
padre?

c) Rapporto
con i tuoi
amici?

2.6 In che misura sono valide per te le seguenti affermazioni ?

- . Lo sanno qualche volta
- . In genere non lo sanno

2.8 Se tu avessi usato marijuana o hashish, pensi che l'avresti detto in questo questionario?

- . Ho già detto di averli usati
- . Sicuramente sì
- . Probabilmente sì
- . Probabilmente no
- . Sicuramente no

2.9 Se tu volessi fumare (o se già lo fai), pensi che tuo padre e tua madre ti permetterebbero di farlo?

Mi permetterebbe (mi	Non mi permetterebbe	Non mi permetterebbe (non	Non
permette di fumare)	(non mi permette di	mi permette) di fumare so	
	fumare)	affatto	

- a)Padre
- b)Madre

2.10 Come pensi che reagirebbe tua madre se tu facessi le seguenti cose?

Non	lo	Lo	Non	si	Lo	Non
permetterebbe		sconsiglierebbe	preoccuperebbe		approverebbe	so

a) Ubriacarti

b) Usare
marijuana/hashish

c) Usare sostanze

2.11 Come pensi che reagirebbe tuo padre se tu facessi le seguenti cose?

Non	lo	Lo	Non	si	Lo	Non
permetterebbe		sconsiglierebbe	preoccuperebbe		approverebbe	so

a) Ubriacarti

b) Usare
marijuana/hashish

c) Usare sostanze

2.12 In genere quanto sei soddisfatto di ...

Molto soddisfatto Né soddisfatto Non tanto Per niente
soddisfatto né insoddisfatto soddisfatto soddisfatto

a) La situazione
finanziaria della tua
famiglia?

b) La tua salute?

c) Te stesso?

**2.13 Quanto spendi di solito alla settimana per le tue esigenze personali, senza il controllo
dei tuoi
genitori?**

Euro.....

2.14 Utilizzi qualche risorsa economica che non ricevi dai tuoi genitori?

No

Sì

Se sì per cosa la utilizzi? (sono possibili più risposte)

Acquisto vestiario

Acquisto videogiochi

Andare in discoteca

Andare al cinema

Acquisto sostanze

Viaggi

Acquisto bevande alcoliche (da consumare a casa)

Uscite nei bar

Acquisto libri, riviste, cd, dvd

Altro (specificare)

.....

Le domande che seguono riguardano il tuo comportamento sessuale

3.1 Quale dei seguenti termini descrive meglio il tuo orientamento sessuale?

Eterosessuale (*attrazione per persone del sesso opposto al tuo*)

Omosessuale (*attrazione per persone del tuo stesso sesso*)

Bisessuale (*attrazione per persone di entrambi i sessi*)

Non lo so ancora

3.2 Hai mai avuto rapporti sessuali?

Sì, rapporti sessuali orali

Sì, rapporti sessuali completi

No, mai

Sì, solo rapporti sessuali di masturbazione reciproca

3.3 Se hai avuto un rapporto sessuale con penetrazione e/o orale, a quanti anni l'hai avuto?

A.....anni

3.4 Durante i rapporti sessuali usi il preservativo? (Sono possibili più risposte)

No, mai

No, mai nei rapporti sessuali orali

No, mai nei rapporti sessuali completi

Sì, qualche volta nei rapporti sessuali completi

Sì, sempre nei rapporti sessuali completi

Sì, qualche volta nei rapporti sessuali orali

Sì, sempre nei rapporti sessuali orali

3.5 Se usi il preservativo durante i rapporti sessuali (con penetrazione e/o orali), per quali tra i seguenti motivi lo fai? (Sono possibili più risposte)

Come metodo per evitare una gravidanza

Ho paura delle malattie a trasmissione sessuale

Ho paura dell'HIV/Aids

Per questioni igieniche

Me lo richiede il/la partner

3.6 Se non usi il preservativo durante i rapporti sessuali (con penetrazione e/orale), per quale dei seguenti motivi non lo fai? (sono possibili più risposte)

Non riesco a fermarmi per usarlo/farlo usare

Non penso protegga in modo efficace

Sono molto innamorato/a

Costano troppo

Usare il preservativo fa “pensare male”

Spesso sono così eccitato/a da non pensarci

Non penso che possa capitare qualcosa proprio a me

Ho rapporti sessuali solo con ragazzi/e che mi sembrano “normali”

Mi eccita l'idea di rischiare

Riduce la sensibilità

Se usiamo la pillola, penso che protegga anche da malattie a trasmissione sessuale

Ho una relazione stabile con il/la mio/mia partner

I miei amici non lo usano

3.7 Usi il preservativo durante i rapporti orali?

Sì, sempre (*passa alla domanda 3.9*)

Sì, qualche volta

No, mai

3.8 Per quale dei seguenti motivi non usi il preservativo durante i rapporti orali? (Sono possibili più risposte)

Non penso siano a rischio di contagio HIV

Se non c'è eiaculazione non c'è rischio

Non mi piace il sapore

Il rischio è minimo

Perché ho una relazione stabile con il/la mio/mia partner

3.9 Con quante persone hai avuto rapporti sessuali (con penetrazione e/o orali)?

Con nessuno

Con una sola persona

Con.....persone

3.10 Prima di un rapporto sessuale (dare una sola risposta):

Propongo l'uso del preservativo

Aspetto che sia il/la partner a proporre l'uso del preservativo

Non mi pongo il problema

3.11 Se hai proposto l'uso del preservativo e il/la partner non era d'accordo, cosa hai fatto?

Non ho accettato il rapporto sessuale

Ho accettato il rapporto sessuale perché ho avuto paura di perdere il/la partner

Ho accettato perché non sono stato capace di impormi

Non ho insistito perché avevo paura di offenderlo/a

L'ho convinto ad usarlo

3.12 Se il partner non ha proposto l'uso del preservativo, cosa hai fatto?

L'ho proposto io ed ho convinto il/la partner ad usarlo

L'ho proposto io ma non ho convinto il/la partner ad usarlo

Non l'ho proposto perché ho avuto paura di offenderlo/a

Non l'ho proposto perché non sono stato capace di impormi

Non l'ho proposto perché ho avuto paura di perdere il/la partner

3.13 Quante volte, negli ultimi 6 mesi, hai avuto rapporti sessuali senza l'uso del preservativo (con penetrazione e/o orali) dopo aver fatto uso di droghe?

Mai

Mi è capitato all'incirca.....volte

3.14 Quante volte, negli ultimi 6 mesi, hai avuto rapporti sessuali senza l'uso del preservativo (con penetrazione e/o orali) quando eri sotto l'effetto dell'alcool?

. Mai
all'incirca.....volte

Mi è capitato

Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione - I. Orientarsi nella ricerca

di Sara Molgora, Emanuela Saita, Valentina Fenaroli*

Introduzione

La transizione alla genitorialità costituisce uno degli eventi critici familiari maggiormente indagati sia da una prospettiva clinica, sia in ambito psicosociale. Esso, infatti, rappresenta un fondamentale *rito di passaggio* all'età adulta e, nel tempo attuale, quanto meno nella cultura dell'Occidente, è generalmente connotato dalla caratteristica della scelta: si vuole avere un figlio, spesso con finalità più o meno consapevoli di realizzazione personale e familiare, si decide quando averlo e come partorire. Questa prassi risulta assai dissimile dalle consuetudini che caratterizzano altre culture in cui è dato maggior risalto al "destino", a ciò che la vita dona/toglie a ciascuna coppia, e al dovere generazionale racchiuso in tale rito di passaggio. Destino e scelta appaiono dunque modalità contrapposte rispetto alla possibilità di esercitare un controllo sull'evento nascita; in altre parole è come se da un lato la natura vitale fosse lasciata libera nel suo fluire e dall'altro fosse esercitato un tentativo di dominio sulla forza generatrice, quasi ad evitare il pensiero del limite umano circa il proprio potenziale creativo.

In ogni caso, l'arrivo di un figlio comporta notevoli cambiamenti e a diversi livelli; il modificarsi biologico della donna durante la gravidanza e con il parto ne costituisce quello di maggior evidenza. Tuttavia, i cambiamenti che avvengono nel corpo della donna possono essere considerati rappresentativi di ciò che accade anche sul piano psicologico, in primo luogo sullo sviluppo di una nuova identità femminile. Inoltre, dobbiamo considerare ciò che accade a livello interpersonale, soprattutto nel legame con il futuro padre. A tale riguardo la letteratura si è sempre più interessata alla paternità e alle caratteristiche della funzione paterna, sottolineando come, a partire dal momento del concepimento, abbia inizio un'esperienza di genitorialità che esercita un impatto rilevante anche sul padre sia per i cambiamenti che avvengono a livello intrapsichico, sia per le implicazioni relazionali con la partner (Deave & Johnson, 2008; Halle et al., 2008).

In breve, nel passaggio dall'essere coppia al "fare famiglia" i partner non solo sono coinvolti a livello personale con il compito di ridefinire se stessi e il proprio ruolo, ma sono anche inevitabilmente impegnati in un lavoro che potremmo definire *congiunto*, nel senso che sono chiamati a rinegoziare il loro legame al fine di trovare nuovi equilibri. Tale processo può condurre a legami più solidi, oppure può portare a situazioni conflittuali le cui dinamiche e i cui esiti sono tutt'altro che palesi.

Scopo del presente contributo è quello di passare in rassegna le risultanze più significative della letteratura scientifica sul tema della transizione alla genitorialità. In particolare, verranno presentati e messi a confronto l'orientamento sui "fattori critici" con quello delle "influenze reciproche". Infine verrà presentato l'orientamento che si occupa dei "percorsi di transizione" a cui gli autori del contributo fanno riferimento. Ciò serve ad introdurre il prossimo contributo sul tema di carattere empirico.

La transizione alla genitorialità: effetti e fattori critici

* Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano. Università Cattolica del Sacro Cuore, via Nirone 15, 20123 Milano; sara.molgora@unicatt.it

La letteratura in ambito clinico si è maggiormente focalizzata sugli *effetti* della transizione alla genitorialità, rivolgendo particolare attenzione alla donna. Nello specifico, tale ambito di indagine ha maggiormente enfatizzato la dicotomia salute *versus* malattia, esplorando le molteplici forme di sofferenza psichica successive alla gravidanza e al parto. In questa direzione sono state esaminate patologie di diversa intensità e gravità quali il fenomeno di “baby blues” (Miller, 1999), la depressione post-partum (Ammaniti, Cimino & Trentini, 2007), il disturbo post-traumatico da stress (Czarnocka & Slade, 2000) e la psicosi puerperale (Brockington & Cox-Roper, 1988)¹.

La letteratura in ambito psicosociale, da parte sua, si è rivolta maggiormente agli aspetti interpersonali e contestuali connessi a questo passaggio evolutivo. Nello specifico, nell’ambito del paradigma teorico dello “stress and coping” la transizione alla genitorialità viene considerata come un evento stressante in sé, ossia quale possibile fonte di crisi che le persone coinvolte sono chiamate ad affrontare (Cutrona et al., 2005). In tale prospettiva diventa allora essenziale identificare quei *fattori* che possono costituire una risorsa nel gestire efficacemente lo stress che l’evento comporta, ma che, allo stesso tempo, possono rappresentare elementi di criticità se non presenti, oppure presenti in modo inadeguato. Tra i fattori maggiormente indagati risultano il supporto sociale, la qualità della relazione di coppia e la disposizione nei confronti della gravidanza, cioè il suo essere attesa o imprevista. Vediamoli nel dettaglio.

Il *supporto sociale*, pratico ed emotivo, costituisce un primo importante parametro per comprendere le modalità con cui i futuri genitori affrontano la transizione (Cutrona, 1990; Revenson, Kayser & Bodenmann, 2005). Nello specifico, la percezione della presenza di supporto sociale sembra costituire un fattore protettivo sia per le neo madri che per i neo padri (Castle, Slade, Barranco-Wadlow & Rogers, 2008), riducendo il rischio di insorgenza di forme patologiche come la depressione post-partum (Kearns, Neuwelt, Hitchman & Lenman, 1997; Leahy-Warren & McCarthy, 2007; Stuchbery, Matthey & Barnett, 2004; Tammentie, Paavilainen, Astedt-Kurki & Tarkka, 2004). Tale supporto, infatti, eserciterebbe sia un effetto diretto, sia di mediazione sull’adattamento (Lu, 2006) chiamando in causa le persone significative per il nuovo nucleo familiare con particolare riferimento alle famiglie di origine dei partner (Logsdon, Birkimer & Barbee, 1997). Il coinvolgimento dei futuri nonni richiede inevitabilmente una ridefinizione dei confini interpersonali e generazionali (Ferrazzoli, 2004). Risulta però rilevante anche il ruolo di supporto assunto dalle figure mediche, soprattutto per una valutazione positiva dell’esperienza della gravidanza e del parto (Scarzello, 2007). Tuttavia, ad oggi, pochi studi hanno differenziato la fonte e il tipo di supporto di cui i neogenitori, e soprattutto le madri, avvertono maggiormente il bisogno (Haslam, Pakenham & Smith, 2006).

La *qualità della relazione di coppia* rappresenta un’altra variabile cruciale per comprendere le dinamiche connesse al divenire genitore. Essa ha infatti effetti sulla relazione genitori-figli e, di conseguenza, sul benessere psicologico dei figli stessi. Nello specifico, una bassa qualità della relazione di coppia, con particolare riferimento ad una scarsa soddisfazione, risulta associata alla presenza di sintomi depressivi, sia nelle donne, sia negli uomini (Cox, Paley, Payne & Burchinal, 1999; Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Whisman, 2001). La qualità negativa può, inoltre, determinare l’insorgenza di una vera e propria depressione post-partum (Bernazzani et al.,

¹ Con il termine *baby blues* (o *maternity blues*) s’intende una condizione di accentuata *vulnerabilità* che la puerpera può avvertire nei giorni immediatamente successivi al parto e che tende a risolversi spontaneamente nell’arco di sette-dieci giorni. La *depressione post partum* costituisce il disturbo perinatale più indagato da clinici e ricercatori. Di natura psichiatrica, essa incide su circa il 10-15% delle donne e la sua sintomatologia non differisce da quella della depressione comune. Si presenta con una tendenza all’isolamento e al ritiro dalle interazioni con il neonato, oppure con agitazione ed eccessiva preoccupazione per il bambino. Piuttosto recente è l’attenzione rivolta al *disturbo post traumatico da stress* quale possibile esito di un parto vissuto dalla donna come particolarmente traumatico. Esso si caratterizza per la presenza di sintomi di intrusione (flash-back, incubi), di evitamento di tutto ciò che rimanda all’evento traumatico ed iper-arousal (irritabilità, ipervigilanza, ecc.). La *psicosi puerperale*, infine, rappresenta la patologia più grave del periodo perinatale, soprattutto in termini di pericolo per la madre e per il bambino. Ad essa spesso si associano, oltre ad un umore depresso, perdita di contatto con la realtà, disturbi del pensiero e della memoria, episodi deliranti ed allucinazioni.

