

quaterniditelos

Il crogiuolo in psichiatria

Atti del
Seminario di Primavera
Cen.Stu.Psi.

25 maggio 2019

Avellino

quaderniditeios

Rivista fondata da:

Gino Aldi e Francesco Franza

Direttore responsabile:

Gino Aldi

Editorial Board

Gino Aldi

Gianfranco Del Buono

Barbara Felisio

Francesco Franza

Maria Russiello

Barbara Solomita

Scientific Board

Gino Aldi (Caserta)

Marilisa Amorosi (Pescara)

Gianfranco Del Buono (Salerno)

Immacolata d'Errico (Bari)

Wilma Di Napoli (Trento)

Francesco Franza (Avellino)

Adelia Lucattini (Roma)

Giuseppe Tavormina (Brescia)

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (Napoli)

Ivan Urlic (Split, Croatia)

Antonella Vacca (Brindisi)

Nicola Zdanowicz (Bruxelles, Belgium)

Ufficio Stampa

redazione@rivistatelos.it

www.rivistatelos.it

Registrazione Tribunale di Santa Maria Capua Vetere (Caserta, Italy) n. 834 del 3.3.2015

Proprietà Associazione Zetema Istituto di Psicoterapia

Maggio 2019

INDICE

1 | **Il ritiro sociale degli adolescenti:
nuova emergenza psichiatrica**
Gino Aldi

13 | **Il ruolo dei social: aspetti depressivi**
Annalisa Colucci

19 | **La lettura ermeneutica del racconto per cogliere l'essenza
oltre il velo della parola**
Immacolata d'Errico

33 | **Burnout nelle famiglie di pazienti psichiatrici: il carico
emotivo e psicologico delle famiglie "traumatizzate"**
Francesco Franza

43 | **Il corpo che soffre: manipolazione e disagio nei disturbi della
condotta alimentare**
Maria Rosaria Juli

- 59** | **I pazienti autori di reato nel contesto comunitario: interventi e prospettive**
Maria Vincenza Minò
- 67** | **La complessità della cura nella psicopatologia delle migrazioni**
Mariangela Perito
- 77** | **Come l'evidenza dei temperamenti può aiutare il clinico a fare una corretta diagnosi di disturbo dello spettro bipolare: 10 "case-reports"**
Giuseppe Tavormina
- 85** | **Pregiudizi in psichiatria**
Maurilio GM Tavormina, Romina Tavormina
- 99** | **Mens sana in corpore sano**
Romina Tavormina
- 110** | **Nuovi bisogni in riabilitazione psichiatrica: percorsi diagnostici specifici per i pazienti autori di reato**
Antonella Vacca

IL RITIRO SOCIALE DEGLI ADOLESCENTI: NUOVA EMERGENZA PSICHIATRICA

Gino Aldi

Medico – Psicoterapeuta

Presidente Istituto di Psicoterapia e Scienze Umane

Riassunto

In questo articolo si esamina il fenomeno emergente del ritiro sociale, fenomeno che costituisce una vera e propria emergenza sociale e che è destinato ad aumentare nel futuro prossimo. Si sottolineano i dati salienti del fenomeno, le opportunità di terapia e il lavoro di prevenzione che sarebbe opportuno sviluppare.

IL RITIRO SOCIALE

La psichiatria è una scienza di confine, costretta continuamente a confrontarsi con i mutamenti sociali, con i fenomeni culturali che accompagnano tali mutamenti, con l'emergere di nuovi paradigmi esplicativi atti a spiegare il disagio e il malessere psichico. Ciò in ragione del fatto che il dolore psichico è un fatto umano e, se in parte esso trova radice nei complessi meccanismi del funzionamento neuronale, risulta fortemente condizionato dalle modalità in cui le persone organizzano la propria vita e dagli ambienti in cui essi crescono e vivono.

Il ritiro sociale si propone come un fenomeno significativo con il quale la psichiatria deve cominciare a confrontarsi. È un fenomeno interessante e sconcertante che pone sfide sia per quel che concerne la capacità di individuare i nessi e i processi che determinano tale disagio sia per la difficoltà dell'approccio terapeutico, che richiede spesso una rimodulazione dei dispositivi classici del setting visto la

indisponibilità di chi vive il problema ad accogliere nel proprio orizzonte relazionale figure che si occupano di cura della salute mentale.

In cosa consiste il ritiro sociale? Trattasi di un comportamento caratterizzato dal progressivo disinvestimento, da parte prevalentemente di adolescenti e giovani adulti, dal proprio universo relazionale (scuola amici, relazioni parentali) e dalla volontà di progettare il proprio futuro, fino a chiudersi nel guscio delle proprie pareti domestiche. Colui che vive il ritiro sociale rinuncia ad ogni forma di relazione con il mondo reale rifugiandosi, in alcuni casi in relazioni mediate dai social o dal web, in altri casi utilizzando il web come luogo in cui trascorrere tempo, saltellando da un sito all'altro in un vuoto e angosciante pellegrinaggio senza meta. Egli inoltre inverte il ritmo sonno-veglia, dormendo quando gli altri sono a scuola e attivandosi quando gli altri dormono. In genere il ritirato sociale inizia la sua vita reclusa nel pomeriggio e spesso in orario serale e notturno per poi addormentarsi di giorno, quando i coetanei iniziano la loro vita attiva.

Negli anni ottanta lo psichiatra Saiko Tamaki coniò il termine Hikikomori, che vuol significare “stare in disparte”, per indicare quei giovani e meno giovani che si ritiravano dalla vita di relazione in Giappone. Da allora il fenomeno da lui rilevato è stato registrato in altri paesi tra cui Corea, Cina, Stati Uniti ed Europa.

In Italia il fenomeno ha ormai una dimensione dilagante e preoccupante. Nel 2013 la FNOMCeO ha stimato circa 240.000 casi di ritiro sociale. L'Istituto Minotauro di Milano, che ha accumulato una larga esperienza nella gestione di questo problema, parla di circa 100.000-120.000 casi. Questi numeri devono confrontarsi con un fenomeno parallelo, che qualche assonanza ha con il ritiro sociale, sebbene non sia della stessa entità: il fenomeno NEET. Tale sigla, coniata in ambienti anglosassoni, significa “*Not (engaged) in education, employment or training*”, cioè giovani che non studiano, non lavorano e non cercano lavoro. In sostanza una generazione che non manifesta nessuna intenzione o capacità di costruire il proprio futuro. Dobbiamo confrontarci quindi con una generazione che non riesce a diventare adulta, che denuncia in vario modo la difficoltà di superare le transizioni evolutive che per secoli hanno caratterizzato il genere umano. Dobbiamo considerare questa difficoltà un sintomo di preoccupante fragilità psichica che predispone il giovane ad un possibile futuro psichiatrico nella peggiore delle ipotesi o nello sviluppo di una vita incompiuta nell'ipotesi più benevola.

IL PROFILO DEL GIOVANE CHE SI RITIRA DALLA SOCIETÀ

Il ritirato sociale si trova a rappresentare una fetta di questa gioventù che ha smarrito sé stesso e riesce ad esprimere, per la gravità delle conseguenze sociali e psicologiche che ne derivano, in maniera eloquente l'angoscia di crescere e confrontarsi con il mondo. Le caratteristiche del giovane ritirato sociale sono le seguenti:

- Prevalentemente maschio (anche se stanno aumentando i casi femminili)
- Ceto sociale medio alto (al sud si osserva una casistica anche in classi sociali con standard socioeconomici più bassi)
- Età di insorgenza tra gli 11-12 anni o all'inizio della scuola superiore. In alcuni casi il ritiro inizia con la fine della scuola superiore.
- Carriera scolastica spesso brillante.
- Intelligenti e Introversi

Sebbene il ritiro sociale in Italia e quello Giapponese siano differenti per dinamiche e contesti sociali alcuni fattori sono comuni ad entrambi:

- **Fobia scolare**, caratterizzata da una grande angoscia che impedisce ai ragazzi di frequentare la scuola. Alcune volte tale fobia può essere scatenata da un episodio di bullismo o di insuccesso scolastico ma tali eventi fungono solo da fattori precipitanti. Il vero problema è costituito dalla difficoltà di confrontarsi con i pari e con i temi della crescita.
- **Il legame con la madre**, caratterizzato da una difficoltà di uscire dalla simbiosi madre-figlio. Alcuni autori parlano del "Grande Piano" (Piotti, 2013) che unisce inconsciamente tale diade, piano contraddistinto da un progetto narcisistico che non può subire fallimenti. Si tratta di un fenomeno che ho riscontrato spesso nel mondo genitoriale e a cui faccio cenno in alcuni miei lavori (Aldi, 2019): genitore e figlio sono legati da un progetto inconscio narcisistico in cui l'adulto si propone come colui che deve evitare ogni forma di frustrazione al proprio figlio ma allo stesso tempo chiede ad esso di esaudire aspettative che egli proietta su di esso. Schiacciato da aspettative elevate e dalla impossibilità di sviluppare competenze che derivano dal confronto con la frustrazione il giovane fallisce l'appuntamento con la crescita e è costretto a ritirarsi drammaticamente dalla società

- **Il ruolo dell'immaginario**, la presenza nella vita di questi ragazzi di un vivo interesse per l'immaginario, spesso rappresentato dagli Anime o dai Manga, che trova la sua più viva espressione nella frequentazione assidua, spesso ossessiva, di internet. Internet appare al ragazzo una possibile soluzione all'angoscia di doversi confrontare con il mondo e con la crescita. Molto spesso, al contrario di quanto si può pensare, essa svolge un ruolo benefico in alcuni casi di ritiro sociale perché permette ai ragazzi di mantenere relazioni sociali in una modalità meno angosciante di quella causata dal confronto diretto. In questi casi la mediazione offerta dalla tecnologia riesce a garantire l'integrità degli interessi per il sapere, la possibilità di relazionarsi e un contatto vivo, sebbene mediato, con il mondo sociale.

RITIRO SOCIALE E PSICOPATOLOGIA

Il ritiro sociale è una malattia psichiatrica? Saito Tamaki l'ha definita come una sindrome sociale, non necessariamente una malattia, il cui principale fattore è la difficoltà di adattarsi alla società. La stessa cosa afferma Carlo Ricci, che parla di una difficoltà dovuta al disadattamento e alla percezione di non sentirsi come gli altri. In Giappone sono state svolte ricerche (Koyama et al, 2010) che hanno dimostrato che il 50% dei ragazzi Hikikomori hanno manifestato un disturbo di tipo psichiatrico. Suzuki distingue ritiro primario e secondario. Quest'ultimo sarebbe un sintomo all'interno di un quadro psicopatologico di altra natura, mentre il *ritiro primario* è il riflesso di una specifica situazione psichica in cui si struttura una dinamica atta a preservare un Sé grandioso e idealizzato attraverso l'evitamento e la chiusura verso il mondo sociale. Li e Wong sottolineano il fatto che l'isolamento prolungato conseguente al ritiro è esso stesso fonte di disturbi fisici e psicologici. Mi consta confermare questo dato nonostante la mia scarsa statistica personale: tutti i ragazzi che ho conosciuto erano in sovrappeso, usavano o hanno usato psicofarmaci, apparivano fisicamente trasandati, erano immersi in dinamiche conflittuali con la famiglia e mostravano un umore tendenzialmente depresso. La caratteristica psicologicamente stabile del paziente con ritiro sociale è sicuramente una forte impronta fobica. Tale fobia si manifesta in svariati modi, alcune volte in tutte queste modalità:

- fobia scolare, di cui già si è detto, che comporta il ritiro da scuola

- fobia sociale, legata ad un'immagine di sé fortemente svalutata, che causa una perenne preoccupazione di essere derisi
- fobia dello sguardo, proiettando nello sguardo altrui tutti i timori della propria inadeguatezza
- dismorfofobia
- paura di progettare o desiderare, per il timore di sperimentare senso di vuoto e fallimento.

Un approccio meno cattedratico alla questione se ci troviamo di fronte a una patologia psichica o meno dovrebbe indurci a pensare che il ritiro sociale è un fenomeno di elevata gravità psichiatrica. Se consideriamo i costi sociali che comporta, la sofferenza delle famiglie coinvolte, la possibilità che ad una quota di giovani in crescita sia negata ogni prospettiva di futuro dobbiamo supporre che il problema sia di per sé altamente invalidante. Sento di poter sposare questa affermazione in quanto mi sento maggiormente ancorato a una visione strutturale della malattia psichiatrica e meno al suo correlato sintomatologico. Non occorre che vi sia un'allucinazione per definire grave un disagio psichico quanto è necessario osservare gli esiti che esso determina nella vita di chi ne è colpito, in tal caso dobbiamo seriamente preoccuparci del ritiro sociale perché potrebbe essere un fenomeno più complesso e più doloroso della stessa schizofrenia per gli esiti che può implicare nella vita di chi ne è affetto.

PSICODINAMICA DEL RITIRO SOCIALE

Nel mio libro “Costruttori di Speranza” (Aldi, 2019) pongo l'accento su una profonda alterazione della dinamica genitoriale: il livellamento dei ruoli tra genitori e figli con perdita della asimmetria relazionale. L'asimmetria relazionale, il fatto cioè che genitori e figli siano strutturalmente in una posizione diversa di potere e di competenza, poneva dei compiti specifici ai genitori, compiti educativi e protettivi che erano codificati e strutturati nell'ambito della cultura di appartenenza. Non era necessario, per essere buoni genitori, far contenti i figli quanto assolvere a determinati compiti educativi. Il buon genitore era colui che “educava” in maniera adeguata il proprio figlio e ciò induceva nell'adulto la percezione di dover assolvere ad un compito che favorisse l'adattamento del bambino al mondo sociale di appartenenza. In virtù di questo processo di adattamento al bambino non erano

risparmiare esperienze di frustrazioni e di sofferenza che contribuivano a forgiare il piccolo in crescita nel confronto con la realtà, a mediare tra i propri bisogni e le esigenze del mondo esterno, a vivere la sconfitta e l'errore come parte integrante della crescita.

A seguito di profondi mutamenti sociali e culturali il rapporto genitoriale è diventato orizzontale e non più verticale, causando di fatto una parificazione della condizione del genitore con quella del figlio. Il genitore dei nostri tempi si relaziona al bambino come ad un partner che deve essere soddisfatto. In un rapporto paritario diventa importante, per sentire confermato il proprio Sé, che l'interlocutore sia soddisfatto della relazione: pertanto un genitore si sente psicologicamente sereno se il figlio è contento del suo operato. Questa nuova condizione psicologica causa un cortocircuito educativo creando il paradosso che la diade genitore-figlio si ritiene realizzata sana non più per i risultati educativi che produce quanto per il benessere che si è grado di determinare nella diade stessa. E' venuto a crearsi un circuito comunicativo autoreferenziale, onnipotente e narcisisticamente chiuso nella reciproca volontà di confermarsi a vicenda, rimuovendo ogni forma di frustrazione e di dolore dal proprio orizzonte. Tale circuito genera una complessa serie di fenomeni, molti dei quali sotto gli occhi di tutti, il cui fine è la protezione della diade stessa. In questo senso il genitore si comporta come se dovesse preservare il figlio da ogni frustrazione impedendo di fatto l'accesso al mondo reale, dolorosamente frustrante ma anche luogo in cui egli può esprimersi la pienezza e la libertà del proprio essere bambino o giovane. Questa operazione, tutt'altro che salvifica per il futuro del bambino, si accompagna alla progettazione pedissequa di ogni passo della sua crescita, progettazione caratterizzata dalla programmazione di numerose attività (sport, musica, arte, ecc.) che rispecchiano più proiezioni genitoriali che effettivi bisogni del bambino. La presenza asfittica dell'adulto impedisce l'accesso a esperienze spontanee in cui il piccolo sperimenta azioni di problem solving, risolve conflitti, temprava la propria regolazione emotiva: tutte operazioni che creano autostima e padronanza ma che possono essere compiuti solo a distanza dal mondo adulto. Il risultato di questo processo è che i bambini crescono schiacciati tra l'impossibilità di acquisire competenze atte a gestire la frustrazione e la complessità e la necessità di rispondere ad aspettative molto elevate. L'onnipotenza infantile non si piega alla realtà ma è, al contrario, amplificata dall'onnipotenza materna, che investe energie in un impossibile promessa di garantire una vita senza sofferenza ai propri figli. Adattarsi

ad un mondo che non è sempre manipolabile e gestibile è un'esperienza drammatica per entrambi i componenti della diade. Troviamo così le madri (o padri) che aggrediscono l'insegnante che ha osato frustrare il bambino, che sono onnipresenti nella gestione dello studio, che intervengono nella gestione delle amicizie del bambino, a volte sostituendosi ad esso nel gestire i conflitti via chat e tanti altri fenomeni che non abbiamo qui il tempo di approfondire. Questo clima impedisce lo sviluppo di quelle competenze emotive che permettono un confronto adeguato con la realtà esterna alla diade. Inoltre produce la necessità di mantenere alti gli standard che permettono all'uno e all'altro di mantenere integre le proiezioni che alimentano la diade stessa. Il grande sogno di un mondo perfetto che nessuno deve scalfire genera dolorose esperienze di fallimento e frustrazione quando non si riesce a mantenere gli elevati standard che ci si è imposti. Con questo carico di fragilità i ragazzi si presentano all'età dell'adolescenza laddove iniziano a confrontarsi con i grandi temi della vita: distacco dalla famiglia, costruzione dell'identità, confronto con i pari. Tutte questioni alle quali il giovane non è preparato emotivamente.

Dal nostro punto di vista il ritiro sociale è una risposta al fallimento del processo di crescita. Come evidenziato dagli studiosi che si sono confrontati con il problema abbiamo a che fare con ragazzi imprigionati in una immagine del sé svalutata e fallimentare in conseguenza della impossibilità a ottemperare alle richieste di un Sé grandioso e onnipotente. I ragazzi in ritiro sociale chiudono la partita con il mondo perché non reggono l'inganno di una società che li ha educati all'illusione di poter conquistare il mondo senza fatica e senza dolore. I loro genitori vivono l'afflizione di un fallimento educativo dopo aver speso anni di vita in una forsennata corsa a proteggere e anticipare i bisogni del proprio figlio. Ciò determina risposte ambivalenti che contribuiscono a complicare l'evoluzione del fenomeno: rimproveri, aggressioni, svalutazioni che angustiano il ragazzo che si è ritirato seguito da clamorose concessioni ai suoi capricci e dalla rinuncia a chiedergli passi di crescita.

TRANSIZIONI ANTROPOLOGICHE

La dinamica genitoriale appena descritta permea l'intero tessuto sociale. È molto probabile che ciò determinerà un incremento di patologia adolescenziale e di fenomeni di ritiro sociale, ragion per cui gli psichiatri devono attrezzarsi a gestire il

fenomeno. Stiamo vivendo una trasformazione antropologica molto importante che avrà riflessi importanti sulla genesi delle patologie psichiatriche: la transizione dalla società della colpa alla società della vergogna. Questo tema è stato ben codificato da diversi autori e trova pieno riscontro in chi lavora clinicamente con giovani adolescenti. Se un tempo a turbare il sonno dei giovani era il senso di colpa che accompagnava i processi di differenziazione e di costruzione dell'identità, oggi essi vivono l'angoscia della vergogna di non corrispondere a standard sociali che essi hanno elaborato nella propria mente. Soffrono perché hanno un corpo non corrispondente a canoni estetici elevati, per prestazioni non adeguate alle loro aspettative, per un confronto con i pari e con il mondo che li vede sempre perdenti.

La società della colpa induceva percorsi di riflessività e di maturazione, di crescita interiore e di superamento dell'angoscia. La colpa è un evento vissuto nell'interiorità del proprio essere e in quanto tale è un potente attivatore di processi riparativi e di costruzione di Sé. La colpa è emendabile e superabile. Per quanto dolorosa sia è circoscritta ai fatti che l'hanno determinata e non trascina nell'angoscia, se non in casi gravissimi, l'interezza della persona.

