

# INTEGRAZIONE

## NELLE *PSICOTERAPIE* E NEL *COUNSELING*

**Rivista semestrale di studi e ricerca scientifica in:**

PSICOLOGIA CLINICA

SCIENZE COMPORTAMENTALI

PSICOPEDAGOGIA

FENOMENOLOGIA ESISTENZIALE

PSICOLOGIA DI COMUNITÀ

PSICOTERAPIA UMANISTICA INTEGRATA

■ n° 23/24 - giugno - 2008

▼ Direttore Responsabile  
CATIA DEL MONTE

▼ Direzione Scientifica  
EDOARDO GIUSTI - CLAUDIA MONTANARI

▼ Redazione e Amministrazione  
A.S.P.I.C.  
Via Vittore Carpaccio, 32  
00147 Roma - Tel. (06) 54.13.513  
Tel. 0039 - 6 - 54.13.513  
Fax 0039 - 6 - 59.26.770  
E-mail: [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)  
Sito Internet: [www.aspic.it](http://www.aspic.it)

▼ Comitato di redazione  
Florinda Barburo  
Daniela Di Renzo

▼ Progetto grafico  
STEFANO COLITTI

▼ Grafica ed impaginazione  
MATTEO FAIT

▼ Stampa  
NEW INTERSTAMPA srl  
via della Magliana, 295 - 00148 Roma

*La proprietà letteraria di qualsiasi articolo  
pubblicato nella Rivista è riservata e per quanto  
non espressamente richiamato valgono  
le norme internazionali sul copyright.*

*Autorizzazione tribunale di Roma  
N° 268/97 del 3/5/1997  
Finito di stampare giugno 2008*

*La Rivista ha due uscite annuali:  
abbonamento annuo A 25,00  
numero singolo ed arretrati A 15,00*

## NORME PER GLI AUTORI

Chiunque può inviare alla Direzione della rivista (c/o A.S.P.I.C. - Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma) articoli, immagini, libri da recensire, segnalazione Congressi.

La Redazione si riserva l'accettazione dei lavori e del materiale pervenuto ed anche se non pubblicato non verrà restituito.

Gli articoli impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori.

Gli articoli pubblicati impegnano l'autore al rispetto delle presenti norme ed al pagamento delle spese di tipografia anche se non espressamente dichiarato dall'autore stesso.

Gli estratti dovranno essere richiesti al momento dell'invio dell'articolo.



EDIZIONI  
SCIENTIFICHE

**A.S.P.I.C.**

Associazione per lo Sviluppo  
Psicologico dell'Individuo  
e della Comunità

# Collegamenti scientifici

- **A.A.M.F.T.** American Association for Marriage and Family Therapy
- **A.C.A.** American *Counseling* Association
- **A.D.P.C.A.** Association for the Development of the Person-Centered Approach
- **A.H.P.** Association for Humanistic Psychology, USA
- **A.P.A.** American Psychological Association
- **A.I.P.P.I.F.E.** Ass.ne Italiana di Psicologia e Psicoterapia ad indirizzo Fenomenologico-Esistenziale
- **A.S.P.I.C.** Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità  
Istituto per la Formazione di Psicoterapeuti  
Associazione Scuola Superiore Europea di *Counseling* Professionale  
Associazione per la Scuola  
Cooperativa Sociale di Solidarietà  
Università del *Counseling* - Università Popolare
- **A.U.P.I.** Associazione Unitaria Psicologi Italiani
- **B.A.C.** British Association for *Counseling*, London
- **C.N.C.P.** Coordinamento Nazionale *Counselor* Professionisti
- **C.N.U.P.I.** Confederazione Nazionale delle Università Popolari Italiane
- **E.A.C.** European Association for *Counseling*, London
- **E.A.I.P.** European Association for Integrative Psychotherapy
- **E.A.P.** European Association for Psychotherapy
- **E.P.G.** Ecole Parisienne de Gestalt, France
- **E.S.P.I.** European Society for Psychotherapy Integration
- **E.A.T.A.** European Analysis Transactional Association
- **FENASPIC** Federazione Nazionale ASPIC
- **F.I.A.P.** Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia
- **F.I.S.I.G.** Federazione Italiana Scuole ed Istituti di Gestalt
- **F.I.P.** Federazione Italiana Psicologi
- **F.O.R.G.E.** Federazione Internazionale des Organismes de Formation à la Gestalt
- **G.I.G.** Gestalt Institute of Cleveland, USA
- **I.A.E.P.** International Academy of Eclectic Psychotherapists
- **I.N.E.C.P.** International Network of European Community Psychology
- **I.T.A.A.** International Transactional Analysis Association
- **La Jolla** University, California European Campus
- **Metanoia** Psychotherapy Training Institute, London
- **N.P.A.** National Psychiatric Association, California, USA
- **RE.I.Co** Registro Italiano dei *Counselor*
- **S.E.P.I.** Society for the Exploration of Psychotherapy Integration
- **S.F.G.** Société Française de Gestalt, France
- **S.I.P.A.P.** Società Italiana Psicologi Area Privata
- **S.I.P.G.** Società Italiana Psicoterapia della Gestalt
- **S.I.P.s** Società Italiana di Psicologia
- **S.P.R.** Society for Psychotherapy Research (Sezione Italiana)
- **The Gestalt** International Directory, USA

---

## "Psicoterapie per il cambiamento"

testo a cura di

**Claudia Montanari**  
*Psicoterapeuta, Supervisore*

**Daniela Di Renzo**  
*Psicologa*



# Sommario

<b>Editoriale</b>	<b>7</b>
<i>di Caria Del Monte</i>	
<b>Premessa</b>	<b>8</b>
Nuovi orizzonti professionali per le psicoterapie <i>di Claudia Montanari</i>	
<b>1 Il volto dell'identità femminile tra disagio e risorsa</b>	<b>17</b>
1.1 L'approccio integrato nel disagio femminile della maternità. Progetto "Mamma, ti ascolto": sostegno psicologico alla madre nel post-parto. <i>di Alessandra Verduci e Claudia Montanari</i>	<b>17</b>
1.2 Terapia di gruppo con pazienti bulimiche <i>di Enrichetta Spalletta e Maria Luisa Florimonte</i>	<b>28</b>
<b>2 Le nuove dipendenze</b>	<b>63</b>
2.1 Telefonino Generation: un'indagine tra i giovani <i>di Ilenia Benini e Claudia Montanari</i>	<b>63</b>
2.2 Dietro il doping <i>di Maria Assunta Zappia e Claudia Montanari</i>	<b>76</b>
<b>3 La psicologia nel trattamento dei tumori</b>	<b>89</b>
3.1 Psiconcologia: un approccio integrato <i>di Claudia Stefano e Claudia Montanari</i>	<b>89</b>
3.2 La prevenzione del <i>burn-out</i> in oncologia. L'esperienza di un gruppo di sostegno per l'equipe del reparto <i>di Stefania Grisi e Anna Putton</i>	<b>108</b>
<b>4 La psicologia nella scuola</b>	<b>123</b>
4.1 Sviluppare il senso di appartenenza nella scuola attraverso il coinvolgimento: l'A.O.M. lo strumento di eccellenza. <i>di Anna Degano e Claudia Montanari</i>	<b>123</b>
4.2 Il bullismo <i>di Leonilda Pellino e Anna Putton</i>	<b>136</b>
<b>5 Meccanismi sottocorticali delle emozioni</b>	<b>143</b>
<i>di Jerome Liss, M.D.</i>	
<b>6 La resilienza nella psicologia dell'emergenza</b>	<b>151</b>
<i>di Angela Molinari e Anna Putton</i>	
<b>7 Psicoterapie per il cambiamento</b>	<b>163</b>
<i>di Edoardo Giusti</i>	

COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE

COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE

COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE COPPIE



Come, quando e perché cercare un *partner* compatibile...  
Le ricerche scientifiche più recenti che fanno conoscere strategie  
e comportamenti che caratterizzano l'inizio di un rapporto  
e la sua stabilità nel tempo. Il testo offre indicazioni e *Coaching*  
sul *dating on line*, sulla *cyberpsicologia* e orienta la valutazione  
dei **siti relazionali** per ottenere risultati soddisfacenti.

Per ordinare libri e le videocassette: Sovera Multimedia srl - Via V. Brunacci, 55 - 00146 Roma - Tel. 06.5585265 - 5562429 - 06.5580723 - [www.soveraedizioni.it](http://www.soveraedizioni.it)

Per ricevere gratuitamente il catalogo illustrativo dell'autoformazione in VIDEO, dei corsi e delle pubblicazioni scientifiche telefonare ai seguenti numeri:  
**Tel. 06 54 13 513 - 06 59 26 770 - 06 54 22 50 60 - 06 51 43 54 34**  
Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma - Sito Internet: <http://www.aspic.it> - E-mail [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)

## Editoriale

La Scuola. Quella con la “S” maiuscola. Quella che insegna a leggere, scrivere e far di conto ai nostri figli. Quella che segue i bambini che diventano adolescenti e adulti. Quella che riempie le pagine di giornali, che fa soffrire e commuovere i genitori.

Ma anche quella che mette in mostra giovanissimi che picchiano, che subiscono, che stanno male che terrorizzano e scandalizzano l’opinione pubblica. La scuola che riempie i palinsesti televisivi con fiction e milioni di telespettatori. La nostra rivista, stavolta, entra nel mondo della scuola con tante analisi, idee, proposte, e apre nuovi scenari. Bullismo, senso di appartenenza e telefonino. Tre temi centrali, esplosivi, ma affrontati senza riserve e senza pregiudizi. Impossibile chiudersi all’innovazione tecnologica. Inutile fare censure.

Absolutamente inadeguato il pugno di ferro contro il bullismo. Tuttavia occorre affrontare i problemi con serietà ed onestà. L’universo scolastico ha bisogno di strumenti utili al cambiamento. Strumenti che devono essere messi a disposizione di insegnanti e studenti. A tale proposito indicazioni significative sono suggerite nel capitolo “*Sviluppare il senso di appartenenza nella scuola attraverso il coinvolgimento: l’A.O.M. lo strumento di eccellenza*”. È necessario che tutti abbiano la possibilità di capire in maniera autonoma e utilizzare le nuove tecnologie. È doveroso mettere docenti e studenti in condizione di affrontare difficoltà, devianze, difficoltà interiori di colleghi e coetanei. Questo perché il disagio mentale non rappresenti il buio, l’esclusione e la mancata integrazione di chi ne è vittima. La prospettiva più utile e fertile è quella dell’integrazione.

Quella, insomma, che non esclude alcuna possibilità, ma che mette al centro della problematica l’individuo come risorsa primaria. L’insegnante e lo studente possono diventare i protagonisti del cambiamento. Ovviamente, sono necessari dati, elementi oggettivi, descrizioni di esperienze e analisi. *Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling* non si tira indietro. Ogni argomento, come sempre, viene affrontato senza girarci troppo intorno. Si va subito al nocciolo.

Oltre che della scuola, in questo numero si parla e si scrive di *doping*, terapia di gruppo, maternità, condizione femminile e psiconcologia. Ancora temi centrali, nevralgici. Temi che toccano la nostra pelle ogni giorno, che possono angosciarci o darci speranze in ogni momento. Il peso della bilancia pende dalla parte della speranza e della fiducia nel futuro. L’importante, come sempre, è lasciare aperte tutte le porte ad ogni contributo, senza preclusioni e senza pregiudizi. Con particolare piacere, infine, pubblichiamo un articolo di **Jerome Liss**, i “*Meccanismi Sottocorticali delle Emozioni*”. Portare l’inconscio alla coscienza è per la psicoanalisi una fase terapeutica fondamentale. L’autore, attraverso un’attenta analisi dei principali studi in questo ambito, suggerisce che l’efficacia della psicoterapia deriva da un cambiamento della ‘dinamica inconscia’ che non richiede necessariamente il processo di consapevolezza e, di fatto, non può diventare conscia. L’articolo entra, dunque, in un nuovo ambito e apre una lettura innovativa della dinamica sviluppata nel setting psicoterapeutico; chiude la rivista il contributo di **Edoardo Giusti**, “*Le ricerche tra processo, esiti, evidenza e competenze*”, ove si evidenziano i risultati dei recenti studi sull’efficacia fornita dalle relazioni psicoterapeutiche.

Catia Del Monte

### Premessa

#### Nuovi orizzonti professionali per le psicoterapie

INTEGRAZIONE nelle psicoterapie e nel Counselling propone in questo numero uno sguardo sui diversi ambiti in cui la psicoterapia può esprimere la propria efficacia, con l'intento di osservarne i principali sviluppi ed approfondire alcune delle numerose aree in cui essa si articola.

La psicoterapia, infatti, pur essendosi affacciata da un tempo relativamente ridotto nel mondo scientifico ed accademico, è continuamente in progress e mostra repentine evoluzioni che viaggiano verso la cornice dell'integrazione, a prescindere dal modello teorico-operativo di riferimento. Una disciplina in divenire al passo con i numerosi fenomeni che ruotano attorno alla psiche umana osservandoli, documentandoli, spiegandoli e collocandosi nel fragile equilibrio tra l'emotività umana, il contesto affettivo e i cambiamenti culturali e sociali che mettono duramente alla prova la condizione esistenziale della persona.

Fin dai primi dibattiti sul riconoscimento dei percorsi formativi in psicoterapia, si è andata sviluppando una riflessione relativa alla sua legittimità all'interno dei contesti socio-assistenziali, anche per estendere l'intervento di sostegno alla fascia sociale meno abbiente.

Molto lavoro è stato svolto dalle istituzioni affinché i servizi pubblici potessero rendere accessibile il diritto al cambiamento, alla salute mentale e al miglioramento delle condizioni intrapsichiche ed esistenziali dell'individuo e della Comunità; questo "sforzo" istituzionale ha generato così una legittima richiesta di supporto e di cura da parte dell'individuo, della coppia, della famiglia tanto che attualmente, i servizi pubblici fanno fatica ad assorbirle e soddisfarle tutte o a garantirne continuità nel tempo.

E' da tale considerazione che si sviluppa, a partire dal 2001, il dibattito che si concretizzerà successivamente nella proposta di legge sulla Psicoterapia in Convenzione (*n° 439, Disposizioni per l'accesso alla psicoterapia*), il cui aspetto di grande novità è rappresentato dalla legittimazione e dal riconoscimento nella salute della persona che il corpo e la psiche assumono finalmente la stessa importanza; corpo e psiche non esistono come due entità separate e questo significa dare un uguale dignità scientifica ad ogni forma di intervento di carattere clinico, da quello più direttamente legato ad aspetti organici a quello più legato ad aspetti psichici; la proposta di legge ha avuto negli ultimi mesi un iter piuttosto contrastato e, a causa della caduta dell'ultima legislatura, non si è potuto procedere alla sua approvazione.

Per la rilevanza che assume tale argomento nella nostra professione, entriamo nel merito e vediamo gli sviluppi: il contenuto della prima stesura del testo aveva trovato il consenso degli psicologi e delle istituzioni che avrebbero beneficiato del supporto tecnico dei professionisti in convenzione, soprattutto perché il necessario invio del paziente in lista d'attesa al professionista privato che opera sul territorio, è una prassi già consolidata e soddisfacente da un punto di vista della qualità dei risultati terapeutici e del livello di integrazione della rete tra professionalità del settore pubblico e privato. Si tratterebbe, infatti, di dare ufficialità a un protocollo già in essere.

Il progetto originario della legge risale alla proposta popolare che affermava con chiarezza che «La modalità di accesso alla psicoterapia nel privato accreditato, deve essere effettuata

dal Dirigente Sanitario del SSN (medico o psicologo) abilitato alla psicoterapia, come previsto negli art. 3 e 35 della L. 56/89». Nel dicembre 2007 esplose il conflitto scaturito dallo stravolgimento di tale affermazione, che esclude lo psicologo dalla psicodiagnosi e che attribuisce al «solo medico specialista in psichiatria o in neuropsichiatria infantile del SSN la prerogativa della diagnosi per accedere alla psicoterapia convenzionata».

Vengono così cancellati decenni di sapere psicologico che vedono come prerogativa della professione l'elaborazione della diagnosi, come esplicitato dall'art. 1 della L.56/89, e successivamente integrata dalla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, D.P.R. 328/2001 art. 51 comma 1.

La psicologia ha già svolto in passato in Italia un ruolo determinante in alcuni dei rivoluzionari cambiamenti culturali e sociali, come la riforma della salute mentale che si è concretizzata con la Legge 180/78 e torna ora a far dibattere sul ruolo, sui confini e sull'utilità che la disciplina può offrire nel miglioramento della qualità della vita della persona e della comunità.

Il termine psicoterapia, infatti, è oggi inserito all'interno di una vasta categoria di "trattamenti". La pratica psicoterapica ha vissuto negli ultimi anni un florido sviluppo nell'ambito dei servizi sociali, socio-sanitari e della salute mentale, tanto da essere considerata nella società attuale <(1) una forma di cura o processo educativo di alto livello nella sfera socio-emotiva del funzionamento (nel diciannovesimo secolo poteva essere definita "educazione morale"), (2) una forma non violenta di controllo sociale sui comportamenti devianti (una forma sostitutiva o aggiuntiva di influenza "correttiva" per coloro che offendono se stessi e gli altri), e (3) un facilitatore di un orientamento personale significativo, una filosofia di vita (o sviluppo "spirituale") [Orlinsky, 1989)].

Il target che si rivolge a uno psicoterapeuta, oggi non è classificabile esclusivamente secondo una categoria diagnostica riferita alla sofferenza psichica o a disfunzioni specifiche della personalità; infatti, pur essendo la principale forma di individuazione, quella della psicopatologia è affiancata per esempio a ciò che viene definito recupero sociale e/o riduzione del danno, superamento di una crisi esistenziale o familiare o professionale: alcuni sono costretti ad accedere alla psicoterapia per aver trasgredito alcune norme sociali o norme giuridiche (delinquenza giovanile, libertà condizionata); altri richiedono la terapia perché sono scontenti della loro vita, delle loro relazioni, di se stessi.

La richiesta soggettiva di aiuto, sia essa temporanea o costante, vede spesso nelle forme spontanee di rete la risposta al disagio: le norme implicite nell'amicizia e nella famiglia ci permettono di chiedere, ricevere e offrire aiuto vicendevolmente [Pilisuk & Parks, 1986], mantenendo alto il livello di funzionalità e di efficacia che un network sociale rappresenta come risorsa spontanea della comunità.

Nella società contemporanea, le psicoterapie sono ancora considerate come trattamenti psicologici per i disturbi emotivi, comportamentali e mentali e non considerano un punto di vista che considera come esse possano rappresentare il miglioramento e la professionalizzazione di abilità personali nell'aiuto nei momenti in cui le reti sociali dell'individuo falliscono (nella crisi) o sono inconsistenti (nei rapidi cambiamenti, nelle società in veloce mutamento) o quando il livello di competenza dell'aiuto richiesto supera quello disponibile nelle comuni reti sociali.

Questa forma di aiuto personale è offerto dalle società urbane moderne, come servizio professionale, da persone la cui competenza nell'aiuto sia stata formalmente riconosciuta

da istituti di formazione, con buona reputazione professionale, a persone in cui il bisogno di benessere, il disagio, la trasgressione o la sofferenza (spesso esulano dalle categorie diagnostiche) costituiscono motivi autentici di “salute mentale”.

Sulla scia di tali riflessioni portiamo in questa rivista l'attenzione su alcune delle aree socio-culturali in cui la psicoterapia si inserisce per portare il proprio contributo professionale, ambiti in cui lo psicoterapeuta può proporsi come professionista nelle relazioni di aiuto e ci auguriamo che i colleghi lettori possano trarre spunto per attivare servizi e proporsi come sostenitori di una cultura del benessere e della salutogenesi negli ambiti in cui utilmente può esprimersi.

Attraverso le pagine di questa rivista vedremo come la psicoterapia è uscita dalle aule universitarie e dai contesti istituzionali, pur senza abbandonarli del tutto, per esplorare nuovi ambiti.

Approfondiremo, dunque, temi che spaziano dai meccanismi sottocorticali delle emozioni alle problematiche inerenti la ricerca scientifica, dal disagio femminile alle nuove dipendenze.

E lo faremo sia ripercorrendo la letteratura sui temi trattati, dalle prime formulazioni ai più recenti sviluppi, sia riflettendo sulle esperienze oggetto di tesi sperimentali realizzate da allievi diplomati presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata dell'ASPIC, al termine del loro percorso formativo.

L'approccio integrato sarà il principale filo conduttore di tutti i lavori che verranno qui presentati.

Il primo dei due contributi che vede **La psicologia nella scuola** presenta l'applicazione dell'**A.O.M.** (Analisi Organizzativa Multidimensionale) presso l'Istituto Comprensivo di Tricesimo (Udine).

La richiesta di consulenza viene espressa dall'azienda – scolastica in questo caso – portandoci a riflettere su un aspetto molto importante, ossia su quanto sia sempre più viva nei dirigenti la consapevolezza della necessità di chiedere l'intervento di professionisti, psicologi e psicoterapeuti, che possano affiancarli nella cura del disagio e, soprattutto, nella **promozione del benessere** di tutti gli attori della **comunità** in cui è inserito.

In risposta alla richiesta di consulenza del Dirigente scolastico come punto di partenza verso una riqualificazione del servizio scolastico, è stata realizzata l'A.O.M. “quale strumento di coinvolgimento e partecipazione nonché punto di partenza per avviare un processo di consapevolezza finalizzato alla costruzione di un'identità condivisa, nonché al radicamento negli operatori e negli utenti di un senso positivo di appartenenza alla Comunità Scolastica (Francescato, Tomai, 2005)”.

Anche qui centrale diviene il concetto di **integrazione**, attuata attraverso questo strumento proposto dalla Psicologia di Comunità, e che presuppone l'interazione tra discipline diverse, tra cui psicologia, sociologia, diritto, economia e statistica.

È ancora il contesto scolastico a fare da sfondo ad un tema, purtroppo, sempre più presente nell'universo dei giovanissimi, quello del **bullismo**.

Traduzione letterale del termine inglese bullying, il bullismo viene così descritto da Dan Olweus (1986, 1993), considerato la massima autorità mondiale in materia: “uno studente è oggetto di azioni di bullismo, ovvero è prevaricato o vittimizzato, quando viene esposto ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni”.

Attraverso questo contributo faremo conoscere meglio questo fenomeno, quali sono le caratteristiche che lo contraddistinguono, quali possono essere le azioni offensive e di individuare quali sono gli attori coinvolti e che, come vedremo, vanno oltre le figure della vittima e del bullo. E, ancora, approfondiremo il valore del ruolo, le caratteristiche e le diverse tipologie di vittime e di bulli, il ruolo della famiglia, del gruppo dei pari e della scuole.

Particolare attenzione è dedicata ai fattori psicologici e ai sistemi relazionali e a come intervenire per arginare e cercare di risolvere il problema, in un ottica di **prevenzione** e attuando un **intervento integrato**.

Un altro dei temi che coinvolge i giovanissimi è quello della **dipendenza dal telefonino**, annoverata tra le **nuove dipendenze** che, in molti casi, hanno superato, per gravità sociale e psicologica, fenomeni più conosciuti come la “tossicoassunzione”, l’alcolismo e la dipendenza da cibo. In questi casi non è in gioco alcuna sostanza chimica: l’oggetto della dipendenza è un comportamento o un’attività lecita e socialmente accettata. Quelle che riguardano principalmente i giovani sono: internet, TV, PC, videogiochi e, negli ultimi anni, il telefonino.

La sempre più ampia e precoce disponibilità del telefono cellulare ha introdotto nuovi comportamenti e nuove modalità di comunicazione, ma ha anche intensificato il rapporto con il telefono in sé, fino a portare ad un “assillo della telefonata”. Si va, dunque, dall’“uso del telefonino”, all’“abuso” fino alla “dipendenza”.

Attraverso lo studio pilota, realizzato somministrando un questionario ai giovani delle scuole medie inferiori e superiori di Ravenna, si è cercato di acquisire informazioni e nozioni circa la modalità con cui i ragazzi utilizzano il cellulare.

Un’altra realtà legata alle nuove dipendenze e alla quale si rivolgono oggi psicologi e psicoterapeuti è quella dell’**uso e abuso degli steroidi** da parte degli sportivi. Un’incalzante aspettativa sociale che tende a mitizzarli, le competizioni portate a livelli sempre più alti e connesse a business con sempre più zeri rendono inarrivabili le prestazioni richieste, privando lo sport del suo vero valore e significato.

In “Dietro il doping” se ne parla in modo attento, indagando gli aspetti socio-psicologici, il modo in cui la dipendenza da queste nuove sostanze è trattata nel DSM-IV, la sintomatologia (alterazione delle condizioni fisiche, alterazioni comportamentali, depressione, sintomi psicotici) e i possibili trattamenti. Vengono inoltre riportate iniziative di **prevenzione** e sensibilizzazione, nonché provvedimenti legislativi, proposti dai Governi più sensibili a queste tematiche, da cui è possibile trarre best practice cui fare riferimento.

Nella prevenzione, diagnosi e trattamento di questo fenomeno emerge in primo piano un altro filo conduttore dei lavori qui presentati, ossia la **centralità della relazione**. “Sul pianeta sport – infatti – la qualità della relazione è fondamentale” e in questo campo la prima fondamentale relazione è quella tra l’atleta e l’istruttore, in cui il secondo dovrebbe – e dovrebbe essere adeguatamente formato a – “prendersi cura” del primo.

Ecco dunque delineate alcune fondamentali parole chiave, presenti in questo così come negli altri lavori presentati in questa rivista: importanza della **prevenzione**, **interventi di rete**, attenzione alla **persona**, centralità della **relazione**, **benessere psicofisico**.

Per le problematiche legate al doping viene proposto un **trattamento psicoterapeutico integrato**, che esplica la prassi ed il processo delle tappe evolutive gestaltiche.

È proprio questa prospettiva che pone in evidenza un altro dei temi centrali presenti

nei contributi pubblicati in questa rivista, la **salutogenesi** che, assieme ai concetti di prevenzione, centralità della relazione, ci permettono di congiungere mondi tanto diversi: dall'ambito scolastico a quello ospedaliero.

Altra frontiera per l'approccio integrato è quello che vede l'introduzione de **La psicologia nel trattamento dei tumori**, un male che affligge circa 8 milioni di persone ogni anno, stravolgendone la vita, non solo a livello fisico ma anche psicologico, "una prova esistenziale sconvolgente che riguarda tutti gli aspetti della vita". Il **benessere psicofisico** della persona, il cui equilibrio è stato sconvolto dalla malattia e dalle terapie, dipende da fattori diversi e, dunque, risulta indispensabile che l'intero percorso terapeutico si rivolga a ciascuno di questi fattori.

E ancora una volta il ruolo centrale è giocato dalla **relazione**. Con le parole di Martin Buber "all'inizio è la relazione", "solo nella relazione con l'altro uomo l'individuo ritroverà se stesso e, allo stesso tempo, supererà la solitudine e l'isolamento. (...) L'Io non precede il Tu e il dato primordiale è la relazione Io-Tu".

In questo scenario la Psiconcologia rappresenta un passo fondamentale verso una tendenza integrativa di teorie, metodi e strumenti tecnici e, allo stesso tempo, un valido esempio di **come la psicologia possa e debba trovare la sua collocazione accanto alle scienze mediche**.

Centrale diviene la figura dell'operatore che dovrà possedere i mezzi adeguati per affrontare una relazione così intensa e cruciale senza commettere errori, sentirsi incapaci, svuotati e defraudati.

Queste difficoltà ci ricordano quanto sia alto il rischio di burn-out per i professionisti che operano in questo campo. Il burn-out rappresenta "la reazione difensiva a condizioni di lavoro eccessivamente stressanti ed è caratterizzata da uno stato di esaurimento emotivo, un senso di ridotta realizzazione personale o deterioramento nella relazione con i pazienti". È una sindrome che si presenta in particolare in soggetti che operano nell'ambito delle professioni d'aiuto.

L'ambito oncologico, in particolare, comporta un elevato investimento psichico ed emotivo ponendo gli operatori ad alto rischio di burn-out per cui frequentemente compromettono la necessaria umanità e sensibilità verso i pazienti.

A fronte dei costi emotivi e finanziari, a carico non solo dell'individuo ma anche delle organizzazioni, appare imprescindibile la ricerca di risposte efficaci, non solo **di cura**, ma anche, e soprattutto, di **prevenzione da parte dell'azienda**.

Molto positiva l'esperienza realizzata presso il reparto di oncologia del Presidio Ospedaliero G. Da Procida di Salerno, in un'ottica non di prevenzione del disagio, bensì di **promozione del benessere**.

**L'approccio integrato** è proposto inoltre per esplorare **I volti dell'identità femminile**.

Il Progetto "Mamma, ti ascolto": sostegno psicologico nel disagio femminile della maternità", realizzato nel reparto di maternità dell'Azienda Ospedaliera di Careggi di Firenze ci ricorda quanto la maternità sia un'esperienza forte che in alcuni casi può essere destabilizzante e generare un disagio. È una fase evolutiva di profondo cambiamento, in cui si ha il passaggio dal ruolo di figlia a quello di madre e si rivivono anche le proprie esperienze infantili.

Con la nascita, inoltre, la madre dovrà lasciar andare il figlio immaginario e ideale per accogliere il bambino reale, con tutti i suoi limiti. Tutto ciò può dar vita ad un sentimento

di crisi di adattamento; ed è proprio nel momento di crisi che avviene la richiesta terapeutica.

Il lavoro qui presentato si propone come un intervento nell'ambito della **psicologia della salute**, volto al **sostegno e alla promozione del benessere** della donna-madre e come un contributo all'applicazione del **metodo integrato** (Giusti, Montanari, Montanarella, 1995) al mondo della maternità.

Altro tema centrale dell'universo femminile e che sempre più richiede un intervento attivo di psicologi e psicoterapeuti è quello dei disturbi alimentari e, in particolare, della **bulimia**. Il trattamento breve di gruppo ad **approccio integrato** qui presentato, e che può anche essere parte di un processo di cambiamento a medio-lungo termine, è caratterizzato da "passi progressivi nella cura, considerando che le persone possono adottare nuovi **comportamenti salutari** utilizzando **stimoli misurati e individualizzati**".

Nel ricco contributo di Enrichetta Spalletta e Maria Luisa Florimonte vengono presentati i criteri per la diagnosi della bulimia nervosa e le caratteristiche dei trattamenti nei diversi approcci; viene approfondita la letteratura che costituisce una traccia per la scelta della procedura breve in un contesto ambulatoriale privato e come si possono effettivamente utilizzare tali dati nel contesto in cui si opera, tenendo conto delle risorse che si hanno a disposizione e dei limiti con cui ci si deve confrontare.

Vengono dunque espone le caratteristiche di integrazione che contraddistinguono il trattamento breve proposto, le peculiarità del setting di gruppo, i criteri di inclusione e di esclusione per effettuare un'indispensabile e accurata selezione dei pazienti, le fasi e gli obiettivi (macro-obiettivi e sotto-obiettivi) dell'intervento terapeutico.

Vengono, infine, proposti alcuni testi di auto-aiuto, di cui vengono indicati i principali punti di forza e punti di debolezza.

Sullo sfondo dell'**intervento integrato** proposto, emergono in figura alcuni elementi chiave che ritroveremo anche nei contributi successivi, ossia l'attenzione alle **risorse del paziente** e la **relazione terapeutica attiva e collaborativa**.

Dall'universo femminile a quello dei giovanissimi, dal trattamento di un "vecchio male" a quello delle nuove dipendenze, dal mondo ospedaliero a quello scolastico. I contributi sin qui esposti ci hanno mostrato come un approccio integrato possa essere adeguato, se non necessario, in realtà estremamente eterogenee, fino a giungere a fenomeni che toccano, e sconvolgono, l'intero panorama internazionale.

È in tale ambito che prende sempre più piede la **Psicologia dell'emergenza**, attuale quanto mai prima di fronte ai numerosi eventi, catastrofi naturali e, purtroppo sempre più spesso, disastri provocati dall'uomo.

Dopo una breve e, al tempo stesso, accurata introduzione alla Psicologia dell'Emergenza, viene approfondito in maniera puntuale da Anna Putton e Angela Molinari, il concetto di resilienza, ossia la "capacità di far fronte, resistere, integrare e costruire dopo l'evento traumatico".

Se, superata la storica dominanza del modello patocentrico, negli anni settanta e ottanta, prende avvio uno studio sistematico della resilienza, è solo negli anni novanta che lo studio della resilienza si è estesa **dall'individuo alla famiglia e alle comunità**, fino a divenire centrale nell'ultimo decennio.

Compaiono dunque termini quali "resilienza di comunità", "comunità resistente", "resilienza nazionale" e si cercano i fattori di rischio e di protezione che li sottendono.

Infine, come anticipato, anche in questo ambito emerge la necessità di adottare un **approccio olistico e proattivo** che “contrastando il modello della comunità vittima, si basino sulla promozione dei fattori di resilienza in un’ottica di empowerment.”

Dunque, l’espressione di nuovi orizzonti professionali per le psicoterapie, per il cambiamento, per il miglioramento delle condizioni psico-fisiche della persona e della comunità. Auguro una buona lettura e la possibilità di trarre stimoli adeguati ai propri interessi, alla propria personalità e alle proprie competenze per promuovere la professionalità acquisita con la formazione, all’interno dei diversi ambiti in cui la psicoterapia esprime la sua efficacia.

*Claudia Montanari*



Università Popolare del Counselling  
U.P.ASPIC

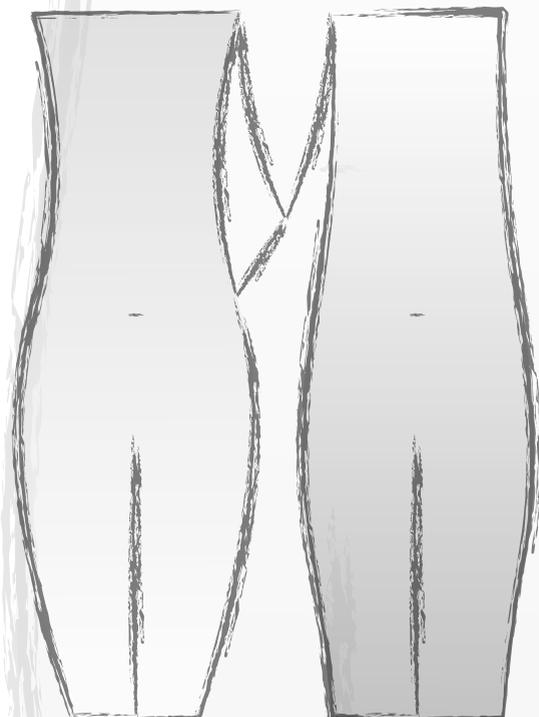


master teorico pratico

# Counselling nelle relazioni di intimità e identità di genere

## obiettivi e finalità

E' attraverso una buona relazione con i genitori che il bambino fin dalla nascita costruisce buone convinzioni psichiche e schemi affettivi e motori funzionali, che riguardano i sistemi intimi e l'identità di genere personali. Il Training è finalizzato all'apprendimento dei principali aspetti che caratterizzano lo stile nelle relazioni intime nel ciclo di vita; il corso annuale ha l'obiettivo di formare gli operatori alle tecniche del Counseling dei Sistemi Intimi e Identità di Genere.



la potenza dell'identità sessuale  
e la gioia dell'unione  
nella sessualità del ciclo di vita

Il diploma è valido ai fini del riconoscimento del 2° livello in Counselling Professionale CP  
e del 3° livello in Counselling Professionale Avanzato CPA,  
come da regolamento previsto dal Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti CNCP

155 ore di formazione

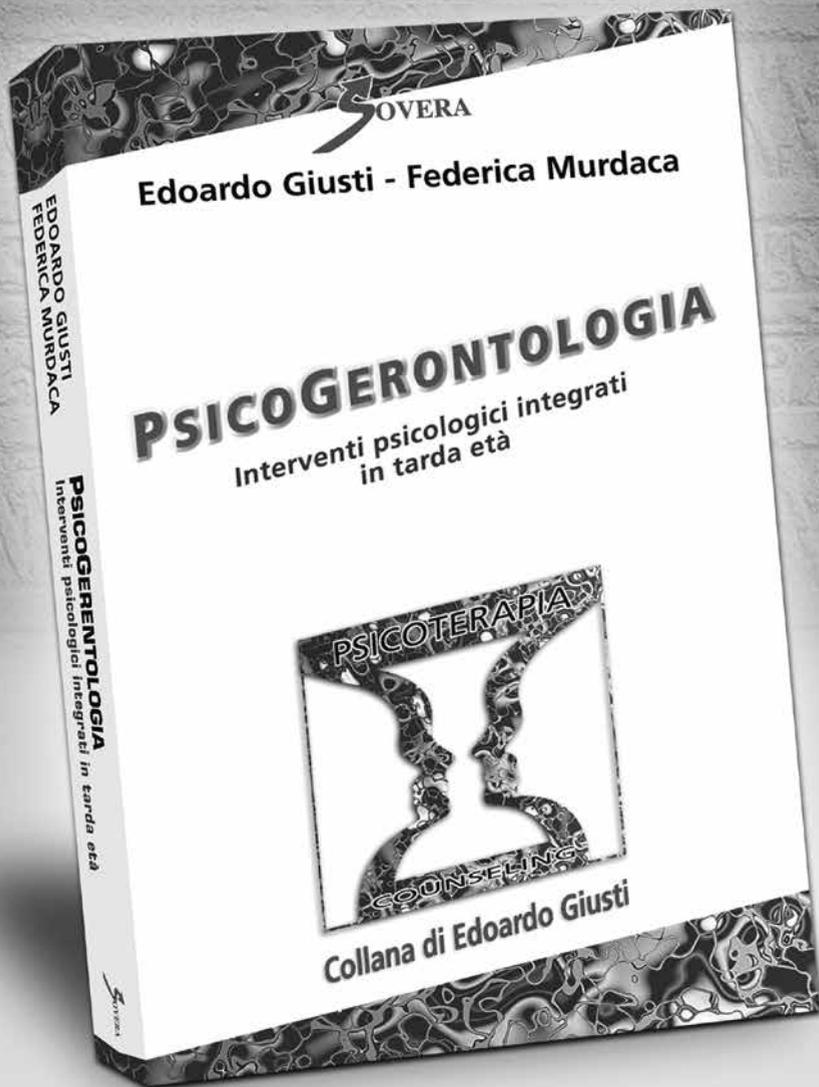
### direttori del corso

Claudia Montanari  
Carmine Piroli

### coordinamento

Daniela Di Renzo

info:  
tel. 06/54225060  
cell. 328/0307460  
[unicounselling.org](http://unicounselling.org)



*Per la terza e quarta età:  
un utile paradigma teorico,  
didattico e applicativo  
di uno speciale settore  
della psicoterapia sempre più  
necessitante e numeroso.*

**Prof. Leonardo Ancona**  
Emerito di Psichiatria  
Università Cattolica del Sacro Cuore

*Le procedure pluralistico-integrate  
per prevenire, curare e riabilitare  
la psicopatologia delle persone  
in età avanzata. Una possibilità  
e una speranza anche per gli stati più  
compromessi della salute mentale.*

**Prof. Marcello Cesa-Bianchi**  
Facoltà di Medicina  
Università degli Studi di Milano

Per ordinare libri e le videocassette: Sovera Multimedia srl - Via V. Brunacci, 55 - 00146 Roma - Tel. 06.5585265 - 5562429 - 06.5580723 - [www.soveraedizioni.it](http://www.soveraedizioni.it)

Per ricevere gratuitamente il catalogo illustrativo dell'autoformazione in VIDEO, dei corsi e delle pubblicazioni scientifiche telefonare ai seguenti numeri:  
**Tel. 06 54 13 513 - 06 59 26 770 - 06 54 22 50 60 - 06 51 43 54 34**  
Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma - Sito Internet: <http://www.aspic.it> - E-mail [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)

# Il volto dell'identità femminile tra disagio e risorsa

## 1

### 1.1 L'approccio integrato nel disagio femminile della maternità

*Progetto “Mamma, ti ascolto”: sostegno psicologico alla madre nel post-parto. Ipotesi, metodologia e pratica di un'azione terapeutica integrata nel disagio generalizzato della maternità nel reparto di maternità dell'Azienda Ospedaliera di Careggi*  
di Alessandra Verduci, Claudia Montanari

Questo lavoro di ricerca vuole essere un contributo all'applicazione del metodo integrato nella maternità (Giusti, Montanari, Montanarella, 1995) con la finalità di un intervento, nell'ambito della psicologia della salute, volto al sostegno e alla promozione del benessere della donna nella maternità. La maternità è per la donna un passaggio di vita, una fase evolutiva di profondo cambiamento. L'evento-nascita irrompe nella vita della donna con due tipi di cambiamento:

- un cambiamento *oggettivo della vita quotidiana* caratterizzato da un aumento improvviso ed elevato di compiti e responsabilità, non confrontabili con esperienze precedenti. Una condizione che si configura come sovraccaricante e quindi stressante;
- una modifica *soggettiva* dei processi cognitivi e emozionali che riguardano la percezione del sé. (Reale, 2004)

Cosa accade alla donna nei momenti di grande cambiamento?

Una sensazione forte dove si mischiano la tristezza per la perdita delle sicurezze precedenti, lo spaesamento dato dallo scenario che improvvisamente cambia, l'ansia per il senso di inadeguatezza, la paura e il terrore del nuovo. Tutto questo determina disorientamento e spesso un conseguente sentimento di crisi di adattamento. Ed è proprio nel momento di crisi che avviene la richiesta terapeutica. E la maternità può diventare territorio della crisi. In particolar modo per le neo-mamme, tipologia di utenza molto delicata e complessa, che difficilmente chiede aiuto.

#### **Essere madre: processo in divenire.**

In tutti i paesi, ma soprattutto in quelli di cultura occidentale, un ampio numero di donne può vivere dopo il parto una condizione di malessere psicologico o disagio della maternità. Molte donne dopo il parto attraversano momenti di scoraggiamento e di demoralizzazione

e almeno una donna su dieci va incontro ad un vero e proprio disturbo depressivo maggiore senza tratti psicotici (Milgron, 2005). Anziché raggiungere la tanto attesa serenità molte donne si trovano a dovere affrontare sia le continue richieste del neonato, sia la perdita dell'ordine della routine, le notti insonni, i cambiamenti di ruolo e l'isolamento. Questo sconvolgimento emotivo può generare un'esperienza di malessere di varia intensità. Malessere psicologico sottostimato, perché circa il 50% delle donne che ne sono affette non chiede aiuto e comunque, anche se un aiuto viene loro offerto, spesso lo rifiutano (Lerner, 2001). È un momento della vita in cui la donna è fragile, estremamente vulnerabile e sensibile, coinvolta in processi intrapsichici di perdita e "cambiamento". Una parte della sua personalità sta scomparendo per dare spazio a una nuova identità, integrata da altri aspetti. Il parto è il momento in cui una donna diventa fisicamente madre e con la nascita fisica del bambino, nella donna, prende forma una nuova identità: *il senso dell'essere madre* (Stern 2000). La nascita, o la rinascita, del "senso dell'essere madre" emerge gradualmente ed è una esperienza interiore intensa, per molti aspetti inaspettata ed ambivalente, come ambivalente è il manifestarsi dell'amore materno caratteristico di questa nuova identità. È una nascita d'identità graduale, che passa anche attraverso la sofferenza fisica e psicologica dovuta prevalentemente al passaggio a ruoli diversi. In questa fase, la mamma è investita da profonde ed importanti trasformazioni psicologiche che si riflettono sulla sfera intrapsichica, affettiva, relazionale, cognitiva e sociale. Diventare madre modifica in maniera permanente la vita di una donna. Significa adattarsi ad enormi cambiamenti dal punto di vista fisico, emotivo, sociale e personale. Si tratta di un cambiamento naturale ma delicato, che va accolto e valorizzato affinché esso diventi un'ulteriore tappa nello sviluppo della personalità "sana" della donna, del bambino e della coppia. Una trasformazione naturale che determinerà nella donna pensieri, paure, speranze, fantasie, che influenzerà emozioni e azioni. Può influenzare il senso di competenza materna, la relazione madre-bambino, l'atteggiamento verso l'allattamento. La donna può avere la sensazione di vivere un vero e proprio shock ed è un'esperienza che spesso rischia di restare chiusa dentro la donna, sullo sfondo, perché si sviluppa in parallelo alla nascita fisica del bambino. Con la nascita del bambino l'interesse è prevalentemente rivolto al nuovo arrivato e tutte le attenzioni che prima, durante la gravidanza, erano dedicate alla mamma si dirigono ora verso il bambino, lasciando spesso la mamma con un senso reale di solitudine. Il cambiamento di prospettiva che si sposta dalla madre al figlio non è solo esterno, è anche e soprattutto interno e profondo. La nascita psicologica della mamma porta la donna a vivere delle trasformazioni cariche di ripercussioni emotive, dovute all'organizzazione e sperimentazione di esperienze intrapsichiche molto forti ed emotivamente disorientanti, che si esprimono esteriormente come uno stato di malessere, di malinconia, di tristezza e nei casi più gravi di depressione. La donna prova disagio perché la nascita del bambino provoca dei lutti psicologici nella madre. Lutti che sono legati a livello intrapsichico alla perdita del bambino immaginario, alla perdita del ruolo di figlia, alla trasformazione del rapporto con la propria madre.

### Dal bambino immaginario al bambino reale

Il parto rappresenta il primo e grande distacco fisico. Il taglio del cordone ombelicale simboleggia la fine del legame simbiotico con il figlio che si accompagna ad un sentimento di perdita dovuto al venir meno della figura del figlio immaginario. Il bambino immaginario è un bambino indefinito, indeterminato, che può essere tutto. La nascita fisica del bambino

segna la fine della vita del figlio interiore immaginario e ideale e l'avvento sulla scena del mondo del suo doppio, cioè il bambino reale con tutti i suoi limiti. La percezione che la persona appena arrivata non è uguale a quella immaginata è sottile e soprattutto inconscia, anche se le emozioni che ne derivano sono consapevoli, legate soprattutto a un senso di vaga delusione. Il divario tra aspettative e realtà è una delle maggiori ragioni che impediscono la creazione di un legame immediato tra madre e figlio. Non provare le giuste sensazioni nei confronti del proprio figlio fa provare delusione e tristezza.

### Il passaggio da figlia a madre

Prima di diventare madre, la donna è sempre stata solo figlia di sua madre.

Questa relazione, positiva o negativa che sia, è sempre stata centrale per l'identità della donna. Quando la donna ha un bambino comincia a privilegiare l'identità di madre rispetto a quella di figlia. La vita che la donna ha trascorso come figlia diviene il passato e inizia il futuro di madre. In seguito a questa trasformazione radicale, che avviene in un lasso di tempo breve, è possibile avvertire un profondo senso di perdita o al contrario una straordinaria conquista (Lerner, 2001). In un caso o nell'altro la donna non sarà più semplicemente una figlia. Questo spostamento di identità determina emozioni contrastanti di tristezza per quello che ha lasciato dietro di sé e di gioia per il piccolo che è nato. La tristezza per la propria infanzia e adolescenza dovuta alla consapevolezza della fine di un periodo, di uno stile di vita che rappresenta nell'immaginario della donna la libertà, il tempo della spontaneità e della leggerezza.

### Il rapporto con la propria madre

Interrogare la maternità significa portare in scena la figura della propria madre e aprire con lei un confronto o uno scontro. Nella gravidanza e nella relazione con il figlio si rivivono anche le proprie esperienze infantili. Nel rapporto materno influisce l'eredità che la figlia ha ricevuto dalla propria madre nel suo primo legame con lei, perché la famiglia di origine è il contesto più influente, è il copione al quale facciamo riferimento nei rapporti interpersonali; esserne consapevoli ci permette di decidere di riproporlo o meno anche nell'identità di madre. Secondo numerosi studi recenti, il modello di attaccamento che viene stabilito con il bambino è in larga misura determinato da quello sperimentato con la figura materna (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). E lo stile di attaccamento ci guida anche nelle relazioni amorose adulte (Giusti, Spalletta, 1997). Però il ritorno del passato non ne determina necessariamente la ripetizione. Al contrario se ci sono state carenze, insoddisfazioni, delusioni, queste esperienze possono essere recuperate, modificate e rese positive proprio attraverso una maggior consapevolezza. E la maternità rappresenta una seconda chance che consente a ciascuno di saldare i crediti contratti nell'infanzia. Questo permette la trasformazione di un rapporto con la propria madre da bambino-genitore a adulto-adulto (Stewart, Joines 1987).

### Impostazione e gestione del progetto

La maternità è un'esperienza forte che in alcuni casi può essere destabilizzante e generare un disagio, una sofferenza che non trova le parole giuste, forse perché le parole non trovano l'ascolto giusto (Mucchielli, 1987).

La letteratura ha scritto molto su questo disagio, definendolo e misurandolo, e gli operatori che lavorano con il tema della gravidanza e della maternità non sono sorpresi dal fatto che un

gran numero di donne abbiano delle difficoltà nell'adattarsi al nuovo ruolo e che si sentano insicure e a volte sopraffatte e disorientate dalle molte richieste e aspettative. Se da un punto di vista teorico e cognitivo il disagio viene riconosciuto e trattato come tale, mi domando se, da un punto di vista esperienziale, alla donna è riconosciuto lo spazio per esprimere questo disagio. Ascoltare i racconti delle madri su come si sentono dopo il parto e sui possibili motivi per cui si sentono tristi può essere un intervento contro il disagio emotivo?

Con questa finalità è nato il progetto-ricerca "Mamma, ti ascolto": sostegno psicologico nel disagio femminile della maternità (Leone, Prezza, 1999); intervento terapeutico che si propone di prestare attenzione al mondo emotivo della madre, di stimolare l'autodeterminazione, di offrire orientamento e supporto alla donna nel divenire madre, aumentando l'autostima e rinforzando la fiducia della donna sulle proprie competenze materne. Dedicare tempo e sostegno alla scoperta della madre, al suo processo di separazione e di individuazione, significa accettare la madre così com'è, legittimarla nel suo stato conflittuale, valorizzare l'importanza della condivisione ed aiutarla quindi all'incontro sereno con l'altro, primo fra tutti, con il proprio bambino. L'obiettivo generale della consulenza è far sì che la donna riesca a potenziare le proprie risorse e creare le condizioni relazionali ed ambientali che contribuiscano al suo benessere.

### OBIETTIVI del sostegno psicologico in reparto:

1. instaurare un *rapporto* con la neo mamma (accogliente e rispettoso);
2. favorire il processo di *autoconsapevolezza*;
3. fornire *informazione* sul passaggio alla maternità;
4. promuovere *l'affettività*:
  - ↳ sperimentare e riconoscere le emozioni ambivalenti;
  - ↳ individuare ed esprimere agli altri i propri sentimenti;
  - ↳ creare un'esperienza e un messaggio di accettazione comprensione e valorizzazione del disagio in modo da sviluppare un atteggiamento di auto-accoglienza;
5. favorire il sentimento di empowerment: potere di fare, potere di essere e soprattutto potere di scegliere, per far sì che la donna riesca a potenziare le proprie risorse per star meglio.

### Modalità:

L'intervento di sostegno psicologico è stato proposto nel reparto di maternità dell'Ospedale Careggi di Firenze a partire dal 1 febbraio 2006. Viene svolto in corsia, durante la fascia oraria meno frequentata (dalle 14:00 alle 16:30), dal secondo giorno di ricovero della madre e consiste in un primo colloquio di sostegno della durata di 40 minuti.

È rivolto a quelle madri che dietro indicazione del personale ostetrico-infermieristico manifestano direttamente o indirettamente disagi emotivi e/o difficoltà nella relazione con il bambino. L'intervento viene proposto dalla seconda giornata di ricovero per poter sostenere e accompagnare la madre nel momento più delicato, che è quello della dimissione dalla struttura ospedaliera, quando la madre torna a casa e le possibilità di contatto e confronto con il mondo esterno diminuiscono. L'idea è quella di creare un aggancio rappresentato da un'esperienza buona, piacevole, di attenzione e "di presa di cura": "parlarne con te di quello che sto provando mi ha fatto stare bene", racconta una mamma alla fine del primo nostro incontro. Esperienza emozionale alla quale la madre può successivamente tornare realmente

o con il pensiero, quando sente di provare un disagio e sente di aver bisogno di qualcosa per stare meglio.

## Metodologia dell'intervento: approcci teorici e applicazioni metodologico-tecniche

Il lavoro con le madri ha previsto una metodologia interattiva integrata basata su:

### ➤ Approccio Umanistico Esistenziale

La prospettiva a cui si fa riferimento nel corso dell'analisi di questo progetto terapeutico è fondamentalmente quella umanistica-esistenziale, nella quale la donna viene vista come *soggetto in divenire*, capace cioè di essere cosciente e di godere di un buon margine di libertà, capace di incidere sull'ambiente e di prendere decisioni con un senso di responsabilità (Giusti, 2002).

### ➤ Approccio rogersiano e Ascolto Attivo di Gordon

Sono state usate le tecniche di riformulazione di Rogers e l'ascolto attivo di Gordon che hanno favorito la creazione di un'atmosfera di accettazione incondizionata ed empatia.

### ➤ Approccio psicologia della Gestalt

Tra le tecniche che derivano dalla teoria della Gestalt, quelle maggiormente utilizzate nel progetto specifico sono quelle che hanno permesso di dirigere l'attenzione dell'utente sui sentimenti sperimentati nel "qui ed ora" (Ginger, 1990; Giusti, Harman, 1996; Giusti, Rosa, 2002):

- focalizzarsi sulle sensazioni fisiche e corporee, sull'esagerazione del respiro, dei movimenti, delle tensioni, dei disagi per aumentarne la consapevolezza;
- incoraggiare domande che iniziano con "come" e "che cosa", invece dei "perché" che portano all'intellettualizzazione;
- trasformare le domande in affermazioni per aiutare l'individuo a prendersi la responsabilità di ciò che fa.

## L'approccio Empowering

Il modello di empowerment presente nel progetto terapeutico è quello di Brusciagioni che insieme al modello terapeutico integrato mira alla valorizzazione di (Giusti, Francescato, 1999):

- sentimento di **"autoefficacia"** (Bandura 1996); **"collocazione interna della causalità"** (Rotter 1975); sentimento della **"speranzosità"** (hopefulness); prevalenza del **pensiero operativo positivo**; del vissuto di **"responsabilità e protagonismo"**; della **"pensabilità positiva"**; dell' **"identità dell'io possibile"**

Le tecniche vengono usate all'interno di un colloquio semi-strutturato dove sono state toccate le seguenti aree:

- presentazione reciproca (compresa presentazione del bambino); esperienza gravidanza; esperienza parto; esperienze dei primi giorni di maternità; indagini sulle aspettative; responsabilità percepite e reali (allattamento); rete di sostegno; informazioni teoriche sul passaggio alla maternità; feedback sul colloquio.

## Campione:

Il campione è costituito da 62 madri che hanno manifestato, durante la degenza in reparto, disagi emotivi (pianto, ansia, irritabilità, tristezza, aggressività) e/o difficoltà nella relazione

con il bambino, come allattamento al seno, risposta al pianto del bambino o cambio pannolino (Ercolani, Areni, 1983).

Le madri sono state indicate come segue:

- personale ostetrico-infermieristico (39 casi);
- volontariamente 6 casi (“scusi posso parlare un po’ con lei?” , “Dato che è qui posso chiederle cosa devo fare per ...?”);
- visione diretta in corsia (17 casi).

L’età media del campione è di 34 anni.

Il 70% del campione di mamme è al primo parto. Il 19% al secondo. Il 7% al terzo parto. Il 4% ha avuto un parto gemellare.

### Emozioni scomode: il non detto dell’esperienza femminile materna

Il vissuto privato della nascita è spesso in netto contrasto con l’immagine idealizzata della maternità. Dopo il parto infatti la donna può sperimentare un calo dell’umore e una certa instabilità emotiva (Marshall, 2001). La frequente comparsa di disagi emotivi nella maternità, seppure in forma lieve, si presenta come un evento paradossale che si prova ma non si dice.

L’espressione delle seguenti emozioni che ho definito “scomode”, espressione usata da una mamma, permettono di infrangere la falsa immagine di un IO MATERNO autosufficiente, felice e autonomo, dando voce invece all’aspetto ambivalente dell’amore materno. L’amore materno è un sentimento umano: vivo, mutevole, mai definito una volta per tutte. È ambivalente, come tutti i grandi sentimenti: capace di assorbire anche emozioni che sembrano in contrasto con le sue caratteristiche più riconosciute e accettate, come la tenerezza, la dedizione, la gioia.

Invece ci sono anche i dubbi, i timori, il senso incapacità, di colpa, il senso di fatica, l’insofferenza e a volte la collera. È bene che sia così perché parliamo di sentimenti e il bambino come un adulto ha bisogno di un sentimento vero, non di un affetto perfetto, così come non ha bisogno di una mamma perfetta ma *sufficientemente buona*: capace di tollerare sia la fatica e la preoccupazione dell’essere madre, sia i lati più oscuri, ambivalenti del suo amore (Winnicott, 1970).

Riconoscerli permette di accettarli ed è il modo migliore per non sentirsi sopraffatte da limitanti paure e sensi di colpa.

Emozioni “scomode”.

Tra le emozioni che procurano disagio raccontate dalle madri troviamo:

- **Sentimento di inutilità ed impotenza**, espresso dal 16% delle madri, e la frase maggiormente ripetuta era: “Mi sento impotente, non posso fare niente per...”.

Questo sentimento è legato all’aspettativa che le mamme siano sempre pronte ad intervenire in modo efficace in qualsiasi circostanza, indipendentemente da fatto che sappiano cosa fare. La cosa è ancora più difficile in quanto non c’è modo di prepararsi a ciò che potrebbe accadere, non c’è nessun addestramento che permette di prefigurare alla neo-mamma come andranno le cose, soprattutto i bambini molto piccoli sono imprevedibili. L’imprevedibilità del bambino e le aspettative di efficacia della madre sono elementi che favoriscono l’affaticamento delle prime settimane nella madre.

- **Voglia di piangere**, dichiarata dal 22% delle madri. “È da stamattina che ho voglia di piangere e mi trattengo, lo faccio per lui, il mio bambino”.

- **Senso di colpa**, espresso dal 29%. È un senso di colpa che le mamme dicono di provare essenzialmente rispetto a due categorie:
  1. a come hanno vissuto la gravidanza o il parto: “la mia bambina non voleva nascere, hanno dovuto fare un cesareo e mi sento in colpa perché penso che abbia sentito che non era desiderata”;
  2. la relazione con l'altro figlio: “mi dispiace, ho paura di fargli mancare qualcosa”; “Ho pianto quando l'ho sentito al telefono e mi ha chiesto se gli voglio bene”.
- **Ansia**. Il 45% delle mamme dichiara di provare ansia. La nascita di un figlio, in particolare del primo figlio, porta a cambiamenti estremi, i cambiamenti sono accompagnati dall'ansia, l'ansia comporta un aumento di reattività emotiva. L'ansia inespressa rende tutto più intenso e l'emotività più forte. L'ansia maggiore viene dichiarata rispetto alla capacità di riuscire ad allattare al seno. Nutrire il proprio bambino è una delle prime responsabilità richieste alla madre e può creare un'ansia da prestazione. L'ansia può trasformarsi in ansia grave che determina difficoltà nel concentrarsi, nel sonno e nel prendere decisioni. Possono essere presenti sintomi fisici di sudorazione eccessiva, iperventilazione e tensione muscolare.
- **Irritabilità, sbalzi emotivi, aggressività**, espressi dal 5%. “Sono aggressiva con mio marito, mi irrita perché lo vedo che non sa cosa fare”. È importante sapere che anche l'aggressività è una componente dell'amore materno: solo in questo modo si può accettarla ed elaborarla, trasformandola in qualcosa di positivo sia nella relazione con il figlio che con il partner.
- **Preoccupazioni rispetto alla propria salute**, espresse dal 5%. “Se mi succede qualcosa come farà mia figlia?”.
- **Difficoltà nel prendere decisioni**, dichiarate dal 3%. “Non so cosa fare: mi domando in continuazione farò bene, farò male?”.

Le difficoltà di concentrazione e nel prendere decisioni possono essere accentuate dalle molte necessità legate all'accudimento del bambino: a volte accade che le donne si sentano sopraffatte dalle cose da fare e non riescono a prendere una decisione. Davanti ad un tale compito la madre ha bisogno di un sostegno e una protezione che possano permettere a lei stessa di divenire sostegno e protezione per il suo bambino.

- **Senso di disperazione**, dichiarato da una mamma. “Ricordo di aver pianto disperata all'idea di dovermi portare sempre quell'esserino con me”. Per alcune donne rendersi conto della propria stanchezza e della totale mancanza di libertà può essere un'esperienza devastante, una consapevolezza pesante da sostenere.
- **Senso di isolamento**. Il 5% afferma di non sentirsi più al centro dell'attenzione e di soffrire per essere in secondo piano. Una mamma mi racconta: “Da quando è nato il mio bambino sento che non c'è più interesse nei miei confronti e io mi domando: ma se sono sempre la stessa persona cosa è cambiato?”.

Quindi, da una parte le donne hanno una visione della maternità molto elevata e carica di aspettative e di ansie; dall'altra aumentano le difficoltà a fare la mamma e diminuisce il riconoscimento sociale della maternità. Senso di isolamento provocato dalla solitudine e dall'abbandono in cui si trovano molte madri quando ritornano a casa con il loro bambino.

- **Tristezza**, espressa dal 19% delle mamme. A volte il parto richiama alla memoria perdite del passato, e il parto viene vissuto come esperienza di perdita quando viene collegata ad eventi specifici: morte di genitori, divorzi, aborti.

Quattro mamme su sei mi hanno parlato di lutti (non elaborati) relativi a gravidanze precedenti o legati alle figure genitoriali. Una madre mi racconta: “sono arrabbiata con mio padre (il padre è morto sei mesi prima) perché mi ha preso in giro, non ha voluto aspettare e vedere mio figlio”. Il passato ritorna in modo nocivo solo quando le esperienze negative non sono state elaborate: quando il dolore, la sofferenza, la rabbia non sono stati “pensati” o sono stati dimenticati troppo presto, lasciando strascichi di aggressività e ostilità di cui non si è inconsapevoli.

- **Disorientamento**, espresso dal 5%. “È uno sconvolgimento della vita. Difficile da pianificare”.

- **Paura**, dichiarata dal 9%. Le mamme hanno paura circa il nuovo ruolo e si dicono: “Saprò fare la mamma?”, “Ho paura di essere come mia madre”. Tutte le idee su cosa significa essere madre si sovrappongono alle esperienze con la propria madre e con altri adulti importanti che hanno mostrato cosa significa prendersi cura.

Quando diventiamo madri, le nostre madri si risvegliano in noi, a volte come “Madonna”, a volte come “Strega”. Allevare un figlio non significa essere una Buona o una Cattiva Madre, appartenere all’una o all’altra categoria; significa essere, spesso sole, dinanzi ad un compito complesso di cui sentiamo - e ci fanno sentire - pienamente la responsabilità. Parlare di Buona o di Cattiva Madre ci porta a credere che allevare i figli sia esclusivo compito della Madre e che la riuscita o meno del compito determini il futuro dei figli, dimenticando che per allevare serenamente i propri figli e per garantire loro un ambiente protetto e sicuro, una madre ha bisogno lei stessa di un ambiente protetto e sicuro che si prenda cura di lei. (J. Swigart, 1992)

- **Sfiducia**. Il 16% dichiara di provare un senso di fallimento relativo al parto.

Cinque mamme mi hanno parlato della grande delusione che provano rispetto all’andamento del parto e che le fa sentire fallite. “Non sono stata brava”.

“Non ho parlato del parto con nessuno, con Lei è la prima volta. Non parlo con le altre mamme e non chiedo perché non voglio che chiedano a me”.

“Ha visto come è andata a finire, non ce l’ho fatta?”.

Il parto è un momento sacro, in cui la vita e la morte si ricongiungono, in cui si nasce in due: il bambino e la madre.

- **Inadeguatezza**. Sei mamme mi hanno raccontato di sentirsi inadeguate.

“Mi sento una stupida”, “Mi sento incapace, un mostro”.

Trovarsi di fronte alla responsabilità della sopravvivenza del proprio bambino ha un impatto molto forte. E non sempre è un compito scontato o istintivo e anche, a volte, può essere la consapevolezza di una spaventosa responsabilità che può far sentire non pronte.

## Feedback del colloquio

Il colloquio si concludeva sempre verificando la rete di sostegno e di condivisione della madre. Una delle domande conclusive del colloquio era la seguente: “Fino ad oggi avete mai parlato con qualcuno di come vi state sentendo?”

- Il 52% delle mamme mi ha risposto di no: “No, sto parlando di queste cose con lei per la prima volta”;
- Il 25% mi ha risposto in modo affermativo, dichiarando di averne parlato con la propria madre;
- Il 14% dichiara che ne parla con il marito;

- Il 9% ha risposto di sì: “con una amica”.

Dopo questo lavoro sei donne hanno chiesto di proseguire con un percorso personale.

## Riflessioni e conclusioni

Il progetto terapeutico nel disagio della maternità vuole essere uno spunto per approfondire e promuovere l'importanza del tema del sostegno alla maternità, in quanto il periodo successivo al parto è stato descritto come ad alto rischio per la salute mentale della donna (O'Hara 1997).

Attraverso questo lavoro ho potuto verificare che sia a livello teorico che nella ricerca sul campo esiste poco materiale sul vissuto della maternità.

Per la maternità, da un punto di vista sanitario e legislativo, si è ottenuto molto, ma ho sentito ancora molto silenzio rispetto all'intima esperienza psicologica della maternità, che determina nella vita interiore di una madre straordinarie e travolgenti emozioni.

Eppure non è in questo mondo soggettivo che vivono le madri ogni giorno accanto al proprio bambino? Non è la nostra realtà soggettiva che ci guida nelle interazioni?

La relazione madre-bambino non è in stretta relazione al mondo interno della madre?

Credo che il panorama sia ancora molto confuso in quanto si tende a trattare questa tipologia di utenza, le neomamme, in modo molto superficiale, senza prendere adeguatamente in considerazione il disagio psicologico sottostante la maternità che può svilupparsi in una patologia.

## Prevenzione nella maternità

Una buona azione preventiva del disagio alla maternità può svilupparsi su tre livelli:

### 1. Livello informativo:

*Informare la donna dei rischi della maternità sulla sfera esterna ed interna.*

Le donne devono essere informate in modo particolare su quali sono i processi ed i fenomeni intrapsichici che naturalmente la possono coinvolgere.

### 2. Livello intrapsichico:

Aiutare la donna a ridurre le proprie aspettative legate alla maternità.

La donna deve poter essere indirizzata a mantenere la centralità sul proprio sé, visualizzando i suoi bisogni e le sue necessità di donna, al di là di essere madre.