2004; Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 2000; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002; Hock, Schirtzinger, Lutz & Widam, 1995; Lee, Yip, Chiu & Hung 2000), o quanto meno sembra costituirne uno dei principali fattori di rischio (Zhang, Chen & Li, 1996)². Anche la presenza di pattern di problem solving “distruttivi” costituisce un fattore di rischio per l’insorgenza di una sintomatologia depressiva (Houts, Barnett-Walker, Paley & Cox, 2008; Perry-Jenkins, Goldberg, Pierce & Sayer, 2007).

Ayers (2007) sottolinea la presenza di una connessione tra la qualità della relazione di coppia e la presenza di sintomi post-traumatici da stress successivi al parto. Inoltre, i soggetti che vivono un rapporto di coppia negativo (o che esperiscono la relazione con il partner come ostile) mostrano livelli più alti di ansia dei soggetti il cui legame è descritto, sia da loro stessi che dai rispettivi partner, come positivo (Figueiredo et al., 2008). Infine, una relazione di coppia poco soddisfacente si associa a un minore senso di competenza genitoriale nei confronti del nuovo nato da parte di entrambi i partner, comportando così elevati livelli di stress nella gestione della relazione con il bambino (Florsheim et al., 2003; Knauth, 2000).

Veniamo al terzo fattore precedentemente indicato, ovvero la *disposizione nei confronti della gravidanza*. A tale proposito alcuni studi hanno evidenziato quale variabile discriminante in termini di risorsa o di rischio nella transizione l’attesa o meno della gravidanza (Bouchard, Boudreau & Hébert, 2006; Lawrence, Rothman, Cobb, Rothman & Bradbury, 2008; Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson, 2003). In altre parole, la disposizione ad accogliere una nuova vita sembra costituire un elemento predittivo rispetto agli esiti del passaggio da coppia e famiglia. La presenza di una gravidanza attesa sembra altresì costituire un fattore associato ad un minor rischio di deterioramento della relazione di coppia in conseguenza alla nascita di un figlio (Buist, Morse & Durkin, 2003).

È evidente come la tematica dell’attesa chiami in causa le aspettative circa la gravidanza ed il parto. A tale proposito sembra che non sia tanto l’esperienza della maternità e della paternità in sé, ovvero su un piano concreto, a costituire un elemento cruciale, quanto piuttosto la corrispondenza, o meno, tra le aspettative circa l’evento e l’esperienza realmente vissuta. In breve, la delusione delle aspettative costituirebbe un antecedente rispetto al possibile sviluppo di una sintomatologia depressiva, nonché di uno scarso adattamento nella relazione con il nuovo nato (Harwood, McLean & Durkin, 2007). Sembrano così assumere minor rilevanza le variabili oggettive legate alle difficoltà verificatesi sia durante la gravidanza, sia durante il momento del parto (Saita & Fenaroli, 2010), così come la nascita prematura del bambino (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009).

Dai fattori critici alle influenze reciproche

La transizione alla genitorialità, come evidenziato nel paragrafo precedente, è influenzata da molteplici fattori in grado di condizionarne la traiettoria di sviluppo. È possibile considerare la connessione tra tali fattori e gli esiti del passaggio in termini deterministici, oppure determinanti (Cigoli, 2006). Ci riferiamo ad un modello di lettura complesso nel quale ciascun fattore ha un peso determinante rispetto all’esito della transizione, ma nessuno di essi è in grado di incidere in modo deterministico sull’esito medesimo. Da questa prospettiva, è opportuno parlare d’influenze reciproche, più che di fattori critici. In particolare, numerose sono le evidenze empiriche relative a come la relazione coniugale incida su quella genitoriale, ma anche a come il diventare genitore abbia degli effetti importanti sul benessere/malessere della relazione coniugale.

² Alcuni studi individuano una relazione opposta in termini di rapporto causa-effetto tra soddisfazione di coppia e sintomi depressivi, nel senso che gli autori sostengono come la depressione costituisca un importante antecedente dell’insoddisfazione coniugale in quanto generatrice di condizioni interpersonali stressanti (cfr. ad esempio, Davila, 2001). Altri autori spiegano il legame tra depressione e adattamento coniugale ricorrendo a variabili di mediazione, o di moderazione quali, ad esempio, lo stile di attaccamento di coppia e lo stile comunicazionale (Heene, Busse & Van Oost, 2005).

A partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, sono state formulate essenzialmente tre ipotesi per spiegare questo processo di influenzamento reciproco: l'ipotesi dello "spillover", l'ipotesi della compensazione e l'ipotesi dei fattori comuni (Zennaro, Lis & Mazzeschi, 2001). Vediamole brevemente.

L'ipotesi dello "spillover" (Easterbrooks & Emde, 1988; Gerard, Krishnakumar & Buehler, 2006; Nelson, O'Brien, Blankson, Calkins & Keane, 2009) sostiene il trasferimento delle proprietà positive e/o negative di una relazione anche ad un'altra. Si ritiene cioè che se i partner vivono la loro relazione di coppia come soddisfacente saranno meglio predisposti (ovvero più disponibili, più sensibili, più attenti) anche nei confronti dei figli e dei loro bisogni. Al contrario, se la relazione di coppia non è vissuta come positiva e fonte di soddisfazione, anche la relazione genitoriale ne sarà intaccata e i genitori saranno meno inclini a rispondere in modo adeguato ai bisogni dei figli. Inoltre, secondo tale ipotesi, che ha ricevuto sostegno empirico nello spiegare il processo di influenzamento reciproco tra ambiti di vita differenti, le esperienze lavorative negative e/o stressanti incidono in modo significativo sulla qualità delle relazioni coniugali e genitoriali (Belsky, Perry-Jenkins & Crouter, 1985). Rientrano nelle esperienze lavorative stressanti sia un basso reddito non sufficiente al mantenimento della famiglia, sia un clima negativo nell'ambiente di lavoro (Ryan, Tolani & Brooks-Gunn, 2009). È sempre all'interno di tale ipotesi di ricerca che viene studiato l'effetto *crossover*, vale a dire che le situazioni di vita esperite in modo diretto da un partner si ripercuotono anche sull'altro partner (Nelson et al., 2009; Song, Foo & Uy, 2008), quasi come una sorta di "contagio emotivo".

L'ipotesi della *compensazione* (Engfer, 1988; Nelson et al., 2009), da parte sua, sostiene l'esistenza di un'associazione negativa tra la qualità della relazione coniugale e la qualità della relazione genitoriale, nel senso che una scarsa soddisfazione nella relazione di coppia porterebbe i partner ad essere più attenti ai figli nel tentativo, appunto, di compensare le carenze di un legame attraverso un iperinvestimento nell'altro. In altre parole, una relazione di coppia poco appagante spingerebbe i partner ad investire maggiormente, sia in termini concreti che emotivi, nella relazione con i figli al fine di trovare in questo legame una fonte benefica ed una spinta evolutiva di cui la relazione di coppia sembra essere carente o priva.

L'ipotesi dei *fattori comuni* (Binda, 1997), infine, ritiene che alla base delle convergenze dei due assi relazionali (coniugale e genitoriale) ci siano variabili terze quali, in primo luogo, le caratteristiche di personalità dei partner che determinerebbero le modalità di gestione di entrambi i legami. In tale direzione vanno gli studi che hanno indagato il ruolo dello stile di attaccamento sulla modalità di instaurare e gestire legami nel corso della vita (Feeney, Alexander, Noller & Hohaus, 2003).

Focalizziamo ora l'attenzione sull'influenza che la relazione genitoriale esercita su quella coniugale. I risultati di numerose ricerche convergono sul fatto che la nascita di un figlio comporta una riduzione della soddisfazione nella relazione tra i partner. Tale peggioramento sembra essere percepito soprattutto dalle donne e nell'immediato post-parto (cfr., ad esempio, Belsky & Rovine, 1990; Cowan & Cowan, 2000; Crohan, 1996; Miller, 2000; Mitnick, Heyman & Smith Slep, 2009; Pancer et al., 2000; Porter & Hsu, 2003). Si tratta di un andamento universale, nel senso che si presenta in modo trasversale in tutte le culture (Onodera, 2005).

Nello specifico, tale deterioramento risulta più rilevante nelle coppie in cui l'inizio del legame è seguito a breve distanza dalla gravidanza, ovvero in coppie meno consolidate (Simonelli, Fava Viziello, Bighin, De Palo & Petech, 2007; Simonelli, Fava Viziello, Bighin & Petech, 2006). Inoltre in tali coppie il deterioramento appare più repentino rispetto a quello che ha luogo "fisiologicamente" in ogni coppia, anche senza figli, dovuto al passare del tempo (Doss, Rhoades, Stanley & Markman, 2009).

Sono state formulate diverse ipotesi per spiegare questo declino. In primo luogo è possibile supporre la presenza di una delusione delle aspettative, che riguarderebbe in modo specifico le future madri le quali non vedono riconosciuto e corrisposto il loro desiderio di un'adeguata

condivisione delle responsabilità, così come di una più equilibrata divisione dei compiti familiari (Koivunen, Rothaupt & Wolfgram, 2009; Moller, Hwang & Wickberg, 2008)³. Non a caso alcuni autori sostengono l'importanza dello sviluppo di una "cogenitorialità" (Van Egerenv, 2004) fondata su una forte alleanza tra i partner che si esprime sia nella capacità di supportarsi reciprocamente nello svolgimento del ruolo genitoriale, sia nel coordinare e negoziare gli impegni che l'averne un figlio comporta (Katz-Wise, Priess & Hyde, 2010; Kursten-Hogan, 2010).

Inoltre, l'assunzione del ruolo genitoriale può ridurre le occasioni di scambi positivi tra i partner e diradare i momenti di condivisione del tempo libero, aumentando così i livelli di conflitto (Claxton & Perry-Jenkins, 2008; Kluwer & Johnson, 2007; Shapiro, Gottman & Carrere, 2000).

Alcuni autori sostengono poi che sul deterioramento del legame di coppia influisca anche una variabile biologica, quale la riduzione significativa, o quanto meno l'alterazione, del sonno con le conseguenze che essa comporta, ad esempio la maggiore irritabilità ed impulsività, l'abbassamento del tono dell'umore, e così via (Medina, Lederhos & Lillis, 2009; Goyal, Gay & Lee, 2009)⁴.

Negli ultimi anni vari autori hanno cercato di proporre modelli multidimensionali di comprensione del nesso tra relazione coniugale e transizione alla genitorialità. Nello specifico, si è cercato di individuare i *mediatori/moderatori* in grado di spiegare il legame tra queste due dimensioni relazionali. Hatton e colleghi (2010) sostengono ad esempio che la qualità della relazione di coppia a seguito del parto possa essere compresa solo se si considerano l'integrazione tra le storie di vita individuali, a cominciare dalle rispettive esperienze nelle famiglie di origine, le qualità relazionali di ciascun partner, nonché le caratteristiche della coppia precedenti alla nascita di un figlio.

Di certo la transizione alla genitorialità obbliga i partner a modificare la natura del loro legame, passando da una relazione in cui sono predominanti gli aspetti romantici e di condivisione d'interessi ad una forma di intimità caratterizzata dalla condivisione di un progetto comune (il figlio), nonché dall'assunzione di responsabilità verso il nuovo nato (Guttmann & Lazar, 2004; Saita & Fenaroli, 2010). Se i partner non sono in grado di essere flessibili ridefinendo il proprio assetto relazionale, un deterioramento del legame di coppia sembra inevitabile.

Tuttavia, non tutte le coppie sperimentano una riduzione della soddisfazione a seguito della nascita di un figlio; al contrario alcune mostrano una stabilità della relazione, o addirittura un suo miglioramento (Elek, Hudson & Bouffard, 2003; Levy-Shiff, 1994; Shapiro, Gottman & Carrere, 2000). Una spiegazione possibile relativa a questi risultati contrastanti può essere trovata nella metodologia di ricerca e, nello specifico, nel tipo di disegno adottato e nella scelta del campione. Si tratta, infatti, per la maggior parte delle ricerche di studi trasversali e non longitudinali, o comunque di studi che prevedono pochi tempi di misurazione (Belsky, Spanier & Rovine, 1983; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn & Stangor, 1988; Hock et al., 1995); inoltre tali ricerche coinvolgono generalmente un solo partner e non consentono, quindi, di indagare ciò che la coppia in quanto tale condivide in merito alla soddisfazione nel rapporto. Salmela-Aro e collaboratori (2006) sottolineano in proposito quanto recenti siano gli strumenti a disposizione dei ricercatori per analizzare dati ottenuti da entrambi i partner. Tra questi rientrano, ad esempio, i modelli multilivello, che consentono di differenziare i cambiamenti relazionali condivisi, ovvero le caratteristiche della coppia, dai cambiamenti sperimentati da un solo partner. È chiaro ai ricercatori come la nascita del primo figlio implichi cambiamenti nella relazione di coppia e nell'organizzazione familiare differenti per natura e per intensità da quelli che seguono la nascita di

³ In questa prospettiva, peraltro, risulta come anche la soddisfazione dei padri sia strettamente connessa al loro grado di coinvolgimento (Lee & Doherty, 2007).

⁴ Va segnalato come i risultati della ricerca dimostrino sempre più l'esistenza di una relazione significativa tra deprivazione di sonno da parte della madre nei primi mesi post partum e rischio di manifestare sintomi depressivi. Secondo alcuni autori (Goyal et al., 2007; 2009) le difficoltà del sonno, ovvero il fatto di dormire meno di 4 ore per notte e non riuscire a riposare per più di un'ora consecutiva durante il giorno, *medierebbero* il rapporto tra la percezione del temperamento del neonato e il rischio di sviluppare una depressione postnatale (PPD).