La vergogna ha un esito differente. Essa atterrisce perché trova il suo nucleo di potere nello sguardo impietoso dell'altro, che non è altro che la proiezione del proprio modo di vedersi. Sta di fatto che essendo uno sguardo vissuto come esterno a sé non è possibile l'attivazione di processi di riparazione e costruzione di Sé ma anzi si produce una grande angoscia che genera fuga dal mondo e condotte estreme (autolesionismo, suicidio, ritiro sociale). Il senso di impotenza e la impossibilità di fuggire da sé stessi chiude i rapporti con il mondo o li rende molto problematici.

TRATTAMENTO DEL RITIRO SOCIALE

Lavorare con ragazzi in ritiro sociale è molto complesso. Occorre costruire modelli di lavoro e individuare strategie di azione adeguate per ciascuna situazione clinica. È necessario fare i conti con una modalità di essere al mondo che unisce una ostinata forza oppositiva con una grande fragilità interiore. Il ritirato sociale riesce a modificare l'assetto di una intera famiglia piegandola ai propri ritmi e ai propri voleri ma al tempo stesso non riesce a non dipendere da tale nucleo familiare. È un tiranno imprigionato, capace di grandi prepotenze nelle mura domestiche ma assolutamente spaurito appena mette piede fuori casa. Per il suo modo di agire genera comportamenti familiari ambivalenti e confusi che rispecchiano del resto la

confusione che ha probabilmente ha generato il problema: i genitori oscillano tra reazioni di aggressività e svalutazione e totale abdicazione al loro ruolo di guida e di crescita. Gli stessi genitori diventano a loro volta vittime dei ritmi e dei modi di essere del figlio ma anche carnefici nei suoi confronti, non mancando di continuare ad esercitare un controllo estenuante che alimenta la dipendenza affettiva. La perdita della dimensione genitoriale è un elemento da trattare in maniera circostanziata perché la salvezza di questi ragazzi è quella di poter ritrovare un ruolo di guida e di orientamento in cui non credono più.

Dal punto di vista prognostico è importante distinguere il grado di severità del comportamento di chiusura sociale. In linea di massima abbiamo tre situazioni tipo con le quali il terapeuta deve confrontarsi:

- il ragazzo in ritiro sociale che accetta di recarsi presso lo studio di un terapeuta
- il ragazzo con ritiro sociale che non esce da casa ma intrattiene una discreta vita di relazione sui social
- il ragazzo con ritiro sociale che non è presente sui social ma usa internet per riempire il tempo

Nel primo caso è possibile ipotizzare un lavoro di psicoterapia individuale, nel secondo e nel terzo caso occorre lavorare anzitutto con i genitori. Il lavoro con i genitori mira a modificare l'assetto relazionale che si è venuto a costruire all'interno della famiglia, un assetto che li vede spesso confusi, con confini e ruoli completamente alterati e con rappresentazioni del proprio ruolo e dei vissuti del ragazzo che spesso alimentano l'omeostasi piuttosto che risolverla. Si tratta di un lavoro delicato e complesso, teso a non alimentare il senso di fallimento che essi vivono, senso di fallimento che genera condotte riparative che mantengono integra la dipendenza. Il lavoro terapeutico deve rompere le simbiosi e restituire ai genitori un ruolo di guida credibile, fonte di sicurezza e affetto. Ciò non sempre è indolore e passa attraverso la gestione di una conflittualità adulta, resa serena dalla chiarezza dei propri obiettivi e comunicata con rispetto. In questo modo il giovane recluso inizia a prendere consapevolezza di un mondo che non può effettivamente dominare a suo piacimento e può accettare un incontro con "l'intruso" che sta in qualche modo sabotando il suo equilibrio. Il cambiamento dell'omeostasi familiare attiva in un primo momento controreazioni tese a ripristinare il vecchio equilibrio ma in seguito inducono un passaggio di crescita che spinge il giovane verso il

mondo esterno. Confrontarsi con un terapeuta è già un passo enorme per questi giovani.

Lavorare con i ragazzi significa rispettarli e al tempo stesso indurli a riflettere sulla loro onnipotenza e sulla grandiosità delle loro aspettative, sulle risorse che posseggono e sulla paura di farle emergere, sulla naturalezza dell'errore e della frustrazione come elemento necessario della crescita. Si lavora con tristezza e pazienza nell'osservare ragazzi intelligenti e capaci congelati dalle proprie angosce. Proprio la pazienza è un elemento centrale del lavoro terapeutico: occorre resistere alla pressione di psicologica, indotta dai vissuti che sperimentiamo nell'interagire con questi pazienti, che induce a "forzare la mano" e spingerli verso il mondo esterno. Dobbiamo comportarci come contadini che seminano in un buon terreno, coltivandolo incontro dopo incontro in attesa che il seme dia i suoi frutti. Tutto ciò declinato in maniera specifica per ciascun paziente, prendendo spunto dai loro sogni segreti, dalle loro angosce, dalla paura di progettare e sperare. Fino a vedere con gioia che le porte del mondo si schiudono e questi giovani si immergono in una vita da cui erano fuggiti. A quel punto occorre far sentire la nostra presenza come accompagnatori e facilitatori, come opportunità di confrontarsi con le proprie paure e le proprie angosce in un modo nuovo, sereno, alla scoperta delle proprie risorse e delle proprie capacità ma anche confrontandosi con il dolore dell'errore e della sconfitta.

Non è opportuno, quanto invece frequente, attivare intrusioni forzate: visite di "amici" che convincono ad uscire o peggio ancora psicologi travestiti da amici o da professori o altro ancora. Tutto ciò chiude ancor più ogni possibile fiducia verso il mondo e rende più ostile il giovane ad ogni forma di relazione. La visita domiciliare può essere svolta solo previo consenso del giovane e opportunamente preparata dall'azione dei genitori. Essa può essere svolta da un terapeuta che sia diverso dal terapeuta della famiglia, capace di lavorare in un setting complesso e informale e predisposto a costruire relazione piuttosto che attivare tecnicismi professionali.

L'aggancio del paziente via Skype o mediante Internet non ha portato grandi risultati in coloro che l'hanno sperimentata. In ogni caso resta una possibilità da esplorare. Il lavoro con questi pazienti richiede creatività nella costruzione del setting. Tuttavia, non bisogna abdicare alla necessità di un setting strutturato allo scopo di evitare collusioni con l'omeostasi genitoriali. Occorre sempre proporsi rispettosamente come guida del processo terapeutico bilanciando la possibilità di

svolgere visite domiciliari o dirigere gruppi per genitori con la necessità di imprimere in maniera chiara e contrattata la direzione di questi processi. Diversamente si rischia di colludere con genitori che utilizzano la figura dell'esperto per sedare l'angoscia senza attivare un necessario processo di cambiamento.

Il ritiro sociale è un problema grave e serio, destinato a crescere nel tempo. Esso comporta un grave danno per la società e richiede un uso attento delle risorse terapeutiche allo scopo di fornire risposte esaustive al fenomeno. Psichiatri e psicologi dovranno confrontarsi con esso e con le complicanze che da esso derivano. È auspicabile pertanto che sorgano realtà che si immergano nello studio del fenomeno ed elaborino linee guida efficaci di lavoro. È auspicabile la formazione di psichiatri e psicologi, specie di area pubblica, che sappiano individuare e riconoscere il fenomeno. Infine, è opportuno un grande lavoro di prevenzione, da svolgere prevalentemente in ambito scolastico. Non abbiamo spazio sufficiente per dilungarci sul grande capitolo della prevenzione, sulla quale abbiamo accumulato una certa esperienza, ma pensiamo che esso debba il caposaldo degli sforzi futuri.

Bibliografia

Aldi G: Riscoprire l'autorità. Edizioni Enea, Milano, 2019

Aldi G: Costruttori di Speranza. Edizioni Enea, Milano, 2019

Aldi G: L'amae, il bisogno di dipendere: nuova emergenza del mondo occidentale. Telos-- rivista di psichiatria, fenomenologia e scienze umane, 2019; 3: 7-19.

Lancini M: Il ritiro sociale degli adolescenti. Cortina editore, Milano, 2019

Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T: World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry Res*, 2010; 30-176: 69-74

Piotti A: Il banco vuoto. Franco Angeli, Milano, 2013

Ricci C: Adolescenti in reclusione volontaria. Franco Angeli, Milano, 2016

Notizie sull'autore

Gino Aldi è medico e psicoterapeuta. Lavora privatamente da circa 25 anni. Si occupa da più di 20 anni di disagio scolastico e di formazione docenti. Ha fonato la cooperativa sociale Zetesis di cui dirige e supervisiona le attività. Zetesis si occupa di infanzia e adolescenza attivando progetti di prevenzione e di presa in carico di bambini e adolescenti problematici. Campo di azione specifici sono il disturbo borderline di personalità, il bambino dirompente, il ritiro sociale e le dipendenze da internet. Ha scritto diversi libri tra cui "Riscoprire l'autorità", "Costruttori di Speranza", "Un'altra scuola è possibile", "Educare con le Favole", "Urla dal silenzio". Dirige la rivista Telos, rivista di psichiatria, fenomenologia e scienze umane.

Corrispondenza

Dott. Gino Aldi

Medico-Chirurgo, Psicoterapeuta

Tel. 3358105216

e-mail: gino.aldi@gmail.com

IL RUOLO DEI SOCIAL: ASPETTI DEPRESSIVI

Annalisa Colucci

Psicologa, Psicoterapeuta

Riassunto

Il tema riguardante la depressione negli ultimi dieci anni ha avuto un importante cambiamento epocale poiché si è assistito ad un sempre più crescente cambiamento del fenomeno che coinvolge molti più adolescenti e preadolescenti che in passato. Cosa è la depressione oggi? Come viene vissuta dalle nuove generazioni, dai nuovi teenager e dalle famiglie di questi ultimi, nuove categorie di pazienti.? E soprattutto sono crescenti gli episodi di manifestazione di comportamenti depressivi in concomitanza al fenomeno esponenziale di visibilità sui social e alle problematiche ansiose.

INTRODUZIONE

Vi è una grande stigmatizzazione del fenomeno depressione, negli ultimi anni vi è stato un gran parlare di gesti estremi legati ad adolescenti e preadolescenti in crisi e decisamente soli nel loro senso di vuoto esistenziale. L'analisi parte dallo spunto di alcuni studi che hanno dato una nuova visione del disturbo.

CAMBIAMENTI

Secondo diversi studi pubblicati sul *Journal of Abnormal Psychology* negli ultimi dieci anni vi è stato un netto aumento di casi di ansia e depressione tra gli adolescenti e preadolescenti.

Molteplici possono essere le cause che hanno comportato un cambiamento di età dell'esordio del fenomeno, rispetto al passato. Fino a qualche tempo fa all'apparire

di situazioni di disagio o difficoltà, i ragazzi facevano ricorso ad alcool o sostanze stupefacenti, recenti ricerche hanno appurato che videogiochi, social, realtà virtuali hanno cambiato l'approccio al problema conferendo un nuovo primato al mondo virtuale.

Tabella 1: Cause

DIFFIDENZA

PAURA

VERGOGNA

ISOLAMENTO SOCIALE

Pensieri suicidari, irritabilità, distimia, nuove difficoltà a relazionarsi compaiono in concomitanza.

L'autrice del libro "i Gen", studio di Jean Twenge, docente di psicologia presso la *San Diego State University* descrive un epocale cambiamento generazionale, descrivendo la crescita esponenziale di teenagers con dinamiche depressive dall'8,7% al 13,2%. Lo studio presenta un campione di oltre 200.000 ragazzi con una fascia compresa tra i 12 -17 anni che presenta un quadro depressivo oltre ad idee suicidarie, realizzato tra il 2005-2017.

Tabella 2: Idee suicidarie

63% ADULTI

71% GIOVANI ADULTI

43% ADOLESCENTI

Anche l'italiano *Graziano Pinna*, neuroscenziato nell'Illinois, Chicago, presenta un lavoro sull'abuso tecnologico presentando gli effetti collaterali del comportamento tra cui la carenza di sonno come fenomeno di grande pericolosità psicologica, culturale e sociale. Infatti, la deprivazione può comportare un grande scompenso, soprattutto in un adolescente in fase di crescita.

Lo studio riporta la scoperta di un particolare recettore (“PPAR-alfa”) che se attivato aumenta il buon umore. Il recettore stimola la produzione di allopegnanolone, un “tranquillante endogeno” coinvolto nella *depressione*, più precisamente Pinna ha scoperto che in alcune aree del cervello, quelle che controllano l’ansia e la paura (ippocampo e amigdala) attivando questo recettore aumenta la produzione di allopegnanolone e migliora la condizione di ansia e paura negli animali. Infatti, lo studio del dr PINNA è stato definito lo studio dell’interruttore del “buonumore”.

Il lavoro del neuroscienziato ha portato alla luce l’importanza di alcune aree del cervello (amigdala ed ippocampo) che hanno funzione emozionale ed umorale, attraverso i condizionamenti culturali e sociali della “rete”, attraverso l’abuso tecnologico e la deprivazione di sonno possono scatenarsi effetti letteralmente devastanti sul cervello in via di sviluppo soprattutto degli adolescenti. Il disturbo depressivo può nascere dall’incapacità del cervello di adattarsi alla velocità dei cambiamenti imposti dallo sviluppo tecnologico e dai nuovi trend culturali. Per questi ultimi basta fare un giro in rete, sui social per vedere “mode, sfide, denigrazioni”, spesso pericolose e violente, messaggi di “autolesionismo”. Il problema sta assumendo dimensioni pandemiche ed è necessario favorire e sviluppare modelli di intervento di comunicazione, mirati a far comprendere meglio la pericolosità insita.

La comunicazione digitale può avere risvolti pericolosi, può favorire disturbi dell’umore o addirittura spingere all’ideazione suicidaria. La problematica è maggiore nella comunità dei teenagers in particolare modo, poiché non sono del tutto completamente strutturate le loro aree della personalità, per cui il continuo giocare online o l’interagire esclusivamente attraverso la rete, può creare problemi di agitazione e stress che spesso compromettono la vita quotidiana e comportano episodi depressivi, alcuni dei quali possono sfociare nella cronicità della malattia.

Ciò che preoccupa gli studiosi particolarmente sono una serie di comportamenti ed automatismi tra i giovani.

Si stima che entro il 2020 vi sarà un fenomeno esplosivo per i disturbi depressivi (ed ansiosi), l’incremento sarà quello legato alla fascia di età dai 10 ai 24 anni e negli anziani, praticamente categorie sociali in cui appaiono i maggiori cambiamenti epocali.

La problematica che spaventa maggiormente è la percezione che i ragazzi hanno rispetto ai vissuti nella e della vita reale.

La stessa Twenge parla dalla mancanza di controllo, un controllo del mondo, focalizzando l'attenzione esclusivamente verso il mondo esterno si dà maggior importanza a cosa e come ottenere visibilità, i famosi *like*, perdendo di vista la percezione del proprio vissuto interiore, del proprio sé e dei propri spazi, entrando in una vera escalation di aspetti ansiogeni. Fattori esterni come il possesso di beni materiali, anche di lusso e il giudizio degli altri prospetta un cambiamento delle priorità e quindi del vissuto, della realtà.

Il Professor Peter Gray , Professore di Psicologia al Boston College nel suo libro “Free to learn” parla di preoccupazione perché i bambini non hanno più capacità di gioco al di fuori della tecnologia e di conseguenza non hanno la capacità di esplorazione, di relazione ,ciò compromette alcune aree del cervello e una buona capacità di socializzazione con la possibilità di relazionarsi , a discapito del rifugiarsi in un isolamento forzato, poiché si è incapaci di comprendere l'altro, non avendo la possibilità di confronto visivo, uditivo, percettivo, ecc.. Fino a qualche tempo addietro, si parlava di *second life* (vite parallele alla vita reale, in cui spesso si creavano anche storie lavorative o relazioni amorose). Di recente non compare più la differenza tra realtà e “vita social”, spesso le *fake* sono ritenute notizie veritiere, creando problemi anche seri e difficoltosi.

In Italia l'indagine dell'Ocse rileva alcuni dati davvero interessanti. L'indagine di Pisa Programme for international student assesment, rivolta agli studenti di 15 anni italiani, mostra che il 65% è soddisfatto della propria vita, tuttavia è un dato inferiore rispetto al 71% degli altri paesi. Fonte di maggiore stress è la scuola, dove i ragazzi hanno timore di fallire, con il timore di prendere anche brutti voti. L'utilizzo di internet, più di 6 ore al giorno (è il livello minimo di utilizzo dichiarato dagli studenti), comporta la gravità sulla situazione della salute mentale, questo comportamento mostra come il benessere psicologico sia poco contemplato. Maura Manca, presidente dell'Osservatorio Nazionale Adolescenti ha parlato di dati riportati tra il 2015 ed il 2017 in cui il fenomeno suicidario si palesa come la seconda causa di morte tra i giovani, la causa maggiore di tali suicidi è la depressione. Su un campione di 10300 adolescenti intervistati, la metà si definisce depressa. L'utilizzo massiccio di smartphone, mancanza di socialità e relazionalità, l'eccessiva richiesta di perfezionismo e la spersonalizzazione comporta un aumento

di dinamiche depressive tra gli adolescenti. Un fenomeno in forte crescita è quello dell'isolamento sociale, meglio conosciuto come *hikikomori*.

HIKIKOMORI

Letteralmente (hiku= tirare, komoru= ritirarsi), cioè stare in disparte.

Questo fenomeno nasce da uno studio fatto parte negli anni 80 in Giappone dal giornalista americano M. Zielesiger, il quale aveva osservato questo isolamento dal mondo esterno di alcuni giovani, chiusi nelle loro stanze e che comunicano solo attraverso i social. Il problema è ben più complesso poiché si è espanso in tutto il mondo, toccando picchi sempre più alti di “chiusura “al mondo esterno reale. Kimberly Sue Young nel 2014 ha analizzato la difficoltà amplificata sempre di più, di relazionarsi con ripercussioni depressive sempre più presenti. Inoltre, la fascia di età è sempre più bassa e ciò comporta una preoccupazione maggiore. Tuttavia l'hikikomori , a volte è un ragazzo che ha deciso di isolarsi dal mondo perché non compreso o perché, paradossalmente, spinto a chiudersi davanti ad un mezzo tecnologico capace di interagire con elementi che , dall'altra parte della rete, possano ben comprenderlo, perché vivono vissuti simili.

PICCOLI E SMARTPHONE

Molti operatori del settore stanno cercando di prevenire attraverso *tempi di riorganizzazione* del tempo dedicato all'uso dei cellulari, da parte di bambini molto piccoli. Ovviamente l'attività non è impostata sul divieto, ma sul raggiungimento di una consapevolezza di un buon controllo. Spesso ci capita di osservare bambini di 2- 3 anni abilissimi nel far funzionare i più comuni tablet o i cellulari, potrebbero incorrere in ritardi psicomotori e del linguaggio, inoltre sono più irritabili e meno comunicativi, spesso assumono comportamenti scorretti, aggressivi e con il tempo non riescono a gestire le emozioni spiacevoli, rischiando di incorrere nel tempo in comportamenti lesionisti e depressivi.

CONCLUSIONI

Gli studi riportati presentano la crescita esponenziale di casi in cui l'eccessivo uso di internet e può comportare disturbi depressivi con ricadute nel corso degli anni. Sicuramente informare e riequilibrare attraverso la prevenzione, l'uso corretto degli smartphone e attraverso il ripristino di regole anche per genitori ed adulti, può essere un primo approccio per migliorare alcune situazioni.

Bibliografia

- Aguglia E, Signorelli MS, et al.: Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente? *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2010; 16: 157-164.
- Andreoli V: *La vita digitale*. Rizzoli, Milano, 2007.
- Bauman Z: *Modernità liquida*. Edizioni Laterza, 2006.
- Caviglia G & Perrella R: *Dipendenza da internet*. Maggiolini editore, 2014.
- Lavenia G: *Le dipendenze tecnologiche. Valutazione, diagnosi e cura*. Giunti Psychometrics, 2018.
- Spitzer M: *Connessi ed isolati. Un'epidemia silenziosa*. Corbaccio, 2018.
- Spitzer M: *Solitudine digitale. Disadattati, isolati, capaci solo di una vita virtuale*. Corbaccio, 2016.
- Twenge JM: *Iperconnessi*. Stile Libero Extra, 2018.
- Twenge JM: *Igen*. Atria Books, 2017.