## Competenze materne: possibilità inesprese

Da sempre la disponibilità materna è stata utilizzata per compiti ripetitivi e subordinati di assistenza e cura, ma il suo patrimonio di possibilità la rende disponibile a realizzazioni sociali, professionali e culturali ricche e soddisfacenti. Tradurre la sua capacità di “dare e preservare la vita” in un linguaggio sociale, in sintonia con l'identità femminile, con la sua specifica modalità di essere nel mondo e di vivere con l'altro, permette di lavorare con le abilità sociali, con la stima di sé e con il senso di autoefficacia. E soprattutto permette di demolire la convinzione irrazionale, ma socialmente diffusa, che la maternità è solo un costo sociale.

Le competenze materne sono un insieme di abilità, di sapere, di saper essere e di saper fare, e non è detto che il contesto familiare sia l'unico dove poterle esprimere. Per ripensare e utilizzare le potenzialità della competenza materna da un contesto familiare ad un contesto socio-professionale, è necessario abbandonare quanto vi è di precostituito nella maternità.

È un obiettivo che può essere molto lontano nel tempo, nei modi ed anche nella realizzazione, e consiste nel pensare come le risorse materne possano essere spese e valorizzate nell'ambito dell'agire sociale, professionale e culturale.

L'atteggiamento materno, una volta ridefinito, può convertirsi in uno sguardo sul mondo, in uno stile comunicativo e comportamentale, in un modo di porsi in relazione con sé e con gli altri, che determina una migliore qualità della vita, un miglior-essere (Giusti, 2004). Si tratta di vedere al di là dello spazio privato.

Il riconoscimento del *valore dell'identità materna* avviene solo se, in primo luogo, prende forma nella donna e tra le donne. È necessario un autentico autoriconoscimento per poi poterlo far conoscere e riconoscere all'altro.

### Livello sociale sostegno sociale

#### *Garantire alla donna i supporti o rete sociale*

Il vissuto della maternità, quando va bene, rimane un discorso privato fra le donne, oggetto di confidenze, di sfoghi, di confronti dubbiosi, in assenza di modelli di riferimento concreti.

Non riesce a divenire un sapere in qualche modo visibile e condivisibile, esperienza confrontabile e utilizzabile al di là del consiglio tra amiche e sorelle.

In definitiva quindi ritengo che prestare attenzione a questo disagio non significa solamente accoglierlo, ma dare vita a un modello che favorisca la consapevolezza femminile sul proprio essere e sul poter divenire madre non solo di corpi, ma anche di significati sociali. Un modello che costruisce nuovi orizzonti di valore e di senso, al quale fare riferimento per trovare tra donne un legame sociale e un sostegno sociale, che non miri all'indipendenza della madre, che spesso rischia di riportare la madre nell'isolamento, ma un sostegno che miri al confronto e al supporto.

Sarà importante quindi valorizzare l'aspetto del confronto, favorendo spazi e tempi dedicati a questo aspetto.

### Bibliografia

**Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Wall S., (1978) *Patterns of Attachment: Assessed in the strange situation and at home*, Erlbaum, Hillsdale.**

**Ammaniti M.** (1999), *Crescere con i figli*, Mondadori, Milano.

**Angier N. (2001), *Donna. Una geografia intima*, Teadue, Milano.**

**Badinter E., (1981), *L'amore in più: storia dell'amore materno*, Loganesi&C , Milano.**

**Bowlby J. (1989) *Una base sicura*, Cortina, Milano**

**Bruscaglioni M., (1994) *La società liberata*, Franco Angeli Milano.**

**Clarkson P., (1992), *Gestalt Counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto*, Sovera, Roma.**

**Ercolani A. P., Areni A., (1983), *Statistica per la ricerca in Psicologia*, Il Mulino, Bologna.**

**Frish M., (2001) *Psicoterapia integrata della qualità della vita*, Sovera , Roma.**

**Ginger S., (1990), *La gestalt terapia del "con-tatto" emotivo*, Ed. Mediterranee, Roma.**

**Giusti E. , (2002), *Essere in divenendo*, Sovera, Roma.**

**Giusti E., Francescano D., (1999), *Empowerment e clinica*, Ed. Kappa, Roma.**

**Giusti E., Locatelli M., (2000), *L'empatia integrata*, Sovera, Roma.**

- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A.**, (2000), *Psicoterapie integrate*, Masson, Milano
- Giusti E., Montanari C., Montanarella G.**, (1995), *Manuale di psicoterapia integrata*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., Montanari C., Spaletta E.**, (2000), *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in Counseling e Psicoterapia*, Masson, Milano.
- Giusti E., Rosa V.**, (2002), *Le psicoterapie della Gestalt*, Ed. Scientifiche A.S.P.I.C., Roma.
- Giusti E., Spalletta E.**, (1997), *Relazioni stabili e durature*, Riza Scienze, n°118, Milano.
- Greenberg L.S., Paivio S.C.**, (2000), *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata*, Sovera, Roma.
- Greenberg L.S., Watson J.C., Lietaer G.**, (2000), *Manuale di psicoterapia esperienziale integrata*, Sovera, Roma.
- Hayworth J., Little B., Bohnam Carter S., Raptopoulos P., Priest R., Sandler M.**, (1980), *A predictive study of postpartum depression: some predisposing characteristics*, "British Journal of Medical Psychology", 53, 161-167.
- Kitzinger S.**, (1999) *Il bambino l'attesa e la nascita*, Mondadori Editore, Milano
- Lerner H.** (2001), *Essere Madre*. Tea, Milano.
- Marcoli Alba**, (2004), *Passaggi di vita*. Oscar saggi Mondadori, Milano.
- Marshall F.** (2001), *Mamma in blue*, Teadue Milano
- Milgron J., Martin P., Negri L.** (2005), *Depressione postatale*, Erickson, Trento.
- Preston J.** (2001), *Psicoterapia breve integrata*, Sovera, Roma
- Reale E.** (2004), *Guida alla salute della donna*, Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità. Napoli
- Rogers C.** (1970), *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze.
- Stern D. N., Bruschiweiler-Stern N.** (2000), *Nascita di una madre*, Oscar Saggi Mondadori, Milano.
- Stewart I., Joines V.**, (2001) *L'analisi Transazionale*, Garzanti, Milano.
- Swigart J.** (1992), *Il mito della cattiva madre*, Longanesi & C., Milano.
- Winnicott, D.W.** (1970), *Sviluppo affettivo ed ambiente*, Armando, Roma.
- Vegetti Finzi S.** (1996), *Il bambino della notte. Divenire donna. Divenire madre*, Oscar Mondadori, Milano.
- Vegetti Finzi S.** (2001), *A piccoli passi*, Oscar Mondadori, Milano.

## 1.2 Il trattamento di gruppo della bulimia: un'applicazione breve dell'approccio pluralistico integrato.

di Enrichetta Spalletta, Maria Luisa Florimonte

*La selezione dell'intervento: quando, perché e come pianificare un trattamento breve integrato di gruppo in caso di bulimia nervosa.*

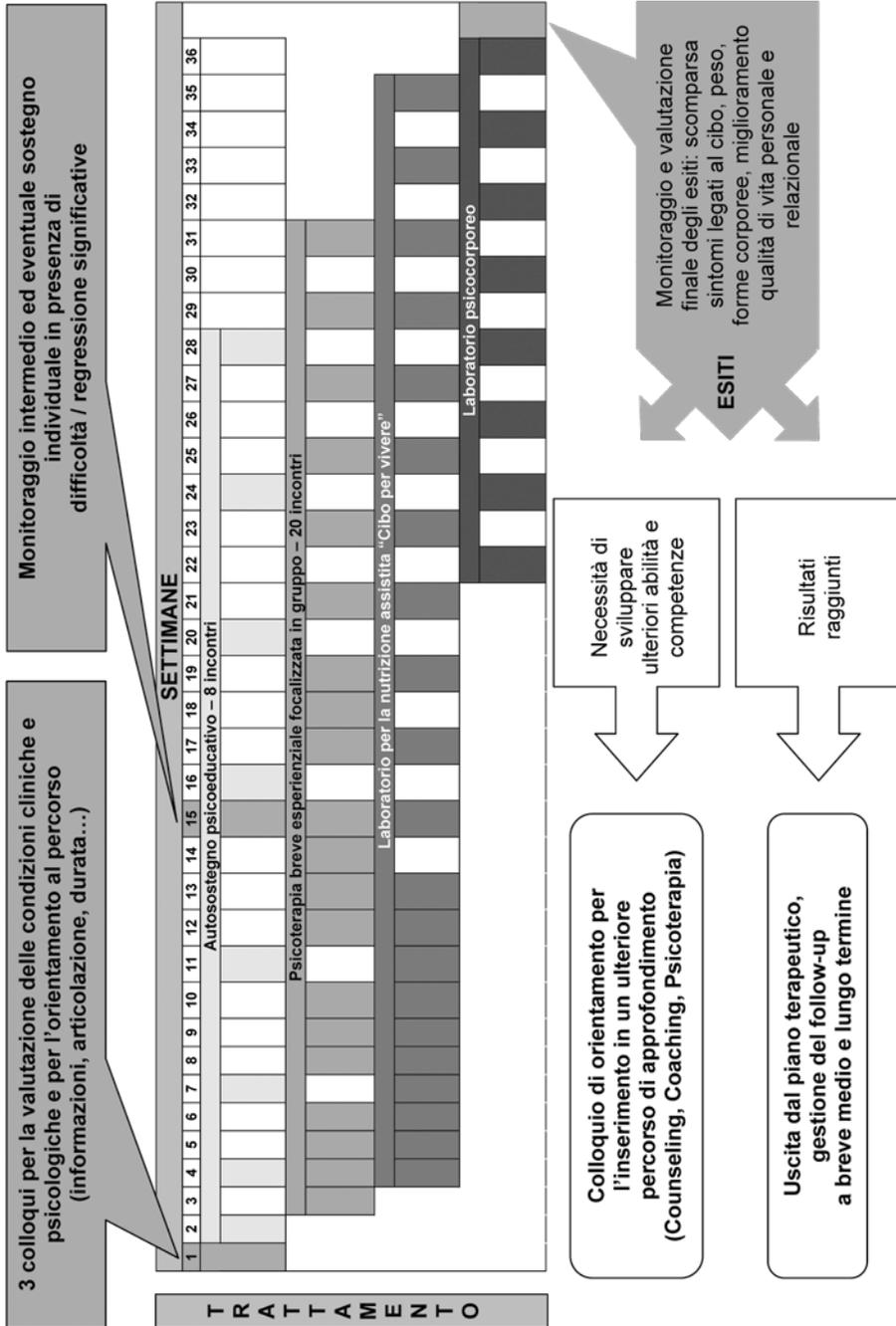
Dalla pratica clinica si evidenzia che spesso il cambiamento avviene attraverso la somministrazione di tipologie e dosaggi differenziati di trattamento. L'ottica in cui ci poniamo è quella dei passi progressivi nella cura, considerando che le persone possono adottare nuovi comportamenti salutari, utilizzando stimoli misurati e individualizzati. I passi progressivi di selezione del piano di trattamento vanno dallo stimolo di dimensioni più ridotte a quello più intenso: lettura di un testo di auto-aiuto sulle tematiche di interesse, stessa lettura guidata dal feedback supportivo del counselor, inserimento in un gruppo psicoeducativo o di sensibilizzazione, partecipazione al laboratorio motivazionale, inserimento nel percorso breve di gruppo o nel percorso terapeutico individuale e/o di gruppo.

La persona può arrivare a compiere diversi dei passi indicati come fasi di un intero percorso, oppure può essere inserita dall'inizio in un percorso specifico senza attraversare tutti i livelli. La scelta della progressione è resa possibile in primo luogo dallo stato di salute della persona stessa, e può rendersi necessaria quando la persona mostri un atteggiamento con alto livello di reattanza, motivo per cui deve essere accompagnata gradualmente verso l'adozione di nuovi atteggiamenti e comportamenti. Il trattamento breve di gruppo ad approccio integrato può anche essere parte di un processo di cambiamento a medio-lungo termine. In questo caso la persona, per completare l'elaborazione delle tematiche affrontate nel percorso terapeutico individuale, viene inserita nel percorso di gruppo di seguito presentato.

Le caratteristiche di integrazione che contraddistinguono il trattamento breve proposto:

- ha un andamento articolato in fasi ed è multidimensionale;
- viene seguito da figure professionali provenienti dall'ambito psicologico-psichiatrico e da quello medico-nutrizionale;
- è accompagnato all'autosostegno psicoeducativo e sostenuto nel tempo dall'auto-aiuto;
- utilizza la metodologia esperienziale e l'apprendimento attivo per facilitare il cambiamento e il consolidamento dei nuovi comportamenti;
- l'approccio è focalizzato sull'integrazione del piano emotivo nei processi mentali e nelle scelte comportamentali;
- applica tecniche pluralistiche per elaborare, sul piano personale, le tematiche dell'identità corporea, dell'autoregolazione, dell'autovalutazione e dell'autostima e, sul piano affettivo-relazionale, mira alla regolazione della giusta distanza ecologica interpersonale.

Nello schema seguente viene riassunto il piano di trattamento, così come viene proposto alle pazienti che rispondono alle specifiche caratteristiche di compatibilità indicate in seguito e può essere utilizzato anche come trattamento integrativo del percorso individuale esteso, di cui non parliamo in questo articolo.



### **La diagnosi di Bulimia Nervosa.**

A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata dai seguenti criteri:

1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;

2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si mangia).

B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno 2 volte alla settimana, per 3 mesi.

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di Anoressia Nervosa.

F. Specificare il sottotipo:

Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Le seguenti domande costituiscono la traccia per la scelta della procedura breve in un contesto ambulatoriale privato:

➤ quali sono le teorie, i setting, le strategie, le tecniche che, in contesti simili al nostro, hanno dato prova di maggiore efficacia?

➤ Quali sono le teorie, i setting, le strategie, le tecniche che, in contesti simili al nostro, consentono di prendere in carico un numero di utenti tale che consenta di contenere i costi?

➤ Quali sono le teorie, i setting, le strategie, le tecniche che, in contesti simili al nostro, sono più efficienti?

Dopo aver trovato nella letteratura queste risposte, passeremo a chiederci come possiamo effettivamente utilizzare tali dati nel contesto in cui operiamo, tenendo conto delle risorse che abbiamo a disposizione e dei limiti con cui dobbiamo confrontarci.

### **Le indicazioni della letteratura**

*I tempi: la psicoterapia breve*

L'opzione per gli interventi di breve durata - trattamenti psicologici di durata limitata, il cui termine viene stabilito in partenza (Giusti, 2001) - trova il suo fondamento in motivazioni di tipo economico, nella maggiore accessibilità dei trattamenti e nella possibilità di proporre un intervento articolato per passi progressivi. Numerosi studi e ricerche attestano l'efficacia della psicoterapia breve (Fonagy, Roth, 1996; Butler et al., 2006; Becker, 2003; Riess, 2002; Agras 1993; Mitchell, Hatsukami, 1985).

Fattori generali comuni delle terapie brevi sono:

1. La limitazione nel tempo, spesso accompagnata dalla programmazione anticipata della durata della terapia. La durata di una terapia breve varia da un minimo di 12 a un massimo di circa 40 sedute (in quelle di orientamento psicodinamico), con una media di 20 sedute circa (Preston, 2001). Il nostro programma prevede 20 sedute in 30 settimane (cfr. schema 1).
2. La definizione di uno o al massimo due focus terapeutici molto specifici: si tratta di interventi mirati a una o al massimo due aree problematiche della vita del paziente, individuate di comune accordo da paziente e terapeuta dopo alcune sedute dedicate alla valutazione (Klerman et al., 1984).
3. Selezione molto accurata dei pazienti, con definizione molto precisa dei criteri di inclusione e di esclusione.

Riportiamo l'elenco dei criteri suggeriti dagli autori (Giusti, 2001; Preston, 2001; Wilfley et al., 2000; Gabbard, 1994; Klerman, 1984)

*Criteri di inclusione:*

➤ *L'esistenza di un problema centrale.* Si è riscontrato che quando i clienti sono in grado di identificare un problema particolare o centrale, è possibile predire con maggiore probabilità che l'esito della terapia sarà positivo. Le ragioni sono essenzialmente due: le persone con problemi gravi e numerosi potrebbero non risultare adatte alla terapia breve; inoltre la capacità di un cliente di identificare e articolare un problema centrale è spesso segno di una certa forza dell'Io.

➤ *L'esistenza di fonti di stress.* La terapia breve ha maggior efficacia con persone che hanno sperimentato stress di entità media, rispetto a coloro che presentano problemi caratteriali cronici e pervasivi, in assenza di gravi fonti stressogene. In genere gli eventi stressanti destabilizzano le persone, cosicché, anche se sono presenti problemi che definiamo "caratteriali", abbiamo maggiore probabilità di introdurre un cambiamento, se questi dipendono da stress recenti.

➤ *Buona capacità di mentalizzazione.* Ci si riferisce al grado di consapevolezza che il paziente ha dei propri pensieri, convinzioni, desideri e bisogni; alla capacità di guardarsi dentro e identificare anche in sé l'origine dei propri problemi, non attribuendo le proprie difficoltà al mondo esterno, colpevolizzando gli altri e l'ambiente; alla capacità di sintetizzare e integrare i vari frammenti di informazioni, di riflettere sulle loro connessioni per sviluppare una spiegazione significativa su sintomi e difficoltà interpersonali (Gabbard, 1994).

➤ *Coraggio di affrontare realtà dolorose.* Ci si riferisce alla capacità di contattare e parlare di situazioni, pensieri, emozioni che provocano tristezza, disagio, rabbia, vergogna e sensi di colpa. La presenza immediata di tale requisito appare assolutamente essenziale per questo tipo di approccio, altrimenti la terapia, concentrata in tempi molto brevi, non risulta assolutamente possibile (dati i tempi, infatti, si deve lavorare sul problema e non ci si può permettere di impiegare troppo tempo ad aiutare il paziente a riconoscere l'esistenza del problema e ad affrontare le emozioni connesse).

➤ *Discrete capacità relazionali.* Ci si riferisce alla costanza oggettiva del paziente, alla capacità di percepire gli altri come oggetti interi, senza mettere in atto processi di scissione *troppo accentuati* (idealizzazione/svalutazione), di tollerare l'assenza degli altri

al fine di poter creare una relazione terapeutica che consenta di definire una piattaforma comunicativa comune e condivisa.

↳ *Livello elevato di motivazione.* Aspettative positive sulla terapia e "...una forte convinzione di poter cambiare grazie alla terapia..." (Giusti, 1997). Tali caratteristiche facilitano l'aderenza al trattamento e ne incrementano la possibilità di successo in tempi rapidi.

↳ *Buon livello di funzionamento intellettuale.* Questo tipo di approccio è possibile con persone dotate di un buon livello di intelligenza astratta che favorisce la capacità di pensare per metafore e analogie che consentano connessioni tra i vari livelli di astrazione (Gabbard, 1994).

↳ *Presenza di una minima rete sociale di supporto.* Questo aspetto consente di promuovere e "agganciare" immediatamente il cambiamento del paziente ad altri, più o meno significativi, che possano supportarlo (in forma diretta o indiretta) nel processo di apprendimento socio/affettivo che si verifica in terapia.

*Criteri di esclusione:*

- ↳ pazienti con scarsa o nulla motivazione al cambiamento e incapaci di alleanza;
- ↳ pazienti con diagnosi in asse II, cluster B, con labilità emozionale e scarso controllo dell'impulsività;
- ↳ pazienti ad elevato rischio di suicidio o che vivono attualmente una situazione particolarmente stressante;
- ↳ pazienti con marcati tratti antisociali o psicopatici;
- ↳ pazienti con personalità molto difese;
- ↳ pazienti che presentano un quadro psicopatologico di psicosi in acuzie;
- ↳ pazienti che fanno attualmente uso di sostanze psicotrope.

4. La **centralità dei primi incontri** (Klerman e al., 1984). Il tempo a disposizione in questo tipo di terapia è limitato, per cui gli obiettivi devono essere raggiunti secondo tempi stabiliti (circa 20 sedute, dopo la fase di valutazione diagnostica e orientamento). Domande che consentono una valutazione realistica della capacità/possibilità del paziente di accedere al trattamento nel momento attuale di vita (Preston, 2001; Klerman et al., 1984):

PERCHÈ LA VITA DI QUESTO INDIVIDUO/CLIENTE NON STA FUNZIONANDO IN QUESTO PARTICOLARE MOMENTO?

CHE COSA HA CONTRIBUITO A QUESTO DISAGIO DEL PAZIENTE PROPRIO ORA?

QUALI SONO GLI STRESS ATTUALI?

ALL'INTERNO DEL DISAGIO DEL PAZIENTE, QUALI SONO GLI ASPETTI CHE PROVOCANO MAGGIORE DISAGIO E INVALIDANO IL FUNZIONAMENTO SOCIO-AFFETTIVO DI QUESTA PERSONA, IN QUESTO MOMENTO?

SU QUALI ASPETTI È ASSOLUTAMENTE NECESSARIO CONCENTRARSI E QUALI ASPETTI NON POSSONO RIENTRARE ED ESSERE AFFRONTATI IN QUESTO CONTESTO E IN QUESTO MOMENTO?

QUALI EFFETTIVI BENEFICI LA TERAPIA PUÒ PORTARE AL PAZIENTE?

QUALI SONO LE PERSONE CHIAVE COINVOLTE NEI PROBLEMI, I CONFLITTI E LE DELUSIONI ATTUALI?

IL PAZIENTE STA IMPARANDO COME FAR FRONTE AL PROBLEMA?

COME POSSO AIUTARE IL PAZIENTE A CHIARIRE I SUOI DESIDERI E AD AVERE RELAZIONI PIÙ SODDISFACENTI CON GLI ALTRI?

QUALI SONO LE RISORSE (PERSONALI/MATERIALI/AMBIENTALI/ECONOMICHE/DI SUPPORTO SOCIALE/AFFETTIVE) DI CUI IL PAZIENTE PUÒ DISPORRE E CHE POSSO UTILIZZARE IN TERAPIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELLE METE PREFISSATE?

COME POSSO CORREGGERE LE INFORMAZIONI ERRATE E SUGGERIRE ALTERNATIVE?

UNA TERAPIA BREVE, IN QUESTO MOMENTO, È ADATTA PER QUESTA PERSONA?

5. L'attenzione alle **risorse del paziente** (Preston, 2001; Klerman et al., 1984). Si lavora su quanto terapeuta e paziente hanno a disposizione nel presente per poter cambiare: le risorse del paziente sono la prima fonte di "energia" per questo tipo di terapia e vanno "diagnosticate", individuate, "comunicate e restituite" al paziente quanto prima. Infatti, se il paziente è in una fase della sua vita in cui chiede aiuto, probabilmente ha uno scarso livello di consapevolezza delle proprie risorse. In tali risorse rientra anche la rete sociale del paziente (già citata nei criteri di inclusione): il paziente viene, in quasi tutti i modelli di terapia breve, continuamente sollecitato a potenziare e incrementare le proprie relazioni con gli altri sia per trovare valide fonti di supporto rispetto al problema, sia per poter esplicitare nel NOI il proprio potenziale creativo.
6. Una **relazione terapeutica attiva e collaborativa** in cui paziente e terapeuta, con ruoli diversi, lavorano insieme verso il comune obiettivo del cambiamento del paziente (Giusti, 2001). Il paziente riceve informazioni molto dettagliate su ciò che si andrà a fare, diventa quasi un "esperto" del trattamento che riceverà. Spesso, a tale fine, si consegna, nei primi incontri, diverso materiale didattico/educativo in cui viene descritto il trattamento, il rationale e le tecniche. L'obiettivo è far sentire il paziente protagonista del processo in corso, incrementando la motivazione e il grado di responsabilità verso il cambiamento che si produrrà con la psicoterapia. Il focus della terapia è la creazione di un'alleanza terapeutica, cioè la costruzione di un ponte di fiducia, che permetta al cliente di manifestarsi liberamente e contemporaneamente garantisca l'impegno reciproco dei due (cliente/terapeuta) sul lavoro da fare. È determinata essenzialmente da: un clima accogliente di fiducia, un accordo sugli obiettivi, la disponibilità ad eseguire compiti reciproci. "Per il terapeuta è quindi importante che il paziente senta di essere coinvolto in una relazione stabile, sicura, onesta, non coercitiva, nutriente, perché questo aumenta pure la sua motivazione e il suo impegno nel processo terapeutico" (Giusti, Montanari, Montanarella, 1997, p.133). Di pari importanza reputiamo sia l'alleanza operativa, cioè quella parte della relazione cliente-terapeuta che mette in grado sia l'uno che l'altro di lavorare insieme anche quando il cliente prova in qualche misura il desiderio opposto" (Clarkson, 1995) Alleanza terapeutica e operativa sono assolutamente fondamentali nell'approccio

- breve, in quanto consentono di fluidificare il processo, di non creare fraintendimenti e di definire con precisione cosa verrà fatto, agevolando così il processo.
7. La precisa **strutturazione delle sedute**, specie dei primi incontri (Klerman et al., 1984): sono ben definiti i tempi, le spiegazioni da dare, i temi da affrontare e il modo in cui affrontarli. L'intensità della strutturazione diminuisce di livello, sempre in base agli approcci, nelle sedute successive. Vengono raccolte e offerte informazioni importanti e il cliente viene aiutato a concentrarsi sul lavoro, incrementando motivazione e senso di responsabilità.
  8. I **compiti a casa**, da attuare tra una seduta e l'altra, offrono al paziente l'opportunità di iniziare da subito a lavorare e sperimentarsi sui problemi (precedentemente definiti) affrontati in terapia, aumentando così il livello di autoefficacia e incoraggiando l'autonomia. Consentono, inoltre, di ricevere immediatamente (nella seduta successiva) un feedback dal terapeuta, anche e soprattutto su ciò che non è andato a segno, per poter favorire nuovi adattamenti funzionali. I compiti facilitano la rapidità degli apprendimenti di nuove abilità di coping (Preston, 2001).

### Le terapie brevi per il trattamento della bn

Verranno ora passate in rassegna le terapie brevi che in letteratura risultano efficaci per il trattamento della Bulimia Nervosa (Butler et al., 2006; Riess, 2002; Fairburn, 1995; Fairburn, Wilson, 1991).

#### La Psicoterapia Comportamentale.

Sono state elaborate due forme di terapia comportamentale (TC): una è quella della "Esposizione e Prevenzione della Risposta", designata specificamente per le pazienti che vomitano dopo l'abbuffata. La terapia consiste nel far mangiare le pazienti (in regime assistito) sino al punto in cui di solito vomitano, quindi nell'aiutarle e sostenerle a sviluppare delle abilità comportamentali adeguate per resistere all'impulso di vomitare. In genere sono seguite da altre tecniche cognitivo-comportamentali. Sessioni di questo tipo durano in genere diverse ore e devono esser ripetute (Rosen, Leitenberg, 1985).

Non risultano particolarmente gradite alle pazienti e non sembrano, in base agli studi, che migliorino i risultati che si ottengono con la sola CBT.

L'altra variante di terapia comportamentale per la BN è rappresentata dalla parte esclusivamente comportamentale della CBT. L'obiettivo è, quindi, solo quello di creare abitudini alimentari normali, di promuovere un rapporto sano verso il peso e il cibo e di ripristinare risposte fisiologiche normali agli stimoli della fame e sazietà. Ne sono state elaborate diverse forme, di cui una in particolare definita "Counseling nutrizionale", non molto diversa da una vera e propria riabilitazione nutrizionale (Beumont, Touyz, 1995).

Il terapeuta ha un ruolo asettico e distaccato, non si coinvolge emotivamente e sceglie le tecniche più accurate per correggere i comportamenti disadattivi del cliente, a cui spetta sperimentare quanto proposto.

Solo un numero ridotto di studi prende in esame l'efficacia dei trattamenti della BN basati esclusivamente su un orientamento di tipo behavioristico e, nella maggior parte dei casi, si tratta di studi su un solo singolo caso o di scala molto ridotta. In due sperimentazioni di portata leggermente più ampia erano evidenti riduzioni nelle abbuffate e delle condotte di eliminazione. Tuttavia solo uno studio includeva un trattamento di controllo. Ci sono, pertanto, poche indicazioni attendibili sull'efficacia basate esclusivamente sul modello

comportamentale, che pertanto risulta scarsamente usato. In generale, tali trattamenti risultano meno efficaci rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), specie in relazione alle ricadute, più frequenti nelle pazienti che praticano costantemente il vomito come strategia compensativa alle abbuffate (Fonagy, Roth, 1996).

### **La Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale**

Questo trattamento prevede circa 20 sedute di 50 minuti a cadenza settimanale (Fairburn, 1985). Si focalizza essenzialmente sulla ristrutturazione cognitiva, cioè l'identificazione e modificazione di quei sistemi di convinzione disfunzionali che, secondo questo approccio, sono alla base e sostengono la patologia. I principali sistemi di convinzione su cui si concentra la CBT sono: tendenza delle pazienti a far dipendere il proprio valore esclusivamente dalla forma fisica e dal peso; perfezionismo e pensiero dicotomico. Tali convinzioni si manifestano nel continuo terrore delle pazienti di prendere peso e diventare grasse e nella continua attenzione al mantenimento di un peso basso attraverso una dieta molto stretta. La dieta, secondo il modello, crea, tramite un complesso sistema di azioni e retroazioni bio-psichiche, un'alta vulnerabilità alle abbuffate.

Il trattamento prevede 3 fasi

Fase 1 (sedute 1-8): l'obiettivo è dare informazioni sul disturbo e ridurre le abbuffate regolarizzando la frequenza dei pasti e facendo ricorso ad attività alternative.

Fase 2 (sedute 9-16): focalizza in modo più accurato alcuni aspetti dell'alimentazione (normalizzazione delle porzioni e qualità dell'alimentazione) e punta alla ristrutturazione delle convinzioni erronee relative al peso e alla forma fisica.

Fase 3: (seduta dalla 17 alla 20): prepara alla fine del trattamento ed elabora un programma per la prevenzione delle ricadute.

La relazione cliente-terapeuta è interpretata essenzialmente come un processo educativo: il ruolo del terapeuta, molto attivo e direttivo, è essenzialmente quello di un educatore e solutore di problemi; quello del paziente è quello di un discente che, collaborando in modo attivo, apprende come modificare convinzioni erronee e praticare nuovi comportamenti funzionali (Giusti, Montanari, Monatanarella, 1997).

L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale elaborata da Fairburn si è rilevata pari o superiore a tutte le terapie ed è applicata nei maggiori centri di ricerca dei paesi occidentali (Butler et alii 2006; Whittal et al., 1999; Dalle Grave, 1998). Anche se non è facile comparare i risultati, sembra tuttavia che la CBT comporti una riduzione delle abbuffate e dei comportamenti purgativi di compenso del 70%, e che circa un terzo delle pazienti smettano del tutto di abbuffarsi. Insieme al miglioramento sintomatologico, si verifica una diminuzione della preoccupazione per il peso e la forma, nonché un notevole miglioramento nel funzionamento sociale. Diversi studi di *follow-up*, per periodi dai 6 mesi a un anno, tendono a dimostrare che i risultati sono mantenuti e che le ricadute non sono frequenti. Tuttavia, rispetto alla prognosi, sembra che pazienti con un'autostima molto bassa e/o gravi disturbi di personalità non rispondano altrettanto bene al trattamento.

La CBT si presta ad esser praticata con successo anche nel setting grupppale.

### **La Psicoterapia interpersonale**

La Psicoterapia Interpersonale (IPT) nasce come trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore Unipolare negli adulti (Klerman et al., 1984). Successivamente è stata applicata con successo a molte altre patologie come il Disturbo Bipolare, Depressione Post-Partum, Depressione negli adolescenti, trattamento psicologico di pazienti oncologici e di pazienti

con H.I.V., disturbi alimentari (Klerman, Weissman, 1993; Pergami et al., 1999). Il fondamento teorico di questo approccio parte dall'assunto che la patologia alimentare sia originata e sostenuta da una serie di eventi interpersonali stressanti, che gli individui nel presente sperimentano nell'ambito delle loro relazioni con persone significative. Gli eventi stressanti sono raggruppati in quattro categorie: lutti, contrasti di ruolo, cambiamenti di ruolo e gravi deficit relazionali. Si esclude del tutto l'intervento diretto sugli aspetti sintomatici e ci si focalizza esclusivamente sulla modificazione di quelle aree relazionali problematiche, connesse all'emergenza dei sintomi. Il presupposto è che i sintomi si ridurranno in concomitanza del miglioramento del contesto interazionale da cui si sono originati. Si tratta quindi di una terapia focale, centrata cioè su specifici obiettivi e tematiche (di tipo relazionale), incentrata sul "qui ed ora" della vita del soggetto. La durata è piuttosto breve: si va da un minimo di 10 a un massimo di 16 incontri settimanali di 60 minuti.

Si articola in tre fasi:

Fase iniziale (dalla 1<sup>a</sup> alla 4<sup>a</sup> seduta): la BN viene diagnosticata e vengono date informazioni al paziente sull'origine della patologia e sui meccanismi che ne sottendono il mantenimento. Si definisce il focus (quale problema relazionale affrontare) della terapia e gli obiettivi da raggiungere.

Fase centrale (dalla 5<sup>a</sup> alla 12<sup>a</sup> seduta): si affrontano i problemi emersi e si elaborano strategie adeguate per gestirli, con scoperta e apprendimento di nuove *skill* sociali;

Fase finale (dalla 13<sup>a</sup> alla 16<sup>a</sup> seduta): si elaborano i sentimenti legati alla separazione, si evidenziano i successi raggiunti, si sottolinea il lavoro da fare ancora, si elaborano piani di prevenzione (Klerman et al, 1984).

Anche qui, come nella CBT, la relazione paziente-terapeuta ha caratteristiche simili a un processo educativo: il terapeuta è molto attivo e direttivo, istruisce il paziente, a cui si chiede la massima collaboratività nel processo di cambiamento. Nonostante la relazione non sia il focus della terapia, tuttavia si sottolinea l'importanza di creare una relazione in cui il paziente si senta libero di aprirsi ed esprimere anche e soprattutto emozioni e situazioni che potrebbero suscitare ansia, vergogna e senso di colpa (Klerman et al., 1984). L'IPT è praticata con successo anche nel setting gruppale.

**Rispetto all'efficacia, sono stati condotti numerosi studi, miranti soprattutto a confrontare i risultati della IPT con quelli della CBT.**

Gli studi sull'efficacia dell'IPT applicata ai DCA prende le mosse dal lavoro di Fairburn e colleghi del 1991 che, rifacendosi sempre ad un setting individuale, modificò lo schema originale dell'IPT usato con i pazienti depressi per somministrare il trattamento a pazienti con Bulimia Nervosa. Si confrontò la CBT con la IPT e con la TC per la BN. Si osservò che la TC produceva un buon effetto nella fase iniziale, che tuttavia non veniva mantenuto nel tempo. Al contrario la CBT e la IPT avevano un buon effetto di grado simile che non si deteriorava. La differenza era che la CBT produceva effetti positivi più rapidamente, mentre la IPT era più lenta nel produrre miglioramenti, ma le pazienti continuavano a migliorare anche dopo il termine della terapia. Un follow-up di 6 anni rivelò che ben l'86% delle pazienti sottoposte alla TC rispondevano pienamente ai criteri per la BN, mentre solo il 37% e il 28% di quelle sottoposte rispettivamente alla CBT e alla IPT presentavano ancora la patologia (Agras et al., 2000).

Più recentemente è stato pubblicato uno studio multicentrico (Fairburn et al., 2000), coordinato presso l'Università di Stanford e della Columbia negli USA. Il lavoro è stato

riportato in una sede prestigiosa, alla “Fourth London International Conference on Eating Disorders” (1999). Nuovamente sono state confrontate la IPT e la CBT per la BN: 220 pazienti ricevettero 19 sessioni di CBT o IPT. I risultati furono simili a quelli di altri studi, con la CBT che produce risultati più rapidi (rispetto alla riduzione dei sintomi alimentari), con un picco di cambiamento specie nella 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> seduta. Ma i risultati generali delle due terapie furono uguali, anche al follow-up. L'effetto più lento della IPT sulla sintomatologia alimentare e il fatto che le pazienti continuino a migliorare dopo il termine della terapia trova la sua ragione nel razionale stesso della IPT. Qui, infatti, al contrario di quanto avviene nella CBT, le pazienti sono incoraggiate a migliorare e fare cambiamenti rispetto al loro contesto relazionale e a potenziare la loro rete sociale. Si tratta quindi di un obiettivo che, di per sé, richiede più tempo e un processo di cambiamento meno veloce rispetto alla sola riduzione dei sintomi, e che prosegue dopo il termine del ciclo terapeutico (il proseguimento attesta il successo del trattamento).

Sono state effettuate ricerche anche sull'efficacia della IPT nel setting di gruppo.

Il primo studio (Wilfley e colleghi, 1993) aveva come obiettivo quello di verificare se la IPT in gruppo avesse la stessa efficacia della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) in gruppo per il trattamento delle abbuffate nella bulimia di tipo non purgativo. 56 donne, che rispondevano a tutti i criteri della bulimia nervosa del DSM-III-R, fatta eccezione per le condotte eliminatorie, di età compresa tra i 27 e i 64 anni (M<sub>44.3</sub>), sono state assegnate, con criterio random, al gruppo di IPT (18 soggetti) e al gruppo di CBT (18 soggetti). Il gruppo di controllo (20 soggetti) era rappresentato da pazienti in lista d'attesa (Waiting List, WL).

Nei due gruppi di terapia le partecipanti frequentarono sedute di 90 minuti con cadenza settimanale per 16 settimane.

Le sedute per il gruppo di IPT sono state suddivise seguendo lo schema di Fairburn e colleghi (1991).

Tutti i soggetti hanno ricevuto 2 valutazioni: alla base line e dopo 16 settimane (subito dopo il trattamento, per i soggetti assegnati ai due gruppi di psicoterapia, e dopo 16 settimane di attesa, per il gruppo di controllo). Le pazienti dei due gruppi di psicoterapia sono state ulteriormente valutate con *follow-up* a 6 mesi e a un anno dal trattamento.

La frequenza del *binge-eating* è stata misurata in ogni valutazione, con il metodo del calendario a 7 giorni, con cui si calcolava il numero dei giorni settimanali dedicati alle abbuffate. Altri strumenti di misura usati furono il Beck Depression Inventory (BDI), l'Inventario dei Problemi Interpersonali (IIP), il Rosenberg Self-Esteem Scale e il Three-Factor Eating Questionnaire.

Nell'assessment a 16 settimane, i due gruppi riportarono percentuali di riduzione delle abbuffate molto più alte rispetto al gruppo di controllo (11%), ma non emersero differenze significative tra i due trattamenti, con una riduzione delle abbuffate del 71% per la IPT e del 48% per la CBT. Fu riscontrato un aumento del *binge-eating* nel *follow-up* a 6 mesi e a un anno rispetto al fine trattamento, ma i numeri dei giorni delle abbuffate dopo un anno si ridussero del 55% per la CBT e del 50% per la IPT.

I risultati indicano, quindi, l'equivalenza dell'efficacia dei due trattamenti per la riduzione della frequenza delle abbuffate sia sul breve che sul lungo termine. Entrambi i trattamenti danno risultati superiori al gruppo di controllo (WL). Da evidenziare l'efficacia della IPT-G per il trattamento della BN non purgativa, risultato significativo in quanto ricerche precedenti

avevano indicato la CBT come trattamento di elezione per la bulimia.

Il secondo studio randomizzato si rifà a quello del 1993 (Wilfley et al.) ed è stato condotto per verificare i risultati del precedente, considerato il campione esiguo utilizzato nel trial del 1993. Wilfley e colleghi (2002) hanno confrontato l'efficacia della IPT e della CBT per il trattamento di una serie di sintomi legati al *Binge Eating Disorder* (BED) in individui obesi.

162 pazienti obesi, diagnosticati come BED secondo il DSM-IV, furono assegnati casualmente ai due trattamenti di gruppo, 9 pazienti per gruppo, per un totale di 18 gruppi (9 gruppi per la IPT e 9 gruppi per la CBT).

In ciascun gruppo è stato somministrato un trattamento della durata di 20 settimane, con sedute di 90 minuti a cadenza settimanale, più 3 sedute individuali per evidenziare il livello in cui i singoli partecipanti si trovavano rispetto al raggiungimento degli obiettivi. Gli incontri individuali si verificarono nelle fasi cruciali (prima del trattamento, a metà trattamento e alla fine di esso). Inoltre i pz. ricevevano settimanalmente dai terapeuti un feedback scritto sui progressi raggiunti.

Le fasi dell'IPT-G erano così distribuite: 1- 5 sessioni per la fase iniziale, 6-15 fase intermedia, 15 -20 fase finale. Furono condotte cinque valutazioni: nella fase del pre-trattamento, subito dopo il trattamento, più tre follow-up a distanza di 4, 8 e 12 mesi. I valutatori del follow-up non avevano avuto nessun tipo di relazione terapeutica con i soggetti e non erano a conoscenza del tipo di trattamento a cui i soggetti erano stati sottoposti.

Gli strumenti di misura usati furono l'Eating Disorder Examination e l'Intervista Clinica Strutturata del DSM-III-R. I risultati evidenziarono una riduzione delle abbuffate del 96% dalla fase del pre-trattamento al termine del trattamento per la CBT, e del 94% per l'IPT. A 12 mesi le abbuffate erano ridotte, rispetto al pre-trattamento, del 90% e del 93% per la CBT e la IPT.

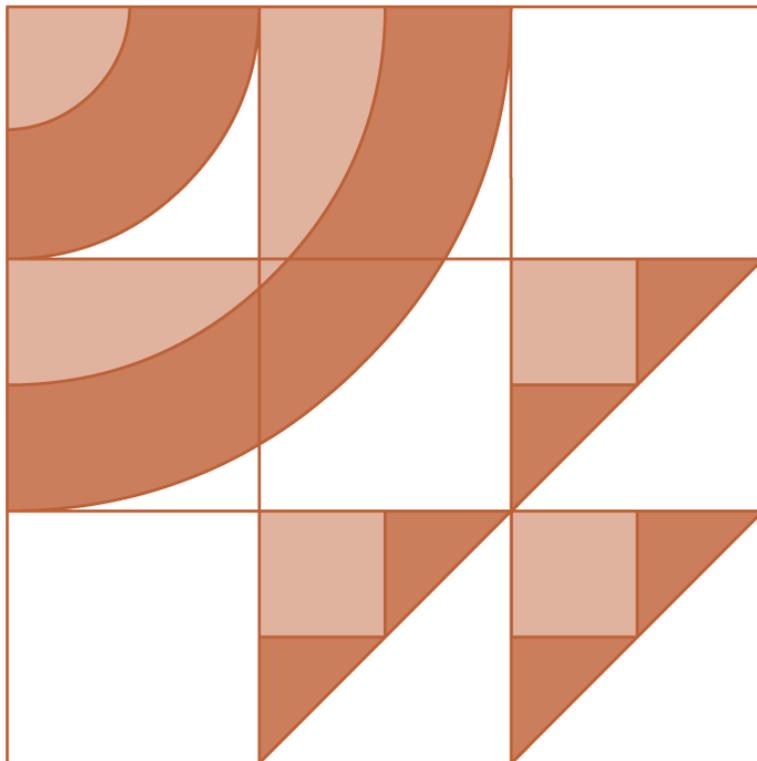
Dagli studi presentati emerge, quindi, che le due terapie tendono a produrre risultati molto simili, sia sul lungo sia sul breve termine. La IPT si presenta quindi come valida alternativa alla CBT per il trattamento della BN (Fonagy, Rorth, 1996). Grazie all'articolazione molto schematica delle fasi della psicoterapia, questa procedura può agevolmente essere studiata e valutata negli studi sperimentali.

municipio



Roma XI

# i giovani e il cibo



**via Benedetto Croce, 50**

sportello di

**Ascolto e Orientamento sul disagio alimentare  
il martedì dalle ore 16,00 alle ore 19,00**

Un **servizio di consulenza psicologica  
sui disturbi dell'alimentazione**

lo sportello é in rete con il **Segretariato Sociale**  
ed é rivolto ad adolescenti e famiglie,  
gestito in collaborazione con

**l'Assessorato alle Politiche Sociali del Municipio Roma 11**

l'équipe è formata da *psicologi e counselor*  
della cooperativa sociale di solidarietà A.S.P.I.C.



sportello@coopaspic.org tel. 0669611670 - 0654225060  
www.coopaspic.org – www.unicounselling.org – www.aspic.it

Di seguito (Tab. 1) viene riportato il quadro riassuntivo dei trattamenti brevi per la bulimia nervosa.

**TAB. 1 - SINOSI DEI TRATTAMENTI BREVI PER LA BULIMIA NERVOSA**

<b>TIPO DI APPROCCIO</b>	<b>TERAPIA COMPORTAMENTALE</b>	<b>TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE</b>
<b>OBIETTIVI CENTRALI</b>	Eliminazione della sintomatologia (abbuffate e condotte di eliminazione); apprendimento di nuove abitudini alimentari sane	Ristrutturazione delle convinzioni disfunzionali che sostengono la patologia (preoccupazione per il peso, dipendenza dell'autostima dal peso e dalla forma fisica); eliminazione della sintomatologia e apprendimento di nuove abitudini alimentari sane
<b>DURATA</b>	Circa 10 sedute	20 sedute
<b>CONCLUSIONE</b>	Fissata dall'inizio	Fissata dall'inizio
<b>TIPO DI RELAZIONE CLIENTE / TERAPEUTA</b>	Relazione "educativa"; gli aspetti del coinvolgimento emotivo della relazione non sono presi in considerazione	Relazione "educativa", con riferimento parziale anche agli aspetti di coinvolgimento emotivo della relazione, finalizzati a facilitare il cliente nell'esplorazione del suo sistema di convinzioni
<b>LIVELLO DI ATTIVITÀ DEL TERAPEUTA</b>		
<b>LIVELLO DI EFFICACIA PROVATA</b>	Molto elevato	Elevato

<b>TERAPIA INTERPERSONALE</b>	<b>PSICOEDUCAZIONE</b>	<b>AUTO-AIUTO GUIDATO</b>
<p>Risoluzione di specifiche problematiche relazionali che la paziente sperimenta nel presente con persone significative. Il presupposto è che da tali problematiche si sia originata la patologia; eliminazione dei sintomi tramite il lavoro sulle relazioni.</p>	<p>Fornire informazioni scientifiche sulla patologia finalizzate alla ristrutturazione delle convinzioni disfunzionali che sostengono la patologia, alla eliminazione della sintomatologia e all'apprendimento di nuove abitudini alimentari sane</p>	<p>Incremento dell'empowerment rispetto alla patologia finalizzato alla eliminazione della sintomatologia; apprendimento di nuove abitudini alimentari sane; monitoraggio e identificazione dei fattori di rischio per prevenire le ricadute.</p>
<p>12-16 sedute</p>	<p>8-10 sedute</p>	<p>1-2 mesi</p>
<p>Fissata dall'inizio</p>	<p>Fissata dall'inizio</p>	<p>Fissata dall'inizio</p>
<p>Relazione "educativa" con riferimento sostanziale anche agli aspetti del coinvolgimento emotivo, finalizzati a permettere al cliente di contattare ed esprimere emozioni "difficili" (specie la rabbia, la vergogna, i sensi di colpa)</p>	<p>Relazione esclusivamente "educativa"</p>	<p>Relazione "educativa", il terapeuta è il supervisore del lavoro svolto</p>
<p>Elevato</p>	<p>Molto elevato</p>	<p>Molto elevato</p>
<p>Buona</p>	<p>In generale, come unico trattamento, dati ancora incerti; buona efficacia per pazienti affette da forme più lievi della patologia; buona se abbinata a una terapia strutturata. Spesso abbinata alla lettura di un manuale di auto-aiuto.</p>	<p>Buona se abbinata a una terapia strutturata</p>

Alla luce della valutazione delle diverse procedure disponibili considerate, abbiamo sviluppato un piano di intervento che, dopo l'accurata fase iniziale di valutazione e orientamento, ci consentisse di lavorare sugli aspetti centrali di mantenimento della patologia bulimica:

- condotte legate all'alimentazione e al peso
- carente autoconsapevolezza (enterocettiva, mentale, emotivo-affettiva)
- valutazione disfunzionale di sé e dell'alterità negli aspetti definitivi e relazionali
- dell'Identità Corporea (indefinita, depositaria di un incompleto processo di separazione-individuazione). A questo scopo abbiamo optato per un trattamento a più livelli:
- il lavoro di autosostegno psicoeducativo
- il gruppo di terapia esperienziale a focus interpersonale
- il laboratorio psicocorporeo e il laboratorio per la Nutrizione Assistita "Cibo per vivere".

L'impostazione del lavoro è stata riassunta nelle tabelle che seguono.

### Il setting di gruppo

Numerosi studi scientifici hanno dimostrato l'efficacia del trattamento in gruppo. Gli esperimenti in cui è stato confrontato con il trattamento individuale indicano che entrambi sono quasi ugualmente efficaci (MacKenzie, 1995). Alcune ricerche mettono in luce come la terapia gruppe generi maggiori benefici quando le sue caratteristiche proprie sono enfatizzate nel corso del trattamento. Ciò determina l'affidabilità della terapia di gruppo e ne stabilisce la maggiore economicità rispetto a quella individuale, in quanto i risultati si manifestano entro un intervallo di tempo piuttosto breve rispetto all'inizio del percorso (Giusti, Nardini, 2004).

Un aspetto critico è, forse, come mantenere il focus sui problemi, sugli obiettivi e sul lavoro individuale del paziente, preservando al tempo stesso le caratteristiche, i benefici e la struttura del gruppo. È importante sviluppare il senso del gruppo come unità, non come più persone che ricevono un trattamento individuale in gruppo (Wilfley et al., 2000).

Il gruppo rappresenta di per sé un'opzione destinata a suscitare una serie di numerosi vantaggi, primo tra tutti quello di favorire l'apprendimento interpersonale tramite il feedback dato dagli altri membri. Le relazioni disturbate sono spesso rinforzate e mantenute dalla non consapevolezza: in gruppo conosciamo *subito* l'effetto delle nostre comunicazioni e reazioni sugli altri tramite il feedback e, "nutrendoci" di quanto l'altro ci rimanda rispetto alla nostra azione, abbiamo la possibilità di diventare consapevoli del nostro impatto sugli altri e, se lo desideriamo, possiamo scegliere di optare per modalità più funzionali alla creazione di relazioni sane (Giusti, D'Ascoli, 2000).

Scegliere una terapia di gruppo può significare anche scegliere di confrontarsi, nella propria totalità e datità bio-psico-spirituale-sociale di individui, con altri individui complessi, in un contesto complesso, che non è formato dalla semplice somma delle parti ma dall'interazione tra esse. Ciò può facilitare la creazione di relazioni tra adulti e creare un senso di appartenenza a un noi finalmente condiviso per scelta. Recuperare nel gruppo il contatto con il diverso da sé nei soggetti affetti da BN rappresenta un processo estremamente prezioso e realizzabile con chiarezza. Infatti nella paziente bulimica il problema dell'identità scarsamente definita e, di conseguenza, dei confini ora vaghi e gassosi ora rigidissimi e impermeabili, è centrale.

In una prospettiva gestaltica, si verifica un continuo passaggio tra uno stato di costante

confluenza (stato di non contatto, in cui vi è fusione con l'altro e l'ambiente per assenza di confine-contatto, in cui il sé non è identificabile) a uno stato di cronica retroflessione (con distacco totale dall'esterno, percepito come troppo invasivo e pervasivo a causa della confluenza, e conseguente invasione, del proprio mondo interno).



**ASPIC**  
Associazione  
ASPIC per la SCUOLA

**GRUPPO DI AUTO/MUTUO-AIUTO  
NELLA GESTIONE DEL PESO**

# **CIBO PER VIVERE... ...VIVERE PER IL CIBO**

***Nutrimiento  
del Sé  
e alimentazione***



**Associazione  
ASPIC per la SCUOLA**

Via A. Macinghi Strozzi 42/A 00145 Roma  
Tel: 06 51435434 Fax: 06 51882458  
[www.aspicperlascuola.it](http://www.aspicperlascuola.it)  
[info@aspicperlascuola.it](mailto:info@aspicperlascuola.it)



Associazione ASPIC per la SCUOLA

## MASTER ESPERIENZIALE IN COUNSELING PER L'ETA' EVOLUTIVA

### Formazione e Aggiornamento

nelle Applicazioni del Modello Pluralistico Integrato

Direzione scientifica  
Edoardo Giusti

Direzione didattica  
Enrichetta Spalletta

Counseling professionale, educativo e scolastico  
nei contesti di vita del bambino e dell'adolescente

### DIPLOMA IN COUNSELING PROFESSIONALE PER L'ETA' EVOLUTIVA

Professionista Associato EAC (European Association for Counseling)  
Iscrizione REICO (Registro Italiano dei Counselor)  
CNCP (Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti)

Per informazioni  
Associazione ASPIC per la SCUOLA  
Via A. Macinghi Strozzi 42/A - Roma  
Tel. 06.51435434 - Fax 06.51882458  
E-mail: [aspicperlascuola@genie.it](mailto:aspicperlascuola@genie.it)  
Sito: [www.aspicperlascuola.it](http://www.aspicperlascuola.it)



Sistema di gestione  
della Qualità certificato  
ISO 9001:2000

**TAB. 2 AREE, STRUMENTI E OBIETTIVI**

TRATTAMENTO	STRUMENTI (strategie e tecniche)
<b>PSICOTERAPIA ESPERIENZIALE A FOCUS INTERPERSONALE IN GRUPPO</b>	<p>Individuazione-risoluzione problemi relazionali attuali; apprendimento nuove abilità gestionali, relazionali e comunicative; monitoraggio e ridefinizione di aspettative, convinzioni e competenze rispetto alla rappresentazione di sé/dell'altro/e di sé e dell'altro in relazione.</p>
<b>AUTOSOSTEGNO PSICOEDUCATIVO</b>	<p>Offerta di nuove e realistiche informazioni rispetto ai temi nevralgici della BN (peso, cibo) con conseguente possibilità di usare i nuovi apprendimenti per produrre cambiamenti rispetto alla gestione dei temi nevralgici; informazioni rispetto alle dinamiche psicologiche centrali della BN, con presentazione di tattiche che consentono di gestirle in modo funzionale al benessere della persona; proposta di un intero programma relativo a nuove <i>abilità di coping</i> rispetto alla gestione temi nevralgici e indicazioni su come seguirlo autonomamente</p>
<b>LABORATORIO PSICOCORPOREO</b>	<p>Tramite l'apprendimento della consapevolezza, <i>mindfulness</i>, si agevola la tolleranza delle emozioni negative e la sospensione del giudizio sul proprio corpo</p>
<b>LABORATORIO NUTRIZIONE ASSISTITA "CIBO PER VIVERE"</b>	<p>Movimento creativo e narrazione di sé Esperienze di danzaterapia, danza del ventre e danze primitive per un CON-TATTO profondo e diretto con la corporeità e con le sensazioni, i bisogni, i desideri, le potenzialità insite in essa</p> <p>Attivazioni sensoriali e nutrizione reciproca tra pari</p>

AREA PSICOPATOLOGICA	MACRO-OBIETTIVI
<p><b>area relazioni</b>  <b>area rappresentazione di sé</b>  <b>e autoconsapevolezza</b>  <b>area cognitiva</b></p>	<p>CAPACITÀ DI CREARE RELAZIONI INTIME E NUTRIENTI</p> <p>INCREMENTO DELL'AUTOSTIMA E MODIFICAZIONE DELLO SCHEMA DISFUNZIONALE DELLA VALUTAZIONE DI SÉ</p>
<p><b>area sintomatologia alimentare</b>  <b>area cognitiva</b>  <b>area rappresentazione di sé e auto-consapevolezza</b></p>	<p>NORMALIZZAZIONE DELLA CONDOTTA ALIMENTARE CON ELIMINAZIONE DELLA DIETA E CONSEGUENTE INTERRUZIONE DEL CICLO BULIMICO</p> <p>INCREMENTO DELL'AUTOSTIMA E MODIFICAZIONE DELLO SCHEMA DISFUNZIONALE DELLA VALUTAZIONE DI SÉ</p>
<p><b>area identità corporea</b></p>	<p>RAGGIUNGIMENTO DELLA "AUTONOMIA ESPERIENZIALE"</p>
<p><b>area sintomatologia alimentare</b></p>	<p>NORMALIZZAZIONE DELLA CONDOTTA ALIMENTARE CON ELIMINAZIONE DELLA DIETA E CONSEGUENTE INTERRUZIONE DEL CICLO BULIMICO</p>

# Master in Counselling Filosofico

La pratica filosofica:  
*la filosofia come ricerca di senso*  
*la ricerca di senso come cura dell'anima*  
*la cura dell'anima come conoscenza di sé e dell'altro*  
*la pratica filosofica come cura dell'anima;*

All'Università di Roma Tor Vergata nasce un nuovo Master universitario di II livello in modalità integrata presenza-distanza di “Counselling filosofico”

Obiettivo del Master è quello di permettere l'acquisizione delle competenze filosofiche e relazionali necessarie nelle relazioni d'aiuto individuali e di gruppo e nella gestione di gruppi di discussione, di dialogo e di interazione, ma anche nella gestione di eventuali situazioni conflittuali, o a migliorare le relazioni interpersonali. La peculiarità del Master filosofico è quella di acquisire non soltanto metodologie d'intervento, ma una forma mentis esistenziale specifica.

La competenza filosofica è un atteggiamento esistenziale personale prima che possesso di teorie. Fare il filosofo, questo è l'obiettivo specifico del Counselling filosofico, ha come suo presupposto essere filosofo.

Il Counselling ad indirizzo filosofico, si propone di valorizzare il patrimonio di conoscenze e gli strumenti propri della filosofia, finora circoscritti ad ambiti accademici, o esclusivamente didattici, coniugandoli con le tecniche e le metodologie proprie del Counselling, e si inserisce così nel più generale quadro del dinamismo delle relazioni di aiuto.

Il Master è svolto in collaborazione con ASPIC, Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità che svolgerà in presenza, nelle Sue varie sedi nazionali, la parte riguardante l'area psicologica e le tecniche di Counselling.

Ciò determina una perenne assenza di contatto sano con il mondo, per cui la paziente bulimica ha una scarsissima conoscenza dei propri bisogni e di come soddisfarli. È proprio nel gruppo, in un contatto consapevole con l'alterità, che la paziente può trovare un equilibrio rispetto alle polarità eternamente dibattute del fuori/dentro, vicino/lontano.

Il riconoscimento e la consapevolezza della diversità consente e facilita una maggiore accettazione del proprio essere, nonché la sperimentazione della propria unicità e del proprio valore, aspetti fondamentali in pazienti come le bulimiche che tendono a definire (faticosamente) la propria identità solo e soltanto in termini di eccezionalità. Tra gli obiettivi essenziali che ci si propone di raggiungere nel trattamento della BN vi è proprio "... un'accettabile dimensione di individuazione: non nell'eccezionalità, ma nell'unicità, che è per tutti l'unica ancora di salvezza. È nello specchio della propria unicità che ciascuno si deve riconoscere" (Scrosati Crespi, 1994).

Un altro notevole vantaggio che la paziente bulimica può trarre dalla partecipazione a un gruppo è l'acquisizione di *skill* relazionali: l'elevato numero di interazioni che si verificano in gruppo consente di apprendere e monitorare più competenze relazionali da trasferire nel proprio contesto sociale. Inoltre il confronto e la condivisione con altre/i che sperimentano problematiche uguali alle proprie possono aiutare a superare il senso di anormalità, isolamento, vergogna e unicità, che spesso caratterizza le pazienti affette da DCA (Dalle Grave, 1998).

Da ultimo, crediamo che un'esperienza di gruppo (non necessariamente di tipo psicoterapico, ma diversa da quella familiare) sia:

- ✚ mediamente strutturata;
- ✚ scelta volontariamente dalla persona;
- ✚ in cui ci si trova insieme per lavorare su obiettivi comuni e condivisi;
- ✚ in cui si è, quindi, tenuti (*non trattenuti!*) a cooperare, collaborare e negoziare;
- ✚ una rinuncia, spesso dolorosamente, a voler fare "come si vuole";
- ✚ un'accettazione, non sempre, e altrettanto dolorosamente, di "mettere i principi al di sopra delle personalità" (Narcotici Anonimi, 1997)
- ✚ un'occasione pressoché unica di crescita e maturazione, per trascendere se stessi, incontrare l'ALTERITÀ, ridefinirsi e diventare veramente se stessi in relazione ad essa (Riess H., Dockray-Miller M., 2002).

Crediamo pertanto che una tale occasione di maturazione personale, quale si realizza in gruppo, possa rivelarsi estremamente utile per una paziente affetta da bulimia, e quindi bloccata nel processo di adultizzazione.

Nella Tabella 3 riportiamo il quadro riassuntivo delle fasi e degli obiettivi dell'intervento terapeutico di gruppo, inserito nel trattamento integrato qui proposto.

**TAB. 3 FASI E OBIETTIVI DEL PROCESSO DI GRUPPO**

<b>FASI e OBIETTIVI (trattamento breve)</b>	<b>FASI DI SVILUPPO DEL GRUPPO</b>	<b>LAVORO DEI PAZIENTI</b>	<b>LAVORO DEL TERAPEUTA</b>
Fase iniziale: identificare le aree problematiche	Engagement (sedute 1-2)	I membri sono alla ricerca di una struttura, alle prese con l'ansia di inserirsi in un gruppo e condividere i loro problemi.	Il terapeuta introduce le norme che facilitano la comunicazione e crea una struttura che consenta l'auto-presentazione. Propone attivazioni esperienziali che favoriscono il clima di coesione e appartenenza da cui può emergere senso del Noi.
	Differenziazione (sedute 3-5)	I membri sono impegnati nel confronto e nella gestione dei sentimenti negativi relativi alle differenze interpersonali che emergono.	Il terapeuta facilita la comprensione delle reazioni alle differenze interpersonali nella vita sociale fuori dal gruppo. È importante far emergere eventuali tensioni, per procedere al lavoro successivo.
Fase intermedia: lavoro sugli obiettivi	L'Azione (6-15)	I membri continuano a lavorare sulle differenze interpersonali e si concentrano sugli obiettivi comuni.	Il terapeuta facilita le relazioni tra i membri mentre condividono il loro lavoro e incoraggia l'applicazione delle nuove skill apprese fuori e dentro il gruppo. Mantiene l'attenzione sugli obiettivi da discutere.
Fase finale (16-20): consolidamento dei risultati	La Conclusione, mantenimento dei risultati e prevenzione delle ricadute (16-20)	I membri si concentrano sulle emozioni suscitate dalla fine imminente del trattamento e sulla conseguente perdita dei legami con le persone del gruppo. Si lavora sul superamento della perdita, sulle strategie di sostegno in caso di situazioni a rischio e/o di regressioni.	Il terapeuta aiuta i membri a consolidare il lavoro fatto e a pianificare il futuro. Facilita l'elaborazione del lutto. Si evidenzia come ora ognuno abbia la responsabilità di proseguire il proprio cammino, anche sulla base del lavoro restante.

## Autostima e valutazione di sé

### AREA PSICOPATOLOGICA:

- area problematiche rappresentazione di sé e autoconsapevolezza
- area problematiche relazionali
- area problematiche cognitive
- area problematiche immagine corporea

### MACRO OBIETTIVO:

incremento dell'autostima e modificazione della valutazione di sé

### SOTTO-OBIETTIVI:

- favorire la costruzione di una rappresentazione di sé realistica, non astratta e generica, "autocommiserativa", focalizzandosi su risorse e limiti, di cui spesso le pazienti, prese dalla spirale bulimica e sempre oscillanti tra fantasie di onnipotenza e di rovina, non hanno una reale consapevolezza;
- incrementare il senso di auto-efficacia, rielaborando gli schemi relativi al fallimento e orientando l'azione su nuovi campi e con parametri più flessibili ;
- passaggio dalla rigidità assoluta alla flessibilità nella percezione di sé, degli altri, delle prestazioni e potenziamento della capacità di vedere e costruire opzioni alternative, tra cui è possibile scegliere;
- in particolare, le alternative si focalizzeranno sul creare le condizioni perché il soggetto possa ampliare la sua "pensabilità in una nuova condizione desiderata" (i desideri dovrebbero essere emersi dal lavoro sull'obiettivo precedente). Ci riferiamo, quindi, alla capacità di percepirsi e rappresentarsi dinamicamente, in modi diversi, con diverse risorse e diversi limiti, "possibili" rispetto all'unica immagine rigida e irraggiungibile di perfezione a cui la bulimica si condanna/sente di essere condannata;
- ampliamento delle aree su cui si articola l'auto-valutazione (es. relazioni amicali e sentimentali, capacità, professione, famiglia, hobby), non più limitata solo al controllo del peso e dell'alimentazione;
- diminuzione del pensiero dicotomico ("tutto o nulla", "mai o sempre", "bianco-nero", "questo o niente"): ciò implica uno smussamento della tendenza all'estremizzazione, con la possibilità di creare e operare scelte lungo un continuum esteso e non solo su polarità estreme. Ciò diminuisce possibilità di rendersi vulnerabile alla sensazione di fallimento;
- ristrutturazione del locus of control, da esterno a interno;
- correzione e ristrutturazione della lettura (etichettamento) degli eventi avversi – come "Mi sento grassa" – e percezione corretta delle proprie responsabilità nel determinare gli eventi o della reale, effettiva portata degli eventi (in cui può non esserci una responsabilità personale, ma in cui il "MI SENTO GRASSA" rappresenta comunque un'elaborazione totalmente inadeguata e scorretta);
- favorire una sufficiente accettazione del corpo, del peso e delle forme, focalizzando pregi e difetti guardando ad esso nel suo insieme;
- diminuzione del perfezionismo clinico, con interruzione del circolo vizioso "percezione cronica di non essere stata all'altezza degli standard/vissuto fallimentare/aumentata sensazione di impotenza/ abbassamento della stima". Potenziare la capacità di fissare in modo chiaro obiettivi e mete in termini concreti e descrittivi, adeguati alle proprie possibilità e alle risorse ambientali a disposizione. Le mete sono calibrate, rispetto alle

possibilità dell'individuo, e al tempo stesso ciascuna meta implica una sfida piacevole e non ossessiva e persecutoria, rispetto al raggiungimento/superamento di alcuni limiti. Valutazione accurata delle aree in cui si è più capaci di “fare bene” e, al tempo stesso, diminuzione dell'evitamento e ampliamento delle attività, incluse quelle in cui si teme di non poter “eccellere”.