Tuttavia, secondo un recente studio di Dorheim e coll. (2009), il sonno di madri con PPD non sembrerebbe presentare differenze oggettive, in termini di durata e continuità, rispetto a quello di madri non depresse; le donne con PPD percepiscono, però, il proprio sonno come peggiore e lamentano maggiori difficoltà.

altri figli. Eppure sono pochi gli studi che fanno distinzione tra primipare e multipare; così non siamo in grado di cogliere se le modificazioni nella soddisfazione coniugale siano peculiari di coppie alla prima esperienza genitoriale, oppure comuni anche a coppie alla seconda/terza esperienza (Salmela-Aro, Aunola, Saisto, Halmesmäki & Nurmi, 2006).

Infine, è importante sottolineare come sovente le ricerche sui cambiamenti nel rapporto di coppia nel passaggio alla genitorialità focalizzino l'attenzione o in modo esclusivo su una sola dimensione della relazione, per lo più la soddisfazione coniugale (Elek et al., 2003), oppure raggruppino tra loro dimensioni diverse in un unico indicatore globale (Ahmad & Najam, 1998).

In sintesi, l'eterogeneità e la non univocità dei risultati suggerisce la necessità di approfondire il legame tra relazione coniugale e relazione genitoriale, non solo al fine di meglio analizzare perché in alcuni casi la transizione alla genitorialità sia vissuta in modo positivo, mentre in altri sia percepita come critica o addirittura problematica, ma anche di comprendere gli intrecci che fondano e caratterizzano i percorsi di transizione.

Verso lo studio dei percorsi di transizione

Alla luce dei risultati delle ricerche esposte nei paragrafi precedenti è possibile sostenere come la transizione alla genitorialità non costituisca un fenomeno unitario, vale a dire caratterizzato da un'unica linea di sviluppo, quanto piuttosto un percorso che ha antecedenti e che può prendere differenti traiettorie. In altre parole, l'intrinseca complessità del passaggio può portare a percorsi evolutivo-costruttivi, così come a percorsi involutivi, ovvero caratterizzati da elementi di criticità e/o di problematicità, fino a situazioni di vera e propria psicopatologia relazionale.

In particolare, tali traiettorie sembrano differenziarsi per quanto riguarda specificamente la qualità della relazione di coppia così come essa è percepita e vissuta dai partner (Fitzpatrick, Vangelisti & Firman, 1994; Simonelli et al., 2008). Inoltre, le traiettorie sono influenzate dalle esperienze vissute dai partner nelle rispettive famiglie di origine, ciò a dire di una *trasmissione intergenerazionale* della qualità della relazione di coppia che emerge in tutta evidenza quando le coppie sono sfidate dalla nascita del figlio (Perren, Von Wyl, Bürgin, Simony & Von Klitzing, 2005). Diversi studi documentano un'associazione tra lo stile di attaccamento esperito dai partner durante l'infanzia e l'attribuzione della qualità alla relazione di coppia. Nello specifico, uno stile di attaccamento sicuro sembra essere associato ad una relazione di coppia vissuta come soddisfacente, sia per le neo madri che per i neo padri, mentre uno stile di attaccamento insicuro risulta maggiormente connesso ad una scarsa soddisfazione percepita nella relazione con il partner (Gloger-Tippelt & Huerkamp, 1998).

Come allora identificare le possibili traiettorie di transizione alla genitorialità? Di quali strumenti e metodologie di indagine servirsi? I ricercatori hanno tentato di rispondere a questo interrogativo con modalità di studio differenti. Nello specifico, mentre i primi studi sul tema si sono focalizzati per lo più sul confronto tra coppie con figli e coppie senza figli, al fine di indagare le differenze tra le due tipologie di coppia in riferimento alla soddisfazione coniugale, le ricerche più recenti hanno invece concentrato l'attenzione esclusivamente sulle coppie con figli con lo scopo di approfondire le differenze e le modificazioni nel tempo (Lawrence et al., 2010).

In breve, nel corso degli anni è mutata la logica, e dunque la metodologia di lavoro, con cui si affronta il tema complesso della transizione alla genitorialità. Infatti, se inizialmente lo scopo è stato quello di stabilire la natura e l'entità delle differenze intergruppo, a partire dall'ipotesi di un declino della soddisfazione di coppia associato alla nascita del primo figlio, in un secondo tempo lo scopo è virato sullo studio delle differenze intragruppo. In questa prospettiva, la questione non è tanto quella di stabilire se le coppie con un figlio siano meno soddisfatte di quelle senza figli *in sé*, quanto piuttosto di valutare la modificazione di alcune dimensioni cruciali delle relazioni familiari nel tempo. Ciò senza tuttavia trascurare l'influenza che la cultura può esercitare sulle traiettorie di sviluppo funzionali e disfunzionali, così come evidenziato in un recente studio (Feldman & Masalha, 2007).

Il nostro studio, al quale sarà dedicato il prossimo contributo, origina all'interno di questo secondo filone di ricerca. Esso si pone lo scopo di verificare un modello di comprensione delle molteplici variabili implicate nella transizione alla genitorialità e delle loro reciproche interconnessioni.

In particolare, il nostro interesse è rivolto ad identificare la *configurazione* di quelle situazioni che potremmo definire “scivolose”, ovvero quelle situazioni di vulnerabilità, anche se non necessariamente di disagio conclamato, in cui l’esperienza della genitorialità può costituire una fonte di sofferenza non solo a livello individuale (sia per la donna, sia per l’uomo), ma anche a livello relazionale. Crediamo infatti che sia proprio nelle situazioni di vulnerabilità che diventa fondamentale identificare quei *fattori di rischio e di risorsa* andando aldilà della dicotomia “funzionale *versus* disfunzionale” che rischia di essere riduttiva e fuorviante.

A partire dalla natura articolata del tema, presentiamo di seguito un modello di sintesi dei principali elementi che la letteratura sull’argomento ha sino ad ora trattato in modo perlopiù frammentario. Si tratta di un’ipotesi di lettura che vuol rendere ragione della complessità implicita in un processo che vede coinvolti due partner ed il loro divenire madre e padre. Tale modello presenta indubbiamente aspetti di artefatta rigidità, com’è tipico in ogni tentativo di ricondurre la complessità ad una logica; esso va tuttavia inteso come una schematizzazione che mira ad una lettura integrata di elementi differenti, nonché delle loro interconnessioni e alla formulazione di nuove ipotesi da sottoporre a verifica empirica.

- INSERIRE FIGURA 1 -

Bibliografia

Ahmad, G., & Najam, N. (1998). Methodological issues in transition to parenthood. *Mother and Child*, 13, 48-51.

Ammaniti, M., Cimino, S., & Trentini, C. (2007). Quando le Madri non Sono Felici. La depressione post-partum. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Ayers, S. (2007). Posttraumatic stress disorder. In J. Cockburn, & M. E. Pawson (Eds.), *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: The clinical management* (pp. 131-140). New York: Springer Science.

Belsky, J., Perry-Jenkins, M., & Crouter, A.C. (1985). The work-family interface and marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 6, 205-220.

Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Pattern of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.

Belsky, J., Spanier, G., & Rovine, M. (1983). Stability and change in a marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 45, 567-577.

Bernazzani, O., Conroy, S., Marks, M.N., Siddle, K.A., Guedeney, N., Bifulco, et al. (2004). Contextual assessment of the maternity experience: Development of an instrument for cross-cultural research. *British Journal of Psychiatry*, 184, 24-30.

Binda, W. (Ed) (1997). *Diventare famiglia. La nascita del primo figlio*. Milano: FrancoAngeli.

Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life. Comparison between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27, 1512-1531.

Brockington, I.F., & Cox-Roper, A. (1988). The nosology of puerperal mental illness. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and Mental Illness 2: Causes and Consequences* (pp. 1-17). London: Wright.

Buist, A., Morse, C., & Durkin, S. (2003). Men’s adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 172-180.

- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M., & Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 180-194.
- Cigoli, V. (2006). *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No fun anymore: leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 70, 28-43.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- Cox, M.J., Paley, B., Payne, C.C., & Burchinal, M. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 611-625.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associations.
- Crohan, S.E. (1996). Marital quality and conflict across the transition to parenthood in African American and white couples. *Journal of Marriage and Family*, 58, 933-944.
- Cutrona, C.E. (1990). Stress and social support: In search of optimal matching. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 9, 3-14.
- Cutrona, C.E., Russell, D.W., Brown, P.A., Clark, L.A., Hessling, R.M., & Gardner K.A. (2005). Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 3-15.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59, 31-40.
- Davila, J. (2001). Paths to unhappiness: The overlapping courses of depression and romantic dysfunction. In S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 71-87). Washington: American Psychological Association.
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: What does it mean for fathers?. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 626-63.
- Deutsch, F., Ruble, D., Fleming, A., Brooks-Gunn, J & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 420-431.
- Dohreim, S.K., Bondevik, G.T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Subjective and objective sleep among depressed and non-depressed postnatal women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 128-136.
- Doss, B.D., Rhoades, G.K., Stanley, S.M., & Markman, H.J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 601-619.
- Easterbrooks, M.A., & Emde, R.N. (1988). Marital and parent-child relationship: The role of affect in the family system. In R.A. Hinde, & J. Stevenson Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 83-103). Oxford: Clarendon Press.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 426-433.

- Elek, S.M., Hudson, D.B., & Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: The effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 26*, 45-57.
- Engfer, A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. In R.A. Hinde, & J. Stevenson Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (104-118). Oxford: Clarendon Press.
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships, 10*, 475-493.
- Feldman, R., & Masalha, S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology, 19*, 1-21.
- Ferrazzoli, F. (2004). La famiglia d'origine e il suo ruolo nella transizione alla genitorialità. In P. Binetti, R. Bruni, F. Ferrazzoli, & S. Maugeri, *Nuovi modelli di genitorialità. Il ritardo nello svincolo dalla famiglia in prospettiva psico-sociale* (pp. 57-82). Roma: IIMS - Istituto Italiano di Medicina Sociale.
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*, 99-107.
- Fitzpatrick, M.A., Vangelisti, A.L., & Firman, S.M. (1994). Perceptions of marital interaction and change during pregnancy: A typological approach. *Personal Relationships, 1*, 101-122.
- Florsheim, P., Sumida, E., McCann, C., Winstanley, M., Fukui, R., Seefeldt, T., et al. (2003). The transition to parenthood among young African American and Latino couples: Relational predictors of risk for parental dysfunction. *Journal of Family Psychology, 17*, 65-79.
- Gerard, J.M., Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2006). Marital conflict, parent-child relations, and youth maladjustment: A longitudinal investigation of spillover effects. *Journal of Family Issues, 27*, 951-975.
- Gloger-Tippelt, G.S., & Huerkamp, M. (1998). Relationship change at the transition to parenthood and security of infant-mother attachment. *International Journal of Behavioral Development, 22*, 633-655.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2007). Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in new mothers. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing, 21*, 123-129.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of Women Mental Health, 12*, 229-237.
- Guttman, J., & Lazar, A. (2004). Criteria for marital satisfaction: Does having a child make the difference?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 22*, 147-155.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., Macnevin, R., et al. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse, 31*, 57-70.
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences?. *Developmental Psychology, 43*(1), 1-12.
- Haslam, D.M., Pakenham, K.I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal, 27*, 276-291.
- Hatton, H., Conger, R D., Larsen-Rife, D., & Ontai, L. (2010). An integrative and developmental perspective for understanding romantic relationship quality during the transition to parenthood. In M.S. Schulz, M.K. Pruett, P.K. Kerig, & R. Parke (Eds.), *Strengthening couple relationships for optimal child development: Lessons from research and intervention* (pp. 115-129). Washington: American Psychological Association.
- Heene, E.L.D., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: the role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process, 44*, 413-440.

- Hock, E., Schirtzinger, M.B., Lutz, M.B., & Widam, K. (1995). Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: Assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. *Journal of Family Psychology, 9*, 79-88.
- Houts, R.M., Barnett-Walker, K.C., Paley, B., & Cox, M.J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships, 15*, 103-122.
- Katz-Wise, S.L., Priess, H.A., & Hyde, J.S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 46*, 18-28.
- Kearns R., Neuwelt, P., Hitchman, B., & Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health and Social Care Community, 5*, 296-308.
- Kluwer, E.S., & Johnson, M.D. (2007). Conflict frequency and relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family, 69*, 1089-1106.
- Knauth, D.G. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health, 23*, 496-509.
- Koivunen, J.M., Rothaupt, J.W., & Wolfgram, S.M. (2009). Gender dynamics and role adjustment during the transition to parenthood: Current perspectives. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 17*, 323-328.
- Kuersten-Hogan, R. (2010). Cos'è la cogenitorialità e perché è così importante. In J.P. McHale (Ed.), *La sfida della cogenitorialità* (pp. 1-22). Milano: Raffaello Cortina.
- Lawrence, E., Rothman, A.D., Cobb, R.J., & Bradbury, T.N. (2010). Marital satisfaction across the transition to parenthood: Three eras of research. In M.S. Schulz, M.K. Pruett, P.K. Kerig, & R. Parke (Eds.), *Strengthening couple relationships for optimal child development: Lessons from research and intervention* (pp. 97-114). Washington: American Psychological Association.
- Lawrence, E., Rothman, A.D., Cobb, R.J., Rothman, M.T., & Bradbury, T.N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 22*, 41-50.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: Prevalence, mother's perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*, 91-100.
- Lee, D., Yip, A., Chiu, H., & Hung, T. (2000). Screening for postnatal depression using the Double Test Strategy. *Psychosomatic Medicine, 62*, 258-263.
- Lee, C.Y.S., & Doherty, W.J. (2007). Marital satisfaction and father involvement during the transition to parenthood. *Fathering, 5*, 75-96.
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 30*, 591-601.
- Logsdon, M.C., Birkimer, J.C., & Barbee, A.P. (1997). Social support providers for postpartum women. *Journal of Social Behavior and Personality, 12*, 89-102.
- Lu, L. (2006). Postnatal adjustment of Chinese parents: A two-wave panel study in Taiwan. *International Journal of Psychology, 41*, 371-384.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders, 60*, 75-85.
- Medina, A.M., Lederhos, C.L., & Lillis, T.A. (2009). Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood. *Families, Systems, & Health, 27*, 153-160.
- Miller, L.J. (1999). *Post partum mood disorders*. Washington: American Psychiatric Press.