Corrispondenza

Dott.ssa Annalisa Colucci

tel.: 3334709199 - *e-mail*: merida71@libero.it

LA LETTURA ERMENEUTICA DEL RACCONTO PER COGLIERE L'ESSENZA OLTRE IL VELO DELLA PAROLA

Immacolata d'Errico

Psichiatra e psicoteraputica costruttivista post-razionalista, Bari

Abstract

Nella stesura di quest'articolo mi rifaccio alle mie lezioni di ermeneutica tenute agli allievi della scuola di psicoterapia costruttivista post-razionalista in Bari. Nel tenere queste lezioni ho preso a riferimento teorico il testo "Storia e discorso. La struttura narrativa nel romanzo e nel film" di Seymour Chatman. Il mio interesse verso Chatman è legato al fatto che ha delineato i fondamenti di una teoria generale della narrazione capace di far comprendere le varie strutture del racconto, analizzandone in modo raffinato i vari livelli. Quest'opera mi ha dato una chiave di lettura originale della narrazione del paziente in psicoterapia. Lettura della narrazione attraverso cui chiunque lavori con il racconto del paziente si imbatte nel famoso conflitto delle interpretazioni: conflitto in quanto complesso intreccio di sensi, il senso che il paziente dà al suo testo ed il senso del terapeuta che deve aiutare il paziente a ridarne una lettura nuova.

Questo articolo non ha altra ambizione che di offrire gli strumenti di base per entrare nel mondo del racconto e della narrazione del paziente. Non apporto particolari elementi di originalità ma voglio provare a fornire un repertorio di riferimenti essenziali da cui partire per lavorare con il "testo" che il paziente ci porta in psicoterapia. Nella stesura di quest'articolo mi rifaccio alle mie lezioni di Ermeneutica tenute agli allievi della scuola di psicoterapia costruttivista post-razionalista in Bari. Nel tenere queste lezioni ho preso a riferimento teorico il testo "Storia e discorso. La struttura narrativa nel romanzo e nel film" di Seymour Chatman. Seymour Chatman è stato docente di retorica all'Università di Berkeley e si è

occupato di semiotica e di teoria della narrativa applicata al romanzo e al film. È stato un teorico statunitense della letteratura e del cinema, tra i maggiori rappresentanti della narratologia, ovvero l'analisi delle forme del racconto in quanto strutture semiotiche trasferibili da un medium a un altro. Il mio interesse verso Chatman è legato al fatto che ha delineato i fondamenti di una teoria generale della narrazione capace di far comprendere le varie strutture del racconto, analizzandone in modo raffinato i vari livelli: quello della **“storia”**, ovvero l'insieme degli elementi che danno forma a un contenuto (a loro volta suddivisi in **“eventi”**, cioè **“azioni”** e **“avvenimenti”**), da un lato, e gli **“esistenti”**, cioè i **“personaggi”** e gli **“ambienti”**, dall'altro); e il piano del **“discorso”**, ovvero delle forme narrative che caratterizzano l'espressione, dove entra in gioco la complessità della relazione, reciproco scambio, che si crea tra l'autore del testo e il suo fruitore, e potremmo dire tra paziente e psicoterapeuta. Nella presentazione del libro di Chatman è riportata la seguente descrizione: *Cogliere la struttura della narrazione, sia essa affidata alla scrittura o alle immagini, significa possedere gli strumenti per interpretare romanzi e film. “Storia e discorso” è un tentativo, tra i più rigorosi e coerenti, di disegnare la topografia di quella che Henry James, con una brillante metafora, definiva la “casa della narrativa”*. Quest'opera mi ha dato una chiave di lettura originale della narrazione del paziente in psicoterapia. Lettura della narrazione attraverso cui chiunque lavori con il racconto del paziente si imbatte nel famoso conflitto delle interpretazioni (conflitto in quanto complesso intreccio di sensi, il senso che il paziente dà al suo testo ed il senso del terapeuta che deve aiutare il paziente a ridarne una lettura nuova). Il ricorrere all'ermeneutica, in psicoterapia, disciplina “tecnica” originariamente legata all'interpretazione dei testi della tradizione, soprattutto biblica, (anche se l'ermeneutica è diventata in seguito uno dei principali orientamenti filosofici del Novecento) è perché ogni uomo è una interpretazione, ogni uomo è una storia a sé e porta una sua verità nel suo racconto, che non è fissa, non è né oggettiva né soggettiva, ma che nel momento in cui compare la psicopatologia, è sbagliata! Sbagliata perché il paziente ci porta una storia, una sua versione dei fatti, ci porta una storia che è un tentativo di ridare un senso all'accaduto, ma quella storia che ci viene raccontata genera il sintomo e lo mantiene. Il paziente ci porta un racconto sbagliato” perché non essendo stato in grado di integrare “l'evento discrepante” in un racconto coerente, questo – l'evento discrepante - è diventato “altro da sé” generando la sofferenza. Compito del terapeuta è, pertanto, quello di comprendere quel punto di vista del paziente che ha condizionato la non integrabilità dell'evento nel fluire della sua esistenza e quello di restituirgli un testo alternativo che gli

permetta di integrare l'evento discrepante in un nuovo racconto. Interpretare, saper interpretare diventa per lo psicoterapeuta un'arte e l'ermeneutica è la teoria e l'arte dell'interpretare, cioè, in generale, di riportare un segno al suo significato; l'ermeneutica si profila come teoria generale dell'interpretazione di ogni tipo di testo. Il termine Ermeneutica deriva dal termine greco Hermeneuein ("interpretare, esporre") e fu anticamente associato al dio Hermes, portatore dei messaggi divini ai mortali. L'interpretazione di un testo/narrazione/racconto deve iniziare con una riflessione dell'interprete/terapeuta sulle proprie idee preconcepite, evitando il rischio di cadere sotto la suggestione che il suo personale punto di vista gli dà; egli corre il rischio che possa prepararsi un'anticipazione, non conforme alla narrazione del paziente. *"Siamo immersi in una pre-comprensione del mondo, fatta dalle idee, dalle convinzioni, dagli schemi, in una parola dai "pre-giudizi" ... "Il compito costante della comprensione risiede nell'elaborazione di una lettura proporzionata all'oggetto della comprensione stessa." ... "Ogni interpretazione di un testo deve dunque iniziare con una riflessione dell'interprete sulle proprie idee preconcepite, risultanti dalla "situazione ermeneutica" in cui egli si trova".* (H.G. Gadamer). Lavorare interpretando è come quando leggiamo un libro, cercando di capirne il senso; ci avviciniamo al libro con una precomprensione dei suoi contenuti, siamo in un'attesa di quello che leggeremo. Mano a mano che leggiamo modifichiamo le nostre attese, i nostri pregiudizi e li calibriamo in rapporto allo sviluppo del testo. È un processo continuo perché modificando e adeguando la nostra interpretazione, il testo ci apparirà in una nuova luce, che andrà nuovamente interpretata, in un gioco continuo di avvicinamento e allontanamento, conferme e smentite. Questo è il nostro operare!

ELEMENTI UTILI DALLA TEORIA NARRATIVA DI SEYMOUR CHATMAN

Storia e Discorso

Le narrative sono degli atti di comunicazione e ogni forma narrativa si compone di due parti:

- una Storia, cioè il contenuto e/o il concatenarsi degli eventi che comprendono le azioni e gli avvenimenti più gli "esistenti", che sono i personaggi e gli elementi dell'ambiente;

- un Discorso, cioè l'espressione, i mezzi attraverso cui viene comunicato il contenuto.

La storia è il *ciò* che viene comunicato, il discorso il *come*. Il discorso “enuncia” la storia e gli enunciati possono essere di Processo (il fare, l'avvenire) e di Stasi (nel modo dell'essere; qualcosa è semplicemente esistito nella storia).

- Un enunciato di Stasi può comunicare l'identità di un esistente o una sua qualità (identificazione e qualificazione).
- Un enunciato di Processo può *raccontare* o *rappresentare* un evento, a seconda del fatto che l'evento stesso sia presentato esplicitamente o no.

I due modi narrativi del raccontare (to tell) e del rappresentare (to show) sono profondamente diversi in quanto il *telling* porta una presentazione mediata (ad es. *mio padre mi vede arrabbiato*) perché è un racconto tradotto in cui la scena è condensata ed indiretta, mentre lo *showing* è una presentazione non mediata, è un racconto “puro” dove la scena è dialogata e mostrata (ad es. *io sono arrabbiato*). In psicoterapia la differenza tra *telling* e *showing* è importante in quanto il dialogo è la rappresentazione più “veritiera” di un evento, a differenza del raccontare il cui rischio è che è filtrato dal narratore/paziente. Gérard Genette, un critico letterario e saggista francese, a tal proposito scriveva: “*questa pretesa di mostrare è fortemente illusoria perché comunque noi facciamo un passaggio dal non-verbale al verbale*”, quindi secondo Genette *io non posso mai mostrarti una scena alla quale ho assistito in quanto tramuto in mezzo verbale un agire*. Queste considerazioni vanno tenute presenti nel lavoro di interpretazione terapeutica.

STORIA

Inferenza narrativa – Selezione – Coerenza

In una narrativa esistono sempre delle lacune dove rischiamo di inferire dei dettagli per riempirle e giustificare le discrepanze. E questo ci può fuorviare. Una narrativa comunque non può mai essere totalmente completa come una riproduzione fotografica. Chatman porta alla nostra attenzione il “pericolo” rappresentato dalla selezione DELLE scene e NELLE scene descritte dal narratore. Asserisce Chatman che la nostra mente cerca di continuo delle coerenze e se necessario se le

procura anche arbitrariamente. Questo fenomeno accade anche nel campo sensoriale, ad esempio trasformare una sensazione in una percezione. È estremamente intuitivo comprendere che il paziente mentre ci racconta il suo vissuto o gli accadimenti possa tendere a selezionare alcuni particolari rispetto ad altri particolari, può vedere ed enfatizzare delle cose e non altre e questo comportamento a mio avviso è un modo per mantenere l'identità! Per questo nel racconto che un paziente ci fa, occorre ricercare la coerenza del racconto, del personaggio, del testo, della sequela di eventi ecc. Scrive Chatman: *“In un quadro altamente realistico ciò che è mostrato è determinato da ciò che era visibile al pittore, il che dipende dalla sua distanza dalla scena dipinta. La scala, poi, controlla il numero dei dettagli... e virtualmente vi è un continuum infinito di dettagli immaginabili fra gli episodi, che di solito non sono espressi ma potrebbero esserlo...E tra le scanalature si vanno a recuperare o perdere un continuum infinito di dettagli.”*

Leggere e infraleggere

In inglese reading e reading out, dove out indica la capacità di estrarre gli elementi significativi dal racconto. Leggere è un'operazione dentro un livello mentre l'*infraleggere* è un operare tra i livelli, un decodificare passando dalle strutture di superficie alle strutture narrative profonde dando così un senso all'intero testo narrativo. Chatman ci avverte che è facile capire l'enunciato singolo; il difficile è dare senso all'intera narrazione del paziente. Dopo aver “letto” la storia, siamo in grado di decifrare il carattere del personaggio? O l'accaduto? Certamente ma anche questa operazione è estremamente delicata in quanto noi nel processo di deduzione corriamo il rischio di pre-sunzione.

Sequenza – Contingenza – Causalità

Sin dai tempi antichi gli eventi nelle narrative sono sostanzialmente correlati e concatenati: questa è una sequenza causativa dove esiste un rapporto causa-effetto (effetto manifesto/esplicito oppure latente/implicito). Gli eventi correlati con un rapporto causa/effetto a loro volta provocano altri effetti, fino all'effetto finale. Il rischio è che se due eventi non sembrano collegati in modo evidente, possiamo pensare che possano esserlo, la nostra mente cerca sempre di strutturare un senso compiuto ed operare un collegamento automatico. Chatman ci allerta anche sulla composizione dei fatti e degli atti che in una storia possono essere composti (dal narratore/paziente) o letti (dal lettore/terapeuta) in molti modi: alcuni possono

essere dettagliatamente dettagliati, altri omessi o solo menzionati. L'intreccio degli eventi può presentare gli avvenimenti della storia in ordine diverso. Se, per esempio, consideriamo il seguente mini-intreccio:

- 1) Peter si ammala
- 2) Muore
- 3) Non ha amici né parenti
- 4) Nessuno va al suo funerale

Esistono le seguenti diverse possibilità di intreccio ed interpretazione:

1-3-2-4 una possibile lettura interpretativa è che Peter si ammala e non avendo amici e parenti, nessuno se ne prende cura e muore ed essendo solo nessuno va al suo funerale.

3-1-2-4

In base a questa sequenza potremmo pensare che poiché Peter è un uomo solo, si ammala di depressione, potrebbe morire per suicidio o per inedia essendo solo e la prova che è solo è il fatto che nessuno va al funerale.

Chatman asserisce che un racconto può presentarsi anche come un racconto dalla sequenza pura, una descrizione di eventi che si succedono semplicemente, senza derivarne l'esistenza reciprocamente. Questo fenomeno è indubbiamente più frequente nella narrazione post-moderna piuttosto che in quella classica, ma noi psicoterapeuti potremmo leggerla come una incoerenza interna del paziente, segno di importante psicopatologia.

Completamento per verosimiglianza

Questo fenomeno spiega la tendenza del lettore a completare le lacune nel testo narrativo, a sistemare gli eventi e gli esistenti in un tutto coerente. Riportando questo concetto al nostro lavoro di psicoterapeuti diventa chiaro come dobbiamo sempre stare attenti a questa importante inferenza di significato che il completamento per verosimiglianza porta e che altera il significato della storia. Altro aspetto di questo problema è il paziente che dà per scontato che il terapeuta capisca (ad es. quando risponde "*mi sono comportato in modo normale*" ... fare attenzione che il concetto di normalità è così relativo!); oppure che il terapeuta

possa immaginare una reazione per verosimiglianza (ad es. il paziente che dice: *ma se lo può immaginare cosa ho provato!*)

Nuclei e Satelliti

Gli eventi in una storia non solo sono collegati logicamente ma anche gerarchicamente. Alcuni sono più importanti di altri ed hanno una determinata concatenazione rispetto agli eventi secondari che hanno una struttura differente. I nuclei sono i cardini del racconto e non possono essere tolti senza distruggere la logica narrativa e vanno differenziati dagli eventi secondari, detti satelliti, della trama che non sono essenziali nello stesso modo. I nuclei non richiedono l'esistenza dei satelliti per dare coerenza alla narrazione, mentre i satelliti completano ed arricchiscono il nucleo del racconto. Questo ci dice che l'interpretazione corretta degli eventi nella storia raccontata dal paziente con identificazione e comprensione degli elementi nucleari e la loro esatta collocazione nel tempo e nello spazio, è fondamentale nel nostro lavoro; in effetti è fuorviante scambiare un satellite per un nucleo perché cambierebbe completamente la direzione ed il senso della storia.

Il Tempo

La narrativa è la rappresentazione degli accadimenti in una sequenza temporale. La domanda che dobbiamo porci nell'analizzare un racconto è: *quando inizia il problema/il testo del paziente?* Perché importante e determinante per una corretta lettura del caso è capire la delimitazione del testo: l'inizio e la fine dell'azione narrativa, ad es. l'inizio potrebbe non coincidere con l'evento sintomatico, ma collocarsi da tutt'altra parte e questo condizionerebbe un'interpretazione errata. Teniamo presente che i pazienti non sanno collocare e collegare ed il paziente che sviluppa una cattiva comprensione dell'accaduto non riesce a raccontarsi e diviene sintomatico. Noi attraverso una corretta lettura del Tempo dobbiamo trasformare un racconto incoerente in una storia coerente ed intellegibile. Genette indagando il rapporto tra il tempo della storia e quello del discorso introduce una triplice distinzione, estremamente utile per noi: l'ordine, la durata, la frequenza.

Come già espresso sopra, indagare l'ordine temporale del racconto significa *“confrontare l'ordine di disposizione degli eventi o segmenti temporali nel discorso narrativo con quello di successione di quegli stessi eventi o segmenti temporali nella storia, dal momento in cui esso è implicitamente indicato dal racconto, o che lo si può inferire da tale o tale indizio indiretto.”*

La discrepanza temporale (definita da Genette “anacronia”) tra l’ordine della storia e l’ordine del racconto è una componente essenziale e strutturale.

Esistono due tipi di anacronie: la prolessi (il racconto anticipa un fatto che nella storia avviene in seguito: potrebbe essere legato all’impazienza da parte del narratore) e l’analessi (il racconto posticipa un fatto che nella storia è avvenuto prima: potrebbe essere dovuto a riparare una dimenticanza).

La durata è la velocità di un racconto e presenterà sempre delle variazioni di velocità. Esistono 5 possibilità:

- 1) riassunto (*il tempo del discorso è più breve del tempo della storia*: narratore condensatore frettoloso; scarso racconto per un evento di lunga durata);
- 2) ellissi (*il discorso si ferma, benché il tempo continui a passare nella storia*; questo tempo viene intuito ma non è descritto e può coincidere con uno stacco; è un tempo non registrato);
- 3) scena (*il tempo del discorso e il tempo della storia sono uguali*; qui i dialoghi sono in un discorso diretto libero);
- 4) estensione (*il tempo del discorso è più lungo del tempo della storia*; l’espressione verbale può durare più a lungo dell’evento stesso: ci vuole più tempo a dire i pensieri che a pensarli; effetto rallentamento; troppe parole per un fatto di poco conto o breve);
- 5) pausa (*uguale a (4), a parte che il tempo della storia è zero*; qui il narratore parla molto con pure descrizioni e commenti del narratore).

La frequenza si riferisce al rapporto tra un evento e quante volte viene narrato. Si dice 1) *singolativo* un racconto in cui viene narrato una volta ciò che è accaduto una volta; 2) *singolativo-multiplo*: stesso evento accaduto più volte: lunedì mi sono alzato presto, martedì mi sono alzato presto, mercoledì mi sono alzato presto e così via; 3) *ripetitivo*: che narrano n volte quello che è accaduto una volta sola; 4) *iterativo-durativo*, che narrano una volta quello che è accaduto n volte: tutti i giorni della settimana mi sono alzato presto.

Lo spazio

Tempo e spazio costituiscono le due coordinate fondamentali del racconto. Il tempo rappresenta la dimensione degli eventi della storia, mentre la dimensione degli esistenti è lo spazio. Come sottolinea Chatman, “*lo spazio della storia contiene gli*

esistenti, così come il tempo della storia contiene gli eventi". Ricordiamo che gli "eventi" indicano i fatti e le azioni narrate mentre gli "esistenti" indicano i personaggi e l'ambiente (lo spazio). Da tenere presente che nella narrativa verbale lo spazio è astratto e richiede una ricostruzione mentale. La dimensione spaziale assume un'importanza rilevante nella narrazione in quanto ambienta le vicende in senso geografico, storico e sociale - delineandoci il contesto in cui si svolge il racconto - esprime e fa da sfondo agli stati d'animo del personaggio, rende lo stato d'animo della narrativa e crea un'atmosfera. Il personaggio si muove nello spazio; i pazienti si muovono nello spazio; spazio che ci viene descritto ma che noi riportiamo e ricreiamo nello spazio del nostro occhio mentale. I dati verbali vengono ricostruiti attraverso l'immaginazione e ricomposti in un racconto; il passaggio dal verbale del racconto all'immaginazione della realtà che viene descritta è un passaggio "pericoloso" perché nella ricostruzione ci entriamo noi con il nostro punto di vista. A tal proposito Chatman dice: *"gli esistenti e il loro spazio vengono, per così dire, "visti" nell'immaginazione e trasformati da parole in proiezioni mentali"*. Non esiste una visione standard degli esistenti, ognuno si crea una propria immagine nello spazio dell'occhio mentale. *L'ambiente "ambienta" il personaggio, la figura e lo sfondo.* Nella trattazione dello spazio occorre tenere in conto il concetto di "distanza". La visione di un quadro varia in base alla distanza; nell'osservare un quadro l'avvicinarsi e l'allontanarsi da esso ci fornisce una differente visione dei particolari, delle angolature o della visione d'insieme. In base alla distanza dal quadro/scena narrata ricaviamo informazioni sul personaggio, sulla trama, sulla fluidità del testo, sui "buchi visivi" (le cose che non vediamo). L'effetto "zoommata" infatti ci aiuta molto nell'analisi di una scena raccontata.