- apprendimento delle strategie del problem solving per orientarsi in modo adeguato verso mete e standard possibili e ragionevoli, che non implicino troppe conseguenze avverse;
- diminuzione del gap tra sé reale e il sé ideale;
- diminuzione delle abbuffate per incrementare la consapevolezza di sé e delle proprie emozioni; su queste basi, avvio e sviluppo di una nuova progettualità esistenziale

### Acquisizione di competenze relazionali

#### **AREA PSICOPATOLOGICA:**

- area rappresentazione di sé e autoconsapevolezza
- area problematiche relazionali
- area cognitiva
- area Identità Corporea
- area sintomatologia alimentare

#### **MACRO OBIETTIVO:**

acquisizione della capacità di creare relazioni intime e nutrienti

#### **SOTTO-OBIETTIVI:**

- potenziare l'autosostegno, la responsabilità personale e l'autonomia, diminuendo la dipendenza dalla valutazione e il supporto altrui;
- definire confini del sé stabili e sicuri;
- acquisizione di skill relazionali: sapere cosa conta nelle relazioni e come e su cosa ci si relaziona, cosa c'è “al di là del corpo magro” e della prestanza fisica;
- tra le skill relazionali, prestare particolare attenzione al potenziamento dell'assertività;
- contattare il mondo interno per conoscere i bisogni e i desideri che si “portano” nella relazione;
- potenziare la capacità (una volta contattate) di esprimere nelle relazioni i propri bisogni, emozioni e opinioni, senza pensare che l'accettazione passi attraverso la totale aderenza alle aspettative altrui: diventare ciò che si è e non ciò che si percepisce vogliono gli altri;
- rapportarsi all'altro non più come “oggetto parziale”, al servizio della paura e del riconoscimento: “Ciò che desidero non è amarti ma sedurti- Ciò che cerco non è il tuo amore ma soltanto la tua ammirazione”(Gisuti, 1987). Riconoscere l'altro nella sua interezza e dignità e creare relazioni “Io-Tu” da posizioni adulte;
- smussare il pensiero dicotomico applicato alle relazioni. In questo modo si diventa più tolleranti verso l'alterità, e si evita di far diventare alternativamente le persone “santi” o “demoni”;
- diminuzione dell'isolamento dovuto alla sensazione di non sentirsi fisicamente a proprio agio (vedendosi troppo grasse), specie di quelle situazioni in cui il corpo viene più esposto o è più al centro dell'attenzione;

➤ applicazioni dei nuovi apprendimenti alle relazioni esistenti e ampliamento del net relazionale (per esempio, tramite lo sviluppo di hobby socializzanti); monitoraggio e conoscenza accurata dei sistemi di sostegno a cui si appartiene, con conseguente possibilità di accedere alle risorse in modo interattivo, attivando uno scambio produttivo e nutriente con il proprio ambiente.

## Interruzione del ciclo bulimico

### AREA PSICOPATOLOGICA:

- area problematiche sintomatologia alimentare
- area problematiche identità corporea
- area rappresentazione di sé e autoconsapevolezza

### MACRO OBIETTIVO:

normalizzazione della condotta alimentare con eliminazione della dieta e conseguente interruzione del ciclo bulimico

### SOTTO-OBIETTIVI:

- affrontare direttamente con il medico o il dietista il timore di ingrassare con la nuova alimentazione;
- il passo del “QUANDO”: non saltare mai i pasti, anche se c'è stata un'abbuffata imprevista;
- pianificare, anche se non in modo ossessivo, cosa si mangerà, optando tra scelte differenti;
- diminuzione del pensiero dicotomico applicato al cibo: accettazione che il nuovo stile alimentare non può essere seguito in modo “rigidissimo”, come prima si seguiva la dieta;
- cercare di mangiare a velocità normale (osservando, ad esempio, il ritmo degli altri);
- il passo del “QUANTO”: per definire le porzioni, dopo una prima fase di allenamento in cui può essere necessario “misurare”, imparare a riconoscere la giusta quantità, senza pesare il cibo, regolandosi con piatti e recipienti e/o osservando quelle degli altri;
- il passo del “COSA”: introdurre, gradualmente, i cibi proibiti, che se assunti non lo diventano più, sono “detabulizzati” e perdono il potenziale pericolo di scatenare un'abbuffata;
- apprendimento e programmazione di attività di coping per gestire immediatamente l'impulso di abbuffarsi;
- imparare a considerare l'abbuffata come un segnale dall'allarme determinato da una situazione esterna o da un pensiero o da un comportamento o da un'emozione e concentrarsi sullo sviluppo delle abilità di coping per gestire ciò che ha determinato l'abbuffata, che può diventare un'“esperienza di apprendimento” su di sé e sul proprio modo di relazionarsi agli eventi e al mondo;
- tenere un diario alimentare per potenziare l'automonitoraggio;
- non tenere cibi in vista in casa; se non sono assolutamente necessarie, non fare provviste e scorte eccessive; sprecchiare subito dopo aver mangiato; non andare mai al supermercato affamate;
- conoscere ed evitare/o imparare a saper gestire particolari situazioni “rischiose” relative al cibo (fare la spesa, il dopo pasto, andare al supermercato);
- non evitare situazioni sociali in cui ci sarà del cibo, ma pianificare i pasti fuori casa

e/o in compagnia; non arrivare mai affamati alle situazioni sociali in cui si mangerà, facendo uno spuntino almeno un'ora prima;

- scegliere un'attività fisica che, oltre a mantenere in forma, sia anche piacevole e divertente da praticare;
- per rinforzare il nuovo stile alimentare, diminuzione del body checking;
- evitare letture di riviste femminili e programmi televisivi in cui si parli troppo di dieta e forma fisica; tenersi lontane da ambienti (alcune palestre, alcuni negozi, circoli ricreativi) in cui si enfatizzano molto magrezza e dieta e in cui il confronto e la competizione tra le donne (sulla magrezza, aspetto fisico, capacità di "controllarsi" a tavola) è esasperato; scegliere e iniziare a praticare attività piacevoli, sostitutive alla preoccupazione per il cibo e il peso, in cui far convergere ed esprimere il proprio reale potenziale e in cui "divertirsi" davvero, non orientate alla competizione e che non rappresentino una prova o una dimostrazione delle proprie capacità. La scoperta e la sperimentazione di attività nuove e piacevoli si rivela utile in quanto spesso le bulimiche non fanno nulla di effettivamente gratificante per sé stesse e non sono in grado di provare piacere in nessuna attività se non riescono a controllare l'alimentazione. Tendono infatti a rimandare la propria gratificazione personale ed a programmare premi futuri, come ricompensa da assegnarsi solo al termine di una dieta seguita in modo perfetto (cosa che puntualmente non si verifica, per cui non si gratificano mai!).

### L'autosostegno psicoeducativo

In questa fase dell'intervento il gruppo viene "utilizzato" come luogo di informazioni condivise (dati sulla BN: eziologia, fattori coinvolti, ruolo della dieta, conseguenze delle diete e dei digiuni, e strategie più efficaci per farvi fronte), lettura attiva di testi di auto-aiuto e visione di filmati educativi utilizzati anche come stimolo di nuovi apprendimenti.

Il paziente diventa sin dall'inizio un esperto responsabile del suo disturbo e un collaboratore attivo nel processo terapeutico. Il gruppo di autosostegno psicoeducativo intende modificare, tramite l'acquisizione e il padroneggiamento di informazioni mediante la metodologia dell'apprendimento attivo, le convinzioni delle pazienti rispetto alla preoccupazione per il peso e la forma fisica. Intende inoltre ridurre la sintomatologia relativa al vomito e alle abbuffate, e consentire nuove e più efficaci strategie rispetto allo stile alimentare (Olmsted, Kaplan, 1995). Questo approccio risulta importante nelle prime fasi della terapia di riferimento, perché consente di strutturare una relazione terapeutica collaborativa, potenziando l'empowerment.

Alla luce degli studi fatti sulla applicazione della sola psicoeducazione e della sua integrazione con altri trattamenti, risulta che possiamo affermare che essa dà ottimi risultati come trattamento integrativo di altre terapie, mentre usata da sola risulta efficace solo per quelle pazienti affette da forme più lievi di bulimia (Dalle Grave, 1998; Davis et al., 1990, Fernandez, Sanchez, 1998; Davis, Olmsted, 1997).

All'interno di questo modello di autosostegno psicoeducativo si colloca il lavoro di auto-aiuto guidato, si tratta di un approccio relativamente recente alla BN, in cui la paziente segue un programma di auto-aiuto, descritto in un manuale, con il supporto e la guida di un counselor esperto. Il programma ha un accento essenzialmente cognitivo-comportamentale e prevede un percorso sequenziale di passi finalizzati a eliminare o diminuire i principali fattori di perpetuazione dei DCA (Fairburn, 1995).

Ha vari punti di forza: aumenta il senso di *empowerment* delle pazienti che sentono di avere il controllo sul trattamento; non richiede l'intervento continuo di un terapeuta (con notevole diminuzione dei costi); può essere usato in fase di prima presa in carico (*primary care*).

Non si tratta di un programma adatto a tutte le pazienti affette da BN. I criteri di esclusione sono piuttosto rigidi. L'auto-aiuto non va utilizzato come unico rimedio con chi è sottopeso, in gravidanza, chi è molto depresso o se vi è un disturbo degli impulsi molto accentuato, con uso di sostanze stupefacenti, promiscuità, autolesionismo ripetuto. È inoltre necessaria un'elevata motivazione.

L'auto-aiuto è finalizzato ad agevolare:

1. la compilazione del diario alimentare ed emotivo e il controllo del peso settimanale
2. alimentazione programmata
3. guida nell'identificazione delle situazioni ad alto rischio e nella scelta di attività alternative
4. applicazione del problem solving
5. accettazione del peso naturale
6. prevenzione delle ricadute.

TITOLO/AUTORE	
"Come vincere le abbuffate compulsive. Un nuovo programma scientifico". Fairburn, 1996	
PUNTI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Si tratta di un testo che può essere accettato e considerato valido scientificamente nell'ambito di un policlinico universitario, in quanto l'autore è riconosciuto, a livello mondiale, come il pioniere e l'inventore del trattamento della CBT-BN, a cui gli altri in seguito si sono ispirati.	Uno dei limiti è che non vengono riportate tabelle alimentari per aiutare le pazienti ad orientarsi sulle qualità e quantità degli alimenti. Ciò può creare delle difficoltà rispetto alla scelta della quantità delle porzioni. Nel complesso ci sembra che lo stile molto prammatico sia più tarato e adatto a un pubblico anglofono che latino.

<b>TITOLO/AUTORE</b>	
"Alle mie pazienti dico...informazioni e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari". Dalle Grave, 1998	
<b>PUNTI FORZA</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
Il programma, rispetto a quello di Fairburn, è più ricco e articolato per schemi e contenuti e, quindi, più facile da comprendere e seguire. È corredato di numerose tabelle e griglie che le pazienti possono usare per monitorare con facilità i cambiamenti. Inoltre, in appendice C, "I GRUPPI ALIMENTARI", si riportano utili indicazioni rispetto alla scelta di porzioni <i>NORMALI</i> di alimenti, molto utili per le pazienti che non sanno veramente come regolarsi sui quantitativi di cibo (conoscono solo o porzioni enormi o porzioni piccolissime).	A nostro giudizio e per la nostra esperienza personale, il testo di Dalle Grave risulta, anche se più ricco, meno incisivo rispetto a quello di Fairburn: crediamo che il secondo abbia maggiore capacità di avere presa sulle pazienti e motivarle.
<b>TITOLO/AUTORE</b>	
"Alimentazione meccanica. Il cibo come medicina". Dalle Grave R., Di Flaiano E., 2002	
<b>PUNTI FORZA</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
Il testo rappresenta uno sviluppo del volume "Alle mie pazienti...". Rispetto a quello contiene l'atlante illustrato dei cibi, che facilita, tramite il ricorso ad immagini in scala reale, la scelta delle porzioni dei cibi.	
<b>TITOLO/AUTORE</b>	
"Prima di cominciare. Informazioni sul trattamento ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione". Dalle Grave R., 2003.	
<b>PUNTI FORZA</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
Il testo contiene tutte le informazioni relative al CBT secondo il modello AIDAP, in un linguaggio e in una forma estremamente fruibile, chiara e accessibile alle pazienti. Potrebbe essere usato come manuale integrativo rispetto al testo base di auto-aiuto.	Il modello di trattamento ambulatoriale per la BN che presentiamo non coincide totalmente con quello AIDAP. Pertanto, non tutte le informazioni contenute sono utili alle pazienti.

TITOLO/AUTORE	
"Anoressia e Bulimia: la svolta. Manuale di auto-aiuto per il trattamento dei disturbi alimentari." Santoni Rugiu, Calò, De Giacomo, 2004	
PUNTI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Rispetto agli altri manuali, riporta una sezione dedicata ai genitori ( <i>Consigli per i genitori</i> , p. 92) e in appendice il diario di una paziente che descrive il suo faticoso percorso psicoterapico ( <i>Diario di un'anoressica. Elisa e il fantoccio</i> , p. 117).	Rispetto ai manuali di Fairburn e Dalle Grave ci è sembrato, per quanto ricco, meno strutturato. Da qui potrebbero derivare maggiori difficoltà per la paziente su come orientarsi nel seguire il programma (negli altri due manuali sono definiti con chiarezza i passaggi del programma, sia come fasi sia come passi, numerati e contigui). Inoltre il testo si rivolge sia alle anoressiche che alle bulimiche (anche se parte del lavoro è dedicato al limitare le abbuffate). Gli altri due testi invece sono rivolti con maggiore specificità al BN o BED.

### Il lavoro allo specchio nel laboratorio psicocorporeo

La centralità dei problemi legati all'Immagine Corporea nei DCA, ha spinto alla creazione di strategie innovative e potenzialmente più efficaci nel riuscire a ridurre, oltre che l'angoscia per il peso, anche la preoccupazione per l'immagine corporea, nonché la definizione della propria Identità Corporea. Quello che proponiamo nel laboratorio è un ciclo di 8 incontri esperienziali in cui si propone un training per l'applicazione del flusso di consapevolezza *mindfulness*, utilizzata per l'esposizione allo specchio e la sperimentazione del proprio corpo in movimento attraverso i ritmi primari nella danzaterapia.

La chiave dovrebbe essere quella di inattivare e sostituire modelli schematici disfunzionali con modelli più adattivi e l'esposizione allo specchio rappresenta un potente mezzo per modificare atteggiamenti mentali disfunzionali riguardanti il peso e le forme del corpo. A tale riguardo Wilson (1999) ha descritto un metodo di esposizione allo specchio in cui le pazienti sono istruite a descrivere, senza giudicare il proprio corpo, e sono incoraggiate ad adottare anche uno stile *mindfulness* che permetta un efficace processamento delle emozioni negative e una loro duratura riduzione per modificare i significati della paziente e costruire nuovi schemi di significato più funzionali.

Prendendo spunto dal metodo di intervento applicato da Kabat-Zinn (1990), gli autori descrivono questo stato *mindfulness* nel modo seguente: "L'essenza di questo stato è quella di essere pienamente nel momento presente, senza giudicarlo o valutarlo, senza guardare indietro ai ricordi passati, senza guardare avanti per anticipare il futuro, come accade nello stato ansioso, e senza cercare di "risolvere il problema" o altrimenti evitare qualsiasi aspetto della situazione immediata". In questo stato la persona è altamente consapevole e focalizzata sul momento presente così com'è, accettandolo e riconoscendolo nella sua piena "realtà", senza ingaggiare immediatamente pensieri discorsivi su di esso, senza cercare di lavorare per modificarlo e senza essere trasportata in pensieri diffusi e focalizzati in qualche altro luogo o in qualche altro tempo. La caratteristica centrale dello stato di *mindfulness* sembra essere un'accentuata consapevolezza di essere nel qui ed ora, piuttosto che operare con le

modalità “*mindless*” di un pilota automatico, in cui la persona automaticamente reagisce, piuttosto che agire in modo conscio e consapevole (*mindfully*).

Lo stato *mindfull* è anche associato ad una scarsa elaborazione dei pensieri riguardanti l'esperienza della situazione corrente, le sue implicazioni, gli ulteriori significati, o le necessità per le azioni collegate, ma non immediate. Sembra inoltre affinare la capacità sia di riconoscere sia di evitare quelle forme di rimuginazioni mentali disfunzionali tipiche del disturbo bulimico. Si tratta, in ultima analisi, di favorire modalità di risposta più funzionali agli stimoli disturbanti in uno stato di rilassamento, senza incorrere in circoli viziosi che perpetuano il disturbo emotivo, dapprima durante le sedute, e in seguito nella realtà quotidiana.

Attraversare le emozioni difficili, piuttosto che distogliere l'attenzione, consente una migliore e più duratura padronanza sulla sintomatologia.

In sintonia con quanto espresso finora, Wilson (1999) ha elaborato una tecnica di esposizione allo specchio che utilizza la MBCT, ipotizzando che la preoccupazione disfunzionale per il peso e le forme corporee si ponga in quel livello di significato a cui la sola ristrutturazione cognitiva potrebbe non arrivare, per una riduzione duratura delle preoccupazioni corporee disfunzionali. La tecnica da lui elaborata prevede che la paziente stia in piedi di fronte ad uno specchio a figura intera e che descriva in modo sistematico il suo corpo senza essere “giudicante”. La procedura prevede sette sedute e si parte dalla cliente vestita, ma con abiti che, con il proseguire della seduta, siano sempre meno coprenti e sempre più attillati fino ad arrivare al costume da bagno. La velocità con cui il tutto avviene dipende dalla paziente, che nelle ultime 3-4 sedute è anche incoraggiata a consumare “cibi proibiti” prima di esporsi e a guardare anche foto di modelle magre prese dai giornali.

Durante l'esposizione la paziente è aiutata dal terapeuta ad adottare il medesimo atteggiamento di *mindfulness* precedentemente descritto, proprio per favorire un'attenzione passiva al proprio corpo e alla mente, che permetta di raggiungere una piena, naturale e soprattutto neutra consapevolezza delle sensazioni corporee, dei pensieri e delle emozioni che la cliente esperisce nel momento attuale, senza distrarsi in valutazioni e ragionamenti su quanto le sta accadendo. Per favorire un atteggiamento descrittivo, non giudicante e autocritico, la paziente viene continuamente aiutata a dare ad alta voce una descrizione “oggettiva” del proprio corpo in modo olistico, considerando quindi i dettagli di ogni sua parte e senza focalizzarsi su alcuni punti in particolare.

L'essenza è quindi quella di “ascoltare ed accettare” tutto quello che esperisce nel momento presente, senza impegnarsi in ragionamenti discorsivi (rimuginazioni) su quello che dovrebbe o non dovrebbe essere, sul passato e sul futuro, lasciando “entrare ed uscire” da sé ogni pensiero, sensazione ed emozione, senza provare a modificare quello che le sta accadendo (Wilson, 1999).

Tale atteggiamento favorisce una reazione più funzionale a quegli stimoli, i punti caldi del proprio corpo, che elicitano gli schemi e le preoccupazioni disfunzionali, senza incorrere ulteriormente in spirali autoriverberanti di pensieri e sensazioni fisiche, che perpetuano le preoccupazioni e quindi le emozioni disfunzionali. Grazie a questo atteggiamento la paziente sente arrivare, crescere e poi decrescere le emozioni negative, con il vantaggio che, proseguendo le esposizioni, le “ondate” saranno sempre meno disturbanti e gli stimoli perderanno sempre più il loro potere patogeno.

## Bibliografia

- Agras W.S.** (1993), *Short-term treatments for Binge-Eating* in Fairburn G. - Wilson G.T. (eds.), *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment*, The Guilford Press, New York - London, p. 270-286.
- Agras W.S., Walsh T., Fairburn C.G., Wilson G.T., Kramer H.C.** (2000), A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry* 57 (5) 45-966.
- Bailer U., De Zwaan M., Kasper S.**(2004), Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 35 (4)522-37.
- Beard M.T., Scott P.Y.**(1975), The efficacy of group psychotherapy by nurses for hospitalized patients, *Nursing Research*, 24(2), 120-124.
- Beker A.E.**, (2003), Outpatient management of eating disorders in adults, *Current Womens Health Report*, 3(3), 221-9.
- Benson J.F.** (1987), *Gruppi. Organizzazione e conduzione per lo sviluppo personale in psicoterapia*, Sovera Multimedia, Roma.
- Bloch S., Crouch E.**, (1988), *Therapeutic factors in group psychotherapy*, Oxford University Press, New York.
- Brownen K.D., Fairburn C.G.**(eds) (1995), *Eating disorders and Obesity. A comprehensive handbook*, The Guilford Press, New York.
- Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M., Beck A.T.** (2006), The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses, *Clinical Psychology Review* 26(1), 17-31.
- Clarkson P.**, (1995), *La relazione psicoterapeutica integrata*, Sovera, Roma.
- Dalle Grave R.** (1997), Guided self-help of bulimia nervosa in a specialist setting: a pilot study, *Eating and Weight Disorders* 2(3), 169-72.
- Dalle Grave R.** (1998), *Alle mie pazienti dico che...Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari*, PositivePress, Verona.
- Davis P., Olmsted M.P.,Rockert W.** (1990), Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing significance of change, *Journal of Clinical psychology*, 58(6)pp882-5.
- Davis R., Olmsted M.**, (1991), Group Psychoeducation for bulimia nervosa: with and without additional psychotherapy process sessions, *International Journal of Eating Disorders* 22(1), 25-34.
- Fairburn C.G.** (1985), Cognitive - behavioral treatment for bulimia, in Garner D. M . - **Garfikel P. E.** (edd.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*, The Guilford Press, New York - London, pp.160 - 192.
- Fairburn C.G., Jones R.,Carr R.C., Solomon R.A., Connor M.E.,Burton J., Hope R.A.**, (1991), Three psychological treatments for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry* 48, 463-469.
- Fairburn C.G.** (1995), Short-term Psychological treatments for Bulimia Nervosa, p.a in Brownell K. D. - Fairburn G. (edd.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, The Guilford Press, New York - London.
- Fairburn G. - Wilson G.T.** (edd.) (1993), *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment*, The Guilford Press, New York - London.
- Fasolo F.** (1990), Verso una psichiatria a vertice grupale, in Di Maria F., Lo Verso G.(a cura

- di), (1990) *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fawzy F.I., Fawzy N.W.** (1984), A structured psychoeducational intervention with metastatic cancer, *Archives of General Psychiatry*, 16, 149-192'
- Fernandez F., Sanchez I.** (1998), Psychoeducative ambulatory group in bulimia nervosa. Evaluation of a short-term approach, *Actas Luso Espanol De Neurologias, Psichiatria e Ciencias Affines*, 26(1) pp23-8.
- Gabbard G.O.** (1994), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- Fonagy P., Roth A. (1996), *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*, Il pensiero scientifico Editore, Roma.
- Giusti E.** (1987), *ri-Trovare prima di cercare l'altro*, Armando editore, Roma.
- Giusti E.** (1997), *Psicoterapie: denominatori comuni. Epistemologia della clinica qualitativa*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., Montanari C., Montanarella G.** (1997), *Manuale di Psicoterapia Integrata. Verso un eclettismo clinico metodologico*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., D'Ascoli A.** (2000), *La terapia di gruppo. Istruzioni per l'uso dei gruppi di terapia*, Quaderni A.S.P.I.C., Roma.
- Giusti E.** (2001), in presentazione a Preston J. (2001) *Psicoterapia Breve Integrata. Approccio cognitivo, psicodinamico, umanistico e neurocomportamentale*, Sovera Editore, Roma.
- Giusti E., Nardini M.C.** (2004), *Gruppi Pluralistici. Guida transteoretica alle terapie collettive integrate*, Collana Edoardo Giusti, Sovera Multimedia, Roma.
- Goodheart C.D., Kazdin A.E., Sternberg R.J.** (2006), *Psicoterapia a prova di evidenza*, Sovera Editore, Roma.
- Kabat-Zinn J.** (1990), *Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the university of Massachussets Medical Center*, New York, Dell Publishing.
- Kelly et al.**, (1993), *Outcome of cognitive-behavioural and support group brief therapies for depressed, HIV infected persons*, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1686.
- Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron, E.S.** (1984), *Psicoterapia Interpersonale della Depressione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Klerman G.L. & Weissman M.M.** (eds) (1993), *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- MacKenzie K.R.** (1997), *Time managed Group therapy: effective clinical applications*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Mitchell J. E. - Hatsukami D.** (1985), Intensive outpatient group therapy for bulimia, in Garner D. M. - Garfinkel P. E. (edd.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Guilford Press, New York - London, pp. 213 - 240.
- Miller N.E., Magruder K.M.** (Eds) (1996), *The cost-effectiveness of psychotherapy: a guide for practitioners, reserchers and policy-makers*, Wiley, New York.
- Narcotici Anonimi** (1997), *Testo Base. Narcotics Anonymus World Service*, INC. Chatsworth, California.
- Norcross J.C., Beutler L.E., Levant R.F.** (2006), *Salute mentale: trattamenti basati sull'evidenza*, Sovera Editore, Roma.
- Olmsted M.P., Davis R., Eagle M., Graner D.M.** (1991), Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa, *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
- Olmsted M. P. - Kaplan A. S.** (1995), Psychoeducation in treatment of eating disorders, in Brownell K. D. - Faiburn G. (edd.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Han-*

*dbook*, The Guilford Press, New York - London, pp. 289 - 293.

**Pergami A., Grassi L., Markowitz J.C.** (1999), *La Psicoterapia Interpersonale. Il trattamento psicologico della depressione nell'infezione da HIV*, FrancoAngeli, Milano.

**Preston J.** (2001), *Psicoterapia Breve Integrata. Approccio cognitivo, psicodinamico, umanistico e neurocompartamentale*, Sovera Editore, Roma.

**Prochaska J.O.** (1995), *An eclectic and integrative approach: transtheoretical approach*, Dorsey Press, Homewood Ill.

**Riess H.** (2002), Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa, *International Journal of group Psychotherapy*, 52(1):1-26.

**Riess H., Dockray-Miller M.** (2002), Integrative group treatment for bulimia nervosa, Columbia University Press, New York.

**Rosen J. C., Leitenberg H.** (1985), Exposure plus response prevention treatment of bulimia, in Garner D. M. - Garfinkel (edd.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Guilford Press, New York - London, pp.193 - 209.

**Santoni Rugiu A., Calò P., De Giacomo P.** (2003), *Anoressia e bulimia: la svolta*, Franco Angeli, Milano.

**Scrosati Crespi L.** (1994), *L'esperienza dell'A. B. A.: I gruppi psicoterapici. Atti del congresso sulle "Patologie da alimentazione e nutrizione"* (Roma 23 - 24 - 25 Marzo), pp.197 - 203.

**Spalletta E.** (1980), *Il Rorschach Comune nello studio delle dinamiche di gruppo*, tesi non pubblicata.

**Thiels C., Schmindt U., Garthe R.** (2003), Four-years follow-up of guided self-change for bulimia nervosa, *Eating and Weight Disorders*, 8(3)pp. 212-7.

**Tuschen B., Bent H.** (1995), Intensive brief impatient treatment of bulimia nervosa, in Bronwell K.D., Fairburn G.C. (eds.) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, New York, Guilford Press.

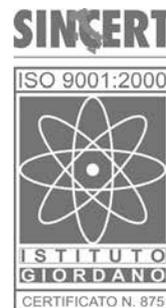
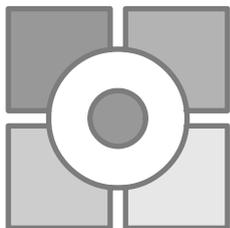
**Whittal N.D., Agras W.S., Gould R.A.** (1999), Bulimia Nervosa: a meta-analysis of psychological and pharmacological treatments, *Behavior Therapy*, 30, pp.111-135.

**Wilfley D.E., Agras W.S., Telch C.F., Rossiter E.M., Schneider J.A., Cole A.G., Sifford L.A., Raeburn S.D.** (1993), Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the non purging bulimic individual: a controlled comparison, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2): 296-305.

**Wilfley D.E., Mackenzie K.R., Welch R., Ayres V., Weissman M.M.** (2000), *Interpersonal Psychotherapy for Group*. Basic Books, New York, NY, 2000.

**Wilfley D.E., Welch R.R., Stein R.I., Spurrell E.B., Cohen L.R., Saelens BE, Douchis JZ, Frank MA, Wiseman CV, Matt GE.** (2002), A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder, *Archives of General Psychiatry*, 59(8), pp.713-21.

**Wilson G.T.** (1999), Cognitive Therapy for eating disorders: progress and problems, *Behaviour Research and Therapy*, 37, S79-S95.



## SINTESI STORICA della Società Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC a r.l.

Nasce nel 1993 la Cooperativa Sociale di Solidarietà A.S.P.I.C., Società a responsabilità limitata, consociata all'Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità. Nel 1998 viene riconosciuta dall'Università degli Studi di Roma La Sapienza - Facoltà di Psicologia come ente autorizzato allo svolgimento del tirocinio post-lauream degli psicologi.

- Dal 1994 gestisce il Centro di Ascolto e Orientamento (C.A.O.) servizio sociale e multietnico gratuito, offerto da psicologi e *counselor*, per persone economicamente svantaggiate
- Dal 1994 gestisce in diverse scuole di Roma e Provincia, Progetti di Ricerca-Intervento in *Counseling* pedagogico a favore di minori e famiglie a rischio, centri di ascolto e orientamento CAO, formazione e aggiornamento per insegnanti e servizi di *Counseling* scolastico
- Nell'ambito della Formazione Aziendale ha collaborato con Enti e Aziende quali INPDAI, ELEA S.p.A., AGORA' S.r.l., Promos International, Coop. Valdocco di Mondovì
- Dal 1995 ha ottenuto l'autorizzazione sia dal Ministero della Pubblica Istruzione (D.M. 11/12/95 Prot. N. 4536 e D.M. 10/01/97 Prot. N. 5317) che dal Provveditorato agli Studi di Roma allo svolgimento di Corsi di Formazione e Aggiornamento
- Nel 1997 gestisce il Corso di *Counseling* Professionale di 500 ore e il Corso per Tecnico Psico-Socio-Pedagogico di 350 ore, autorizzati e finanziati dalla Regione Lazio e dall'Unione Europea
- Dal 1998 partecipa ai Piani di Inserimento Professionale - P.I.P., promossi dal Ministero del Lavoro, occupando anche allievi specializzati nei due Corsi di *Counseling* Professionale e Tecnico Psico-Socio-Pedagogico.
- Nel 2002 gestisce il Corso di *Counselor* Tecnico Socio-Psico-Pedagogico di 500 ore, il Corso di Educatore Itinerante-Operatore di Strada (azione formativa) di 500 ore e il Corso di Educatore Itinerante-Operatore di Strada (ricerca) di 500 ore autorizzati e finanziati dalla Regione Lazio e dall'Unione Europea (PROT. 2246 del 11/07/2001). Nel 2002/2003 prosegue il corso e l'attività formativa per Educatore Itinerante. Ricerca e intervento cofinanziata dalla Regione Lazio e dalla CEE 2002/2003 sulla Dispersione Scolastica.
- Promuove e gestisce i seguenti convegni in collaborazione con la Provincia di Roma:
  - **“PERCORSI FEMMINILI, DENTRO E FUORI IL DISAGIO”**
  - **“IL DIRITTO ALLA SESSUALITÀ NELLE PERSONE DISABILI”**
  - **“SENTIERI IN-VISIBILI DELL'IDENTITÀ FEMMINILE”**
  - **“COMUNICAZIONI SULL'AUTISMO E NELL'AUTISMO”**
- Gestisce un progetto di Teatro-*Counseling* presso la Casa Circondariale di Rebibbia, sez. maschile, in convenzione con la Regione Lazio.
- In corso di realizzazione un progetto
- Gestisce uno sportello di ascolto e orientamento sui disturbi dell'alimentazione, rivolto ad adolescenti e famiglie presso il Municipio Roma XI
- Gestisce un servizio itinerante con il Camper per la promozione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare c/o l'Ateneo de “La Sapienza” di Roma
- Progetta e realizza il Progetto “Per una rete delle fattorie sociali verso il dopo di noi”, in collaborazione con l'Associazione Psicheingenerare.it
- Gestisce il CICA0 (centro informazione, consulenza, ascolto, orientamento) presso le Scuole di Roma e Provincia
- Gestisce Attività consultoriale di psicodiagnosi, consulenze psicologiche e psicoterapeutiche.
- Gestisce il Master in *Counseling* Aziendale certificato ISO 9000 SINCERT, rivolto a operatori che si occupano di orientamento al lavoro, bilancio di competenze, dizionario di competenze, gestione, formazione ed assistenza al personale.
- Realizza il progetto volto a contrastare la violenza sui minori attraverso attività di sostegno e apprendimento scolastico, in collaborazione con la Provincia di Roma.

# La nuove dipendenze

## 2

### 2.1 Telefonino generation: un'indagine tra i giovani

*Gli adolescenti e le new addiction*

*di Ilenia Benini, Claudia Montanari*

Il mondo degli adolescenti è un mondo eterogeneo, variegato, quasi inaccessibile per gli adulti; è difficile darne un profilo definitivo; gli interessi e gli atteggiamenti sono molteplici, talvolta sfumati; e ciò non solo perché essi sono il riflesso di una società ampia e complessa, ma anche e soprattutto perché l'adolescente stesso è, per sua natura, portatore di una condizione "aperta", esposta alla sperimentazione e al cambiamento (Bagagli et al., 2002).

In particolare, durante il percorso verso la maturità e l'età adulta, l'adolescente affronta alcune tappe specifiche del suo mondo quali: il tempo libero, lo sport, lo studio, l'alimentazione, la sessualità, il rapporto con i coetanei e gli adulti "significativi"; è proprio in questa fase del percorso che possono esserci degli ostacoli da superare che vengono mascherati da una ostentata sicurezza, propria dell'età, ma che spesso nasconde dubbi, incertezze, timori e perplessità. È importante riflettere su eventuali possibili difficoltà legate a questa fase evolutiva che, inserite in un contesto di precarietà o in un momentaneo stato di bisogno, rendono l'adolescente, in alcuni casi, un "soggetto a rischio". Sicuramente uno dei rischi maggiori a cui vanno incontro i ragazzi è la dipendenza. In particolare, negli ultimi anni sono comparse, nell'ambito della "dipendenza", nuove forme di condotta che in molti casi hanno superato, per gravità sociale e psicologica, fenomeni più conosciuti come la "tossicoassunzione", l'alcolismo e la dipendenza da cibo. I meccanismi che stimolano e che sono alla base di tale comportamento sono tendenzialmente sovrapponibili a quelli che ne sottendono altri più conosciuti e che "arginano l'insostenibile angoscia derivante da quel vuoto, senza mai riuscire a riempirlo" (Mariani, Schiralli, 2002). Il rapporto tra l'universo giovanile e l'abuso in generale ha conosciuto un cambiamento soprattutto negli ultimi anni. Da un'indagine condotta a livello nazionale dall'Istituto IARD (Buzzi, Cavalli, De Lillo, 2002) emerge che, rispetto al passato, non è soltanto aumentato nei giovani il ricorso a qualche forma di dipendenza, ma è anche cambiato lo spirito con il quale ci si avvicina. Il loro utilizzo (o abuso) è, infatti, sempre meno identificato con un atteggiamento in qualche

modo “deviato” e sempre più considerato un percorso normale o addirittura caratterizzante l'identità giovanile, quando addirittura non passa inosservato.

Negli ultimi anni è andato sempre più diffondendosi un termine specifico per intendere le nuove forme di dipendenza: *addiction*. Questa parola si riferisce alla dipendenza psicologica che spinge alla ricerca dell'oggetto senza il quale l'esistenza diventa priva di significato. Si tratta di un termine che racchiude un po' tutto il quadro fenomenologico della dipendenza, comprese le conseguenze negative che ne derivano e che invalidano la vita dell'individuo, portandolo ad un coinvolgimento sempre maggiore in una spirale distruttiva. Le nuove dipendenze (o *new addiction*) comprendono tutte quelle nuove forme di dipendenza in cui non è in gioco alcuna sostanza chimica: l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata. Tra le *new addiction* possiamo annoverare la dipendenza dal gioco d'azzardo, da *internet*, dallo *shopping*, dal lavoro, dal sesso, dalle relazioni affettive e dal cellulare. Per la maggioranza delle persone si tratta di attività che fanno parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui esse possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze. Tra le varie forme di *new addiction* quelle che riguardano principalmente i giovani sono: *internet*, televisione, computer, videogiochi e, ultimamente, il telefonino.

## Il telefonino

Dagli anni '80 in poi, periodo in cui è stato realizzato, il telefonino ha iniziato a dilagare e il numero dei pezzi venduti è andato sempre più crescendo. Con gli anni non è aumentata soltanto la richiesta sul mercato dei cellulari, ma sono cambiate anche le pretese da parte degli utenti. Oggi troviamo dei modelli “supersofisticati”; il telefonino non ha più soltanto la funzione di comunicare, ma è diventato il nostro accompagnatore e organizzatore di vita. Esso viene usato quotidianamente al posto del telefono fisso, che di conseguenza è usato sempre meno. La disponibilità del telefono cellulare ha introdotto nuovi comportamenti nella vita quotidiana e nuove modalità di comunicazione nei rapporti umani. Oltre a questo, la diffusione del telefonino ha anche intensificato il rapporto con il telefono in sé, facendo crescere la frequenza delle telefonate per mettersi in contatto con qualcuno per un bisogno personale o anche solo per piacere, ma sempre meno per un'effettiva urgenza (Di Gregorio, 2003). Il telefonino è diventato l'immane compagno di viaggio di ogni nostro spostamento, sia che si vada per lavoro, sia che la trasferta avvenga per svago. Esso è usato ovunque e in qualunque momento, più volte al giorno, con persone diverse o con la stessa persona. Se questo ovviamente non accadeva prima con il telefono fisso, in quanto il telefono non era sempre a portata di mano, bisogna anche affermare che non esisteva un certo “assillo della telefonata”. Non esistevano tanto più dei sostituti del contatto verbale a distanza, come la scrittura sul display che utilizza il codice linguistico universale degli SMS, che oggi sostituisce, sempre più spesso, la comunicazione verbale telefonica.

La trasmissione del messaggio SMS è una comoda alternativa alla comunicazione verbale che, a volte, è praticata come un gioco piacevole, ma altre volte è sentita decisamente come una comunicazione necessaria, ad esempio per sopperire alla mancanza di reperibilità immediata di qualcuno, al quale si deve pur lasciar detto qualcosa, altrimenti poi non cala quella fastidiosa tensione interiore.

L'insieme dei fattori motivazionali che inducono all'uso del cellulare è sempre più soggettivo e, proprio per questo, parlando di necessità, non si trovano quasi mai delle

corrispondenze in una realtà condivisa da tutti: ognuno ha costruito il proprio personale bisogno di rapportarsi agli altri attraverso il telefono portatile, e difficilmente è disposto a metterlo in discussione. Il telefonino ha stimolato una crescita esponenziale della connessione a distanza, producendo nuovi bisogni di comunicazione che, in buona parte, non sono dettati da una necessità vera e propria, ma servono per risolvere un piccolo (o un grande) disagio interiore, per rispondere ad un'aspettativa propria o altrui, per superare una tensione emotiva dovuta alla distanza, che ognuno di noi vive in modo molto differente e rispetto alla quale ha un diverso grado di tolleranza. Alla fine, rispondere o comunicare al telefonino è diventata una pratica dotata di un'attrazione irresistibile, è una nuova forma di piacere. Il telefono cellulare, assieme a Internet, rappresenta l'ultima vera rivoluzione tecnologica del secolo scorso. Ma ogni rivoluzione, come si sa, provoca delle trasformazioni sociali, e successivamente personali, che sono in certi casi utili e in altri dannose. Oltre ai vantaggi e alle nuove opportunità di comunicazione, la nuova tecnologia ha portato con sé gli aspetti problematici del vivere. Ad esempio, ha creato nuovi modelli sociali e nuovi status, legati appunto al possesso del telefonino, che diventano delle condizioni obbligatorie. Avere e mostrare di possedere un telefonino di ultima generazione, in certi sottogruppi sociali, va ben oltre le potenzialità e le numerose funzioni svolte dall'oggetto, perché testimonia che la persona che lo possiede è una "persona alla moda", integrata nella modernità e con presumibili contatti frequenti e importanti.

### La dipendenza dal telefonino

Se si fa un'analisi sul versante psicologico, non è difficile notare come il telefonino crei vere e proprie forme di dipendenza nelle persone che lo utilizzano: inizialmente si usa poco e solo quando necessario, in breve si prosegue il rapporto con una crescita esponenziale dell'uso e del numero di chiamate. In modo concomitante alla frequenza d'uso e alla funzione assegnata, si manifesta un legame affettivo con l'oggetto posseduto e si stabilisce una dipendenza, che rende necessaria la presenza e il possesso dell'oggetto praticamente ogni giorno e ovunque ci si trovi. La sua presenza è sentita come rassicurante, mentre la sua assenza può determinare stati emotivi spiacevoli, innescare ansia e in certi casi provocare persino crisi d'angoscia panica. L'uso frequente del telefonino risponde così al bisogno individuale di colmare una certa distanza tra noi e gli altri e, assumendo queste funzioni quotidianamente, produce nuove necessità e nuove modalità di attaccamento al mezzo di comunicazione. Il telefono cellulare, molto più di quello fisso, sembra avere prodotto una particolare forma di comunicazione in grado di offrire un appagamento del bisogno di disporre di una continua reperibilità delle persone. Il bisogno che gli altri siano disponibili attraverso il contatto telefonico produce una forma di dipendenza psicologica dall'oggetto tecnologico: parte di tale dipendenza è presente fin dall'inizio, ma poi essa cresce progressivamente. Ci si accorge, però, di questa dipendenza dalle forti valenze affettive solo quando si perde temporaneamente la disponibilità del cellulare.

Il sentimento tragico sta ad indicare il nuovo bisogno di essere continuamente in relazione con le persone attraverso lo strumento di connessione che permette di avere sempre un certo controllo della situazione, e un tale bisogno si autoalimenta con la frequenza con la quale ricorriamo alla connessione a distanza per i più svariati motivi. Nello stesso tempo, la nuova dipendenza segnala la comparsa di un bisogno quasi opposto al primo, quello di stabilire una comunicazione mediata da un mezzo tecnico, che permetta a chiunque di tenersi sempre in

contatto con gli altri, ma di farlo attraverso una membrana separante di protezione. Le nuove forme di dipendenza (*new addiction*), innescate dall'attaccamento al mezzo tecnico, possono finire per provocare nuovi problemi psicologici nelle persone o, diversamente, tendere ad amplificare quelli che erano in qualche modo già presenti.

Le persone che possiedono un telefonino ne parlano apertamente e dichiarano, senza troppi problemi, di essere in una certa misura telefonino-dipendenti. Esse si lamentano della loro sudditanza e del loro attaccamento all'oggetto, percepiscono l'ansia quando lo dimenticano a casa, segnalano agli amici la cattiva abitudine che hanno adottato e che li costringe a fare ricorso al cellulare in ogni momento libero della giornata; insomma, esse denunciano una serie di problematiche psicologiche che prima non avevamo nei confronti del telefono fisso. La dipendenza, del resto, è facilmente osservabile attraverso i comportamenti dei possessori di telefonini, nel loro modo di utilizzarlo assiduamente, nel portarlo sempre con sé e investirlo di un particolare significato che lo rende un oggetto affettivo.

Le caratteristiche dei dipendenti dal telefonino (Di Gregorio, 2003):

- Attribuiscono grande importanza al telefonino.
- Non abbandonano mai il loro telefonino neanche per un istante.
- Lo usano ogni giorno come strumento prioritario nella comunicazione con gli altri.
- Provano un estremo malessere, se non sono armati di un cellulare carico, sotto forma di stati motivi spiacevoli, ansia, e in certi casi persino crisi d'angoscia panica.
- L'utilizzo del telefonino non è dettato dalle necessità, ma è alimentato da bisogni di ordine affettivo e relazionale.
- Usano il telefonino come un mediatore per entrare in rapporto con l'altro.
- Devono disporre del cellulare per tenere sotto controllo continuo la relazione sentimentale e verificare continuamente gli eventuali spostamenti.
- Sentono la necessità di essere in contatto continuo con qualcuno.
- Per giustificare il loro comportamento, cercano alibi come la comodità dello strumento o il senso di sicurezza.
- Hanno un forte bisogno d'appartenenza, un desiderio di riconoscimento da parte del gruppo sociale.
- Spesso soffrono di una fobia sociale o di paura della propria solitudine.
- Queste paure, di solito, sono mascherate.
- Tristezza, noia, rifiuto di approcci sessuali e mancanza di fame sono sintomi rari.

Nella letteratura i telefonino-dipendenti sono anche chiamati "fanatici", per la grande importanza che attribuiscono al telefono cellulare e per l'estrema difficoltà che incontrano ad affrontare la vita, se non hanno con sé di un cellulare carico.

Da ricerche e da analisi comportamentali effettuate in Italia, emergono varie tipologie di dipendenza legate a diversi fattori (I Fanatici, 2003). È quindi possibile definire svariate categorie di fanatici dipendenti.

#### ➤ *I dipendenti dell'SMS*

Hanno il continuo bisogno di inviare e ricevere messaggi di testo. Spesso dimostrano un callo sul pollice di una delle due mani o hanno la tastiera consumata in maniera anormale. Spesso usano il sistema di scrittura veloce T9. L'umore della loro giornata dipende dal numero di addebiti ricevuti (mai minore di due al giorno). Inviando messaggi anche a se stessi (ad esempio dal computer al telefonino) oppure li inviano a persone nella loro immediata vicinanza.

### ➤ *I dipendenti del nuovo modello*

Sono coloro che acquistano in continuazione nuovi modelli di cellulare. Sono disposti a spendere grandi somme per avere un modello nuovissimo dotato di molte funzioni particolari. La frequenza di nuovi acquisti è quasi sempre al limite dei cinque mesi e può dipendere dalla classe sociale.

### ➤ *Gli “esibizionisti” del cellulare*

Nella scelta dei loro telefonini queste persone prestano molta attenzione al colore e al design, nonché al prezzo. Stanno sempre con il cellulare in mano, mostrando agli altri le funzioni dell'apparecchio. Quando telefonano, lo fanno a voce molto alta e prima di rispondere ad una telefonata fanno squillare il telefonino a lungo, in modo da farlo sentire a tutti i presenti e, in alcuni casi, si fanno volutamente cercare al cellulare per far squillare il telefonino in pubblico, fingendo così una conversazione.

### ➤ *I game player*

Questa tipologia di fanatismo è caratterizzata dall'eccessivo interesse verso i giochi sul cellulare. Trasformano il proprio telefonino in una *console*. Giocano molto spesso e hanno difficoltà a smettere prima di aver registrato un nuovo record.

### ➤ *Gli affetti da “SCA”*

I soggetti colpiti dalla Sindrome da Cellulare Acceso (SCA) hanno il terrore di avere il telefonino spento. Portano con sé sempre una batteria carica di scorta per evitare di restare improvvisamente senza telefonino. Spesso tengono acceso il cellulare anche di notte.

Il grado e la forma di dipendenza che noi instauriamo con un oggetto o con una persona è più influenzato dalla nostra storia personale che da componenti organici e da percorsi di vita in cui abbiamo camminato fino a quel momento. Il modo di porci in rapporto con l'oggetto tecnico è anche influenzato dalla cultura attuale nella quale siamo immersi: una realtà sociale e culturale che è certamente in grado di condizionare, in generale, il nostro modo di vivere e di relazionarci con gli altri. E quindi anche il modo di valutare e di attribuire un significato alla semplice funzione svolta da un mezzo tecnico come il telefonino, quando esso arriva ad essere d'uso comune, acquista notorietà e diventa lo strumento elettivo per stabilire una relazione con l'altro a distanza.

Ciò è vero soprattutto per i giovani, che prediligono questo mezzo di comunicazione digitale sia perché ne possono fare un uso volto a creare, allargare e rinforzare relazioni personali con i coetanei, senza limiti di spazio e di tempo, sia perché permette loro di trovare un'identità di gruppo in cui potersi riconoscere.

## Conseguenze della dipendenza dal telefonino

Le persone dipendenti dal telefonino tendono a ritirarsi sempre di più dal rapporto con il mondo, trascorrendo molto tempo da sole e, per sopportare la solitudine (alla fine creata da loro stessi), si trovano ore e ore con il telefonino in mano. Giocano, ad esempio, con i giochi interattivi o inviano a ripetizione degli SMS. Con questo comportamento corrono il rischio di disimparare a giocare e a trasmettere le loro emozioni in modo adeguato, usando il linguaggio e la comunicazione verbale (Guerreschi, 2005).

“L'obbligo della mediazione tecnologica nei confronti delle relazioni affettive può mettere le persone a rischio di perdere la propria autenticità e, con essa, la capacità di affrontare una relazione diretta con le sole proprie risorse emotive, di perdere l'abitudine a stabilire una comunicazione spontanea e originale, che non sia già stata in qualche modo preparata o

programmata a tavolino da qualcuno, come un modo di comunicare falsamente originale” (Di Gregorio, 2003).

Altre possibili conseguenze, comuni a tutte le dipendenze da un comportamento (*addiction*), sono: la perdita di interessi, come per lo sport e altri passatempi che una volta davano soddisfazioni, forti sbalzi d’umore, disturbi del sonno e dell’alimentazione, uso di farmaci e droghe, debiti finanziari dovuti all’uso estremo del telefonino, conflitti con le persone vicine e problemi al lavoro.

## Il trattamento

Nel trattamento delle *new addiction* possono essere intrapresi percorsi terapeutici differenti, in relazione alle esigenze ed alle predisposizioni individuali (Guerreschi, 2005). Nel caso della “*cellular addiction*” la terapia elettiva è quella individuale.

In generale, l’intervento psicoterapeutico dovrebbe essere volto a sviluppare sia l’autostima e la competenza relazionale, sia la consapevolezza e la sana preoccupazione circa i problemi attinenti alla condizione di dipendenza.

Lo psicoterapeuta deve sempre sostenere i risvolti positivi del percorso e contenere quelli conflittuali e/o distruttivi, esplicitando il significato della parola “terapia” e sottolineando che non è fruttuoso focalizzarsi esclusivamente sul problema della dipendenza. L’intervento psicoterapeutico deve necessariamente essere poliedrico e tener conto di diversi livelli intersecati: quello intrapsichico, quello interpersonale familiare e quello lavorativo, tutti colti nelle dimensioni temporali del qui-ed-ora e del lì-ed-allora, in maniera diacronica e sincronica, secondo un orientamento sia espressivo-supportivo che interpretativo.

In un piano di intervento, è importante che il terapeuta valorizzi e potenzi, nella persona, quelle aree motivazionali più libere da sovrastrutture e appesantimenti e che valorizzi e canalizzi in senso positivo la carica aggressiva del paziente, parte della quale è alla base della sua dipendenza (Montanari, Longo, 2005).

## Uno studio pilota: il possesso e l’utilizzo del telefonino tra i giovani

L’idea di questa indagine sui giovani e il telefonino mi è venuta dall’osservazione quotidiana dei ragazzi: di ciò che fanno più frequentemente quando sono da soli su un autobus piuttosto che attorno ad un tavolo in compagnia di amici o davanti ai compiti di scuola.

Ho potuto notare che ciò che fanno continuamente è prendere il telefonino in mano, indipendentemente che squilli o che vibri per una chiamata o per l’arrivo di un SMS.

Sembra che questo “marchingegno”, tanto caro ai ragazzi, sia incollato alla loro mano.

Parlando con loro di questo fenomeno, mi è venuta l’idea di approfondire l’argomento che trovo molto interessante, ma altrettanto allarmante, ed ho deciso di farlo attraverso uno studio pilota.

Per mezzo di questo studio ho effettuato la rilevazione dei comportamenti e degli atteggiamenti degli adolescenti riguardo all’utilizzo del telefonino. Ciò mi ha permesso di acquisire una migliore conoscenza del fenomeno “telefonino” che ormai pervade la nostra vita quotidiana e nel quale i giovani si trovano immersi immediatamente, quasi naturalmente.

Vista poi la notevole diffusione del telefonino negli ultimi anni, mi è sembrato interessante rilevare e analizzare gli effetti di questo nuovo mezzo di comunicazione su preadolescenti e adolescenti.

## Obiettivo

L'obiettivo generale della presente ricerca, realizzata tramite la somministrazione di un questionario ai giovani delle scuole medie inferiori e superiori di Ravenna, era quello di acquisire informazioni e nozioni circa la modalità con cui i ragazzi utilizzano il cellulare. In particolare si è inteso approfondire i seguenti aspetti:

- ↳ quanto l'uso del cellulare è diffuso tra i giovani;
- l'importanza e il significato (comunicativo e metacomunicativo) ad esso attribuito;
- se e come la diffusione del cellulare ha cambiato il modo di comunicare dei ragazzi;
- ↳ se un utilizzo smodato del cellulare può creare dipendenza.

## Nota metodologica

I dati di questa ricerca sono stati raccolti attraverso la somministrazione di un questionario strutturato ad un campione rappresentativo degli studenti delle classi di due scuole medie inferiori e di due scuole di grado superiore della città di Ravenna, per un totale di 510 ragazzi (311 maschi e 199 femmine) di età compresa fra gli 11 e i 21 anni.

## Metodi e materiali

Come metodo di ricerca è stato utilizzato lo strumento tecnico del questionario strutturato composto da 22 domande appositamente predisposte per raccogliere in modo preciso e puntuale informazioni sia di tipo quantitativo che qualitativo.

## Risultati dell'indagine

Dall'insieme dei risultati dell'indagine emerge che il telefonino è molto diffuso tra i preadolescenti e gli adolescenti. Questo strumento di comunicazione e di gioco sembra inserito nell'esperienza della vita quotidiana della stragrande maggioranza dei giovani che hanno partecipato allo studio.

Il numero totale dei ragazzi ai quali è stato somministrato il questionario è 510, di questi solo il 4.1% non possiede un cellulare, mentre il 24.3% ne possiede più di uno.

Il telefonino viene usato prevalentemente per inviare e ricevere SMS, che spesso vengono tenuti in memoria per essere riletti ogni tanto, soprattutto nei momenti di solitudine. Gli SMS vengono frequentemente utilizzati dai ragazzi anche come unico canale di comunicazione. Un numero considerevole degli intervistati (57.9%) ha più di un amico che contatta solo ed esclusivamente attraverso questa modalità.

Il telefonino serve per contattare soprattutto gli amici, poi il ragazzo o la ragazza e per ultimi i genitori.

Fortunatamente il parlare di persona è ancora la modalità preferita per confidare le cose intime, non si notano poi particolari differenze tra il numero di coloro che lo fanno invece attraverso l'SMS o le telefonate.

I ragazzi sembrano innervosirsi particolarmente quando non trovano il proprio cellulare ma, quando lo dimenticano e sanno dove lo hanno lasciato, solo il 27% torna a prenderlo.

Non sembra suscitare particolare ansia il fatto di terminare il credito anche se poi, appena possono, fanno una ricarica che per la maggior parte dei ragazzi (51.1%) va dai cinque ai 20 euro, ogni 15 giorni. Il 36.2% dei giovani se la fa acquistare dai genitori o dai parenti.

Risulta che le chiamate effettuate in una giornata vadano, per un numero considerevole di ragazzi (73%), da 0 a 10 e lo stesso vale per gli SMS.

Il 37.2% dei giovani tiene sempre il cellulare acceso anche di notte, momento in cui circa la metà di loro (50.5%), a volte, riceve chiamate e/o invia/riceve SMS.

Tuttavia, se il telefonino non emette alcun segnale ("bip" o vibrazione) per cui i ragazzi potrebbero svegliarsi, non lo fanno appositamente solo per controllarlo.

Facendo una lettura diversificata dei dati, ovvero considerando il campione di 510 ragazzi divisi in due gruppi, maschi e femmine, si nota che entrambi hanno il telefonino, in numero maggiore, da più di tre anni, ma i maschi in numero superiore. Entrambi fanno, in numero maggiore, un numero di chiamate che va da 0 a 10, ma anche in questo i maschi superano le femmine. La percentuale delle ragazze che tiene acceso il cellulare tutto il giorno, anche a scuola, è superiore rispetto a quella di maschi. Entrambi usano il telefonino soprattutto per inviare SMS, ma ancora una volta il primato è delle femmine. Un altro dato in cui si vede, seppure per poco, emergere nuovamente il gruppo delle femmine è quello che riguarda l'accensione del telefonino anche di notte. Ad entrambi capita di chiamare e/o inviare/ricevere SMS durante la notte, ma alle ragazze capita più spesso.

Sia i maschi che le femmine si svegliano raramente di notte per controllare il telefonino.

Entrambi mandano, in numero maggiore, un numero di messaggi che va da 0 a 10, ma i ragazzi lo fanno di più; tuttavia alle ragazze piace maggiormente, o comunque è più una loro abitudine, tenere in memoria gli SMS.

Sembra che le femmine, rispetto ai maschi, abbiano più amici che contattano solo ed esclusivamente con gli SMS.

Entrambi col cellulare sono soliti contattare soprattutto gli amici, tuttavia preferiscono raccontare loro le proprie cose intime faccia a faccia.

I maschi più delle femmine non tornano a prendere il telefonino se lo hanno dimenticato a casa.

Le ragazze sono più nervose dei maschi, che invece restano indifferenti quando non trovano il telefonino.

Qualora finiscano il credito, ancora una volta, le più nervose sono le femmine, anche se fare una ricarica immediata è ciò che li impegna in ugual misura.

La spesa per la ricarica va per entrambi da 5 a 20 euro ed è totalmente a carico dei genitori o parenti che addirittura gliela devono acquistare.

Queste sopraccitate sono delle differenze minime presenti tra i due gruppi, non è possibile rilevarne alcuna di marcata significatività.

Oltre ad una lettura diversificata a seconda del genere dei ragazzi, ho pensato potesse anche essere interessante farne una per grado di scuola: scuole medie (ragazzi dagli 11 ai 13 anni) e scuole superiori (ragazzi dai 14 ai 21 anni).

In questo caso emerge che un maggior numero di ragazzi delle superiori rispetto a quelli delle medie ha più di un telefonino e che gli stessi possiedono, in numero superiore, da più di 3 anni, a differenza degli altri che lo possiedono prevalentemente da 1 a 3 anni.

I ragazzi delle scuole superiori fanno in media da 0 a 10 telefonate al giorno in numero superiore rispetto alle medie.

Mentre a quelli delle medie tengono frequentemente spento il cellulare durante le lezioni, alle superiori lo tengono sempre acceso.

In entrambi i gruppi risulta che utilizzano il cellulare soprattutto per mandare SMS, ma alle superiori lo fanno in numero maggiore.

Mentre pochissimi ragazzi delle medie tengono acceso il cellulare anche di notte, quelli

delle superiori lo fanno più spesso. Più della metà dei ragazzi dai 14 ai 21 anni fa/riceve telefonate e/o manda/riceve SMS durante la notte, mentre i ragazzi dagli 11 ai 13 anni che lo fanno sono molti di meno.

Tuttavia in entrambi i gruppi la maggior parte dei giovani non si sveglia appositamente solo per controllare il cellulare.

La quantità di SMS inviati va, per la maggior parte dei ragazzi delle medie e per quelli delle superiori, da 0 a 10 al giorno.

Per quanto riguarda il tenere in memoria gli SMS emerge, in entrambi i gruppi (con una lieve maggioranza nelle scuole superiori), che la maggior parte lo fa frequentemente.

Il cellulare serve in ciascun gruppo per contattare soprattutto gli amici, seguono poi i genitori, per i ragazzi delle medie, ed il ragazzo/a per quelli delle superiori. Questa differenza potrebbe essere dovuta al fatto che alle superiori è più facile che il numero di coloro che hanno un ragazzo/a sia più elevato.

Un altro dato in cui si nota la superiorità per numero, dei ragazzi dai 14 ai 21, è quello che riguarda il contatto di amici solo ed esclusivamente attraverso gli SMS.

In entrambi i gruppi, ancora una volta, emerge che il confidarsi è un'attività che preferiscono fare soprattutto faccia a faccia.

Per ciò che concerne invece gli stati d'animo, alle medie il numero dei ragazzi che si innervosisce se non trova il cellulare è maggiore rispetto ai ragazzi delle superiori. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che temono di più la reazione dei genitori se dovessero venirne a conoscenza. Tuttavia i giovanissimi riescono a resistere meno alla tentazione di tornare a casa a prendere il telefonino se lo hanno dimenticato.

In entrambi i gruppi c'è soprattutto indifferenza qualora si esaurisca il credito nel cellulare, ancor più ai ragazzi delle medie e ciò è confermato dal fatto che i più giovani sono coloro che sentono maggiormente la necessità di ricaricarlo immediatamente.

La spesa per la ricarica si aggira prevalentemente attorno ai 5/20 euro in entrambi i gruppi anche se in modo leggermente superiore tra i ragazzi delle superiori che, tra l'altro, tendono a procurarsi la ricarica da soli, facendo una scelta di risparmio sul proprio denaro. Questo probabilmente accade perché i più grandi dispongono di una paghetta più sostanziosa rispetto ai giovanissimi e, in più, alcuni di loro hanno già iniziato a fare qualche lavoretto per guadagnare un po' di soldi, da impiegare proprio per le spese extra. La maggior parte dei ragazzi delle medie si fa invece comprare la ricarica dai genitori.

Anche da questa analisi emerge che le differenze tra i due gruppi non sono eccessive tranne nel caso del numero di cellulari posseduti, del numero di anni trascorsi dal primo acquisto e del numero di ore in cui tengono acceso il telefonino. In tutti e tre questi casi la supremazia, abbastanza rilevante, riguarda il gruppo delle superiori rispetto a quello delle medie. In sintesi si può dire che, per quanto riguarda l'utilizzo del cellulare, non si notano grosse differenze tra il genere dei ragazzi o il grado di scuola che frequentano.

Il fenomeno "telefonino" è in continua espansione, coinvolge quasi tutti in ugual misura e, purtroppo, è destinato ad espandersi. Con "purtroppo" intendo dire che, se continueremo a comprare ai ragazzi questi "aggeggi" elettronici, non riusciranno più a comunicare con gli altri in modo diretto e forse, tra qualche anno, quel 53.8% che ora confida ancora i propri segreti faccia a faccia ad un amico, lo farà con una telefonata o ancor peggio con un SMS.

Questo studio dimostra quindi che il cellulare è diffusissimo tra i giovani e i giovanissimi, i quali gli attribuiscono una notevole importanza sia comunicativa che meta-comunicativa.

Il modo di comunicare dei giovani si è quindi molto modificato; basti pensare che il 57.9% dei ragazzi a cui è stato somministrato il questionario ha più di un amico che contatta esclusivamente attraverso SMS. Se si notano poi le elevate percentuali dei ragazzi che si sentono nervosi quando non trovano il cellulare (42.7%), che ricaricano la scheda immediatamente (44.6%) o che tengono il cellulare acceso tutto il giorno anche a scuola (58.7%), possiamo iniziare a parlare di una sorta di dipendenza (*addiction*) che colpisce le nuove generazioni. Il fenomeno cellulare è molto strano, direi quasi ambivalente; se da un lato ci permette di comunicare con gli altri senza vederli, e quindi ci isola, dall'altro ci permette di non sentirci mai soli perché sappiamo che, quando e come vogliamo, possiamo contattare immediatamente qualcuno che probabilmente starà aspettando proprio questo per sentirsi anch'egli meno solo. Siamo davanti ad nuovo oggetto transizionale che appartiene purtroppo a coloro che non sono più in età per averlo. Il cellulare per i ragazzi rappresenta il legame con la famiglia, con gli amici e con il ragazzo/a che ovviamente non possono essere continuamente disponibili per loro e la cui assenza viene vissuta come non affrontabile e, per questo, necessitano di un mezzo che possa tenerli "a portata di mano" in qualunque momento e luogo. Non dimentichiamo però che, nel caso di adolescenti e preadolescenti, il cellulare rappresenta anche una sicurezza per i genitori che possono sempre contattare i figli sia per controllarli che per rassicurarsi essi stessi. I figli giocano molto sull'aspetto "tranquillità" dei genitori quando chiedono loro un nuovo cellulare e questi sono ben contenti di comprarglielo per i motivi sopraccitati ed anche un po' per fornire al/alla proprio/a ragazzo/a uno "status symbol" che gli permetta di essere riconosciuto nel mondo dei pari e non solo.

## Conclusioni

Il telefonino è diventato il mezzo di comunicazione per eccellenza di una schiera sempre più ampia di giovanissimi, che sono tra i più preparati nell'utilizzare tutte le loro funzioni multimediali. L'impiego del telefonino è largamente diffuso fra i giovani perché è il mezzo di comunicazione mobile che meglio consente di creare un dialogo "faccia a faccia" nonostante la distanza. Sono certamente i giovani quelli che passano più tempo sopra la tastiera e sono certamente loro che attribuiscono un grande valore al possesso del telefonino come una questione d'immagine. Questo ha fatto sì che il telefonino sia diventato uno strumento utile al proprio riconoscimento, necessario per sentire di far parte del gruppo, delle nuove tribù urbane, tutte ben integrate nella post-modernità grazie appunto alla tecnologia.

Il telefonino, anche per i giovanissimi, è diventato in breve l'oggetto feticcio dotato di qualità particolari, investito di valore affettivo oltre che economico, il cui possesso è indispensabile per sentirsi qualcosa o qualcuno e per fare il proprio esordio vincente nel nuovo millennio. La sua funzione psicologica è in questo caso quella di un'attribuzione di valore alla persona che lo possiede e un modo di riempire un potenziale vuoto "identitario", oltre che una maniera di offrire facilmente una sicura identità d'appartenenza.

Uno slogan che può farci intendere meglio il bisogno dei giovani d'oggi potrebbe essere: "Io non ci sono finché qualcuno non comunica con me. Essere è esserci". Purtroppo però questo bisogno di comunicare è spesso frustrato e per questo i ragazzi cercano, attraverso il telefonino, di ottenere, seppur solo per qualche istante e magari attraverso un SMS, una parvenza di riconoscimento della propria identità e della propria esistenza nel mondo.

Attraverso gli SMS poi ci viene fornita un'istantanea dei giovani che mette in risalto la loro rigidità psicologica, il loro essere "on the road" in tutti i sensi, letteralmente e

metaforicamente. La comunicazione SMS consente ai giovani di familiarizzare con la pluralità del loro sé, da una parte, e di solidarizzare e condividere con gli altri il loro smarrimento, procedendo a rinnovare costantemente i legami che danno senso alla loro vita.

I testi dei “messaggini” descrivono ciò che i giovani sentono confusamente di essere: bisognosi di relazioni, avidi di emozioni, affascinati dal pensiero dell’altro; la scrittura sul cellulare permette quindi al giovane di rendere con immediatezza e rapidità l’istantaneità del vissuto, descritto tra l’altro con essenzialità dato il numero ristretto di caratteri di cui dispongono.

L’utilizzo dell’SMS costituisce un’interessante forma di compromesso: “Ho bisogno di te ma mi faccio bastare un tuo script, e quella cosa minuscola diventa importante perché rappresenta te e, soprattutto, è la prova che mi stai pensando” (Del Corno, Mansi, 2002).

### Bibliografia

**Bagagli F. et al. (2002)**, *Adolescenti a rischio di dipendenza*, in *Medicina Generale*, n. 6-7, pp. 33-35.

**Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A. (2002)**, *Giovani del nuovo secolo: quinto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, **Il Mulino, Bologna**.

**Del Corno F., Mansi G. (2002)**, *SMS straordinaria fortuna di un uso improprio del telefono*, **Raffaello Cortina Editore, Milano**.

**Di Gregorio L. (2003)**, *Psicopatologia del cellulare. Dipendenza e possesso del telefonino*, **Franco Angeli, Milano**.

**Guerreschi C. (2005)**, *New Addiction*, **Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo Milano**.

**Mariani U, Schiralli R. (2002)**, *Costruire il benessere personale in classe*, **Erickson, Trento**.

**Montanari C., Longo C. (2005)**, *L’integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze*, **Franco Angeli, Milano**.