- Miller, R.B. (2000). Misconceptions about the U-shaped curve of marital satisfaction over the life course. *Family Science Review*, 13, 60-73.
- Mitnick, D.M., Heyman, R.E., & Smith Slep, A.M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 848-852.
- Moller, K., Hwang, C.P., & Wickberg, B. (2008). Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 57-68.
- Nelson, J.A., O'Brien, M., Blankson, A.N., Calkins, S.D., & Keane, S.P. (2009). Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses. *Journal of Family Psychology*, 23, 671-679.
- Onodera, A. (2005). Marital changes during the transition to parenthood. *Japanese Journal of Developmental Psychology*, 16, 15-25.
- Pancer, S.M., Pratt, M., & Hunsberger, B. (2000). Thinking ahead: complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68, 253-278.
- Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simony, H., & Von Klitzing, K. (2005). Intergenerational Transmission of Marital Quality Across the Transition to Parenthood. *Family Process*, 44, 441-459.
- Perry-Jenkins, M., Goldberg, A.E., Pierce, C.P., & Sayer, A.G. (2007). Shift work, role overload, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69, 123-138.
- Porter, C.L., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Revenson, T.A., Kayser, K., & Bodenmann, G. (2005). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington: American Psychological Association.
- Ryan, R.M., Tolani, N., & Brooks-Gunn, J. (2009). Relationship trajectories, parenting stress, and unwed mothers' transition to a new baby. *Parenting*, 9, 160-177.
- Saita, E., & Fenaroli, V. (2010). La depressione post-partum. In: G. Castelnuovo, E. Zacchetti (Eds), *Psicologia Clinica della Depressione* (pp. 191-207). Milano: FrancoAngeli.
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., Saisto, T., Halmesmäki, E., & Nurmi, J.-E. (2006). Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, 781-803.
- Scarzello, D. (2007). Transizione alla genitorialità e memoria autobiografica del parto. *Psicologia della salute*, 2, 57-70.
- Shapiro, A.F., Gottman, J.M., & Carrere, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14, 59-70.
- Simonelli, A., Fava Viziello, G., Bighin, M., De Palo, F., & Petech, E. (2007). La transizione alla triade fra assunzione della genitorialità e riorganizzazione della coppia. *Età Evolutiva*, 86, 92-99.
- Simonelli, A., Fava Viziello, G., Bighin, M., & Petech, E. (2006). La coppia nella transizione alla genitorialità tra adattamento e attaccamento. *Terapia Familiare*, 82, 47-71.
- Simonelli, A., Fava Viziello, G., Petech, E., & Finotti, S. (2008). La genitorialità tra crisi della coppia e riorganizzazione dell'attaccamento. *Rivista di Studi Familiari*, 1, 33-55.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1172-1187.
- Song, Z., Foo, M.D., & Uy, A. (2008). Mood spillover and crossover among dual-earner couples: A cell phone event sampling study. *Journal of Applied Psychology*, 93, 443-452.

Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre- and full-term babies. *Health & Social Work, 34*, 201-212.

Stuchbery, M., Matthey, S., & Barnett, B. (2004). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 483-490.

Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M.T. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mother. Discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 65-74.

Van Egerenv, L.A. (2004). The development of the co-parenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 25*, 453-477.

Whisman, M.A. (2001). The association between depression and marital satisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3–24). Washington: American Psychological Association.

Zennaro, A., Lis, A., & Mazzeschi, C. (2001). La soddisfazione coniugale prima e dopo la nascita del primo figlio. Uno studio longitudinale condotto attraverso l'uso del colloquio. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, 1*, 55-76.

Zhang, R., Chen, Q. & Li, Y. (1996). Study for the factors related to postpartum depression. *Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology, 34*, 231-239.

L'assessment come fase della psicoterapia: un esempio in ambito cognitivo-comportamentale tra approccio idiografico (clinico) e approccio nomotetico (psicometrico).

di Riccardo Sartori*

Premessa

Per *assessment* (letteralmente: *accertamento*¹) si intende un insieme di operazioni condotte al fine di emettere un giudizio o fare una valutazione. Si parla di situazione di *assessment* quando ad esempio si valutano dei candidati ad una selezione del personale, si esaminano degli studenti a scuola o all'università per saggiarne la preparazione, o si vedono dei pazienti al fine di stabilirne una diagnosi.

Una tipica situazione di *assessment* contempla metodi e strumenti diversi, come ad esempio colloqui (individuali o di gruppo), interviste, simulazioni (role-play, in-basket, ecc.), questionari, test, inventari, ecc. L'obiettivo è di raccogliere una serie di informazioni sulla persona da valutare (cliente, paziente, candidato, ecc.) in modo che poi, attraverso la loro integrazione, emerga un quadro della persona tale per cui sia possibile dare risposta ai quesiti per cui si sono intraprese le corrispondenti azioni di valutazione e prendere delle decisioni conseguenti (assunzione, promozione, diagnosi, terapia, ecc.).

L'espressione *Assessment Center*, ad esempio, indica una metodologia utilizzata in ambito professionale, aziendale e organizzativo per valutare il potenziale dei lavoratori in un'ottica di sviluppo di carriera. Può durare anche alcuni giorni e sottopone le persone coinvolte ad una serie di prove (colloqui, interviste, simulazioni, questionari di autovalutazione, test e altro ancora).

Anche l'*assessment* di tipo clinico si avvale di metodi e tecniche diverse (tipicamente colloqui e test psicologici). Ma, come riporta Nassim Nicholas Taleb (2008, p. 160), "Nel 1965 Stuart Oskamp diede a un gruppo di psicologi clinici alcune schede in successione che contenevano una quantità sempre maggiore di informazioni sui pazienti. Le capacità diagnostiche degli psicologi non accrebbero con l'aumento delle informazioni; i soggetti divennero solo più sicuri delle loro diagnosi iniziali".

Di fronte a un quadro che potremmo definire sconsolante, dal momento che anche i cosiddetti esperti (in questo caso psicologi clinici) risultano essere soggetti a *bias di valutazione* ormai noti (si veda in proposito l'ormai classico testo di Rumiati e Bonini *Le decisioni degli esperti*), quale ad esempio l'*ancoraggio* (rimanere ancorati a un primo giudizio o a una prima valutazione, nonostante l'aggiunta di informazioni che dovrebbero complicare il quadro o addirittura modificarlo), Taleb così conclude (op. cit., p. 160): "D'accordo, non ci si può aspettare molto dagli psicologi del 1965" salvo poi ribadire (ivi, p. 160): "queste scoperte [però] sembrano valere per tutte le discipline".

In pratica, ad essere messa in dubbio qui è l'utilità di avvalersi di metodi e strumenti diversi per raccogliere informazioni variegata sulle persone da valutare. Taleb ce l'ha proprio con l'informazione e sostiene la tesi, sicuramente controintuitiva e forse anche un po' provocatoria, che maggiori sono le informazioni in nostro possesso, minore è l'accuratezza con cui possiamo fare previsioni a partire da esse e minore risulta anche l'efficacia delle decisioni prese basandosi su di esse. Come scrive Di Blas (2008, p. 18): "La scelta di un metodo piuttosto che un altro per la rilevazione della variabile psicologica non è affatto indifferente [...] poiché non vi è

* Ricamatore Universitario, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Verona.

¹ Il termine *assessment* sembra derivare dal verbo latino *assidere* (*sedere come giudice*) e dal medievale *assise* (*sessione di giudici*). Il verbo inglese *to assess* può essere tradotto semplicemente come *valutare*, *stimare* e *giudicare*, oppure, più specificatamente, come *accertare il valore di qualcosa*, *fare il bilancio di qualcosa*.

necessariamente concordanza tra le conclusioni cui si può giungere usando metodi diversi quali self-report e osservazione diretta in un setting controllato”.

A Taleb è sfuggito che, nel 2003, quindi in un'epoca più vicina a noi rispetto al 1965, Hunsley e Meyer, in un lavoro sulla validità incrementale del testing psicologico e dell'assessment clinico, hanno ancora una volta evidenziato come l'aggiunta di informazioni provenienti da test e strumenti di valutazione diversi può non comportare alcun vantaggio dal punto di vista dei giudizi espressi, delle diagnosi emesse e delle conseguenti decisioni prese dai clinici. Tuttavia, come lo stesso Taleb fa presente lungo tutto il suo volume, se si tiene la *mente aperta*, ovvero non si emettono giudizi, valutazioni e diagnosi prima di aver finito il processo di assessment e soprattutto non ci si affeziona troppo alle proprie posizioni (quindi non ci si irrigidisce e non ci si arrocca, ma si mantiene appunto la mente aperta), la raccolta di informazioni diverse diventa un'operazione non solo legittima ma anche sensata.

Alla Di Blas, invece, potremmo ricordare che il vero problema non è tanto la raccolta di informazioni diverse tramite metodi diversi, soprattutto se si tratta di condurre operazioni di valutazione, quanto la tendenza che tutti abbiamo di confermare i nostri primi giudizi (*bias di conferma*) e di far convergere le informazioni in nostro possesso verso una coerenza a volte davvero forzata.

La strada per contrastare tutto questo, come autori anche di diverso orientamento (cognitivist, psicoanalisti, economisti, ecc.) hanno a più riprese messo in evidenza, è quella di *sospendere il giudizio* fintanto che la raccolta di informazioni non possa essere ritenuta conclusa, certamente NON quella di non raccogliere tutte le informazioni necessarie per mezzo anche di metodi diversi. E anche in questo caso, bisogna guardarsi da quella che lo stesso Taleb definisce *fallacia narrativa*, ovvero la tendenza a far quadrare tutte le informazioni tra di loro in modo da averne un quadro coerente, anche se alcune di esse risultano di fatto discordanti. E ancora: guardarsi dalla tendenza a stabilire rapporti di causa-effetto tra informazioni indipendenti, secondo un'altra fallacia di tipo logico nota come *post hoc ergo propter hoc* (siccome una cosa B succede dopo un'altra A, allora B deve essere per forza causata da A). In pratica: tenere la mente aperta.

Le operazioni di valutazione condotte ad esempio al fine di stabilire una diagnosi possono essere costellate di insidie, bias (distorsioni) e difficoltà, ma non per questo diviene giocoforza legittimo rinunciare a condurre qualsiasi operazione di valutazione o imputare al metodo, e solo al metodo, la responsabilità di valutazioni condotte male, di giudizi espressi in modo affrettato e prematuro o di decisioni prese senza tener conto dei dati di realtà. Un approccio di tipo *bottom-up* (dal basso, ovvero: dai dati alla teoria) risulta in questo senso più appropriato dell'approccio corrispondente, quello di tipo *top-down* (dall'alto, ovvero: dalla teoria ai dati). E anche questo viene consigliato da Taleb lungo tutto il suo volume.

Date queste premesse, qui di seguito parliamo dell'assessment come fase della psicoterapia, in particolare della psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, riportando un esempio di utilizzo idiografico (clinico) di un test nomotetico (psicometrico).

L'assessment come fase della psicoterapia: definizioni e scopi

Come si legge in Sica e Cilia (2004, p. 117), “Con il termine assessment si intende generalmente l'ampia valutazione che lo psicologo clinico conduce sul soggetto e sui suoi problemi personali (Turkat, 1985). Si tratta cioè di comprendere ed interpretare i fenomeni comportamentali nella prospettiva della ricostruzione storica delle fasi che hanno condotto alla loro stabilizzazione e alla loro espressione attuale (cfr. Cilia & Sica, 1998)”.

Il termine assessment va distinto da quello di *diagnosi*. Come scrive Lauriola (2007, pp. 71-72), “Il termine diagnosi indica l'insieme dei metodi e delle tecniche attraverso i quali si riconduce un fenomeno complesso (come, per esempio, l'insieme dei sintomi riferiti da un paziente) all'interno di un sistema di classificazione noto che consenta di prendere decisioni in merito al fenomeno in oggetto (per esempio, quale terapia utilizzare per trattare o guarire il paziente). Il sistema di classificazione più diffuso per catalogare diverse forme di psicopatologia è attualmente il *Manuale*

diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4^a ed., *DSM-IV-TR (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)*”.

Assessment e diagnosi non sono quindi la stessa cosa, ma in campo clinico l'assessment viene condotto, di solito, per stabilire i meccanismi di funzionamento del paziente ed emettere una diagnosi.

L'assessment può essere concettualizzato come un processo che implica l'integrazione di informazioni provenienti da fonti diverse. Esempi di fonti e informazioni sono: i punteggi ottenuti a test psicometrici o le risposte fornite a tecniche proiettive, la storia di vita e quella clinica (medica, psichiatrica, ecc.) del paziente, la descrizione dei suoi sintomi (psichici e somatici) e dei suoi problemi (familiari, relazionali, lavorativi, ecc.). Le informazioni possono essere raccolte intervistando tanto il paziente quanto i cosiddetti *informants* (familiari, conviventi, amici, colleghi, ecc.) (Kamphuis, Emmelkamp, & de Vries, 2003; Kolanowski, Hoffman, & Hofer, 2007).

Da quanto fin qui dichiarato, emerge che il cosiddetto *testing psicologico* (che possiamo definire, con Anastasi, come il processo attraverso il quale ottenere una misura obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento) costituisce una parte dell'assessment (che possiamo concepire come un processo più articolato di *problem-solving*), quella cui solitamente ci si riferisce con il termine *psicodiagnostica*. Di regola, infatti, un assessment psicologico professionale si avvale di:

- *Colloqui e interviste al paziente* (grazie ai quali raccogliere, anche, informazioni relative all'eloquio, allo stile comunicativo e relazionale, alla postura e, in generale, condurre osservazioni sulla comunicazione verbale e non verbale);
- *Colloqui e interviste ad altri* (anche per cogliere punti di vista differenti relativamente a fatti di cui il paziente abbia già fornito una sua rappresentazione);
- *Strumenti self-report*, come griglie di repertorio (Kelly, 1955; 1963) e questionari di autovalutazione;
- *Test psicologici*, quali tecniche proiettive e strumenti psicometrici.