Il Punto di vista

La distanza condiziona una diversa prospettiva e un diverso modo di focalizzare, entrambi concetti che ci richiamano il concetto di punto di vista (pdv): "io parlo sempre dal mio punto di vista" e in un racconto i pdv sono tanti! E attraverso il racconto che un paziente fa noi "sbirciamo" nella sua mente mentre mi riferisce dei contenuti, esprimendo così il suo pdv" e può accadere spesso che la focalizzazione non venga dal paziente (ma dalla mamma, dall'ideologia, ecc.). Inoltre, sempre restando nel concetto di pdv e di distanza possiamo dire che quando io racconto di me di 10 anni fa, lo faccio dalla percezione di me di adesso, non di me di 10 anni fa.

Ogni scelta di prospettiva, ogni distanza utilizzata comporta sempre un risultato, non è mai neutra. Quando si narra una storia è inevitabile operare delle scelte. Ci si può soffermare su alcuni aspetti mentre se ne trascurano altri; alcuni personaggi vengono approfonditi, altri semplicemente tratteggiati; ci si dilunga su un dettaglio e così via. Nel raccontare il narratore/paziente opera sempre delle scelte; nell'ascoltare l'ascoltatore/terapeuta rischia di operare delle scelte che indubbiamente porteranno la sua lettura del caso in determinate direzioni piuttosto che altre. Il narratore può raccontare gli eventi come fossero visti dall'alto, con distacco o essere descritti come se li vivesse dall'interno. In entrambi i casi comunque i fatti vengono filtrati attraverso la sensibilità individuale. A tal proposito Gérard Genette opera una distinzione tra focalizzazione interna ed esterna. Nella focalizzazione interna il narratore dice ciò che vede, pensa, prova, un personaggio, giudicandolo in base al suo punto di vista morale ed ideologico. Nella focalizzazione esterna il narratore si limita ad osservare imparzialmente i fatti, a registrarli, senza esprimere giudizi morali ed ideologici. I personaggi sono visti dal di fuori e comunque il narratore racconta ciò che l'ascoltatore potrebbe già sapere.

Il Personaggio

Con le parole di Chatman *“le storie esistono soltanto dove si presentano sia avvenimenti che esistenti (i personaggi) e non vi possono essere avvenimenti senza esistenti?”* altrimenti non avremmo un racconto. L'intreccio di una vicenda, lo “sfondo” temporale e spaziale avrebbero poco senso se non fossero funzionali al personaggio. Rispetto all'ampia trattazione sul tema di Seymour Chatman mi concentrerò solo su quegli aspetti che possono essere utili a noi terapeuti. Chatman riporta il pensiero di Todorov che distingue due ampie categorie narrative, una centrata sulla trama o psicologica e l'altra incentrata sul personaggio o psicologica:

- Narrativa psicologica, incentrata sulla trama, i personaggi sono “spogliati”, privati della scelta divenendo mere funzioni dell'intreccio. Per le narrative psicologiche le azioni hanno una propria esistenza come fatti indipendenti ed il centro di interesse è costituito dall'azione del vedere: quindi non X vede Y bensì Y è visto. Potremmo pensare al paziente che diviene oggetto di una terapia cosiddetta in 3° persona, dove l'attenzione non è rivolta al paziente come soggetto ed entità unica ed irripetibile ma diventa oggetto di una lettura ed un operare trasversale inerenti a sistemi a prescindere.

- Narrativa psicologica, centrata sulla persona, le azioni sono “espressioni” e persino “sintomi” e segni della personalità. Nella narrativa psicologica il personaggio ha diverse capacità di movimento, è vivace, ha diverse possibilità di essere e l'azione che segue non è scontata, ad es. poiché il tratto è questo, l'azione è questa! Le azioni possono essere varie. Importante nel ricostruire una storia è che ci rendiamo conto se un paziente è capace di diversi movimenti rispetto ad un tratto che possiede o se non vede altre potenzialità/prospettive e si comporta sempre nello stesso modo. Ad esempio, un paziente geloso che può perseverare in un medesimo comportamento oppure gestirsi la sua gelosia in tanti modi.

Il Tratto

Il tratto è la qualità stabile e costante del personaggio. Il personaggio è caratterizzato dall'*essere*, cioè l'insieme delle sue qualità, dal *fare*, l'insieme delle sue azioni, dal *vedere*, la prospettiva da cui osserva la realtà, dal *parlare*, gli atti linguistici di cui è soggetto od oggetto. Nell'analisi del racconto del paziente possiamo osservare gli stessi tratti che si ripetono spesso; oppure tratti nuovi che emergono e ci sorprendono, ma di cui farci carico nella lettura; tratti sovrapponibili, tratti separati. I tratti devono spiegare le azioni; se questo non accade ci dobbiamo mettere in allerta per cercare delle spiegazioni. Dice Percy Lubbock: “*non vi è niente di più facile che crearsi l'idea di un essere umano, di una figura e di un personaggio, da una serie di cenni e di aneddoti?*”. La portata di questa affermazione nel nostro lavoro è tanta, perché se in seduta mal gestisco un tratto posso fuorviare la ricostruzione della storia! Per quanto concerne i tratti psicologici E. M. Forster fa distinzione tra personaggi a “tutto tondo” e “piatti”.

- I *personaggi a tutto tondo*, sono detti anche multidimensionali, hanno una varietà di tratti, che possono essere anche conflittuali tra loro e contraddittori. Sono dei personaggi capaci di sorprenderci, non prevedibili, mutevoli; sono aperti, suscettibili di sviluppo.
- I *personaggi piatti*, sono detti unidimensionali, dotati di un solo tratto o comunque pochi tratti largamente prevedibili; il personaggio piatto possiede una chiara direzione, spesso una sola direzione dell'azione, chiara.

Altri autori parlano anche di personaggi cinetici o in evoluzione (che nel corso della vita possono subire un radicale mutamento con conseguenti trasformazioni comportamentali) e statici (che non subiscono mutamenti e le cui caratteristiche

rimangono immutate; qui la staticità non ha a che fare con i tratti psicologici (un personaggio statico può avere sbalzi di umore) ma con i mutamenti profondi.

DISCORSO

Il discorso è il “*come*” (*how*) viene enunciata una storia rispetto al “*cosa*” (*what*) della narrazione. È l'insieme dei mezzi con cui la si racconta. Nell'analisi del “*come*” occorre tenere presente la focalizzazione, la voce, la durata, la frequenza. Possiamo avere diverse forme di discorso:

- *Discorso narrativizzato* o raccontato in cui il narratore riassume parole, gesti, e sono introdotti dai verbi “disse”, “pensò”, ecc. è una forma narrativa che pone distanza; riduttiva. La riformulazione o il riassunto, ad opera del narratore, può avvenire anche in modo arbitrario. Attraverso il discorso narrativizzato non abbiamo la capacità di raggiungere gli elementi di una storia, di distinguerne i dettagli.
- *Discorso trasposto in modo indiretto* in cui il narratore riassume ma citando le parole dei personaggi in modo più o meno arbitrario. È una forma di discorso che non dà all'ascoltatore alcuna garanzia, nessuna certezza di fedeltà alle parole perché c'è sempre l'interpretazione di chi ha ascoltato e riferisce. È più mimetico e meno distante.
- *Discorso trasposto in stile indiretto libero* in cui il personaggio parla o pensa attraverso la mediazione del narratore; le sue parole o i suoi pensieri non sono introdotti da un “sintagma di legamento” cioè manca il verbo dichiarativo (disse, pensò, ecc). Si può creare un po' di confusione su chi parla! Questo stile non è affatto legato obbligatoriamente alla partecipazione simpatetica.
- *Discorso riferito diretto* che è il più mimetico dove il narratore cede la parola al personaggio e qui è evidente che è il discorso del personaggio che parla senza perifrasi o mezzi indiretti. È questa una modalità espressiva che io utilizzo spesso in terapia perché è una modalità che mi permette di accedere maggiormente alla “verità” in quanto il paziente qui parla in prima persona e anche nel descrivere gli altri personaggi non introduce “sintagmi di legamento”.

Vorrei concludere dicendo che nella mia esperienza da psicoterapeuta l'Ermeneutica mi ha dato molti spunti di riflessione e permesso di avvicinarmi al paziente e "interpretare" con molta più consapevolezza. Spero di essere stata in grado di comunicare al lettore questa mia passione per l'analisi narrativa.

Riferimenti bibliografici

Chatman S: Storia e discorso. La struttura narrativa nel romanzo e nel film. NET, Milano, 2006

Genette G: Figure III. Discorso del racconto. Einaudi, Torino, 1987

Gadamer HG: Il problema della conoscenza storica. Guida, Napoli, 1969

Todorov T: Poetica della prosa: le leggi del racconto. Bompiani, Milano, 1995

Zappella L: Piccolo manuale di analisi narrativa. Bergamo, 2011

Corrispondenza

Immacolata d'Errico

via Libertà 53, 70123 Bari

tel.: 347 3304787 - *e-mail:* immalibera@gmail.com

BURNOUT NELLE FAMIGLIE DI PAZIENTI PSICHIATRICI: IL CARICO EMOTIVO E PSICOLOGICO DELLE FAMIGLIE “TRAUMATIZZATE”.

Francesco Franza

Direttore Struttura Riabilitativa Psichiatrica “Villa dei Pini”, Avellino.

Presidente EDA Italia Onlus; Associazione Neamente

Riassunto

I familiari che assistono persone affette da problemi cronici di salute possono essere colpiti da burnout. Una persona che assiste una persona sofferente, al di là del ruolo professionale, è generalmente indicata con il termine di “caregiver”. La definizione di burnout nelle famiglie è abbastanza recente, perché la psicologia del trauma ha ignorato per lungo tempo un ampio segmento di soggetti traumatizzati e disabili (familiari e altri assistenti delle “persone sofferenti”). L'intervento sulle famiglie richiede tecniche psicoterapetiche familiari eseguite da professionisti esperti. Uno dei modelli più comuni di intervento si basa sul principio che l'unità di osservazione per la comprensione del disturbo non è il singolo individuo ma la relazione tra individui.

INTRODUZIONE

L'assistenza familiare ad una persona sofferente di una patologia cronica invalidante può essere caratterizzata da complessi sistemi di esperienze, di emozioni, di cambiamenti, di opportunità, di fatica e di stress che possono manifestarsi in coloro che “assistono”. Essi sono spettatori di una serie di eventi, a volte inattesi, che possono causare la comparsa di sentimenti ed emozioni che

variano da quelli più semplici ed immediati, quali preoccupazione, apprensione ed allarme, fino a quelli più complessi e specifici quali rabbia, disperazione, senso di abbandono, di solitudine, di impotenza e di incapacità. Le conseguenze, spesso inevitabili, sulle loro storie personali attuali e future e sul processo di cura sono state poco stimare e poco valutate, benché risultino gravose e invalidanti (Ursini, Nardini, 2010). Colui che assiste una persona sofferente, al di là del proprio ruolo professionale viene definito con il termine “*caregiver*”; termine che identifica un individuo che si prende cura di un soggetto dipendente e/o malato e/o disabile. Il *caregiver* può indicare qualsiasi “*persona che aiuta a rispondere ai bisogni di un soggetto dipendente*”, o “*persona che interviene nel diagnosticare, nel prevenire e nel trattare la malattia e/o la disabilità*” (Stajduhar & Cohen, 2009). I *caregivers* possono essere distinti in due categorie: professionali e non professionali. In questo secondo gruppo sono compresi i componenti della famiglia della persona affetta da patologia fisica o mentale. “*Concettualmente, il termine “burnout” nelle famiglie può sembrare «suonare strano»*” osservava Figley CR (1998). “*Dopo tutto la definizione di burnout sta ad indicare un termine con il significato tecnico di “interruzione della parte alimentata di un razzo con esaurimento del propellente”* (Random House Dictionary). Allo stesso modo, il burnout nelle famiglie può essere considerato come un segnale che indica che un membro della famiglia è “*rimasto senza gas*”.

L'utilizzo della definizione di burnout nelle famiglie è piuttosto recente, anche perché “*il campo della psicologia del trauma ha involontariamente ignorato per molto tempo un grande segmento delle persone traumatizzate e disabili: la famiglia e gli altri assistenti delle «persone sofferenti»*”. Ciò ha determinato “*in altre parole, che i caregivers familiari... siano stati ignorati, pur essendo coloro che soffrivano, essendone in diritto, per amore verso una persona traumatizzata*” (Figley 1983).

In accordo con il modello di Maslach “...il *burnout* non riguarda solo le parti impegnate in specifiche professioni sociali e sanitarie, ma tutti coloro che si prendono cura delle persone o lavorano a stretto contatto con le persone per lunghi periodi di tempo, sottolineandone, tuttavia, la specificità per tutte le professioni d'aiuto” (Maslach 1982). Un *caregiver* è, quindi, un professionista, un volontario, un familiare, che assiste una persona affetta da una grave patologia, spesso, cronica, e che può essere esposto ad una serie di fattori stressanti, definiti carichi (*burden*). I “*carichi*” che si ricadono sulla famiglia sono particolarmente rilevanti e gravosi, vengono percepiti come “un macigno”, con conseguenze negative sulla vita di relazione interpersonale, familiare e sociale.

BURNOUT NELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Come per altre strutture organizzative, quella familiare può essere soggetta a malfunzionamento che determina lo sviluppo di stili di vita inadeguati e il burnout nei propri membri. Tra i diversi fattori critici sono stati evidenziati il sovraccarico di lavoro, la disorganizzazione generale della struttura familiare, l'ambiguità del ruolo di ciascun componente del sistema, una struttura gerarchica disfunzionale, la mancanza di attenzione alle risorse umane e, infine, le difficoltà economiche.

A questi fattori si aggiungono gli eventi traumatici che sono responsabili dell'insorgenza di un notevole stress nel sistema familiare. La differenza più importante rispetto alle altre strutture organizzative è che, tuttavia, è che dal sistema organizzativo familiare non si può fuggire, si è costretti a restare nell'ambito della propria casa, nei confini del proprio ruolo dovendo avere ogni giorno, incessantemente, uno stretto contatto con il "*proprio caro*" malato e bisognoso di cure.

In tutte le strutture organizzative, e in particolare nelle strutture sanitarie, il cliente è ospitato, ascoltato, curato e, infine, "*dimesso, congedato*". Alla fine del percorso assistenziale c'è, quindi, la separazione dal cliente. La fase del distacco dalla persona assistita, invece, non può essere presente in ambito familiare. Il sistema familiare così sperimenta un ciclo continuo in cui tutto si perpetua, si rigenera, che a volte svilisce mentre altre volte si arricchisce di nuovi esiti, di speranze e di aspettative spesso deluse, di emozioni e di carichi "insopportabili".

Quando questi carichi diventano insostenibili, quando falliscono le strategie di adattamento e di coping, esplodono i sintomi fisici, psichici e comportamentali caratteristici del burnout, spesso associati ad una "*ritirata psicologica*". Vi è una perdita dell'entusiasmo, dell'interesse e del senso di responsabilità per il proprio ruolo (e/o professione), per il proprio lavoro e per il proprio compito. Si stabilisce "*...una strategia di adattamento che ha ripercussioni negative sia per la persona sia per l'organizzazione*". (Giorgi *et al.*, 2016).

Uno dei principali meccanismi che entra in gioco in questo sistema difensivo è l'intelligenza motiva.

Cherniss e Coleman (2007) hanno evidenziato l'importanza della relazione dell'intelligenza emotiva nella gestione del carico lavorativo. L'intelligenza emotiva indica la capacità di percepire, esprimere e riconoscere le emozioni ed esser capace

di regolarle verso sé stessi e verso gli altri, soprattutto se l'altro è un proprio familiare. Al di là dei diversi modelli che hanno lo scopo di spiegare il costrutto dell'intelligenza emotiva, gli autori sottolineano che la conoscenza dei meccanismi che incoraggiano e impediscono l'intelligenza emotiva è importante nella gestione del carico emotivo del caregiver. Secondo Cherniss e Goleman, una non adeguata intelligenza emotiva contribuisce a una organizzazione inefficace, influisce sulla scarsa qualità della assistenza offerta, ad un impegno inadeguato, sulla morale e sulla salute psicofisica del caregiver.

FATTORI DI VULNERABILITÀ NELLE FAMIGLIE

Sono stati descritti diversi fattori di stress di vulnerabilità nei *caregiver* di familiari. Tra i principali fattori di vulnerabilità nei membri della famiglia ci sono ansia e depressione (Descilo et al., 2017; Sander et al., 2003). Esiste una correlazione significativa tra paziente e stato emotivo del *caregiver*. L'ansia e la depressione del paziente e del *caregiver* si sviluppano in simultaneità e sono risultate più elevate nei *caregiver* familiari rispetto a quelle in una popolazione familiare non assistenziale.

I sintomi ansiosi e depressivi hanno un forte impatto sul carico del caregiver. Le famiglie più giovani hanno un aumentato rischio di burnout e quando si aggiungono problemi finanziari uno scarso sostegno sociale e una non adeguata rete sociale, la normale vita quotidiana viene gravemente compromessa. Altri fattori di rischio in famiglia sono il basso status socioeconomico e la conflittualità all'interno del team di cura (Sady et al, 2010).

STRATEGIE FAMILIARI

Quando i componenti della famiglia traumatizzata hanno livelli elevati di stress, l'intero ambiente familiare rimane coinvolto. Questa famiglia può essere descritta come "*famiglia con burnout*". Con la perdita dell'autostima, il membro della famiglia comincia a ritenere di non essere in grado di fornire l'assistenza necessaria; di non essere in grado di svolgere i suoi compiti e di risolvere le difficoltà quotidiane. I membri della famiglia non sono più in grado di controllare lo spazio, perdono il controllo del proprio ruolo e si sentono "sopraffatti" dal loro lavoro. (Eklund et

al., 2018). Come risposta il caregiver sceglie un modo specifico in cui affrontare lo stimolo stressante. Il *coping* è descritto come lo sforzo di un costante cambiamento cognitivo e comportamentale per gestire specifiche domande interne ed esterne che sono percepite come onerose o eccessive in relazione alle risorse dell'individuo. Ogni famiglia sviluppa la propria strategia di coping per gestire la "*inquietudine familiare*". Quando questo tentativo di ristabilire un equilibrio fallisce, la famiglia sviluppa la crisi. Ad esempio, un bambino con disturbo altamente invalidante costituisce una grave violazione dell'omeostasi familiare. Tuttavia, la famiglia sembra possedere un maggior grado di protezione perché tende ad essere più incline e motivata a tollerare un livello più elevato di stress. Il sistema familiare agisce anche come sistema osmotico. Una serie di diversi comportamenti di coping è nota come "*strategia di coping*".

Le strategie di coping più comuni nelle famiglie sono focalizzate sulle emozioni, descritte in letteratura come il rifiuto e la rimozione o l'evitamento; spesso cercano rifugio in forme di abuso (alcol e droghe). L'uso di ansiolitici e farmaci ipnotici nella "famiglia traumatizzata" è molto alto, più del doppio della popolazione generale [26-28]. I membri della famiglia sospendono le relazioni con il mondo circostante per evitare di dare spiegazioni. Il divorzio può essere visto con un senso di fuga dalla situazione e un meccanismo di coping focalizzato sulle emozioni. La decisione di divorziare può essere, a sua volta, fonte di colpa e ansia per il rifiuto sociale (Morgan, 2019).

Anche la fede è un meccanismo di coping orientato sulle emozioni che spesso è la base per un coping efficace. Una possibile spiegazione è che l'aiuto con la preghiera porta a uno stato di tranquillità, ad un riposo emotivo che fa riflettere i membri della famiglia su come adattarsi e risolvere i loro problemi (Steinhorn et al., 2017).