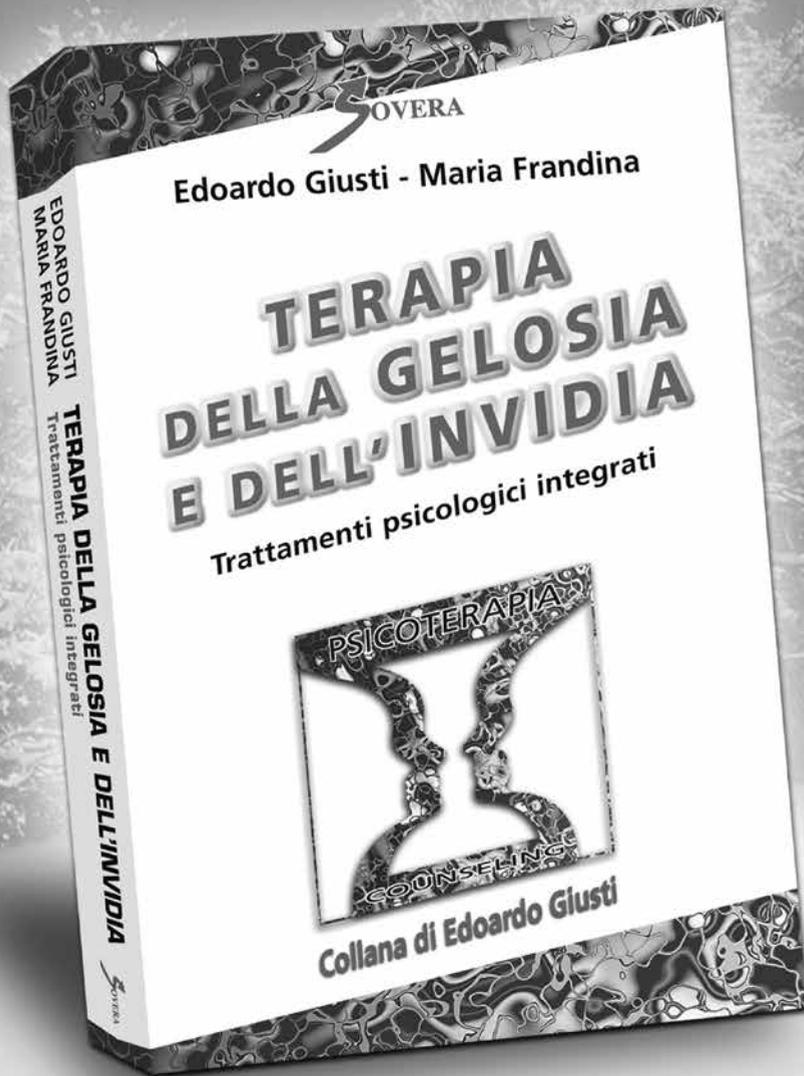
### Siti consultati

**Guerreschi C. (2004)**, <http://www.siipac.it/saggioguerreschi/gioco.doc>.

**I Fanatici (2003)**, in <http://www.progetti.webscuola.tin.it>

**Plant S. (2000)**, *On the mobile: the effects of mobile telephones on social and individual life*, in <http://www.motorola.com/documents/0,1028,333,00pdf>.

<http://www.siipac.it/newaddictions>



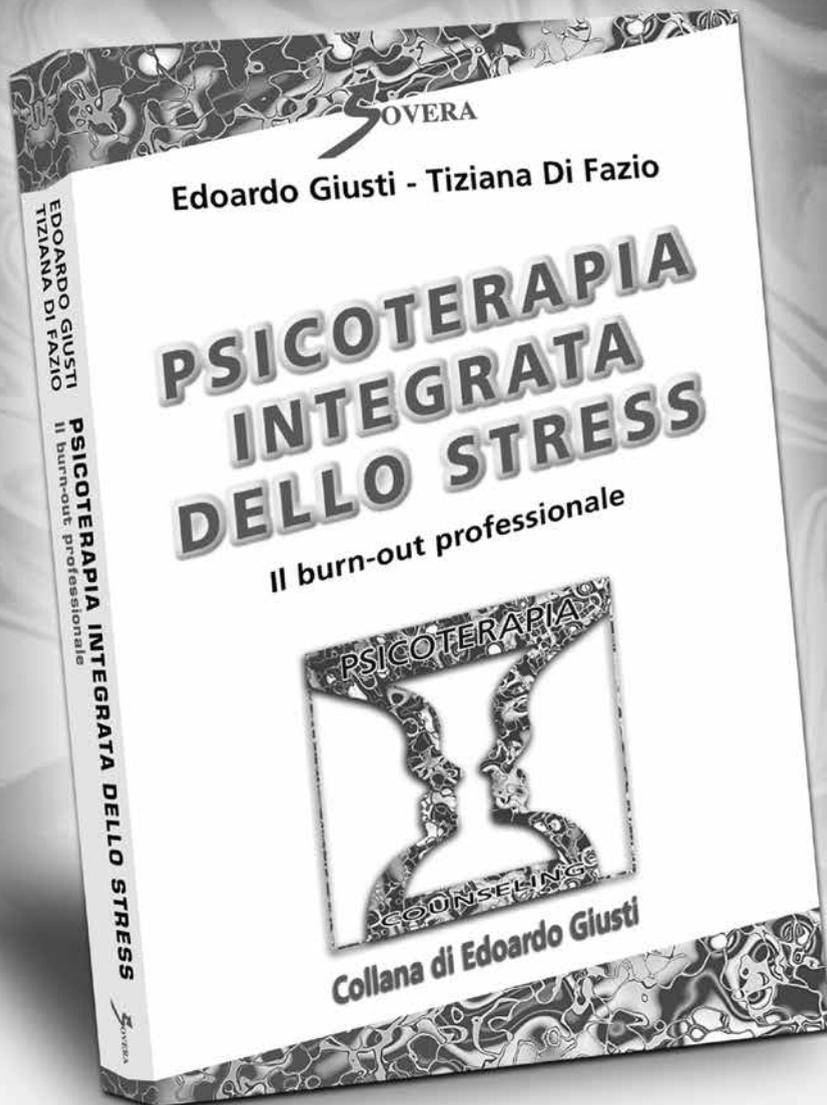
PSICOTERAPIA  
COUNSELING

Comprendere la passione patologica dei tormenti e dei deliri assillanti a sfondo paranoico di soggetti *gelosi*, consente di realizzare trattamenti clinici specifici per la rabbia ansiosa derivante dalla minaccia della perdita.

Interventi terapeutici differenziati riguardano il risentimento espresso da turbative e ostilità di soggetti *invidiosi*, bramosi di ottenere con avidità astiosa i vantaggi che l'alterità possiede.

Per ordinare libri e le videocassette: Sovera Multimedia srl - Via V. Brunacci, 55 - 00146 Roma - Tel. 06.5585265 - 5562429 - 06.5580723 - [www.soveraedizioni.it](http://www.soveraedizioni.it)

Per ricevere gratuitamente il catalogo illustrativo dell'autoformazione in VIDEO, dei corsi e delle pubblicazioni scientifiche telefonare ai seguenti numeri:  
**Tel. 06 54 13 513 - 06 59 26 770 - 06 54 22 50 60 - 06 51 43 54 34**  
Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma - Sito Internet: <http://www.aspic.it> - E-mail [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)



La condizione di equilibrio psicofisiologico è spesso perturbata da fenomeni stressanti derivanti da intensi e prolungati stimoli interni e/o esterni.

Specifici strumenti di misurazione risultano utili per la valutazione dell'esaurimento professionale, il *burn-out*.

Interventi clinici personalizzati in ambito psicoterapeutico vengono prescritti per il carico emozionale eccessivo e/o cronico.

Per ordinare libri e le videocassette: Sovera Multimedia srl - Via V. Brunacci, 55 - 00146 Roma - Tel. 06.5585265 - 5562429 - 06.5580723 - [www.soveraedizioni.it](http://www.soveraedizioni.it)

Per ricevere gratuitamente il catalogo illustrativo dell'autoformazione in VIDEO, dei corsi e delle pubblicazioni scientifiche telefonare ai seguenti numeri:  
**Tel. 06 54 13 513 - 06 59 26 770 - 06 54 22 50 60 - 06 51 43 54 34**  
Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma - Sito Internet: <http://www.aspic.it> - E-mail [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)

## 2.2 Dietro il doping

*di Maria Assunta Zappia, Claudia Montanari*

### Introduzione

Il significato di attività sportiva è vivere lo sport in modo sano e salutare, cioè ottimizzare la propria qualità di vita. Attraverso lo sport infatti si ha la possibilità di ottenere una maggiore conoscenza di sé a tutti i livelli, sia a un livello strettamente fisico, quindi capacità complessiva d'azione, sia a livello cognitivo/emotivo.

Conoscersi vuol dire aumentare la consapevolezza delle proprie capacità, ma anche dei propri limiti, che, una volta conosciuti, possono essere adeguatamente accettati e, se possibile, superati. Inoltre la pratica sportiva favorisce l'interazione e la relazione, crea una solida rete e concede possibilità di confronto all'interno di gruppi eterogenei.

Questo concetto però negli anni è stato esasperato, tanto da spingere gli atleti a prestazioni sempre più elevate, oltre le proprie possibilità fisiche.

Gli sportivi soffrono dell'incalzante aspettativa sociale che tende a mitizzarli, le competizioni sono sempre più ad alti livelli, corredate da enormi business, rendono inarrivabili le prestazioni richieste per cui la via del doping si è resa fortemente presente.

Negli ultimi anni l'uso, l'abuso e la dipendenza da steroidi e quant'altro sono crescenti; inoltre nuove e diverse sostanze sono state immesse in commercio e c'è stato un aumento del traffico illecito. Oramai il fenomeno si è così diffuso da diventare prioritario sia sul piano sanitario, per i gravi danni psicofisici, sia sul piano sociale, per la crescita esponenziale dell'illegalità. Inoltre la strada del doping non è più circoscritta ai soli atleti agonisti, ma coinvolge anche sportivi amatoriali che desiderano migliorare il proprio aspetto estetico, ballerini, e perfino gli atleti della domenica mattina.

### Gli steroidi anabolizzanti androgeni (AAS) e il DSM IV

L'uso di steroidi anabolizzanti, fino a pochi anni fa, era un fenomeno che interessava solo atleti professionisti. Oggi, dallo studio compiuto dalla letteratura internazionale, si evince come l'uso di queste sostanze si sia spostato allo sport amatoriale (frequentatori di palestre e simili), fino ad arrivare in ambiti occupazionali particolari (ballerini, attori, modelli, esteti) e a persone che per la loro attività lavorativa necessitano di un fisico ben strutturato muscolarmente.

In seguito a questo spostamento d'uso, agli effetti collaterali devastanti e al risalto dato dai mass media alle notizie riportanti casi di morte per uso di anabolizzanti, si rafforza l'esigenza di porre una maggiore attenzione a questo fenomeno.

Gli AAS (steroidi anabolizzanti androgeni) sono una famiglia di farmaci che comprende il testosterone, l'ormone naturale maschile, e dozzine di suoi derivati sintetici sviluppati nel corso degli anni '50 (Pope-Brower in press).

Gli AAS esercitano un effetto al livello del sistema nervoso centrale e manifestano proprietà di rinforzo in modelli animali, attivando i neuroni dopaminergici del Nucleus Accumbens e per questo motivo è stato proposto il loro inserimento nel DSM.

Il DSM IV, nel capitolo "Disturbi correlati a sostanze", inserisce gli steroidi anabolizzanti tra le "sostanze diverse o sconosciute" che hanno effetti psicoattivi. Sono definiti come sostanze che producono un senso di benessere o di euforia, cui si sostituisce, dopo l'uso ripetuto, mancanza di energia, irritabilità ed altre forme di disforia.

L'uso continuo può condurre a sintomi psichiatrici gravi, ad esempio sintomatologia depressiva, oltre che ad alterazioni importanti delle condizioni fisiche generali (Camaioni-Franco-Pugliese-Biondi-Rezza, 1997). Una delle difficoltà d'intervento, con soggetti che fanno uso di anabolizzanti, è che raramente richiedono un trattamento, poiché non considerano l'uso che fanno un disturbo; lo ritengono una prassi positiva e normale, associata all'esercizio fisico, ed hanno difficoltà a considerare tali sostanze come effettivamente pericolose, da richiedere un trattamento psicologico o psichiatrico.

Questo grave fenomeno, che ha oramai assunto enormi dimensioni, è stato riconosciuto come problema sociale. Alcuni Paesi, dove il fenomeno si è diffuso prima e più rapidamente, già negli anni '90 hanno intrapreso programmi di prevenzione e sensibilizzazione. Nel 1991 in USA gli steroidi anabolizzanti sono stati inclusi nella "Schedule III" del *Controlled Substances Act*, tra le sostanze medicinali cui è stato anche riconosciuto un potenziale d'abuso e che possono condurre a dipendenza fisica o psicologica. In Australia la Campagna Nazionale contro l'abuso di droghe esiste dal 1985, ma è solo dalla più recente evoluzione di questa (la Strategia Nazionale contro le droghe, 1993-1997) che è stato bandito l'uso di sostanze anabolizzanti. In Inghilterra, l'estensione del fenomeno e la consapevolezza della rilevanza del problema a livello sanitario e sociale, e non solamente sportivo, ha portato, nel 1996, il governo a inserire gli steroidi anabolizzanti all'interno del *Misuse of Drugs Act*. Inoltre, nella regione del North West dal 1991 è stato istituito, grazie ad un fondo governativo, il *Drugs & Sport Information Service* (DSIS), telefono informativo e di consulenza, che si occupa esclusivamente di steroidi anabolizzanti e delle altre droghe usate per aumentare la performance. Questo servizio, con sede a Liverpool, pur coprendo solamente l'area delle regioni del Merseyside e Greater Manchester, ha ricevuto nel 1996 più di 4000 telefonate sugli steroidi sia da parte di tossicodipendenti che da parte di operatori del settore. È importante notare che il servizio telefonico non ha mai goduto di una campagna pubblicitaria e che le telefonate sono pervenute esclusivamente tramite passaparola tra gli utenti stessi. L'attività del *Drugs & Sport Information Service* non si limita all'informazione telefonica sui rischi dell'abuso di steroidi anabolizzanti, ma si estende anche alla consulenza sulle alternative nutrizionali e sugli allenamenti efficaci per raggiungere gli stessi risultati senza usare sostanze, alla prevenzione e alla formazione di operatori (psicologi, medici, insegnanti, allenatori, operatori sociali) specializzati in questo settore (Camaioni-Franco-Pugliese-Biondi-Rezza, 1997).

La maggior parte dei farmaci d'abuso convenzionali, i quali danno vita ad un effetto di rinforzo immediato in forma d'intossicazione entro alcuni minuti ed ore dall'ingestione, sono molto diversi dagli AAS. Il soggetto che assume e fa uso di anabolizzanti cerca un rinforzo a lungo termine, ad esempio nella forma di un corpo più muscoloso, per ottenere un successo atletico, o suscitare ammirazione da parte dei pari o da potenziali partner sessuali.

Un aspetto da sottolineare è che i consumatori di queste sostanze hanno poca considerazione dei medici; infatti guide illegali e siti internet abbondano di commenti sprezzanti sui professionisti della salute e con qualche giustificazione. Per decenni, i medici hanno affermato che utilizzare gli anabolizzanti non era efficace per l'incremento delle masse muscolari.

Questa affermazione, fondata su anni di studi fortemente invalidati, ha minato tra molti atleti la credibilità dei medici (*Pope-Brower in press*). Oggi la maggior parte dei professionisti della salute riconosce l'efficacia degli AAS sull'ottenimento delle masse muscolari,

ma rimangono disinformati sul grado e sulla sub-cultura dell'utilizzo di tali sostanze; disconoscono modi e utilizzo all'interno di alcuni centri sportivi (sopradossaggi, tecniche per assimilazione ed escamotage per bypassare test antidoping); fino al paradosso di colleghi medici compiacenti che consigliano e prescrivono l'uso di anabolizzanti trascurando gli effetti collaterali disastrosi. In base a queste considerazioni, è del tutto comprensibile che i soggetti assuntori di anabolizzanti chiedano raramente un trattamento per cessare la loro assunzione.

Nonostante ciò, diverse situazioni specifiche portano queste persone all'attenzione dei professionisti della salute (medici, psicologi, psichiatri) e quindi possono essere presi in considerazione tentativi di trattamento.

Tra le situazioni più comuni, che portano atleti assuntori di steroidi anabolizzanti alla consulenza di uno specialista per la salute, troviamo:

- Sindrome da dipendenza da AAS;
- Sindromi maniacali e ipomaniacali durante l'esposizione ad AAS;
- Sindrome da depressione e ansia associata dall'astinenza da AAS;
- Progressione da uso di AAS all'abuso e dipendenza da oppiacei;
- Disturbi da dismorfismo corporeo (dismorfofobici) associati all'uso di AAS;
- Comportamenti illegali, quali casi di violenza o criminalità, indotte da AAS.

### Steroidi anabolizzanti androgeni e dipendenza

Le persone che utilizzano ed assumono anabolizzanti hanno una percezione inadeguata del proprio corpo, che non è mai vissuto come abbastanza grande e forte. Questo è causa di una gestione pericolosa di sé, che spinge sempre più l'assuntore a nuovi irraggiungibili traguardi (Brower 1993). L'uso spesso è non medico, con preparazioni non farmaceutiche realizzate in laboratori illeciti, del Messico e dell'Europa dell'Est; scarse sono le condizioni igieniche e la qualità delle sostanze prodotte, che aumentano il rischio di contrarre infezioni (Brower, 1995).

Spesso si tratta di sostanze ad uso veterinario, etichettate in modo falso, e inoltre le persone che ne fanno uso stabiliscono, il più delle volte da sole, dosaggi e tempi, mettendo a rischio la propria salute (ricordiamo che vi sono stati numerosi casi di decessi anche durante le competizioni).

Queste indicazioni sulle modalità d'uso, trasmesse tramite i semplici passa parola, portano a dosaggi di steroidi anche cento volte maggiori di quelli per uso medico (Pope-Katz 1988; Perry-Wright-Littlepage, 1992).

Le forti dosi di somministrazione, l'uso arbitrario e il ricorso al mercato nero per recuperare le sostanze portano i soggetti consumatori a rispondere ai criteri del DSM IV per la dipendenza (Brower, 2002).

Pope e Brower (in press) ipotizzano un modello a due stadi per la dipendenza da AAS. Nello stadio 1, gli atleti che usano anabolizzanti sono focalizzati principalmente sul miglioramento della loro prestazione ed immagine corporea, attraverso l'aumento delle masse muscolari e della forza; a questo livello, troviamo un allenamento ed una dieta con proprietà compulsive. A causa della natura compulsiva dell'assunzione del farmaco, può sembrare che il soggetto che fa uso di anabolizzanti risponda ai criteri del DSM IV-TR per la dipendenza da sostanze. Questo stato può essere facilmente spiegato senza appellarsi alle proprietà psicoattive degli anabolizzanti, poiché questi sono fortemente "mioattivi" e, se

associati ad una dieta adeguata e ad allenamento appropriato, aiutano l'atleta che ne fa uso a raggiungere l'obiettivo muscolare programmato.

In questo stadio, più che un trattamento per la dipendenza sarebbe necessario un intervento per un disturbo dismorfofobico (dismorfia muscolare) (Pope-Gruber-Choi, 1997).

Successivamente, sostengono gli autori, gli assuntori di AAS svilupperanno una dipendenza di stadio 2, dovuta ad una esposizione cumulativa di alti dosaggi e a vulnerabilità genetica. Queste dosi elevate di anabolizzanti stimolano il sistema di rinforzo cerebrale che, all'interruzione di assunzione, portano il manifestarsi di sintomi da astinenza: in questo stadio gli atleti assumeranno gli anabolizzanti sia per il loro effetto psicoattivo, sia per quello mioattivo.

La dipendenza da stadio 2 è simile a quella di altri farmaci d'abuso tradizionale e risponde formalmente ai criteri del DSM IV-TR per la dipendenza da sostanze; inoltre questi soggetti possono avere, in comorbidità, dipendenze da altre sostanze, come ad esempio alcool, oppiacei, stimolanti.

### **Steroidi anabolizzanti androgeni: mania, ipomania e depressione da sospensione**

“Sintomi maniacali ed ipomaniacali sono causati, per alcuni soggetti, dall'assunzione di AAS, spesso accompagnati da comportamento violento, molto raramente da sintomi psicotici (Pope-Katz, 1988/1994/2003). Questi effetti sono rari in soggetti che assumono l'equivalente di 300 mg. di testosterone a settimana o meno, ma con dosi maggiori diventano progressivamente più comuni, in particolare con dosi superiori ai 1000 mg./settimana”.

Alcuni ricercatori, inizialmente, si chiesero se gli effetti fossero dovuti realmente agli AAS piuttosto che ad aspettative variabili nella personalità o a influenze culturali (Bahrke-Yesalis, 1994; Riem-Hursey, 1995).

Recentemente, diversi studi hanno dimostrato che queste sindromi possono svilupparsi anche in “volontari” sani che assumono dosi elevate. Gli episodi ipomaniacali o maniacali sembrerebbero attenuarsi alla sospensione di anabolizzanti; spesso però, in concomitanza della sospensione di queste sostanze, può verificarsi la cosiddetta “sindrome da sospensione” che è prevalentemente di natura depressiva e include sintomi quali:

- ↳ stanchezza;
- ↳ anoressia;
- ↳ insonnia;
- ↳ riduzione della libido;
- ↳ depressione del tono dell'umore;
- ↳ desiderio di assumere più anabolizzanti (craving) (Brower, 2000).

Essa perdura per varie settimane e in genere non richiede un trattamento farmacologico specifico, tuttavia si possono sviluppare sintomi depressivi persistenti o gravi, talvolta accompagnati da ideazione suicida.

### **Steroidi anabolizzanti androgeni e legalità**

Uno studio di Shulte-Hall-Boyer (1993) ha messo in evidenza le conseguenze sociali da uso di steroidi; oltre alla sintomatologia psichiatrica, si aggiungono alterazioni comportamentali. Gli autori riportano esempi di violenza domestica, danni alla persona, alla proprietà ed effetti criminogeni.

Come si evince da questi studi, un'altra modalità dei consumatori di anabolizzanti di giungere all'attenzione clinica è attraverso vicende legali; in particolare, individui spesso privi di anamnesi di disturbo psicologico-psichiatrico, senza precedenti di violenza o comportamenti criminosi, divengono insolitamente violenti e, quando intossicati da AAS, talvolta commettono omicidi (Pope-Katz, 2003).

In alcuni di questi casi manca la diagnosi di AAS, poiché tale possibilità non è stata mai considerata.

L'uso di steroidi anabolizzanti androgeni può essere sospettato in qualunque uomo insolitamente muscoloso arrestato per comportamento violento, in particolare se la violenza non fa parte della sua personalità. Nei casi in cui l'uso di anabolizzanti sia apertamente riconosciuto dall'imputato e sembra essere stato un chiaro fattore precipitante il comportamento criminoso, può essere richiesto ai medici forensi di fornire un parere sul fatto che l'imputato abbia "un'intossicazione involontaria" o "capacità ridotta" dall'uso di steroidi anabolizzanti (Bidwell-Katz, 1989).

### Ricerche ed osservazioni di effetti psicotici in assuntori di steroidi anabolizzanti androgeni

"Pope e Katz (1988) hanno osservato gli effetti psicotici associati all'uso di anabolizzanti in due soggetti che avevano richiesto il ricovero in ospedale. Il primo soggetto era un uomo di 40 anni al quale erano stati prescritti 10 mg di metiltestosterone per 2 volte il giorno in seguito ad un'impotenza idiopatica. Dopo due settimane di trattamento il soggetto ha presentato depressione maggiore, delirio di riferimento, allucinazioni visive ed uditive. Il secondo soggetto era un uomo di 22 anni, bodybuilder che aveva assunto 15 mg di metandrostenolone per 2 cicli di 8 settimane. Alla fine del secondo ciclo ha riportato forti sintomi depressivi e, in seguito, paranoia e delirio religioso (Brower, 1995). I due pazienti furono trattati con neurolettici e rapidamente riportarono una remissione dei sintomi. È importante mettere in evidenza come nessuno dei due pazienti avesse lamentato problemi psichiatrici prima di quest'episodio. Tutti e due, senza altre esposizioni a steroidi, sono rimasti psichiatricamente normali per più di due anni di follow-up. Si può quindi pensare che la causa scatenante dell'episodio psicotico sia stata l'assunzione di anabolizzanti. Altri approfondimenti di queste osservazioni sono stati compiuti sempre da Pope e Katz nel 1987 e nel 1988. Nel primo studio sono state reclutate, attraverso avvisi posti nelle palestre di Boston e di Los Angeles, 31 persone che usavano steroidi anabolizzanti. La diagnosi psichiatrica fu fatta usando un'intervista clinica strutturata. Sette soggetti riportarono sintomi psicotici quali allucinazioni uditive, delirio di riferimento, di grandezza, di gelosia, comportamenti maniacali e depressione. Per nessuno di questi soggetti era stato possibile riscontrare sintomi psicotici, nemmeno a livello latente, prima dell'uso di anabolizzanti. Il secondo studio è stato condotto con la stessa metodologia su 41 bodybuilders e giocatori di football, assuntori di steroidi anabolizzanti. Il 22% dei soggetti intervistati presentava sintomi di una sindrome distimica e il 12% sintomi psicotici quali depressione, allucinazioni, deliri e comportamenti maniacali. In generale si evidenzia come l'euforia ed i comportamenti maniacali siano associati ai cicli d'uso, mentre la depressione si presenta durante l'astinenza. Non sono riportate informazioni rispetto alla condizione psicologica precedente l'uso di steroidi. Brower, Pope e Katz, in due studi del 1992, riportano percentuali più basse di effetti psicotici in assuntori di steroidi anabolizzanti".

## Il “potere” nella relazione

Anche sul pianeta sport la qualità della relazione è fondamentale. È anche vero che il settore tecnico sportivo, riguardo alla preparazione degli atleti, prevede una specifica relazione: tra l'istruttore preparato (cui sono riconosciute competenze teoriche e tecniche) ed uno o più atleti (i quali si fidano e si affidano; chiedono l'aiuto professionale ad una figura competente per poter raggiungere i propri obiettivi e scopi al fine di un risultato soddisfacente).

In questa specifica relazione, gli atleti/sportivi si fidano e si affidano al loro istruttore, il quale in quel preciso momento diventa un modello, punto di riferimento e detentore di un potere che gli è stato attribuito.

In questa posizione così preziosa e delicata, alcuni istruttori scelgono di esercitare il potere della fiducia gestendolo adeguatamente per il conseguimento degli obiettivi concordati; altri, purtroppo, si spingono fino alla messa in atto di un vero e proprio “abuso di potere”.

L'abuso di potere in qualche modo è legato al concetto di autorità. L'autorità è connessa alla conoscenza di cui l'altro è ritenuto depositario, l'istruttore è visto come onnipotente dall'atleta, e spesso quest'idea illusoria d'onnipotenza è incoraggiata da alcuni istruttori (forse per bisogni di potere irrisolti).

Tali comportamenti non fanno che accrescere nell'atleta la tendenza a subordinarsi all'autorità, al potere dell'istruttore, favorendo l'incastro in una spirale perversa.

Questa enorme attribuzione di potere, oltre che di sapere, rende sempre più facile e stabile la possibilità d'influenza da parte dell'istruttore, dal quale l'atleta pensa di poter apprendere molto ed ottenere facilmente i cambiamenti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Allo stesso tempo, l'istruttore si nutre di gratificazioni nell'offrire con bravura esperienza tecnica e risultati positivi. Se il professionista istruttore non è sufficientemente consapevole della grande responsabilità e della particolare relazione instauratasi con i suoi atleti, i quali gli hanno fiduciosamente affidato la loro persona, talvolta è difficile che non rimanga sedotto dalla tentazione d'incrementare le gratificazioni che arrivano da un altro che ci idealizza. E così, pur di ottenere risultati, mette in atto comportamenti “abusanti” e deontologicamente scorretti, quali ad esempio la scorciatoia del doping.

Quali sono le cause che intervengono nel modificare la relazione “d'aiuto” atleta/istruttore? Cosa indebolisce l'istruttore nello svolgere il suo ruolo professionale e deontologicamente corretto? Cosa lo spinge a proporre l'utilizzo di sostanze illecite?

Una delle cause di questa relazione alterata tra atleta ed istruttore è la violazione dei confini; tale sconfinamento avviene quando il proposito del programma originale d'allenamento, per raggiungere l'obiettivo preposto, è cambiato in forma e modalità, inadempiendo così il contratto originale. Apparentemente i cambiamenti apportati, per l'istruttore abusante del potere conferitogli, sono giustificati dalla maggiore facilità e raggiungibilità del risultato, nonché dalla possibilità d'utilizzo di una gamma ampia di “strumenti d'intervento” per il programma d'allenamento. Gli strumenti d'intervento spesso usati da questi “istruttori” sono gli steroidi anabolizzanti. Alcune delle cause che possono veicolare il comportamento abusante dell'istruttore e il proporre l'utilizzo di AAS sono le seguenti:

- **Scarsa preparazione:** insufficiente preparazione professionale e scarsa informazione e consapevolezza degli effetti di tali sostanze e insufficiente conoscenza di significato d'illecito sportivo. In questa particolare situazione, l'istruttore mette in atto difese di tipo narcisistico e grandiosità, negando così la sua mancanza di preparazione. L'istruttore disconosce la realtà e mette in atto tutti quei pensieri che preservano l'immagine di sé come

professionale e competente (per esempio: io so quello che faccio; sono anni che esercito questo lavoro; non ho bisogno di chiedere consiglio ad altri professionisti): processo primario di pensiero. In quest'area troviamo spessissimo istruttori anche in altre professioni quali ad esempio il dietologo.

✎ **Controllo onnipotente:** il bisogno irresistibile di provare un senso di potere sull'atleta. La ricerca di gratificazione dell'onnipotenza per l'istruttore, aver potere sugli altri come preoccupazione centrale, sposta in secondo piano ogni tipo di preoccupazione etico-sanitaria.

✎ **Identificazione proiettiva:** l'istruttore rimane incastrato dalle tensioni indotte da quest'identificazione, regredendo così ad un processo di pensiero primitivo. La descrizione sintetica di Ogden (1982, p. 18) sull'identificazione proiettiva chiarisce bene il concetto: *“Nell'identificazione proiettiva il paziente non si limita a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle proprie passate relazioni oggettuali; in aggiunta il terapeuta è anche fatto oggetto di pressioni intense a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasia inconscia del paziente”*. In altre parole, l'atleta proietta sull'istruttore (oggetti interni) la sua fantasia di potere, sapere, perfezione, idealizzazione e onnipotenza, come se l'istruttore avesse gli stessi introietti. Questo incastro fa perdere all'istruttore, spingendolo a sperimentarsi come tale fantasia, l'idea di se stesso come persona coerente ed in pieno controllo, capace di applicare con professionalità i suoi metodi d'allenamento professionalmente corretti.

✎ **Motivi economici:** l'istruttore che abusa del suo potere nei confronti dell'atleta, spesso propone l'utilizzo di AAS per i propri fini economici. Non di rado nelle palestre istruttori irresponsabili prescrivono e vendono queste sostanze. Due possono essere le vie del mercato economico: la prima, dall'immediato ricavato dalle vendite illecite di farmaci procurati dal mercato nero fatta in palestra agli allievi con prezzi ingenti; la seconda, spingendo un atleta a gareggiare “bombardato” da AAS, si facilita la sua scalata al podio, probabilmente ottenendo vincite in denaro, pubblicità per il centro sportivo e per l'istruttore che ha portato in vetta l'atleta e ottenendo di conseguenza l'incremento di nuovi potenziali iscritti. In tutto questo, l'istruttore perde di vista l'atleta come persona, sfruttandolo per i propri fini personali economici, non tutelandolo dal punto di vista sanitario, né dal punto di vista etico sportivo, predisponendolo a “bruciarsi” come atleta.

Il significato migliore da dare al ruolo dell'istruttore ed al processo d'allenamento, è quello di “aver cura” o meglio, come sostengono Moravia (1997) e Callieri (1994), “prendersi cura”. Questo concetto del prendersi cura si può allargare dalla psicoterapia alla dinamica relazionale sportiva, specificandolo attraverso la definizione di Moravia (1997): *“In questi modi di dire, la cura rimanda non già a qualche sistema dottrinale predeterminato, bensì ad una sensibilità a un impegno che spinge l'io ad occuparsi dell'altro soprattutto un altro in difficoltà”*.

Condividendo l'affermazione di Moravia, concludiamo aggiungendo che l'istruttore dovrebbe occuparsi dell'atleta, prendersene cura e non utilizzarlo e sfruttarlo intradandolo al doping. Abbiamo visto quanto sia importante la relazione istruttore/atleta e nello stesso tempo quanto sia potente. Per il raggiungimento degli obiettivi sportivi, si passa inevitabilmente attraverso una particolare dinamica relazionale (Giusti, 1989) e lo sviluppo di una sana alleanza. Il rapporto che s'instaura tra istruttore e atleta, la sua qualità e la sua forza sono un potente agente nel determinare un cambiamento sia personale che per fini strettamente

sportivi. L'allenamento, in quanto processo, va inteso anche come un'intensa esperienza emotiva, cognitiva e d'apprendimento. In base a quanto appena detto, si evince che uno "strumento" così influente come la relazione professionale istruttore/atleta, se "utilizzata" da persone incompetenti, senza scrupoli o privi di un sano equilibrio e controllo di sé, può essere fortemente nociva.

### I.R.B. Italia Promozione Fitness

L'Istituto Ricerche Biochimiche I.R.B. Italia nasce nel 1993 da un'équipe di biologi e medici da sempre impegnati contro il fenomeno doping nello sport.

L'uso di sostanze proibite nella pratica sportiva è una realtà con cui il CONI si deve continuamente scontrare, perfezionando sempre più i test di rilevazione antidoping (Barreca, 2001).

L'I.R.B. Italia, dice Barreca, ritiene indispensabile, come forma di prevenzione primaria, il lavoro educativo svolto da palestre e centri sportivi che, attraverso una sana pratica sportiva, l'integrazione naturale e l'informazione sanitaria, portano i propri atleti agonisti ed amatoriali a "pensare naturale".

Sulla scia di quest'idea, dal 1996 l'I.R.B. Italia, oltre a seguire circa duemila sportivi ogni anno in tutta Italia, attraverso programmi dietetici specifici con il fine di migliorare la prestazione atletica, ha aperto un centro didattico formativo organizzando corsi per istruttori sportivi con l'intento di dare insegnamento scientifico a tutti coloro che desiderano operare nel mondo dello sport. Certi che solo attraverso lo studio e l'arricchimento del bagaglio delle proprie conoscenze si possa ottenere il massimo risultato sportivo, escludendo da questo l'utilizzo di sostanze dopanti, l'I.R.B. Italia si avvale della collaborazione di professionisti esperti (biologi, psicologi, dietologi, cardiologi), per dare il via alla formazione e all'addestramento di quei giovani che decidono di intraprendere la professione di istruttore sportivo. Credendo nella continua formazione per una crescita in divenire dei professionisti sportivi, la formazione degli istruttori non si ferma solo alla frequenza dei corsi delle singole discipline, in cui ciascun soggetto decide di specializzarsi, ma sostiene la preparazione dei suoi istruttori, garantendo loro annualmente master d'aggiornamento e specializzazione, training esperienziali, convegni, seminari, supervisioni. Il concetto formativo dell'I.R.B. Italia non è la periferica partecipazione agli aggiornamenti dei suoi istruttori o altri operatori del settore, ma il coinvolgimento attivo di questi, garantendo loro così un sicuro addestramento e lo sviluppo di rete.

Il concetto di rete è uno degli elementi di cui l'I.R.B. si avvale per la promozione del benessere del soggetto all'interno dello sport, prevenendo l'utilizzo e lo smercio di sostanze dopanti (sport welfare). È attraverso il lavoro sociale di rete (*social network*) che si potenzia la strategia preventiva e riabilitativa, valorizzando le risorse dei singoli individui, dei gruppi e dei centri sportivi. Questa è una strategia finalizzata al rafforzamento delle sinergie della rete, basata sul rafforzamento dell'identità professionale dei singoli e parallelamente sull'incremento di riferimenti multidisciplinari, per far fronte a difficoltà o a programmi mirati. Per promuovere un maggior grado di coordinazione della rete è importante che vi sia un accordo strategico sui reciproci ruoli ed aree di competenza. L'I.R.B. Italia sottolinea l'importanza della presenza di istruttori professionalmente preparati e formati all'interno dei centri sportivi, come elemento cardine per un'ottima prevenzione e strutturazione di un ambiente che sia esempio di sanità e benessere. La palestra ed i suoi collaboratori non

devono mai trasmettere false ideologie, né attraverso l'uso di sostanze dopanti, né, come spesso accade, attraverso poster o immagini varie che illustrano figure irraggiungibili, come Mister Olympia, Wrestler, Mister Universo ed altri; tutte manifestazioni queste dove non vi è controllo antidoping (Barreca, 2001). La politica antidoping che segue l'I.R.B. Italia è molto chiara: oltre al consistente lavoro educativo che viene fatto sia dal personale sanitario che dagli istruttori nei confronti dell'atleta, sono effettuati dei test antidoping. La sospensione sportiva è applicata nel momento in cui i valori di dosaggio ormonali risultano al di fuori del range di normalità, come ad esempio per la valutazione dei livelli di ematocrito, nel ciclista, superiori ai valori normali:

- Soffre di una patologia?
- Ha fatto uso di eritropoietina (EPO)?

È chiaro che l'atleta è sospeso per il bene della sua salute, non per un illecito comprovato.

Oltre alla grande coordinazione nella rete per un accordo strategico mirato alla prevenzione, al benessere e alla riabilitazione; oltre alla formazione e alla professionalità degli istruttori e delle strutture sportive; oltre alla politica formativa ed antidoping dell'I.R.B. Italia; oltre a tutto ciò, nasce spontanea l'esigenza di manifestazioni agonistiche, in campo nazionale, che permettano agli atleti di poter ottenere risultati e gratificazioni, coltivando la propria passione sportiva, senza dovere per forza scendere a compromessi. Il realizzarsi di campionati regionali, nazionali, grand prix e tour europei, da parte dell'I.R.B. Italia, è il massimo risultato organizzativo raggiunto in questi anni nelle seguenti discipline: body building e ginnastiche aerobiche sia maschili che femminili.

## Conclusioni

Si è visto come tra gli sportivi agonisti o amatoriali, fino ad arrivare a comuni cittadini che praticano attività sportiva, allo scopo di raggiungere una forma fisica "perfetta" o per pura esigenza estetica e/o prestazioni ad altissimo livello, sia frequente l'utilizzo di sostanze illecite senza considerare le gravi conseguenze alla salute.

Poiché l'obiettivo di tutte le attività sportive è il *benessere psicofisico*, è fondamentale che vi siano all'interno dei centri sportivi degli istruttori adeguatamente formati, professionali, non solo nelle tecniche d'allenamento ma addestrati a far fronte al problema doping. Far fronte a tale problema significa portare i propri atleti agonisti ed amatoriali a "pensare naturale", attraverso una sana pratica sportiva, l'integrazione naturale e l'informazione sanitaria.

La qualità della relazione è importantissima anche nel settore sportivo. Ricordiamo che:

- all'istruttore sono riconosciute conoscenze teoriche e tecniche;
- l'istruttore diventa figura di riferimento primaria a cui chiedere aiuto;
- ci si fida dell'istruttore e ci si affida a lui per poter raggiungere i propri obiettivi e scopi con risultati soddisfacenti.

Rappresenta, quindi, uno dei punti cardine di prevenzione per il problema doping. L'istruttore farà prevenzione primaria per chi si appresta per la prima volta ad attività sportive o agonismo; prevenzione secondaria nel caso in cui vi siano soggetti che fanno uso di sostanze dopanti (o hanno smesso), che hanno bisogno di un recupero e che hanno sviluppato malessere o sintomatologia specifica, poiché possono indicare strategie, inviando a professionisti che si occupano della riabilitazione da doping.

La motivazione presente negli atleti è un fattore che si dovrà tenere in considerazione,

poiché è influenzata dai rinforzi forniti da persone per loro significative, ma anche dal contesto sociale in cui il giovane agisce, perché la strutturazione di tale ambiente favorisce l'assunzione di specifici orientamenti motivazionali.

A livello sociale, così com'è anche emerso dai dati presenti nell'appendice A del testo *Viaggio nel mondo degli steroidi anabolizzanti* (Zappia, in stampa), è presente una certa tolleranza rispetto al consumo di sostanze dopanti, poiché non è chiara la reale dimensione di pericolosità. Il doping è visto per lo più come frode sportiva al fine di una competizione e quasi mai come pericolo per la salute. La sospensione dell'atleta avviene, come spiegano i professionisti I.R.B. Italia, innanzi tutto per tutela della salute, poiché i valori ematochimici sono al di fuori del range di normalità e solo successivamente si parlerà d'illecito sportivo. Comunque, il peso che i media danno alle notizie riguardo alla sospensione degli atleti per doping è sempre di frode sportiva, mentre l'aspetto della compromissione della salute passa in secondo piano sminuendo inevitabilmente la pericolosità.

Quel che si deve evidenziare, rispetto al fenomeno doping, è la *persona* dell'atleta, al di là di qualsiasi provvedimento disciplinare previsto che è giusto applicare, poiché ci troviamo di fronte ad un vero e proprio allarme sanitario per gravi danni psicofisici.

L'atleta, professionista o amatoriale che sia, è caratterizzato da tratti di personalità ed esperienze evolutive ben precise che possono favorire o meno, per le loro peculiarità, l'approccio al doping. Spesso questi soggetti sono vittime delle loro fragilità e del mancato rapporto con la propria identità; cercano di raggiungere un'immagine di sé idealizzata ed inarrivabile perché inesistente; altre volte gli atleti subiscono il tradimento della fiducia riposta nei loro preparatori: “*Sin dall'età di undici anni venivamo rimpinzate ogni giorno di pasticche colorate, ci dicevano che erano vitamine. Non ho saputo cosa fossero fino a quando, anni dopo, un'analisi del sangue in ospedale rilevò la presenza di ormoni maschili...*” (appendice C *Viaggio nel mondo degli steroidi anabolizzanti* Zappia, in stampa).

Un progetto d'intervento e un piano di trattamento basato su un approccio pluralistico integrato è presente all'interno del testo *Viaggio nel mondo degli steroidi anabolizzanti* (Zappia, in stampa).

L'intervento mette in rilievo l'importanza della collaborazione di diversi professionisti esperti (psicologi, psicoterapeuti, dietologi, biologi, istruttori) che lavorano in sinergia per raggiungere un obiettivo comune. L'intervento psicoterapico integrato non s'interessa solo dell'atleta, ma anche del suo rapporto con il mondo ed il contesto sportivo.

Viste tutte le variabili che intervengono nel fenomeno doping (tratti o disturbi di personalità, contesto, processo evolutivo, identità corporea ecc), questo modello d'intervento elaborato, che esplica la prassi ed il processo delle tappe evolutive gestaltiche, è sicuramente d'elezione per i soggetti abusanti di sostanze dopanti poiché:

- sollecita l'autoaccettazione dell'atleta per quello che è e non per le sue prestazioni o la sua fisicità;
- lo induce a sperimentare il reale piuttosto che l'immaginario;
- dirige l'attenzione dell'atleta verso i sentimenti e pensieri esperiti nel qui ed ora e non verso il passato o il futuro.

Il confine tra pratica lecita ed illecita è molto sottile, solo attraverso la professionalità degli istruttori sportivi ed operatori sanitari, uniti da lealtà sportiva, si potrà evitare la compromissione personale e professionale del giovane sportivo, evitando tra l'altro, di mettere “in gioco” e a rischio la propria vita.

## Bibliografia

- Aa.Vv., (2000), *Alle radici della dipendenza: condizioni predittive e correlati biologici. Medicina delle tossicodipendenze. Anno VII pp. 26-27*
- Bahrke M.S., et.al., (1992) *Psychological moods and subjectively perceived behavioural and somatic changes accompanying anabolic-androgenic steroid use, Am J Sports Med. 20, pp. 717-724,*
- Bahrke M.S., (1994) Yesalis C.E., *Weight Training: a potential confounding factor in examining the psychological and behavioural effects of anabolic-androgenic steroids, Sports Med 18, pp. 309-318*
- Barreca A., (1998), *Integrazione naturale. Strategie alimentari per il fitness. I Edizione 2001, Edizione AZ, Reggio Calabria*
- Barreca A., (2001), *Integrazione naturale. Strategie alimentari per il fitness. II Edizione 2001, Edizione Officina Grafica, Villa S. Giovanni (R.C.)*
- Bidwell M., Katz D.L., (1989) *Injecting new life into an old defense: anabolic steroid-induced psychosis as a paradigm of involuntary intoxication, University of Miami Entertainment and Sports Law Review, 7, pp. 1-12*
- Brower K.J., (1995) *Anabolic steroids, Enc. of drug and alcohol, Macmillan, New York, 1, pp. 117-122*
- Brower K.J., (1995), *Anabolic steroids, Enc. of drug and alcohol, Macmillan, New York, 1, pp. 117-122*
- Brower K.J., (2002) *Anabolic steroids abuse and dependence, Curr Psychiatry Rep 4, pp. 377-387,*
- Brower K.J., (1993) *Anabolic steroids, Psychiatric Clinics of North America, 16 (1), pp 97-103*
- Brower K.J., Rootenberg J.H., (1999) *Counseling for substance abuse problems, in Counseling in Sports Medicine, Edited by Ray R., Wiese-Bjornstal D. Champaign, IL, Human Kinetics, pp. 179-204,*
- Callieri B., (1994), *“Curare” o “curarsi di”: Vera “responsabilità esistenziale” dello psicoterapeuta, Informazione, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria, Anno V p. 22, pp. 3-7*
- Maggio, Giugno, Luglio, Agosto
- Camoni L., Franco M., Pugliese L., Biondi M., Rezza G., (1997) *Gli steroidi anabolizzanti come sostanze d'abuso, Bollettino per le Farmacodipendenze e Alcoolismo, XX (4)*
- Giusti E., (1989), *La terapia del “con-tatto” emotivo, Riza Scienze, Febbraio, Milano*
- Montanari C., Longo C., (2005), *L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Percorsi formativi e terapeutici, Franco Angeli, Milano*
- Moravia S., (1997), *Filosofia e sofferenza umana, Kos, Nuova serie n. 137, 47-53* Febbraio
- Ogden T.H., (1982), *Identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica. Astrolabio. Roma. 1994*
- Pope H.G. Jr, Brower K.J., *Anabolic-androgenic steroid abuse, in Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII, edited by Sadock B.J. Sadock V.A., Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins (in press)*
- Pope H.G. Jr, Katz D.L., (1988) *Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use, American Journal of Psychiatry, 145, pp. 487-490*
- Pope H.G., Katz D.L., (1987) *Bodybuilder's psychosis, The Lancet, p. 863*
- Pope H.G. Jr, Katz D.L., (1994) *Psychiatric and medical effect of anabolic-androgenic*

*steroid use*, **Arch Gen Psychiatry**, **51**, pp. 375-382

**Pope H.G. Jr, Katz D.L., (1994)** *Psychiatric and medical effect of anabolic-androgenic steroid use: a controlled study of 160 athletes*, **Arch Gen Psychiatry**, **51**, pp. 375-382

**Pope H.G. Jr, Katz D.L., (2003)** *Psychiatric effect of exogenous anabolic-androgenic steroids*, in *Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice*, edited by **Wolkowitz O.M., Rothschild A.J.** Washington, DC, **American Psychiatric Publishing**, pp. 331-358

**Pope H.G. Jr, Gruber A.J., Choi P.Y., et al, (1997)** *Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder*, **Psychosomatics**, **38**, pp. 548-557

**Zappia M. A.,** *Viaggio nel mondo degli steroidi anabolizzanti (in stampa).*



# master in counselling aziendale

ing aziendale. master in counselling aziendale

# La psicologia nel trattamento dei tumori

## 3

### 3.1 Psiconcologia: un approccio integrato

di Claudia Stefano, Claudia Montanari

Sono molte le malattie che hanno afflitto l'umanità nelle varie epoche storiche. Nei tempi biblici, la malattia più temuta fu la lebbra; nel Medioevo e nel Rinascimento, fu la cosiddetta "morte nera", ovvero la peste, a sterminare migliaia di persone in Europa; nel corso del XIX secolo fu, invece, la "morte bianca", ovvero la tubercolosi, la principale responsabile delle sofferenze umane (Pitot H. C., 1994). Oggi, grazie al progresso della microbiologia e della farmacologia, le malattie infettive non spaventano più così tanto come avveniva in passato. Ad uccidere e terrorizzare gli animi è, però, il cancro (Pitot H. C., 1994). A partire dai primi tre decenni del Novecento il cancro rappresenta in tutto il mondo una delle principali cause di morte. *Ogni anno nel mondo si ammalano di tumore maligno circa 8 milioni di persone e nei paesi occidentali (Europa e Nord America) la percentuale di morti per neoplasia è intorno al 20%. Ai giorni nostri, infatti, in Europa e negli Stati Uniti, un individuo su tre contrae una neoplasia nel corso della sua vita ed un individuo su cinque decede a cagione di essa* (Li F.P., 1988). Anche in Italia, i dati statistici mostrano quanto sia elevato l'impatto sociale dei tumori in particolare: *i tumori si confermano essere la seconda più importante causa di morte (27% dei decessi totali) dopo le malattie del sistema cardiovascolare (43% dei decessi)*.

Se si considera che mediamente per ogni paziente almeno due familiari sono coinvolti nella vicenda umana e assistenziale e che l'iter della malattia impegna l'intervento di più medici, specialisti e tecnici per le necessità di assistenza multidisciplinare, possiamo farci un'idea di quanto la patologia neoplasica si imponga all'attenzione dell'opinione pubblica come un serio problema, che va ben al di là dello stretto ambito sanitario. Il cancro è una malattia che paralizza, annienta; è una minaccia alla propria identità ed integrità, al proprio equilibrio emotivo; è un fenomeno capace di stravolgere vite umane, non solo a livello fisico ma anche psicologico (Lemmi M., 2004). È una prova esistenziale sconvolgente che riguarda tutti gli aspetti della vita. Del resto, solo apparentemente la malattia è un'esperienza del corpo:

leso, rotto, da curare, da riparare. In realtà, la malattia non rappresenta mai un'esperienza solo biologica, così come non è mai un'esperienza solo individuale. La malattia è, piuttosto, un'esperienza che coinvolge (Crotti N., Scambia G., 2005):

- la psiche: ansie, aspettative, capacità/incapacità di accettazione, di reazione, di affidamento e di collaborazione con gli operatori, caratteristiche di personalità;
- la biografia: la fase della vita in cui la malattia interviene, l'eventuale ripetersi di esperienze già vissute (ad es. la malattia di un amico o di un familiare), i personali impegni di lavoro, ecc.;
- il momento storico: il modo in cui la società vive la malattia in oggetto, come ne parla o non ne parla, ma anche il momento storico della medicina, gli strumenti che ha per curare, guarire e alleviare le sofferenze;
- gli affetti: durata ed impegno delle cure, età dei congiunti, la loro resilienza, la tendenza a proteggere e a condividere;
- il cambiamento possibile: le concrete possibilità che il malato ha di rientrare ad occupare un ruolo affettivo, sociale, lavorativo senza aver pagato troppo lo stigma della malattia, senza vergognarsi o temere, senza sentirsi troppo cambiato.

Il benessere psicofisico della persona, il cui equilibrio è stato sconvolto dalla malattia e dalle terapie, dipende, quindi, da fattori diversi, nessuno dei quali può essere dimenticato. Il corpo non può essere visto come “una macchina in attesa di pezzi di ricambio dalla fabbrica” (Simonton O.C., Simonton S., 1981), ma insieme alla mente costituisce un unico sistema integrato. Un qualsiasi processo patologico si manifesta all'interno di organi e di un corpo che fanno parte di una persona che possiede una coscienza, dei pensieri e delle emozioni (Tamburini M., 1996).

Pertanto, è bene non perdere di vista, neppure per un solo istante, che il malato è prima di ogni cosa persona, essere umano, soggetto e non certo, solamente, patologia oncologica di questo o quell'altro organo. Il paziente è persona che deve essere curata dal male nel fisico e soprattutto nella psiche, poiché è innegabile, come dato esperienziale e scientifico, che la depressione diminuisce le difese permettendo al nemico cancro di agire o rendendo meno sopportabili gli handicap connessi al male o alle terapie (Iannelli E., 2003).

A tal proposito, Guarino e Ravenna (1992) parlano di sindrome psiconeoplastica, evidenziando quella particolare condizione psico-emotiva che accompagna tutto il ciclo della malattia, dalla diagnosi a tutti i suoi possibili esiti prognostici. La constatazione di questi stati di sofferenza psicopatologica rende ancora più evidente la necessità di un intervento psicologico-psicoterapico con questa tipologia di pazienti.

La persona, secondo il modello pluralistico integrato, è “in ogni momento, la somma dinamica di ciò che ha vissuto, di quello che sta vivendo e delle possibilità esistenziali che intravede nel futuro. La somma dinamica si manifesta nel qui e ora, nello spazio di confine in cui la persona entra in contatto con l'ambiente”.

Risulta indispensabile strutturare l'intero percorso terapeutico; e anche se spesso la malattia del paziente non consente un iter sufficientemente lungo (in genere un percorso non va oltre un anno di terapia), è comunque possibile individuare un'articolazione ed una cadenza di fasi terapeutiche che si contraddistinguono per obiettivi, tecniche, strategie, contenuti, compiti e problematiche di transfert e resistenza. In particolare, facendo riferimento al modello pluralistico gestaltico di Giusti E. e Montanari C. (Giusti E., 1997; Giusti E., Montanari C., Montanarella G., 1995), vengono indicate, nella tabella 1, le quattro fasi.

Tabella 1 - Il ciclo del contatto: le fasi

FASE	DESCRIZIONE	DURATA
PRE-CONTATTO	raccolta iniziale dei dati e avvio dell'accoglienza	1/3 sedute
AVVIO DI CONTATTO	conclusione dell'accoglienza e presa in carico	10/30 sedute
CONTATTO PIENO	impostazione e attuazione del piano di trattamento	40/80 sedute
POST-CONTATTO / RITIRO	conclusioni del piano di trattamento e accordi per il <i>follow-up</i>	20/35 sedute

Se il medico fronteggia essenzialmente il dolore del corpo e lo psicologo la sofferenza dell'animo, lo psicoterapeuta si proporrà di favorire un'attitudine mentale più positiva ed attiva nei confronti della malattia e del trattamento, di riorganizzare la speranza, di mobilitare gli affetti verso programmi e valori che diano senso alla vita (Biondi M., Grassi A., Costantini L., 1995). Così facendo si agisce sulla qualità più che sulla quantità della sopravvivenza, si aumenta l'alleanza alle terapie mediche e si permette di dare un giusto senso alla malattia e alla sofferenza. La psicoterapia del cancro è, dunque, non una forma di terapia che guarisce dal tumore, ma piuttosto una modalità di lavoro con la quale si tenta, attraverso un lavoro sulla speranza (Fornari F., 1995) e sul significato (Frankl V.E., 1972), di ricucire l'anima al corpo, affrontando in una battaglia con il paziente la più atavica delle paure umane: quella di morire. Tuttavia, "il senso profondo degli eventi nella dinamica fra corpo e psiche non riguardano solo la guarigione dalla malattia, anche possibile, essi possono corrispondere anche con la preparazione al morire che a livello psichico sembra coincidere con un evento trasformativo della personalità, nell'incontro con la dimensione trascendente. L'Anima non si cura della morte, ma sembra occuparsi della trasformazione". Pertanto, se l'incontro con il cancro suscita sempre, come afferma Fornari F. (1995), una condizione di disperazione e di impotenza, di essere senza via d'uscita, allora qualsiasi progetto terapeutico non può prescindere dal fine principale di riorganizzare la speranza, riattivando nel paziente la fede nelle cure e nelle capacità personali di reagire alla malattia (*coping*). L'atto di riorganizzare la speranza comporta un costante agire su quelle risorse che il paziente crede di aver smarrito, ristabilendone la fiducia di base. Ciò significa riportare il paziente all'esperienza antica delle attenzioni genitoriali, in quel mondo ed in quella condizione in cui qualcuno si prende "cura di te". Questo stato d'animo profondo, che il terapeuta cerca di agevolare nel proprio cliente, è mediato soprattutto dalle sue capacità di ascolto attivo ed empatico. La "condivisione" con il paziente di questa difficile esperienza diventa, allora, fondamentale. Condividere, però, non significa parlare: anzi, spesso le parole offuscano, distolgono, mentono. "Condividere è occuparsi soprattutto di rendere le comunicazioni possibili e coerenti. (...) Comunicazione è l'attenzione, anche silenziosa, di chi cura o assiste, professionista, volontario, familiare, comunque testimone degli sguardi degli altri e che non necessariamente li traduce in parole, ma sempre in presenza e disponibilità. Esserci è tollerare senza fuggire, aprire porte di attenzione senza sapere dove portano, ma avendo un'idea chiara: l'obiettivo è quello (...) di ridurre l'isolamento, la solitudine, le sofferenze inutili". La presenza, lo sguardo fanno rinascere un po' di speranza, rianimano un po' il desiderio di vivere e permettono al

soggetto di rimettersi in contatto con le proprie forze vitali e le proprie risorse interne. Ma se in quel preciso momento non c'è nessuno, non c'è ascolto, non c'è riconoscimento, ma solo vuoto, assenza e silenzio, allora la disperazione può prendere il sopravvento. Questo è il motivo per cui è così importante stabilire dei momenti e dei luoghi dove il paziente (e con lui i suoi familiari) possa esprimersi, comunicare, essere riconosciuto e rassicurato (Ferragut E., 2005). L'alleanza medico-paziente diventa il migliore, se non l'unico, modo di affrontare il nemico e di sconfiggerlo, quando è possibile, anche definitivamente. Nel contesto terapeutico, il cliente, con l'aiuto del suo terapeuta, può provare a spingersi oltre il confine per avventurarsi verso la zona più esterna. Questo, però, è possibile solo se tra i due si è concretizzata una buona alleanza terapeutica che permette al cliente di affidarsi, di spingersi oltre e di rischiare. È la relazione terapeutica, quindi, che permette al paziente di raggiungere nuove mete e di fare esperienze importanti che facilitino la sua crescita. Quando il paziente diviene consapevole dei propri bisogni è anche importante che impari a soddisfarli. Tutto questo presuppone l'azione. Durante la fase del contatto, la persona, in sintonia con i propri processi fisiologici e psicologici, si riappropria dei propri sentimenti ed emozioni in un ambiente accogliente e contenitivo, acquista fiducia in se stesso e può realizzare tutto ciò che desidera e non ciò che ha introiettato dagli altri, mettendo in atto i comportamenti adatti per raggiungere gli obiettivi. Quando il cliente ha ben sviluppato la capacità di essere consapevole, può sperimentare la *gestalt* che preme contro il sé, per emergere e concentrarsi sul suo bisogno insoddisfatto; impara ad autoregolarsi e a prestare attenzione a quello che sente e che vuole senza l'aiuto del terapeuta. Diviene, cioè, più libero di scegliere ed è maggiormente consapevole delle responsabilità verso se stesso.

Per acquisire la capacità della consapevolezza e imparare a usare le proprie risorse interne, il paziente ha bisogno di un ambiente emozionalmente sicuro in cui poter imparare. L'ambiente sicuro è costituito dal *setting* terapeutico e dalla relazione terapeuta/paziente, che insieme determinano la qualità del processo terapeutico. Il *setting* terapeutico è "lo scenario, il luogo e il tempo in cui si dispiega la relazione terapeutica". È l'insieme di regole che sostengono il rapporto tra terapeuta e cliente, la riservatezza, gli orari, la parcella, ecc.

La relazione rappresenta la fonte primaria di conoscenza del mondo. Infatti, non possiamo conoscere le cose se non entriamo in contatto con esse. La relazione è l'unica via d'accesso per conoscere l'altro, per conoscere se stessi e per comunicare con gli altri.

Per Buber M. (1962) "all'inizio è la relazione", ovvero l'Io nasce nel rapporto con il Tu, ed è indispensabile perché l'individuo riconosca se stesso diverso dall'altro e in relazione con l'altro. "Solo nella relazione con l'altro uomo l'individuo ritroverà se stesso e, allo stesso tempo, supererà la solitudine e l'isolamento. (...) L'Io non precede il Tu e il dato primordiale è la relazione Io-Tu". Il *team* vincente per combattere il cancro non si esaurisce, però, nel rapporto tra due soggetti, ma è completo solo con la collaborazione e la coordinazione tra le diverse professionalità sanitarie che ruotano attorno alla persona malata. La cura della persona, nella sua interezza, deve avvenire nel rispetto consapevole delle opzioni terapeutiche decise dai diversi specialisti, i quali non possono e non devono ritenersi soddisfatti nell'aver delegato altri problemi ad un proprio collega. La strategia terapeutica deve risultare dalla concertazione delle diverse professionalità in accordo con il diretto interessato, che contribuisce comunicando le proprie esigenze ed i propri malesseri. A tal proposito occorre riflettere sul cambiamento epistemologico e clinico che ha comportato, in ambito oncologico, il recente spostamento dal concetto di "*compliance*" a quello di "*adherence*", che ha fatto

si che il paziente da ricettore passivo ed ubbidiente alle prescrizioni mediche diventasse un partecipante attivo nella cura della propria salute. Si sta passando, cioè, da una posizione paternalistica, in cui il medico è il soggetto che opera e il paziente è l'oggetto che subisce l'azione, ad un atteggiamento di decisione condivisa (Rotter J., 1987), che vede il medico e il paziente entrambi come soggetti, in quanto persone con pari dignità. I medici sono sempre più a favore di un'informazione completa al paziente in quanto l'aumento delle conoscenze scientifiche richiede la partecipazione consapevole al processo decisionale; ma occorre, anche, che l'informazione fornita sia puntualmente verificata. Fornire informazioni è un atto medico con un'enorme importanza terapeutica: oltre a ridurre l'ansia e l'incertezza restituisce al paziente la libertà che la malattia gli ha sottratto, l'autonomia e la capacità di fare delle scelte, la consapevolezza della realtà che sta vivendo e l'adattamento alla nuova situazione di vita. Stando così le cose, la figura dell'operatore risulta fondamentale, il suo ruolo non è passivo, anzi richiede una grande capacità di ascolto, di pazienza e di tempo; e come dice Roger J. (1981-1982): "Accettare una relazione a questa profondità, significa accettare liberamente di implicarsi personalmente sino in fondo, per il dono più importante per un morente, che forse non è soltanto la medicina ma noi stessi". Solo che per farlo bisogna essere attrezzati, è necessario possedere i mezzi adeguati, in caso contrario diventa impossibile affrontare un momento così intenso e cruciale senza commettere errori, sentirsi incapaci, svuotati e defraudati (Segre E. A., 2005). Ne consegue l'importanza della formazione e del lavoro integrato nell'ambito dell'oncologia.

L'oncologia è infatti una delle aree della medicina a più alto investimento emotivo per tutti gli operatori sanitari, che spesso si ritrovano ad affrontare aspetti dell'assistenza molto coinvolgenti quali la morte, la sofferenza, la cronicità, l'impotenza professionale, la difficoltà a comunicare con pazienti, familiari e colleghi. Qualsiasi esperienza di malattia, sia essa lieve o grave, ha molteplici conseguenze psicologiche non solo su chi ne è direttamente colpito, ma anche su coloro che si prendono cura del malato: si hanno ripercussioni sul piano personale, familiare e sociale che sono tanto più complesse quanto più fragile e sensibile è la persona coinvolta e quanto più grave e complessa è la malattia che le ha generate.

Il forte coinvolgimento umano e l'impegno richiesti all'operatore per gestirli possono, in assenza di strumenti e competenze adeguate, essere vissuti dagli stessi come molto gravosi e, pertanto, sottaciuti, evitati o non presi in considerazione. Questo rende più difficile aiutare il paziente a conservare la sua dignità di persona e crea le condizioni favorevoli per il determinarsi, negli operatori stessi, della sindrome di *burn-out*. Altro aspetto da considerare per la presa in carico globale del paziente oncologico è la necessità di combinare le competenze scientifiche, mediche, infermieristiche, psicologiche, sociologiche, di creare cioè una "coerenza fra informazione data e realizzazione pratica", che sia comune a tutti gli operatori. Solo in questo modo il paziente trova negli operatori sanitari degli interlocutori preparati, esaustivi nelle informazioni e in sintonia fra loro. È in questo momento che si realizza un serio lavoro di *équipe*. A tal proposito, si nota che, oggi, il modello ritenuto più idoneo per affrontare le patologie neoplastiche è considerato, senza dubbio, quello integrato. Sempre più numerosi sono i clinici che parlano di lavoro integrato, di cure integrate, di approccio globale in psiconcologia, di lavoro multiprofessionale di *équipe* (Grassi L., Biondi M., Costantini A., 2003). Il sistema di diagnosi, di cura della patologia oncologica fa riferimento ad una messa in rete di interventi di più servizi e di un maggior numero di gruppi operativi interessati. Ognuno di questi nuclei operativi rappresenta un momento del

percorso oncologico attraversato, dentro e fuori l'ospedale, dal paziente e individua una fase del vissuto e della rappresentazione che il soggetto ha della propria malattia. L'integrazione diventa, quindi, indispensabile, fa emergere la collaborazione che definisce un'area di lavoro comune, di partecipazione attiva di tutti i membri. "Il lavoro di gruppo diventa allora espressione dell'azione complessa propria del gruppo di lavoro: comprende la pianificazione del compito, il suo svolgimento, la gestione delle relazioni, non è la semplice esecuzione di un mandato organizzativo" (Tromellini C, Occhipinti G., 2002). L'integrazione non si realizza semplicemente attraverso la creazione di persone che lavorino fianco a fianco. Al fine di realizzare un lavoro di rete è necessario, anche, essere a conoscenza dei problemi e delle complessità del lavoro di *équipe*. In questo senso, la formazione dello *staff* risulta indispensabile, pena la sua "pseudo-integrazione" o "disintegrazione". L'operatore che lavora in ambito oncologico necessita, in altre parole, di competenze tecniche, di capacità comunicative e relazionali per accompagnare e sostenere il paziente nelle diverse fasi della malattia e per lavorare in sintonia con i colleghi. Ogni operatore dovrebbe sapere, saper essere e saper fare (tabella 2).