Dal punto di vista della teoria della psicoterapia (Galeazzi & Meazzini, 2004; Bara, 2005/2006), l'assessment viene concepita come la fase che precede l'intervento terapeutico. Autori anche di diverso orientamento (Lanman & Grier, 2003; Petit, 2008) sono sostanzialmente concordi nel sostenere che, senza aver prima condotto un assessment di un certo tipo (definito da aggettivi quali accurato, preciso, approfondito, ecc.), diventa quanto meno improbabile pensare di condurre una terapia di un certo tipo (definita da aggettivi quali adeguata, efficace, mirata, ecc.). In quest'ottica, la fase di assessment dovrebbe concludersi con l'emissione di una diagnosi e l'accertamento dei meccanismi di funzionamento del paziente. Dopo può cominciare la terapia.

Tuttavia, come scrive Cionini (2006, p. 17), “quando parliamo di assessment ci riferiamo [...] a un'operazione di valutazione che ha inizio al momento del primo contatto con il paziente e prosegue durante tutta la terapia”. Continua Cionini (2006, p. 17): “È opportuno tuttavia distinguere due momenti nel processo di assessment: la fase iniziale delle prime sedute, che può essere dedicata alla raccolta dei dati necessari per costruire una prima ipotesi sulle caratteristiche del sistema conoscitivo del paziente, e una seconda fase – che dura per tutto il processo terapeutico – in cui il terapeuta effettua una continua verifica della propria comprensione e delle proprie costruzioni professionali per orientare e ri-orientare le proprie scelte strategiche e tattiche di conduzione della relazione”.

Nella pratica, quindi, anche se l'assessment precede necessariamente la terapia vera e propria, e non può non precederla, dato il suo carattere di valutazione e accertamento, la linea di demarcazione tra assessment e intervento terapeutico non è mai così netta, e questo per due motivi principali:

- nel momento in cui il terapeuta fa domande di assessment al paziente, gli o le chiede di produrre documenti quali l'autocaratterizzazione (Kelly, 1955; 1963), vari tipi di diario (emotivo, cognitivo o comportamentale), gli ABC (cognitivi, alla Ellis, o comportamentali, alla Skinner), ecc.², e cerca di

² L'autocaratterizzazione è una tecnica messa a punto da Kelly in cui sostanzialmente si chiede al paziente o cliente di descriversi in terza persona. La tecnica del diario consiste nel chiedere al paziente o cliente di tenere una relazione giornaliera scritta su comportamenti, pensieri e/o emozioni che costituiscono punto di attenzione. Per ABC si intende una tecnica in cui una situazione vissuta dal paziente o cliente viene analizzata nelle sue componenti. Per Skinner si analizzano gli antecedenti (A, da *Antecedents*), il

ricostruire con lui o lei la sua storia di vita (Cionini, 2006, pp. 55-78), si ottengono sul paziente effetti legati alla consapevolezza di sé, dei propri pensieri, delle proprie emozioni e dei propri meccanismi di funzionamento che hanno innegabilmente una valenza anche terapeutica;

- l'assessment può rivelarsi, specialmente nel caso di pazienti con storie di vita particolari e diagnosi complessa, un'operazione lunga e certosina, che può richiedere anche mesi di incontri e alternarsi a "pezzi" di terapia vera e propria. A questo proposito i già citati Sica e Cilia (2004, p. 117) scrivono: "L'assessment va considerato un processo continuo, durante il quale si raccolgono osservazioni, si avanzano ipotesi che le giustifichino, si testano le ipotesi, se ne riformulano altre sulla base delle nuove osservazioni, e così via (Meyer, 1975)".

Ai due motivi appena visti è possibile aggiungere il fatto che, nel mentre terapeuta e paziente sono impegnati nella fase di assessment, essi stabiliscono anche, probabilmente e auspicabilmente, quella che tecnicamente viene definita *alleanza terapeutica*³ (Carli, Paniccia, Bonavita, Terenzi, & Giovagnoli, 2009; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Lingiardi, 2002; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), la quale ha ricadute sulla probabilità tanto di condurre un buon assessment, quanto che l'intervento terapeutico vada a buon fine.

L'assessment, quindi, è un processo a più fasi, che dura il tempo della terapia e che, in contesti clinici, può essere condotto per diagnosticare un disturbo o problema, concettualizzare un caso, programmare un trattamento, monitorarlo e valutarlo (Hunsley & Meyer, 2003). Esso "si configura come un vero e proprio processo ipotetico-deduttivo che consente di formulare per ogni singolo paziente programmi terapeutici sufficientemente flessibili da soddisfare la miriade di problemi e ostacoli che si incontrano comunemente durante un trattamento psicologico (Kanfer, 1985)" (Sica & Cilia, 2004, p. 117).

"La funzione principale del processo di assessment è rappresentata dal tentativo di comprendere il paziente e il suo mondo di significati e di spiegarsi in che cosa consiste, come può essere nato e come si mantiene il problema che ci viene presentato. Si tratta in altre parole di:

- Cercare di capire il problema del paziente: la valenza e i significati che esso assume ai suoi occhi nella vita quotidiana e rispetto all'immagine che egli ha di se stesso, delle relazioni con gli altri, del proprio futuro.

- Cercare di costruire un modello (nel linguaggio professionale) delle modalità di funzionamento del sistema-paziente e delle sue caratteristiche strutturali e di identificare quali siano i sistemi di conoscenza (procedurale, dichiarativa, episodica, affettivo-immaginativa) da lui più utilizzati e di cogliere la *logica interna* al sistema nel suo complesso.

- Tentare di ricostruire i processi, le tappe e i momenti critici dello sviluppo che hanno condotto all'attuale struttura individuale.

- Comprendere e spiegarsi la funzione che la sintomatologia svolge ai fini del mantenimento della massima coerenza interna." (Cionini, 2006, pp. 18-19).

Per perseguire i suoi scopi e raggiungere i suoi obiettivi di assessment, il terapeuta ha a disposizione una serie di strumenti di cui avvalersi e può fare riferimento a due modelli che in letteratura vengono indicati con le sigle IG (*Information Gathering*) e TMA (*Therapeutic Model of Assessment*).

Strumenti e modelli per l'assessment clinico: information gathering (ig) versus therapeutic model of assessment (tma)

comportamento della persona (B, da *Behaviour*) e le conseguenze di questo (C, da *Consequences*). Per Ellis, invece, si analizzano gli antecedenti (A), i pensieri fatti dalla persona in quella situazione (B, da *Beliefs*) e le conseguenze emotive o comportamentali che discendono dai pensieri (C).

³ Potremmo definire l'alleanza terapeutica, con Bordin (1975, 1979), una formula per indicare una dimensione interattiva riferita alla capacità di paziente e terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente. Si tratta di una definizione naturalmente contestabile, così generica da poter essere rifiutata. Il concetto, del resto, si presenta di non facile definizione (si veda in proposito, oltre ai lavori citati: <http://www.psychomedia.it/asp/strumenti/ivat-II.htm>).

Nonostante l'assessment possa essere definito come la "valutazione della dimensione di alcune caratteristiche psicologiche di una persona attraverso diversi metodi e strumenti quali l'osservazione, l'intervista, le scale di misura, le *check-list*, i test, gli inventari di personalità, ecc." (Pedrabissi & Santinello, 1997, Glossario), e nonostante l'espressione *multimethod assessment* faccia effettivamente pensare che ci si possa o addirittura ci si debba avvalere di diversi metodi per condurre l'assessment (Lang, 2008), lo strumento maggiormente consigliato in psicoterapia è ancora il colloquio (Lis, Venuti, & De Zordo, 1995; Morrison, 1995; Quadrio, 1997; Fine & Glasser, 1999; Sartori, 2007) o l'intervista clinica (Othmer & Othmer, 2004). Tuttavia, come accennato nella definizione di Pedrabissi e Santinello, è possibile servirsi anche dell'osservazione (in contesti naturali e/o artificiali o simulati) e di vari strumenti carta-matita, solitamente definiti *self-report* o *self-monitoring*, che possono assumere anche la forma di *homework* (Baldini, 2004). Il tutto con il duplice scopo di:

- ottenere informazioni *dal* paziente e *sul* paziente;
- far *lavorare* (= riflettere su di sé) il paziente anche a casa e non solo in seduta.

Come accennato, alcuni degli strumenti self-report, utilizzati in ambito cognitivo-comportamentale, sono l'autocaratterizzazione, i diari e gli ABC. In questa sede, però, vogliamo concentrare la nostra attenzione sull'utilizzo di strumenti psicometrici, come i questionari e i test di personalità.

In un articolo del 2000, Camara, Nathan e Puente riportano che l'utilizzo di questionari e test nell'assessment condotto da psicologi clinici e psicoterapeuti statunitensi è ancora molto ridotto (mentre non lo è nel caso di assessment condotto da neuropsicologi), pur dimostrando che, storicamente, tale utilizzo è via via aumentato lungo tutto il Novecento (Louttit & Brown, 1947; Sundberg, 1961; Lubin, Wallis, & Paine, 1971; Brown & McGuire, 1976; Lubin, Larsen, & Matarazzo, 1984; O'Roark & Exner, 1989; Ball, Archer, & Imhof, 1994) e suggerendone l'utilità anche nell'indagine della personalità (Camara, Nathan, & Puente, 2000).

Venendo nello specifico della psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, pur non privilegiando essa l'utilizzo di questionari e test psicometrici di personalità, questi "non sono incompatibili con l'assessment cognitivo-comportamentale se: a) vengono considerati come una delle tante forme di informazioni utili a delineare il quadro complessivo del soggetto; b) l'utilizzatore ne conosce bene i limiti; c) le informazioni fornite vengono considerate in modo critico e confrontate con fonti più attendibili. L'esperienza clinica insegna che con questi presupposti anche l'uso dei tradizionali questionari può rivelarsi estremamente utile, soprattutto per rilevare alcune caratteristiche personalologiche del soggetto che possono orientare in maniera diversa la scelta degli obiettivi e l'impostazione generale della psicoterapia" (Sica & Cilia, 2004, p. 133).

Per quanto riguarda i modelli di assessment attualmente presenti in letteratura, è possibile distinguerne almeno due (Hilsenroth & Cromer, 2007):

- *Information Gathering* (IG): più tradizionale, diffuso e spontaneo, si basa semplicemente sulla raccolta di informazioni (*information gathering*), la quale non è necessariamente guidata da ipotesi, almeno all'inizio, né da strumenti, ma si affida a un numero imprecisato di colloqui e non prevede momenti specifici di restituzione al paziente delle informazioni raccolte, integrate ed elaborate dal terapeuta. Esso inoltre non si preoccupa specificatamente di aspetti dell'interazione che hanno a che fare con la comunicazione verbale e non verbale, concentrandosi invece sul compito di raccolta delle informazioni.

- *Therapeutic Model of Assessment* (TMA): più strutturato, ma meno tradizionale e diffuso, prevede l'utilizzo integrato di colloqui, interviste cliniche e strumenti psicodiagnostici in un tempo stabilito a priori e la restituzione al paziente di quanto emerso lungo il percorso di valutazione. Inoltre, include un costante monitoraggio sul comportamento del terapeuta per quanto riguarda il proprio atteggiamento nei confronti del paziente in termini di comunicazione verbale (frasi di incoraggiamento, interessamento, validazione, ecc.) e non verbale (contatto oculare, postura, prossemica, ecc.).

Sebbene i due modelli possano essere visti come complementari l'uno all'altro (Finn & Tonsager, 1997), le ricerche mostrano che il TMA è più efficace dell'IG nello stabilire l'alleanza terapeutica

(Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Ackerman, Clemence, Strassle, & Handler, 2002; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004).

In particolare, gli studi suggeriscono che coinvolgere il paziente durante il processo di assessment, adottare, nella postura e nella verbalizzazione, un atteggiamento collaborativo (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005) ed esplorare la visione che il paziente ha del suo disturbo (Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005), al fine di favorire, durante i colloqui, coinvolgimento e profondità (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), prima accelera lo stabilirsi e poi mantiene la stabilità dell'alleanza terapeutica.

Inoltre, interventi riguardanti l'esplorazione di emozioni negative, che permettono al paziente di aprirsi su questioni salienti, evidenziare ricorrenti temi relazionali (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), chiarire le fonti di sofferenza e mantenere attiva l'attenzione su questioni relative al trattamento (Bachelor, 1995; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), hanno dimostrato la loro utilità nel favorire lo stabilirsi prima e il mantenimento poi di positive relazioni di lavoro.

Infine, esplorare attivamente le emozioni che insorgono in seduta (Bachelor, 1995; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005), sviluppare in modo cooperativo compiti e obiettivi terapeutici, dotando il paziente di una nuova capacità di comprensione e di nuovi insight (Bachelor, 1995; Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004), nonché fare interventi di psico-educazione sui sintomi del paziente e sull'intero processo terapeutico (Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, & Schatz, 2005) può migliorare significativamente l'alleanza e la relazione terapeutica.

Anche l'utilizzo di questionari e test psicologici viene messo in relazione con la maggiore efficacia dimostrata dal TMA nello stabilire l'alleanza terapeutica (Hilsenroth & Cromer, 2007; Berant & Zim, 2008). Tale utilizzo, però, dev'essere giustificato alla luce degli obiettivi da raggiungere, richiede un atteggiamento adeguato in sede sia di applicazione degli strumenti, sia di restituzione dei risultati al paziente, e presuppone un approccio al paziente più *idiografico* che *nomotetico* (cfr. Sartori & Bortolani, 2006; Sartori, *in press*). Inoltre, e venendo più nello specifico dell'assessment cognitivo-comportamentale, l'utilizzo di questionari e strumenti psicometrici, costituiti da item semantici, può essere una strada percorribile per accedere ai temi di pensiero del paziente e lavorare assieme su un piano collaborativo, secondo la tecnica terapeutica di problem-solving definita *collaborative assessment* (Finn, 2007; <http://www.somewareinvnt.com/vcca/coassessment.htm>).

Esempio di utilizzo idiografico di test nomotetici con due strumenti per l'assessment cognitivo-comportamentale dell'assertività

Riportiamo ora, come esempio di utilizzo idiografico di test nomotetici, un caso di applicazione di due strumenti ideati specificatamente per l'assessment cognitivo-comportamentale ad un paziente nell'ambito di un lavoro sull'assertività. Trattasi del *Questionario di Assertività di Rathus* (il cui ultimo lavoro di standardizzazione e adattamento alla popolazione italiana è di Galeazzi, 1990) e l'*Assertion Inventory* (il cui ultimo lavoro di standardizzazione e adattamento alla popolazione italiana è di Nisi, Ceccarani, & Pagliaro, 1986).