L'interruzione e l'abbandono del posto di lavoro sono stati studiati in letteratura come strategia di coping centrata sul problema. Ma questa tecnica piuttosto che ridurre, aumenta lo stress. Un membro della famiglia che lascia il lavoro diventa più isolato socialmente e con il deterioramento della situazione economica. La ricerca di sostegno sociale, spesso di beneficenza, è una strategia di coping dei problemi frequentemente utilizzati e che ha un impatto positivo sulla nostra vita stressante.

GESTIONE DEL BURNOUT DELLE FAMIGLIE

Gli interventi psicoeducativi sono tecniche che forniscono informazioni sulla malattia, aiutano l'individuo a imparare a sviluppare tecniche di problem-solving; acquisiscono strategie e capacità di coping, migliorano la comunicazione, affrontano i conflitti, riducono l'ipercriticismo, iper-emotivo e l'ostilità nei confronti del paziente [Magliano et al, 2006]. Riducono, inoltre, le aspettative dei membri della famiglia malata, aumentano le reti di supporto sociale e riducono il carico familiare. In questa area è inserito il ruolo degli operatori sanitari e, in particolare, dello psicoterapeuta. Possono, infatti, fornire le informazioni e le basi sulle strategie e le tecniche per migliorare la gestione dei pazienti. Possono identificare il problema primario, sostenere il caregiver e, infine, usare un approccio comunicativo e flessibile soprattutto nelle famiglie dove la compliance e l'accettazione della malattia sono scarse.

L'intervento sulle famiglie richiede tecniche psicoterapeutiche familiari e di psicoeducazione familiare (Miller-Graff et al, 2016) eseguite da professionisti esperti. Uno dei modelli più comuni di intervento si basa sul principio che l'unità di osservazione per la comprensione del disturbo non è il singolo individuo ma la relazione tra gli individui. Come principio generale per gli operatori sanitari è stato evidenziato che quando un membro della famiglia ha una reazione psicologica ad un evento traumatico, il supporto sociale tra i membri della famiglia può prevenire il disturbo da stress post-traumatico e i disturbi secondari agli stressanti. Sfortunatamente, molti membri della famiglia hanno difficoltà a fornire aiuto reciproco e possono impegnarsi in una "lotta senza" fine alla ricerca di strategie per risolvere una crisi.

L'operatore deve essere consapevole che con il suo lavoro è parte di un sistema con regole e equilibri e deve testare e analizzare i cambiamenti imposti dalla malattia. Deve imparare ad affinare le capacità di ascolto e di osservazione al fine di acquisire le informazioni necessarie per identificare le modalità di intervento più adeguate ed efficaci. Deve imparare a non esprimere giudizi, perché non è necessario determinare "*chi ha torto o chi ha ragione*" e "*chi è buono o cattivo*", poiché la storia e l'equilibrio del sistema familiare non sono noti. È essenziale "*fotografare*" la situazione, capire i problemi e le forze del sistema. Il raggiungimento di questo scopo è quello di rendere possibile la costruzione di un efficiente sistema di supporto, formato da persone consapevoli dell'importanza del proprio ruolo e

dell'addestramento adeguato, che permettere di sfruttare le capacità individuali e di comprendere le peculiarità del disagio lavorativo. L'operatore, quindi, deve imparare ad osservare e ascoltare non solo il paziente, la famiglia, ma anche se stesso, al fine di afferrarne le potenzialità, ma anche i limiti, per prevenire o almeno ridurre il rischio di burnout. Verhaegen et al. (2007) hanno concluso che i membri delle famiglie non ricevono l'attenzione e l'interesse indispensabile e che gli operatori sanitari spesso soddisfano i bisogni dei membri della famiglia in modo inadeguato e superficiale, sebbene vi sia un consenso generale che il coinvolgimento di "*famiglie traumatizzate*" abbia un effetto positivo sulle famiglie, sui pazienti e sull'intero sistema sanitario.

Va sottolineato, infine, che la presenza di sintomi psichiatrici, come i sintomi depressivi o ansiosi, che soddisfano i criteri delle classificazioni diagnostiche internazionali (DSM e ICD) richiede un intervento farmacologico. Questa misura deve essere considerata anche in associazione con le tecniche psicoterapeutiche, quando necessario.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta sulle reazioni psicologiche dei membri della famiglia di pazienti "*traumatizzati*" ha iniziato a chiarire i meccanismi del complesso sistema di emozioni, di cambiamenti, di opportunità, di fatica e di stress che rende questo sistema organizzativo assistenziale particolarmente vulnerabile.

Un efficace supporto da parte di esperti di salute riduce lo stress incoraggiando i membri della famiglia a lavorare insieme in modo efficace. Il lavoro sulle famiglie diventa parte di un processo di riabilitazione. Sono urgentemente necessari modelli di sostegno e assistenza a lungo termine che possano alleviare l'onere dei membri della famiglia.

La ricerca futura dovrebbe essere diretta alle modalità di reazione del sistema familiare e rivolta a ciascun membro della famiglia. Può anche essere importante indagare sulla tipica ambivalenza tra i membri della famiglia sul trauma del paziente; ad esempio, la speranza e la disperazione, fattori che si influenzano a vicenda. La ricerca sulla genesi e l'evoluzione della reazione dei membri della famiglia al trauma e l'inizio dei prossimi passi sembrano essere necessari. In questo breve e riassuntivo lavoro non sono stati valutati tutti gli aspetti del problema e sono necessarie

ulteriori ricerche per consentire la creazione di programmi di intervento più efficaci e mirati.

Bibliografia

- Cherniss C & Goleman D: *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select For, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations* 1st Edition. Jossey-Bass; 1 edition, 2007
- Davis LC, Sander AM, Struchen MA, Sherer M, Nakase-Richardson R, et al.: Medical and psychosocial predictors of caregiver distress and perceived burden following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 2009; 24: 145-154.
- Descilo T, Fava N, SL Burke SL, Costa, Swanson A, Figley C: The effect of Traumatic Incident Reduction on posttraumatic stress symptoms, anxiety, depression, and success expectancy in a community agency setting. *Research on Social Work Practic*, 2017; 1-9
- Eklund R, Kreicbergs U, Alvariza A, Lövgren M: The family talk intervention in palliative care: a study protocol. *BMC Palliat Care*, 2018; 23;17(1): 35.
- Figley CR & McCubbin HI: *Stress and the Family, Volume II: Coping with Catastrophe*. New York: Brunner/Mazel, 1983
- Figley CR: *Burnout in Familie*. Figley CR, ed, Taylor & Francis, 1988
- Giorgi G, Mancuso S, Fiz Perez F, Castiello D'Antonio A, Mucci N, Cupelli V, Arcangeli G: Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *Int J Nurs Pract*, 2016; 22: 160-8.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M: Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv.*, 2006; 57: 1784-1791.
- Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982
- Miller-Graff LE, Cummings EM, Bergman KN: Effects of a Brief Psychoeducational Intervention for Family Conflict: Constructive Conflict, Emotional Insecurity and Child Adjustment. *J Abnorm Child Psychol*, 2016; 44:1399-1410
- Morgan DHJ. *Family Troubles, Troubling Families, and Family Practices*. *Journal of Family Issues*, May 2019
- Sady MD, Sander AM, Clark AN, Sherer M, Nakase-Richardson R, et al.: Relationship of preinjury caregiver and family functioning to community integration in adults with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 2010; 91:1542-1550.

- Sander AM, Sherer M, Malec JF, High WM Jr, Thompson RN, et al.: Preinjury emotional and family functioning in caregivers of persons with traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil, 2003; 84: 197-203.
- Stajduhar K, Cohen R: Family caregiving in the home. Family Cares and Paliative Care. Oxford University Press, 2009
- Steinhorn DM, Din J, Johnson A: Healing, spirituality and integrative medicine. Ann Palliat Med, 2017; 6: 237-247.
- Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MS, Grypdonck MH: The process and the meaning of hope for family members of traumatic coma patients in intensive care. Qual Health Res, 2007; 17: 730-743
- Ursini G, Nardini M: Lo stress dei caregiver in corso di malattie psichiatriche. Edit Symposia Psichiatria, 2010; Special Edition

Corrispondenza

Francesco Franza

Psichiatra

Associazione Neamente, Associazione EDA Italia ONLUS

e-mail: franza@neamente.it

IL CORPO CHE SOFFRE: MANIPOLAZIONE E DISAGIO NEI DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

Maria Rosaria Juli

Family Counseling of Foggia, Italy

Riassunto

Qual è il significato che i ragazzi di circa 16 anni attribuiscono al piercing e al tatuaggio? Quali sono le ragioni profonde, affettive e relazionali, che giustificano l'esplosione di questa "moda" tra gli adolescenti? La recente diffusione di queste pratiche proprio tra i giovani e i giovanissimi ha offerto l'occasione per riflettere sul valore attribuito alla manipolazione del corpo nel contesto attuale della crescita adolescenziale. Il corpo dipinto, forato, inscritto attraverso il piercing, il tatuaggio ed altre manipolazioni affini, esprime una intenzione comunicativa, la cui forza è testimoniata dalla violenza stessa di queste pratiche. Il senso del messaggio rischia tuttavia di rimanere oscuro agli adulti, che mancano degli strumenti per decodificarlo. L'autolesionismo esordisce come espressione generalizzata di una mancata integrazione tra l'individuazione del sé e l'alienazione del proprio corpo, determinando sentimenti conflittuali e scissi. Molti manifestano un comportamento generalizzato di mancanza di rispetto, disapprovazione, disconferma, svalutazione dell'Io corporeo, di cui il gesto autolesivo rappresenterebbe una espressione particolarmente drammatica. La variabilità che caratterizza le manifestazioni di autolesionismo impedisce di ricorrere ad una definizione universale, valida in qualunque circostanza, e rivela invece la flessibilità concettuale dell'autolesione che si presenta come un prodotto peculiare dell'attuale epoca storica. In una società che accetta sempre più svariate forme di intervento trasformativo sulla fisicità di ciascuno, dove piercing e tatuaggi, un tempo ritenuti atti barbarici, sono ormai divenute pratiche ordinarie, una distinzione tra ornamenti e autolesioni diviene necessariamente confusa (Levenkron,

S. 1998). *La falla dell'Io viene tamponata occlusa frenata inutilmente attraverso qualunque mezzo (cibo, alcool, sostanze, autolesionismo, shopping, cleptomania) perché la posta in gioco non è in realtà solo la forma del corpo ma la possibilità di evitare la dissoluzione del Sé. Autolesionismo e DCA hanno molti fattori comuni: sono comportamenti impulsivi, ritualistici, nascosti, caratterizzati da vergogna e sensi di colpa, sono esperienze che utilizzano il corpo per risolvere conflitti psicologici e sentimenti di tensione, rabbia, solitudine e vuoto. Le due sindromi denunciano una immagine distorta ed un profondo disprezzo del proprio corpo, vissuto come un nemico da combattere, punire ed anestetizzare. Il corpo che si ammala è il corpo che appartiene ad una persona, molto spesso ad un adolescente. Il cibo e l'ossessione per la forma del corpo assumono un valore fondamentale perché sostanziano la struttura identitaria, precaria, traballante, di personalità in corso di evoluzione. L'attaccamento al sintomo, è comprensibile solo in questa ottica, non sarebbe altrimenti spiegabile questa ricerca autolesiva, ritualizzata ad oltranza, se sotto non ci fosse la paura del disgregamento dell'Io. Il corpo diviene il rifugio, il teatro dove sperimentare le emozioni che nella vita non si riescono a tollerare. Il problema che ruota intorno alla vita emotiva è proprio questo: sentiamo che non possiamo controllare le nostre emozioni, e incapaci di sostenerle dall'interno, tentiamo un controllo esterno. Tutti gli adolescenti vivono le trasformazioni puberali in maniera problematica, poiché accettarle richiede l'integrazione cognitiva del proprio corpo in una immagine positiva*

INTRODUZIONE

Il corpo è il luogo dove si esprime il potere; è il corpo aggredito, sedotto, decifrato, insidiato, manipolato da chirurghi plastici, osannato e divinizzato da teen ager di tutto il mondo occidentale. A partire dagli anni settanta si sono diffuse pratiche più o meno aggressive di intervento sul corpo come ad esempio tatuaggi e piercing. I giovani scrivono sulla loro pelle, considerano normale la chirurgia estetica, investono esagerando sul cambiamento estetico, da cui fanno dipendere la loro felicità. Se con i graffiti l'adolescente maschio dipinge il proprio marchio di identità sui muri, con la body art c'è un messaggio impresso direttamente sul proprio corpo, come se fosse un quadro vivente, fino a ricorrere a pratiche più violente per personalizzare il corpo; è il caso del branding, marchio a fuoco la pelle incidendo con un ferro rovente scritte, numeri, disegni, simboli; lo scaring, che produce con tagli in profondità cicatrici artistiche, fino ad arrivare con le forme di body art più estreme, agli innesti sotto pelle di titanio, al pearcing che attraversa in senso orizzontale il glande, al taglio della lingua per renderla biforcuta. Nell'età in cui è

più forte l'esaltazione estetica, secondo Charmet: "le adolescenti maltrattano il proprio corpo con tagli, cicatrici, piercing, sfogano la propria rabbia contro quel fisico a cui tanto tengono, così come da piccole riversavano le proprie sofferenze sulla bambola più amata, tagliandole i capelli o facendola in pezzi". Sono ferite simboliche simili a quelle che si autoinfliggono i cutters, giovani spinti dall'impulso irrefrenabile a farsi del male, che si tagliano, si bruciano, si feriscono non per esibire al mondo, un mondo firmato, ma per lenire segretamente la propria angoscia incidendo sulla pelle, cicatrice dopo cicatrice, la mappa di un opaco dolore, che non trova parole per esprimersi. Ma mentre il cutting è l'espressione di un disagio psichico che assume una dimensione corporea, come succede sempre più spesso nelle forme di disagio giovanile, la body art ha quasi sempre un significato positivo anche nelle sue forme più cruente: il dolore inflitto dal bisturi, dal ferro rovente e dal punteruolo equivale in qualche modo ai riti tribali di passaggio all'età adulta. Dal tatuaggio al pearcing fino alle sue forme più innovative e bizzarre, la body art affascina molti ragazzi non tanto per il suo impatto provocatorio, esibizionistico, ma assume un nuovo linguaggio collettivo. Il corpo diviene il rifugio, il teatro dove sperimentare le emozioni che nella vita non si riescono a tollerare. **Tattoo e piercing** sono la forma più comune di **body modification**, ovvero quel desiderio di trasformazione, decorazione, abbellimento del proprio corpo troppo spesso liquidato come un "**capriccio adolescenziale**" ma che spesso nasconde qualcosa di diverso dall'adeguarsi a una semplice **moda passeggera (Borgia L., 2005)**. In alcune patologie mentali tipiche dell'adolescenza, come i Disturbi della Condotta Alimentare, esiste un isolamento dell'anima a cui corrisponde un estranearsi del corpo. In questa solitudine il corpo non è più vissuto come proprio, quello che rimane è lo scarto di una differenza tra il corpo idealizzato ed il corpo oggettivato. La dimensione di essere il proprio corpo e incontrare altri corpi nel mondo è compromessa, l'unica forma di conoscenza possibile è affidata all'impoverimento della soggettività per tentarne un recupero su di un piano astratto. I ragazzi vivono nella sospensione temporale, il futuro è compromesso e il passato è demonizzato, quello che resta è un presente reso eterno da un attimo indefinitivamente sospeso. Il nucleo psicopatologico dei Disturbi della Condotta Alimentare è la valutazione eccessiva della forma del corpo, del peso e del loro controllo; ciò vuol dire giudicare il proprio valore principalmente o esclusivamente in base alla forma e al peso e alla capacità di controllarli. Nel 1990 Gordon ha definito il problema una "epidemia sociale", sembra infatti che questo disagio colpisca oggi quattro milioni di persone in Italia e decine di milioni di giovani nel

mondo si ammalano ogni anno. I Disturbi della Condotta Alimentare affliggono prevalentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile in un rapporto di 10:1 e nella fascia d'età delle giovani tra i 12 e i 25 anni la patologia colpisce il 10% della popolazione; secondo il Ministero della Sanità su cento ragazze in età adolescenziale, dieci soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione. Negli ultimi dieci anni sono comparsi anche se in misura ridotta nuove espressioni della patologia alimentare, ad esempio la Bigoressia e l'Ortoressia ed altri disturbi infantili severi e difficili da trattare. I Disturbi dell'Alimentazione e della nutrizione hanno eziopatogenesi multifattoriale e pertanto vanno considerati fattori psicologici, evolutivi, biologici e socio-culturali (M.R., Juli 2012), non a caso i disturbi sono stati definiti da Russel: "patoplastici", cioè sono disturbi mutevoli adattabili e flessibili ai cambiamenti storici.

BREVE STORIA DEL CORPO

All'inizio della vita il neonato deve integrare il proprio Io corporeo con il proprio Io psichico. In un primo momento il corpo gli è estraneo, come testimonia la reazione che ha alla vista delle proprie mani, dei propri piedi che agita con un meraviglioso stupore. Il neonato tratta le parti del suo corpo come se fossero oggetti esterni, solo dopo molto tempo e con l'aiuto della madre, le parti sono riunificate sotto i controllori di una entità psichica che riceve tutte le sensazioni di piacere e di dolore a partire da queste parti separate. Questo processo si instaura attraverso l'identificazione con il corpo, che non è quindi data, ma costruita. Quella che chiamiamo immagine del corpo è il risultato di una interpretazione soggettiva del sembiante, interpretazione data da una serie di elementi di natura cognitiva, emotiva, di pensieri e di sentimenti (Montecchi,1998). L'immagine mentale del corpo si costruisce nel corso della vita già sin dai primi giorni. La base è garantita dai rapporti iniziali con le figure di accudimento; gli incontri della vita, il gruppo dei coetanei, le prime esperienze sentimentali e sessuali, la cultura nella quale si cresce concorrono a dar vita all'immagine mentale del corpo e alla soddisfazione – insoddisfazione per il proprio aspetto. Sin dal Medioevo la tematica del corpo ha comportato diverse visioni, spesso anche contraddittorie, si è parlato di un corpo glorificato, represso, esaltato e respinto. È proprio durante questo periodo che scompaiono tutte le forme manifeste di godimento del corpo, la donna viene demonizzata, la sessualità controllata, il lavoro manuale svilto, l'omosessualità

messa al bando. Il corpo è considerato il carcere e il veleno dell'anima. Negli anni, molti autori hanno evidenziato connessioni tra comportamenti di Sante e donne medioevali e l'esperienza del corpo nella psicopatologia della moderna anoressia mentale. Tuttavia le mistiche con la negazione alla corporeità ricercano l'Assoluto e le pratiche corporali sono state un tentativo di liberarsi del corpo vissuto come ostacolo all'esperienza estetica, nelle parole delle ragazze di oggi il corpo diventa l'ossessione, la prigionia, il centro intorno al quale si gioca la parità dell'identità; non c'è una ricerca spirituale una volontà di disfarsi del corpo, ma ogni energia fisica e mentale è concentrata sul corpo, prigionia – ossessione che riassume su di sé ogni possibile significato. Nelle Sante, così come nelle anoressiche, sono presenti iperattività fisica, insonnia, instabilità emotiva, dispercezioni corporee; ed il perfezionismo esasperato. In ogni caso la storia del corpo chiarisce la storia delle idee, della mentalità, delle istituzioni e dell'economia. Il corpo muta nella realtà fisica, nelle sue finzioni nel suo immaginario. A partire dalla preadolescenza le certezze relative al proprio corpo vengono meno e l'individuo è sollecitato a costruirne di nuove, sulla base sia di trasformazioni anatomiche e fisiche, sia delle attese sociali rispetto all'identità corporea. La trasformazione che apporta la pubertà con la sua irruenza, mette in discussione l'immagine del corpo costruita progressivamente dal bambino. Sulla formazione adolescenziale dell'immagine corporea possono influire anche aspetti della personalità individuale, in cui uno dei più importanti è senza dubbio rappresentato dal grado di autostima goduto e quindi dalla fiducia in sé stessi che ne deriva. Questi tratti di personalità, oltre a favorire lo sviluppo di una valutazione positiva del proprio corpo, sono utilizzati come meccanismi di difesa contro eventuali eventi che minacciano l'immagine corporea. Al contrario una scarsa opinione del Sé accresce la vulnerabilità del soggetto riguardo alla considerazione che egli assegna al proprio corpo. La fase di sviluppo adolescenziale contiene paure, fantasie, rappresentazioni filtrate dalla relazione personale con il proprio corpo, gestita anche con comportamenti mantenuti nascosti per paura o per vergogna di essere puniti o di essere considerati anormali. Le manifestazioni comportamentali di adolescenti che hanno sperimentato un crollo emotivo variano enormemente, ma una alta percentuale è rappresentata da attacchi al proprio corpo: suicidio, tentato suicidio, autolesionismo, assunzione di droghe, comportamenti perversi. L'osservazione clinica suggerisce che la particolare attenzione da parte delle donne al funzionamento del proprio corpo possa costituire una causa plausibile della maggior frequenza di autolesionismo e disturbi alimentari nella popolazione femminile, rispetto a quella maschile. I sintomi

vengono quindi letti come il tentativo di riappropriarsi del corpo di percepirlo come proprio, conoscerlo e renderlo impenetrabile (Cross L., 1993). Esso è vissuto come frammentato estraneo ingestibile: oggetto, non soggetto. Questa alienazione corporea, creatasi durante l'infanzia, si amplifica nell'adolescenza, quando la giovane donna, tiranneggiando sulle funzioni dell'organismo, cerca di reprimere emozioni, impulsi e stimoli sensoriali indotti da improvvisi cambiamenti fisiologici ed ormonali. Attraverso il vomito, l'abbuffata, l'astinenza, lo sfinimento fisico, l'autolesione, l'adolescente può avere l'impressione di esercitare su di sé una forma di controllo. Inizialmente il corpo si converte da nemico ad alleato creando una soluzione in apparenza semplice ed efficace: spostare i disagi psicologici in un disturbo fisico; ma esso ben presto sfugge al controllo dell'adolescente per infliggere la sua personale persecuzione. Il vomito, crea una sensazione di sazietà, la ferita autoinferta si cicatrizza nascondendo il sangue, addormentando il dolore fisico, inducendo il bisogno di danneggiarsi di nuovo. L'adolescenza rappresenta una fase critica del ciclo vitale, soprattutto per quanto riguarda la formazione dell'immagine di sé e dello schema corporeo. Il rapporto con il cibo in questa fascia d'età riveste importanza fondamentale non solo per la crescita e lo sviluppo del corpo, ma anche in quanto valore simbolico che contribuisce a definire l'identità personale e l'autonomia psicosociale (Juli, M.R., 2017).