**Tabella 2 - Competenze dell'operatore, di base versus in progress**

(Adattamento Montanari C., Longo C., 2005)

<p><b>SAPERE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Quali sono le dimensioni psicosociali associate al cancro.</li> <li>➤ Quali sono le dimensioni psicosociali associate ai sintomi.</li> <li>➤ Quali sono le complicazioni psicologiche e psichiatriche.</li> <li>➤ Quali agenzie e servizi sono collegati, nel proprio territorio, ai problemi inerenti la malattia cancerogena.</li> <li>➤ Offerte terapeutiche del proprio servizio e possibilità di trattamento.</li> <li>➤ Servizi specifici per invii mirati e consapevoli.</li> <li>➤ Conoscere a fondo l'organizzazione del proprio servizio in modo da poter fornire esaurienti informazioni al riguardo.</li> </ul>
<p><b>SAPER ESSERE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consapevolezza dei propri vissuti e percezioni rispetto alla malattia cancerogena.</li> <li>➤ Apertura e disponibilità al dialogo e al lavoro in gruppo.</li> <li>➤ Abilità prosociali.</li> <li>➤ Tolleranza dell'ambivalenza e della frustrazione.</li> </ul>

**SAPER FARE**

- ↳ Capacità di stabilire un buon aggancio con l'utente:
  - empatia;
  - ascolto attivo;
  - comunicazione efficace;
  - capacità di sostenere la relazione e l'alleanza specialmente nei momenti critici o di conflittualità con l'utente;
  - saper dare rinforzi positivi, in grado di sostenere la fiducia e l'autostima;
  - capacità di saper leggere la Comunicazione Verbale e Non Verbale;
  - capacità di differenziare gli aspetti di contenuto da quelli di processo.
- ↳ Capacità di lavorare in gruppo:
  - consapevolezza ed utilità del proprio ruolo all'interno dell'équipe e nei rapporti verticali con l'Organizzazione;
  - sentirsi parte attiva di un gruppo responsabilizzato;
  - saper lavorare in gruppo e partecipare alle riunioni in maniera costruttiva.
- ↳ Impegnarsi nel continuo sviluppo professionale.
- ↳ Operare nell'ambito dei codici deontologici professionali.

Conseguentemente risulta indispensabile una nuova idea di formazione, intesa come processo complesso che tenga conto delle esigenze di cambiamento e di aggiornamento del professionista, delle caratteristiche dell'azienda di appartenenza e della soggettività di utenti sempre più attenti e consapevoli. La formazione professionale degli operatori sanitari dovrebbe presentare informazioni e conoscenze teoriche e, nello stesso tempo, approfondire la consapevolezza di se stessi e della propria emozionalità, che da sempre viene messa in gioco nella relazione con il paziente. Così facendo, la formazione diventerebbe sia uno strumento di miglioramento delle *performances* a tutela della salute del paziente, sia uno strumento di prevenzione del *burn-out* a tutela dell'operatore, in quanto può favorire la riscoperta del significato del proprio operato e può facilitare il processo di *empowerment* (Quagliano G.P., 1999). In questo scenario ricco di cambiamenti si inserisce, a partire dagli anni Cinquanta, la Psiconcologia, disciplina che rappresenta un passo fondamentale verso una tendenza integrativa di teorie, metodi e strumenti tecnici, di analisi e di intervento clinico e, allo stesso tempo, un valido esempio di come la psicologia possa e debba trovare la sua collocazione accanto alle scienze mediche, per una comprensione unitaria della persona affetta da una patologia fisica. In particolare, la nascita della Società italiana di psiconcologia (SIPO) ha dato un forte impulso alla diffusione di una cultura sanitaria che vede al centro il paziente nelle sue declinazioni psicologiche, relazionali, sociali oltre che di interprete della sua malattia. L'articolazione successiva della SIPO da Società nazionale a Sezioni regionali ha favorito l'impegno di figure mediche (oncologi, radioterapisti, ecc.), contribuendo così a modificare, in molte realtà, l'assetto rigidamente demarcato tra chi si prende cura della malattia e chi si occupa della condizione di "mal-essere" del paziente (Tromellini C., Occhipinti G., 2002). Le proposte legislative di questi ultimi anni (ad es. l'individuazione dei posti dedicati ai pazienti oncologici negli ospedali, la rete dei servizi territoriali assistenziali, a domicilio, gli *hospices*, ecc.), oltre che sanare una situazione sanitaria a livello nazionale del tutto inadeguata ad affrontare la complessità delle problematiche fisiche, psicologiche, relazionali, sociali e spirituali del paziente terminale, hanno dato impulso a una rilettura attenta dell'intero percorso oncologico dei soggetti che incorrono in questa malattia.

Sebbene la strada da percorrere sia ancora lunga, sono stati raggiunti notevoli traguardi che lasciano ben sperare per il futuro. Alberto Torelli (2002-2006) afferma che: “di pari passo con la perdita inesorabile di valore dell’immunologia in campo oncologico, stanno invece acquistando continuamente peso la psicoimmunologia e la psiconcologia, e siamo già in grado di fare previsioni generali sul futuro: il sistema immunitario non verrà più considerato come principale regolatore del fenomeno tumorale, e diventerà sempre meno importante cercare di influenzarlo, per il semplice fatto che la sua attività non è adatta alla lotta contro il cancro. Diventa quindi sempre più inutile indagarne le singole componenti, mentre l’apporto cibernetico, olistico e sistemico sta dando frutti sempre migliori”. Nello specifico, il futuro che attende la psiconcologia passa attraverso l’ufficializzazione e la diffusione degli obiettivi che la disciplina ha da sempre identificato: la creazione di servizi clinici per la cura globale del paziente, la formulazione di precisi standard di intervento, l’identificazione dei criteri formativi e la ricerca (Morasso G., Di Leo S., 2002).

## Bibliografia

- AA. VV., (1997), *Counseling, applicazioni e settori di intervento*, Quaderni Aspic, Roma.
- AA. VV. (Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica), (1998), *Tutti bravi. Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore (a cura di Saccomani R.)*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- AA. VV. (Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica), (2003), *Oggi comando io. Psicologia, etica ed economia sanitaria nella gestione delle malattie oncologiche pediatriche. Problemi e indicazioni emersi dall’eame di 265 scritti di bambini e ragazzi ricoverati per malattie tumorali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- R. Ader, (1981), *Psychoneuroimmunology*. Edizione accademica, New York.
- Alberti G. G., Carere-Comes T., *Il futuro della Psicoterapia tra integrità e integrazione*, Franco Angeli, Milano.
- Antonowsky A., (1979), *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*, San Francisco.
- Arcidiacono C., Gelli B., Putton A., (1996), *Empowerment sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Arvalli A., Gentilizi A., Terrin P., (2003), *Tra desideri e paure. La dimensione del profondo nella relazione d’aiuto*, Franco Angeli, Milano.
- ATTIVEcomeprima (a cura di)(2005), *Lo spazio umano tra malato e medico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Milano.
- Axia V., (2004), *Elementi di Psico - oncologia pediatrica*, Carocci Editore, Roma.
- Badon P., Bernardi M., (2003), *Desideri e paure nei tempi della malattia: il contesto dell’oncologia pediatrica*, in Arvalli A., Gentilizi A., Terrin P., (2003), *Tra desiderio e paure. La dimensione del profondo nella relazione d’aiuto*, Franco Angeli, Milano.
- Balint M., (1981), *Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli, Milano.
- Barni M., Santuosso A., (1995), *Medicina e diritto*, Giuffrè, Milano.
- Bassetti O., (1994), *Educare assistendo*, Rosini, Firenze.
- Baum A., Andersen B. L., (1999), *Psychosocial Interventions for cancer*, American Psychosocial association, Washington.
- Bellani M. L., Morasso G., Amadori D et al. , (2002), *Psiconcologia*, Masson, Milano.
- Bert G., Quadrino S., (1989, seconda edizione aggiornata novembre 1993), *Il medico e il counseling*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

- Bert G., Quadrino S., (1998), *L'arte di comunicare: teoria e pratica del counselling sistemico*, CUEN, Napoli.
- Bert G., Quadrino S., (2002), *Parole di medici, parole di pazienti*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Beutler L. E., Harwood T. M., (2002), *Psicoterapia prescrittiva elettiva*, Sovera, Roma.
- Biondi M., Costantini A., Grassi L., (1995), *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Biondi M., Costantini A., Grassi L., (1998), *Psicologia e tumori. Una guida per reagire*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Biondi M., Costantini A., Grassi L., (2003), *Manuale pratico di Psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Birkenbihl V., (1991), *Segnali del corpo*, Franco Angeli, Milano
- Bonadonna G., Robustelli della Cuna G., Valagussa P., (2003), *Medicina Oncologica* (settima edizione), Masson, Milano.
- Bonanno G., Robustelli Della Cuna G., (1994), *Medicina Oncologica*, Masson, Milano.
- Bonomo S., (2002), *Rimanere terapeuti; dagli interventi di cura alla relazione d'aiuto*, Franco Angeli, Milano.
- Bozarth J. D., (2001), *La terapia centrata sulla persona. Un paradigma rivoluzionario*, Sovera Editore, Roma.
- Bracken J. M., (1990), *Il bambino e le malattie maligne*, Piccini, Padova.
- Bowlby J., (1973), *Il processo del lutto*, in Willard G. (1973), *Il significato della disperazione*, Astrolabio, Roma.
- Buber M., (1962), *Il principio dialogico ed altri saggi*, S. Paolo, Torino (trad. it. 1993).
- Burnett J., (1977), *Watt AG, Counselling at work*, Bedford Square Press, London.
- Burrone A., (2005), *La forza di vivere. Per affrontare con armonia il cambiamento*, Edizione Attive come prima, Milano.
- Campione F. (1990), *Il deserto e la speranza*, Armando Editore, Roma.
- Cancheri, Biondi M, (1987), *Stress, emozioni e cancro*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma.
- Cancheri P., (1984), *Trattato di medicina psicosomatica*, USES, Firenze.
- Carkuff R., (1993), *L'arte di aiutare*, Centro studi Erickson, Trento.
- Cappellini S., (1991), *Ansia e stress. Riconoscerli, curarli, guarirli*, De Vecchi Editore, Milano.
- Chiari G., Nuzzo M.L., (1992), *La ricerca psicologica sul cancro*, Franco Angeli, Milano.
- Chiozza L. A., (1981), *Psicoanalisi e cancro*, Borla, Roma.
- Ciabattoni A., Pittiruti M., (1996), *Terapie palliative e cure di supporto in oncologia*, Società Editrice Universo, Roma.
- Clarkson P., (1997), *La relazione psicoterapeutica integrata*, Sovera, Roma (trad. it. 1997).
- CNR, (1994), *Il cancro, ricerca e applicazioni cliniche*, Le Scienze, Milano.
- Cocconi G., (1990), *Oncologia medica e tumori*, Federazione Medica.
- Connors G. J., Donovan D. M., Di Clemente C. C., (2001), *Substance Abuse Treatment and the Stage of change*, The Guilford Press, New York.
- Corli O., (1988), *Il cammino delle cure palliative in Italia*, Città Nuova, Roma.
- Costantini A., Biondi M et al., (1991), *Personalità, adattamento alla malattia e reazioni psicopatologiche: studio controllato prospettivo su 80 pazienti oncologiche*, Med Psicosomatica.

- Crotti N., Scambia G., (2005), *Psiconcologia della famiglia*, Paletto Editore, Milano.
- Danon M., (2000), *Counseling*, red, Como.
- Dartington T., (1992), *Bambini che vivono in ospedale: una ricerca della Tavistock clinic*, Napoli, Liguori.
- Dass R., (2005), *Cambiamenti. Accettare la vecchiaia e riscoprire la ricchezza*, Corbaccio, Milano.
- De Hennezel M., (1998), *La morte amica*, Mondatori, Milano.
- Delfino V. (2001), *La comunicazione paziente infermiere*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- De Martis D., Vender S, Politi P., (1993), *Il labirinto della somatizzazione*, La Goliardica Pavese.
- Di Leo J. H., (1973), *I disegni dei bambini come aiuto diagnostico*, (trad. it. 1981), Giunti Barbera, Firenze.
- Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E., (2000), *Misurare lo stress. Il test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*, Franco Angeli, Milano.
- Di Trocchio F., (1996), *Le bugie della scienza: perché e come gli scienziati imbrogliono*, Oscar Mondatori.
- Dollard J., Miller N. E., (1950), *Personalità and Psychotherapy*, McGraw Hill, New York.
- Eandi M., Mencacci C., Munizza C., Zaniolo O., Gozzo E., (2005), *La schizofrenia*, SEED, Torino.
- Eccles J., (1989), *Evoluzione del cervello e creazione dell'io*, (trad. it. 1990), Armando editore, Roma.
- Elias N., (1985), *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna.
- Etiopie S., (1989), *Elementi di Psico-oncologia*, Piccin, Padova.
- Ferragut E., (2006), *Emozione e trauma: il corpo e la parola*, Koiné, Roma.
- Ferrandes G., Longo E., Tempia Valenta P., (2004), *Le emozioni dei malati e dei curanti*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Filippazzi G., (1997), *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte*, Franco Angeli, Milano.
- Fiori A., (1999), *Medicina legale della responsabilità medica*, Giuffrè, Milano.
- Fontana D., (1995), *Stress counseling*, Sovera, Roma.
- Fornari F., (1995), *Affetti e cancro*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Francescato D., Ghirelli G., (1994), *Fondamenti di psicologia di comunità*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Frankl V.E., (1972), *Alla ricerca di un significato nella vita*, Mursia, Milano.
- Freud S. (1915), *Lutto e Melanconia*, in *Opere Complete*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1927), *Feticismo*, in *Opere Complete*, vol. IX, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1915), *Lutto e Melanconia*, *Opere Complete*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Frish M., (2001), *Psicoterapia integrata della qualità della vita*, Sovera, Roma.
- Gangheri G. O., (1995), *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gadamer H. G., (1994), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gangheri L., Borreani C., Tamburini M., (1999), *Perché e quale intervento psicologico*, in Tamburini M., Santosuosso A., (1999), *Malati di rischio*, Masson, Milano.

- Gennevay B., Katz R.S., (1994), *Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto*, Erickson, Trento.
- Giusti E., (1997), *Psicoterapie: denominatori comuni. Epistemologia della clinica qualitativa*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., (2003), *Autostima. Psicologia della sicurezza in sé*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Cardini M. C., (2004), *Gruppi pluralistici. Guida transteorica alle terapie collettive integrate*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Crimini P., (1998), *Sesso, soldi e terapia. Ricerche sui dilemmi e violazioni nel setting*, Armando, Roma.
- Giusti E., D'Ascoli A., (2000), *La terapia in gruppo. Istruzione per l'uso dei gruppi di terapia*, Quaderni A.S.P.I.C., Roma.
- Giusti E., Iannazzo A., (1998), *Fenomenologia e integrazione pluralistica. Libertà e autonomia di pensiero dello psicoterapeuta*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Giusti E., Lazzari A., (2003), *Psicoterapia interpersonale integrata. Trattamenti relazionali pluralistici*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Locatelli M., (2000), *L'empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Margenau E., (1995), *Manuale enciclopedico della libera professione dello psicoterapeuta*, Armando, Roma.
- Giusti E., Masiello L., (2003), *“Counseling Sanitario”*, Carocci Faber, Roma.
- Giusti E., Montanari C., (2000), *L'epilogo della cura terapeutica. I colloqui conclusivi dei trattamenti psicologici*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Montanari C., (2004), *Trattamenti psicologici in emergenza*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A., (2004), *Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*, (2° ed.), Masson, Milano.
- Giusti E., Montanari C., Montanarella G., (1995), *Manuale di psicoterapia integrata. Verso un eclettismo clinico metodologico*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., Montanari C., Spalletta E., (2000), *La Supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in counseling e psicoterapia*, Masson, Milano.
- Giusti E., Pastore F., (1998), *Dialoghi sulla Deontologia in psicoterapia. Intervista all'Avvocato sugli aspetti giuridici della professione*, Armando Editore, Roma.
- Giusti E., Rapanà L., (2002), *Narcisismo: Valutazione e trattamento clinico*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Rosa V., (2002), *Psicoterapie della Gestalt*, Edizioni ASPIC, Roma.
- Giusti E., Sica A., (2005), *Trattamenti psicologici in emergenza con EMDR*, Edizioni Sovera, Roma.
- Giusti E., Ticcone G., (1998), *La comunicazione non verbale. Il linguaggio segreto del comportamento in ambito clinico e nella formazione*, Scione Editore, Roma.
- Gold J.R., (2000), *Concetti chiave in Psicoterapia integrata*, Sovera Editore, Roma.
- Golfried M., (2000), *Dalla Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale all'Integrazione*, Edizioni Sovera, Roma.
- Grassi L., (1993), *Il disagio psichico in oncologia*, Spazio Libri Ed., Ferrara.
- Grassi L., (1997), *La depressione nel cancro e nell'infezione da HIV*, Franco Angeli, Milano.
- Grassi L., Biondi M., Costantini A., (2003), *“Manuale pratico di Psico-oncologia”*, Il Pen-

siero Scientifico Editore, Roma.

**Greenberg L. S., Paivio S. C., (2000), *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata*, Edizioni Sovera, Roma.**

**Greenberg L. S., Watson J. C., Lietaer G., (2000), *Manuale di psicoterapia esperienziale integrata*, Edizioni Sovera, Roma..**

**Grinberg L., (1971), *Colpa e depressione*, Astrolabio, Roma.**

**Grinker R., Spiegel J., (1945), *Men under stress*, Blakiston, Philadelphia.**

**Guex P., (1991), *Psicologia e cancro*, Franco Angeli, Milano.**

**Grof S. (2001), *Psicologia del futuro*, red, Como.**

**Haynal A., (1980), *Il senso della disperazione. La problematica della depressione nella teoria psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano.**

**Hillmann J., (1989), *Anima: anatomia di una nozione personificata*, Adelphi.**

**Horowitz M. J., (2004), *Sindromi di risposta allo stress. Valutazione e trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.**

**Iandolo C., (1983), *Parlare col malato. Tecnica, arte ed errori della comunicazione*, Armano Editore, Roma.**

**Invernizzi G., Bressi C., Comazzi A. M., (1992), *La famiglia del malato neoplastico*, Piccin, Padova.**

**Isaacs S., (1961), *Lo sviluppo intellettuale nei bambini*, La Nuova Italia, Firenze.**

**Jaspers K., (1991), *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.**

**Kaiser Stearns A., (1993), *Per superare i momenti di crisi*, FrancoAngeli, Milano.**

**Kaplan H., Sadock B., (1998), *Synopsis of Psychiatry, (8<sup>th</sup> Edition)*, Williams & Wilkens, Baltimore.**

**Kanizsa S., (1989), *Pedagogia ospedaliera, operatore sanitario e assistenza al malato*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.**

**Kanizsa S., Dosso, B., (1998), *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Meltemi, Roma.**

**Kardiner T. M., Spiegel H., (1947), *War Stress and neurotic Illness*, Harper, New York.**

**Kubler-Ross E., (1998), *La morte e il morire, (trad. it.) La Cittadella*, Assisi.**

**Kubler-Ross E., (1997), *La morte è di vitale importanza*, Armenia, Milano.**

**Legnani Walter, Rescaldina Giuseppe, Riva Maria Grazia, (2003), *Strane coincidenze. Il tumore e i suoi significati: dalla malattia alla rinascita*, Franco Angeli, Milano.**

**Leotta A., (2005), *Aspetti psicologici nella relazione tra medico e paziente. Impatto emotivo e reazioni del medico di fronte al malato grave*, Rubbettino, Catanzaro.**

**LeShan L., (1990), *Cancers a turning point*, Penguin Books, New York.**

**Lovera G., (1999), *Il malato tumorale. Per un'umanizzazione dell'assistenza*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino.**

**Lowen A., (1990), *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano.**

**Luft J., (1975), *Psicologia e comunicazione, un modello dell'interazione umana*, ISEDI, Milano.**

**Luria A. R., (1977), *Come lavora il cervello. Introduzione alla neuropsicologia*, Il Mulino, Bologna.**

**May R., (1991), *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma.**

**Mambriani S., (1992), *La comunicazione nelle relazioni di aiuto*, Cittadella Editrice, Assisi.**

- Mantegazza R. (2004), *Pedagogia della morte*, Città Aperta Edizioni, Troina.
- Marasso G., (1998), *Cancro: curare i bisogni del malato*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma.
- Marasso G., Tomamichel M, (2005), *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento*, Carocci, Roma.
- Markham U., (1997), *L'elaborazione del lutto*, Mondadori, Milano.
- Martini E. R., Sequi R., (1987), *Il lavoro nella comunità*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Marzano M., (2004), *Scene finali. Morire di cancro in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Maslach C., (1992), *La sindrome del burnout*, Cittadella, Assisi.
- Maslach C., Jackson S. E., (1981), *Maslach Burnout Inventory Manual*, Consulting Psychologist Press, Palo Alto.
- McKibbin A, (2000), *Guida alla evidence-based medicine: come ricercare le informazioni in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Meichenbaum D., (1990), *Al termine dello stress. Prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*, Erickson, Trento.
- Mezzani M., Pacciolla A., (2002), *Personalità e oncologia*, Laurus Robuffo, Roma.
- Miller W. R., Rollnick S., (2002), *Motivational interviewing. Preparino people for ch'ange*, (2° ed.), The Guilford Press, New York.
- Montanari C., Longo C., (2005), *L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Percorsi formativi e terapeutici*, Franco Angeli, Milano.
- Moorey S., Greer S., (1989), *Psychological therapy for patients with cancer. A new approach*, Heinemann Medical Books, Oxford.
- Succhielli R., (1994), *Apprendere il counselling*, Edizioni Erickson, Trento. Murgatroyd S., (1995), *Il counseling nella relazione d'aiuto*, Sovera, Roma.
- Nesci D.A., Polisenso T.A. (a cura di), (1997), *Metamorfosi e Cancro-Studi di Psico-Oncologia*, SEU, Roma.
- di Nola Alfonso M., (1995), *La morte trionfata. Antropologia del lutto*, Newton Compton Editori, Firenze.
- Nucchi M., (1995), *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*, Sorbona, Milano.
- Orford J., (1995), *Psicologia di comunità*, Franco Angeli, Milano.
- Padrini F., (1994), *Il linguaggio segreto del corpo. Come interpretarlo e decodificarlo*, De Vecchi, Milano.
- Pangrazzi A., (1991), *Il lutto: un viaggio dentro la vita*, Ed Camilliane, Torino.
- Parkers C. M., (1980), *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*, Feltrinelli, Milano.
- Perls F., (1980), *La terapia gestaltica parola per parola*, Astrolabio, Roma.
- Petersen T., McBride A., (2002), *Working with substance misusers*, Routledge, London, p. 46.
- Placucci P., (1995), *Dal male oscuro alla malattia curabile*, Edizioni Laterza.
- Pellegrino F., (2000), *La sindrome del Burnout*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Pert C. B., (2000), *Molecole di emozioni. Il perché delle emozioni che proviamo*, Corbaccio, Milano.
- Petrillo G., (1996), *Salute e malattia come costruzioni sociali. Psicologia sociale della salute*, Liguori, Napoli.
- Piaget J., (1930), *The child's concept of physical causality*, Routledge & Kegan-Paul, London.

- Pitot H. C., (1994), *Oncologia*, (terza edizione), Medical Books di Cafaro G., Palermo.
- Quaglino G. P., (1999), *Voglia di fare*, Guerini, Milano.
- Razavi D., Delvaux N., (2000), *L'assistenza medico-psicologica nel trattamento del paziente oncologico*, Koinè, Roma.
- Razavi D., Delvaux N., (2002), *Psico-oncologia. Il cancro, il malato e la sua famiglia*, Koinè, Roma.
- Reich W., (1973), *La biopatia del cancro*, vol.1, SugarCo Edizioni, Milano.
- Reich W., (1973), *La biopatia del cancro*, vol. 2, SugarCo Edizioni, Milano.
- Ricottini L., (2003), *Quando il paziente è un bambino: problemi di relazione*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Rinaldi A., (2001), *Counseling e formazione*, Kappa, Udine.
- Robertson J., (1973), *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano.
- Rogers C., (1971), *Psicoterapia di consultazione*, (prima edizione americana 1942), Astrolabio, Roma.
- Rogers C., (1997), *Terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Roma
- Ruellan A., (2003), *Manuale per una morte dignitosa*, Pisani, Isola del Liri.
- Safran J. D., Muran J. C., (2001), *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*, Edizioni ASPIC, Roma.
- Santosuosso A., (1996), *Il consenso informato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sameroff A. J., Emde R. N., (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Santuosso A., (1996), *Il consenso informato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Satta E., Salvan L., Corti L., (1989), *Manuale di Psico-oncologia*, Casa editrice Ambrosiana, Milano.
- Sebag-Lanoe R., (1998), *L'assistenza ai morenti*, red, Como.
- Segre E. A., (2005), *Imparare a dirsi addio. Quando una vita volge al termine: guida per familiari, operatori sanitari, volontari*, Proedi Editore, Milano.
- Selekman J., (1993), *Nursing pediatrico*, Summa, Padova.
- Sgarro M., (1998), *Il sostegno sociale*, Kappa, Roma.
- Simonton O. C., Simonton S., Creighton J., (1980), *Stare bene nuovamente*, Riza Libri, Milano.
- Sourkes B. M., (1999), *Il tempo tra le braccia: l'esperienza psicologica del bambino affetto da tumore*, (Ed. it.), Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Smith C.R., (1990), *Vicino alla morte. Guida al lavoro sociale con i morenti e i familiari in lutto*, Erickson, Trento.
- Spalletta E., Quaranta C., (2002), *Counseling scolastico integrato. Psicologia e clinica dello sviluppo*, Sovera Editore, Roma.
- Suinn R. M., VandenBos G. R., (1999), *Cancer Patients and Their Families*, American Psychosocial association, Washington.
- Spaltro E., (1985), *Pluralità*, Patron, Bologna.
- Spinetta J. J., Spinetta P. D., (1989), *Comunicare con i bambini affetti da una grave malattia cronica*, Fondazione Tettamanzi, Monza.
- Stern D. N., (2005), *Il momento presente. In Psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Suinn R. M., VandenBos G. R., (1999), *Cancer Patients and Their Families: Readings on di-*

*sease corse, coping, and psychological interventions*, American Psychological Association, Washington.

Tamburini M., (1990), *La valutazione della qualità di vita in oncologia*, Masson, Milano.

Tamburini M., Santosuosso A., (1999), *Malati di rischio*, Masson, Milano.

Thiele Rolando R., (1988), *Psiconcologia*, Il Mulino, Bologna.

Tolstoj L. N., (1975), *La morte di Ivan Il'ic*, (tr.it.). Garzanti, Milano.

Tralongo O. (a cura di), (2002), *Prendersi cura*, Emanuele Romeo Editore, Siracusa.

Tromellini C., Occhipinti G., (2002), *Eclissi di sole. Dialoghi col paziente oncologico in un percorso formativo*, Ed. Unicopli, Milano.

Veach T. A., Nicholas D. R., Barton M. A., (2002), *Cancer and the Family Life Cycle*, Brunner-Routledge, New York.

Ventafridda V., Tamburini M., (1990), *La valutazione della qualità della vita in oncologia*, Masson, Milano.

Veronesi U., (1986), *Un male curabile*, Mondatori, Milano.

Volume educazionale: "IV Congresso Nazionale di Oncologia Medica: Dalla ricerca l'evidenza per una assistenza clinica di qualità", Torino 28 settembre - 1 ottobre 2002, Centro Congressi Lingotto, Cepi-Aim group.

Volume educazionale: "V Congresso Nazionale di Oncologia Medica", Roma 21-24 ottobre 2003, Hotel Cavalieri Hilton, Cepi-Aim group.

Watzlawick P. et al., (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio Ubaldini, Ed. Roma.

Widlocher D., (1965), *L'interpretazione dei disegni infantili*, trad. it. Armando Editore, Roma, 1968.

Willard G. (1973), *Il significato della disperazione*, Astrolabio, Roma.

Winnicott D. W. (1971), *Gioco e realtà*, (trad. It.1974), Armando Editore, Roma.

Worden W., (1991), *Grief counselling and Grief therapy. A handbook for the mental health practitioner* (2 Rev. Ed), Routledge, Hardcover.

Zani B., Cicognani E., (1999), *Le vie del benessere*, Carocci, Roma.

Zani B., Polmonari A., (1996), *Manuale di psicologia di comunità*, Il mulino, Bologna.

### Articoli e Riviste

AA.VV., (1986), *Atti del 1° Convegno nazionale di Psicologia e Grafologia*, organizzato dal Centro di Ricerche Grafologiche Crotti-Magni a Milano in data 11/12.04.1986, Casa Editrice Librex, Milano.

Albieri S., (1988), *Per un nuovo modo di trattare i malati terminali*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2, p.1.

Alcaro G., Toto A., (1995), *Verso un sistema di cura domiciliari per il paziente oncologico terminale*, *Difesa sociale*, 2, p.78.

Antoni M. H., Lehman J. M., Kilbourn K. M., Boyers A. E., Culver J. L., Alferi S. M., Yount S. E., Mcregor B. A., Arena P. L., Harris S. D., Price A. A. & Carter C. S., (2001), *Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer*, *Health Psychology*, 20, 20-32.

Baldelli R., Zurlo A., Amodio A., (1995), *Il malato oncologico in fase terminale: validità dell'assistenza domiciliare*, in *Difesa sociale*, n. 2, p.24.

- Bindi, M., Todini C., La Cava C., Bracciali. M.G., Zeitler G., Tucci E., (1995), *Volontariato e professionalità*, in *Difesa sociale*, 4, p. 103.
- Bloom J. R., Stewart S. L., Johnston M., Banks P., Fobair P., (2001), *Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer*, *Soc Sci Med*, 2001, Dec, 53(11):1513-24.
- Capovilla E. D., Serpentine S, Chiarion Sileni V, Vecchiato A., (2000), *Un intervento psicoeducazionale per pazienti affetti da melanoma cutaneo*. *Rivista Italiana di Psico-Oncologia*, 1, p. 10-19.
- Caruso A., Tramontana T., Ravenna A., (2002), *La formazione degli operatori in psico-oncologia*, in *Nuove prospettive in psico-oncologia*, 46, p.14-19.
- Cazzullo C. L., Invernizzi G., Bertrando P., Bressi C., Clerici M., (1989), *La famiglia del malato oncologico*, in *Terapia del comportamento*, 16/17, Gen/Giu, p.133-143
- Chiodini S., Rosati A., Speranza I., Bianco V., (1995), *Aspetti del paziente oncologico*, in *Difesa sociale*, 2, p.18-19.
- Crocetti G., Bottoni V., Procopio M. G., (1995), *Il paziente malato di cancro: assistenza domiciliare ed ospedalizzazione. Specificità ed integrazione degli interventi*, in *Difesa sociale*, 2, p.46-48.
- De Micco A., Tizzano L., (2004), *La relazione di cura e percezione del paziente*, *Il Denaro*, 15-05-2004.
- Di Giulio P., (1994), *Chi giudica la qualità della vita*, in *Quaderni di cure palliative*, 2, p. 195-196.
- Di Maria F., Dolce C. G., (1986), *Il cancro tra soma e psiche, tra individuale e sociale. Spunti di riflessione sul potere delle emozioni*, in Autori Vari, *Quaderno di Sociologia*, 3, Cattedra di sociologia, Facoltà di Economia e Commercio, Università di Palermo, Palermo.
- Fallowfield L. J., (1988), *Counseling for patients with cancer*, *British Medical Journal*, 297:727-729.
- Ferri V., Teresi N., (2002), *Il lavoro di rete in oncologia: l'esperienza del centro di ascolto "Gigi Ghiotti"*, in *Nuove prospettive in psico-oncologia*, 46, p. 70-79.
- Gentili P., (1995), *Assistenza domiciliare e vissuto psicologico del paziente terminale*, in *Difesa sociale*, 4, p. 91-100.
- Ghislandi E., Cacioppo C., Pismataro A., (1998), *Assistenza domiciliare ai malati di tumore*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 10, p.13-14.
- Gochman D.S. (1988), *Health behavior: plural perspective*, in D.S. Gochman (ed.), *Health behavior: emerging research perspective*, Plenum Press, New York.
- Guarini A., (1995), *I bisogni psicologici del paziente oncologico per il suo reinserimento sociale*, in *Difesa sociale*, 2, p. 82-85.
- Hack T. F., Degner L. F., (2004), *Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later*, *Psychooncology*, 2004, Apr; 13(4): 235-47.
- Helzer J. E., Robins L. N., McEvoy L., (1987), *Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey*, *The New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Iannelli E., (2003), *Qualità della vita del paziente oncologico: rapporto medico-paziente ed équipe multidisciplinare*, Roma, 26 giugno 2003, Centro Congressi "Raffaele Bastia-

nelly”, I.F.O. Istituto Regina Elena

Jenkins V, Fallowfield L., Saul J., (2001), Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres, *Br. J. Cancer*, 2001, Jan 5, 84 (1): 48-51.

Jones J. M., Huggins M. A., Rydall A. C., Rodin G. M., (2003), Symptomatic di stress, hopelessness, and the desire for hastened death in ospitalized cancer patients, *J. Psychosom Res*, 2003, Nov; 55(5): 411-8.

Kelly B., Burnett P., Pelusi D., Badger S., Varghese F., Robertson M, (2003), Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness, *Psychological Medicine*, 2003, Jan; 33(1): 75-81.

Little M., Paul K., Jordan C. F., Sayers E. J., (2002), Survivorship and discourses of identity, *Psychooncology*, 2002, Mar-Apr, 11(2): 170-8.

Loreti M., (2002), La psicoterapia con i pazienti neoplastici, in *Nuove prospettive in psico-oncologia*, 46, p. 20-27

Maranini G., Le mie parole. Esperienze di una psicologa presso un reparto di ematologia pediatrica, Tesi di specializzazione, ASPIC, Roma.

Matarazzo J. D., (1980), Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.

Morassi G., Di Leo S., (2002), La Psico-oncologia: un panorama generale, in *Nuove prospettive in psico-oncologia*, 46, p.2-13.

Nadalini L., Lorenzini M., Pasqualini M., Trabucco G., Barisoni D., Ferrari G., (2002), I bisogni psicologici delle donne con tumore mammario: un modello di rilevamento e di intervento in ospedale, *Giornale It Psico-Oncologia*, Gen-Giu 2002, 4 (1).

Parker P. A., Baile W. F., De Moor C., Cohen L., (2003), Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients, *Psycho-Oncology*, 2003, 12:183-193.

Perfetti E., (1999), Counseling e ambiente medico sanitario, in AA.VV, (1999) *Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling*, n.5/6, Roma.

Pietrangeli A., Fecondo R., Morelli G., (2002), Il lavoro in rete in oncologia: l’esperienza del Coordinamento “La mela Blu”, un centro di informazione, orientamento e supporto per il malato oncologico e la sua famiglia, in *Nuove prospettive in psico-oncologia* , 46, p.58-65.

Rodin J., Stone G., (1987), Historical highlights in the emergence of the field. In Stone G. C., Weiss S. M., Matarazzo J. D., Miller N. E., Rodin J., Belar C. D., et al. (Eds.), *Health psychology: A discipline and a profession* (pp. 15-26). Chicago: University of Chicago Press.

Rogers C. R., (1975), Empathic: An unappreciated way of being, *The Counseling Psychologist*, 5 (2), 2-10.

Rossi Ferrario S., Zotti A.M., Massara G., Nuvolose G., 2003, A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers, *Psycho-Oncology*, 2003, 12:1-7.

Scarito F., Intervento pluralistico integrato nel cancro. Modelli e strumenti di Counseling e di Psicoterapia, Tesi di Specializzazione, ASPIC, Roma.

Selmi S., (1996), La formazione dello psicologo nelle cure palliative, in *Quaderni di cure palliative*, 4, p.154

Scanni, A., (1996), Qualità della cura per una migliore qualità di vita, in *Quaderni di cure*

*palliative*, 4, p.269

Stanton A. L., Danoff-Burg S., Huggins M. E., (2002), *The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment*, *Psychooncology*, 2002, Mar-Apr; 11(2): 93-102.

Tamburini M., (1994), *Il monitoraggio della qualità di vita dalla ricerca alla pratica*, in *Quaderni di cure palliative*, 3, p.185

Venafro A., (1995), *Riabilitazione del paziente oncologico*, in *Difesa sociale*, 2, p.58

Visentini P. P. (1995), *Il dolore oncologico: il problema, la terapia, l'assistenza*, in *Difesa sociale*, 2, p.49.

Rivista *Realtà e Prospettive in Psicofisiologia*, (1996), n. 11/12/13, Edizione Scientifica ASPIC, Roma.

Rivista *Integrazione nella Psicoterapia e nel Counseling*, (1997) n. 1/2, Edizione Scientifica ASPIC, Roma.

Rivista *Integrazione nella Psicoterapia e nel Counseling*, (2000) n. 7/8, Edizione Scientifica ASPIC, Roma.

Rivista *Integrazione nella Psicoterapia e nel Counseling*, (2001) n. 9/10, Edizione Scientifica ASPIC, Roma.

Rivista *Integrazione nella Psicoterapia e nel Counseling*, (2002) n. 11/12, Edizione Scientifica ASPIC, Roma.

Rivista *Integrazione nella Psicoterapia e nel Counseling*, (2004) n. 15/16, Edizione Scientifica ASPIC, Roma.

### Siti internet

[www.abianca.org/LibrettoBambinoPDF.pdf](http://www.abianca.org/LibrettoBambinoPDF.pdf)

[www.aggresuicide.org/numero4/italiano/8\\_frasson\\_4.pdf](http://www.aggresuicide.org/numero4/italiano/8_frasson_4.pdf)

[www.aimac.it/informazioni/libretti/articolo.php?id\\_articolo=571&id=265](http://www.aimac.it/informazioni/libretti/articolo.php?id_articolo=571&id=265)

[www.aip-it.org/quaderni/xla.html](http://www.aip-it.org/quaderni/xla.html)

[www.airc.it/salute\\_tumori/notiziario\\_fondamentale\\_giugno\\_2006/psiconcologia.pdf](http://www.airc.it/salute_tumori/notiziario_fondamentale_giugno_2006/psiconcologia.pdf)

[www.airone-team.it/convegni/2001/bernini.htm](http://www.airone-team.it/convegni/2001/bernini.htm)

[www.aiutogay.it/salutogenesi.htm](http://www.aiutogay.it/salutogenesi.htm)

[www.alpisa.it/images/pubblicazione/pubblicazione%20per%20web/Capitolo%20I.doc](http://www.alpisa.it/images/pubblicazione/pubblicazione%20per%20web/Capitolo%20I.doc)

[www.altor.org/ipnosi-onco.htm](http://www.altor.org/ipnosi-onco.htm)

[www.angelini.it/disturbi-d-ansia/disturbo-post-traumaticostress/home/pageTypeId/8344/tabId/3/channelPage/dossier\\_detail/channelId/-9161](http://www.angelini.it/disturbi-d-ansia/disturbo-post-traumaticostress/home/pageTypeId/8344/tabId/3/channelPage/dossier_detail/channelId/-9161)

[www.anpo.org/pubblicazioni/doclib/montecchi01.htm](http://www.anpo.org/pubblicazioni/doclib/montecchi01.htm)

[www.aspicnapoli.it/index.pl/in\\_ambiente\\_sanitario](http://www.aspicnapoli.it/index.pl/in_ambiente_sanitario)

[www.biografie.leonardo.it/biografia.htm?BioID=374&biografia=Paul+Klee](http://www.biografie.leonardo.it/biografia.htm?BioID=374&biografia=Paul+Klee)

[www.careonline.it/2002/1\\_02/pdf/parole\\_chiave.pdf](http://www.careonline.it/2002/1_02/pdf/parole_chiave.pdf)

[www.denaro.it/go/pub/articolo.qws?recID=166733](http://www.denaro.it/go/pub/articolo.qws?recID=166733)

[www.depressione-ansia.it/upload/pdf/pub\\_73399048.pdf](http://www.depressione-ansia.it/upload/pdf/pub_73399048.pdf)

[www.dict.die.net/white%20lie/](http://www.dict.die.net/white%20lie/)

[www.erickson.it/erickson/repository/pdf/PRODUCT\\_1208\\_PDF.pdf](http://www.erickson.it/erickson/repository/pdf/PRODUCT_1208_PDF.pdf)

[www.fondazioneaiom.it/default2.asp?active\\_page\\_id=324](http://www.fondazioneaiom.it/default2.asp?active_page_id=324)

[www.fondazionelanza.it/em/capovilla.htm](http://www.fondazionelanza.it/em/capovilla.htm)

[www.fondazione-livia-benini.org/curanti/quads/quad4/4a/quad4a.htm](http://www.fondazione-livia-benini.org/curanti/quads/quad4/4a/quad4a.htm)  
[www.health.yahoo.net/c\\_special.asp?Id=10004&s=2&c=29](http://www.health.yahoo.net/c_special.asp?Id=10004&s=2&c=29)  
[www.ifo.it/IFO.run?3B023472](http://www.ifo.it/IFO.run?3B023472)  
[www.ilnostrotempo.it/drupal/?q=node/592](http://www.ilnostrotempo.it/drupal/?q=node/592)  
[www.interscience.wiley.com/jpages/1057-9249/](http://www.interscience.wiley.com/jpages/1057-9249/)  
[www.ipos-aspboa.org/](http://www.ipos-aspboa.org/)  
[www.istitutobeck.it/Clinica/DistPostTrauStress.asp](http://www.istitutobeck.it/Clinica/DistPostTrauStress.asp)  
[www.guide.supereva.com/grafologia\\_e\\_test/interventi/2001/07/53336.shtml](http://www.guide.supereva.com/grafologia_e_test/interventi/2001/07/53336.shtml)  
[www.medinews.it/pballegati/02-relazione%20dott.%20LAbianca.doc](http://www.medinews.it/pballegati/02-relazione%20dott.%20LAbianca.doc)  
[www.oasinforma.com/art/art-pediatria.htm](http://www.oasinforma.com/art/art-pediatria.htm)  
[www.oasinforma.com/art/art-bisogni.htm](http://www.oasinforma.com/art/art-bisogni.htm)  
[www.oltreilblu.org/disturbo\\_post\\_traumatico.htm](http://www.oltreilblu.org/disturbo_post_traumatico.htm)  
[www.pensiero.it/continuing/caffegrassi.htm](http://www.pensiero.it/continuing/caffegrassi.htm)  
[www.pensiero.it/continuing/malato/proia.htm](http://www.pensiero.it/continuing/malato/proia.htm)  
[www.portale.parma.it/page.asp?ID\\_Categoria=14&IDSezione=85&ID=77258](http://www.portale.parma.it/page.asp?ID_Categoria=14&IDSezione=85&ID=77258)  
[www.prevenia.com/ormonoterapia.htm](http://www.prevenia.com/ormonoterapia.htm)  
[www.psicolab.ne/index.asp?pid=idart&cat=18&scat=82&arid=536](http://www.psicolab.ne/index.asp?pid=idart&cat=18&scat=82&arid=536)  
[www.psicologiadellasalute.org/comunicazione.php?Id=80](http://www.psicologiadellasalute.org/comunicazione.php?Id=80)  
[www.psicologiaitinerante.it/25\\_IPNOSI/25\\_11\\_Ipnosi\\_ipnoanalisi\\_Peter\\_Hawkins.htm#IPNOSICOME](http://www.psicologiaitinerante.it/25_IPNOSI/25_11_Ipnosi_ipnoanalisi_Peter_Hawkins.htm#IPNOSICOME)  
[www.psiconline.it/print.php?sid=3962](http://www.psiconline.it/print.php?sid=3962)  
[www.psycho-oncology.net/](http://www.psycho-oncology.net/)  
[www.psicosintesi.it/congressi/palermo2003/Atti/rossin.htm](http://www.psicosintesi.it/congressi/palermo2003/Atti/rossin.htm)  
[www.psicotraumatologia.com/ptsd\\_cenni\\_storici.htm](http://www.psicotraumatologia.com/ptsd_cenni_storici.htm)  
[www.ordinepsy.sicilia.it/html/ottobre2003.pdf](http://www.ordinepsy.sicilia.it/html/ottobre2003.pdf)  
[www.qlmed.org/LICT/GALLO.htm](http://www.qlmed.org/LICT/GALLO.htm)  
[www.qlmed.org/LICT/GRECO.htm](http://www.qlmed.org/LICT/GRECO.htm)  
[www.qlmed.org/LICT/Manuale.pdf](http://www.qlmed.org/LICT/Manuale.pdf)  
[www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda.php?ID=4519](http://www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda.php?ID=4519)  
[www.salus.it/psicologia/criteri\\_diagnostici\\_DPTS.htm](http://www.salus.it/psicologia/criteri_diagnostici_DPTS.htm)  
[www.sicap.it/merciai/psicosomatica/students/onco.htm](http://www.sicap.it/merciai/psicosomatica/students/onco.htm)  
[www.siponazionale.it](http://www.siponazionale.it)  
[www.sos.unige.it/sipo/sipocips.html](http://www.sos.unige.it/sipo/sipocips.html)  
[www.sos.unige.it/sosita.html](http://www.sos.unige.it/sosita.html)  
[www.sostumori.org/sipo4.htm](http://www.sostumori.org/sipo4.htm)  
[www.uniconsum.it/C\\_sanita1.htm#I%20DIRITTI](http://www.uniconsum.it/C_sanita1.htm#I%20DIRITTI)  
[www.2.unime.it/oncologiamedica/Convegni/Congresso\\_Qualità%20di%20vita/Capovilla\\_sopravvivenza.htm](http://www.2.unime.it/oncologiamedica/Convegni/Congresso_Qualità%20di%20vita/Capovilla_sopravvivenza.htm)  
[www.vertici.com/rubriche/approfondimenti/template.asp?cod=9219](http://www.vertici.com/rubriche/approfondimenti/template.asp?cod=9219)  
[www.vertici.com/rubriche/sea/template.asp?cod=8317](http://www.vertici.com/rubriche/sea/template.asp?cod=8317)  
[www.vertici.it/servizi/psicofinder/template.asp?cod=9427](http://www.vertici.it/servizi/psicofinder/template.asp?cod=9427)  
[www.wikipedia.org/wiki/Peste\\_nera](http://www.wikipedia.org/wiki/Peste_nera)  
[www.wikipedia.org/wiki/Disturbo\\_post\\_traumatico\\_da\\_stress](http://www.wikipedia.org/wiki/Disturbo_post_traumatico_da_stress)

## 3.2 la prevenzione del *burn-out* in oncologia.

### L'esperienza di un gruppo di sostegno per l'èquipe del reparto

*A cura di Stefania Grisi, Anna Putton*

#### Introduzione

Il mondo del lavoro è cambiato ed è in continua evoluzione. All'individuo vengono richieste competenze sempre maggiori, flessibilità e capacità di adattamento. Ciò ha comportato inevitabilmente una modificazione della visione aziendale, che implica la compartecipazione attiva dei due protagonisti, l'Azienda e l'Individuo, nell'interesse comune di raggiungere obiettivi specifici. Tali obiettivi, però, non sempre coincidono, né tantomeno gli interessi e le motivazioni convergono sugli obiettivi comuni, causando una condizione di sofferenza che danneggia aziende e persone (Pellegrino, 2004). Ciò perché, da un lato, il lavoro è diventato un obbligo più che una risorsa ed è maggiormente orientato a risultati economici, piuttosto che a fornire prodotti o servizi eccellenti. I fornitori di assistenza sanitaria delle aziende ospedaliere pubbliche si sentono frustrati dalle politiche di aziendalizzazione delle cure, si sentono sempre più oppressi da richieste di lavoro eccessive, rispetto ai riconoscimenti economici, e vittime di un sistema incapace di pianificare e organizzare le attività.

D'altra parte, occorre aggiungere che vi possono essere individui particolarmente vulnerabili, fragili, sensibili ai cambiamenti e scarsamente capaci di rispondere in maniera adeguata a stimolazioni nuove, perché non competenti o poco motivati. O, al contrario, possono esistere persone brillanti, capaci e fortemente motivate che si sentono strette in aziende chiuse, poco competitive, incapaci di cogliere le novità o con inadeguata propensione allo sviluppo e alla crescita dell'azienda stessa.

In conclusione, dunque, situazioni divergenti e posizioni contrapposte tra azienda e individuo forniscono un terreno fertile per lo sviluppo di quadri psicopatologici legati allo stress lavorativo, con inevitabili conseguenze negative per entrambi.

Si tratta di quadri clinici complessi, difficili anche da classificare perché facenti parte di un'area nuova e non ancora sufficientemente esplorata, che nel Piano Sanitario Nazionale viene indicata come area delle "patologie da rischi emergenti", in cui si fa riferimento a patologie derivanti da rischi psicosociali connessi all'organizzazione del lavoro, altrimenti dette "patologie da costrittività organizzativa". Tra queste, quella che sta ormai raggiungendo proporzioni epidemiche tra i lavoratori dei Paesi occidentali a tecnologia avanzata è la sindrome del *burn-out*, o da esaurimento emotivo, che può presentarsi in soggetti che operano in particolare nell'ambito delle professioni d'aiuto, ovvero quelle in cui il carico emotivo dell'attività professionale, rapportato alla tipologia dell'utenza, appare più rilevante rispetto ad altre: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione...

I costi emotivi e finanziari del *burn-out* sono notevoli non solo per l'individuo, ma anche per le organizzazioni. Pertanto, una risposta efficace al *burn-out* oggi deve comprendere non solo il rimedio, ma anche e soprattutto la prevenzione da parte dell'azienda, che deve necessariamente prestare maggiore attenzione alla gestione delle risorse umane, focalizzandosi sulla promozione positiva dell'impegno nel lavoro, piuttosto che sulla riduzione delle conseguenze negative della sindrome, e sulla promozione dei valori umani nel luogo di lavoro, non solo dei valori economici. Particolarmente sensibile a tale problematica è certo dell'importanza, se non addirittura dell'indispensabilità, di un approccio preventivo è il primario del reparto di oncologia dell'ospedale G. Da Procida di Salerno, che ha richiesto

esplicitamente di potersi avvalere della collaborazione di uno psicologo per un intervento di sostegno psicologico a vantaggio di tutta la sua équipe. L'esperienza è stata per me importantissima. Il lavorare al fianco di questi professionisti seri e veramente appassionati del proprio lavoro, che intendono la cura nel suo senso più vero e pieno, cioè come un preoccuparsi dell'altro e un prendersi veramente cura del malato, mi ha donato una grande occasione di crescita e trasmesso il valore di una responsabilità esistenziale, prima ancora che professionale. Il valore e la competenza di questo gruppo di lavoro, che lascia una traccia indelebile nei cuori di tutti coloro che assiste e cura, come testimoniano le numerosissime espressioni e manifestazioni di gratitudine che gli giungono giorno dopo giorno, mi hanno spinto a lasciare una, seppur modesta, traccia scritta di quanto di buono esiste in un'Italia meridionale ancora così poco apprezzata e che continua a lottare, nonostante le mille difficoltà di una sanità locale fortemente ammalata e afflitta da debiti e pessime dirigenze.

### Il fenomeno *burn-out*

Il primo ad utilizzare questo termine è stato Freudenberger nel 1974, mutuandolo dal gergo sportivo, dove veniva impiegato, fin dagli anni Trenta, per indicare la condizione di quegli atleti che, dopo un periodo di successi, entravano improvvisamente in crisi e non riuscivano a dare più nulla dal punto di vista agonistico; oggi è utilizzato anche dagli astronomi per indicare l'esaurimento di una stella, la sua morte per completa combustione. Non esistendo una traduzione italiana del tutto convincente (alcuni autori suggeriscono "bruciato", altri "scoppiato", "fuso" o "usurato", "cortocircuitato" ovvero sfinito, esaurito) si preferisce utilizzare il termine anglosassone anche in ambito psicologico per identificare un particolare quadro sintomatologico, osservato sempre più frequentemente in operatori sociali particolarmente esposti allo stress di un rapporto diretto e continuativo con un'utenza fortemente disagiata, caratterizzato da un rapido decadimento delle risorse psicofisiche ed un altrettanto rapido peggioramento delle prestazioni professionali.

In definitiva, il burn-out può essere descritto quale **sindrome da esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale, legata all'attività lavorativa, che porta al disagio psichico, alla sensazione di essere sopraffatti e di perdere il controllo della situazione, i cui sintomi si esprimono a livello cognitivo, emotivo, comportamentale e somatico.**

I sintomi psichici (cognitivo-emozionali) sono quelli principali. Investono sia la sfera cognitiva, sia quella emotiva. Nel suo lavoro del 1982, rimasto il testo di riferimento sui sintomi del *burn-out*, Christina Maslach descrive tre gruppi di sintomi: esaurimento emotivo (apatia, demoralizzazione, difficoltà di concentrazione, irritabilità, preoccupazioni o paure eccessive o immotivate, senso di inadeguatezza, sensi di colpa), depersonalizzazione dell'utente (distacco emotivo, cinismo, disinteresse oppure ostilità e rifiuto verso gli utenti, rigidità nell'imporre o applicare norme e regole) e ridotta realizzazione professionale (caduta dell'autostima, senso di frustrazione ed impotenza). Ai sintomi inclusi in queste tre categorie, Folgheraiter aggiunge quelli descrivibili globalmente come perdita di controllo (l'operatore sente il lavoro "invasivo", non riesce a "staccare" mentalmente...). Tra i sintomi comportamentali del *burn-out* si possono evidenziare alcuni o molti tra i seguenti (Cherniss, 1983): assenteismo; "fuga dalla relazione" (trascorrere più tempo del necessario al telefono, cercare scuse per uscire o svolgere attività che non richiedano interazioni con utenti e colleghi); progressivo ritiro dalla realtà lavorativa ("disinvestimento"); perdita dell'autocontrollo

(reazioni emotive violente, impulsive, verso utenti e/o colleghi). Secondo alcuni autori, la sindrome di *burn-out* provoca o, più spesso, aggrava alcuni o molti tra i seguenti disturbi psicosomatici (Bernstein, Halaszyn, 1989; Cherniss, 1983): disfunzioni gastrointestinali (gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea); disfunzioni a carico del SNC (astenia, cefalea, emicrania); disfunzioni sessuali; malattie della pelle; allergie e asma; disturbi del sonno. Tutti gli autori che si sono occupati dell'argomento concordano nel ritenere che la sindrome deve essere considerata più un processo che un evento e che si sviluppa secondo un andamento fasico. Più nello specifico, tutto inizia da una situazione di *sovraccarico*, ossia di forte divario tra richieste e risorse disponibili, causa di uno stress cronico, che, incrementato dal continuo contatto con la gente, porta la persona a sentirsi prosciugata, esausta, incapace di rilassarsi e di recuperare energie. Successivamente l'operatore reagisce con atteggiamenti distaccati e sempre più burocratici al fine di non farsi coinvolgere ulteriormente. Diventa cinico, riduce al minimo il proprio coinvolgimento e abbandona persino i propri ideali. La disaffezione rappresenta il tentativo di proteggersi dall'esaurimento e dalla delusione. La Maslach definisce questa la fase della *spersonalizzazione*. Infine, emerge, nella fase conclusiva, la sensazione di *ridotta realizzazione professionale*, accompagnata da una diminuzione della motivazione al successo e un abbassamento del livello di autostima. La persona si sente inefficiente, cresce il senso di inadeguatezza e perde fiducia in se stessa. In questa fase possono comparire anche sintomi psicodepressivi.

### Il *burn-out* in oncologia

L'eziologia del disturbo sostiene che non esiste una sola causa; ormai la multidimensionalità della sindrome è ampiamente riconosciuta da quanti si occupano del problema. Occorre pensare al *burn-out* come l'epilogo di complesse vicende personali e lavorative, rispetto sia alla struttura organizzativa sia alla specificità della professione svolta. Vanno, pertanto, considerate sia le componenti oggettive, gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno, sia quelle soggettive, ossia la valutazione cognitiva e l'interpretazione individuale di tali stimoli. Nel mettere in evidenza le cause del *burn-out*, perciò, occorre distinguere tre generi di fattori: individuali (tratti di personalità, aspettative professionali e stress non professionale), lavorativi (intrinseci al servizio, relativi alla carriera, al rapporto con utenti e colleghi) e sociali (perdita progressiva del senso di comunità, sfaldamento del tessuto sociale, perdita del sostegno di una rete sociale, autorealizzazione e individualismo).

Dalle numerose ricerche effettuate, il campo oncologico, per le caratteristiche che gli sono proprie, risulta essere un'area della medicina ad elevato investimento psichico e coloro che lavorano in questo campo sono ad alto rischio *burn-out*, in quanto esposti ad alti livelli di stress che, in alcuni casi, possono compromettere la necessaria umanità e sensibilità verso i pazienti.

Vediamo, dunque, cosa evidenziano le ricerche a riguardo.

L'ospedale è un contesto fortemente emozionale in cui i medici devono imparare a far fronte non solo alle emozioni dei pazienti, ma anche alle proprie, inevitabilmente innescate dal contatto quotidiano con la sofferenza degli altri, ai propri sentimenti di impotenza e sconfitta di fronte agli insuccessi terapeutici, alla propria angoscia di morte. Comunicare una diagnosi di cancro, aumentare la compliance, aiutare i familiari ad essere un supporto per il malato e rispondere al bisogno di una cura globale, che il paziente oncologico comporta più di altri, richiedono al medico e all'infermiere una conoscenza generale delle dinamiche

psicologiche e una capacità di gestire le relazioni cui non sempre sono preparati.

Tra le malattie gravi e invalidanti, il cancro è la più temuta. Nonostante le possibilità terapeutiche siano aumentate, il cancro viene vissuto come una malattia inguaribile che non è facile prevenire. Viene associato all'idea di sofferenza e morte. Alle altre patologie non è legata l'immagine di ineluttabilità evocata dalla malattia neoplastica, che condiziona, in maniera tacita o esplicita, la psiche, creando una forzata convivenza con l'idea della propria mortalità. Il pensiero della propria morte colpisce profondamente tutti gli esseri umani, che, nella vita quotidiana, per sopravvivere, tendono a negare. Il cancro espone non solo il paziente e i suoi familiari, ma anche il personale curante all'impatto con il problema della propria fine.

La tendenza a negare la forte angoscia di morte che si prova contribuisce a creare quell'immagine professionale che fa della lotta contro la morte il fulcro dell'attività del medico e che viene messa in pericolo ogni volta che questa lotta minaccia di fallire.

Il decorso in genere prolungato sottopone a grande stress i pazienti, i loro familiari, i medici e il personale sanitario. Le storie di vita e le esperienze personali dei curanti possono essere rievocate dalle vicende dei pazienti, facendo riemergere ricordi spiacevoli e sentimenti irrisolti. Questi possono sollevare forti timori ed ansie, rendendo il lavoro clinico più stressante. Inoltre, i pesanti effetti collaterali dei trattamenti chirurgici, chemioterapici e radianti (nausea, vomito, mutilazioni fisiche, alopecia) non possono lasciare indifferenti chi li somministra.

Il doversi confrontare con un malato grave, che nonostante i massicci interventi terapeutici continua a peggiorare, o con un paziente moribondo può far scattare, nel medico o altro personale socio-sanitario, reazioni di difesa di cui il malato può diventare vittima. Spesso gli operatori sono del tutto inconsapevoli degli atteggiamenti di difesa che sviluppano verso i malati di cancro, oppure ne danno motivazioni fittizie: la mancanza di tempo, il timore di danneggiare o disturbare il paziente nel suo intimo processo di elaborazione sono le razionalizzazioni ricorrenti di un atteggiamento che evita il confronto con il malato. Comportamenti quali risposte evasive alla richiesta di dialogo da parte dei malati, freddezza e cinismo nella relazione sono strategie che il medico inconsciamente mette in atto per difendersi dall'eccessivo coinvolgimento emotivo. In questo contesto, la sindrome del *burn-out* rappresenta la reazione difensiva a condizioni di lavoro eccessivamente stressanti ed è caratterizzata da uno stato di esaurimento emotivo, un senso di ridotta realizzazione personale, un deterioramento nella relazione con i pazienti. È estremamente frustrante per l'oncologo rendersi conto di non essere onnipotente. Gli eventuali sentimenti di rabbia o di colpa sono comprensibili, ma, nello stesso tempo, irrazionali perché esistono situazioni cui non è possibile far fronte. Sarebbe opportuno, quindi, che l'oncologo fosse consapevole delle sue reazioni di difesa eccessivamente rigide, per riconoscerle e gestirle adeguatamente, in modo da facilitare la relazione medico-paziente.

## La prevenzione

Nel tentativo di definire le strategie di prevenzione del *burn-out* c'è un paradosso di fondo: a fronte di tanta evidenza, le iniziative volte a ridimensionare il fenomeno appaiono tuttora scarse e inconsistenti.

Si è, infatti, concordi sull'entità del fenomeno, sulla necessità di contenerlo e prevenirlo, sulle conseguenze negative che comporta per l'utenza e per l'organizzazione, sull'importanza

di favorire la gestione ottimale delle risorse umane, ma si fa ben poco sul piano applicativo e risultano ancora occasionali i progetti operativi in tal senso. Si presta scarsa attenzione alla formazione del personale, al suo inserimento nella realtà lavorativa, al monitoraggio dell'attività. Risultano ancora inadeguate, o addirittura inesistenti, le risorse economiche destinate alla ridefinizione delle strategie organizzative, alla luce delle recenti acquisizioni in materia di gestione aziendale.

Alcune strategie preventive richiedono tempi di attuazione molto lunghi e l'impegno e il coordinamento tra strutture organizzative su livelli spesso distanti tra loro come, ad esempio, l'università e le aziende sanitarie. Ad esempio, molti studi hanno evidenziato che i primi anni di carriera professionale sono quelli a maggior rischio *burn-out*. Evidentemente, il contatto con la realtà lavorativa determina un ridimensionamento delle aspettative e una disillusione rispetto a quanto ci si aspettava dalla professione. Per questi motivi, appaiono determinanti gli anni della formazione, che dovrebbero prevedere anche l'insegnamento di una metodologia di lavoro mirata a definire il ruolo professionale, con tutti i suoi vantaggi e svantaggi. Di pari importanza risulta anche l'inserimento nell'attività professionale, che dovrebbe essere preceduto da un periodo di formazione specifica; da più parti è stata evidenziata l'importanza che può avere l'impatto iniziale nello svolgimento di qualsiasi professione e, in particolare, alcuni studi sul *burn-out* hanno messo in luce gli aspetti negativi che possono derivare dall'inserimento di un giovane laureato in reparti di prima linea, con responsabilità non proporzionate all'esperienza. È quanto accade ai neoassunti in servizi in cui ci si trova improvvisamente a dover fronteggiare da soli situazioni di emergenza, senza la possibilità di un supporto da parte di colleghi più anziani e senza essere stati sufficientemente addestrati. Per tali motivi, utilissimo sarebbe un programma di addestramento che preceda l'inserimento e che preveda successivamente una formazione continua, una supervisione dell'attività svolta e un'informazione costante sui programmi dell'azienda e sugli obiettivi da realizzare. Alcuni autori, a tal proposito, prevedono due livelli d'azione all'interno dei programmi di formazione e prevenzione del *burn-out*: la struttura organizzativa e l'operatore, su cui intervenire in parallelo, attraverso l'integrazione degli interventi.

In tale ottica non si parlerebbe più di prevenzione del disagio, ma di promozione del benessere, prospettando il superamento della routine per proiettarsi in un'atmosfera in cui possano essere garantite al singolo professionista tutte quelle condizioni che lo sostengano e lo portino a fare nuove scoperte gratificanti sul versante professionale: la formulazione di obiettivi chiari e ben definiti; la piena autonomia personale; la supervisione continua del lavoro svolto; la verifica dei risultati raggiunti; la riformulazione periodica degli obiettivi.

Gli interventi dovrebbero articolarsi seguendo le linee della moderna psicologia che prevedono la valorizzazione dell'uomo e delle sue potenzialità.

### **Il caso: intervento di prevenzione al *burn-out* per lo staff del reparto di oncologia del presidio ospedaliero G. Da Procida di Salerno**

Come è stato fin qui riferito, gli interventi preventivi, per essere efficaci, devono includere sia una ristrutturazione dell'ambiente lavorativo, sia un'azione più specificatamente rivolta agli operatori. Nel caso preso in analisi in questo lavoro, l'intervento nasce su richiesta del primario del reparto di oncologia, come supporto all'équipe. Non potendo intervenire

direttamente sull'organizzazione, esso si è aggiunto ad altri servizi già esistenti nella struttura ospedaliera (gestiti da un'associazione di volontariato per le cure palliative) ed è stato fatto seguire da un nuovo progetto rivolto ai pazienti e ai familiari (uno sportello d'ascolto e di sostegno psicologico gratuito). Ciò ha permesso, seguendo un percorso più indiretto, di modificare in parte le condizioni strutturali e lavorative, dando così un nuovo impulso alla nascita di un servizio più integrato e rafforzando i fattori protettivi personali e del gruppo di lavoro. L'integrazione degli operatori funziona molto bene, caratterizzata dalla presenza di una comunicazione circolare tra volontari, équipe socio-sanitaria e *counselor*, che se da un lato dà vita ad un intervento che si affianca al lavoro degli operatori, migliorando la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, dall'altro, non meno importante, fornisce sollievo all'équipe stessa del reparto dal "caricarsi troppo" del paziente e della sua sofferenza emozionale. Per meglio strutturare l'intervento di prevenzione e di sostegno e pianificare azioni specifiche il più possibile rispondenti alle esigenze del gruppo, ho messo a punto un questionario che ho denominato "Questionario per la valutazione della soddisfazione lavorativa". Il questionario è composto da 38 item, che consentono di rilevare informazioni sul gruppo all'interno di quattro macro aree.

1. **Tipologia e organizzazione del lavoro:** aspetti tecnici come mansioni, carico di lavoro, autonomia decisionale, riconoscimento economico.
2. **Aspettative nei confronti del lavoro:** significato personale e sociale del lavoro, aspettative eccessive, consacrazione al lavoro, lavoro come sostituto della vita sociale, lavoro come unica area da cui mutuare la stima di sé.
3. **Senso di appartenenza e coesione del gruppo:** sostegno, partecipazione e coesione del gruppo.
4. **Aspetti emotivi e psicologici connessi alla professione:** capacità di riconoscere e controllare i propri ed altrui stati d'animo, ascolto e comunicazione, problem solving e senso di autoefficacia.

### Descrizione del gruppo e obiettivi dell'intervento

Il gruppo, con cui ho avuto il piacere e l'onore di lavorare in tutti questi mesi, è quello dell'équipe medico-sanitaria operante nel Reparto di oncologia dell'ospedale G. Da Procida di Salerno. Dieci validi professionisti, e soprattutto dieci splendide persone: il primario ed altri due medici; cinque infermieri; due operatori socio-sanitari.

Gli incontri, su richiesta dello stesso primario, nascono con il fine di fornire sostegno psicologico a questi operatori, costantemente sottoposti, per le caratteristiche del lavoro che svolgono, a stress e ad un carico emotivo elevatissimi, intervenendo, in tal modo, in maniera preventiva nei confronti di quella vera e propria sindrome da stress lavorativo, ormai comunemente nota come *burn-out*, e dei suoi effetti dannosi, primo fra tutti l'errore professionale.