Il Questionario di Assertività di Rathus (RAS), elaborato nel 1973 (Rathus, 1973), consiste di 30 item che riflettono alcuni aspetti relativi ai rapporti interpersonali. Esso fornisce una misura della stima soggettiva della probabilità di comportarsi o di reagire nel modo descritto da ogni singolo item. Alcuni item si basano su situazioni proposte da Wolpe (1969) e da Wolpe e Lazarus (1966); altri derivano da scale di valutazione costruite da Allport (1928) e da Guilford e Zimmerman (1956); altri ancora sono stati tratti da resoconti in forma di diari redatti dagli studenti di un college americano: Rathus aveva chiesto agli studenti di descrivere i comportamenti che avrebbero voluto esibire, ma che percepivano come inibiti dalla paura che potessero provocare conseguenze sociali negative. La scala di risposta procede in questo modo: Per nulla, Un poco, Abbastanza, Molto, Moltissimo (con punteggi attribuiti che vanno da 0 a 4).

La Scala di Gambrill e Richey (1975; Rolandi & Bauer, 1981) si compone di 40 item. Ognuno di essi descrive una situazione sociale potenzialmente difficile da gestire e un comportamento ritenuto adeguato ad affrontarla. A chi compila il test viene chiesto di valutare, separatamente:

- il grado di disagio o di ansia provato nella situazione (su una scala da 1 a 5, dove: 1 = Nessuno; 2 = Un poco; 3 = Abbastanza; 4 = Molto; 5 = Moltissimo);
- la probabilità di emettere il comportamento assertivo descritto (su una scala da 1 a 5, dove: 1 = Lo faccio sempre, quando ciò è opportuno; 2 = Lo faccio quasi tutte le volte in cui ciò è opportuno; 3 = Lo faccio circa il 50% delle volte in cui ciò è opportuno; 4 = Lo faccio raramente; 5 = Non lo faccio mai).

Qui di seguito mostriamo i risultati della loro applicazione al paziente, sia secondo un approccio di tipo nomotetico (psicometrico), sia secondo un approccio di tipo idiografico (clinico).

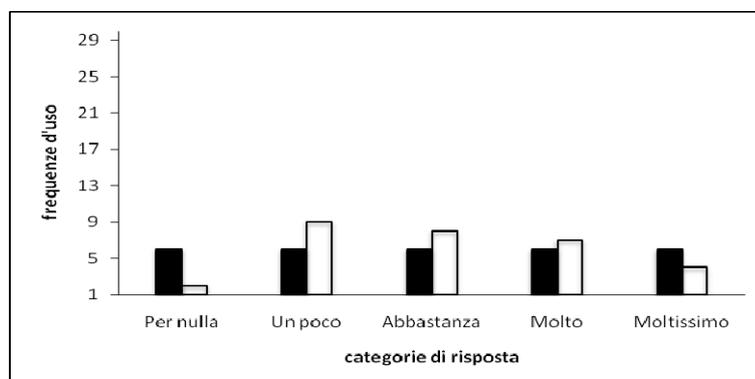
Questionario di Assertività di Rathus

Analisi del punteggio al test e considerazioni di tipo nomotetico

Il Questionario fornisce un punteggio totale di anassertività (il costrutto opposto a quello di assertività) che è la somma dei punteggi da 0 a 4 attribuiti a ciascuno dei 30 item. Di questi, 17 sono formulati positivamente rispetto al costrutto anassertività, mentre i rimanenti 13 sono formulati negativamente rispetto allo stesso costrutto (il loro punteggio va perciò invertito). Il punteggio totale del paziente è di 82, il quale risulta parimenti alto se confrontato sia con la popolazione generale (1200 soggetti, media = 53.25; deviazione standard = 14.59, range: 38.66 – 67.84), sia con la popolazione relativa al suo genere di appartenenza (600 soggetti, media = 50.50; deviazione standard = 14.36, range: 36.14 – 64.86) sia con la popolazione generale corrispondente alla sua fascia di età (200 soggetti, media = 58.89; deviazione standard = 13.22, range: 45.87 – 72.11), sia, infine, con la popolazione relativa al suo genere di appartenenza e alla sua fascia di età (100 soggetti, media = 52.23; deviazione standard = 13.53, range: 38.7 – 65.76). In particolare, il punteggio del paziente si colloca due deviazioni standard sopra la media in tutte le popolazioni considerate, denotando anassertività.

Analisi del comportamento di risposta e considerazioni di tipo idiografico

Il comportamento di risposta del paziente è quello mostrato dal grafico seguente (base-line: 30 item diviso 5 categorie di risposte, 30:5=6, barre scure), da cui si evince che il paziente ha utilizzato tutte le categorie di risposta a sua disposizione (barre chiare), preferendo le tre di mezzo, senza estremizzare:



Gli item che hanno ricevuto una risposta estrema sono i seguenti:

PER NULLA	MOLTISSIMO
6. Quando mi viene richiesto di fare qualcosa, io insisto nel sapere il perché	5. Se un commesso si è dato un gran da fare nel mostrarmi certi articoli da vendere, senza che io abbia trovato qualcosa di molto adatto alle mie esigenze, ho difficoltà nel dire "No, grazie, non lo acquisto"
22. Se qualcuno sta diffondendo delle falsità o delle malignità su di me, faccio in modo di incontrarlo subito per affrontare il fatto	14. Trovo imbarazzante restituire della merce insoddisfacente
	16. Ho evitato di fare delle domande per paura di sembrare stupido
	23. Spesso ho difficoltà nel dire "NO" a qualcuno

In fase di inchiesta, essi sono stati risomministrati verbalmente al paziente, per vedere se li valutava ancora nello stesso modo, dargli l'opportunità di portare esempi al riguardo e perché ritenuti quelli su cui è probabilmente più urgente lavorare, dato il livello massimo di anassertività espressa (a questo proposito, il paziente ha indicato la situazione riportata dall'item 16 *come particolarmente problematica per sé*). Essi quindi hanno costituito anche l'occasione per condurre degli ABC in cui l'A è costituito proprio dalla situazione riportata in ciascun item. In questo modo è stato possibile accedere ai pensieri che il paziente fa nelle situazioni indicate (ad esempio: *fare la figura dello stupido è una cosa tremenda, terribile e inaccettabile, meglio sarebbe morire*), alle relative emozioni (ad esempio: ansia, paura, vergogna, senso di umiliazione e paura di essere aggredito), alle strategie di coping, spesso maladattative, messe in atto dal paziente (accondiscendenza indiscriminata, sottomissione e rinuncia) al fine di fronteggiare la situazione temuta, e, infine, all'esplorazione di strategie di coping alternative (ad esempio: verbalizzare il proprio stato di ansia e confusione all'interlocutore e chiedere aiuto nel processo di decisione).

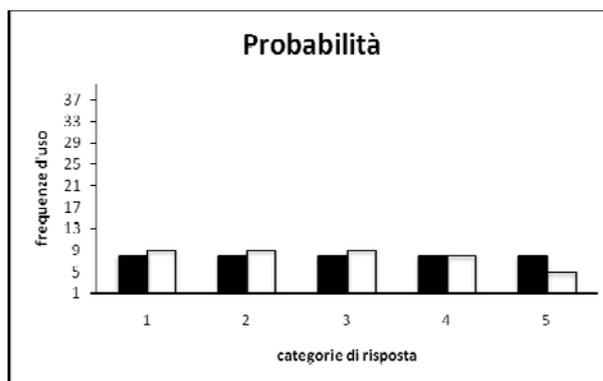
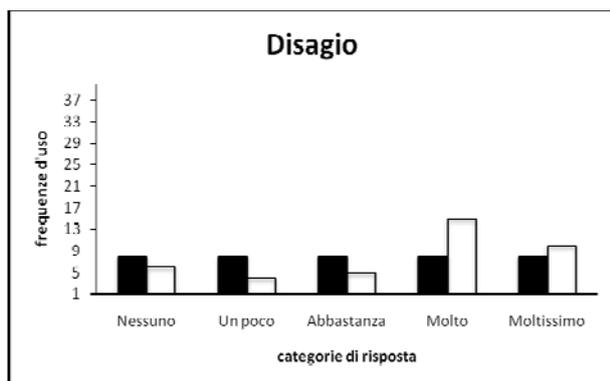
Scala di Gambrill e Richey

Analisi del punteggio al test e considerazioni di tipo nomotetico

La Scala fornisce due punteggi separati, uno relativo al *grado di ansia o di disagio provato dal paziente*, l'altro relativo alla *probabilità che il paziente metta in atto il comportamento* descritto da ciascun item. Tutti e 40 gli item del test riportano comportamenti assertivi, perciò la prima volta il paziente valuta il grado di ansia o disagio provato, qualora dovesse mettere in atto il comportamento assertivo indicato, fornendo un punteggio da 1 a 5 (il punteggio totale è dato dalla somma delle risposte), la seconda volta valuta la probabilità con cui mette in atto ciascun comportamento indicato su un'altra scala da 1 a 5 (anche in questo caso il punteggio totale è dato dalla somma delle risposte). Il punteggio di ansia o disagio del paziente è pari a 139, che, confrontato con i valori del campione normativo (380 soggetti, media = 91.99, deviazione standard = 20.44, range: 71.55 – 112.43) risulta alto. Anche in questo caso, il punteggio del paziente si colloca due deviazioni standard sopra la media, denotando un elevato livello di ansia o disagio. Il punteggio di probabilità è pari a 111, che, confrontato con i valori del campione normativo (380 soggetti, media = 95.21, deviazione standard = 18.78, range: 76.43 – 113.99), risulta nella norma. Dal momento che il punteggio 111 si colloca nella parte alta del range, nel quale vi rientra davvero per "un soffio", potremmo collocare il paziente in una zona intermedia compresa tra quella dei soggetti *anassertivi* (dato che verrebbe confermato, tra l'altro, anche dal punteggio al Questionario di Assertività di Rathus) e quella degli *esecutori ansiosi* (dal momento che il paziente, anche per il tipo di lavoro svolto, è costretto a volte a mettere in atto proprio quei comportamenti che più lo mettono in ansia e a disagio).

Analisi del comportamento di risposta e considerazioni di tipo idiografico

La Scala si presta ad analizzare due comportamenti di risposta, uno relativo a quando il soggetto risponde al test valutando il proprio grado di disagio o ansia, l'altro relativo a quando il soggetto risponde al test valutando la probabilità di emissione del comportamento indicato (base-line per entrambi: 40 : 5 = 8, barre scure). Il primo grafico evidenzia che il paziente dà, come risposta modale, "Molto", confermando l'elevata reattività psico-fisiologica del soggetto all'idea di mettere in atto comportamenti assertivi. Segue la risposta "Moltissimo", a conferma di quanto appena detto. Il secondo grafico, invece, fa vedere come le risposte modali siano le prime 3, indicando che il paziente mette in atto i comportamenti per lui ansiogeni e disagevoli da "Tutte le volte che ciò è opportuno" a "Circa il 50% delle volte", dato che corroborerebbe l'ipotesi che il paziente rientri negli esecutori ansiosi.



Gli item che hanno ricevuto una risposta estrema sono i seguenti:

MOLTISSIMO DISAGIO	PROBABILITÀ (LO FACCIO RARAMENTE O MAI)
	1. Dire di no se qualcuno mi chiede in prestito la macchina o una cosa alla quale tengo molto
3. Chiedere un piacere a qualcuno	
	4. Non cedere di fronte all'insistenza di un venditore
	6. Dire di no se qualcuno mi chiede di uscire insieme e io non ne ho voglia
8. Se una persona alla quale tengo molto fa qualcosa che mi offende o mi preoccupa, dirglielo apertamente	8. Se una persona alla quale tengo molto fa qualcosa che mi offende o mi preoccupa, dirglielo apertamente
19. Ammettere di non avere chiara una cosa di cui si sta discutendo, e chiedere un chiarimento	19. Ammettere di non avere chiara una cosa di cui si sta discutendo, e chiedere un chiarimento
20. Chiedere lavoro	
	23. Pretendere di essere serviti in maniera adeguata (per esempio al bar, in pizzeria, al ristorante) se il servizio è scadente
24. Discutere apertamente con qualcuno riguardo al	24. Discutere apertamente con qualcuno riguardo al

suo atteggiamento critico nei miei confronti	suo atteggiamento critico nei miei confronti
25. Restituire una merce difettosa	
26. Esprimere un'opinione contraria a quella della persona con cui sto parlando	26. Esprimere un'opinione contraria a quella della persona con cui sto parlando
28. Se mi sembra che una persona si sia comportata scorrettamente nei miei confronti, dirglielo apertamente	28. Se mi sembra che una persona si sia comportata scorrettamente nei miei confronti, dirglielo apertamente
	34. Non lasciarmi mettere in agitazione dalle richieste pressanti di qualcuno
	37. Accettare un complimento che mi viene rivolto, senza sminuirlo
39. Se un amico o un collega dice o fa qualcosa che mi disturba, dirglielo apertamente	39. Se un amico o un collega dice o fa qualcosa che mi disturba, dirglielo apertamente
40. Se una persona mi sta infastidendo in pubblico, chiederle di smettere	40. Se una persona mi sta infastidendo in pubblico, chiederle di smettere

Nell'inchiesta di approfondimento, per quanto riguarda il discorso disagio, visto lo stile di risposta del soggetto, vengono scelti solo quegli item per il quale il paziente esprime disagio al massimo livello (5 = Moltissimo). Nel caso in cui la categoria "Moltissimo" non fosse stata scelta, si sarebbe scesi di una categoria.

Per quanto riguarda invece il discorso probabilità, dato sempre lo stile di risposta del soggetto, vengono scelti quegli item i cui comportamenti non vengono mai messi in atto dal paziente o solo raramente (risposte 5 e 4).

In entrambi i casi, gli item vengono riproposti verbalmente in sede di inchiesta. Di particolare interesse, a questo proposito, sono quegli item che mettono il paziente a disagio a tal punto che evita di mettere in atto il comportamento corrispondente (com'è ad esempio, nel caso del paziente, la situazione prospettata dall'item 19, al quale il paziente ha reagito con risposta 5 sia nel caso di disagio – "Moltissimo" – sia nel caso di probabilità – "Non lo faccio mai").