IL CORPO CHE SOFFRE

Negli ultimi anni la psichiatria ha assistito allo sviluppo di un inquietante fenomeno clinico, per lo più giovanile: il *Cutting*, termine inglese che deriva dal verbo *to Cut* (tagliare, ferire). Ragazzi giovanissimi, a volte ancora bambini, si feriscono la pelle delle braccia o di altre parti del corpo come se questo gesto li aiutasse a sopportare una disperazione insostenibile. Utilizzano per lo più lamette, nel 57 per cento dei casi, ma anche forbicine, lame del temperino, coltelli e altri oggetti taglienti. Non è una moda, come spessissimo si sente dire, né un modo per attirare l'attenzione. Infatti, nella maggior parte dei casi, i *Cutters*, sono ben attenti a nascondere i tagli con maglie a maniche lunghe anche quando il caldo dell'estate porterebbe a scoprirsi. Non siamo di fronte a capricci adolescenziali ma ad una vera e propria patologia mentale. Secondo un'indagine della Società Italiana di Pediatria (2017) il 15% degli adolescenti tra i 14 e i 18 anni in Italia si è procurato autolesionismo per provare sollievo da disagi emotivi; un dato che preoccupa, ma quali sono le ragioni

psicologiche che portano un adolescente al “cutting”, il gesto di tagliarsi volontariamente? Secondo Fabi nel *Cutting* ci troviamo di fronte a qualcosa che lascia atterriti e che non ha nulla a che vedere con un modo per togliersi la vita; è un modo per restare ancorati alla realtà, per non sprofondare in una patologia mentale più grave che potrebbe portarli al suicidio (Fabi M.,2010). Si tratta di una forma di autolesionismo che esordisce nella tarda infanzia o in adolescenza e solo una bassa percentuale, il 15 per cento di loro, chiede aiuto rivolgendosi ad uno psicoterapeuta. Sono ragazzi che esprimono un malessere profondo, un’angoscia, altre volte una rabbia e un odio per chi non si accorge di loro, per chi li guarda ma non li vede, per chi li sente ma non li ascolta. Potremmo pensare che tagliarsi sia una sorta di ribellione alla insensibilità che vivono nei rapporti interumani. Ribellione che, però, non riescono a realizzare attraverso il rifiuto di situazioni deludenti ma che diventa un sintomo di malattia mentale grave. Tagliandosi cercano di sopravvivere a quel dolore profondo che avvertono e di restare ancorati a quello che hanno. Sfidano la vita tentando di fare tutto da soli perché hanno la certezza che nessuno li può capire e nessuno li può aiutare e allora si aiutano mettendo in atto una sorta di “auto-terapia” malata. Dall’esperienza clinica sono emerse tre tipologie di *Cutters*: alcuni di loro sono ragazzi profondamente rabbiosi che cercano di sbarazzarsi dalla rabbia sfogandola sulla loro pelle. Si fanno del male quasi come a sfidare chi li ferisce ogni giorno, perché non li ama. Urlano al mondo intero la loro rabbia attraverso il loro corpo sfregiato. Propongono quelle che, simbolicamente, posso essere le ferite inferte alla loro realtà interiore da rapporti interumani deludenti, violenti e patologici in cui il ragazzo si è ammalato. Le cause di questo fenomeno le ritroviamo per circa il 60 per cento in esperienze di molestie e abusi sessuali, in cui vengono violati i confini personali e intimi del bambino e viene distrutta la sua identità psichica. Il 40 per cento invece si sviluppa in famiglie cosiddette “normali”, ben integrate nel tessuto sociale dove, spesso, non compaiono palesi ed evidenti situazioni patologiche dei genitori ma rapporti interumani deludenti perché basati sulla anaffettività. Il bambino viene accudito su un piano materiale, si pensa soprattutto alla soddisfazione dei suoi bisogni ma non si considerano le sue esigenze, le sue necessità di essere amato, compreso, “visto”. Il cutting ci parla quindi di una lesione della realtà interiore, realtà che compare alla nascita e che ha bisogno di rapporti interumani validi per potersi sviluppare e diventare un’identità psichica solida. Si può pensare alla ripetizione della dinamica psichica non cosciente che il ragazzo ha vissuto nei suoi primi anni di vita. Ferito interiormente dalla violenza di rapporti freddi, oggi è lui che, rendendosi attivo,

infligge a se stesso le ferite, diventa violento perché incapace di rifiutare e ribellarsi, in maniera sana, alla anaffettività altrui. Si ammala perdendo la propria capacità di amare, se stesso e gli altri. La diffusione di comportamenti autolesivi in larghe fasce della popolazione giovanile del mondo occidentale non è direttamente correlata ad un aumento delle tematiche depressive o a istanze suicidarie, ma piuttosto all'assenza di un sistema simbolico di riferimento, in cui l'onnipotenza del corpo e l'incertezza dei suoi confini tendono a crescere smisuratamente. Una grande varietà di studi clinici rivela una connessione sempre più diffusa tra coloro che si autolesionano e chi presenta disturbi alimentari, in una percentuale variabile del 35% nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni. Sebbene l'insoddisfazione corporea sia radicata tra i più giovani, nella sua forma estrema è considerata una componente essenziale della messa in atto di comportamenti decisamente patologici. Infatti, l'insoddisfazione per il proprio corpo può risultare associata ad una distorsione dell'immagine corporea che, a sua volta è strettamente collegata a comportamenti alimentari disturbati. Allo stato attuale, non sappiamo quale sia il ruolo dell'insoddisfazione corporea nel provocare o favorire l'esordio di un DCA e se questa sia primaria al disturbo o secondaria alle modificazioni delle funzioni cognitive determinate dal digiuno (nell'anoressia), o da abbuffate (nella bulimia) (Juli, M.R.,2017). Tuttavia, diversi studi tra cui quello della Bruch H. (1978) suggeriscono una stretta correlazione tra l'insoddisfazione e l'insorgenza dei Disturbi della condotta alimentare. Alcune ricerche condotte da Garner et al 2002 e Stice nel 2007 hanno dimostrato una associazione tra bassa soddisfazione per il proprio corpo e una serie di altri fattori nocivi per la salute psichica come depressione, bassa autostima, ansia, uso di sostanze, abuso di alcool. (Juli, M.R., 2017). L'insoddisfazione dell'immagine corporea si manifesta con il dispiacere personale per la forma del proprio corpo in generale o per la dimensione di alcune parti del corpo. La discordanza psicologica tra la percezione che una persona ha del proprio corpo e il corpo ritenuto ideale può portare ad un sentimento negativo verso sé stessi e a comportamenti nocivi per la propria salute (Thompson J.K., 2004).

Quando parliamo di autolesionismo ci riferiamo ad un complesso insieme di comportamenti messi in atto volontariamente per ferire o alterare parti del corpo, senza un cosciente intento suicidario (Stone JA, 2003). L'autolesionismo culturalmente approvato comprende attività che riflettono tradizioni e credenze della particolare cultura e società che le perpetua, e rituali che agiscono

indirettamente nella promozione della salute, della spiritualità e dell'ordine sociale. Un esempio importante è costituito dai riti di iniziazione adolescenziale: cerimonie di passaggio che hanno lo scopo di sancire l'acquisizione delle regole sociali e perciò l'accesso allo stadio adulto. (Bettelheim B., 1973). Spesso si tratta di attività di modificazione corporea impiegate per raggiungere speciali stati di estasi e sacralità, in una ricerca di ascetismo che passa attraverso autodisciplina e automortificazione (Beneduce R., 1999). A questo gruppo appartengono anche pratiche culturali del nostro tempo, come tatuaggi elaborati e piercing in varie parti del corpo: orecchie, lingua, ombelico, labbra, che rappresentano esempi di modificazione e manipolazione fisica oramai popolari e spesso condivisi per sancire l'appartenenza ad un certo contesto culturale. Gruppi di giovani che si autolesionano non sono più un'eccezione, esprimono il bisogno di separarsi dal contesto di appartenenza, familiare e scolastico, nel tentativo di individuarsi, attraverso il rito manipolatorio, in un micro ambiente collettivo. Un tipo particolare di comportamento autolesivo deviante si sta diffondendo sempre più nella nostra società, spesso in associazione con un disturbo della condotta alimentare, dove l'impulso all'abbuffata e al vomito risultano spesso affiancati ad altri generi di condotte impulsive (come l'abuso di sostanze o di droghe) alla quale si ricorre molto spesso. Questo comportamento è denominato "autolesionismo superficiale moderato" e si distingue per la minore gravità delle manifestazioni tipiche. I ragazzi possono utilizzare più metodi contemporaneamente, come tagliarsi graffiarsi, ma prediligerne uno o alcuni, in particolare chi preferisce tagliarsi la pelle in modo costante assume l'identità di cutter (tagliatore di se stesso) e pensa così spesso a ferirsi da sviluppare una dipendenza psicologica dal proprio comportamento, molto simile a quella da alcol, da cibo, da stupefacenti, da cleptomania o da shopping multicomulsivo. La distinzione dei comportamenti autolesivi superficiali in compulsivi e impulsivi ci suggerisce il motivo per cui questo genere di disturbo possa facilmente sviluppare in personalità caratterizzate da scarso controllo degli impulsi, come è il caso delle pazienti bulimiche. L'autolesionismo compulsivo si riferisce a gesti ripetitivi e ritualistici, simili a quelli ossessivo – compulsivo, messi in atto per sedare l'ansia crescente, allentare lo stato di tensione. L'autolesionismo superficiale impulsivo comprende gesti episodici o saltuari ed in genere sintomatici di altri disturbi psicologici, ma suscettibili di diventare ripetitivi se vengono automatizzati nel meccanismo stimolo stressante risposta. E' in questa transizione che il disturbo acquista autonomia a partire da un originario stato di emergenza la compulsione autolesiva dà luogo ad automatismi o rituali comportamentali che si cronicizzano

sulla base di una sottostante modalità ossessiva di pensiero, strutturandosi poi con gli stimoli esterni. L'autolesionismo superficiale episodico si riferisce a manifestazioni comportamentali autodistruttive che si verificano di tanto in tanto, i soggetti non si considerano cutters. Possono esistere varie determinanti dell'autolesione occasionale che solitamente è sintomo di un quadro patologico più complesso. In molti casi il comportamento è ricercato come forma di auto stimolazione sensoriale intensa che interrompe sensazioni di apatia diffusa, indifferenza, ed estraneazione dall'ambiente circostante, in questo modo la pratica autolesiva permette ai soggetti in gran parte giovani donne di ristabilire il contatto con il proprio corpo ed ottenere un senso di controllo su di esso, tagliandosi, graffiandosi e bruciandosi. L'episodio può pertanto rimanere episodico, ma può anche assumere una condizione di dipendenza, che comporta uno sviluppo della propria identità intorno all'autolesione, fino ad identificarsi con esso; in genere questo comportamento assume le caratteristiche della cronicità quanto questo si ripete una decina di volte. Coloro che si autolesionano, utilizzano la propria pelle come un foglio su cui incidere il messaggio per il mondo, che non sono in grado di esprimere con parole. La pelle perciò diventa un primitivo strumento di comunicazione: infliggendosi ferite e cicatrici, graffiandosi, affondando le unghie nella cute, il soggetto esterna la rabbia senza l'uso di parole, ma in modo diretto ed efficace (Caplan J, 2000). In generale dopo il primo episodio ne seguono altri ad intervalli di una settimana o di qualche mese, le prime lievi ferite sono a volte premonitrici di ferite sempre più gravi e frequenti. Molti autori sono concordi nel fatto che il fattore precipitante sembra essere un'esperienza, una minaccia di abbandono o una impasse nelle relazioni interpersonali. Spesso si tratta di eventi apparentemente minimali a cui seguono una tensione insopportabile, depressione, rabbia, senso di vuoto, sentimenti inesprimibili che si esprimono in un gesto. La comune condizione che porta all'autolesione sembra infatti essere la depersonalizzazione, la persona è passiva, non partecipa alle proprie azioni, estranea a se stessa e al mondo circostante. Il dolore fisico indotto dalla produzione ormonale cortico – surrenale ed endorfinica interrompe rapidamente lo stato di obnubilamento provocando un cambiamento dell'umore. La ferita procurata diventa l'interruttore grazie al quale il soggetto percepisce il corpo e verifica il suo essere vivo, una sorta di scossa fisiologica per risvegliarsi dalla propria anestesia sensoriale ed emotiva. L'iperstimolazione è spesso accompagnata e quindi favorita dal consumo di alcol, droghe, medicinali, abbuffate, da vomito o da astinenza da cibo. La scelta autolesiva è finalizzata ad intervenire direttamente sul proprio corpo,

per modificare indirettamente il contesto esterno, in questa ottica le azioni autodistruttive vengono interpretate come una forma distorta di cura di sé. I ragazzi dichiarano di non sentire dolore mentre si feriscono, anche quando la ferita è profonda, anzi provano sollievo e/o un cambiamento d'umore temporaneo poiché il comportamento autodistruttivo non è in grado di risolvere le reali cause della tensione emotiva, cosicché al successivo episodio conflittuale si ripropone di ferirsi nuovamente. L'autolesionismo superficiale spesso accompagna altre patologie come il disturbo borderline di personalità, istrionico di personalità, post traumatico da stress, masochismo, disturbi della condotta alimentare.

CONCLUSIONI

Sembra che la caratteristica tipica dell'adolescente di servirsi del suo corpo o delle condotte somatiche per manifestare le proprie difficoltà o per relazionarsi con gli altri, sia responsabile di una serie di disturbi incentrati sul corpo, i cui bisogni fisiologici (sonno, alimentazione) sono utilizzati per manifestare un disagio. Ancor più nell'adolescenza, che nell'età adulta, si è nel mondo attraverso e mediante il corpo, ed è per questo che il corpo può ammalarsi nella misura in cui il cambiamento non si verifica o non è adeguato. Nel cambiamento si rinuncia ad un corpo e ci si appresta ad attribuirsi un altro profondamente diverso, tanto che a causa di questa trasformazione ci si accinge ad abitare il mondo diverso con il proprio corpo modificato. Il contrasto tra il modo di essere del corpo preadolescenziale, a cui non si vuole rinunciare, e il modo di essere del corpo post adolescenziale, dà vita alla crisi adolescenziale. In nessuna altra fase come questa può capitare di amare e/o odiare il proprio corpo, né di usarlo con tanta dedizione, o utilizzarlo come territorio in cui tracciare i messaggi da inviare al mondo sulle rappresentazioni di sé. Il corpo è adornato, truccato, pitturato, coperto di tatuaggi, modificato in mille modi ma con l'obiettivo programmato di renderlo gradevole, bello e desiderabile. Da questi presupposti nasce la convinzione diffusa della centralità del corpo nell'adolescenza: le trasformazioni del corpo e l'acquisizione di capacità sessuali, di accoppiamento e di riproduzione, accompagnate e segnalate dai turbamenti del desiderio coinvolgono la mente dell'adolescente in un impegnativo processo rivolto a dare un senso agli eventi biologici ed ai loro equivalenti psichici ed emozionali. Ad ostacolare il processo di mentalizzazione del corpo sessuato e riproduttivo è l'insicurezza narcisistica degli adolescenti contemporanei. Il contesto

socioculturale odierno incoraggia l'illusione che si possano risolvere problemi complessi e difficili di forma e di sostanza attraverso la manipolazione delle fisionomie, in particolare quelle del corpo e dei suoi aspetti sociali. Gli adolescenti di oggi sono influenzati da una cultura basata sui messaggi dei mass media, funzionali al perseguimento di finalità commerciali, questa glorifica l'uso del corpo e delle sue fattezze come luogo elettivo di comunicazione della propria identità dei propri valori, del proprio stato sociale e anche della propria felicità e salute mentale. L'instabilità emotiva nell'adolescente può far considerare il proprio corpo come un nemico; spesso viene considerato il capro espiatorio, obbligandolo a mangiare troppo, a bere di tutto, a dormire sempre o mai, a logoramenti umilianti, a riposi prolungati, come se fosse convalescente a vita. Il corpo a causa delle molteplici situazioni emozionali vissute entra in crisi nel suo dialogo con l'Io, gli altri e il mondo non permettono più lo scambio di relazione che nella vita quotidiana si dispiega, senza problemi (Le Breton 2003). In alcune patologie, come i Disturbi della Condotta Alimentare, si assiste all'isolamento del corpo, alla sua chiusura verso il mondo, al suo opporsi contro sé stesso. In questi casi il corpo diventa oggetto, perde la sua capacità e non può alternarsi tra la dimensione di corpo oggetto e corpo soggetto, le quali nell'esperienza normale si intrecciano e si avvicinano. Negli ultimi venti anni, la letteratura inerente alla questione ha confermato con numerosi studi la frequente associazione tra insoddisfazione corporea e Disturbi Alimentari, fino a dimostrare che l'atteggiamento verso il proprio aspetto fisico, costituisce un fattore predittivo più indicativo nello sviluppo di Disturbi Alimentari rispetto all'errata percezione delle proprie misure. Tuttavia le cause dei Disordini Alimentari non possono essere ricondotte alla sola insoddisfazione corporea, infatti altre componenti cognitive ed affettive dell'immagine corporea sembrano giocare un ruolo importante. La società occidentale tende a considerare il corpo come qualcosa che si possiede, come una immagine da contemplare dall'esterno, come un oggetto da migliorare e/o modificare (Borgia,2005). Pertanto gli adolescenti sono insoddisfatti del proprio aspetto fisico e sono alla continua ricerca di una forma perfetta. Le modificazioni del corpo e l'emergere della sessualità creano movimenti critici nel campo sociale e relazionale. Le trasformazioni fisiche comportano una vera rivoluzione nella percezione e nella conoscenza di sé. Nei dieci anni che il bambino impiega per conoscere il proprio corpo e per costruirsi un'immagine mentale, raggiunge un andamento ed un equilibrio da cui trae un senso di identità e di continuità. La trasformazione adolescenziale rompe questo equilibrio e pone l'adolescente in un

bivio: la nostalgia per il corpo infantile e la spinta biologica al cambiamento. La perdita del corpo infantile provoca nell'adolescente un vissuto di lutto che deve essere superato per poter trovare nuovi equilibri. Le nuove sensazioni corporee vengono quindi percepite con un senso di estraneità e disagio, e pericolosità. Le sensazioni che vivono sono di essere impacciati, goffi e disarmonici con se stessi e con gli altri. Per ristabilire l'armonia con il proprio corpo ha bisogno di entrarci in confidenza, prendendosene cura. Poiché il corpo oltre ad essere il mediatore tra l'Io e il mondo interno, è anche il mediatore relazionale tra l'adolescente ed il mondo esterno (familiare, sociale, scolastico); è in questa fase che tenta di adeguare l'aspetto fisico a modelli esterni, e/o proposti dalla società. Tutto il corpo è sottoposto quindi ad una attenzione severa e ad una valutazione critica continua che può avere come risultato un giudizio negativo di bruttezza, di deformità fino alla possibilità di strutturare delle vere e proprie fobie che riguardano alcune parti del proprio corpo (dismorfofobie). Chi decide di tagliarsi lo fa di solito di nascosto e cerca di mantenere il segreto su questo comportamento (Pomereau, 1997). Eventuali indicatori dell'esistenza di comportamenti di cutting, burning o branding possono essere:

- vestiti non appropriati alla stagione, ad esempio indossare esclusivamente camicie o magliette con le maniche lunghe in piena estate;
- macchie di sangue sui vestiti;
- ferite, lividi o tagli non spiegati;
- possesso di oggetti taglienti (rasoi, lamette, forbici, coltellini, aghi, pezzi di vetro);
- isolamento, ad esempio passare molto tempo in bagno;
- irritabilità;
- difficoltà nel **fronteggiare emozioni forti**;
- rabbia eccessiva o umore depresso;
- **mancanza di legami sociali**;
- disegni, scritti ecc. che hanno per tema il dolore, la tristezza, il ferirsi.