L'intervento ha previsto la costituzione di incontri di sostegno settimanali, di due ore ciascuno, con tutta l'équipe socio-sanitaria al completo, primario compreso, per la durata di un anno circa. Di tanto in tanto, sempre su proposta del primario, ho condotto delle osservazioni del gruppo nel suo contesto di lavoro, che mi hanno permesso di rilevare punti di forza e punti di debolezza organizzativi e costitutivi delle attività e di comprendere meglio alcune dinamiche tipiche dei membri del gruppo. Altre volte mi è stato possibile fare colloqui individuali, in modi più o meno formali, con il primario o con gli altri operatori, che sono

stati ugualmente illuminanti e utili ai fini dell'intervento.

In definitiva, sulla base dei risultati ottenuti alla prima somministrazione del questionario e delle osservazioni effettuate, si è cercato di rendere l'approccio delle strategie d'azione il più possibile globale, tenendo, dunque, ben presenti tutti i fattori ambientali/lavorativi, individuali e relazionali.

Dal punto di vista dei fattori organizzativi, si è potuto intervenire solo sugli aspetti relativi ai ruoli, ai compiti e alla pianificazione del lavoro con l'obiettivo di facilitare la chiarezza delle mansioni, una giusta distribuzione del carico di lavoro secondo le effettive capacità personali, autonomia decisionale e risoluzione dei problemi lavorativi che di volta in volta si presentano, con la piena conoscenza e consapevolezza dei limiti che caratterizzano il servizio (poco denaro, poca conoscenza, scelte difficili...).

Altro obiettivo importante ai fini della prevenzione del *burn-out*, che è sembrato opportuno porsi, è stata la graduale e progressiva modificazione delle aspettative, in senso adattivo, da parte dei prestatori di assistenza e cura, in modo da favorire la definizione di obiettivi realistici nel proprio lavoro e stimolare l'individuazione dei propri limiti, riducendo in tal modo il più possibile le fonti di frustrazione.

Per quanto riguarda gli aspetti più prettamente psicologici, emotivi e relazionali, l'intervento si è concentrato su numerosi ambiti.

Innanzitutto si è focalizzato sull'obiettivo di migliorare la comunicazione tra le persone, incoraggiando la libera espressione, individuando pensieri irrazionali e controproducenti (come la paura di non piacere, di non risultare simpatici o di rovinare i rapporti con i colleghi), riducendone l'impatto e favorendo la risoluzione di conflitti interpersonali e il confronto di opinioni.

Stimolando poi un'atmosfera di comprensione e di collaborazione di gruppo, ci si è posti l'obiettivo di facilitare il consolidamento del senso di coesione e di unione, al fine di favorire quel sostegno e supporto emotivo così importanti come moderatori dello stress e fattori di protezione dal *burn-out*.

Infine, l'era della salutogenesi, in cui non solo bisogna evitare le malattie, ma difendere e rafforzare la salute, impone a qualsiasi tipo di intervento preventivo di incoraggiare lo sviluppo della consapevolezza del medico e di tutti gli operatori del settore, che oltre a rivolgere la loro attenzione al prossimo hanno anche l'obbligo personale di tutelare se stessi. Pertanto, un altro importante obiettivo che questo intervento si è posto è stato quello di promuovere livelli di consapevolezza di sé, delle proprie emozioni e soddisfazioni, che permettano agli operatori di riconoscere le motivazioni personali nella scelta della professione, di comprendere i propri limiti ai bisogni e alle richieste di pazienti, familiari, colleghi e superiori, di poter chiedere aiuto o delegare compiti troppo pesanti emotivamente, di saper mettere dei "confini" alla propria disponibilità e programmare attività piacevoli o rilassanti nel proprio tempo libero dal lavoro.

Un ulteriore obiettivo dell'intervento era quello di sostenere la leadership del primario, potenziando i suoi numerosi e importantissimi punti di forza, quali il grande rispetto per i suoi collaboratori, la sua tendenza a coinvolgere tutti gli operatori nelle decisioni da prendere, la sua disponibilità, la sua passione per il lavoro e per le persone; e, al tempo stesso, incoraggiandone la consapevolezza dei punti deboli e stimolandone il miglioramento.

## I risultati

Passiamo ora all'analisi dei risultati ottenuti dal questionario sulla soddisfazione lavorativa. Sono state raccolte le risposte dei dieci operatori alle tre somministrazioni del questionario e ne sono state calcolate le medie, prima singolarmente per ciascuna risposta del test, poi raggruppate nelle quattro macro aree che esso misura.

Per brevità, qui verranno presentati i dati delle medie ottenute dal gruppo alle tre somministrazioni (Tab. 1 e Fig. 1).

Nell'osservazione delle tabelle e dei grafici si tenga conto di due elementi:

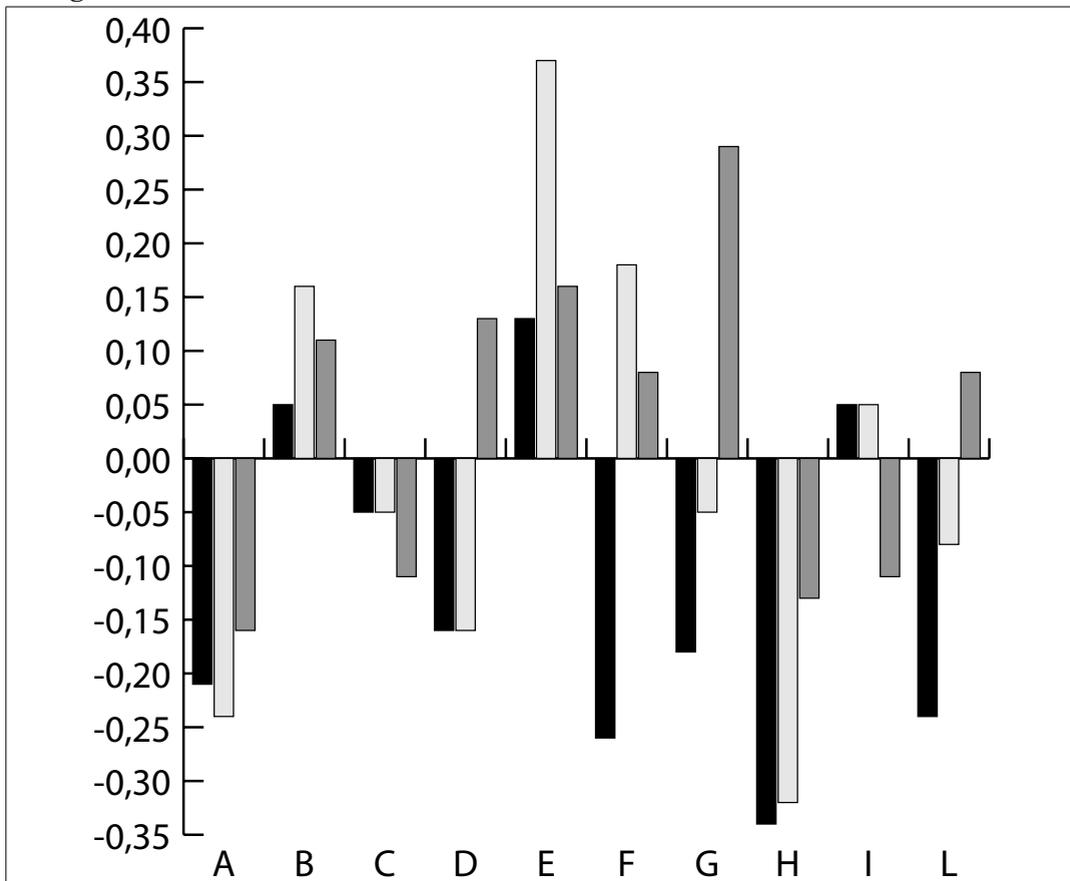
1. è stato inserito il segno meno (-), per la presenza di domande formulate in negativo, per le quali ci si attende che un miglioramento corrisponda ad una diminuzione dei valori;
2. le quattro macro aree osservate possiedono range di risposta variabile, con valori minimi e massimi diversi (indicati nella colonna "Range Medie").

**Tab. 1 - Medie parziali**

	Medie Test 1	Medie Test 2	Medie Test 3	Range Medie
Appartenenza e coesione	1,41	1,58	1,66	$(-0.5 \leq X \leq 2.5)$
Aspettative nei confronti del lavoro	-1,16	-1,06	-1,11	$(-2.75 \leq X \leq 0.25)$
Tipologia e organizzazione del lavoro	0,16	0,27	0,47	$(-1.85 \leq X \leq 1.14)$
Aspetti emotivi e psicologici	-0,66	-0,61	-0,59	$(-2.9 \leq X \leq 0.11)$

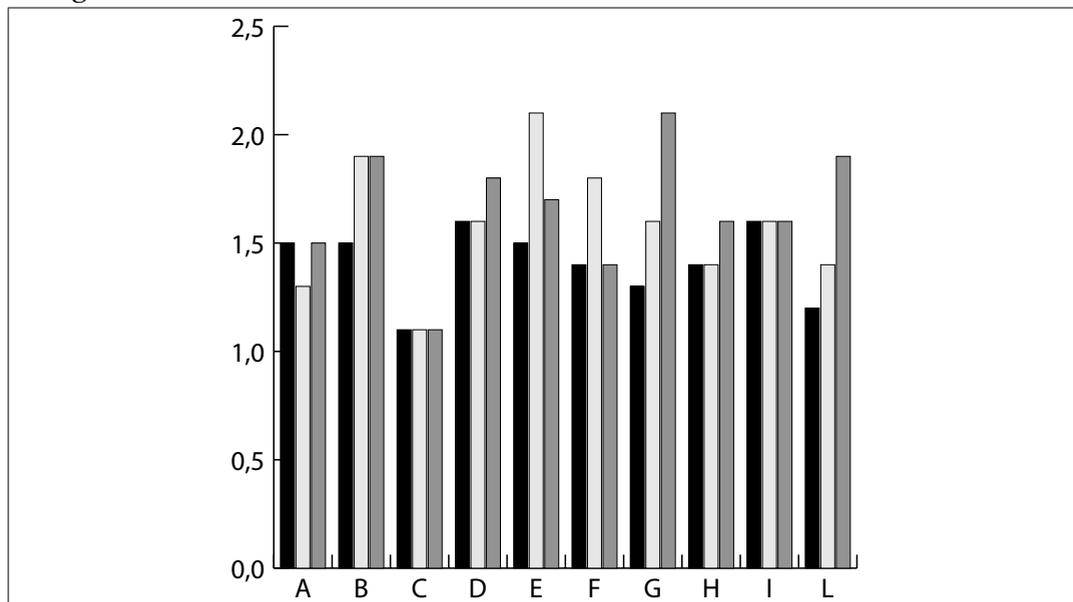
I risultati mostrano come nel complesso tutte e quattro le aree individuate, già precedentemente all'inizio del progetto, fossero presenti in una buona misura e come, a distanza di quattro mesi, i valori sono tutti migliorati, sebbene con andamento diverso, mostrando un significativo incremento del senso di appartenenza e coesione del gruppo e un buon cambiamento nella percezione degli aspetti più pratici del lavoro. Un progresso più moderato, invece, si è verificato sia nell'area degli aspetti emotivi e psicologici connessi alla professione, sia nelle aspettative individuali nei confronti del proprio lavoro, che addirittura, dopo un iniziale miglioramento, sembra ritornare ai livelli della prima somministrazione.

Fig. 2



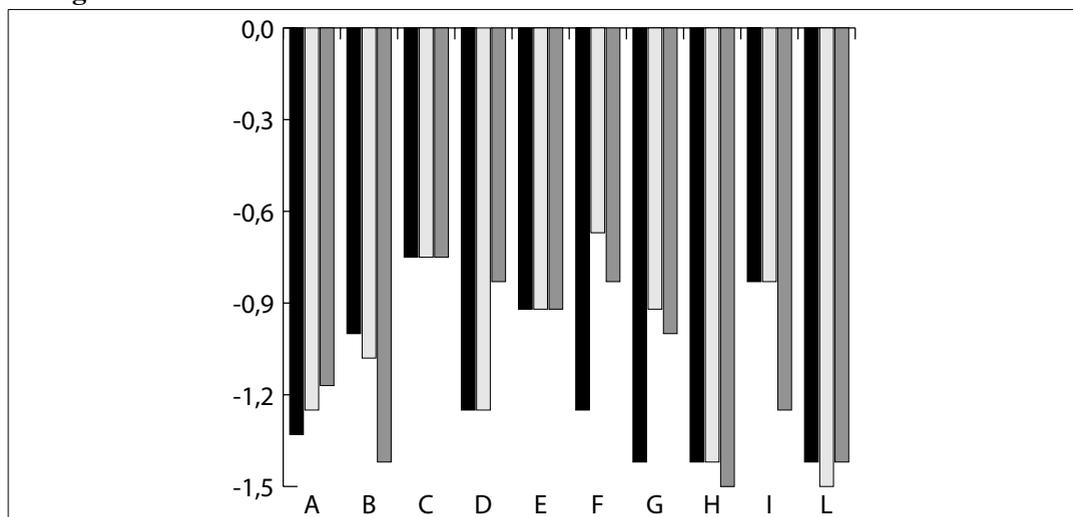
La Figura 2, relativa alla variabilità individuale, confronta le risposte di ciascun membro del gruppo alle tre somministrazioni per valutare come sono cambiate le percezioni e gli atteggiamenti di ognuno nel corso del tempo. Nel complesso, i risultati dimostrano che per il 50% dei membri del gruppo (soggetti A, D, G, H, L) le risposte al questionario, e dunque le variabili prese in considerazione dal questionario, sono migliorate, mentre risultano essere decisamente peggiorate rispetto alla situazione iniziale solo per due persone su dieci (soggetti C e I). Condizione particolare risulta quella rappresentata dal 30% dei membri del gruppo, secondo cui la soddisfazione lavorativa sarebbe migliorata rispetto alla situazione di partenza, ma peggiorata rispetto alla seconda somministrazione del questionario (soggetti B, E e F). Suddividendo i risultati per le quattro aree identificate, emerge che i cambiamenti più significativi, ancora una volta, riguardano il senso di appartenenza e la coesione del gruppo, che risulta essere migliorata o tutt'al più invariata rispetto alle condizioni iniziali, ma mai peggiorata (Fig. 3).

Fig. 3

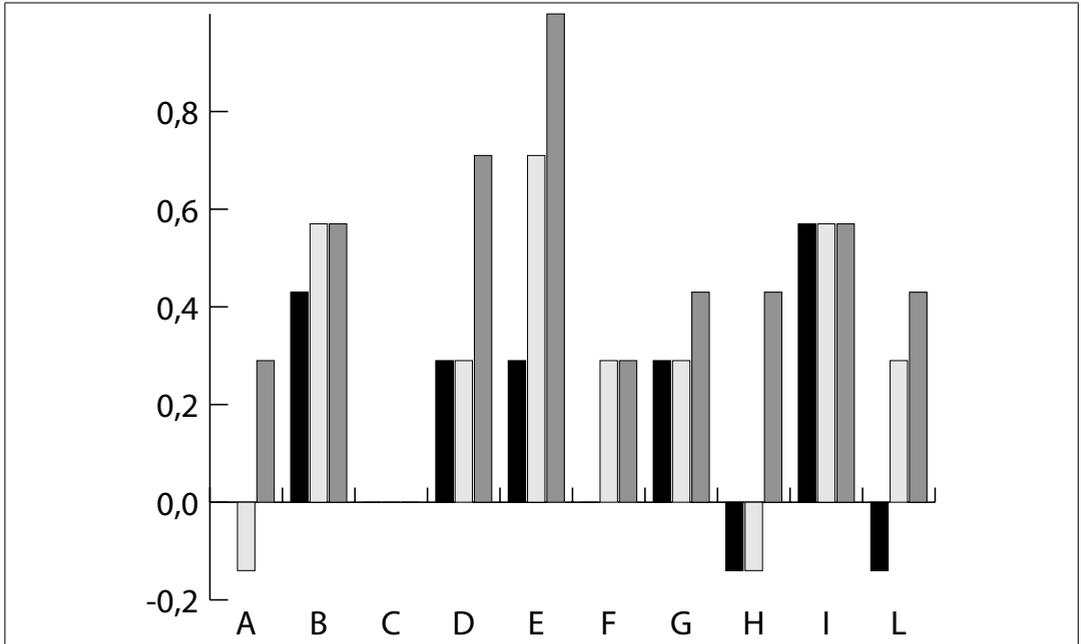


In buona parte migliorati (per il 60%) rispetto alle condizioni iniziali risultano gli aspetti emotivi e psicologici connessi alla professione (Fig. 6) e la percezione circa l'organizzazione e la tipologia del lavoro (Fig. 5). Un progresso meno significativo si rileva, invece, circa le aspettative nei confronti del lavoro (Fig. 4).

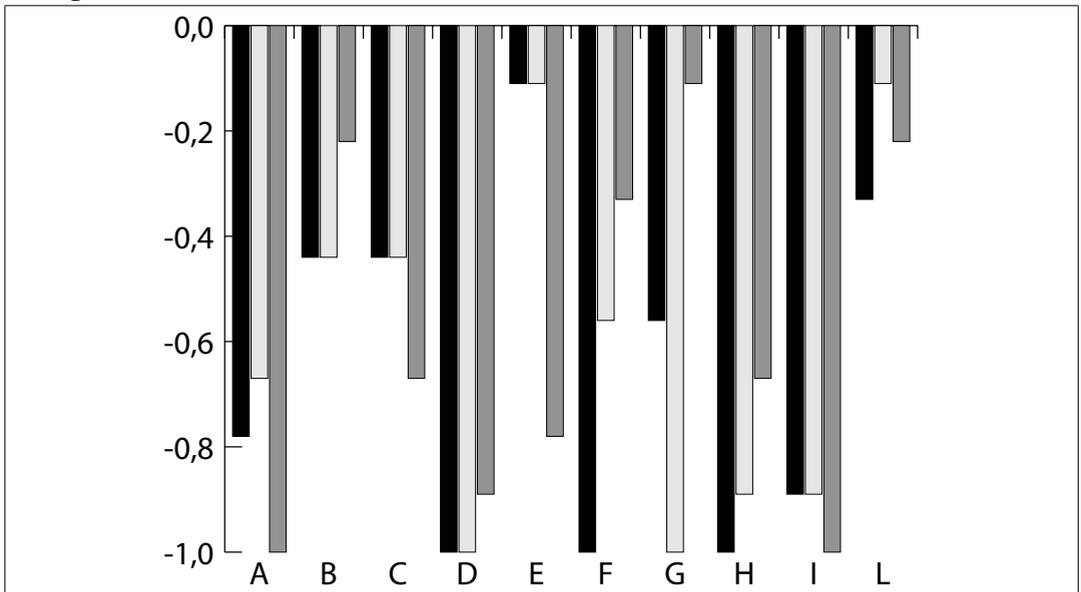
Fig. 4



**Fig. 5**



**Fig. 6**



## Osservazioni finali

Sulla base delle osservazioni effettuate e dei risultati ottenuti al questionario, possiamo orientarci ora verso l'epilogo di tutto il lavoro fin qui presentato.

Innanzitutto si deve riconoscere che, tra gli obiettivi che il progetto di prevenzione al *burn-out* si proponeva, sono stati raggiunti notevoli risultati, soprattutto nell'ambito della coesione del gruppo. Gli operatori si sentono più uniti tra loro ed è aumentata la partecipazione attiva ai processi decisionali dell'équipe di lavoro. Tale condizione ha influito positivamente sullo sviluppo di una maggiore conoscenza di sé e del proprio comportamento e sulla capacità di organizzare le proprie relazioni sociali, favorendo la manifestazione di comportamenti di sostegno e rassicurazione nei confronti degli altri. In tal senso, dunque, è stato raggiunto ciò che viene definito come un obiettivo del gruppo (Galimberti, 1992), ossia un livello di sicurezza, garantito dall'appartenenza al gruppo, che consente con la sua protezione di rischiare senza troppa ansia anche in terreni mai esperiti.

Migliorata risulta anche la comunicazione utilizzata, che ha acquisito ora una modalità più diretta, grazie alla quale, dopo aver individuato e ridotto l'impatto di pensieri irrazionali (come ad esempio, il ritenere che manifestare le proprie personali e diverse opinioni possa produrre un conflitto distruttivo che danneggi le relazioni interpersonali), è stato possibile favorire un'espressione di sé ed un confronto più liberi.

Altri cambiamenti positivi si rilevano circa la percezione degli aspetti più pratici dell'organizzazione e della tipologia del lavoro, e ciò anche in conseguenza del fatto che le riunioni del venerdì sono state spesso utilizzate proprio per discutere di difficoltà più tecniche e per la risoluzione di problematiche lavorative ed organizzative.

Meno significativi sono stati i cambiamenti riscontrati circa le aspettative connesse al lavoro. Inoltre, il grafico sulla variabilità individuale esprime una forte discordanza di opinione al riguardo tra i membri del gruppo. Tale situazione, letta semplicemente attraverso i numeri, non fornisce elementi su cui concentrarsi per comprenderne le ragioni, ma può essere più facilmente spiegata attraverso la lettura di quanto emerso durante gli incontri settimanali. Il gruppo, infatti, pur dimostrando di possedere una buona vita di relazione e familiare, di saper "staccare la spina" e di riuscire ad organizzare il tempo libero in attività piacevoli, che sono fattori fortemente preventivi nei confronti della sindrome da stress lavorativo, manifesta una difficoltà a prendere "le giuste distanze" dai pazienti, dai familiari e anche dai colleghi, non riuscendo a porre dei limiti alle richieste eccessive che da questi provengono. Questa è altresì una grande difficoltà del primario, che, primo fra tutti, manifesta un maggior carico di stress legato anche a questo aspetto così altruistico da una parte, ma altrettanto deleterio per se stessi dall'altra.

Tale condizione di certo influenza anche i risultati circa gli aspetti emotivi e psicologici connessi alla professione, inficiando quella capacità di riconoscere i propri stati d'animo e il *sensu di autoefficacia*, come descritto da Bandura, che tanto importanti sono per il raggiungimento di una soddisfazione lavorativa e personale e per la tutela della salute mentale del lavoratore. Più in particolare ci riferiamo con questi termini alla possibilità di individuare obiettivi e aspettative realistici e alla conoscenza e gestione delle proprie capacità e dei propri limiti. Tutto ciò implica la capacità di affrontare compiti difficili, guardando ad essi come sfide da vincere e non come pericoli da evitare, mantenendo costantemente alto l'impegno di fronte alle difficoltà, e di non spaventarsi di fronte agli insuccessi, recuperando la fiducia in se stessi.

In conclusione, possiamo dire che numerosi sono stati i progressi del gruppo che, tuttavia, ancora necessita di un supporto per migliorare queste aree così rilevanti sia in un'ottica di prevenzione dallo sviluppare patologie psico-sociali, sia in un'ottica più prettamente professionale, che implichi una maggiore soddisfazione del lavoratore, più impegno e, dunque, una qualità superiore del lavoro. Questi saranno gli obiettivi verso i quali procederà l'intervento nei prossimi mesi.

## Bibliografia

- Amerio P. (1982)**, *Teorie in psicologia sociale*, **Il Mulino, Bologna.**
- Anzieu D. (1976)**, *Il gruppo e l'inconscio*, **Borla, Roma.**
- Benson J.F. (2004)**, *Gruppi - Organizzazione e conduzione per lo sviluppo personale in psicoterapia*, **Sovera, Roma.**
- Biondi M., Costantini A., Grassi L. (1995)**, *La mente e il cancro - Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*, **Il Pensiero Scientifico, Roma.**
- Borreani C, Morasso G. (1992)**, *La formazione psicologica in oncologia*, in **Grassi L., ed. Il disagio psichico in oncologia**, **Spazio Libri, Ferrara.**
- Caplan G. (1964)**, *Principles of preventive psychiatry*, **Basic Book, New York.**
- Cattell R. B. (1962)**, *Group theory, personality and role: a model for experimental researches*, in **Geldard F.A., Defence Psychology (pp. 209-259)**, **Pergamon Press, Oxford.**
- Cherniss C. (1983)**, *La sindrome del burn-out*, **Centro Scientifico Torinese, Torino.**
- Contessa G. (1982)**, *L'operatore sociale cortocircuitato: la "burning-out syndrome" in Italia*, in **Animazione Sociale**, **42-43, pp. 29-41.**
- Di Maria F., Folgares G. (2005)**, *Elementi di psicologia dei gruppi*, **McGraw-Hill, Milano.**
- Francescato D., Ghirelli G. (1994)**, *Fondamenti di psicologia di comunità*, **La Nuova Italia Scientifica, Roma.**
- Francescato D., Tomai M., Ghirelli G. (2003)**, *Fondamenti di psicologia di comunità - Principi, strumenti, ambiti di applicazione*, **Carocci, Roma.**
- Freudenberger H.J. (1974)**, *Staff Burnout*. **Journal of Social Issue**, **30 (1), 159-165.**
- Gabassi P.G., Mazzon M. (1995)**, *Burnout: 1974-1994 - Venti anni di ricerche sullo stress degli operatori socio-sanitari*, **FrancoAngeli, Milano.**
- Galimberti U. (1992)**, *Dizionario di psicologia*, **Utet, Torino.**
- Giusti E., Nardini M.C. (2004)**, *Gruppi pluralistici - Guida transteorica alle terapie collettive integrate*, **Sovera, Roma.**
- Giusti E., Ticconi G. (1998)**, *La comunicazione non verbale*, **Scione, Roma.**
- Maslach C. (1982)**, *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, **Cittadella, Assisi.**
- Maslach C., Leiter M.P. (1997)**, *Burnout e organizzazione*, **Erickson, Trento.**
- Migliarese A. (2000)**, *Cause e strategie di prevenzione della "sindrome di burn-out" - L'esperienza in due comunità terapeutiche*. **Tesi di laurea.**
- Mucchielli R. (1970)**, *La dinamica di gruppo*, **ElleDiCi, Torino.**
- Muti P. L. (1986)**, *Il lavoro di gruppo*, **Franco Angeli, Milano.**
- Orford J. (1992)**, *Psicologia di comunità*, **Franco Angeli, Milano.**
- Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Europeo (1987)**, *Concetti e principi della promozione della salute: un documento per la discussione*, in **Ingresso M. (a cura di), Dal-**

*la prevenzione della malattia alla promozione della salute*, **Franco Angeli, Milano.**

**Pellegrino F. (2000)**, *La sindrome del burn-out*, **Centro Scientifico Editore, Torino.**

**Pellegrino F. (2004)**, *Il burn-out come malattia professionale*, in **Minerva Psichiatrica, Minerva Medica, Torino. Vol. 45 - N. 2 - pp. 93-98.**

**Rogers C.R. (1976)**, *I gruppi di incontro*, **Astrolabio, Roma.**

**Zani B., Cicognani E. (1999)**, *Le vie del benessere - Eventi di vita e strategie di coping*, **Carocci, Roma.**



**SOVERA**

**Edoardo Giusti - Claudia Montanari**

# **LA CO-PSICOTERAPIA**

Due è meglio e più di uno in efficacia ed efficienza



**Collana di Edoardo Giusti**



# La psicologia nelle scuole

## 4

### 4.1 Sviluppare il senso di appartenenza nella scuola attraverso il coinvolgimento: l'A.O.M. (analisi organizzativa multidimensionale) uno strumento di eccellenza.

*di Anna Degano, Claudia Montanari*

Questo lavoro nasce dalla richiesta di consulenza espressa da parte del Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Tricesimo (*Udine*) quale punto di partenza verso una riqualificazione del servizio scolastico, che riconosce nella costruzione dell'identità e nello sviluppo del senso di appartenenza i presupposti per il cambiamento strutturale e relazionale dell'organizzazione scolastica nella sua interazione.

Si è ritenuto fondamentale partire dall'analisi della situazione attraverso un'intervista semi strutturata, effettuata al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo e al Dirigente Amministrativo e che ha permesso di rilevare informazioni sull'Istituto, nonché le esigenze di miglioramento.

Dall'analisi dei dati raccolti si rileva la necessità di uscire dall'autoreferenzialità tipica della scuola italiana che rischia spesso di ripiegarsi su se stessa, occupandosi solo dell'organizzazione dell'Istituto.

La risposta di consulenza è stata quella di utilizzare come strategia l'A.O.M. (Analisi Organizzativa Multidimensionale) quale strumento di coinvolgimento e partecipazione, come punto di partenza per avviare un processo di consapevolezza finalizzato alla costruzione di un'identità condivisa, nonché al radicamento negli operatori e negli utenti di un senso positivo di appartenenza alla Comunità Scolastica.

#### **Perché l'A.O.M.: che cos'è e a cosa serve**

Le motivazioni della scelta di questo metodo risiedono nel fatto che questo tipo di analisi organizzativa presuppone l'interazione tra discipline diverse (*diritto, psicologia di comunità, economia, statistica, ecc.*) e stimola il coinvolgimento di tutti gli attori del servizio. Consente

soprattutto di rilevare le relazioni che legano le varie figure professionali con la prospettiva di attivare un processo di miglioramento per favorire il senso d'identità, di appartenenza e l'integrazione tra tutte le componenti dell'Istituto Comprensivo.

Essa, inoltre prende in considerazione sia aspetti logici che analogici della struttura istituzionale. L'organizzazione viene pertanto analizzata secondo le quattro dimensioni: *strategico-strutturale, funzionale, psico-dinamica, psico-ambientale*, volte alla definizione di un Progetto di miglioramento.

Gli **obiettivi del metodo** sono:

- aumentare la capacità dei partecipanti di riconoscere punti di forza e di debolezza della propria organizzazione;
- evidenziare la necessità di tener conto delle interdipendenze fra le diverse aree interessate al cambiamento organizzativo;
- riconoscere quali debbano essere i cambiamenti primari, e proporre soluzioni;
- aumentare la conoscenza delle tecniche proposte dalle diverse teorie.

### Scopo dell'intervento

Alla luce di quanto rilevato le **finalità** percepite sono:

1. migliorare in tutti il senso di appartenenza alla comunità scolastica consolidando il processo appena avviato di costruzione dell'identità dell'Istituto Comprensivo, evitando di "bruciare" le persone nonché valorizzare al meglio le risorse umane;
2. creare integrazione tra le diverse realtà dell'Istituto Comprensivo e raggiungere un buon livello di preparazione per tutti gli allievi (*sistema integrato tra enti: la scuola dell'autonomia deve essere sempre più scuola del territorio*).

Le finalità sono da perseguire con le seguenti modalità:

1. ricercare l'integrazione tra le diverse realtà umane, organiche, locali;
2. puntare a ridurre la precarietà di alcune figure professionali, partendo dalla Dirigenza (*che cambia ogni anno*);
3. creare una stabilità di governo e di organizzazione. In particolare il Dirigente scolastico sostiene che "manca integrazione di istituto", bisogna creare un senso di appartenenza condiviso.

### Il desiderio di miglioramento: le aspettative

Le aspettative nei confronti degli operatori si possono di seguito riassumere:

- aumentare il coinvolgimento di operatori e utenti;
- aumentare la conoscenza e la consapevolezza in ciascuno del proprio ruolo;
- stimolare un senso di appartenenza alla comunità scolastica per costruire un'identità nuova;
- scoprire i punti di forza dell'organizzazione;
- recuperare motivazione, energie ed ottimismo nella consapevolezza che la nuova identità può portare dei vantaggi nella valorizzazione del ruolo di ciascuno;
- acquisire o riscoprire la propria autostima;
- percepire la necessità del cambiamento (*derivata dall'attuazione del regolamento dell'autonomia scolastica*) mettendosi in gioco senza incorrere in atteggiamenti rinunciatari per paura;
- porsi di fronte alle problematiche con flessibilità;

- ✎ dimostrarsi pronti ad acquisire strategie e tecniche relazionali, aprirsi all'ascolto, al controllo emotivo, al senso di responsabilità;
- ✎ integrazione tra soggetti diversi per un fine comune.

### Punto di partenza: informazioni del contesto

Di seguito elenchiamo le caratteristiche dell'Istituto.

#### a. L'Istituto Comprensivo

L'Istituto Comprensivo in oggetto è formato da 11 scuole (*dall'infanzia alla secondaria inferiore*) situate in un'area del Nord del Friuli e comprendenti 4 diverse amministrazioni comunali.

L'Istituto Comprensivo comprende scuole divise per:

- ✎ territorialità (*zona Nord della provincia di Udine*);
- ✎ amministrazione locale: le scuole dipendono da 4 amministrazioni diverse. La "politica del campanile" si è rafforzata da quando esiste l'Istituto Comprensivo, la cui costituzione è stata imposta 3 anni fa';
- ✎ corpo docente: la maggior parte degli insegnanti proviene dagli stessi luoghi e dalle stesse comunità degli allievi (*forte appartenenza - identità - legame territoriale*). In origine i vari plessi/scuole dipendevano da Presidenze e Direzioni Didattiche diverse: la suddivisione territoriale avvenuta in seguito all'accorpamento ha imposto convivenze tra realtà che hanno avuto difficoltà a stare assieme subendo la scelta del Comprensivo come politica;
- ✎ il personale non docente proviene dalle stesse zone;
- ✎ la tipologia di ordini è la più ampia, poiché va dalla scuola dell'infanzia alla scuola media, ovvero dalla scuola primaria alla secondaria di 1° grado tutte all'interno della scuola dell'obbligo;
- ✎ le esigenze sono generalizzate;
- ✎ esiste un servizio mensa gestito dagli Enti Locali, che provvedono anche alle spese di primo funzionamento (*riscaldamento, telefono, energia elettrica*) e ad alcune spese di cancelleria, e in più elargiscono contributi per attività varie;
- ✎ c'è una forte presenza di allievi extracomunitari e di etnia ROM, con ca. n° 50 utenti sul totale di ca. n° 1.200 alunni (4%);
- ✎ diversi insegnanti hanno legami di parentela o di amicizia con i politici locali;
- ✎ manca la consapevolezza dei propri ruoli con la conseguente ricaduta negativa sull'organizzazione (*es. il bidello si rivolge al tecnico direttamente, scavalcando il vertice, che dovrebbe dare l'autorizzazione*);
- ✎ esistono coordinamenti di sede per la gestione di problemi ordinari;
- ✎ ci sono forti problemi relazionali;
- ✎ la sede centrale ha un ruolo predominante perché è in un centro demograficamente più rilevante (*Tricesimo*) e può contare su un'utenza numericamente superiore. Il fatto che funga da sede tecnica ed amministrativa per tutto l'Istituto Comprensivo suscita sentimenti di invidia da parte delle altre sedi, risultando la sede più ambita. L'utenza sceglie infatti, l'iscrizione in questo polo per le seguenti motivazioni:
  - storia;
  - maggiore stabilità dei docenti;
  - presenza di laboratori più numerosi e più attrezzati.

- un'altra sede della scuola dislocata è in un Comune piccolo con molte frazioni estremamente disperse lungo un'asse territoriale verticale. Conta, oltre che sulla presenza di tutti gli ordini di scuole, su una nuovissima sede della scuola media, che per quanto piccola, è funzionale e architettata in modo tale da poter ospitare realtà ed attività associative non solo del territorio;
- un'altra sede è in un Comune di medie dimensioni;
- vi è invece un Comune di dimensioni ridotte che, per identità territoriale, è più legato a quello limitrofo che non fa capo alla sede centrale.

### **b. Le Amministrazioni Comunali**

Le Amministrazioni Comunali di riferimento si preoccupano dei servizi di supporto, con modalità differenti senza entrare attivamente nella vita dell'Istituto. Il Comune principale elargisce da due anni un contributo annuale ma, da quando si è insediato il Comprensivo, non c'è una vera finalizzazione progettuale. Manca totalmente, quindi, il coinvolgimento e la pianificazione da parte dell'Amministrazione, il cui comportamento si traduce spesso in una mera erogazione di denaro.

### **c. La cultura e il contesto sociale**

Uno dei quattro Comuni del territorio si può individuare come comunità "cittadina", mentre gli altri tre sono di origine "rurale", anche se il settore terziario è in rapida diffusione e sta cambiando il contesto culturale.

La comunità è formata da famiglie composte per la maggior parte da genitori con un figlio unico, altre con due figli; un numero ridotto di esse ha più di due figli. Le origini sociali delle famiglie sono di tipo operaio, impiegatizio nel terziario e, infine, rurale. Alcune famiglie sono monoreddito, in altre tutti e due i genitori lavorano, con la conseguente necessità di dover lasciare i figli a scuola il maggior tempo possibile.

Vi sono famiglie con disagi, in particolare con bambini e ragazzi in situazione di handicap. Per questo motivo le amministrazioni hanno attivato servizi socio-assistenziali rivolti agli allievi, ma anche alle loro famiglie.

Vi sono alcune comunità ROM, solo in parte accettate dal resto della comunità locale.

### **d. Le difficoltà relazionali**

Pur nell'apparente omogeneità delle comunità tra di loro, l'eterogeneità originaria tra le diverse scuole ha comportato difficoltà relazionali: di ordine personale tra chi opera negli uffici, da parte dei genitori nel richiedere servizi per esigenze sempre più particolari, nonché nei reciproci contatti tra personale docente e personale amministrativo, dove manca una consolidata comprensione della complementarietà dei ruoli. Un'organizzazione verticale come quella della scuola, dove lavorano insieme figure professionali con diversi inquadramenti, a volte può determinare una situazione di conflitti che possono ledere la qualità del servizio stesso.

## **Il Piano di lavoro**

Il piano di lavoro contempla due parti, più una parte trasversale dedicata al monitoraggio del lavoro.

1- La **PRIMA PARTE** è stata divisa a sua volta in tre momenti:

**1.1 1.1 La Fase di Progettazione.** Alla luce delle richieste presentate dal Dirigente Scolastico, si è steso un Progetto ed è stato presentato il piano di lavoro e di intervento. In questa fase sono stati realizzati degli incontri con il Dirigente e il suo Vice per inquadrare la situazione in tutta la sua problematicità e raccogliere tutte le indicazioni possibili per definire il Progetto. Inoltre è stata analizzata e considerata tutta la normativa legata ai provvedimenti legislativi presi nel periodo di tempo che ha portato al momento attuale e i contratti di lavoro del personale docente e non docente. Sono state inoltre svolte ricerche bibliografiche circa le tematiche relative all'educazione, al senso di appartenenza e di identità, alla territorialità. E' stata considerata la documentazione e la letteratura relativa all'Analisi Organizzativa Multidimensionale e le tecniche ad essa legate. Si è predisposto un possibile calendario del lavoro e del materiale necessario. Infine il Progetto è stato sottoposto all'attenzione del Dirigente Scolastico che lo ha approvato ed ha accettato l'intervento e le spese previste.

**1.2 La Fase di Organizzazione** e la strutturazione dell'intervento attraverso l'individuazione delle fasi e degli strumenti necessari. In questa fase è stato scelto e definito un piano di comunicazione con l'utilizzo di tecniche strategiche adeguate al contesto. Sono stati presi in considerazione i vari gruppi di operatori e utenti, per i quali è stato predisposto il percorso di analisi. Il primo gruppo previsto è stato quello dei docenti, poi quello del personale ATA, quindi quello dei genitori, degli alunni, dello staff dirigenziale, infine dell'Amministratore locale. Successivamente con la collaborazione della Dirigenza sono stati predisposti due sottogruppi comprendenti un rappresentante per ciascun gruppo, uno coordinato dal Dirigente, l'altro dal Segretario Amministrativo. Per ciascun sottogruppo è stato individuato un "divulgatore" con il compito di riferire quanto emerge dalle discussioni del sottogruppo. Quindi è stato definito un momento iniziale di presentazione del Progetto alla comunità scolastica.

**1.3 La Fase Preliminare** che prevede la raccolta del "Vissuto dell'istituto" da parte di ciascun gruppo, l'elaborazione di quanto emerso da parte dello Psicologo di Comunità con la stesura di una relazione e di un quadro complessivo delle connessioni tra gli elementi emersi fino al momento necessario per poi confrontarlo a quanto emergerà nel proseguo del lavoro.

Sono stati definiti i gruppi delle diverse figure che partecipano all'organizzazione scolastica. Per ciascun gruppo la direzione ha individuato i soggetti che avrebbero partecipato agli incontri previsti. I gruppi definiti sono pertanto i seguenti: *docenti; personale non docente; alunni; personale amministrativo; genitori; enti pubblici e associazioni (territorio).*

Ogni gruppo era composto da un numero significativo di persone, con la possibilità di supplenti nel caso vi fossero delle assenze giustificate. Inoltre sono stati previsti due intergruppi composti da una rappresentanza di ciascun gruppo, con la presenza del Dirigente e della Segreteria Amministrativa.

In questa fase sono stati incontrati tutti i gruppi singolarmente, è stato loro presentato il progetto ed è stato chiesto di indicare punti di forza e di debolezza circa la considerazione dell'Istituto Comprensivo dal punto di vista del gruppo di appartenenza.

Successivamente sotto la guida della psicologa che ha inizialmente definito le quattro dimensioni, sono state inserite le considerazioni espresse dai singoli gruppi in relazione a ciascuna dimensione e quindi è stato composto un quadro riassuntivo.

La partecipazione è stata attenta e attiva in tutti i gruppi.

**Il gruppo del Personale non docente** composto dal personale ATA (*in particolare di sesso*

*femminile*), personale di segreteria di diverse scuole ha apprezzato di essere stato coinvolto, fatto nuovo dato che generalmente sono i docenti le figure professionali coinvolte e interpellate rispetto alle problematiche relative alla qualità del servizio scolastico. La “comunicazione” è stato il punto di debolezza sottolineato maggiormente dal gruppo, mentre “la breve storia dell’Istituto Comprensivo”, come realtà sul territorio, è stato un punto di forza.

**Il gruppo genitori** composto da quelli particolarmente sensibili (la partecipazione era volontaria e richiedeva un certo impegno di tempo), ha messo in luce la diversità delle opportunità educative delle diverse scuole, e le difficoltà di comunicazione come punti di debolezza mentre l’appartenenza allo stesso territorio dell’Istituto Comprensivo con un Progetto Comune (*pur nelle sue diversità*) è sentito come un punto di forza.

**Il gruppo degli alunni** ha dimostrato senso di responsabilità nel rispondere alla richiesta del conduttore del gruppo, indicando come punti di forza alcuni premi vinti dall’Istituto e come punti di debolezza la carenza di alcune strutture come i bagni o il pavimento del campo da pallacanestro esterno.

**Il gruppo dei docenti** (*composto da insegnanti più attenti alle vicende scolastiche, più stabili e presenti da più tempo nell’Istituto*) si è dimostrato competente indicando quei punti di forza dell’Istituto Comprensivo che consentono una visione più ampia del processo di apprendimento dell’allievo. Il punto di debolezza viene indicato da loro nella precarietà della Dirigenza, che è cambiata spesso negli ultimi anni, determinando una mancanza di continuità, soprattutto nella attuale fase di transizione.

Questa fase ha dimostrato un buon grado di coinvolgimento di tutti i gruppi ed una partecipazione attiva a dimostrazione delle notevoli risorse proprie dell’organizzazione.

Successivamente lo Psicologo di Comunità ha fatto una sintesi dei punti di forza e di debolezza.

### **Nella seconda parte sono state previste:**

➤ Analisi della **dimensione strutturale e funzionale** in cui ciascun intergruppo ha come compito l’“individuazione di aspetti giuridici, politici, economici oltre che organizzativi dell’Istituto Comprensivo”. La formazione di figure di “divulgatori” per ciascun intergruppo, l’elaborazione delle informazioni raccolte e una riunione plenaria per la divulgazione di quanto emerso nella fase.

➤ Per la lettura della **dimensione strategico-strutturale** si sono predisposti due intergruppi, ciascuno composto da un rappresentante di ogni gruppo e predisposto un divulgatore per ciascun intergruppo. L’attività parte dalla condivisione delle considerazioni emerse dalla fase preliminare dalla check list con punti di forza e di debolezza.

Lo psicologo presenta quindi le diverse dimensioni con le rispettive caratteristiche e conduce la discussione alla ricerca delle connessioni tra quanto indicato in fase preliminare e ciascuna dimensione.

La visione dell’organizzazione nelle sue dimensioni permette di schematizzare gli aspetti ai fini del cambiamento e dell’individuazione di linee di sviluppo.

Quindi ogni intergruppo singolarmente analizza la dimensione strategico-strutturale, prendendo in considerazione i vincoli di natura giuridica cioè la normativa vigente e gli aspetti economici che caratterizzano il funzionamento dell’organizzazione, ma anche gli elementi strategici che ne informano la gestione.

Si prendono in analisi i materiali che documentano quanto rilevato come ad esempio il Piano dell'Offerta Formativa, i testi delle leggi che governano la scuola come il Regolamento dell'Autonomia Scolastica, lo storico dell'Istituto.

Il conduttore dell'intergruppo quindi orienta la discussione sul riconoscere vincoli e opportunità di quanto analizzato precedentemente per essere in grado di trasformare ed **elaborare i limiti in risorse**. Al termine del lavoro i due intergruppi sono stati riuniti, ciascun divulgatore ha esposto una sintesi della discussione del proprio gruppo e insieme si sono condivise vincoli e opportunità dell'organizzazione. La discussione è stata ricca di spunti di riflessione su quanto l'Autonomia Scolastica ha determinato la possibilità di cambiamento relativi al processo di miglioramento del servizio, nonostante i vincoli strutturali.

L'integrazione tra le diverse competenze umane e professionali è stata considerata molto.

➤ I due intergruppi, nella **dimensione funzionale**, analizzano gli aspetti del funzionamento della realtà scolastica, dai processi attivati nelle loro fasi di pianificazione (*di realizzazione, nei loro risultati, in base agli obiettivi esplicitati*) alla collocazione delle risorse. Si confrontano sulla programmazione che si attua nelle diverse sedi, sul lavoro dei Consigli di Classe, sui Progetti attivati nelle scuole, sui risultati per riconoscere i punti di forza e di debolezza. Si prende come Modello quello organizzativo proposto da Tancredi nel 1981, che prende in considerazione le interazioni fra tre sottosistemi di funzioni: il sistema di controllo di gestione, il sistema operativo e il sistema informativo. Questa analisi distinta per funzioni permette l'immediata identificazione delle aree-problema ed il riconoscimento delle ripercussioni di un'eventuale inefficienza sulle altre funzioni dell'organizzazione.

Il livello di integrazione manifestatosi nella fase precedente si è ulteriormente consolidato in questa attraverso la condivisione dei contributi effettivamente attuati dalle scuole che hanno consentito interventi pertinenti da parte dei partecipanti.

Dal lavoro dei due sottogruppi emergono elementi ritenuti rilevanti che dopo un'attenta riflessione e confronto vengono classificati in vincoli e opportunità, in questo modo aumenta la consapevolezza del senso di appartenenza dell'organizzazione e dell'integrazione tra aspetti diversi nel sistema e iniziano a delinearci linee di possibilità di miglioramento.

Si predispose una relazione finale di quanto analizzato.

**Fase di Posizionamento:** che contiene l'indicizzazione e la previsione dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione per ciascun gruppo e l'elaborazione di quanto emerso nei vari incontri.

Sono stati convocati i singoli gruppi. Ciascun gruppo ha riflettuto sulla domanda "**Quale scuola ideale, ma possibile?**" Si sono presi in considerazione degli indicatori di eccellenza. In riferimento ad una scuola ideale, ogni gruppo si è chiesto come si può collocare il proprio istituto.

Il posizionamento consente di scoprire e confrontare l'idea di scuola che ognuno ha. Inoltre aiuta a contestualizzare la propria idea di scuola e a confrontare le diverse idealizzazioni. Il confronto tra un Istituto ideale ed uno reale permette di cogliere le distanze e individuare linee e percorsi di miglioramento per ciascun punto di vista.

Attraverso questa riflessione è possibile indicare obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine.

E' stato un momento interessante di confronto, anche se non esiste nello stesso territorio

un'altra realtà scolastica cui confrontarsi, mancando la concorrenza, quindi, i termini di paragone sono stati solo ideali.

I gruppi hanno collaborato attivamente alla definizione di criteri di eccellenza di una scuola possibile. La discussione poi è proseguita sulla difficoltà di condividere in modo unanime la distanza tra scuola ideale e reale.

Quindi ciascun gruppo ha elencato gli obiettivi e indicato i tempi necessari per raggiungere un Istituto ideale. Il senso di appartenenza alla comunità educante emerge anche in questa dimensione nell'appassionata ricerca di obiettivi per realizzare una scuola ideale pur nella consapevolezza delle difficoltà che tutto ciò comporta a livello procedurale.

**Il gruppo degli alunni** ha indicato tra le risorse alcuni elementi di miglioramento, ad esempio come sistemare gli spazi esterni per poter giocare a pallacanestro, mentre nei processi ha individuato la necessità di coordinare le modalità di distribuzione dei compiti a casa che varia da classe a classe così come le punizioni in caso di mancanze, esprimendo la necessità che le regole siano chiare, condivise e rispettate da tutti.

Nei prodotti evidenziano la necessità di eventi coinvolgenti come una festa dello studente. L'intervento dei giovani allievi è pragmatico ma necessario per rendersi conto delle loro necessità.

**Il gruppo territorio** individua come punti importanti per la possibilità di sviluppo (*ma anche come vincolo*) la comunicazione e la collaborazione tra enti, attraverso la rete per ottimizzare la scuola.

Il punto di vista di questo gruppo è necessariamente diverso ma in un'ottica multidimensionale è rilevante la partecipazione di tutti.

**Il gruppo del personale ATA** mette in rilievo gli elementi più legati all'organizzazione di cui si sentono di appartenere, evidenziando la necessità di definire ruoli di responsabilità e procedure, elementi importanti affinché vi sia chiarezza e trasparenza nell'organizzazione e si evitino conflitti e tensioni inutili e a volte dolorose.

Il punto di vista del personale non docente dimostra un attaccamento attento e consapevole all'istituzione scolastica ed esprime il bisogno di creare un clima collaborativo affinché le relazioni e il clima scolastico migliorino.

**Il gruppo genitori** affronta dal suo punto di vista la posizione della scuola rispetto ad un'ideale individuando in una gestione delle risorse più rivolta alla collaborazione esterna grazie all'autonomia didattica per favorire un miglioramento generale dell'offerta formativa, mentre nei processi di insegnamento/apprendimento indica la necessità di una progettazione più omogenea tra le classi parallele con regole chiare, trasparenti per tutti, la dispersione scolastica viene indicata come un problema da prendere seriamente in considerazione affinché non dilaghi nelle dimensioni.

Il gruppo genitori coglie, in quanto utente del servizio, nel posizionare la scuola rispetto ad un concetto ideale, quali sono gli elementi importanti per avvicinarla all'eccellenza.

Il gruppo del Consiglio di Istituto individua altri elementi ancora, affinché attraverso il miglioramento di risorse e processi si possa elevare la qualità del servizio.

I contributi di ciascun gruppo sono importanti e rilevanti e nella loro variabilità rappresentano la ricchezza che l'organizzazione ha se tiene conto di tutte le risorse che vi appartengono.

Al termine è stato compilato uno schema riassuntivo di obiettivi divisi per Risorse, Processi, Prodotti, Organizzazione.

➤ **Dimensione Psico-Dinamica.** Ciascun gruppo viene condotto “all’esplorazione degli aspetti relazionali legati all’organizzazione” con una classificazione e sintesi di quanto emerso. Prende in considerazione per ciascun gruppo gli aspetti legati al vissuto personale, la percezione della scuola da parte di ciascun componente. La tecnica utilizzata è quella del disegno libero, per questo viene chiesto di rappresentare graficamente la scuola.

I criteri adottati nell’analisi dei disegni sono: l’uso dello spazio, i soggetti rappresentati (animali, persone o cose), i colori (se caldi o freddi), la varietà del loro uso, la presenza o meno di elementi della natura.

Al termine del lavoro vengono affissi i disegni; ciascuno, in silenzio osserva le diverse produzioni con l’impegno di non giudicare. Quindi viene richiesto di esprimere quanto viene in mente, altre immagini, parole, frasi che poi vengono annotate. Al termine si chiede di affiancare a ciascuna affermazione o parola un segno positivo, negativo o neutro.

Il conduttore a quel punto apre la discussione. Dopodiché, se è necessario, aggiunge altre parole o frasi, poi, nel sintetizzare il lavoro, individua delle parole chiave che vengono sottolineate sul cartellone. Infine vengono sommati i segni positivi, negativi e neutri e fatta una classifica.

I disegni realizzati dimostrano una visione in gran parte ottimista del vissuto della scuola grazie a colori forti e vivaci; in alcuni disegni gli aspetti naturali prevalgono, con la presenza di animali, dimostrando un’affettività orientata alle cose e una notevole vitalità in particolare negli operatori e negli allievi. Le persone, indicatore di una fiducia nel cambiamento, vengono rappresentate circa in un terzo dei disegni.

**Gli allievi** hanno contribuito in modo rilevante con disegni e riflessioni. Dal punto di vista delle parole chiave prevalgono gli aspetti neutri rispetto a quelli negativi oppure positivi, a dimostrazione di un atteggiamento di consapevolezza del proprio ruolo nei confronti dell’organizzazione.

**Il gruppo del Consiglio d’Istituto** ha per il 50% disegnato figure umane, con colori vivaci ,anche se il nero compare nella metà dei disegni. Nelle parole chiave messe in luce dalla discussione successiva alla produzione grafica prevalgono quelle a valenza negativa in considerazione del ruolo faticoso di coloro che devono gestire gli aspetti decisionali nelle ristrettezze economiche e di risorse umane.

**Il gruppo dei genitori** ha rappresentato la complessità della realtà scolastica in varie immagini con una buona presenza di figure umane con colori in prevalenza freddi accompagnata da elementi naturali. Nelle figure umane prevalgono bambini, ad indicare come la centralità dell’allievo sia interiorizzata anche nelle figure genitoriali. Mancano le figure animali ad indicare l’elaborazione degli aspetti istintivi che forse sono repressi. Nelle parole chiave prevalgono gli aspetti positivi rispetto a quelli negativi e neutri.

**Il gruppo del personale non docente** ha rappresentato il proprio mondo lavorativo attraverso figure della natura, alberi, aiuole, elementi come cielo, sole, nuvole, con la quasi totale assenza di figure umane e animali ad indicare un legame più con le cose. Tra i colori il grigio è ricorrente, ma anche colori come l’azzurro, il giallo e quelli di un arcobaleno. Il legame affettivo risulta più limitato rispetto agli altri gruppi anche se le parole chiave sono ricondotte tutte nell’aspetto della positività dove sono inserite le parole “speranza”, “allegria”, ad indicare forse la difficoltà culturale ed esprimere con tecniche non abituali quanto vissuto.

**Il gruppo Territorio** esprime il proprio vissuto di scuola attraverso immagini di cose,

senza persone e come elementi naturali alberi e l'acqua, i colori sono il rosso e il marrone, un disegno è completamente a matita. L'elemento ponte è rappresentato in più di un disegno per rappresentare la partecipazione, il collegamento, il desiderio di scambio.

Gli alberi vengono indicati in un disegno come elemento portatore di frutti, quindi di speranza, di ottimismo.

La discussione è ampia e articolata, le parole chiave prevalgono nell'aspetto positivo come "aspirazione", "speranza", "apertura".

**Il gruppo dei docenti** ha disegnato figure umane in un terzo dei disegni; in un caso sono stati disegnati solo animali (chiocchia con gallinelle). Elementi naturali come sole e montagne, isole collegate da ponti, alberi e cespugli fioriti, onde, mare. Altri elementi sono rappresentati come case e mobili, ma anche scale, ponti, svincoli, strade e un ingranaggio.

Tra i colori prevalgono quelli caldi anche se non mancano quelli freddi, mentre il nero è quasi assente. Le parole chiave sono in numero pari tra quelle a connotazione positiva e negativa.

La discussione è stata ampia e articolata a dimostrazione del grado di coinvolgimento e di partecipazione della componente docente nell' "ingranaggio" scuola.

La dimensione psico-dinamica ha messo in luce gli aspetti soggettivi di operatori ed utenti del servizio scolastico. L'impegno e l'interesse sono stati rilevanti da parte di tutti e pur nelle singole peculiarità si è potuto osservare un senso di appartenenza legato ad un'identità con aspetti più ottimistici e di positività in alcuni, mentre in altri con una visione più melanconica della situazione scolastica.

➤ La **dimensione psico-ambientale**. Prevede l'elaborazione e la diffusione di un questionario a tutti i gruppi coinvolti.

L'analisi di questa dimensione mette in luce gli aspetti soggettivi ma consci, sia a livello culturale che sociale.

La modalità di elaborazione del questionario è quella suggerita da Spaltro, adattato alla realtà scolastica con l'obiettivo di misurare la tendenza e l'orientamento al cambiamento.

Con questo approccio si prende in considerazione il fattore e le risorse umane.

Il questionario è stato predisposto sulla base di quanto emerso nel percorso svolto fino a questo momento. È composto di sei parti ciascuna con cinque possibilità di risposta.

La **prima parte** affronta sulla base delle criticità emerse, la rilevanza dei singoli problemi.

Nella *fase A* si richiede di indicare l'importanza del problema in base alle possibili risposte:

- il problema è molto importante;
- il problema è abbastanza importante;
- non sai rispondere;
- il problema ha poca importanza;
- il problema è di importanza quasi nulla.

Nella *fase B* viene richiesto un parere sulla speranza di risoluzione dei problemi.

Le possibili risposte sono:

- molta speranza di risoluzione;
- abbastanza speranza di risoluzione del problema;
- non sai rispondere;
- poca speranza di risoluzione;

➤ nessuna speranza di soluzione.

La **seconda parte** del questionario è rivolta ai dipendenti dell'Istituto Comprensivo ed è strutturato sulla rilevazione degli stili di comando dal momento della nascita dell'Istituto Comprensivo all'oggi. In questo modo si possono rilevare le modalità di rapporto tra il personale all'interno dell'Istituto.

La **terza parte** del questionario è rivolta ai dipendenti dell'Istituto Comprensivo e prende in considerazione la "Scala di credibilità" circa le figure professionali con cui l'operatore è a contatto. In questo modo si chiede di descrivere le figure dell'organizzazione che operano nella scuola, attraverso una serie di aggettivi.

La **quarta parte** del questionario è rivolta ai dipendenti dell'Istituto Comprensivo e prevede di considerare la "Scala di sentimento di potere". In questa parte si affronta il grado di soddisfazione o meno del potere e dell'influenza che ciascuno possiede o sente di possedere all'interno dell'organizzazione.

La **quinta parte** del questionario è centrata sulla "Scale di Stress Organizzativo" ed è rivolta ai dipendenti dell'Organizzazione scolastica. Questa parte prevede di esprimere il grado di percezione delle proprie capacità e aspirazioni rispetto ad una serie di operazioni lavorative.

La **sesta parte** è sempre rivolta ai lavoratori della scuola e riguarda la "Scala di motivazione verso l'organizzazione". In questo modo si può misurare l'atteggiamento dell'operatore rispetto a all'organizzazione sia al momento dell'avvio dell'Istituto Comprensivo sia nel momento attuale.

### Individuazione delle criticità: area problema

Nell'elaborazione dei questionari sono stati presi in considerazione i dati registrati con più alta frequenza dalle diverse risposte.

La maggiore frequenza delle risposte ha portato all'individuazione delle aree problema e della speranza di soluzione.

Le problematiche emerse con maggiore rilevanza da ciascun gruppo sono: la comunicazione; il curriculum; le strutture; la burocrazia; la personalizzazione degli apprendimenti; il monitoraggio.

La problematica della comunicazione sia interna che esterna alla scuola risulta rilevante nella maggior parte delle risposte tranne nel gruppo degli allievi, che ritiene di non essere in grado di dare risposte adeguate al tema. Per il gruppo del personale non docente è un tema che deve coinvolgere tutti, anche per i rappresentanti del Consiglio di Istituto è un'area problema dalle possibili soluzioni.

L'area legata ad una definizione condivisa del curriculum scolastico risulta importante in particolare per il gruppo dei docenti e del personale del Consiglio di Istituto e per i rappresentanti del Territorio. In questo caso per gli stessi gruppi vi è speranza di soluzione. Gli altri gruppi non si sentono in grado di dare risposte adeguate.

Per quanto riguarda la problematica legata alle strutture, alla loro cura e pulizia, il coinvolgimento degli alunni e del personale ATA è alto in quanto per loro è rilevante e vi è una certa speranza di soluzione, mentre genitori e docenti (una parte) non ritengono di essere in grado di rispondere. Il problema della burocrazia come limite alla realizzazione delle attività scolastiche per il gruppo degli allievi non è un problema rilevante, mentre lo è per il gruppo del Territorio che ha anche speranza di una soluzione: per docenti genitori e consiglio

di istituto è una problematica importante e vi è una discreta speranza di soluzione.

L'area problema legata al sostegno e all'aiuto degli alunni con difficoltà di apprendimento è considerata importante per tutti i gruppi e vi è speranza di soluzione anche nei gruppi studenti, genitori e docenti, mentre una parte non si sente in grado di rispondere sulla speranza di soluzione. L'area problema della mancanza di un sistema di monitoraggio è considerata rilevante in particolare per il gruppo dei docenti e del Consiglio di Istituto e degli alunni. La speranza in una soluzione è molta nel gruppo degli alunni, del personale ATA, dei genitori, dei docenti e del Consiglio di Istituto.

Ciascun gruppo per le proprie specificità e competenze ha espresso le proprie considerazioni e le speranze di poter risolvere i problemi a dimostrazione del grado di partecipazione e impegno nell'organizzazione.

### Fase finale: progetto futuro e obiettivi da raggiungere

A livello trasversale è stato previsto un monitoraggio in itinere con lo staff di Direzione per valutare i tempi e le modalità del lavoro e rivalutare in caso di necessità i termini.

Il processo di A.O.M. è terminato con una riunione plenaria aperta alla cittadinanza, a tutti gli operatori e agli utenti dell'Istituto nella quale sono stati presentati tutti i materiali elaborati nel corso dell'attività di autovalutazione, come i disegni, i cartelloni dei punti di forza e di debolezza nelle diverse dimensioni, le risposte ai questionari e indicati gli obiettivi futuri. Da questo lavoro di debriefing è sorto un "Progetto Futuro" di proseguimento del lavoro svolto, per la progettazione e la programmazione delle azioni possibili per il raggiungimento degli obiettivi individuati.

Al termine dell'analisi di quanto emerso dal processo di autovalutazione di Istituto sono stati individuati gli obiettivi da raggiungere, dopo aver messo in connessione tutti gli elementi emersi durante il percorso cioè logici (*razionali*) ed elementi analogici (*soggettivi e legati più alla sfera inconscia o irrazionale*).

Tra gli obiettivi definiti, la costruzione dell'identità dell'Istituto rappresenta un elemento forte condiviso su cui attivare una Progettazione adeguata per quel senso di appartenenza che è la base per il benessere degli operatori, nonché degli utenti e anche una forma di prevenzione del disagio, su cui si basa l'integrazione delle diverse figure professionali per un intervento sull'utenza che sia sempre più rispondente ai bisogni e alle aspettative.

L'A.O.M. rappresenta pertanto uno strumento, ideato per il miglioramento dell'organizzazione aziendale, che si è dimostrato adeguato anche nel caso di servizi come quello scolastico. La Psicologia di Comunità nel suo approccio al contesto sociale, attraverso strumenti come questo, punta alla promozione di una società competente ponendo le basi per una comunità che apprende in un percorso di educazione permanente come è stato per l'Istituto Comprensivo che ha portato gli operatori, non solo i docenti ma anche il personale ATA, ad impegnarsi per migliorare il servizio.

*Cum moenia* ma anche *cum munia*, l'A.O.M. ha posto in relazione in un contesto condiviso diverse figure professionali e utenti e ciascuno è stato messo nelle condizioni di dare il proprio contributo umano e professionale.

La Comunità Scolastica ha così avuto una spinta alla partecipazione che ha contribuito e orientato al cambiamento e quindi al superamento delle rigidità e delle fissità che spesso si creano per non affrontare le modificazioni richieste dall'ambiente.

L'efficienza dell'intervento è documentata dai materiali prodotti, che rappresentano

l'elaborazione delle considerazioni emerse nel corso del lavoro svolto. Il grado di "speranzosità" espresso nei questionari dalle diverse componenti dell'organizzazione dimostra che lo strumento riesce ad attivare risorse umane disponibili al cambiamento, elemento fondamentale per avviare e attuare azioni future. Il grado di partecipazione è stato alto per tutto il tempo in cui si è svolta l'A.O.M. (circa un anno scolastico) in ciascuna delle componenti coinvolte.

Il livello delle discussioni avviate nel corso delle diverse dimensioni analizzate, ha messo in luce un livello notevole di competenza ed una capacità dei diversi operatori di cogliere la complessità del sistema.

L'efficacia dell'intervento è rilevabile dal "Progetto Futuro" che è stato elaborato al termine del percorso di autoanalisi.

Tale Progetto, infatti: ha portato all'attivazione successiva di un corso di formazione per gli operatori;

- al miglioramento della comunicazione attraverso l'attivazione di un "giornale" dell'Istituto;
- alla ricerca di un miglioramento del senso di appartenenza alla comunità educante con l'attuazione di eventi in cui le scuole erano protagoniste sul territorio.

La comunicazione interna all'Istituto è stata migliorata grazie alla rete intranet e al potenziamento delle nuove tecnologie che possono ridurre la burocrazia e migliorare i contatti tra le diverse scuole e nonché tra operatori di diverso livello.

Nel "Progetto Futuro" è compreso un piano di sviluppo del Curricolo Scolastico alla luce delle ultime normative ministeriali in relazione alla realtà locale che l'autonomia scolastica rivaluta.

L'A.O.M. mira a:

1. creare le condizioni per una coesione a livello delle Comunità Locali che, nell'epoca della globalizzazione, rischiano di perdere di vista la propria peculiarità, attraverso un uso rapido e conciso delle comunicazioni che porta a svalutare o ridurre le proprie produzioni narrative e, quindi, perdere la memoria condivisa, elemento fondante il senso di appartenenza alla Comunità in particolare per le nuove generazioni;
2. cercare di creare il substrato su cui il sapere diventa discorso, in cui il singolo si sente socialmente integrato grazie alla condivisione del senso dell'operare condiviso;
3. portare all'acquisizione delle competenze per cogliere i nessi significanti che sono in connessione tra le istanze individuali e quelle collettive e sociali.

In questo modo la Psicologia di Comunità considera la persona come un soggetto attivo in un dato contesto ambientale, agente di cambiamento per sé ma anche per il sociale in cui è immerso. L'A.O.M. esige la partecipazione di tutte le componenti l'organizzazione nei diversi ordini gerarchici funzionali e si dimostra uno strumento che nella sua flessibilità può essere utilizzato in diversi ambiti aziendali, in particolare dei servizi.

Il presupposto fondamentale è il riconoscimento da parte di chi si trova nel ruolo decisionale dell'opportunità di utilizzare questa strategia per attivare quelle energie per il cambiamento che spesso sono sopite. Infatti i problemi umani hanno sempre un versante individuale, in quanto è sostanzialmente l'individuo che li subisce e che vi deve far fronte, ma hanno anche un versante sociale, nel senso che nascono da situazioni sociali e spesso è nel sociale che trovano gli strumenti materiali o psicologici per essere affrontati e l'A.O.M. rappresenta lo strumento adeguato. La relazione tra individuo e ambiente è fortemente

circolare. Il contesto sociale gerarchico può facilitare o limitare il singolo, il quale, a sua volta, può influenzare i setting sociali con cui interagisce a seconda della posizione che occupa. L'analisi organizzativa multidimensionale può in questo senso essere applicata in tutti quei contesti in cui è forte il legame tra empowerment individuale e lotte per i diritti umani, civili e sociali.