Conclusioni

Psychological assessment and clinical judgement è il titolo di un capitolo scritto da Garb, Lilienfeld e Fowler all'interno del volume curato da Barbara Winstead nel 2008 *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Gli autori sostengono l'utilizzo di strumenti diversi per condurre un assessment di tipo clinico ed evidenziano l'importanza che tali strumenti siano dotati di una taratura in grado di renderli validi e attendibili.

È del 1992 invece l'articolo in cui Levine, Sandeen e Murphy, sulla rivista *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* pongono il problema della possibilità di utilizzare informazioni nomotetiche per rispondere a quesiti idiografici nell'ambito di contesti clinici e psicoterapici. Nel 2000, quindi 8 anni dopo, esce il primo articolo in cui si fa esplicito riferimento, già nel titolo, alla possibilità di avvalersi di un test nomotetico in modo idiografico (si tratta del lavoro di Joshua M. Weiss: *Idiographic Use of the MMPI-2 in the Assessment of Dangerousness Among Incarcerated Felons*, pubblicato sull'*International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*).

Nel 2005 esce un articolo scritto da un autore Rumeno il cui titolo, tradotto in inglese, suona come *Personality research between nomothetic and idiographic strategies: Conceptual methodological differences*, e, nel 2006, un articolo sul *Giornale Italiano di Psicologia* dal titolo *Approccio*

idiografico e approccio nomotetico alla persona: il caso dei test psicologici (Sartori & Bortolani, 2006). L'esigenza di avvalersi in modo idiografico di strumenti nomotetici nati per l'indagine psicometrica di caratteristiche psicologiche esce dal contesto internazionale per entrare nel vivo delle singole realtà europee e cercare di trovare risposte ai quesiti: È possibile avvalersi in modo idiografico di un test nomotetico? Ha senso? Come si può fare? (cfr. Sartori, in press).

Il presente contributo ha voluto esemplificare come sia possibile avvalersi in modo idiografico di strumenti nomotetici per personalizzare l'utilizzo di tali strumenti nel contesto dell'assessment vista come fase della psicoterapia.

Riassumendo l'esperienza presentata, si può concludere che la lettura nomotetica dei risultati dei questionari indica che ci troviamo di fronte ad un soggetto che prova forte ansia o disagio (o che comunque si attiva molto sul piano delle reazioni psico-fisiologiche) all'idea di mettere in atto comportamenti assertivi tesi all'affermazione di sé, a porre domande, avanzare dubbi ed esprimere opinioni. I punteggi di entrambi i questionari vanno nella stessa direzione.

La lettura idiografica degli stessi risultati, inoltre, permette di evidenziare, in modo più saliente per il paziente, la sua anassertività (facendogliela vedere attraverso il suo stile di risposta), e di graduare gli item da quello che crea nel paziente più ansia o disagio a quello che ne crea meno. Questo ha permesso, nel caso specifico, di focalizzare l'attenzione sul fatto che porre domande di chiarimento e mostrare di non aver capito qualcosa sono situazioni particolarmente problematiche per il paziente, il quale ha in testa l'idea che fare la figura dello stupido sia una cosa tragica al massimo livello.

A questo punto, l'assessment su un aspetto specifico e problematico del paziente può dirsi concluso. Può quindi avere inizio un lavoro psicoterapico al riguardo.

Bibliografia

Allport, G. (1928). A test for ascendance-submission. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 23, 118-136.

Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity M.R., & Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82-109.

Anastasi, A. (2002). *I test psicologici*. Milano: Franco Angeli. XVIII Edizione.

Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic process and alliance during psychological assessment: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.

Baldini, F. (2004). *Homework. Un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. Milano: McGraw-Hill.

Ball, J.D., Archer, R.P., & Imhof, E.A. (1994). Time requirements of psychological testing: A survey of practitioners. *Journal of Personality Assessment*, 63, 239-249.

Bara, G.B. (ed) (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. I. : Teoria. Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, G.B. (ed) (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. II: Clinica. Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, G.B. (ed) (2006). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Vol. III: Patologie. Torino: Bollati Boringhieri.

Berant, E. & Zim, S. (2008). Between two worlds: A case study of the integrative process of personality assessment. *Rorschachiana*, 29, 201-232.

Bordin, E.S. (1975). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. *Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Washington (DC).

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-60.

- Brown, W.R. & McGuire, J.M. (1976). Current psychological assessment practices. *Professional Psychology*, 7, 475-484.
- Camara, W.J., Nathan, J.S., & Puente, A.E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Bonavita, V., Terenzi, V., & Giovagnoli, F. (2009). Decostruire e riorganizzare il costruito di Alleanza Terapeutica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-49,.
- Cilia, S. & Sica, C. (1998). *Assessment cognitivo-comportamentale: le strategie CBA-2.0*. Salerno: TecnoScuola.
- Cionini, L. (2006). L'assessment. In G.B. Bara (Ed.). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Volume terzo: Patologie, 15-81. Torino: Bollati Boringhieri.
- Di Blas, L. (2008). *I test di personalità*. Roma: Carocci.
- Fine, S.F. & Glasser, P.H. (1999). *Il primo colloquio – Coinvolgimento e relazione nella professione d'aiuto*. Milano: McGraw-Hill.
- Finn, S.E. & Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms: Assessment in psychological treatment: A necessary step for effective intervention. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Finn, S.E. (2007). *In our clients' shoes. Theory and techniques of therapeutic assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Garb, H.N., Lilienfeld, S.O., & Fowler, K.A. (2008). Psychological assessment and clinical judgement. In B.A. Winstead (Ed). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (2nd ed.). (pp. 103-124). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Galeazzi, A. (1990). Uno strumento per l'assessment comportamentale: il Questionario di Assertività di Rathus (R.A.S.). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 190, 3-12.
- Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). *Mente e comportamento*. Firenze: Giunti.
- Gambrill, E.D. & Richey, C.A. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behaviour Therapy*, 6, 550-561.
- Guilford J.P. & Zimmerman W.S. (1956). *The Guilford-Zimmerman Aptitude Survey*. Beverly Hills: Sheridan Supply Co.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S., Clemence, A., Strassle, C., & Handler, L. (2002). Effects of structured clinical training on patient and therapist perspectives of alliance early in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 309-323.
- Hilsenroth, M.J. & Cromer, T.D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 205-218.
- Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., & Ackerman, S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
- Hunsley, J. & Meyer, G.J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: Conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15, 446-455.
- Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M.G., & de Vries, V. (2003). Moderated validity of clinical informant assessment: use in depression and personality. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 102-107.
- Kanfer, F.H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 10, 107-121.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

- Kelly, G.A. (1963). *A theory of personality. The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kolanowski, A., Hoffman, L., & Hofer, S.M. (2007). Concordance of self-report and informant assessment of emotional well-being in nursing home residents with dementia, *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 20-27.
- Lang, M. (ed) (2008). *I dieci test che lo psicologo deve conoscere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lanman, M. & Grier, F. (2003). Objectivity in psychoanalytic assessment of couple relationships. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 255-260.
- Lauriola, M. (2007). Validità e uso diagnostico dei test. In A.P. Ercolani (Ed.). *Strumenti statistici per la ricerca, la valutazione e la diagnosi in psicologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Levine, F.M., Sandeen, E., & Murphy, C.M. (1992). The therapist's dilemma: Using nomothetic information to answer idiographic questions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29, 410-415.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lis, A., Venuti, P., & De Zordo, M.R. (1995). *Il colloquio come strumento psicologico*. Firenze: Giunti.
- Louttit, C.M. & Brown, C.G. (1947). Psychometric instruments in psychological clinics. *Journal of Consulting Psychology*, 11, 49-54.
- Lubin, B., Larsen, R.M., & Matarazzo, J.D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, 39, 451-454.
- Lubin, B., Wallis, R.R., & Paine, C. (1971). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1969. *Professional Psychology*, 2, 70-74.
- Meyer, V. (1975). The impact of research on the clinical application of behavior therapy. In R.I. Thompson & W.S. Dockens (Eds.). *Applications of behaviour modification*. New York: Academic Press.
- Morrison, J. (1995). *The first interview: Revised for DSM-IV*. New York: Guilford.
- Nisi, A., Ceccarini, P., & Pagliaro, D. (1986). Standardizzazione italiana dell'Assertion Inventory di Gambrill e Richey: uno studio pilota. *Teoria del Comportamento*, 7, 121-132.
- O'Roark, A.M. & Exner, J.E. (eds) (1989). *History and directory: Society for personality assessment fiftieth anniversary*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Oskamp, S. (1965). Overconfidence in case-study judgements. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 261-265.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (2004). *L'intervista clinica con il DSM-IV-TR*, Milano: Raffaello Cortina.
- Pedrabissi, L. & Santinello, M. (1997). *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino.
- Petit, C. (2008). Psychoanalytic psychotherapy assessment in a child and adolescent mental health setting: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 139-155.
- Quadrio, A. (ed) (1997). *Il colloquio in psicologia*. Bologna: Il Mulino.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
- Rolandi, A. & Bauer, B. (1981). La scala di Gambrill e Richey per l'assessment del comportamento assertivo. *Giornale Italiano di Analisi e Modificazione del Comportamento*, 2, 133-138.
- Rumiati, R. & Bonini, N. (1996). *Le decisioni degli esperti*. Bologna: Il Mulino.

- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., & Schatz, D.S. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15, 103-116.
- Sartori, R. (2007). Il colloquio psicologico tra ricerca, diagnosi e terapia. *Quaderni DIPAV*, 18, 127-140.
- Sartori, R. (*in press*). Tecniche proiettive e strumenti psicometrici per l'indagine di personalità. Milano: LED.
- Sartori, R. & Bortolani, E. (2006). Approccio ideografico e approccio nomotetico alla persona: il caso dei test psicologici. *Giornale Italiano di Psicologia*, 1, 107-118.
- Sica, C. – Cilia, S. (2004). I fondamenti dell'assessment. In A. Galeazzi & P. Meazzini (Eds.). *Mente e comportamento*. pp. 117-146. Firenze: Giunti.
- Sundberg, N.D. (1961). The practice of psychological testing in clinical services in the United States. *American Psychologist*, 16, 79-83.
- Taleb, N.N. (2008). *Il cigno nero*. Milano: Il Saggiatore.
- Turkat, I. (1985). *Behavioural case formulation*. New York: Plenum.
- Weiss, J.M. (2002). Idiographic Use of the MMPI-2 in the Assessment of Dangerousness Among Incarcerated Felons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 70-83.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behaviour therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966). *Behaviour Therapy Techniques*. London, Pergamon Press.

Aspetti neurobiologici e neurocognitivi del Disturbo Antisociale di Personalità: un aggiornamento.

di Michele Poletti*

Introduzione

Tale breve articolo si propone di fornire un aggiornamento sugli aspetti neurobiologici e neurocognitivi del Disturbo Antisociale di Personalità (DAP), attraverso una rassegna ragionata di studi reperiti nelle banche dati Medline e PsychInfo, aggiornate al Dicembre 2009.

Il DAP è caratterizzato da un disprezzo patologico del soggetto per le regole della società, da comportamento impulsivo, dall'incapacità di assumersi responsabilità e dall'indifferenza nei confronti dei sentimenti altrui. I criteri diagnostici del DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), che si applicano solo a soggetti maggiorenni, includono: la presenza di un Disturbo della Condotta con esordio precedente ai 15 anni; l'incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento, con ripetersi di condotte suscettibili di arresto; disonestà, cioè il soggetto mente, usa falsi nomi, truffa gli altri; impulsività o incapacità di pianificare; irritabilità e aggressività; inosservanza della sicurezza propria e degli altri; irresponsabilità, cioè incapacità di far fronte a obblighi finanziari o di sostenere un'attività lavorativa con continuità; mancanza di rimorso. Questi aspetti del comportamento antisociale non devono manifestarsi esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un episodio maniacale, ma essere caratteristiche comportamentali stabili del soggetto.

È importante sottolineare il criterio della presenza di un Disturbo della Condotta prima dell'età dei 15 anni, cioè un quadro di comportamenti che violano i diritti degli altri o le norme e le regole sociali appropriate per l'età (aggressione a persone o animali, distruzione di proprietà, truffa o furto, grave violazione di regole): ciò sottolinea l'importanza di un punto di vista evolutivo sul DAP, il cui percorso di sviluppo inizia durante o ancora prima dell'adolescenza.

A proposito delle condotte antisociali, occorre brevemente richiamare l'etichetta diagnostica di Psicopatia che presenta aree di sovrapposizione con quella di DAP. Già a partire dai criteri diagnostici del DSM-III, venne rilevato che la maggior parte dei soggetti in carcere era compatibile con una diagnosi di DAP ma solo il 25% dei soggetti era compatibile con una diagnosi di Psicopatia, sostenuta dalla somministrazione della Psychopathy Checklist- Revised di Hare (PCL-R) (Hare, 1983;1991; Hare, Hart & Harpur, 1991). La letteratura oggi disponibile sui comportamenti antisociali è piuttosto vasta ma rimane una certa ambiguità di fondo nell'uso di tali termini: non è lo scopo di tale breve articolo di aggiornamento approfondire le differenze tra queste due categorie diagnostiche, ma occorre tenere ben presenti alcune distinzioni fondamentali. La diagnosi di DAP viene posta più frequentemente rispetto a quella di Psicopatia, in quanto questa ultima possiede criteri diagnostici più severi. Nel DAP si fa più riferimento al comportamento del soggetto, cioè al fatto che egli tenda a mettere in pratica atti antisociali a dispetto delle conseguenze negative dei suoi atti, mentre nella Psicopatia si fa più riferimento alla dimensione affettiva ed interpersonale del soggetto, mettendone in evidenza l'egocentrismo, l'impulsività, l'irresponsabilità, le emozioni superficiali, l'assenza di empatia, di senso di colpa e di rimorso, e la manipolazione di norme e aspettative sociali (Hare, 1983; Cleckley, 1976). La diversa attenzione diagnostica posta nei confronti del livello comportamentale da una parte e del livello affettivo/ interpersonale dall'altra, fa sì che la maggior parte dei soggetti psicopatici siano compatibili con una diagnosi di DAP, ma non

* Psicologo Psicoterapeuta, Assegnista di Ricerca presso Dipartimento di Neuroscienze, Università di Pisa. Indirizzo per la corrispondenza: UOC Neurologia, Ospedale Versilia, Lido Di Camaiore (LU). Via Aurelia 335, Lido di Camaiore, (LU); michelepoletti79@gmail.com.

tutti i soggetti con DAP abbiano caratteristiche compatibili con una diagnosi di Psicopatia (Ogloff, 2006).