È importante non reagire con disgusto, colpevolizzare, liquidare questi comportamenti di cutting, burning e branding come ragazzate o ridurli alla mera richiesta di attenzione **non serve a molto**. Sono gesti che racchiudono una profonda sofferenza e che concedono a chi li attua una tregua, la parvenza di un

conforto, **una forma di autoaiuto che va innanzitutto rispettata**: per quanto possa apparire assurdo, questo è il miglior modo che la persona ha sinora trovato per padroneggiare i suoi problemi e continuare a vivere. Probabilmente non ne è affatto fiera, anzi **se ne vergogna** e pensa che nessuno possa capire cosa prova (Fabi,2016). Se si vuole aiutare un **amico** o un figlio che si taglia o si fa del male in altro modo, **il punto di partenza è non giudicare** e offrire sostegno. Offrire sostegno vuol dire evitare ultimatum, punizioni o minacce: se fosse stato facile, la persona avrebbe già smesso. Offrire sostegno significa aiutarla a **riconoscere le emozioni e a gestirle in modo diverso che con i tagli**, incoraggiarla a capire a che le serve tagliarsi e a individuare strade più sane per esprimere i suoi stati d'animo. Tutto questo non è facile e **rivolgersi a un esperto** è il più delle volte la cosa più sensata, l'obiettivo è quello di **ricreare una realtà interna affettiva e sensibile e una certezza di sé.**"

Bibliografia

- Beneduce R et al.: La guarigione. Quaderni di Orzinuovi. La Feltrinelli, 1999.
- Bettelheim B: Ferite simboliche. Una interpretazione psicoanalitica dei riti puberali. Sansone Saggi, Firenze, 1973.
- Bruch H: Patologie del comportamento alimentare. Feltrinelli, Milano, 1978.
- Borgia L: La manipolazione del corpo in adolescenza. Una riflessione bioetica, 2005. In Saggi Child Development & Disabilities; 31 (2): 67-77.
- Clapan J: Written on the body: The tattoo in European and American History. London, Princeton, Princeton University Press, 2000.
- Cross L: Body and self in femmine development: implications for eating disorders and delicate self – mutilation. Bull Menninger Clin, 1993; 57: 41-68.
- Fabi M et al.: Autolesionismo. L'Asino d'oro edizioni Bios Psichè, 2016.
- Garner DM et al.: Levels of cigarettes and Alcohol. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2000.
- Gordon RA: Anoressia e Bulimia: anatomia di una epidemia sociale. Trad. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.
- Juli MR: Analysis of multi – instrumental eating disorders: Anorexia and abaulimia in comparison. Psychiatric Danubia, 2012; 24(1): 119-124.

- Juli MR: Perception of body Image in Early adolescence. An investigation in secondary schools. *Psychiatric Danubia*, 2017; 29(3): 245-482.
- Montecchi F: Anoressia mentale dell'adolescente. Modelli teorici, diagnostici e terapeutici. Libreria Cortina, Milano, 1998.
- Pietropolli Charmet GM: I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Stice E: A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of clinical Psychologist*, 2007.
- Stone JA, Sias SM: Self-injurious behavior: A bimodal treatment approach to working with adolescent females. *Health Source: Nursing/Academia*, 2003; 25(2): 112-125.

Corrispondenza:

Maria Rosaria Juli, MD

Clinical Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Nutricional Behaviour Disorders.

Consultant at the family Counseling Service of Foggia, via C. Baffi, 1 Italy.

e-mail: mariarosaria.juli@libero.it

I PAZIENTI AUTORI DI REATO NEL CONTESTO COMUNITARIO: INTERVENTI E PROSPETTIVE

Maria Vincenza Minò

Psicologa – Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista

Coordinatrice Comunità Riabilitativa “Don tonino Bello” - Brindisi

RIASSUNTO

Le leggi n.9/2012, n.57/2013, n.81/2014 hanno portato all'introduzione delle REMS - Residenze Esterne per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, destinate all'accoglienza e alla cura dei soggetti autori di reato affetti da disturbi mentali e ritenuti socialmente pericolosi. Le stesse presentano un'esclusiva gestione sanitaria e un minor numero di posti letto, garantiscono priorità e territorialità della cura, affidano centralità al progetto terapeutico individualizzato e al principio della residualità e transitorietà della misura di sicurezza detentiva.

Sul piano organizzativo si è assistito al coinvolgimento degli Uffici di Sorveglianza, quali organi giudiziari preposti alla vigilanza sull'esecuzione delle misure di sicurezza, dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei CSM (Centri di Salute Mentale), deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiatriche, degli Uffici dell'UEPE preposti al controllo e al supporto sociale della persona affetta da malattia psichica e collocata sul territorio. Oltre alle REMS, le Comunità Terapeutiche Riabilitative hanno modificato il focus degli interventi per garantire un giusto equilibrio tra la cura e il controllo nel rispetto della relazione terapeutica. È cambiata la tipologia di pazienti che accedono al percorso di cura, sempre più frequenti i soggetti con doppie diagnosi tra cui disturbi di personalità in comorbilità con l'abuso di sostanze.

Parole chiave: REMS, Comunità Terapeutiche Riabilitative, autori di reato, malato di mente, trattamento psichiatrico.

INTRODUZIONE

Gli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) sono stati istituiti nel 1904 come strutture dipendenti dal Ministero di Grazia e Giustizia. La chiusura definitiva è avvenuta il 31 marzo 2015 sulla base del

211 e successive due integrazioni (il D.L. 52/2014 e la legge 81/2014). Al momento dell'entrata in vigore della L. 211 erano ancora attivi in Italia 6 OPG: Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Reggio Emilia, Barcellona PG, Castiglione delle Stiviere. Gli internati pugliesi facevano riferimento a Barcellona... qualcuno ad Aversa. La normativa del 2011, con le successive modifiche, ha introdotto diverse novità. Da un punto di vista giurisprudenziale, la novità principale ha riguardato la durata della misura di sicurezza che in passato era legata alla pericolosità sociale e non prevedeva un massimo, ma solo un minimo. Pertanto, una volta disposto il ricovero in OPG la persona poteva rimanerci per un tempo molto più lungo anche dopo aver scontato gli effettivi anni di reclusione. Con la nuova legge le misure di sicurezza non possono superare la durata massima della pena detentiva comminata per il reato commesso. Di conseguenza, un detenuto può essere liberato una volta scontato il tempo massimo di permanenza. L'applicazione della misura di sicurezza si svincola dal concetto di pericolosità sociale pur rimanendone a fondamento, ponendo fine a quello che era definito l'"ergastolo bianco". La normativa pone maggiore attenzione alle esigenze sanitarie dei pazienti considerati dimissibili che devono essere presi in carico dai DSM territorialmente competenti.

DAGLI OPG ALLE REMS: IL QUADRO NORMATIVO

Il Decreto Legge 211/2011 è stato convertito con alcune modificazioni nella legge del 17 febbraio 2012, n. 9 recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri (12G0026) (GU n.42 del 20-2-2012).

Nell'art. 3-ter. "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" viene improntato quanto segue:

- a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il legislatore è intervenuto anche sull'art.3-ter per una quarta volta, emanando il **decreto legge 24/2013** convertito nella legge 57/2013. Viene, così, introdotta una novità: il programma di utilizzo delle regioni, "oltre agli interventi strutturali, prevede attività svolte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi", quindi all'implementazione dei DSM.

Il decreto legge, convertito nella **legge 57/2013** stabilisce un'ulteriore proroga al termine di chiusura degli OPG. Esso slitta dal 31 marzo 2013 al 1° aprile 2014.

La tappa legislativa finale nel faticoso percorso di superamento degli OPG è costituita dal **decreto legge 52/2014**, convertito nella **legge 81/2014**. Esso ha prorogato la data di chiusura degli OPG, passando dal 1° aprile 2014 al 31 marzo 2015. Mentre l'obiettivo ultimo della legge 9/2012 era la sanitarizzazione degli OPG, la legge 81/2014 fa un passo ulteriore al fine di valorizzare le misure di sicurezza non detentive. L'ulteriore step a cui è giunto il legislatore consiste nel fatto che si preveda l'applicazione di misure di sicurezza non custodiali. L'art.1 della legge 81/2014 prevede che "il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del semi infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a far fronte alla sua pericolosità sociale". Le REMS, passano da obiettivo finale (legge 9/2012) a tappa intermedia (legge 81/2014) nel processo di superamento degli OPG. Se ne prevede la sanitarizzazione mantenendo l'ottica per cui l'obiettivo ultimo da privilegiare sia l'adozione di misure di sicurezza non detentive. Cambia perciò il baricentro legislativo, che si sposta a favore di percorsi riabilitativi che riducono l'opzione custodiale ad *extrema ratio*.

L'INSERIMENTO DEL PAZIENTE AUTORE DI REATO NEI CONTESTI COMUNITARI

Il sistema giudiziario in Italia prevede l'invio dei pazienti nei seguenti casi:

- Trattamento di "urgenza" del paziente detenuto.
- Condizioni di salute "particolarmente gravi".
- Custodia cautelare in "luogo di cura".
- Le misure "alternative alla detenzione".

- La “libertà vigilata” in alternativa all’OPG.
- L’inserimento in strutture riabilitative:
 - 1) Del malato di mente autore di reato in attesa di giudizio.
 - 2) Del malato di mente autore di reato “definitivo”.

I pazienti autori di reato che vengono inseriti nei contesti comunitari spesso non sono conosciuti dai Servizi Territoriali e se conosciuti giungono tramite invio dettato da terzi con un progetto da realizzare. L’inviante è l’Autorità Giudiziaria. È opportuno che perito e servizi interagiscano prima che la perizia venga depositata e che sia assunto il provvedimento del Giudice. È importante che l’équipe del CSM trasformi il confronto con il perito in un progetto, che contenga obiettivi e proposizioni che il perito farà proprie nell’elaborato scritto. Appare evidente la necessità che il paziente abbia un colloquio preliminare con gli operatori della Comunità Terapeutica prescelta per il progetto riabilitativo. È previsto il costante coinvolgimento degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) territorialmente competenti per «la definizione delle modalità e procedure di collaborazione inter-istituzionale per la contemporanea gestione sia del percorso terapeutico-riabilitativo individuale interno alla struttura, che di quello di reinserimento esterno». È previsto «invio all’Autorità Giudiziaria competente dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali finalizzati all’adozione di soluzioni diverse dalla REMS (per tutte le persone ed entro 45 giorni dal loro ingresso) da parte del Servizio delle predette strutture, con il concorso dell’Azienda Sanitaria competente per la presa in carico territoriale esterna e dell’UEPE, come già previsto per tutti i presenti in OPG alla data di entrata in vigore della legge 30 maggio 2014, n.81».

MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO

In Italia non vi è un approccio clinico strutturato in ambito psichiatrico forense.

I principali modelli di intervento attualmente utilizzati sono: il Risk-Need-Responsivity (RNR) Model di D.A. Andrews et al., 2011 e la Recovery secondo Andresen, 2003.

MODELLO RNR (RISK-NEED-RESPONSABILITY).

Il **Risk** consiste nell'adeguare il livello di intensità del programma di intervento al livello di rischio dell'autore di reato. Vengono utilizzati livelli di trattamento intensivo per gli autori di reato a più alto rischio di recidiva e interventi minimi per quelli a basso rischio.

Il **Need** prevede il saper individuare e concentrarsi sui bisogni criminogenetici o su quei bisogni che sono correlati in modo funzionale al comportamento criminale.

Il **Responsability** consiste nell'adeguare le modalità di intervento alle capacità di apprendimento e alle abilità dell'autore del reato (Andrews et al., 2011). Ha due componenti che descrivono "come" intervenire in modo da ingaggiare i pazienti autori di reato e aiutarli ad apprendere e cambiare. La componente "**generale**" si riferisce a tecniche di intervento tra cui le terapie cognitivo-comportamentali (CBT) scelte per il maggior grado di efficacia. La componente "**specificata**" si riferisce a quegli interventi che i servizi dovrebbero erogare in base a rilevanti caratteristiche individuali (es.genere, età, abilità cognitive, etnie e cultura).

L'RNR ha dimostrato salda efficacia nel trattamento degli autori di reato.

RECOVERY

Andresen (2003) descrive i quattro punti chiave che si dovrebbero prendere in considerazione nel concetto di recovery:

- Alimentare la speranza;
- Ricostruire l'identità;
- Trovare il significato nella vita;
- Assumere le proprie responsabilità e il controllo di sé.

Il recupero è associato all'inclusione sociale e ad essere in grado di assumere ruoli sociali significativi e soddisfacenti nella società. Gli ostacoli nella realizzazione del processo di recovery sono: il difficile coinvolgimento in un processo di partecipazione attiva da parte del paziente sottoposto a trattamento obbligatorio; l'internamento vissuto come "punizione" e non come "opportunità di sviluppo personale"; il difficile coinvolgimento di familiari o partner sociali che spesso rappresentano le vittime del reato. Occorre, pertanto, essere trasparenti nella

pratica attraverso il coinvolgimento del paziente nel processo di valutazione del rischio e si concorda con lo stesso come monitorarlo. Occorre, inoltre, mostrare fiducia nella relazione (“mi fido di te, so che puoi farcela”); evidenziare le abilità da potenziare attraverso la terapia occupazionale, abilità personali (teatro, pittura, musica, cucina), capacità lavorative; fornire speranza nel cambiamento.

TRATTAMENTO, TIPI DI INTERVENTO E PROSPETTIVE

La vita dei pazienti autori di reato, inseriti nelle strutture, è ispirata al modello comunitario, con il coinvolgimento degli utenti nella gestione quotidiana. Si valuta l'opportunità di favorire, anche attraverso l'istituzione di predette strutture, occasioni di inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici attraverso la previsione dell'affidamento alle cooperative sociali di tipo B, di cui alla L.381/90; di servizi ausiliari, quali lavanderia, pulizie, preparazione dei pasti.

È, inoltre, prevista la frequenza dei laboratori riabilitativi socializzanti esterni su progetto specifico, da parte delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza, previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria.

Il monitoraggio del percorso riabilitativo dei pazienti viene assicurato attraverso il seguente set di indicatori:

- 1) Numero di comportamenti violenti o impulsivi nell'unità di tempo.
- 2) Gravità del quadro psicopatologico (misurata con scale standardizzate).
- 3) Adesione dei programmi di trattamento (n. di episodi di non adesione).
- 4) Rapporto conflittuale/disturbato con altri pazienti.
- 5) Rapporto conflittuale/disturbato con operatori.
- 6) Presenza/assenza di insight rispetto al reato ed alla misura di sicurezza.
- 7) N. comportamenti irresponsabili in occasioni di uscita dalla struttura.
- 8) Partecipazione attiva ad attività riabilitative/socializzanti interne alla struttura.
- 9) Partecipazione attiva ad iniziative rivolte all'esterno o organizzate con soggetti esterni.

Sono previsti diversi tipi di trattamento a seconda del disturbo presentato dal paziente autore di reato, in particolare:

- Disturbi di Personalità: le terapie individuali e di gruppo dialettico comportamentale basate sulla mentalizzazione; la farmacoterapia; la prevenzione del suicidio; l'inserimento in strutture dedicate.
- Disturbo Schizofrenico: la farmacoterapia; la Psicoeducazione; la Psicoterapia individuale per deliri e allucinazioni; gruppi familiari; l'aderenza al trattamento; il lavoro.
- Disturbi bipolari: la farmacoterapia; la Psicoeducazione con pazienti e familiari; la Psicoterapia supportiva.
- Disturbo Antisociale di personalità presenta uno scarso margine di trattabilità. Vengono predisposti interventi finalizzati alla gestione dell'impulsività, dell'aggressività auto ed eterodiretta, alla compliance farmacologica, alla prevenzione del suicidio.

L'équipe multiprofessionale lavorerà in stretta integrazione con gli operatori dei Centri di Salute Mentale e dei Servizi per le Tossicodipendenze che, vista la notevole frequenza di situazioni di comorbidità per abuso di sostanze negli utenti, saranno coinvolti attivamente nella gestione dei casi a “doppia diagnosi”.

CONCLUSIONI

La Legge 81 del 2014 segna l'inizio di una nuova era, che idealmente segue alla Legge 180, durante la quale si dovrà perseguire l'obiettivo di curare e aiutare le persone affette da disturbi mentali e autori di reato in ulteriori contesti di cura al fine di prevenire il rischio di recidiva. Nella gestione del malato di mente autore di reato la ricerca del consenso al trattamento, oltre che misura terapeutica efficace, è comunque premessa ineliminabile. Il relativo trattamento richiede scelte terapeutiche specifiche e deve essere attuato garantendo la tutela della salute (vita e integrità) dei pazienti e del personale addetto alla cura. Fondamentale è la formazione degli operatori e la possibilità di incrementare maggiormente la collaborazione con le strutture sanitarie del territorio (ASL, Servizi per le dipendenze, CSM), con Comuni, Autorità giudiziaria, Comitato Tecnico d'Ufficio e con le Forze dell'Ordine attraverso protocolli d'intesa che consentono di fronteggiare le criticità quotidiane e la messa in atto di interventi sanitari specifici per pazienti psichiatrici autori di reato. Importante è il coinvolgimento delle reti familiari e sociali con l'utilizzo di risorse tecnico- scientifiche e il monitoraggio

accurato dei processi e degli esiti. È auspicabile, in ultimo, che psichiatria clinica e psichiatria forense comprendano di non poter vivere in contesti separati; è necessaria una loro integrazione affinché alle nuove ed impegnative domande corrispondano risposte efficaci.