La Psicologia di Comunità sottolinea attraverso l'A.O.M. il contesto costruttivo dell'azione come processo che articola attività mentale e pratica, valorizzando la sfera individuale e sociale, fornendo all'individuo la possibilità di adattarsi al contesto ma anche di cambiarlo. L'analisi organizzativa multidimensionale mette in atto le narrative personali e sociali che connettono la sfera individuale e quella collettiva, cioè psicologica e sociale, attraverso interpretazioni delle gerarchie sociali che influenzano l'identità, l'autostima e lo status di ciascuno, determinando quell'empowerment che valorizza il ruolo di ognuno incrementando le opportunità pensabili di vita futura consolidando il senso di appartenenza.

## 4.2 Il bullismo

*di Leonilda Pellino, Anna Putton*

Il bullismo, traduzione letterale del termine inglese "bullyng", è comunemente usato nella letteratura internazionale sull'argomento per definire un fenomeno sommerso, una forma di oppressione in cui la giovane vittima sperimenta, per opera di un coetaneo prevaricatore, una condizione di grave umiliazione, svalutazione della propria identità e crudele emarginazione dal gruppo. Dan Olweus, considerato la massima autorità mondiale in materia, definisce il bullismo nel modo seguente: "uno studente è oggetto di azioni di bullismo, ovvero è prevaricato o vittimizzato, quando viene esposto, ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni". (Olweus, 1986; 1993). Le azioni offensive possono essere perpetrate attraverso a) La parola: minacciando, rimproverando, prendendo in giro b) La forza: picchiando, spingendo, prendendo a calci c) Senza l'uso delle parole o del contatto fisico: beffeggiando qualcuno con le smorfie, escludendolo intenzionalmente dal gruppo. Il bullismo implica tre condizioni essenziali per il suo sussistere:

1. una relazione di squilibrio di forze tra il bullo e la vittima;
2. il verificarsi di atti di tipo aggressivo (diretti, indiretti, fisici o verbali) del bullo;
3. una ripetizione di questi atti nel tempo (Olweus, 1993).

La relazione di prepotenza coinvolge almeno tre attori principali: il bullo, la vittima ed il gruppo. Il fenomeno delle prevaricazioni e dell'interazione aggressiva è collegato all'età e, secondo un'ottica evolutiva, l'aggressività si verifica maggiormente nella preadolescenza e nell'adolescenza, in cui i ritmi di crescita dei soggetti e la fenomenologia aggressiva diventano più significativi. Per fortuna non tutti gli adolescenti assumono comportamenti da bullo. Ci sono ragazzi e ragazze che, pur vivendo la loro adolescenza come periodo di sospensione sociale e di non partecipazione al mondo adulto, sono in grado di esprimere se stessi senza andare contro le norme sociali. Sono gli adolescenti che riescono a dare un significato positivo a ciò che stanno facendo nella vita presente (Bonino, 1999).

**Il valore del ruolo.** Lo status del bullo, come quello della vittima e dei soggetti non coinvolti, può essere compreso nei termini di ruolo sociale. I ruoli sono definiti come modelli di comportamento attesi da parte dei membri del gruppo, un insieme di aspettative a cui gli individui tendono a conformarsi (Frantoi, 1996). Una discordanza tra ruolo atteso e

ruolo percepito produce una difficoltà nell'adattamento delle relazioni interpersonali. Ciò è particolarmente vero nella situazione specifica della relazione tra bullo e vittima. Proprio per tenere fede al suo ruolo, per giustificare e rendere accettabile la propria condotta quando è in opposizione a credenze e valori, l'adolescente bullo, secondo la Bonino (1999), fa ricorso a meccanismi utilizzati nel processo più ampio di "disimpegno morale", che si articola nelle seguenti manifestazioni: a) il confronto vantaggioso (non è poi così grave prevaricare); b) la distorsione delle conseguenze (era solo una presa in giro, solo uno scherzo); c) l'attribuzione della colpa alla vittima (fanno bene, è un secchione). Questi sono processi di autoassoluzione e testimoniano come gli adolescenti non sono insensibili ai principi morali e ai valori sociali. Ma allora cosa manca all'adolescente bullo? Secondo la Bonino (1999), ciò che sembra mancare agli adolescenti è invece la riflessione sulla coerenza tra le proprie azioni e la capacità di agire in modo conseguente.

**Caratteristiche del bullo.** Una caratteristica distintiva dei bulli è l'aggressività verso i coetanei e verso gli adulti, sia genitori che insegnanti. Essi hanno atteggiamenti positivi verso la violenza e l'uso di mezzi violenti e sono caratterizzati da impulsività e forte bisogno di dominare gli altri. I bulli hanno un'opinione relativamente positiva di sé (Olweus, 1973), contrariamente all'ipotesi sostenuta da psicologi e psichiatri, che vedono nei bulli un'insicurezza latente. I bulli mostrano invece poca ansia e insicurezza e non soffrono di scarsa autostima (Olweus, 1981). Ciò che caratterizza i bulli è un modello reattivo aggressivo associato alla forza fisica (Olweus, 1993), che gioca un ruolo importante nel bullismo. Infatti i bulli sono di solito più forti rispetto alla media delle vittime, così come esiste una chiara associazione tra forza fisica e popolarità e tra la debolezza fisica e impopolarità (Olweus, 1973). Il bullo preferisce scontrarsi con i ragazzi più deboli, da cui è certo di potersi difendere, ma non ha paura di litigare con gli altri. Anche le avversità e le frustrazioni di poco conto lo spingono all'uso di mezzi violenti e lo portano a reagire in maniera intensa. Generalmente il bullo vuole che gli altri si uniscano a lui e molto presto induce i suoi amici più intimi ad attaccare il ragazzo frustrato.

Quando poi osserva che gli altri compagni molestano la vittima, per lui è altrettanto piacevole che farlo in prima persona. Il bullo trae la sua forza anche dal fatto che la vittima non ha amici perché i compagni hanno timore di diventare anch'essi oggetto di attacchi o di disprezzo o temono di finire nella stessa situazione. Tale atteggiamento di indifferenza è racchiuso nel costrutto del "disimpegno morale" di Bandura (1986; 1990) e si traduce nella "deumanizzazione" della vittima, considerata un miserabile privo di valore e quindi meritevole di essere picchiato. Diversi studi hanno permesso di individuare tre categorie di bulli: il bullo *aggressivo*, il bullo *ansioso* ed il bullo *passivo o sobillatore*. Il primo ha bisogno di un capro espiatorio su cui sfogare la propria rabbia. Non si cura delle conseguenze del suo comportamento, è impulsivo, non condanna la violenza, anzi la sente indispensabile per esprimere il suo bisogno di dominio.

Fisicamente è molto forte e non è dotato di empatia. Questa è la categoria nella quale rientra la maggior parte dei bulli. Il secondo è una via di mezzo tra il bullo aggressivo e la vittima ansiosa. Attacca, cerca il suo capro espiatorio e fa del male gratuitamente; tuttavia è sufficiente un rimprovero o "un'indagine" pressante dell'adulto alla ricerca del colpevole, perché il bullo ansioso ceda di fronte ai suoi sensi di colpa. A questa categoria appartiene il 20% dei bulli. Il bullo passivo o sobillatore svolge un ruolo di "sostegno" per il bullo aggressivo. I bulli passivi esaltano e potenziano le qualità del loro leader, che deve trarre la

sua forza dalla presenza dei seguaci per poi attaccare.

**Le caratteristiche della vittima.** La descrizione delle vittime è relativamente chiara. Esse sono solitamente più ansiose e insicure degli studenti in generale; sono spesso caute, sensibili, calme. Se attaccate da altri studenti, in genere reagiscono chiudendosi in se stesse o piangendo. Soffrono di scarsa autostima ed hanno un'opinione negativa di sé e della propria situazione. Spesso si considerano fallite e si sentono timide e poco attraenti. Di regola, non hanno un buon amico di classe, non sono soggetti aggressivi né molesti. Se sono maschi, probabilmente sono fisicamente più deboli (Olweus, 1978). Questo tipo di vittima è definito "passiva o sottomessa" (Olweus, 1973) e mostra un comportamento che sembra segnalare agli altri l'insicurezza, l'incapacità, nonché l'impossibilità o difficoltà a reagire di fronte agli insulti ricevuti. Ma esiste un altro tipo di vittime: le vittime provocatrici, caratterizzate da una combinazione di entrambi i modelli reattivi, quello ansioso e quello aggressivo. Questi studenti hanno problemi di concentrazione e si comportano in modo da causare irritazione e tensione. Alcuni di essi possono essere definiti iperattivi. Non è raro che il loro comportamento provochi reazioni negative da parte di molti compagni o di tutta la classe. In riferimento all'intelligenza interpersonale delle vittime, si ipotizza che esse abbiano sviluppato le capacità relazionali necessarie, ma presentino difficoltà ad usarle appropriatamente per entrare nel gruppo. Da uno studio sulle emozioni nei bulli e nelle vittime condotto da Ciucci e Fonzi (1999), è emerso che nelle vittime c'è un deficit specifico a proposito del riconoscimento della rabbia, che potrebbe essere responsabile del loro mancato riconoscimento degli aggressori e conseguentemente dell'incapacità di difendersi da questi o di modificare efficacemente il loro comportamento. A differenza dei bulli, che mostrano scarsa o nessuna empatia verso le vittime, queste mostrano maggiore partecipazione ai problemi di coloro che condividono la loro stessa sorte, dichiarandosi pronte ad intervenire in aiuto e provano fastidio in presenza di prepotenti (Ciucci, Smorti, 1999). Uno studio pilota (Fonzi, Ciucci, Berti e Brighi, 1996) sulle emozioni nei bulli e nelle vittime ha evidenziato nei bulli una generale immaturità della capacità di identificare le emozioni altrui e un deficit specifico a proposito del riconoscimento della rabbia nelle vittime. In relazione alla felicità, bulli e vittime non differiscono tra loro. Il sesso dei soggetti e la loro età risultano invece variabili che mediano sia il grado di coinvolgimento nel fenomeno delle prepotenze, sia il livello della capacità di riconoscere le emozioni (Harris, 1989). Per le vittime di sesso maschile, la difficoltà di decodifica sembra perlopiù circoscritta al riconoscimento del disgusto. Nelle femmine, le difficoltà di riconoscimento dell'intero set emozionale sono ascrivibili principalmente alle vittime di scuola elementare. Altri studi provano che i bulli dimostrano poca empatia verso la vittima e nessun rimorso per ciò che hanno fatto, dichiarando che la vittima in qualche modo ha provocato le prepotenze. La vittima inoltre fornisce una "lettura soggettiva" dell'evento stressante, assumendo su di sé la colpa di quanto accade (Ross, 1996) per sentire di avere un qualche controllo sulla situazione. Un'ulteriore considerazione concerne le vittime di sesso femminile. Infatti a fianco dei bullettati spuntano "le bulle" che manifestano la loro violenza anche con atti vandalici. La letteratura ci riferisce che le femmine rivelano maggiore abilità nel riconoscere l'espressione facciale delle emozioni primarie rispetto ai maschi (Hall, 1978). Il fenomeno è purtroppo in ascesa in tutta l'Europa.

**Fattori psicologici e sistemi relazionali.** L'essere bullo o vittima costituisce l'espressione comportamentale di un malessere più profondo, meno acclarato e in gran parte sommerso, ma non per questo meno sofferto e legato alla difficoltà di crescere armonicamente

come individuo fra gli altri. Per tale motivo possiamo ipotizzare che ci sia un legame tra comportamenti disadattivi e più ampie problematiche di natura interna ed esterna. Si tratta di un aspetto ampiamente trascurato dalla letteratura sull'argomento, che ha teso a privilegiare finora la rilevazione di indici quantitativi, finalizzando le ricerche a definire la dimensione, l'estensione e la localizzazione del fenomeno. Le cause psicologiche che soggiacciono al comportamento del bullo vanno ricercate in vari fattori. Primo tra tutti un forte bisogno di potere e di dominio, per cui il bullo sembra godere nel controllare e sottomettere l'altro. Seguono le condizioni familiari inadeguate, che sono ugualmente responsabili di un certo grado di ostilità verso l'ambiente. Soprattutto gli stili educativi dei genitori hanno ripercussioni a livello di formazione della realtà concreta e di quella immaginativa e simbolica. Essi possono essere: a) un atteggiamento emotivo negativo, caratterizzato dalla mancanza di calore e di coinvolgimento emotivo, nel genitore, atteggiamento che fa aumentare il rischio che il ragazzo diventi aggressivo e ostile verso gli altri; b) uno stile educativo permissivo e tollerante, che non pone limiti al comportamento aggressivo del bambino verso i coetanei e crea le condizioni per lo sviluppo delle condotte aggressive future; c) uno stile basato sull'uso coercitivo del "potere" da parte del genitore, in forma di punizioni fisiche e violente esplosioni emotive, che avvalorano l'ipotesi che il figlio sviluppi atteggiamenti violenti. Al contrario, un ragazzo cresciuto all'interno di un nucleo familiare tollerante risulta più agevolato, nell'interazione adeguata, di uno cresciuto secondo uno stile autoritario o permissivo (Baumrind, 1971). Un clima educativo capace di valorizzare la persona dell'adolescente sembra favorire il processo di autonomia in campo decisionale e relazionale, agevola la sua maturazione nell'ambito affettivo e psicosessuale, crea sicurezza ed autostima. Il clima contrario rivela lo stesso ordine, naturalmente con una incidenza di carattere negativo.

**La famiglia.** Tra i sistemi di riferimento dell'adolescente la famiglia è senz'altro quello più significativo. Recenti indagini circa gli atteggiamenti personali, spesso inconsapevoli, del padre o della madre, nel relazionarsi al proprio figlio, hanno permesso di individuare tre tipi di genitore: quello relazionato, che si sforza di capire i punti di vista del proprio figlio; quello autocentrato, che resta psicologicamente radicato nelle sue posizioni, e quello evasivo, perlopiù arrabbiato, deluso o psicologicamente assente. Il primo è in grado di tenere in considerazione le proposte del figlio, ne apprezza i contributi, mantiene la parola data, dialoga con lui. Quando lo consiglia non gli impone le sue scelte ma lo aiuta a crescere nell'autonomia e nella motivazione. Al contrario, il genitore autocentrato rivela scarsa attenzione e sensibilità verso l'adolescente; è convinto di conoscere ciò che è buono per il figlio e stabilisce per lui il da farsi. Infine l'evasivo si deresponsabilizza dal suo ruolo in nome di una moderna concezione del ruolo di genitore, che lascia libero il figlio di compiere le proprie scelte. Ai fini dello sviluppo sociale e psicologico dell'adolescente, l'influenza del genitore evasivo e di quello autocentrato si rivela particolarmente deleteria e, mentre il genitore rigido offre comunque dei punti di riferimento, quello latitante aggrava le difficoltà presenti nel percorso adolescenziale, perché costituisce un modello indefinito e spesso incoerente.

**Il gruppo e l'adolescente.** Nell'evoluzione dell'adolescente lo spazio familiare viene sentito insufficiente al sostentamento delle urgenze personali, anche se la famiglia ricopre comunque un ruolo preminente nella guida all'acquisizione dei valori e delle regole, e nell'assolvimento dei compiti evolutivi di sviluppo (quali la formazione dell'identità,

l'autonomia relazionale, l'autonomia decisionale). Per tale motivo l'adolescente sente il bisogno di appartenere ad un gruppo di pari. Il gruppo costituisce un vero e proprio "laboratorio sociale" al cui interno è possibile sperimentare la propria autonomia dagli adulti, confrontare le scelte, condividere i propri dubbi e sostenere reciprocamente le incertezze. Il gruppo si propone come "luogo di apprendimento" e procura all'adolescente un orientamento di vita, facilitando la definizione del Sé. Esso ha la funzione di sostegno all'esperienza di adattamento alla nuova dimensione sociale in cui si trova. Nel gruppo il rigido Super-Io infantile si integra con la sensazione di autostima e acquista maggiore iniziativa e autonomia (Baldascini, 1996). Il gruppo "contiene, protegge e stimola il processo di costruzione di una mentalità comune" (Erikson, 1968).

**La scuola.** La scuola è per definizione il luogo dell'istruzione, in cui si affinano abilità, si sviluppano competenze, si acquisiscono conoscenze e saperi che permetteranno la piena partecipazione alla vita della società, sulla base di una comune identità culturale. Di fronte ai multiformi aspetti delle difficoltà adolescenziali, anche la scuola assume valenze, responsabilità e significati che non vanno trascurati. Possiamo affermare che la scuola è senza dubbio il luogo in cui il bullismo si manifesta con maggiore frequenza, perché, per la sua valenza sociale, esso avviene in un contesto di gruppo. Molti autori concordano sulla definizione del comportamento prevaricatorio come fenomeno relazionale e sociale, che si innesta sulla dinamica interattiva tra bulli, vittime ed altri partecipanti (Olweus, 1993). È opinione diffusa che il bullismo si verifichi principalmente nel percorso tra scuola e casa durante il tragitto di andata e di ritorno. Il potere del bullo risulta rafforzato dal supporto degli aiutanti, dall'allineamento dei sostenitori e dall'indifferenza di coloro che si tengono fuori dal problema. Ciò dimostra la natura sociale del fenomeno e lo spostarsi dell'attenzione dei ricercatori da una dimensione personale ed individuale del bullismo verso una visione che integri al suo interno motivazioni personali, relazionali e sociali. Gli studenti prevaricati a scuola sono risultati il doppio di quelli prevaricati nel tragitto fra casa e scuola. Molti autori concordano sulla definizione del comportamento prevaricatorio come fenomeno relazionale e sociale. Pare che i maschi siano maggiormente esposti al bullismo diretto rispetto alle femmine, soprattutto nella scuola elementare. Nella scuola media le femmine sono esposte al bullismo diretto in numero uguale a quello dei maschi. Questa conclusione è in linea con la letteratura sulle differenze di genere nel comportamento aggressivo (Maccoby e Jacklin, 1974-1980; Ekblad e Olweus, 1986). È verosimile che tali differenze abbiano radici sia di tipo biologico che di tipo socio-ambientale, ma non va trascurato che il problema del bullismo nelle femmine merita comunque attenzione al fine di contrastarne l'espansione nelle sue diverse forme. Va notato a tale proposito che le ragazze sono esposte al pari dei maschi al bullismo indiretto.

**Bullismo: che fare?** Il bullismo, come le altre forme di prevaricazione, è legato anche ad una dimensione culturale, per cui non possiamo aspettarci che il fenomeno scompaia in un ambiente in cui si è d'accordo sul fatto che "il perdente muoia" (Marini, Mameli, 1999). Per arginare e risolvere il problema del bullismo occorre affrontarlo a livello di scuola, di famiglia e di alunni. Occorrerebbe promuovere un cambiamento strutturale, cambiamento che si verifica a livello di schemi, di regolazioni, di funzioni, di strutture logiche e processi mentali, che promuovono organizzazione ed adattamento. Per rispondere al fenomeno del bullismo è necessaria l'acquisizione di consapevolezza del fenomeno da parte di insegnanti, genitori e alunni, in modo da consentire informazioni adeguate sull'argomento, che permettano di

demistificare parte delle credenze errate che circondano il problema dei comportamenti bullistici, e creino un livello di accordo sulla natura degli stessi comportamenti. Solo così sarà possibile offrire all'adolescente l'opportunità di usufruire di un'esperienza sociale costruttiva in cui ambiente culturale ed educativo collaborano al benessere psicofisico del soggetto. Insegnanti, genitori e alunni devono stringere un patto di alleanza, ossia un accordo che permetta al genitore di comunicare con gli insegnanti e riferire dubbi sul comportamento del figlio, e all'insegnante di intervenire quanto prima possibile. Solo con tale azione comune si potrà realizzare una politica antibullismo, una dichiarazione di intenti che guida verso forme di azioni fruttuose e significative della risoluzione del problema. Inoltre, lavorando di comune accordo si possono realizzare gli obiettivi prefissati, dando nello stesso tempo una dimostrazione tangibile dell'impegno della scuola. La creazione di un buon clima scolastico può essere un altro strumento per contrastare il bullismo. Un atteggiamento condiviso aiuta a sviluppare linee di condotta più coerenti, dà un senso di sicurezza e promuove azioni positive. A livello individuale l'obiettivo da perseguire sarà quello di cambiare il comportamento sia degli studenti identificati come vittime che quello dei bulli. Saranno favoriti i colloqui approfonditi con bulli e vittime e colloqui con i genitori degli studenti direttamente coinvolti nel bullismo. Si svilupperà negli alunni neutrali la disponibilità all'aiuto. Tuttavia, se tale soluzione non fosse realizzabile, può essere valutata la possibilità di allontanare la vittima in un'altra classe. Si rivela estremamente importante che i genitori spieghino ai loro figli che il bullismo non è accettabile e li invitino a parlare dell'eventuale presenza in classe di forme di bullismo, diretto o indiretto. Per il genitore è anche importante capire quanto il proprio figlio si sente solidale nei confronti delle possibili vittime e se è disposto a fare qualcosa per aiutarle. Allo stesso modo è necessario che i genitori parlino con i loro figli delle responsabilità che hanno nei casi di partecipazione passiva al bullismo e che li incoraggino ad aiutare in qualche modo gli studenti vittimizzati. Nello sviluppo della cooperazione tra gli alunni, vi è un'interessante pista applicata al contesto "dell'apprendimento cooperativo" contrapposto a quello "tradizionale". Si possono promuovere corsi di formazione per docenti e genitori sulla comunicazione efficace (metodo Gordon) e promuovere "empatia", considerata il fattore determinante ai fini dell'acquisizione di comportamenti prosociali. Gli studi più recenti si fondano su un modello teorico riconducibile a due aree di sviluppo: il riconoscimento dei bisogni e dei sentimenti altrui che privilegia l'educazione "socio-affettiva" (Ellis A., 1993) e "l'ascolto attivo", e quello del cambio dei ruoli che utilizza la tecnica del "role-play". Altro compito educativo è promuovere la partecipazione alle varie attività di quegli alunni che sono più frequentemente esclusi dagli altri. L'insegnante può coinvolgere i compagni, chiedendo agli stessi alunni come fare per rendere gli altri più partecipi, contrastando l'isolamento sociale. Può essere utile spiegare ai ragazzi che quelli che si isolano hanno mancanza di pratica o hanno avuto ripetute esperienze negative e per questo vanno aiutati e non derisi. Per influenzare il clima della classe in senso positivo è importante elogiare e premiare i comportamenti rispettosi delle regole. Ciò aiuta lo studente a tentare di cambiare. Gli elogi vanno elargiti quando uno o più studenti tentano di bloccare azioni di prevaricazione. Allo stesso modo, gli studenti aggressivi vanno elogiati e rinforzati positivamente quando non reagiscono aggressivamente, in condizioni che per loro sono normalmente provocatorie o quando non prendono parte ad azioni di bullismo. Goleman (1996) suggerisce, come strategia emergente nell'educazione emozionale, di non creare una nuova materia ma di "mescolare" le lezioni sui sentimenti e i rapporti interpersonali con altri

argomenti oggetto di insegnamento, come la lettura, l'educazione sanitaria, le scienze, gli studi sociali ed altre discipline, migliorando anche la qualità dell'apprendimento.

### Bibliografia

**BALDASCINI L. (1996)**, Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni, Franco Angeli, Milano.

**BANDURA A. (1986)**, **Social foundation of thought and action**, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

**BAUMRIND D. (1971)**, **Current Patterns of Parental Authority**, in "Development Psychology Monographs", Part II, IV, I, pp. 1-103.

**BONINO S., SAGLIONE G. (1978)**, Aggressività e adattamento, Boringhieri, Torino.

**BONINO S. (1998)**, "Il rischio nell'adolescenza. Identità in fumo.", *Psicologia Contemporanea*, 149, 17-25. **ID. (1999)**, "L'erba leggera", in *Psicologia Contemporanea*.

**APRARA G.V., BORGOGNI L., MAZZOTTI E., PASTORELLI C. (1988)**, "Indicatori precoci della relazione sociale", *Età Evolutiva*, 29, 91-101

**CIUCCI E., SMORTI A. (1999)**, Atteggiamenti e adattamento sociale di bulli e vittime nella scuola media in "Psicologia clinica dello sviluppo", pp. 2, 261-281.

**ELLIS A. (1993)**, L'autoterapia razionale-emotiva: come pensare in modo psicologicamente efficace, Erickson, Trento.

**ERIKSON E.H. (1968)**, Infanzia e società, Armando, Roma.

**FONZIA., CIUCCI E., BERTI C., BRIGHI A. (1996)**, "Riconoscimento delle emozioni, stili educativi familiari e posizioni nel gruppo in bambini che fanno e subiscono prepotenze a scuola", *Età Evolutiva*, 53, 8.

**OLWEUS D. (1996)**, Bulli, in "Psicologia Contemporanea", 133, pp 23-8.

**ID. (1996b)**, Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono, Giunti, Firenze.

# Meccanismi sottocorticali delle emozioni

# 5

*di Jerome Liss, M.D.*

Dall'inconscio psicoanalitico all'inconscio neurofisiologico

La psicoanalisi ha evidenziato come “portare l'inconscio alla coscienza” rappresenti una fase terapeutica fondamentale. Tuttavia la ricerca neurofisiologica offre una mappa del cervello che mette in dubbio questa particolare strategia. Dunque scopo dell'articolo è quello di suggerire che il principale effetto positivo della psicoterapia deriva da un cambiamento della “dinamica inconscia” che non ha bisogno di affluire alla coscienza e, di fatto, **non può diventare conscia**.

Innanzitutto, se osserviamo il cervello, notiamo una corteccia cerebrale molto ampia e una subcorteccia al livello sottostante. I neurofisiologi concordano generalmente che soltanto la corteccia cerebrale può sostenere direttamente la coscienza. L'architettura della subcorteccia non è abbastanza complessa per supportare direttamente la coscienza, anche se la sua dinamica può **influenzarla**.

Ciò implica diverse cose: innanzitutto, la coscienza è direttamente connessa ai processi cerebrali corticali. Seconda cosa, l'“inconscio freudiano”, implicante un processo neuronale soppresso dalla coscienza che **può** tuttavia **diventare conscio** (e presumibilmente “dovrebbe” diventare conscio per ragioni terapeutiche), deve essere associato anche ai processi corticali e non subcorticali. Terza cosa, la recente ricerca neurofisiologica ci spinge a modificare il nostro punto di vista. “Dobbiamo rivedere i nostri assunti riguardanti le emozioni, assunti ereditati dallo schema psicoanalitico”. Perché questo? **Perché le aree subcorticali del cervello influenzano profondamente la nostra vita emotiva**. Ma queste influenze restano a livello subcorticale: non hanno accesso alla coscienza e **non potranno mai entrare direttamente in essa** (per essere più precisi, esse inviano input alle aree corticali che influenzano i nostri processi consci, compresa la consapevolezza delle nostre emozioni, ma

non possono diventare direttamente coscienti, al contrario dei processi cerebrali corticali).

Scopo di questo articolo è presentare diverse scoperte recenti riguardanti la neurofisiologia delle aree subcorticali e il loro potenziale effetto sulla comprensione del disagio emotivo e del processo psicoterapeutico.

### Joseph LeDoux presenta l'amigdala subcorticale come regolatrice principale delle emozioni

Joseph LeDoux (1999) dimostra che l'amigdala subcorticale agisce come centro primario delle dinamiche emotive. È simile a una stazione ricevente a cui arrivano innumerevoli messaggi da varie parti del cervello (almeno 12 percorsi in entrata), e che a sua volta invia messaggi a vari siti cerebrali (almeno 12 percorsi in uscita). Gli input raggiungono l'amigdala da varie aree della corteccia cerebrale (lobo frontale, lobo temporale, lobo posteriore); dalle aree subcorticali nel diencefalo - e, quindi, più o meno orizzontali rispetto all'amigdala (ippocampo, talamo) - e da aree ancora più in basso nel cervello compreso l'ipotalamo, nuclei cerebrali inferiori come il tegmento e i nuclei viscerali (il nucleo del tratto solitario e il nucleo motore dorsale del vago). Questa vasta rete di **input** dimostra l'importanza dell'amigdala per l'integrazione delle diverse aree cerebrali. L'**output** dell'amigdala, come dimostra la ricerca di LeDoux, è altrettanto complesso. I messaggi risalgono la corteccia cerebrale, strutturando in tal modo la nostra **coscienza** delle emozioni, nonché influenzando pensieri e valutazioni. I messaggi vengono inviati orizzontalmente ai gangli di base e influenzano quindi le nostre azioni (ne riparleremo più diffusamente avanti). E, infine, i messaggi vengono inviati in direzione discensionale, influenzando il **sistema nervoso autonomo** e le sue risultanze somatiche.

### Alan Schore presenta i livelli multipli delle dinamiche emotive del sistema limbico

Alan Schore (1994) ha elaborato una mappa del sistema limbico (compresa l'amigdala) che coinvolge livelli multipli del cervello. Al livello corticale (cioè, dei processi cerebrali direttamente coinvolti nella coscienza) abbiamo il lobo orbito-frontale. Gli altri livelli del nostro sistema emotivo sono subcorticali, e quindi fuori dall'ambito della coscienza diretta: amigdala, ipotalamo, tegmento e nuclei viscerali.

Dunque, il contributo di Schore è quello di dimostrare la crescente complessità della nostra mappa subcorticale delle emozioni. Il quadro delle nostre emozioni, a questo punto, potrebbe essere rappresentato da una nota metafora: soltanto una piccola parte delle dinamiche cerebrali che regolano le emozioni, ovvero la "punta di un iceberg", si trova nella coscienza cosciente. Invece, una parte molto più ampia della dinamica emotiva si trova fuori della coscienza, non soltanto nel senso psicoanalitico del concetto ("fuori della coscienza, ma in grado di affluirvi", e quindi un processo corticale), ma ben oltre: **fuori della coscienza e mai in grado di affluirvi, poiché il processo neuronale sottostante è subcorticale**. Dunque, la ricerca neurofisiologica odierna rivela una dinamica subcorticale estensiva che influenza le emozioni e tutti i processi coscienti, ma che, come detto in precedenza, non può affluire direttamente alla coscienza.

In sintesi, livelli cerebrali multipli, compresi quelli subcorticali, influenzano continuamente la coscienza, ma i livelli subcorticali ne resteranno sempre fuori. Il nostro scopo è dunque quello di ampliare la mappa delle dinamiche cerebrali conscie e inconscie.

## I gangli di base

Gerald Edelman (1989 - 2004, vincitore di un Premio Nobel) ha portato alla luce alcune funzioni dei gangli di base, che sono principalmente coinvolti nel coordinamento dell'azione subcorticale (e dunque inconscia). Quindi, i gangli di base riguardano la memoria di performance, distinguendosi dalla memoria episodica del sistema limbico. Edelman propone un'interessantissima connessione fra i gangli di base e il talamo. Innanzitutto, cosa fa il talamo? Elabora l'informazione in entrata e la rinvia a diverse aree della corteccia cerebrale, influenzando quindi l'**attenzione**. Quali sono gli input principali del talamo? Mentre il talamo veniva in passato considerato la porta subcorticale per eccellenza per ricevere **informazione sensoria** dal sistema ascendente attivatore del sistema reticolare (ARS) e inviarla in alto alla corteccia cerebrale, Edelman ha dimostrato che il talamo riceve anche un input importante dai gangli di base. Cosa implica ciò? Significa che le routine d'azione dei gangli di base creano un circuito di feedback con il talamo e da lì ascendono verso le aree corticali, influenzando l'attenzione e le sequenze motorie. (Ipotizziamo anche che le "sequenze motorie" dei gangli di base, inviate al talamo, producano "sequenze di pensiero" corticali). La connessione fra talamo e gangli di base, proposta da Edelman, è un meccanismo molto diverso per organizzare l'attenzione rispetto a quello proposto da Alan Schore. Schore evidenzia **come il lobo orbito-frontale influenza l'attenzione su base emotiva**. Il lobo orbito-frontale riceve informazione emotiva dai centri limbici subcorticali (amigdala, ipotalamo, nuclei viscerali) e invia messaggi alle aree sensorie posteriori, dunque "improntando" tali aree mediante un maggior grado di attenzione (per esempio, attenzione rivolta al viso della madre: "è arrabbiata?", "è accogliente?"). Edelman, al contrario, propone che la base dell'attenzione sia talamica (definendo questa infatti come "dinamica centrale"). Dunque per Edelman la combinazione di input sensorio (ARS) e di input dei gangli di base (routine motorie) influenza la funzione di gating del talamo, che diventa l'organizzatore principale dell'attenzione. Ma la presentazione di Edelman trascura la funzione emotiva connessa ai processi del sistema limbico. Perciò la nostra mappa neuronale allargata associa le emozioni del sistema limbico e le azioni dei gangli di base per creare un sistema dinamico più completo.

## Il sistema limbico - Connessione dei gangli di base

Torniamo al modello di attenzione basato sul talamo e i gangli di base proposto da Gerald Edelman. Quali sono le connessioni tra sistema limbico e gangli di base già note? Le varie parti del sistema limbico, come dimostrato da vari ricercatori, inviano messaggi diretti ai gangli di base. Tutti insieme, il lobo orbito-frontale (Damasio e Rolls), il giro cingolato (Ochsner), l'amigdala (LeDoux) e l'ipotalamo (Gellhorn) inviano informazione emotiva ai gangli di base. Infatti, **la mancanza di connessione fra emozione, azione e attenzione strutturata potrebbe correlarsi al "senso di impotenza e disperazione" così caratteristici della depressione** (il Nucleus Accumbens offre dunque un altro pathway neuronale, a cui può essere imputata la sofferenza dovuta alla mancanza di una "reazione di risposta" ai processi emotivi).

## Dall'*acting out* all'*acting in*

Perché il sistema dell'azione legato ai gangli di base viene trascurato dalla psicologia? Il concetto freudiano di "*acting out*" rivela che la coscienza emotiva è ostacolata dall'azione.

Il sistema dell'azione agisce come "fuga", "evasione" e "deviazione" dalla coscienza delle nostre emozioni interiori.

Questo atteggiamento negativo verso l'azione è stato controbilanciato dalla definizione di "*acting in*", ovvero un'azione coerente con le emozioni che collabora con la coscienza emotiva.

Noi tendiamo normalmente a chiederci: "Cosa è corretto?". Un modo di rispondere è quello di analizzare la relazione fra metodo psicoterapeutico e teoria psicologica prescelta. Per esempio, se utilizzo un metodo psicoterapeutico che si concentra su "memoria e attenzione a breve termine", ovvero la consapevolezza di "quello che è" mentre sono sdraiato sul lettino, come nella psicoanalisi, allora la dinamica dell'azione può interferire con questa forma di coscienza.

D'altra parte, se uso un metodo psicoterapeutico che prevede l'"azione espressiva" come parte della strategia per portare alla coscienza e al cambiamento, come nella psicoterapia del corpo, nello psicodramma e nella psicologia della Gestalt, allora le azioni diventano potenzialmente sinergiche con la coscienza emotiva.

Una mappa neurofisiologica estesa dimostra che sono validi entrambi i tipi di sistema dell'azione e che quindi entrambe le prospettive possono essere significative. Per esempio, i gangli di base ricevono sia input emotivi che razionali (Rolls, 1999). Gli input emotivi per l'azione dei gangli di base derivano da vari livelli del sistema limbico, come ipotizzato sopra. Gli input razionali per i gangli di base derivano dal lobo frontale dorso-laterale, che integra l'input percettivo ambientale (lobo posteriore) con le strutture del mondo (lobi parietali) e le intenzioni razionali (connessioni parietali-frontali). Sia l'emozione che la razionalità possono essere dominanti. Se l'azione emotiva è l'espressione di un desiderio di pianto o rabbia, questo può rafforzare la coscienza dell'emozione. D'altra parte, se l'azione viene freddamente decisa in modo razionale, o se invece si tratta di un'azione provocata dall'assunzione di alcool e droghe, da comportamenti sessualmente promiscui, o da eccessi alimentari, e così via, comunque in tutti i casi le emozioni sono nascoste e sepolte nella coscienza dall'azione.

### L'azione di sintonizzazione

Un terzo concetto di azione è stato elaborato da Daniel Stern, Ed Tronick, George Downing e altri ricercatori, studiando le interazioni madre-bambino mediante l'osservazione di filmati. Esso viene definito "sintonizzazione" da Stern, "corrispondenza" da Tronick e "microgestualità" da Downing. In questo caso il sistema dell'azione viene sottilmente sintonizzato in modo che l'io e l'altro si trovano in una sequenza positiva di interazioni. La **madre** iperreattiva e **invadente**, così come la **madre** depressa e **deprivante**, sono entrambi esempi di figure fondamentali che **falliscono questa sintonizzazione sottile con l'Altro**. Il bambino soffrirà per mancanza di formazione all'impulso di avvicinamento all'altro e mancanza di connessione fiduciosa con il prossimo. A peggiorare le cose, il bambino che non ha ricevuto "sintonizzazione" o "empatia del corpo" (concetto elaborato da Maurizio Stupiggia) dalle figure di base non dimostrerà questa capacità di azione interpersonale con gli altri bambini (ricerca di Hubert Montagner) e diventerà troppo aggressivo (prevalenza del simpatico) oppure introverso (prevalenza del parasimpatico), in ogni caso "fuori sintonia" con il resto del gruppo.

Forse uno dei fattori di successo della psicoterapia sta nell'apprendimento della

“sintonizzazione” da parte del paziente per mezzo dell’interazione terapeutica. Ciò significa che i gangli di base devono essere coinvolti nel processo emotivo. Gli esperimenti del “volto impassibile”, ideati da Edward Tronick, dimostrano molto chiaramente che quando l’Altro non è espressivo, ciò può provocare paura, sfiducia e inibizione se la necessità è di condividere emozioni e bisogni.

In conclusione, le funzioni di azione dei gangli di base devono essere integrate con le funzioni emotive del sistema limbico per arrivare a una mappa più completa delle funzioni mente-cervello, in grado di spiegare sia il disagio emotivo che il progresso terapeutico.

### Centri della vitalità nel cervello inferiore

Recenti ricerche sui centri cerebrali inferiori che producono i neuromodulatori attivanti possono offrire una dinamica neurofisiologica diversa per spiegare il disturbo emotivo e la sua guarigione. Gerald Edelman si riferisce a questi centri come “sistema di valutazione”, perché condizionano l’insorgere di esperienze negative e positive. Tuttavia, potrebbe essere conveniente definirlo “sistema attivante” del cervello inferiore. Questo perché i centri cerebrali inferiori, stimolati da aree superiori del cervello, producono diversi neuromodulatori essenziali. I neuromodulatori vengono poi inviati come un getto spray verso i centri subcorticali superiori (inconsci) e alla corteccia cerebrale (conscia), influenzando così in modo determinante l’umore, la funzione e l’equilibrio del cervello. In modo più specifico, almeno due aree subcorticali - e dunque due funzioni inconse - inviano in basso input positivi a questi centri attivanti: l’amigdala, con i suoi processi emotivi, e i gangli di base, con i loro processi legati all’azione. Qui sotto è riportata una sintesi riguardante il modo di operare del sistema eccitatorio.

Area encefalica inferiore	Neuromodulatore	Funzioni
Tegmento	Dopamina	Azione per ricompensa
Nuclei del rafe	Serotonina	Sentimenti viscerali, di connessione
Locus Coeruleus	Noradrenalina	Azione determinata, vigilanza
Pendulopontine Nuclei	Acetilcolina	Apprendimento, memoria

Mentre il Prozac integra la carenza di serotonina prodotta dal cervello, i tricyclics e altri antidepressivi apportano noradrenalina. (Il lettore può trovare studi che modificano e ampliano queste prospettive delle aree subcorticali e delle funzioni attivanti dei neuromodulatori). La nostra tesi è molto semplice: un modello neurofisiologico e funzionale più ampio del cervello è assolutamente necessario per capire i disturbi emotivi e la terapia psicoterapeutica.

### Questioni di ricerca ancora aperte

In un certo senso, ci troviamo appena all’inizio. Vi è una serie di questioni che restano aperte per lo psicoterapeuta orientato verso il corpo, e che richiederanno ulteriore ampliamento

e più precisa definizione della mappa mente-cervello. Ecco alcuni ambiti che richiedono ulteriore spiegazione.

1. Una comprensione più completa del mondo subcorticale: integrazione delle aree citate sopra (amigdala, Nucleus Accumbens, gangli di base, talamo, ARS, centri cerebrali inferiori) con il giro cingolato, l'ippocampo, l'ipotalamo, la sostanza grigia centrale, i nuclei viscerali, e così via.
2. Un quadro più completo delle interazioni corticali-subcorticali.
3. L'influenza dell'interazione corticale-subcorticale sulla coscienza focalizzata (o attenzione), sulla coscienza periferica (ovvero pensieri e sensazioni "appena coscienti", compresa l'espressione verbale) e sull'intuizione (ovvero pensieri strani e inaspettati, che però si dimostrano estremamente rivelatori in merito a ciò che sta accadendo).
4. Le variazioni nei processi subcorticali in caso di crisi di pianto o scoppio di rabbia. (È molto interessante notare che esistono poche ricerche sul pianto, mentre sappiamo che sono una parte del processo di cura delle emozioni profonde necessaria a innumerevoli tipi di sofferenza emotiva).
5. Presupposti neurofisiologici della relazione Io-Altro. (L'impatto clinico della relazione terapeutica Io-Altro sta diventando sempre più importante nella ricerca odierna. Questo significa che il rapporto Io-Altro non è semplicemente un processo cosciente, bensì penetra nei livelli più profondi dell'inconscio fisiologico. La sua mappa neurofisiologica, tuttavia, è stata appena considerata nella ricerca attuale).
6. Interazione tra funzioni cerebrali corticali e subcorticali e le esperienze del corpo coscienti e inconse. Lo psicoterapeuta del corpo spesso ha un contatto diretto con il paziente a livello somatico. Come si connettono le dinamiche cerebrali sopra delineate con gli interventi del terapeuta (contatto tattile, postura, espressione non verbale, connessione e risonanza intersoggettiva)?

### Trasformare la dinamica subcorticale potrebbe essere lo scopo fondamentale della psicoterapia

Ecco un interrogativo drammatico: poiché i centri subcorticali possiedono stati energetici estremamente variabili e connessioni molto persistenti, mentre la rete corticale (che genera la coscienza) varia meno in termini di energia e possiede connessioni più flessibili, il lavoro psicoterapeutico principale può consistere in un'alterazione delle connessioni subcorticali inconse.

In altre parole, le dinamiche cerebrali "dal basso all'alto" possono essere più determinanti nel cambiamento terapeutico di quelle "dall'alto al basso" (entrambi i tipi di dinamica possono avere sempre una certa pertinenza). Per ripetere il concetto con parole diverse: i cambiamenti corticali coscienti verso il meglio (controllo emotivo, chiarezza, aumento di autostima, fiducia nell'Io e nell'Altro, strategie d'azione efficace) possono essere il **risultato** di trasformazioni delle dinamiche subcorticali, che possiamo definire "dinamica interiore inconscia". Questa ipotesi costituisce il contrario dell'orientamento cognitivo diffuso, secondo cui un cambiamento di pensiero e prospettiva può modificare la dinamica inconscia dell'emozione e le relazioni Io-Altro.

## Bibliografia

**Boadella, David, e Liss, Jerome, La Psicoterapia del Corpo, Roma, Ed. Astrolabio, 1986.**

**Boadella, David, “Affect, Attachment and Attunement: Thoughts Inspired in Dialogue with the Three-volume Work of Allan Schore”, *Energy & Character: International Journal of Biosynthesis*, Vol. 34, Sept. 2005, pp. 13-23.**

**Edelman, Gerald M., The Remembered Present. A Biological Theory of Consciousness, BasicBooks, 1989.**

**Edelman, Gerard M., Wider Than The Sky, Yale University Press, 2004.**

**Laborit, Henri, L’Inibizione dell’azione (trad. di A. Meluzzi), Il Saggiatore, 1986.**

**LeDoux, Joseph, The Emotional Brain, Phoenix, 2003.**

**Liss, Jerome, “Vertical Brain Mechanisms for Understanding Conscious, Unconscious and Non-Conscious Knowledge, How Neurophysiological Maps Justify the Different Schools of Psychotherapy”, in: [www.biosistemica.org](http://www.biosistemica.org).**

**Ochsner, Kevin e Barrett, Lisa, “A Multiprocess Perspective on the Neuroscience of Emotion” (Cap. 2 ), in: Mayne, Tracy J. & Bonanno, George A., Emotions. Current Issues and Future Directions, The Guilford Press, 2001.**

**Rolls, Edmund T., The Brain and The Emotion, Oxford University Press, 1999.**

**Schore, Allan N., Affect Regulation and the Origin of the Self (The Neurobiology of Emotional Development), Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1994.**

Il Prof. Jerome Liss, psichiatra americano formatosi alla Harvard University e Consulente per il World Food Program, insegna la Neurofisiologia delle Emozioni alle Scuole di Psicoterapia e di Counseling.

Per informazioni: **Tel. e Fax. 06-5744903 - E-Mail: [j.liss@fastwebnet.it](mailto:j.liss@fastwebnet.it)**



Associazione per lo Sviluppo Psicologico  
dell'Individuo e della Comunità



European International  
Institute of Emergency Psychological



# Master in gestione della crisi e Counseling in emergenza



[www.unicounselling.org](http://www.unicounselling.org)

[www.eiiep.net](http://www.eiiep.net)

# La resilienza nella psicologia dell'emergenza

6

*di Angela Molinari, Anna Putton*

Negli ultimi anni il panorama internazionale è stato scosso da numerosi eventi, catastrofi naturali e disastri provocati dall'uomo: alla fine di settembre del 2000 in Israele scoppia l'*Al-Aqsa Intifada* (la seconda rivolta Palestinese); l'11 settembre del 2001 il *World Trade Center* di New York viene devastato da un attacco terroristico; il 20 novembre del 2003 il terrorismo internazionale raggiunge la moschea di Istanbul; l'11 marzo di 2004, dieci bombe esplodono simultaneamente su quattro treni della metropolitana di Madrid; il 7 luglio Londra è sconvolta da un attacco terroristico; il 26 dicembre un'onda anomala (*Tsunami*) stravolge alcuni paesi asiatici, e si potrebbe continuare fino alla fine della pagina, tanti sono gli eventi che ogni anno sconvolgono il nostro pianeta.

È in questo scenario che la Psicologia dell'Emergenza si sta diffondendo sempre più come concetto di primo intervento e come operatività. Ed è lo stesso scenario che ha catturato la mia attenzione di psicologa di comunità.

Tutte le volte che un mezzo di comunicazione si è attivato per rendere noto al mondo intero l'ultimo evento calamitoso o l'ultimo attacco terroristico, mi sono interrogata sulle vicissitudini della comunità colpita, come questa abbia reagito all'evento, chi si è impegnato a soccorrerli, come si fa a ricominciare da zero, e tanti altri interrogativi si sono proposti tutte le volte che mi sono ritrovata a guardare un telegiornale o a leggere un articolo.

Così è incominciato il mio viaggio all'interno di una branca della psicologia che, come sostiene Luigi Ranzato, Presidente Psicologi per i popoli (Bologna, 2002), è una *Psychology in action*, quale è quella della Psicologia dell'Emergenza.

La Psicologia dell'Emergenza è quello specifico ambito di studio e di applicazione che mira, in un contesto di emergenza, a preservare e favorire l'equilibrio psichico delle vittime, dei parenti e dei soccorritori, a seguito dell'effetto destabilizzante di eventi catastrofici e

traumatici in senso lato (Cusano, Napoli, 2003). Generalmente quando si parla di emergenza vengono usate espressioni come: evento stressante, stress traumatico, disastro, catastrofe, calamità, ecc.

Comunemente i termini che ricorrono con maggior frequenza sono disastro e catastrofe, tutti gli altri possiamo considerarli sinonimi (Cuzzolaro, Frighi, 1998). La parola 'disastro' ha confini piuttosto labili, tuttavia possiamo dire che la sua specificità è legata essenzialmente al carattere di evento collettivo che coinvolge e sconvolge la struttura e il funzionamento di intere comunità.

Il mio intento, in questa sede, non è quello di inseguire l'evoluzione storica e strutturale della Psicologia dell'Emergenza, quanto esplicitare come il concetto resilienza possa essere introdotto nel campo dell'emergenza. Tuttavia ciò non toglie che possiate trovare qualche accenno o riferimento specifico a tale disciplina.

Quando si parla di resilienza si fa riferimento alla capacità, abilità, al far fronte, al processo del rimbalzare, resistere, integrare e costruire dopo un evento traumatico. Nelle scienze umane e sociali il concetto di resilienza ha una storia piuttosto recente, data la dominanza del modello patocentrico, che assumeva l'equazione rischio-disadattamento. È negli anni Settanta e Ottanta, con gli studi longitudinali di Gamezy, di M. Rutter e di E. Werner, che prende avvio uno studio sistematico della resilienza (Prati, 2006).

Il processo di resilienza implica la possibilità di integrare due volti: il limite e la capacità nel corso della vita. L'incontro tra le risorse e i limiti, fra la parte debole e quella forte, non segnala la separazione fra i due aspetti, ma al contrario la loro complementarietà e la possibile ricerca di integrazione (Malaguti, 2005).

Quando si parla di un'emergenza psicologica individuale si fa riferimento ad un momento di perturbazione dell'equilibrio psicologico ed emotivo di una persona dovuto ad una o più circostanze scatenanti; successivamente l'incidenza psicologica che l'evento avrà sulla persona, ossia il tipo e l'entità della reazione con la quale risponderà, dipenderà in larga misura dal significato che l'evento assumerà per lei: attacco alla sicurezza personale, familiare, lavorativa, sociale, perdita delle persone o cose care, ecc. Eppure l'esperienza clinica di intervento in situazioni di emergenza ha mostrato come le manifestazioni di disagio psicologico delle vittime siano estremamente mutevoli, tendenti ad evolversi con grande rapidità in relazione a variabili sia personali che ambientali.

Gli esperti della salute mentale hanno condotto diverse indagini (epidemiologiche e longitudinali) per esprimere un parere su come la salute dei cittadini sia cambiata a seguito degli eventi recenti. Le ricerche degli ultimi anni (Bonanno et al., 2005; Bonanno, Westphal, 2007; Bleich, Gelkopf, Salomon, 2006; Durodié, 2003; Durodié, Wessely, 2002; Everly, 2003; Linley, 2003; Boscarino, Adams, Fligley, 2004; Linley, Joseph, 2004; Stein, Elliott et al., 2004; Yehuda, 2004; Ai, Park, 2005; Blanchard, Rowell et al., 2005; Boscarino, Adams, et al., 2005; Kaplan, Matar et al., 2005; Galea, Resnick, 2005; Muñoz, Crespo, Pérez-Santos, Vázquez, 2005; Wessely, 2005; Bonanno, Galea et al., 2006; Boscarino, Adams et al., 2006; Connor, 2006; Bleich, Gelkopf et al., 2006; Fischer, Greitemeyer et al., 2006; Gil, Caspi, 2006; Hoge, Austin, Pollack, 2006; Person, Tracy, Galea, 2006; Walker, 2006) hanno evidenziato una elevata prevalenza del PTSD (disturbo post-traumatico da stress; nel 65% della popolazione), depressione (37%; i sintomi depressivi presentati dal campione considerato sono per lo più il sentirsi triste, pessimisti, incapacità di vivere la vita con serenità) e di stress non-specifico (39%). La teoria di conservazione delle risorse (COR)

(Hobfoll et al., 2006) suggerisce che la perdita delle risorse, sia materiali che psicosociali, è il più importante predittore di sofferenza psicologica a seguito di disastri (Adams, Boscarino, Galea, 2006).

Tutte le ricerche che hanno considerato campioni di popolazione sottoposti a vari disastri, hanno sempre evidenziato che alcuni soggetti hanno presentato alti livelli di resilienza e una sofferenza minore di sintomi depressivi. I media tendono a rappresentare le comunità colpite da disastri come bisognose di aiuto, la cui salvezza dipende unicamente dall'intervento esterno, invece, quando tutto sembra perduto, la capacità delle popolazioni di organizzarsi è stupefacente.

Quando un sistema sociale, al pari del singolo individuo, al verificarsi di un evento calamitoso, qualunque sia la sua natura, reagisce elasticamente, deformandosi oppure tornando in posizione normale (Barbato, Puliatti, Micucci, 2006), allora forse è il caso di introdurre e sviluppare il concetto di resilienza di comunità.

Quando un'intera comunità è esposta a situazioni critiche, spesso le conseguenze di cui si tiene conto sono quasi esclusivamente negative. L'assunzione che ne deriva abitualmente è che queste comunità siano incapaci di riprendersi da sole (Sonn, Fischer, 1998; Van den Eyde, Venio, 1999). Le correnti di ricerca di stampo sociologico enfatizzano il ruolo terapeutico della crisi a livello di comunità come cicatrizzante di solidarietà fra i residenti. Tuttavia recenti studi hanno criticato questa prospettiva rivelando che l'effetto terapeutico sarebbe di breve durata e confinabile in una fase precisa della reazione della comunità ad eventi critici, la cosiddetta fase della luna di miele (Johnston, Bebbington et al, 1999; Tobim, Whiteford, 2002; Zuliani, 2006). In questo dibattito viene introdotta la resilienza di comunità per far luce sulle possibili reazioni positive della comunità ad eventi critici (Prati, 2006).

Gran parte degli scritti americani hanno sempre posto l'accento sulla resilienza essenzialmente come un tratto che caratterizza l'individuo; è solo con la rivisitazione e gli approfondimenti degli scritti francesi, in congiunzione con gli studi canadesi (approccio ecologico), che si è cominciato a considerare il contesto e i fattori ambientali. Perciò lo studio della resilienza si è estesa dall'individuo alla famiglia e alle comunità esposte ad eventi critici avversi. È seguendo questa prospettiva che le comunità sono state concettualizzate come competenti e capaci di stimolare le risorse necessarie per affrontare le diverse sfide (Bravo, Rubio-Stipec, Canino, Woodbury, Ribera, 1990; Tobin, 1999; Van den Eyde, Venio, 1999). Bravo e collaboratori (1990) hanno formulato l'ipotesi di comunità resistente (*community strengths hypothesis*). Il loro studio ha preso in considerazione i residenti della comunità di *Puerto Rico*, colpita da un'alluvione, i quali per pura combinazione avevano compilato un'indagine sulla salute mentale l'anno prima. In questo modo si è avuta l'opportunità di effettuare un disegno di ricerca prospettico con misure prima e dopo il disastro, controllando il grado di esposizione. Dai dati emerge che i residenti esposti ai disastri riportavano sintomi psicopatologici che non differivano significativamente dai residenti non esposti.

Dawes, Cresswell e Cahan (2004) intendono la resilienza di comunità come la capacità di una collettività di resistere ad eventi critici che sfidano il proprio ambiente fisico e il proprio tessuto sociale.

Secondo Kimhi e Shamai (2004) le definizioni di comunità resilienti prendono tre direzioni: la prima è una tendenza alla resistenza, ovvero la capacità della comunità di assorbire l'impatto; la seconda è la tendenza al recupero, la velocità e l'abilità di recuperare dagli *stressors*; infine la tendenza alla creatività che fa riferimento alle potenzialità creative

dei sistemi sociali di migliorare il proprio funzionamento psicologico come conseguenza delle avversità. In questa terza direzione si colloca anche la teoria di Kulig (2000), il quale definisce la resilienza di comunità come l'abilità nel rispondere efficacemente alle avversità e di raggiungere un livello di funzionamento psicologico migliore rispetto al punto di partenza. Kendra e Wachtendorf (2001, 2003) hanno indagato, al contrario, la resilienza organizzativa, ossia la capacità di un'organizzazione di affrontare efficacemente gli *stressors*, durante l'attacco terroristico al *World Trade Center*. Gli autori sostengono che la resilienza di comunità comprende non solo ciò che succede dopo l'evento critico, ma anche il ruolo di preparazione della comunità al fattore rischio (*community preparedness*). Nel 1998 Horne e Orr hanno affermato che la resilienza è una qualità fondamentale degli individui, dei gruppi, delle organizzazioni e dei sistemi in generale per rispondere produttivamente a un cambiamento significativo: gli autori orientano la loro analisi intorno a caratteristiche come la capacità di intraprendenza, la comunicazione efficace e la capacità di auto-organizzarsi di fronte alle richieste estreme. Tobim (1999) ha elaborato una cornice di riferimento per analizzare la resilienza di comunità sulla base di tre modelli: il modello della diminuzione del rischio (*mitigation model*), il modello del recupero dopo l'impatto (*recovery model*) e il modello relativo alla modificazione dei fattori strutturali e cognitivi di una società (*structural-cognitive model*) allo scopo di favorire una programmazione continua sui rischi.

Quindi la resilienza di comunità include non solo la gestione delle emergenze, ma anche le normali funzioni di una comunità nella preparazione delle circostanze critiche. Sviluppare una resilienza di comunità richiede un coinvolgimento attivo dei servizi di emergenza, i quali assimilano e coordinano le prospettive e i bisogni derivati dalla consulenza delle comunità, provvedendo alle informazioni e alle risorse necessarie a sostenere l'*empowerment*, l'auto-aiuto e la *resiliency* (Paton, Smith, Violanti, 2000; Paton, Johnston, 2001; Perry, Lindell, 2003; Rodriguez, Aguirre, 2006). Vinson (2004) sottolinea come sia utile includere le reti di sostegno (una rete di supporto), la partecipazione sociale (uscire dall'isolamento sociale) e la coesione sociale (includendo anche la partecipazione di organismi volontari, intesi come capitale sociale di cui può disporre una comunità) (Rolfé, 2006). Anche Hernandez (2002), parlando di resilienza collettiva, indica quei processi di *coping* che accadono all'interno di un contesto sociale colpito da un evento traumatico e che sono tesi a sostenere e ricostruire i legami sociali ed un senso di appartenenza. Tutti questi punti di vista convergono verso quella prospettiva ecologica che non tiene conto solamente dei fattori interni alla comunità, ma anche di quelli esterni alla comunità stessa, come possono essere gli aiuti internazionali o i rapporti con le vicine entità sociali e politiche (Kendra, Wachtendorf, 2001; Rolfé, 2006; ISDR, 2006). Per esempio, una politica di aiuti attuata in maniera non rispettosa del contesto e dei destinatari può essere un ulteriore fattore di rischio che neutralizza potenziali elementi di resilienza insiti in una comunità. Per simili ragioni è importante considerare i fattori interni ed esterni alla comunità. Prati (2006) offre una descrizione dei fattori di rischio, dei fattori di protezione degli esiti, considerati nelle diverse ricerche sulla resilienza di comunità. I fattori di rischio agiscono allo stesso modo dei fattori di rischio a livello individuale, con la differenza che colpiscono la comunità nel suo complesso, piuttosto che singole persone. Tali fattori di rischio sono stati suddivisi in disastri, sia tecnologici che naturali, in criminalità o violenza, ossia relativi a comportamenti umani, in fattori socioculturali ed in fattori economici, politici e geografici. I fattori di protezione (di resilienza) considerano tre variabili (Bachrach, Zautra, 1985): autoefficacia, *coping* orientato al problema e senso di comunità, nel predire un

maggiore coinvolgimento nella risoluzione di un problema di comunità. Il senso di comunità è la percezione soggettiva (che cambia nel tempo) delle qualità delle relazioni all'interno di un contesto ben definito. È la fiducia reciproca che i bisogni siano soddisfatti e l'accesso alle risorse sia consentito (McMillan, Chavis, 1986). Questa è una variabile importante poiché può dare un senso all'azione collettiva da intraprendere per superare efficacemente il problema. Le componenti fondamentali del senso di comunità sono rintracciabili nel senso di appartenenza, nel senso di influenza o di *empowerment*, nell'integrazione persona-ambiente, nella soddisfazione dei bisogni e nella connessione emotiva condivisa. Sarig (2001), lavorando in una comunità di sfollati in Israele, ha elaborato un modello le cui componenti sono: 1. senso di appartenenza alla comunità (caratterizzato dall'impegno e da un senso di essere parte integrante di un sistema che fornisce supporto ed *empowerment*); 2. controllo sulle situazioni (presuppone l'esistenza di organizzazioni formali ed informali che aiutano la comunità ad affrontare le crisi); 3. sfida (affinché la comunità possa far fronte ad eventi critici è necessario che leader formali ed informali riformolino gli eventi negativi, evidenziandone le opportunità); 4. mantenere una prospettiva ottimistica (la crisi deve essere presentata dai leader come un periodo all'interno della storia della comunità, utilizzando questo momento per contribuire alla formazione di una nuova identità comunitaria); 5. abilità e tecniche (una comunità ha bisogno di apprendere competenze ed addestrarsi sia in previsione di eventi difficili, sia per superarli una volta occorsi); 6. valori e credenze (la visione condivisa dalla comunità è una risorsa indispensabile per l'identità della comunità che affronta una crisi. Tradizioni e religioni possono, infatti, rinforzare il legame fra individui e gruppi della comunità); 7. sostegno (il sostegno sociale, le reti sociali e le organizzazioni di mutuo aiuto e di solidarietà sociale sono di grande importanza per la resilienza di comunità).

Pertanto possiamo suddividere i fattori di protezione in: fattori sociali (azione di comunità, *self-efficacy*, *coping* orientato al problema, *problem solving*, leadership idealista, *coping* positivo, capitale umano e sociale o di solidarietà, coinvolgimento nella comunità -*community involvement*-, partecipazione di comunità e impegno nella comunità -*community engagement*-, *empowerment*, leadership formale e informale supportiva ed ottimista, possibilità di controllo sulle situazioni, senso di appartenenza, senso di comunità, setting di comunità, strategie di *coping* a livello di comunità, sostegno sociale o reti sociali ampie e stabili, tassi demografici stabili o crescenti); fattori culturali (storia, norme e credenze condivise, valori culturali positivi) e fattori economici e politici (diminuzione del rischio di eventi critici, infrastrutture ed istituzioni, opportunità di apprendimento di abilità e tecniche come l'educazione al rischio, l'attività di preparazione e la *self-efficacy*, organizzazione delle emergenze basata su partecipazione, dignità e rispetto per la capacità delle vittime di controllare la propria vita, *partnership* fra gruppi, enti e aziende commerciali, programmazione locale, servizi di comunità, sistemi di informazione pubblica).

Di conseguenza gli esiti di resilienza di comunità sono valutati attraverso diversi elementi: da una parte abbiamo misure epidemiologiche che dimostrano la ripresa o il mantenimento di tassi di salute fisica e/o psicologica nonostante l'evento affrontato, dall'altra abbiamo indicatori socio-economici come i tassi di ripresa economica o la qualità dei servizi di salute. Tuttavia, se consideriamo alcuni fattori (per esempio l'andamento economico), è possibile notare che alcuni sono catalogati dalla letteratura fra i fattori di rischio, di resilienza e anche di esito. Da tutto ciò deriva una confusione concettuale che potrebbe minare lo studio della resilienza di comunità (Prati, 2006).

Tuttavia il concetto di resilienza ha ricevuto, dopo gli attacchi dell'11 settembre, una rinnovata attenzione come elemento base e come elemento di costruzione delle città dei diversi paesi. Un'attenzione maggiore, se pur con enfasi diversa, è offerta dagli USA e dal Governo Britannico. La resilienza nazionale è l'aspetto meno ricercato dello stesso concetto di resilienza. Ciò nonostante, la resilienza nazionale può essere considerata un fattore chiave per tutti quei paesi che devono affrontare e sostenere sfide continue e di diversa natura (Menon, 2005). La devastazione psicologica sperimentata dagli americani ha dato avvio ad un progetto di legge (NRDA, Atto dello Sviluppo della Resilienza Nazionale, 2003) (Barnett, 2004) che migliora la sicurezza nazionale nell'eventualità di un attacco terroristico o attacchi di altra natura. La strategia internazionale degli Stati Uniti per la riduzione del disastro (UN/ISDR) ha adottato il termine resilienza definendola in riferimento ai diversi rischi come "la capacità di un sistema, di una comunità o di una società di resistere o cambiare, per ottenere un livello accettabile nel proprio funzionamento e nella propria struttura. Tutto ciò è determinato dalla capacità con cui il sistema sociale si organizza, dall'abilità del sistema di aumentare le proprie capacità di apprendimento e di adattamento, inclusa la capacità di recupero" (O'Brien, Read, 2005). L'uso del termine resilienza da parte del Governo Britannico riflette un andamento verso un approccio olistico e pro-attivo che ha la comunità con le sue capacità di resistere e recuperare (UK Resilience, 2005). La risposta del Governo Britannico agli eventi dell'11 settembre è stata lo sviluppo di *The Capabilities Programme* (UK Resilience, 2003) per assicurare lesistenza delle capacità e delle possibilità di rispondere efficacemente ed efficientemente agli effetti potenziali di imponenti eventi disgregativi. La realtà e il pragmatismo mettono i diversi paesi di fronte alla necessità di sviluppare vari modi per migliorare la resilienza psicologica dell'intera popolazione. Una crescente attenzione viene ora concessa alla capacità delle comunità colpite da disastri di riprendersi e recuperare con poca assistenza esterna. Ciò evidenzia lesigenza di un cambiamento nelle culture delle comunità, le quali devono lavorare sulla riduzione del rischio di un probabile disastro, enfatizzare la resilienza piuttosto che focalizzarsi sul bisogno e sulla vulnerabilità (Manyena, 2006).

Michael Barnett sostiene che non esiste una strategia unica, totale, per aumentare la resilienza psicologica a livello locale, a causa di variabili culturali e altre variabili legate a ciascuna comunità (Lehmann, 2003).

Un tentativo di costruzione di un progetto di resilienza di comunità, invece, è quello offerto da *Community Resilience Project Team* del *Centre for community Enterprise* (Colussi, Lewis, Lockhart, Perry, Rowcliffe, McNair, 2000). Dal 1998 questo Centro, con laiuto di agenzie e contribuenti, ha incominciato ad esplorare il concetto di resilienza di comunità. Le origini di questo progetto sono rintracciabili nel dilemma che ha interessato alcune comunità rurali del Canada e degli Stati Uniti riguardo al loro vigore economico e sociale. Le osservazioni su come alcune comunità prosperavano e altre no ha spinto i ricercatori del Centro a sviluppare un modello di resilienza di comunità i cui risultati convergono nel *The Community Resilience Manual*. Sebbene questo progetto sia nato principalmente per offrire alle comunità rurali la possibilità di poter individuare le proprie resistenze e debolezze al fine di incrementare il proprio recupero e rinnovamento economico, è possibile dedurre alcune caratteristiche propizie utili per incrementare la resilienza delle comunità che potrebbero affrontare eventuali disastri naturali o artificiali. Considerare le quattro dimensioni, quali le persone, le organizzazioni, le risorse e il processo di una comunità, vuol dire acquisire

informazioni sulla capacità di analisi e di decodifica di un territorio, di una specifica comunità locale nei suoi diversi profili (geografico, demografico, delle attività produttive e dei servizi, istituzionale, antropologico, psicologico e del futuro) e acquisire la capacità di progettare e condurre interventi di rete.