Questi disturbi si distinguono tra loro anche per le caratteristiche dell'aggressività: mentre le azioni aggressive del soggetto antisociale sono generalmente dettate dall'impulsività e inquadrabili come manifestazioni dell'aggressività reattiva, le azioni aggressive del soggetto psicopatico sono generalmente premeditate, dirette ad uno scopo, ed più inquadrabili come manifestazioni dell'aggressività strumentale (Blair, 2004; Seguin, 2004; Sugden, Kile & Hendren, 2006).

Le condotte antisociali cominciano già in fase evolutiva, come evidenziato dal criterio diagnostico che richiede la presenza di un Disturbo della Condotta come precursore del DAP. Così come suggerito per altri disturbi di personalità, anche le condotte antisociali derivano da una complessa interazione di fattori genetici ed ambientali (Baker et al., 2007): si veda per esempio il modello ICAP (*Integrated Cognitive Antisocial Potential Theory*: Farrington, 2005) che individua, come fattori di rischio in età evolutiva, sia fattori intra-familiari (basso livello socioeconomico, la presenza di un genitore con disturbi psichiatrici o condotte antisociali, scarsa qualità di tutela) che extra-familiari (quali un ambiente sociale con un alto tasso di criminalità, amici con condotte antisociali), risultanti per esempio in fallimenti scolastici ed un elevato livello di impulsività, che risulta essere il più forte predittore in infanzia dello sviluppo di DAP in età adulta (White et al., 1994).

Per quanto riguarda la psicopatia, si ipotizza che lo sviluppo di comportamenti antisociali, sia di natura reattiva come di natura strumentale e caratterizzato da una scarsa empatia verso le vittime delle condotte medesime, si basi su un processo neuroevolutivo disfunzionale a carico dell'amigdala e della corteccia ventromediale (Blair, 2008; Blair et al., 2006; Khiel, 2006): nei soggetti sani questo circuito neurale permetterebbe quel processo definito come *Social Response Reversal*, cioè l'estinzione, o quantomeno la modifica, di quei comportamenti che provocano distress negli altri individui, quali i comportamenti antisociali, e che vengono pertanto puniti (nei termini dell'apprendimento operante) dal disagio altrui, e di conseguenza ridotti e poi abbandonati (Blair, 2001; Blair & Cipollotti, 2000; Colledge & Blair, 2001). Ciò porterebbe nel tempo a sviluppare un senso morale, inteso come capacità di distinguere ciò che può "ferire", nel senso ampio del termine, altri individui.

Anormalità morfometriche a carico di queste strutture cerebrali (amigdala e corteccia ventromediale) sono identificabili già in preadolescenti e adolescenti con condotte antisociali (Blair, 2009; De Brito et al., 2009; Huebner et al., 2008) e permangono anche in età adulta, con anomalie riportate da studi di neuroimmagine a carico della corteccia prefrontale, della corteccia temporale superiore, del complesso amigdala-ippocampo e della corteccia cingolata-anteriore (Barkataki et al., 2008; Goethals et al., 2005; Yang, Glenn & Raine, 2008; de Oliveira-Souza et al., 2008). A livello funzionale, l'attivazione anomala dell'amigdala dei soggetti con condotte antisociali si correla con difficoltà nel riconoscimento dell'espressione facciale delle emozioni (Blair et al., 2001; Deeley et al., 2006; Dolan & Fullam, 2006; Jones, Forster & Skuse, 2007; Jones et al., 2009; Marsh & Blair, 2008); l'attivazione anomala a carico della corteccia prefrontale ventromediale si correla con difficoltà nel processo di apprendimento inverso (Finger et al., 2008; Vollm et al., 2004) e nel processo di valutazione delle ricompense (Rubia et al., 2009); questo fenomeno causerebbe difficoltà ad estinguere o modificare comportamenti le cui azioni sono state socialmente punite (Blair, 2010).

Da un punto di vista clinico si è visto che i soggetti antisociali hanno livelli elevati di impulsività, che si associano a condotte aggressive di tipo reattivo, mentre le condotte aggressive di tipo strumentale, più frequenti nei soggetti psicopatici, sono più slegate dall'impulsività, in quanto generalmente deliberate in modo volontario. L'impulsività è stata indagata da un punto di vista neurocognitivo in soggetti adulti con condotte antisociali, rilevando un elevato livello di impulsività sia in compiti di inibizione della risposta motoria (Barkataki et al., 2008) sia in compiti di integrazione delle modifiche delle contingenze di rinforzo/punizione nelle proprie scelte, misurata da compiti decisionali (Frick & White, 2008; Jollant et al., 2007; Vollm et al., 2007; Yeatham et al., 2008).

Sintetizzando i risultati sperimentali a disposizione, e cercando di tracciare un possibile percorso neuroevolutivo del comportamento antisociale, analogamente a quanto proposto per il Disturbo Borderline di Personalità (Poletti, in press), occorre partire dall'infanzia, in cui si verifica probabilmente l'associazione tra più fattori di rischio genetici, intra-familiari, extra-familiari e sociali. Tale associazione probabilmente ha ripercussioni a livello neurobiologico, soprattutto a carico dell'amigdala e della corteccia prefrontale ventromediale.

Un'amigdala disfunzionale causa maggiori difficoltà nel processare la valenza emozionale delle situazioni sociali in cui il bambino interagisce con gli altri: per esempio le difficoltà di riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni può riflettersi nella difficoltà di interpretare le reazioni emotive dei compagni alle proprie azioni. Una corteccia prefrontale ventromediale disfunzionale causa maggiori difficoltà nell'estinguere o modificare quei comportamenti che sono stati "socialmente puniti" dalle reazioni negative dei compagni o dalle sanzioni degli adulti. In alcuni soggetti questo processo disfunzionale risulterebbe così marcato da impedire lo sviluppo di un senso morale, inteso come conoscenza delle azioni che possono essere socialmente punibili, come nel caso dei soggetti psicopatici (Frick & White, 2008).

Sia in età evolutiva come nei soggetti adulti, una disfunzione a carico della corteccia prefrontale si associa ad un'alta impulsività, intesa sia come scarsa capacità di inibire risposte comportamentali sia come scarsa capacità di modificare le proprie scelte in seguito a modifiche delle contingenze di rinforzo e punizione delle proprie azioni. È possibile quindi che si instauri un circuito vizioso: le condotte antisociali provocano reazioni negative da parte degli altri individui e i soggetti antisociali denotano scarse abilità nel gestire queste situazioni sociali, con conseguente ricorso a forme di aggressività reattiva.

Se questo è il quadro dei soggetti antisociali, un interessante punto di vista in chiave sia eziologica che terapeutica viene da un recente articolo (Miller, Collins & Kent, 2008) che mette in risalto come la disfunzione prefrontale dei soggetti antisociali potrebbe riflettersi anche in una scarsa capacità di fare ricorso al linguaggio come modalità di autoregolazione del comportamento; le abilità linguistiche del soggetto, intese come linguaggio interno, potrebbero fungere cioè da moderatori delle condotte aggressive di tipo impulsivo. In tale ottica sarebbe così interessante valutare gli effetti di eventuali trattamenti riabilitativi delle funzioni esecutive o di sessioni "pedagogiche" di utilizzo del linguaggio come autoguida del proprio comportamento, sui comportamenti antisociali, soprattutto in soggetti in età evolutiva.

Conclusioni

In questa rassegna si sono presi in esame recenti evidenze empiriche sul Disturbo Antisociale di Personalità. Si sono evidenziati i risultati della valutazione neuropsicologica e dell'utilizzo delle neuroimmagini in questa popolazione clinica. L'esame neuropsicologico individua i processi cognitivi sottostanti all'impulsività manifesta a livello comportamentale, in particolare deficit sia della capacità di inibire risposte comportamentali già predisposte, sia della capacità di modificare le proprie strategie comportamentali e di scelta, in seguito a cambiamenti delle contingenze di rinforzo/punizione. L'uso delle neuroimmagini strutturali e funzionali consente di confermare a livello neurobiologico quanto emerso a livello cognitivo, cioè una disfunzione della corteccia prefrontale come caratteristica comune di questi soggetti e probabile substrato neurobiologico di un elevato livello di impulsività.

In conclusione, è importante sottolineare il fatto che l'insieme di questi dati sperimentali, raccolti sia in soggetti in età di sviluppo che in età adulta, permette oggi di tracciare i possibili percorsi evolutivi di questo disturbo della personalità dall'associazione di importanti fattori di rischio nell'infanzia fino alle modalità comportamentali patologiche adulte, e a più livelli di analisi, da quello neurale fino a quello cognitivo e comportamentale.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text revision (4th ed.)*. Washington DC: APA Press.
- Baker, L.A., Jacobson, K.C., Raine, A., et al. (2007). Genetic and environmental bases of childhood antisocial behavior: a multi-informant twin study. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 219-235.
- Barkataki, I., Kumari, V., Das, M., et al. (2008). Neural correlates of deficient response inhibition in mentally disordered violent individuals. *Behavioral Science and Law, 26*, 51-64.
- Blair, R.J. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders and psychopathy. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 71*, 727-731.
- Blair, R.J. (2004). The role of orbitofrontal cortex in the modulation of antisocial behaviour. *Brain and Cognition, 55*, 198-208.
- Blair, R.J. (2008). The cognitive neuroscience of psychopathy and implications for judgements of responsibility. *Neuroethics, 1*, 149-157.
- Blair, R.J. (2009). Too much of a good thing: increased grey matter in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Brain, 132*, 831-832.
- Blair, R.J. (2010). Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: a targeted review. *Current Psychiatry Reports, 12*, 76-82.
- Blair, R.J., & Cipollotti, L. (2000). Impaired social response reversal. A case of acquired sociopathy. *Brain, 123*, 1122-12241.
- Blair, R.J., Colledge, E., Murray, L., et al. (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 491-498.
- Blair, R.J., Peschardt, K.S., Budhani, S., et al. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 262-275.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby.
- Colledge, E., & Blair, R.J. (2001). Somatic markers and response reversal: is there orbitofrontal cortex dysfunction in boys with psychopathic tendencies? *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 499-511.
- De Brito, S.A., Mechelli, A., Wilke, M., et al. (2009). Size matters: increased grey matter in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Brain, 132*, 843-852.
- de Oliveira-Souza, R., Hare, R.D., Bramati, I.E., et al. (2008). Psychopathy as a disorder of the moral brain: fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *Neuroimage, 40*, 1202-1213.
- Deeley, Q., Daly, E., Surguladze, S., et al. (2006). Facial emotion processing in criminal psychopathy. Preliminary functional magnetic resonance study. *British Journal of Psychiatry, 189*, 533-539.
- Dolan, M., & Fullam, R. (2006). Face affect recognition deficits in personality-disordered offenders: association with psychopathy. *Psychological Medicine, 36*, 1563-1539.
- Farrington, D.P. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 177-190.
- Finger, E.C., Marsh, A.A., Mitchell, D.G., et al. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathy traits during reversal learning. *Archives of General Psychiatry, 65*, 586-594.

- Frick, P.J., & White, S.F. (2008). Research Review: the importance of callous-unemotional traits for developmental traits of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 359-375.
- Goethals, I., Audenaert, K., Jacobs, F., et al. (2005). Brain perfusion SPECT in impulsivity related personality disorders. *Behavioural Brain Research*, *157*, 187-192.
- Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 391-398.
- Hare, R.D. (1983). Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 887-890.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist. Revised*. Multi-Health System, Toronto, 1991.
- Huebner, T., Vloet, T.D., Marx, I., et al. (2008). Morphometric brain abnormalities in boys with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 540-547.
- Jollant, F., Guillaume, S., Jaussent, I., et al. (2007). Psychiatric diagnoses and personality traits associated with disadvantageous decision making. *European Psychiatry*, *22*, 455-461.
- Jones, A.P., Forster, A.S., & Skuse D. (2007). What do you think you're looking at? Investigating social cognition in young offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*, *17*, 101-106.
- Jones, A.P., Laurens, K.R., Herba, C.M., et al. (2009). Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 95-102.
- Kiehl, K.A. (2006). A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Research*, *142*, 107-128.
- Marsh, A.A., & Blair, R.J. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: a meta analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *32*, 454-465.
- Miller, L.A., Collins, R.L., & Kent, T.A. (2008). Language and the modulation of impulsive aggression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, *20*, 261-273.
- Ogloff, J.R.P. (2006). Psychopathy/Antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 519-526.
- Poletti, M. (in press). Aspetti neuroevolutivi del Disturbo Borderline di Personalità. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.
- Rubia, K., Smith, A.B., Halari, R., et al. (2009). Disorder-specific dissociation of orbitofrontal dysfunction in boys with pure conduct disorder during reward and ventrolateral prefrontal dysfunction in boys with pure ADHD during sustained attention. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 83-94.
- Seguin, J.R. (2004). Neurocognitive elements of antisocial behavior: relevance of an orbitofrontal cortex account. *Brain and Cognition*, *55*, 185-197.
- Sugden, S.G., Kile, S.J., Hendren, R.L. (2006). Neurodevelopmental pathways to aggression: a model to understand and target treatment in youth. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *18*, 302-317.
- Vollm, B., Richardson, P., McKie, S., et al. (2007). Neural correlates of reward and loss in Cluster B personality disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research*, *156*, 151-167.
- Vollm, B., Richardson, P., Stirling, J., et al. (2004). Neurobiological substrates of antisocial and borderline personality disorder: preliminary results of a functional fMRI study. *Criminal Behavior and Mental Health*, *14*, 39-54.

White, J.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., et al. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 103, 192-205.

Yang, Y., Glenn, A.L., & Raine, A. (2008). Brain anomalies in antisocial individuals: implications for the law. *Behavioral Science and Law*, 26, 65-83.

Yechiam, E., Kanj, J.E., Bechara, A., et al. (2008). Neurocognitive deficits related to poor decision making in people behind bars. *Psychonomic Bulletin Review*, 15, 44-51.