Una buona conoscenza delle relazioni tra le componenti eco-sistemiche e attività antropiche, delle dinamiche territoriali e ambientali, così come una buona conoscenza della promozione economica compatibile con la tutela delle risorse naturali e produttive, costituiscono daltronde linsieme degli interventi utili ad una pianificazione delle emergenze da parte della Protezione Civile (Rossi, 2002).

Una comunità viene definita come una popolazione interagente di vario genere di individui, situati in un contesto comune, mentre una comunità resiliente è definita come una comunità che sviluppa azioni intenzionali per rafforzare la capacità personale e collettiva dei suoi membri e delle sue istituzioni, per influenzare il corso di un cambiamento sociale ed economico. Una comunità che esiste solo nominalmente, ma è in realtà un mero aggregato di famiglie, non sarà preparata a cooperare verso un obiettivo comune che va oltre gli individui o il gruppo familiare. Un elemento essenziale è il capitale sociale (linsieme dei legami basati sulla fiducia reciproca che si creano quando ci sono scambi positivi), capace di convertire le risorse naturali (il capitale naturale) in fattori di sviluppo sostenibile, una cornice importante che analizza le potenzialità, le competenze e le capacità della comunità tout court. Nell'ultimo quinquennio non c'è documento, manuale, testo riguardante lassistenza umanitaria e la cooperazione allo sviluppo che non utilizzi il concetto di resilienza comunitaria come principio ispiratore degli interventi psico-sociali.

La resilienza diventa la parola chiave per descrivere la capacità di sopravvivere e uscire dalla crisi, e, nonostante ciò, sono poche le analisi su come le popolazioni sopravvivono ai disastri e ancor meno programmi che si basano sulle loro strategie di *coping*. L'enfasi maggiore è ancora spesso centrata sulla valutazione dei bisogni, dei problemi e delle vulnerabilità, invece che sull'analisi delle energie, delle competenze e delle risorse reperibili all'interno delle comunità. Al contrario, il vantaggio di adottare un'ottica positiva, centrata sull'analisi delle risorse piuttosto che sulle carenze, promuove la possibilità di lavorare per la prevenzione primaria dei fattori di rischio (preparazione ed educazione al rischio) e la promozione delle competenze (Prati, 2006).

È assolutamente necessario sottolineare l'esigenza di adottare interventi che, contrastando il modello della comunità vittima, si basano sulla promozione dei fattori di resilienza in un'ottica di *empowerment*. Adottare un approccio olistico e proattivo, come opera il Governo Britannico, o semplicemente un approccio ecologico (Bronfenbrenner, 1979) significa agire su più livelli: dal microsistema al macrosistema.

In conclusione, la necessità di avere in équipe degli psicologi di comunità diventa fondamentale, in quanto tali professionisti contribuiscono studiando non solo le reti e le comunità locali, ma anche come queste si interfacciano con le comunità più estese. La ricerca sulla resilienza di comunità è ancora agli esordi e, sebbene i programmi di amministrazione delle emergenze nei vari paesi enfatizzino la necessità di una *community resilience*, è indispensabile avviare una ricerca sistematizzata su questo aspetto specifico della resilienza ancora poco conosciuto.

## Bibliografia

- Adams R.E., Boscarino J.A., Galea S. (2006 Jan), Social and psychological resources and health outcomes after the World Trade Center disaster, *Soc Sci Med*, **62(1)**: 176-88, Epub 2005 Jul 5.
- Ai A.L., Park C.L. (2005), Possibilities of the positive following violence and trauma: informing the coming decade of research, *J. Interpers Violence*, **20(2)**:242-50.
- Bachrach K.M., Zautra A.J. (1985), Coping with a community stressor: the threat of a hazardous waste facility, *Journal Health and Social Behaviour*, **26**, 127-141.
- Barbato R., Puliatti M., Micucci M.(2006), *Psicologia dell'Emergenza. Manuale di intervento sulle crisi da eventi catastrofici*, Edup Roma.
- Barnett M.D.(2004), Congress must recognize the need for psychological resilience in an age of terrorism, *Families Systems & Health*, vol.22 n.1, 64-66.
- Blanchard E.B., Rowell D., Kuhn E., Rogers R., Wittrock D. (2005 Jan), Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks :the effects of proximity, *Behav. Res. Ther.*, **43(1)**: 143-50.
- Bleich T., Gelkopf M., Melamed Y., Salomon Z. (2006 Aug), Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli national representative sample, *BMC Med*, **27,4**: 21.
- Bonanno G.A., Galea S., Bucchiarelli A, Vlahov D., (2006 Mar), Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11<sup>th</sup> terrorist attack, *Psychol. Sci*, **17(3)**:181-6.
- Bonanno G.A., Rennie C., Dekel S. (2005 Jun), Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11<sup>th</sup> terrorist attack: resilience or social maladjustment?, *J. Personality and Social Psychology*, **88 (6)**: 984-98.
- Bonanno G.A., Westphal M. (2007), Posttraumatic Growth and Resilience to trauma: different sides of the same coin or different coins?, *Applied Psychology*, vol.56(3): 417-427.
- Boscarino J.A., Adams R.E., Figley C.R. (2004 Sept-Oct), Mental health service use 1-years after the World Trade Center disaster: implications for mental health care, *Gen Hosp Psychiatry*, **26(5)**: 346-58.
- Boscarino J.A., Adams R.E., Figley C.R., Galea S., Foa E.D. (2006 Nov-Dec), Fear of terrorism and preparedness in New York City 2 years after the attacks: implications for disaster planning and research, *J. Public Health Mang. Pract*, **12(6)**: 505-13.
- Boscarino J.A., Adams R.E., Stuber J., Galea S. (2005 Aug), Disparities in mental health treatment following the World Trade Center Disaster: implications for mental health care and health services research, *J. Trauma Stress*, **18(4)**: 287-97.
- Bravo M., Rubio-Spec M., Canino G.J., Woodbury M.A., Ribera J.C. (1990), The psychological sequel of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated, *Am J. Community Psychol.*, **18(5)**: 661-80.
- Bronfenbrenner U. (1979), *Ecologia dello sviluppo*, Trad It. 1986 Il Mulino Bologna.
- Colussi M., Lewis M., Lockhart S., Perry S., Rowcliffe P., McNair D. (2000), *The Community Resilience Manual*, download [www.cedworks.com/communityresiliency.01.html](http://www.cedworks.com/communityresiliency.01.html) Making waves, vol.10, n.4.
- Connor K.M. (2006), Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma, *J. Clin. Psychiatry*, **67 (suppl. 2)**: 46-49.

Cusano M., Napoli A. (2003), *Fondamenti di Psicologia dell'Emergenza*, in Giannantonio M. (a cura di), *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, 2003 (1ª ediz.), 2005 (2ª ediz), Ecomind Srl, Salerno.

Cuzzolaro M., Frighi L. (1998), *Reazioni umane alle catastrofi*, Gangemi ed., Roma.

Dawes S.S., Cresswell A.M., Cahan B.B. (2004), Learning from Crisis. Lessons in human and information infrastructure from the World Trade Center Response, *Social Science Computer Review*, 22(1), 52-66.

Durodié B., Wessely S. (2002), Resilience or Panic? The public and terrorism attacks, *The Lancet*, volume 360, Issue 9349 pp 1901-1902.

Durodié B. (2003), *Sociological aspects of risk and resilience in response to acts of terrorism*, World Defence Systems.

Everly G.S. Jr (2003 Spring), Psychological counterterrorism, *Int J Emerg Ment Health*, 5(2): 57-9.

Fischer P., Greitemeyer T., Kostenmuller A., Jonas E., Frey D. (2006 Mar), Coping with terrorism: the impact of increased salience of terrorism on mood and self-efficacy of intrinsically religious and non religious people, *Pers Soc Psychol*, Bull 32 (3): 365-77.

Galea S., Resnick H. (2005 Feb), Posttraumatic stress disorder in the general population after mass terrorist incidents: considerations about the nature of exposure, *CNS Spectr.*, 10(2): 107-15.

Gil S., Caspi Y. (2006 Nov-Dec), Personality traits, coping style, and perceived threat predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attacks: a prospective study, *Psychosom Med*, 68(6): 904-9 Epub 2006 Nov 1.

Hernandez P. (2002), Resilience in families and communities: Latin American contributions from the psychology of liberation, *Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1(3):334-343.

Hobfall S.E., Canetti-Nisim D., Johnson R.J. (2006 Apr), Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel, *J Consult Clin Psychol*, 74(2):207-18.

Hoge E.A., Austin E.D., Pollack M.H. (2006 Aug 4), Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder, *Depress Anxiety* (Epub ahead of print).

Horne J.F. III, Orr J.E. (1998), Assessing behaviours that create resilient organizations, *Employment Relations Today* 24 (4): 29-39.

International Strategy for Disaster reduction (ISDR) (2006), Building a 'Global Network of NGOs' for Community resilience to Disaster, Geneva, 25-26 October, Published online.

Johnston D.M., Bebbington M.S., Lai C.D., Houghton B.F., Paton D. (1999), Volcanic hazard perceptions: comparative shifts in knowledge and risk, *Disaster Prevention and Management*, 8,118-127.

Kaplan Z., Matar M.A., Kasmin R., Sadan T., Cohen H. (2005 Sept.), Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience?, *J. Clin Psychiatry*, 66(9):1146-54.

Kendra J.M., Wachtendorf T. (2003 March), Elements of Resilience after the World Trade Center Disaster: reconstituting New York City's Emergency Operations Centre, *Disasters*, Volume 27, Issue 1 p.37.

- Kendra J., Wachtendorf T. (2001), *Elements of Community. Resilience in the World Trade Center Attack*, Disaster Research Center USA, published online.
- Kimhi S., Shamai M. (2004), *Community resilience and the impact of stress: adult response to Israel's withdrawal from Lebanon*, *Journal of Community Psychology* 32 (4): 439-451.
- Kulig J.C. (2000), *Community Resiliency : the potential for community health nursing theory development*, *Public Health Nursing*, 17(5): 374-385.
- Lehmann C.(2003), *House Bill Would Help Americans build psychological resilience*, *American Psychiatric Association*, Volume 38 n.14 p.6.
- Linley P.A.(2003), *Positive adaptation to trauma: wisdom as both process and outcome*, *J.Trauma Stress*, 16(6): 601-10.
- Linley P.A., Joseph S. (2004), *Positive change following trauma and adversity: a review*, *J.Trauma Stress*, 17(1): 11-21.
- Malaguti E. (2005), *Educarsi alla resilienza: come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Ed. Cardo Erikson.
- Manyena S.B. (2006 Dec.), *The concept of resilience revisited*, *Disasters*, 30(4): 433-50.
- McMillan D.W., Chavis D.M., Hogge J.H., Wandernman A. (1986), *Sense of community through Brunswick's lens: A first look*; *Journal of community Psychology*, 14(1): 24-40.
- Menon K.U.( 2005), *National Resilience: From Bouncing Back to Prevention*, *Ethos*, Jan-Mar, pp 17-17.
- Munoz M., Crespo M., Perez-Santos E., Varquez J.J. (2005 Dec), *Early psychological consequences of the March 11, 2004, terrorist attacks in Madrid, Spain*, *Psychol Rep*, 97(3): 907-20.
- O'Brien G., Read P. (2005), *Future UK emergency management: new wine, old skin?*, *Disaster Prevention and Management*, vol.14(3):353-361.
- Paton D., Johnston D.(2001 Oct.), *Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness*, *Disaster Prevention and Management*, Volume 10 Issue 4 pp 270-277.
- Paton D., Smith L., Violanti J. (2000 Aug.), *Disaster response: risk, vulnerability and resilience*, *Disaster Prevention and Management*, Volume 9 Issue 3 pp 173-180.
- Perry R.W, Lindell M.K (2003 December), *Preparedness for emergency response: guidelines for the emergency planning process*, *Disasters*, volume 27 Issue 4 p 336.
- Person C, Tracy M, Galea S. (2006 Sep), *Risk factors for depression after a disaster*, *J Nerv Ment Dis*, 194 (9): 659-66.
- Prati G. (2006), *La resilienza di comunità*, Reperito dal sito di Psicologia dell'Emergenza dell'Università di Bologna, <http://emergenze.psice.unibo.it/publicazioni/index.htm>.
- Ranzato L. (2002), *Psicologia dell'Emergenza, Emergenza della Psicologia?*, Bologna, 9 Novembre, [www.psicologiperipopoli.it](http://www.psicologiperipopoli.it).
- Rodriguez H., Aguirre B.E. (2006-Fall), *Hurricane Katrina and the healthcare infrastructure: a focus on disaster preparedness, response and resiliency*, *Front Health Serv. Manage*, 23(1):13-23; discussion 25-30.
- Rolfe R.V. (2006), *Social Cohesion and Community Resilience: a multi-disciplinary review of literature for rural health research*, published online.
- Rossi G. (2002), *Pianificazione dell'emergenza*, download [www.dis.uniroma1.it](http://www.dis.uniroma1.it).
- Sonn C.C., Fisher A.T.(1998), *Sense of Community : community resilient responses to oppression and change*, *Journal of Community Psychology*, 26(5): 457-472.

Stein B.D., Elliot M.N., Jaycox L.H., Collins R.L., Barry S.H., Klein D.J., Schuster M.A. (2004 Summer), A national longitudinal study of the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: reaction, impairment and help-seeking, *Psychiatry*, 67(2): 105-17.

Tobim G.A.; Whiteford L.M. (2002), Community resilience and volcano hazard: the eruption of Tungurahua and evacuation of the Faldas in Ecuador, *Disaster* 26(1): 28-48.

Tobim G.A. (1999), Sustainability and community resilience: the holy grail of hazards planning, *Environmental Hazards*, 1, 13-26.

UK Resilience (2003), Capabilities Programme, available at: [www.ukresilience.info/contingencies/capabilities/htm](http://www.ukresilience.info/contingencies/capabilities/htm).

UK Resilience (2005), available at: [www.ukresilience.info/home.htm](http://www.ukresilience.info/home.htm).

Van den Eyde J., Veno A. (1999), *Coping with disastrous events: an empowerment model of community healing*, in Gist R., Lubin B., *Response to Disaster. Psychosocial, community and ecological approaches* (pp 167-192), Philadelphia, PA: Taylor & Frances.

Vinson T. (2004), *Community adversity and resilience : the distribution of social disadvantage in Victoria and New South Wand the mediating role of social cohesion*. Report submitted to the Ignatious Centre, Jesuit Social Service, University of New South Wales, online <http://acl.arts.usyd.edu.au/jss/index.html>.

Walker K. (2006 May), Alert but not alarmed? The rhetoric of terrorism and life after 9/11, *Contemp Nurse*, 21(2): 267-76.

Wessely S.M.D. (2005 August), Victimhood and Resilience, *The New England Journal of Medicine*, Volume 353(6): 548-550.

Yehuda R. (2004), Risk and resilience in post-traumatic stress disorder, *J. Clin. Psychiatry*, Suppl 1: 29-36.

Zuliani A. (2006), *Manuale di psicologia dell'Emergenza*, Maggioli Ed. Sant'Arcangelo di Romagna.

## Concorso ASPIC 2008

L'ASPIC, Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità, sin dalla sua fondazione nel 1988, ha promosso la formazione e la pratica basata sull'evidenza scientifica, ha contribuito alla diffusione della letteratura e della ricerca scientifica internazionale e ha promosso essa stessa numerose ricerche.

È in tale quadro che si inserisce l'ultima iniziativa firmata ASPIC: il Concorso annuale. L'obiettivo del Concorso è quello di realizzare strumenti innovativi per il benessere del singolo e/o della comunità.

**Tema del concorso:** Ricerca di pratiche professionali innovative

**1° premio:** una borsa del valore di € 1.500 per partecipare ad uno corso ASPIC e un assegno del valore di € 500

**2° premio:** premio corrispondente ad un valore di € 500, spendibile per partecipare ad attività formative ASPIC

**3° premio:** premio corrispondente ad un valore di 200 €, spendibile per l'acquisto di libri pubblicati dall'ASPIC

### Modalità di partecipazione

La copia cartacea e su supporto informatico (CD Rom) del **modulo** di partecipazione ed eventuali allegati dovranno essere inviati o consegnati a mano in un'unica busta sigillata presso la sede ASPIC di Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma. Per ulteriori dettagli [www.aspicpsicologia.org](http://www.aspicpsicologia.org)

Il concorso è aperto esclusivamente a coloro che NON sono soci ASPIC e non frequentano i nostri corsi. **Ai soci ASPIC viene offerta una possibilità in più:** i progetti verranno valutati in via preferenziale e potranno divenire **subito una pubblicazione** della Collana Pocket. Invia subito la tua proposta.

### Sezioni territoriali:

I vincitori potranno usufruire delle borse di studio, oltre che presso la sede di Roma, anche presso le sedi ASPIC di: Ancona, Bari, Caserta, Catania, Catanzaro, Bologna, Firenze, Frosinone, Genova, L'Aquila, Latina, Milano, Napoli, Modena, Pescara, Teramo, Venezia, Viterbo.

**30 Giugno 2008** Scadenza per la presentazione della domanda

**31 Ottobre 2008** Comunicazione dei risultati e pubblicazione dei lavori sul sito

### Domande e risposte

Le domande potranno essere poste sul forum [www.aspicpsicologia.org](http://www.aspicpsicologia.org) nell'area Concorso.

# Le ricerche tra processo, esiti, evidenza e competenze

## 7

*di Edoardo Giusti*

Le psicoterapie si situano tra Scienza e Arte e sono basate sulla ricerca scientifica di procedure codificabili provenienti da standard empirici e da prove di evidenza clinica. Sono basate anche sull'arte, che include la creatività e la necessaria flessibilità per personalizzare ogni tipo di intervento.

Il processo terapeutico è scienza applicata che diventa sorgente di ipotesi per la ricerca. Inoltre, lo stato dell'arte professionale si esprime mediante una disciplinata spontaneità consistente in principi e regole che vanno adattate e modulate a ogni situazione specifica (Hofman, Weinberger, 2007).

### Le teorie

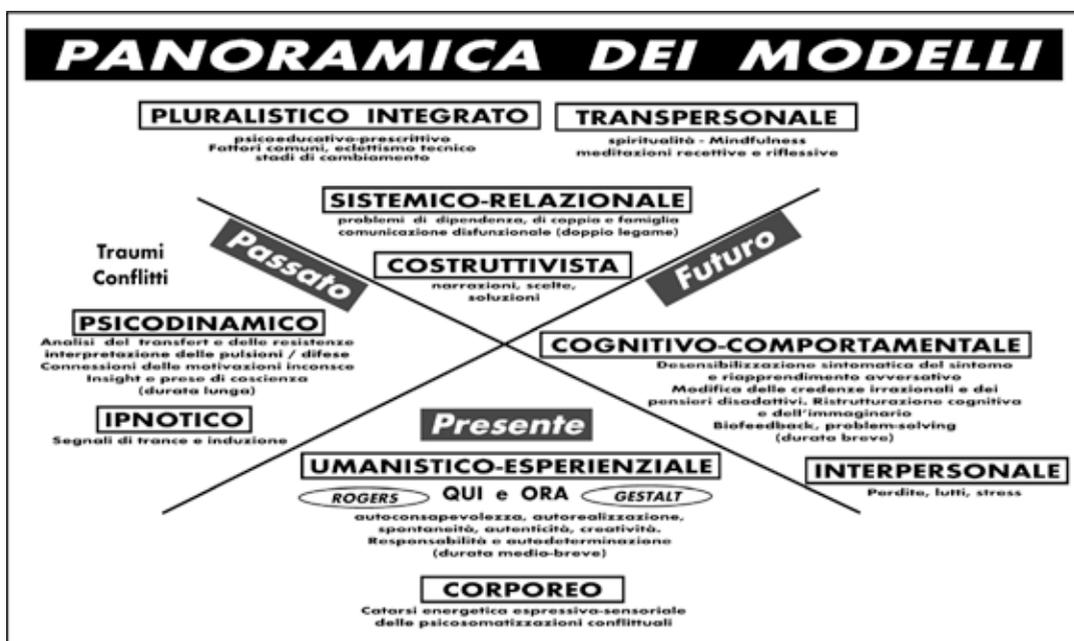
Definiscono i presupposti ontologici ed epistemologici sulla natura di base delle persone (conflittuale - "tabula rasa" - bontà innata). Delineano la conformazione della personalità, del suo sviluppo e dell'organizzazione dei tratti e del carattere... Formulano ipotesi sulla *salutogenesi* (benessere, "normalità" e adattamento creativo) e sulla *patogenesi* (la psicopatologia, "il malessere", il disadattamento).

Tutte perseguono una finalità comune che è il cambiamento (cosa fare per migliorare, il modo trasformativo, la motivazione, l'evoluzione per processo e per stadi). A livello ritualistico si distinguono in metodologie diverse e tecniche molteplici. Tutte hanno indicazioni e limiti (Prochaska, Norcross, 2003).

Le teorie cercano di descrivere e spiegare fenomeni specifici, investigati attraverso la consistenza logica e le osservazioni replicabili tramite simbolizzazioni concettuali. Non hanno la pretesa di essere una rappresentazione o una spiegazione della "verità" assoluta: sono una costruzione intellettuale metodica e organizzata, di carattere ipotetico e sintetico, di fatti e fenomeni ai quali dare coerenza e predittività provvisoria. Il loro scopo è di essere utili e adatte per essere inserite in una metateoria.

Questo spiega la natura della teoria tramite l'analisi concettuale linguistica dei costrutti teorici e la capacità esplicativa. La metateoria considera la verificabilità empirica, la parsimonia, il grado di coesione, il grado di formalizzazione. Considera inoltre la chiarezza concettuale, alla ricerca di una combinazione ottimale di tutte le dimensioni rilevanti: pragmatica, descrittiva, esplicativa. Le metateorie sono sostanziali quando classificano vari aspetti della realtà tramite concetti ipotetici (astratti) e variabili operative (concrete) (Corsini, Wedding, 2008).

Il nostro comportamento si esprime nel "presente" (percezione soggettiva di noi stessi: *approccio umanistico*) ed è determinato dal nostro "passato" (ragioni inconse: *approccio psicodinamico analitico*) e dal nostro "futuro" (*approccio comportamentale* - progettuale). Siamo a volte condizionati a ripetere il passato e a volte mossi dalle nostre aspirazioni per il futuro.



## II) La ricerca scientifica

È stata effettuata su determinanti di variabili di processo (attitudini) e variabili di risultato (esiti).

Si è soffermata sugli esiti analizzando i risultati alla fine del trattamento: scomparsa di sintomi e cambiamento della personalità con *follow-up* confermativi degli effetti duraturi (guarito - migliorato - leggermente migliorato - non migliorato). La ricerca indaga anche sulla segmentazione del processo temporale (interazioni durante le sedute) (Lambert, 2004).

La valutazione degli esiti (*outcome*) è focalizzata sulla riduzione del sintomo, sul funzionamento interpersonale lavorativo e sociale, sul grado di soddisfazione e di qualità della vita, sui costi della cura e sulla riduzione del ricorso a trattamenti successivi. Le misurazioni

riguardano i cambiamenti intrapsichici, i cambiamenti interpersonali e i miglioramenti nelle abilità sociali all'inizio, alla fine del trattamento e in *follow-up*. Gli strumenti di misurazione sono essenzialmente questionari somministrati al paziente, al terapeuta e alle persone vicine al paziente (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006).

La ricerca dell'efficacia comparata di diversi trattamenti ha decretato differenze non significative rispetto agli esiti e ha evidenziato che le terapie risultano sostanzialmente equivalenti, fatta eccezione per alcune sintomatologie come i rituali ossessivi-compulsivi, in cui le terapie cognitive-comportamentali con l'esposizione in vivo e abbinate ad una farmacopea specifica sembrano lievemente superiori ad altri trattamenti. Anche se recentemente gli antidepressivi sono stati considerati un mito con scarsi benefici.

La dialettica necessaria con le neuroscienze che utilizzano la *neuroimaging* dimostra modificazioni metaboliche particolari in specifiche aree del cervello successive ad un trattamento psicoterapeutico intensivo. Oltre al comportamento dell'utente, si evidenzia anche una trasformazione della struttura cerebrale. I trattamenti clinici a forte impatto emozionale producono cambiamenti rilevanti nel circuito delle reti neuronali (Elliott, Watson, Goldman, Greenberg, 2006). Durante il coinvolgimento terapeutico-relazionale l'attivazione biochimica modifica la struttura neuroanatomica cerebrale con conseguente regolazione della memoria, delle emozioni e degli stili di attaccamento (Lilienfeld, O' Donohue, 2007).

Nella sostanza possiamo affermare che l'uso sistematico dei fattori comuni aspecifici può rendere a volte la psicoterapia efficace, facilitando il raggiungimento dello scopo desiderato e dell'effetto voluto. Le integrazioni pluralistiche, con prescrizioni specifiche selettive e sistematizzate, possono favorire una psicoterapia più efficiente, consentendo di raggiungere l'obiettivo con un minor tempo e costo. Per costituire un valido aiuto per la pratica clinica, i risultati della ricerca dovrebbero integrare: l'evidenza emersa in laboratorio per sintomatologie pure, l'evidenza emersa dalla pratica basata sulle comorbilità e l'utilità riscontrata dagli utenti.

Ogni modello terapeutico, preso singolarmente, è spesso risultato insufficiente rispetto al suo repertorio tecnico metodologico, per l'ampio spettro polisintomatologico che ogni paziente spesso presenta.

### III) La processualità clinica

È l'integrazione degli elementi tecnici e relazionali. Questi sono indicatori di motivazione al cambiamento, rilevabili attraverso unità di microprocesso (scambi comunicativi significativi) e unità di macroprocesso (qualità complessive della seduta). Consente di creare ipotesi sul vissuto inespresso verbalmente del soggetto o del gruppo. Gli stati processuali variano da microprocesso a quello situazionale, giornaliero, mensile, a lungo termine e perenne.

Il momento presente è formato dall'esperienza diretta attuale, mentre essa si rivela durante la processualità in tempo reale; il momento dell'incontro è co-creato dalla diade in contatto nel campo intersoggettivo, condiviso attraverso la consapevolezza. La storia narrativa viene riscritta sulla vecchia, riassemblelata diversamente e negoziando le ipotesi interpretative. L'esperienza implicita del dialogo intimo cancella la vecchia registrazione, creando un nuovo contenuto verbale esplicito. L'enfasi sull'esperienza relazionale consente un nuovo modo di stare con l'altro che viene fissato nella memoria del circuito neurale mentalizzato (Stern, 2005; Allen, Fonagy, 2006; Nicolò, Salvatore, 2007).

#### IV) Le variabili che determinano gli esiti

Sono emerse diverse convergenze tra la ricerca scientifica, l'evidenza pratica e l'integrazione pluralistica, circa le relazioni terapeutiche che funzionano e che determinano i risultati in psicoterapia (Cone, 2001; Norcross, Beutler, Levant, 2006; Giusti, Germano, 2006; Giusti, Sica, 2006).

##### 5 % INTERAZIONE

L'interazione riguarda la qualità delle abilità comunicative, circolari e interpersonali (Verbale: 7% - Non verbale: 55% - Paraverbale: 38%). Lo scambio comunicativo risulta riuscito in base al feedback ricevuto rispetto alla persuasione, al convincimento, all'influenza e alla modificazione reciproca che subiscono terapeuti e pazienti. Le modalità di risposta degli psicoterapeuti sono numerose e includono principalmente: le restituzioni (riflessa e riassuntiva); le domande aperte e/o chiuse d'informazione, di chiarimento e di approfondimento; interventi rassicurativi di incoraggiamento e di approvazione; consigli generici sul processo in corso e sui comportamenti esterni; interpretazioni con spiegazioni supportive e confutative; *insight* sulle osservazioni incongruenti, sul disaccordo e sfida rispetto al test di realtà.



##### 7 % PERSONALITÀ DEL TERAPEUTA

Riguarda il carattere, il temperamento, lo stile relazionale e le competenze acquisite tramite un'esperienza consistente; la propria motivazione al coinvolgimento nella presa in carico, la flessibilità e la complementarietà; l'espressione di atteggiamenti coerenti e congrui nell'insieme delle reazioni emotive conscie e inconscie al transfert dell'utente; le sue visioni valoriali sui principi etici esistenziali; una salute mentale che include maturità e saggezza con una discreta soddisfazione e gioia per la propria vita. L'entusiasmo e la convinzione

nella metodologia prescelta risulta essere il miglior elemento persuasivo. Oltre ai disturbi di personalità degli utenti vanno considerati i tratti e le compatibilità con gli psicoterapeuti. (Oldham, Skodol, Bender, 2008).

### **8% METODI D'INTERVENTO**

Sono le strategie supportive e prescrittive utilizzate, derivanti dai paradigmi scientifici riguardanti modelli teorici e diagnostici; tecniche specifiche per il cambiamento, personalizzate adattando la domanda al metodo. Le procedure indicano l'insieme delle attività metodologiche e tecniche finalizzate al benessere personale (acquisizione di un senso d'identità mediante la consapevolezza per monitorare e connettere gli eventi relazionali, comportamentali alle rappresentazioni mentali), alla riduzione dello stress emotivo, al miglioramento del funzionamento complessivo e alla qualità degli stili di vita. Sono inclusi fattori di apprendimento (le cognizioni), fattori espressivi (affetti ed emozioni) e fattori di comportamento (azioni).

### **10 % RELAZIONE TERAPEUTICA**

Riguarda principalmente l'espressione del coinvolgimento reciproco, lo scambio di sentimenti e le attitudini nel rapporto, confermando il legame e l'impegno vicendevole. La formulazione di un'alleanza empatica (Giusti, Locatelli, 2007) e la collaborazione sono indispensabili per gestire i compiti necessari, in vista di conseguire gli obiettivi concordati previsti per tutte le fasi progressive del trattamento; lo sviluppo della fiducia e della motivazione progressiva favorisce l'adattamento allo stile del paziente e alle sue reattanze.

### **25 % CONTRIBUTO DELL'UTENTE**

Sono tutte le predizioni e aspettative circa il trattamento e riguardano la speranza e la convinzione di beneficiare nel futuro di un miglioramento: la predisposizione dell'utente e le risorse utili per gli sforzi da compiere durante il percorso; la gravità disfunzionale e il deterioramento funzionale in partenza; la resilienza (tempra per reagire ad eventi stressanti); il *coping* (competenze di risposta idonea ai problemi); la *hardiness* (accogliere l'evento negativo come una sfida con cui cimentarsi); lo stile di vita (sonno e veglia, alimentazione equilibrata, minimo di attività fisica, astinenza da sostanze "fumo e alcool", gestione dello stress eccessivo) e la complessità del sistema difensivo e del livello di reattanza circa il cambiamento; la fattibilità e le possibilità circa la frequenza, l'intensità, le modalità e la durata delle sedute.

### **45% VARIANZA NON SPIEGATA**

Sono tutte le influenze molteplici che vengono dal contesto dell'ecosistema di supporto sociale (organizzazioni governative, comunitarie, religiose, l'accesso ai servizi psico-sociali e alle strutture sanitarie, le attività ricreative del tempo libero, l'ambiente abitativo e il degrado urbano). Il supporto del microsistema (famiglia, amici, relazioni, occupazione e ambiente nel luogo di lavoro). Tutti gli eventi di vita favorevoli o avversi.

### **V) LE PROBLEMATICHE DEGLI PSICOTERAPEUTI**

Sono state evidenziate tematiche sullo sviluppo personale dei clinici (Geller, Norcross, Orlinsky, 2005; Orlinsky, Ronnestad, 2005).

## **IL TRATTAMENTO PERSONALE DELLO PSICOTERAPEUTA**

- LO RENDE PIÙ SENSIBILE A COMPRENDERE LE DINAMICHE INTERPERSONALI DEGLI UTENTI
- GESTISCE MEGLIO LE TEMATICHE CONFLITTUALI
- LO AIUTA AD INTERIORIZZARE UN MODELLO CLINICO FACILITANTE TRAMITE L'IDENTIFICAZIONE
- LO AIUTA A GESTIRE MEGLIO LO STRESS E A EVITARE IL BURN-OUT
- ACCRESCE LA SUA SODDISFAZIONE PROFESSIONALE DOVE LA SALUTE MENTALE RISULTA UN FONDAMENTO DI BASE
- MIGLIORA IL SUO STATO MENTALE ED EMOZIONALE
- LO AIUTA A CONTROLLARE E UTILIZZARE MEGLIO IL CONTROTRANSFERT CON MINORE CONTAMINAZIONE E CONTAGIO EMOZIONALE

## **PRINCIPALI TEMATICHE PRESENTATE DAGLI PSICOTERAPEUTI IN TRATTAMENTO**

- CONFLITTI CON IL PARTNER
- STATI DEPRESSIVI (BURN-OUT)
- STRESS E FATICA CRONICA
- DISISTIMA CAUSATA DA ECCESSIVI FALLIMENTI PROFESSIONALI

## **MOTIVI DI FORTE STRESS PROFESSIONALE DEGLI PSICOTERAPEUTI**

- ABILITÀ E COMPETENZA TECNICA
- SFIDA DA PARTE DI UTENTI RESISTENTI AL CAMBIAMENTO
- CRITICHE ECCESSIVE RIVOLTE DAI LORO ASSISTITI
- RESPONSABILITÀ ECCESSIVE
- PROBLEMI DI CONFINI

## **PRINCIPALE LASCITO RICEVUTO DALLA PROPRIA PSICOTERAPIA**

- CENTRALITÀ E IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA
- L'EMPATIA, LA PAZIENZA, LA TOLLERANZA
- SAPERE COME SI PUÒ SENTIRE UN PAZIENTE
- GESTIONE DEL TRANSFERT E CONTROTRANSFERT
- USO DEL PROPRIO SÉ COME STRUMENTO DI LAVORO

## **COSA HA INFLUENZATO MAGGIORMENTE LA CRESCITA PERSONALE E PROFESSIONALE ?**

- LE ESPERIENZE CON I PAZIENTI
- LA PSICOTERAPIA PERSONALE
- LA SUPERVISIONE
- I SEMINARI CLINICI
- LE ESPERIENZE DI VITA
- IL CONFRONTO TRA COLLEGHI
- FARE ATTIVITÀ DI RICERCA
- AGGIORNAMENTI SU PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

## **PRINCIPALI SODDISFAZIONI PROFESSIONALI DEGLI PSICOTERAPEUTI**

- MIGLIORARE NELL' INSIEME LE PROPRIE RELAZIONI INTERPERSONALI
- ESSERE DI VALIDO AIUTO PER LA CRESCITA DEI LORO ASSISTITI
- LO STATUS PROFESSIONALE
- CONTRIBUTO PER LA RICERCA

## **COME GLI PSICOTERAPEUTI SCELGONO I LORO PSICOTERAPEUTI ?**

- PER COMPETENZA
- PER ESPERIENZA CLINICA
- PER NOTORIETÀ PROFESSIONALE
- PER AUTENTICITÀ EMPATICA
- PER ORIENTAMENTO TEORICO
- PER FLESSIBILITÀ CREATIVA

Spesso gli psicoterapeuti hanno conflitti di lealtà verso il loro modello formativo delle origini, la manualizzazione di interventi sistematici, l'utilità e il gradimento dei pazienti (Scaturro, 2005). Questi dilemmi sono elaborati in supervisione (Giusti, Montanari, Spalletta, 2000), dove ricevono anche supporto tecnico e per lo stress professionale (Giusti, Di Fazio, 2008).

### **VI) I FONDAMENTI SPECIFICI COMUNI**

Possiamo considerare alcuni principi generali, elementi di base comuni e universalmente condivisibili e unificanti che possono essere ritenuti gli ingredienti specifici fondamentali e decisivi dei vari approcci e che spesso determinano gli esiti (Giusti, 2003; Norcross, 2002). La Task Force, Divisione 29 dell'APA, ha elencato alcuni elementi generali:

<b>RELAZIONI TERAPEUTICHE EMPIRICHE CONVALIDATE</b> <i>Principi attivi che favoriscono il processo e gli esiti</i>	
<b>ELEMENTI DI DIMOSTRATA EFFICACIA</b>	
<b>QUALITÀ ATTITUDINALI FACILITANTI DELLO PSICOTERAPEUTA</b>	<b>RAPPORTO PERSONALIZZATO SULLE CARATTERISTICHE UNICHE DELL'UTENTE</b>
<b>ALLEANZA</b>	<b>METODICHE SPECIFICHE MODULATE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SUI LIVELLI DI RESISTENZA</li> <li>• SULLA GRAVITÀ DEL DANNO FUNZIONALE</li> <li>• SULLO STILE DI <i>COPING</i> DELL'UTENTE</li> <li>• SULLO STILE ANACLITICO - INTROIETTIVO</li> </ul>
<b>EMPATIA</b>	
<b>CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI</b>	<b>FLESSIBILITÀ RELAZIONALE MEDIANTE IMPROVVISAZIONI DISCIPLINATE PER CONFEZIONARE UN TRATTAMENTO SU MISURA</b>
<b>ADESIONE E COLLABORAZIONE</b>	

APA - TASK FORCE, DIVISIONE 29

<b>RELAZIONI TERAPEUTICHE EMPIRICHE CONVALIDATE</b> <i>Principi attivi che favoriscono il processo e gli esiti</i>	
<b>ELEMENTI PROMETTENTI DI PROBABILE EFFICACIA</b>	
<b>QUALITÀ ATTITUDINALI FACILITANTI DELLO PSICOTERAPEUTA</b>	<b>RAPPORTO PERSONALIZZATO SULLE CARATTERISTICHE UNICHE DELL'UTENTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSIDERAZIONE POSITIVA</li> <li>• CONGRUENZA E AUTENTICITÀ</li> <li>• FEEDBACK PRECISI E APPROPRIATI</li> <li>• ABILITÀ NEL RIPARARE LE ROTTURE DELL'ALLEANZA</li> <li>• AUTOSVELAMENTO</li> <li>• GESTIONE DEL CONTROTRANSFERT</li> <li>• QUALITÀ DELLE INTERPRETAZIONI RELAZIONALI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RISPETTO DEGLI STADI PROGRESSIVI DI CAMBIAMENTO</li> <li>• CAPACITÀ DI COGLIERE SCHEMI E RAPPRESENTAZIONI INTERNE</li> <li>• ASPETTATIVE</li> <li>• INFUSIONE DELLA SPERANZA</li> <li>• ASSIMILAZIONE GRADUALE DELLE ESPERIENZE</li> </ul>

APA - TASK FORCE, DIVISIONE 29

<b>RELAZIONI TERAPEUTICHE EMPIRICHE CONVALIDATE</b> <i>Principi attivi che favoriscono il processo e gli esiti</i>	
<b>RICERCHE UTILI IN CORSO DI APPROFONDIMENTO</b>	
<p style="text-align: center;"><i>Strategie specifiche per :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>COMPATIBILITÀ DI GENERE - ORIENTAMENTO SESSUALE - ETNICITÀ - STATI SOCIOCULTURALI - SPIRITUALITÀ E RELIGIONE</b></li> <li>• <b>STILI DI ATTACCAMENTO</b></li> <li>• <b>DISTURBI DI PERSONALITÀ</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Altre aree di interesse per la ricerca :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONFUTAZIONE</b></li> <li>• <b>CREDIBILITÀ DELL'OPERATORE</b></li> <li>• <b>CAPACITÀ DI FORNIRE SPIEGAZIONI COERENTI</b></li> <li>• <b>NUMERO DI SEDUTE NECESSARIE AL CAMBIAMENTO</b></li> </ul>	

APA - TASK FORCE, DIVISIONE 29

Va ricordato che non tutte le psicopatologie possono essere curate con i fattori comuni, esattamente come non tutte le malattie possono essere curate con "l'aspirina". Diversi fattori terapeutici di utilità sono stati elencati nel testo di Blasi e Casonato (2005).

È utile inoltre ricordare ai neo-psicoterapeuti di non cadere nel sincretismo che è:

- ↳ una mescolanza di metodi differenti non conciliabili assemblati senza una finalità coerente e sistematizzata;
- ↳ un amalgama incompatibile derivante dall'unione di elementi che non vanno d'accordo;
- ↳ contaminazioni contrastanti senza distinzione con conseguenze confusive e dannose per l'utente.

## VII) LE COMPETENZE PER L'EVIDENZA PRATICA

L'evidenza in psicoterapia consente di valutare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate. La convinzione di avere ottenuto risultati soddisfacenti si basa spesso su metodologie qualitativo-narrative e quantitativo-psicometriche (Fisher, O' Donohue, 2006).

La ricerca scientifica è al servizio degli psicoterapeuti e li incoraggia a scegliere la miglior prova di evidenza per prendere decisioni etiche nella cura dei pazienti (Freeman, Power, 2007).

La migliore evidenza empirica (APA, 2005) consiste nell'integrazione di:

- ↳ ricerca scientifica (studi sperimentali su pazienti in setting di laboratorio);
- ↳ esperienza clinica (studi clinicamente rilevanti derivati dalla pratica);
- ↳ valori del paziente (le caratteristiche di personalità e preferenza degli utenti).

L'efficienza della pratica psicologica si fonda sul metodo scientifico basato su rassegne sistematiche di ricerche derivanti da molteplici fonti (misure degli effetti, significatività statistica e clinica di prove di validità) (Nathan, Gorman, 2007).

Il coinvolgimento di un paziente informato e attivo è generalmente decisivo per il successo degli esiti attesi, dei servizi erogati e della prevenzione di episodi sintomatici futuri (Goodheart, Kazdin, Sternberg, 2006).

### A) LA RICERCA SCIENTIFICA

1. Principi di metodi efficaci per il cambiamento
2. Ricerche sulle relazioni terapeutiche compatibili (ESR) e (EIR)
3. Trattamenti supportati empiricamente (EST)
4. Efficacia comparata di diversi trattamenti (RCT)
5. Interventi clinici efficienti a prova di evidenza
6. Manualizzazione per la realizzazione di progetti terapeutici di qualità
7. Misurazione e validazione di nuovi costrutti predittivi per il processo/esiti
8. Metaanalisi statistica relativa all'efficacia dei trattamenti
9. Ricerche traslazionali su controindicazioni rilevate dalla psicologia sociale
10. Esperimenti e studi di laboratorio della ricerca di base
  - a) ESR Empirically Supported Relationships
  - b) EIR Empirically Informed Relationships
  - c) EST Empirically Supported Treatments
  - d) RCT Randomized Clinical Trials

### B) L'ESPERIENZA CLINICA

1. Valutazione diagnostica, formulazione del caso e piano di trattamento
2. Attuazione dei trattamenti e monitoraggio dei progressi del paziente

3. Competenza nel creare una buona alleanza terapeutica empatica
4. Verifica del potenziale in evoluzione, misurazione del processo e degli esiti
5. Influenza del contesto sul trattamento: differenze individuali e culturali
6. Uso di risorse disponibili, integrative, complementari o alternative
7. Adesione a un fondamento teorico convincente per strategie cliniche funzionali
8. Offerta di interventi innovativi con maggiore probabilità di successo
9. Consapevolezza dei limiti delle proprie competenze
10. Conferma delle abilità professionali attraverso i numerosi risultati conseguiti.

### C) VALORI E CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

1. Lo stato funzionale, l' idoneità al cambiamento e il livello di sostegno sociale
2. Sintomi concomitanti multipli (comorbilità e polisintomatologia)
3. L'età cronologica, la storia e lo stadio evolutivo comportamentale
4. I fattori familiari e socio-culturali del contesto ambientale
5. La resilienza rispetto agli stress dei principali eventi della vita
6. Le aspettative rispetto al trattamento, le preferenze e le scelte alternative
7. La valutazione di costi/efficacia e costi/benefici degli interventi
8. Acquisizione di informazioni utili per un coinvolgimento attivo e decisivo
9. Influenza delle credenze soggettive (stereotipi impliciti, paure e pregiudizi)
10. Restituzione al terapeuta di un feedback sistematico dello stato progressivo di miglioramento.

Gli psicoterapeuti esperti valutano lo stato psicologico degli utenti per somministrare interventi prioritari utili, creano un' alleanza personalizzata e selezionano progressivamente interventi successivi proficui considerando le indicazioni e i limiti del loro operato, monitorando i progressi in itinere.

### VIII) GLI STADI DI CAMBIAMENTO

La strategia migliore d' intervento elettivo ottimale durante i vari momenti del ciclo di trattamento (Prochaska, Norcross, 2002).

I clinici con lunga esperienza non cercano più il modello terapeutico migliore, ma piuttosto qual è il migliore aspetto di ogni singolo approccio per le diverse priorità terapeutiche nei vari stadi progressivi del cambiamento e delle ambivalenze dei fruitori (Fraser, Solvey, 2007; Engle, Arkowitz, 2006).

L' esperienza clinica dimostra che il 40% delle persone che si affacciano alla psicoterapia sono negli stadi di:

1. **PRECONTEMPLAZIONE** (negazione dei problemi) oppure sono nello stadio di:
2. **CONTEMPLAZIONE** (non hanno ancora deciso di impegnarsi per affrontare il problema).  
In questi due stadi l' approccio deve essere di tipo "insegnante socratico nutriente", non direttivo, per costruire un' alleanza empatica relazionale. Un altro 40% si presenta in psicoterapia pronto a intraprendere delle azioni concrete nello stadio di:
3. **PREPARAZIONE**. Qui la persona ha la necessità di un intervento di *coaching* che con un approccio semi-direttivo fornisce indicazioni di orientamento e prescrizioni utili. Infine un altro 20% ha necessità di essere incoraggiato e confermato in un cambiamento che ha già iniziato ad affrontare. Nello stadio dell':
4. **AZIONE** lo psicoterapeuta è un alleato, una guida rassicurante che accoglie le

rendicontazioni offrendo solo qualche aggiustamento per procedere verso il:

5. **CONSOLIDAMENTO**, stadio necessario per anticipare, prevenire le ricadute e accettare le imperfezioni evolutive dei cambiamenti. Nell'ultima fase lo psicoterapeuta diventa un consulente disponibile nel tempo per le verifiche, in questa fase finale di:
6. **CONCLUSIONE E FOLLOW-UP** il passato non rappresenta più un problema e il soggetto è teso verso il suo divenire.

Durante questi stadi la migliore pratica implica:

**a)** la valutazione diagnostica e clinica:

problemi - storiografia - aspettative - obiettivi - alleanza (Giusti, Montanari, Iannazzo, 2006).

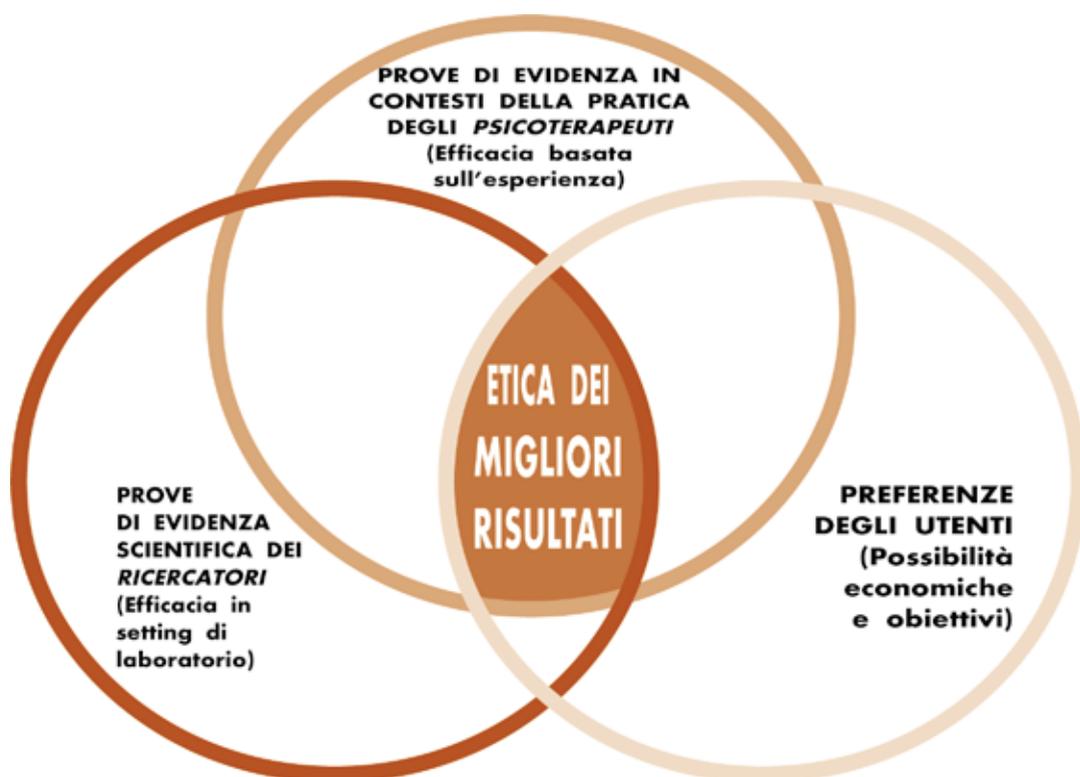
(DSM IV - V, SCL 90R, Minnesota, Millon).

**b)** le caratteristiche dell'utente (Castonguay, Beutler, 2006):

personalità - risorse - stadi di cambiamento - stile di coping - reattanza - preferenze del format (individuale, coppia, gruppo) e intensità (frequenza delle sedute).

**c)** la relazione terapeutica:

un piano di trattamento collaborativo alternando: supporti, interpretazioni e /o prescrizioni (Giusti, Montanari, Iannazzo, 2004).



## IX) L'APPROCCIO PLURALISTICO INTEGRATO

Le sue origini si ispirano a diverse fonti per una cornice flessibile (Giusti, Montanari, Montanarella, 1995).

a) *L'eclittismo* che sceglie gli elementi ritenuti migliori da fonti diverse (come descritto dai dizionari enciclopedici Treccani - Garzanti) e provenienti da vari e diversi sistemi di pensiero (Webster International). Nei trattamenti clinici l'eclittismo rappresenta la selezione della procedura migliore e più appropriata al caso, per una maggiore efficienza. La scelta di quello che sembra più appropriato, tra le varie fonti disponibili, corrisponde a una posizione relativistica circolare rispetto alle verità obiettive di causalità lineare. L'approccio eclittico tiene conto delle circostanze particolari, del contesto specifico e del momento temporale preciso, per selezionare la metodologia tecnica privilegiata dall'operatore in base all'esclusività di quell'utente. L'eclittismo è un processo selettivo, sistematico, tecnico e ateorico.

b) *L'integrazione* combina diverse teorie e tecniche per creare una nuova sintesi "assoluta", conciliando a volte gli opposti (Norcross, Goldfried, 2005). L'integrazione è un processo unificatore che crea un insieme nuovo che è più della somma delle parti (O'Leary, Murphy, 2006; Stricker, Gold, 2006). Le integrazioni più frequenti sono quelle che combinano aspetti specifici e parziali di approcci teoricamente molto diversi (es. psicodinamico + comportamentismo).

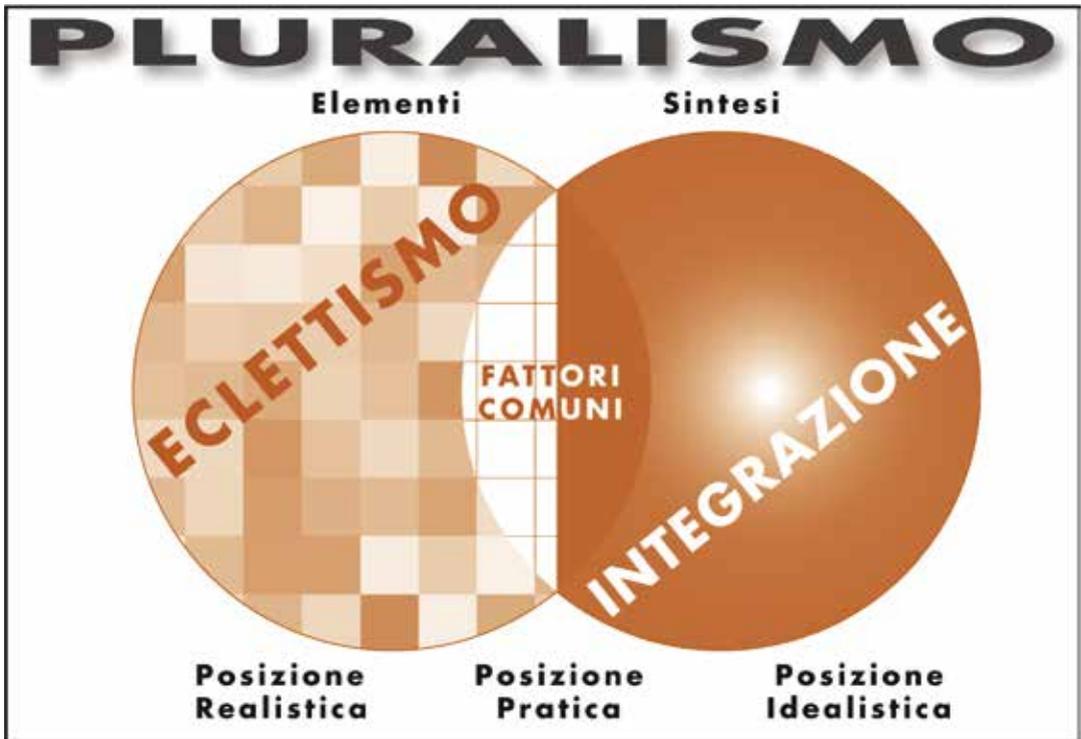
c) *I fondamenti comuni* riguardano gli elementi decisivi ed essenziali dei diversi modelli (Trijsburg, Coljn, Holmes, 2005).

d) *Gli stadi di cambiamento* sono riferiti agli interventi sequenziali progressivi come specificato precedentemente.



e) **Il pluralismo**: include l'uso complementare di varie teorie con paradigmi diversi.

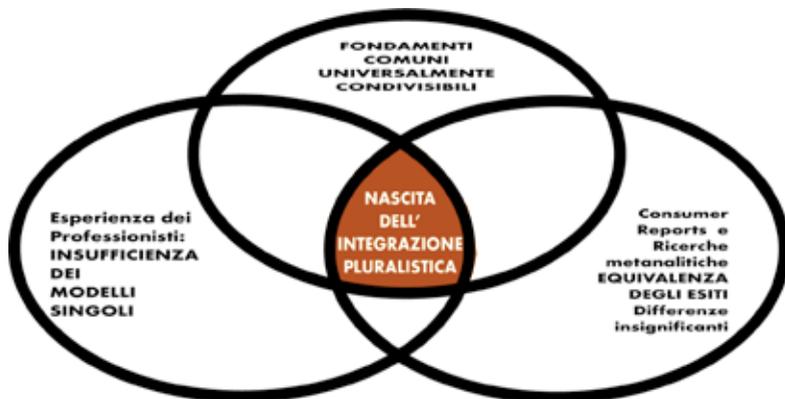
Il pluralismo considera la realtà costituita da principi molteplici coesistenti e non riducibili ad un unico principio. Rispetta la cultura di idee diverse e la coesistenza di più linguaggi. Consente un metalivello per dialogare con la complessità delle convergenze e delle divergenze scientifiche.



La psicoterapia pluralistica include la migliore ricerca scientifica sull'evidenza con l'esperienza di consulenti clinici esperti e competenti, senza dimenticare il rispetto per i valori e il gradimento degli utenti. Gli psicoterapeuti che applicano la psicoterapia pluralistica posseggono competenze cliniche complesse, basate su molteplici approcci teorici e su varie metodiche tecniche di trattamento. L'approccio consente di progettare e attuare trattamenti appropriati, mediante interventi elettivi mirati alla creazione di un'interazione sartoriale su misura e personalizzata. Il pluralismo integrato fornisce una maggiore libertà e autonomia sia al clinico sia all'utente, per una prassi più efficace ed efficiente. Al clinico evita di rifugiarsi in un'identità professionale rigida, con la presunzione di possedere una verità unica ed eterna. All'utente fruitore offre la possibilità di convenire e aderire esclusivamente alle proposte tecniche e metodologiche di gradimento con ampia libertà.

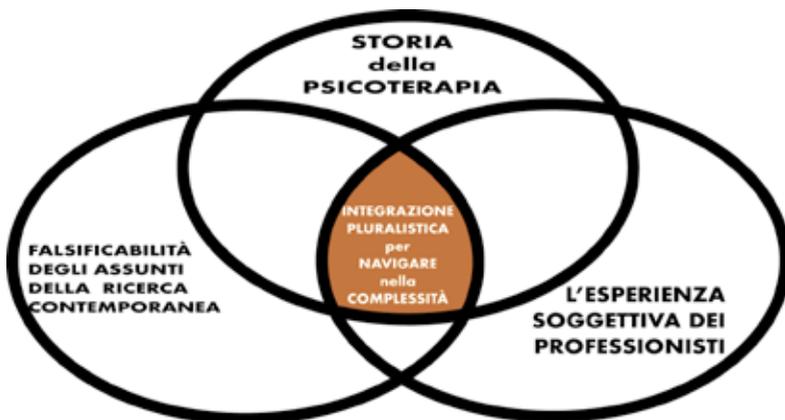
Il pluralismo può essere inteso come macro-prospettiva flessibile di globalizzazione della psicoterapia, mantenendo in equilibrio sia l'unità sia la diversità. Riconosce la molteplicità dei valori assoluti, che possono confliggere e scontrarsi tra di loro. Il pluralismo è al servizio

di un'etica politeista: sostiene la tolleranza nei confronti di differenti concezioni e differenti risposte alle domande, che hanno ragioni discordanti e dialoganti. L'integrazione agevola la coesistenza mediante un reciproco riconoscimento di identità teoriche distinte, ed ha una funzione mediatrice per salvaguardare e integrare le differenze.



### Psicoterapper il cambiamento

Il pluralismo propone un impegno a perseguire equilibri provvisori fra valori differenti e fecondi coordinando le diversità, per superare conflitti fra valori inconciliabili. La consapevolezza della pluralità di valori in conflitto ci rende più umili e realistici e ci mette in condizioni di superare pretese universalistiche e di riconoscere che l'ambita soluzione unitaria finale si rivela una mera illusione. Un metamodelllo pluralistico e panteorico diventa una metateoria per una clinica basata sull'integrazione. Risulta utile perché rende possibile un'eventuale adesione più creativa ai dogmi teorici autoreferenti. Perciò può essere considerato come l'"università" dei modelli psicoterapeutici e delle metodologie tecniche applicative selezionate progressivamente.



## Bibliografia

- Allen J.G., Fonagy P. (2006), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, Wiley & Sons, England.
- APA (2005) *La Pratica basata sull'Evidenza in Psicologia* Rivista American Psychologist May-June 2006 Journal of the American Psychological Association, Washington D.C.
- Blasi S., Casonato M. (2005), *I fattori terapeutici della psicoterapia*, QuattroVenti, Urbino.
- Castonguay L.G., Beutler L.E. (2006), *Principles of therapeutic change that work*, Oxford University press, New York.
- Cone J.D. (2001), *Evaluating outcomes. Empirical tools for effective practice*, APA American psychological Association, Washington D.C.
- Corsini R.J., Wedding D. (2008), *Current Psychotherapies*, Thomson Brooks/Cole, USA.
- Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (2006), *La ricerca in psicoterapia, modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.
- Elliott R., Watson J.C., Goldman R.N., Greenberg L.S. (2006), *Apprendere le terapie focalizzate sulle emozioni. L'approccio esperienziale orientato al processo per il cambiamento*, Sovera, Roma.
- Engle D.E., Arkowitz H. (2006), *Ambivalence in Psychotherapy. Facilitating readiness to change*, The Guilford Press, New York/London.
- Fisher J.E., O'Donohue W.T. (2006), *Evidence-Based Psychotherapy*, Springer, New York.
- Fraser J.S., Solovey A.D., (2007) *Second-Order Change in Psychotherapy*. APA American Psychological Association, Washington D.C.
- Freeman C., Power M. (2007), *Handbook of evidence-based psychotherapies. A guide for research and practice*, Wiley & Sons, England.
- Geeler J.D., Norcross J.C., Orlinsky D.E. (2005), *The psychotherapist's own psychotherapy, patient and clinician perspectives*, Oxford University Press, New York.
- Giusti E. (2003), *Psicoterapie: denominatori comuni, epistemologia della clinica qualitativa*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E. (2006), *Psicoterapia (voce) nel Dizionario Enciclopedico della Salute e della Medicina*, Biblioteca Treccani, Istituto della Enciclopedia Italiana, fondata da Giovanni Treccani, Roma.
- Giusti E., Di Fazio T. (2008), *Psicoterapia integrata dello stress. Il burn-out professionale*, Sovera, Roma.
- Giusti E., Germano F. (2006), *Psicoterapeuti generalisti*, Sovera, Roma.
- Giusti E., Locatelli M. (Nuova ed. 2007), *L'Empatia integrata*, Sovera, Roma.
- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A., (2004) *Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine*, Masson, Milano.
- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A. (2006), *Psicodiagnosi integrata. Valutazione transittiva e progressiva del processo qualitativo e degli esiti nella psicoterapia pluralistica fondata sull'evidenza obiettiva*, Sovera, Roma.
- Giusti E., Montanari C., Montanarella G. (1995), *Manuale di Psicoterapia Integrata*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., Montanari C., Spalletta E. (2000), *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in counseling e psicoterapia*, Masson, Milano.

- Giusti E., Sica A. (2006), *L'epilogo della cura terapeutica*, Sovera, Roma.
- Goodheart C.D., Kazdin A.E., Sternberg R.J. (2006), *Psicoterapia a prova di evidenza. Dove la pratica e la ricerca si incontrano*, Sovera, Roma.
- Hofmann S.G., Weinberger J. (2007), *The art and science of psychotherapy*, Routledge, New York/London.
- Lambert M.J. (2004), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley & Sons, New York.
- Lilienfeld S.O., O'Donohue W.T. (2007), *The great ideas of clinical science*, Routledge, London/New York.
- Nathan P. E., Gorman J. M. (2007), *A guide to Treatments that Work*, Oxford University Press, New York.
- Nicolò G., Salvatore S. (2007), *La ricerca sui risultati e sul processo in psicoterapia*, Carlo Amore, Roma.
- Norcross J. C. (2002), *Psychotherapy relationships that work*, Oxford University Press, New York.
- Norcross J. C., Beutler L. E., Levant R. F. (2006), *Salute mentale: trattamenti basati sull'evidenza*, Sovera, Roma.
- Norcross J. C., Goldfried M. R. (2005), *Handbook of Psychotherapy Integration*, Oxford University Press, New York.
- Oldham J. M., Skodol A.E., Bender D. S. (a cura, 2005), *Trattato dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- O'Leary E., Murphy M. (2006) *New Approaches to Integration in Psychotherapy*, Routledge, London/New York.
- Orlinsky D.E., Ronneasted (2005), *How psychotherapists develop*, APA American Psychological Association, Washington D.C.
- PDM (2006) *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, a cura di American Psychoanalytical Association Raffaello Cortina, Milano (2008).
- Prochaska J.O., Norcross J.C. (2002), *Stages of change*, in *Rivista Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling*, traduzione "Relazioni terapeutiche empiricamente supportate", pag. 137, ed. ASPIC n° 15/16, 2004.
- Prochaska J.O., Norcross J.C. (2003), *Systems of Psychotherapy. A tanstheoretical Analysis*, Thomson Brooks/Cole, USA.
- Scaturro D.J. (2005), *Clinical dilemmas in psychotherapy*, APA American Psychological Association, Washington.
- Scott O.L. O'Donohue W.T. (2007), *The great ideas of clinical science*, Routledge, New York London.
- Stern D. (2005), *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Stricker G., Gold J. (2006), *A casebook of Psychotherapy integration*, APA, Washington D.C.
- Trijsburg R.W., et al. (2005), in *Oxford textbook of psychotherapy*, di Gabbard G.O., Beck J.S., Holmes J., Oxford University Press, Oxford.

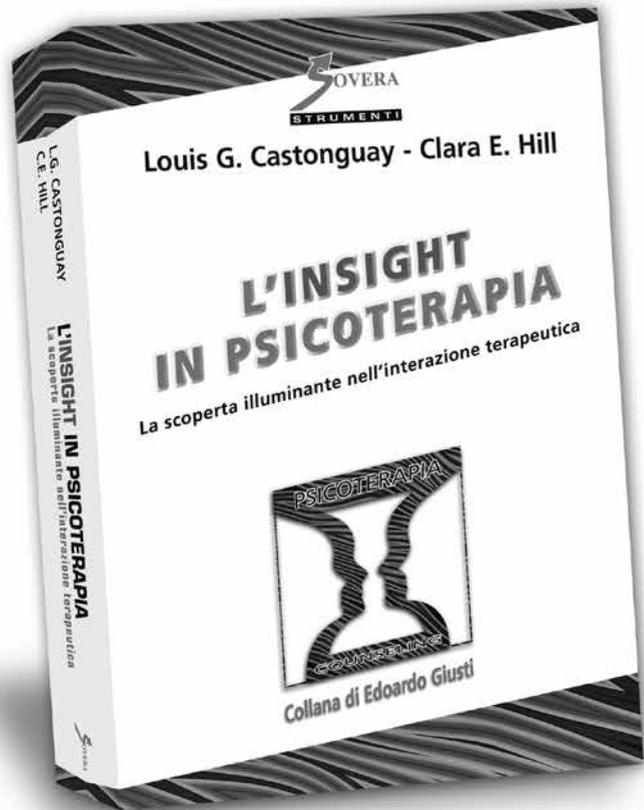


AMERICAN  
PSYCHOLOGICAL  
ASSOCIATION

[www.apa.org/books](http://www.apa.org/books)



*Diane B. Arnkoff*  
*Arthur C. Bohart*  
*Franz Caspar*  
*Robert Elliott*  
*Charles J. Gelso*  
*Marvin R. Goldfried*  
*Bruce E. Wampold*  
*Leslie S. Greenberg*  
*Stanley B. Messer*  
*Jeremy D. Safran*



La natura dell'*insight* è chiarita e analizzata nella sua complessità e costituisce nel testo un progetto metodologico di ampia portata...

Una discussione pluriennale, su questo tema di elevata rilevanza, ha prodotto l'elaborazione di un documento originale controfirmato dai maggiori esponenti ricercatori di tutte le principali scuole di psicoterapia.

**Prof. Marcello Cesa-Bianchi**  
Facoltà di Medicina  
Università degli Studi di Milano

**Prof. Carlo Cristini**  
Facoltà di Medicina  
Università degli Studi di Brescia

Per ordinare libri e le videocassette: Sovera Multimedia srl - Via V. Brunacci, 55 - 00146 Roma - Tel. 06.5585265 - 5562429 - 06.5580723 - [www.soveraedizioni.it](http://www.soveraedizioni.it)

Per ricevere gratuitamente il catalogo illustrativo dell'autoformazione in VIDEO, dei corsi e delle pubblicazioni scientifiche telefonare ai seguenti numeri:  
**Tel. 06 54 13 513 - 06 59 26 770 - 06 54 22 50 60 - 06 51 43 54 34**  
Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma - Sito Internet: <http://www.asplic.it> - E-mail [asplic@mclink.it](mailto:asplic@mclink.it)