Bibliografia

- Carabellese F, Punzi G, La Tegola D, Masiello M, Margari F: Il trattamento del reo malato di mente nei servizi psichiatrici della Regione Puglia. *Rassegna Italiana di Criminologia (Organo Ufficiale Società Italiana di Criminologia)*, 2010; 1: 189-206.
- Catanesi R, Carabellese F: Pericolosità sociale, cura e controllo. In: R.Ciliberti, T. Pedrucci (Eds.), *I diritti dei soggetti deboli. Nuovi scenari e nuove tutele*. Lecce: Pensa MultiMedia, 2011; pp. 201-211.
- Fiorentin F: La riforma sceglie tre linee guida fondamentali per coniugare salute del reo e libertà personali. *Guida del diritto*, 2014; n.26: p.21.
- Fossa G, Zanelli E, Verde A: Il malato di mente autore di reato nelle strutture residenziali: una ricerca nella comunità terapeutica. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2012; Anno VI n. 2.
- Mazzamuto N: Intervento convegno SEAC, in content/uploads/2014/09/Intervento-OPG.pdf. 2014.
- Nederlof AF, Muris P, Hovens JE: The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: a systematic review of studies since 1980. *Aggress Violent Behav*, 2013; 18: 183-189.
- Stone MH: *Pazienti trattabili e non trattabili. I disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore, 2006
- Witt K, van Dorn R, Fazel S: Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *Plos one*, 2013; 8(2): e55942.

Corrispondenza

Maria Vincenza Minò

Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista.

Coordinatrice Comunità Riabilitativa “Don Tonino Bello” - Brindisi, Assoc. MITAG Onlus.

e-mail: marenza.m@virgilio.it

LA COMPLESSITÀ DELLA CURA NELLA PSICOPATOLOGIA DELLE MIGRAZIONI

Mariangela Perito

Psicologa/Psicoterapeuta

Associazione Neamente

“Chi parte sa da cosa fugge, ma non sa cosa cerca”

Montaigne

Riassunto

In questo articolo sono riportate delle osservazioni, in merito al complesso lavoro di cura in ambito della salute mentale con i migranti; le riflessioni rese, derivano in parte dalla mia esperienza professionale come psicologa/psicoterapeuta in dei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) per richiedenti asilo. La maggioranza dei richiedenti asilo da me osservati e valutati, proviene da vari Paesi dell’Africa: Nigeria, Mali, Senegal, Togo, Costa D’Avorio. Tante sono state le storie di violenza, privazione e segregazione da me ascoltate, e tanti sono stati i momenti in cui mi sono sentita disorientata, impotente di fronte a tanto dolore. La condizione di richiedente è di per sé una condizione di vulnerabilità, perché mantiene la persona in uno stato di incertezza giuridica, in uno stato di precarietà e tante sono anche le manipolazioni a cui da terapeuti si può andare incontro. Proprio per questo mi sono soffermata sul tema dell’identità, che nel migrante è “negata”, si è precari in attesa di un riconoscimento, e sui vari stress che caratterizzano la condizione ordinaria dei richiedenti asilo. Il mancato superamento di questi stress, può portare a degli shock e conseguentemente a delle sindromi psicopatologiche, che mettono il clinico anche di fronte alla complessità di culture “altre” e alla messa in discussione del proprio ruolo professionale. Queste vogliono essere solo delle riflessioni, derivate da una conoscenza diretta del fenomeno, che se pur limitata può restituire un senso di fronte al non conosciuto. Senso che insieme alla consapevolezza della necessità di un lavoro “in rete” tra professionisti e Servizi, può tracciare l’inizio di un cambio

di direzione e di un'attenzione maggiore allo "straniero" e alle emozioni suscitate in noi nell'incontro con "l'altro".

INTRODUZIONE

Al giorno d'oggi si parla sempre più di società "transculturale", una società in cui i vari gruppi etnici presenti sul territorio sono chiamati ad uno scambio, un dialogo tra le culture, tra le lingue, una **contaminazione**. In realtà, nonostante incontriamo ogni giorno persone con schemi culturali "altri", la transculturalità in Italia resta ancora "un'utopia", una meta a cui tendere e verso cui allenarci quotidianamente. È fondamentale nella società odierna, dati i cambiamenti storico/culturali e data anche la specificità del nostro lavoro di cura, decentrarci dall'abituale punto di vista con cui guardiamo il mondo e aprirci al nuovo con curiosità e stupore, in modo da poter osservare l'altro ed il contesto circostante **senza memoria e desiderio** (Bion). Questa è la prospettiva da cui sono partita e a cui mi rifaccio quotidianamente, dopo mesi di lavoro come psicologa/psicoterapeuta in dei centri di prima accoglienza straordinaria (CAS) per richiedenti asilo, ubicati sul territorio Iripino. La mia esperienza inizia nel maggio 2016, anno in cui le Prefetture hanno un po' in tutta Italia esortato i Comuni, le Cooperative, le Associazioni a predisporre "nell'urgenza" misure di prima accoglienza, per persone arrivate in Italia "quasi per caso" in cerca di salvezza, in cerca di un rifugio sicuro. Sottolineo "nell'urgenza", poiché è stato estremamente difficile per tutti gli operatori impegnati nell'accoglienza, gestire un fenomeno di tale portata, senza adeguate misure preventive e sotto molti aspetti in maniera precaria. Nel 2016 in Italia sono state presentate circa 122.600 richieste di asilo, la Provincia di Avellino con l'apertura dei CAS ha accolto circa 1500 ragazzi.

I richiedenti asilo, così come i titolari di protezione internazionale "Sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, sono sovente esposti a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura

compresa quella sessuale, la malnutrizione, l'impossibilità di essere curati, l'umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti. **Gli eventi traumatici che colpiscono i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività”.**

Questo è quanto si legge nelle Linee Guida del Ministero della Salute (marzo 2017, linee guida, op.cit.pag.6).

Partire da questa definizione, può essere importante per orientare il lavoro di cura con popolazioni “in-transito. I temi trattati in questo articolo sono inerenti la pratica clinica da me esperita, da un punto di vista sia professionale che umano, a partire dalla fatica di staccare la classica etichetta diagnostica alle persone incontrate, ma anche di spogliarmi degli abituali strumenti professionali utilizzati, allo studio di culture altre, alla possibilità di applicazione di inusuali strumenti terapeutici. Mi sono soffermata in particolare, sul concetto di identità, che assume forti dimensioni simboliche ed evocative per le persone “In-transizione” e sui vari stress, che la condizione di migrante comporta, stress che hanno bisogno di essere trasformati in parola per evitare la slatentizzazione o la cronicizzazione di una psicopatologia.

LA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ IN UN CONTESTO MULTICULTURALE

Il rifugiato oscilla continuamente tra la speranza di “essere salvato” da qualcuno che si prenda cura di lui, e la ricerca di uno spazio di riconoscimento per affermare la propria identità.

L'identità ha a che fare con la percezione che abbiamo di noi stessi, ma ha anche a che fare con l'altro, nella misura in cui lo sguardo dell'altro diviene importante per definirci; inoltre, ci sono molteplici modi in cui possiamo declinare l'Identità, perché accanto ad una Identità individuale (chi sono io), c'è un'Identità collettiva (il noi), un noi etnico, culturale, di genere, anagrafico. Le nostre diverse appartenenze, la molteplicità dei nostri caratteri, l'impronta delle nostre esperienze, compongono una rappresentazione unitaria di noi stessi, ma tale rappresentazione cambia a seconda della prospettiva assunta da chi guarda. A causa dell'inarrestabile processo di globalizzazione, questa è una società che ha perduto i suoi confini

identitari e le sue certezze, ma che al contempo ha paura dei cambiamenti. L'identità è un costrutto in costante trasformazione, due ne sono gli aspetti principali: interni (l'idea che l'individuo ha di sé), esterni (la percezione che l'altro ha dell'individuo). La struttura della personalità è strettamente dipendente dalla cultura come sistema di valori fondamentali sui quali costruire la società. Quando si parla di Immigrati, accade spesso che si usano sinonimi quali Identità culturale e Identità etnica, dimenticando che l'essere immigrato, non conduce necessariamente a vincolare la propria Identità culturale a quella etnica. Si è abituati a pensare all'Identità come a una struttura psichica stabile nella sua essenza, ma tale stabilità è artificiosa, precaria, è una stabilità che chiede continuamente di essere difesa, presidiata, e nello stesso tempo essere messa in discussione. L'Identità dipende sempre da un insieme di decisioni e di scelte, si tratta di decidere dove disegnare i confini, cosa tagliare e come classificare, cosa includere e cosa escludere. Quasi tutte le culture, nella difesa della propria Identità, compiono atti più o meno simbolici di purificazione che riguardano tanto il corpo quanto la mente, atti che possono arrivare nella forma più estrema alla soppressione dell'altro. Nel caso di un cittadino straniero, ci si trova di fronte ad una condizione ambivalente. L'immigrato è colui che non appartiene del tutto al mondo che ha lasciato e appartiene solo parzialmente al mondo che incontra, vive per questo un doppio malessere: dell'emigrante (colui che parte) e dello straniero (colui che arriva). Chi emigra deve mettere in gioco l'Identità personale, trasformarla e ridefinirla in base alla nuova esperienza e sopportare uno stress da transculturazione, nello sforzo di apprendere nuovi codici culturali (Talamoni, 2012). Per tale ragione può vivere il momento migratorio come un "cambiamento catastrofico": sradicamento dei luoghi affettivamente significativi della propria Identità e perdita di certezze. (Grinberg 1990). È importante accettare e rendere viva questa ambivalenza culturale. Ambivalenza vuol dire tenere insieme ciò che a prima vista appare inconciliabile, rispondere ad aspettative socio-culturali opposte, relativizzare, mediare la differenza, e per questa via generare cambiamento, perché la prospettiva ambivalente restituisce all'Identità il suo carattere dinamico: capace di comprendere di sé l'alterità e riconoscere nell'altro il sé. Oggi come ieri, lo straniero rappresenta la nostra coscienza critica perché ci costringe a riflettere su noi stessi e ci impone il cambiamento.

La sfida ambivalente non riguarda quindi solo il migrante, ma anche chi è rimasto in Patria. È l'ambivalenza culturale che ci permette di guardare al futuro senza dimenticare il passato. Non scegliere, non identificarsi in un modello culturale a

discapito di un altro, ma accettare in parte e rifiutare entrambi. Questa modalità di approcciarsi “all’altro”, se è valida per ogni persona che incontriamo, è ancora più valida per colui che è in cerca di asilo. Nella mia esperienza la conquista del documento di identità per questi ragazzi diviene “tutto”, salute, fortuna, famiglia, lavoro, ma soprattutto *riconoscimento*. Tenere conto di questi aspetti nel processo di accoglienza “è fondamentale”, per riconoscere a pieno il valore ed il significato di ogni richiesta che ci viene fatta in quanto operatori della salute mentale.

CENNI DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLE MIGRAZIONI

La migrazione resta un enigma per i clinici perché non tutti i migranti attraversano le stesse esperienze, o si situano in contesti sociali simili. È il processo migratorio stesso e i conseguenti aggiustamenti culturali e sociali ad avere un ruolo sulla salute mentale dell’individuo. Il migrante è colui che compie il viaggio in prima persona, sono considerati migranti tutti coloro che partono dopo l’inizio della prima scolarizzazione, queste persone trascorreranno gran parte della loro vita ad organizzare ed a mantenere la stabilità di questa nuova residenza in terra, quindi le variabili da considerarsi sono relative alle variabili di origine (pre-migratorie), le variabili di percorso (migratorie), le variabili di integrazione (post- migratorie).

La condizione migratoria (il transito) per sua natura, sottopone individui e gruppi ad una diminuzione dei sistemi di compensazione e di difesa, la migrazione agisce sulle strutture psichiche e poi su quelle identitarie, come un evento plasmante, ma è traumatico solo nella misura in cui, sopprime tutti i sistemi difensivi dell’individuo, che non riesce ad abbracciare entrambe le culture di cui è parte. Sicuramente, lo stress che deriva dal migrare, dipende anche da come si migra e non dalla migrazione come evento in sé, è importante considerare le ragioni storiche e le realtà sociali, la disponibilità di informazioni e di beni, parliamo quindi nel lavoro con i migranti di **analisi di continuità della trama psichica**, che non comporta necessariamente conoscere in modo specifico la cultura della persona che ci sta di fronte, ma analizzarne la personalità nel pre, nel durante e nel post transito. Il migrante arrivato in un nuovo Paese è esposto ad una serie di stress quali: lo stress da attraversamento, lo stress da gestione della perdita di continuità del passato, lo stress da spinta verso la riuscita del sogno migratorio, lo stress da gestione dello scalino culturale, lo stress derivante da difficoltà psicologiche derivate dall’integrazione. La cultura ospitante può essere vista come alienante e

oppositiva, ed in alcuni casi portare ad uno “*shock culturale*”, che fa sì che l’individuo sperimenti sensazioni di precarietà ed inadeguatezza.

Anche la perdita è una condizione tipica della migrazione, il migrante perde la struttura sociale, i valori culturali, spesso si tende a idealizzare il passato, perché è troppo faticoso doverlo abbandonare, il migrante subisce un vero e proprio “lutto culturale”, in questa fase elementi rilevanti sono la personalità e l’aver migrato da soli.

È stato osservato inoltre, un tipo particolare di disagio, chiamato “*Goal Striving Stress*”, derivato dallo sforzo per adempiere al proprio mandato migratorio, ai traguardi e agli obiettivi che si intendono raggiungere. Durante le migrazioni infatti, si fa un calcolo continuo, una sommatoria tra le attese meno i risultati che via via si ottengono, il 60% dei migranti non riescono a raggiungere l’obiettivo principale, ma si accontentano di quello secondario. I risultati si dicono primari se sono sperati, progettati e acquisiti e, gli “imprevisti” sono quasi la normalità nell’esperienza migratoria, già il viaggio infatti è un azzardo. Dalla mia esperienza quest’ultimo stress è molto frequente, solitamente il migrante che arriva nel Paese Ospite è il primogenito di un nucleo familiare molto numeroso, e la famiglia si aspetta dall’emigrante di essere mantenuta e sollevata dalla povertà. Il mandato migratorio, è spesso proprio quello di provvedere all’intero nucleo familiare che si trova nel Paese d’Origine, ma sono pochi coloro che con piccoli lavoretti riescono a provvedere alla famiglia, in questi casi la colpa e la vergogna divengono le emozioni prevalenti ed il senso di frustrazione è molto elevato. Come già accennato nel paragrafo precedente, nel migrante facciamo riferimento ad una nuova organizzazione psichica culturale “*Chi se ne va, non sarà mai a casa neanche se torna*”. Un fenomeno molto diffuso, che può manifestarsi dopo qualche mese di permanenza nel paese ospite è “*lo shock da sospensione del tempo*”. Lo psichismo del migrante è caratterizzato da un doppio assetto mentale detto anche doppio registro, in questa dimensione il migrante non aderisce più totalmente alla propria appartenenza culturale, ma non diventerà mai totalmente un’altra persona (es. quando sto in Italia funziono in un modo, a casa in un altro, ma in nessuna delle due realtà mi sento a casa). Il doppio registro è un fenomeno inevitabile, è impossibile infatti, cancellare le mappe cognitive che sono fondamentali per orientarci nei contesti che abitiamo. Inizialmente la mente del migrante si comporta come se stesse nella propria cultura, dopo circa tre mesi spezza le resistenze culturali e poi spezza l’identità psicologica per adattarsi al nuovo contesto di vita.

Un'altra sindrome che si può manifestare è “*la sindrome del ritorno*”, che si può rivelare con agitazione, aggressività, disorganizzazione; in questa situazione specifica, nella mente di un individuo tutto viene scisso, tranne il tempo che viene messo in pausa. Il tempo, il luogo, lo spazio nel quale il migrante non è presente viene sospeso (es. ragazzo africano che mentre sta in Italia perde il padre in Africa, dopo due anni tornerà in Africa, cercando ancora il padre).

La de-integrazione psicologica può derivare anche da un confronto culturale, spesso la salute psicologica di un individuo dipende anche dai pregiudizi del popolo su quest'ultimo, che sicuramente influiscono sulla psiche e sul modo di essere di un individuo. Un altro tipo di shock si può manifestare, anche dopo un lungo periodo di permanenza di un migrante nel Paese ospite, è uno shock confusionale, è come se la mente andasse in cortocircuito. Sono quei casi che si possono osservare nei rifugiati che ad esempio vengono ospitati per brevi periodi nei Centri di Accoglienza, una volta usciti fuori non si adattano più all'ambiente esterno e la mente non riesce più a funzionare, l'incontro con la realtà spaventa e disorienta e i compiti assegnati dal nuovo contesto di appartenenza divengono troppo onerosi per l'individuo.

Dopo un incidente, può comparire anche un altro tipo di sintomatologia particolare, la sindrome è l'ennesco e non la causa, la causa è la mancata integrazione, ad esempio dopo un sinistro alla guarigione obiettiva, non corrisponde un sanamento soggettivo ed il sintomo viene a cristallizzarsi (es. ragazzo che si frattura il braccio, dopo un periodo di convalescenza e cure adeguate il braccio anatomicamente riprende la sua funzionalità, ma la persona si percepisce sempre con il braccio rotto). Un'altra sindrome è la “*somatosi del migrante*”, è la situazione in cui la mente lavora per non sentire i campanelli di allarme, il corpo ne risente e cede. Un individuo nel suo ambiente sociale è protetto dall'ambiente culturale, quando l'ambiente culturale non c'è più, le prime parti a risentirne sono gli involucri della persona, apparato gastroenterico e dermatologico. Alla situazione di carico, la fatica mentale ed i traumi, si associa la spinta ad andare avanti e sopravvivere, tale da non potersi concedere lo spazio per gestire le difficoltà e la fatica, non ci si accorge della caduta delle riserve energetiche. Anche la somatosi allora, può essere vista come una forma di comunicazione, i pazienti con sintomi medici inspiegabili sono circa il 25% di coloro che richiedono un aiuto specialistico. Si ritiene che le somatizzazioni siano più frequenti nelle culture in transizione e

sono dovute a stress da transculturazione, svantaggio sociale, fallimento del progetto migratorio, difficoltà linguistiche, razzismo, disoccupazione.

Nella mia esperienza clinica, con alcune mie colleghe, ho voluto osservare se ci fosse l'esistenza di una correlazione tra disturbi depressivi e manifestazioni psicosomatiche; questo tipo di ricerca è nata dall'esigenza di valutare la presenza di sintomi psicosomatici al momento della presa in carico dei nuovi ospiti e dopo un periodo di trattamento psicologico di quattro mesi. Nello studio sono stati inclusi circa 100 migranti (80 uomini e 20 donne), ospiti in due CAS di Monteforte Irpino (AV), i ragazzi coinvolti nell'osservazione hanno tra i 18 e i 25 anni di età, provenienti da diversi Paesi dell'Africa, Nigeria, Costa D'Avorio, Senegal, Yemen, Mali. I questionari somministrati sono stati i seguenti: The Patient Health Questionnaire (PHQ – 9), Illness Behaviour Inventory (IBI); Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Scale, Beck Depression Inventory (BDI). I dati generali nei test registrano un significativo cambiamento tra tutti i test somministrati in ingresso e dopo un periodo di osservazione di 4 mesi; nelle prime valutazioni psicologiche infatti, l'attenzione dei migranti è incentrata sul sintomo fisico (dolore allo stomaco, pruriti, stanchezza fisica, nausea, mancanza di energia), spesso nelle prime fasi di accoglienza questi sintomi sono accompagnati da umore deflesso. Dopo un periodo di presa in carico psicologica a cadenza settimanale, si è osservata la riduzione dei sintomi psicosomatici, che non vengono più riportati in seduta, una maggiore motivazione nel raggiungere gli obiettivi prefissati e conseguentemente un miglioramento del tono dell'umore.

CONCLUSIONI

La psicologia delle migrazioni, oggi più che mai si sta interrogando sulle cosiddette sindromi legate alla cultura, ovvero su particolari situazioni che all'osservatore occidentale appaiono come manifestazioni sintomatiche bizzarre di una patologia individuale, ma che nelle società in cui appaiono sono considerate in altro modo. La consapevolezza della possibilità di diverse modalità di espressione del sé, sia negli stati psicopatologici che in condizioni di sanità, legati anche a particolari ritualità specie-specifiche di ogni cultura, può essere illuminata per i clinici dell'accoglienza per spiegarsi complesse osservazioni sintomatologiche, ma nonostante lo smarrimento provato di fronte "al non conosciuto", non sempre è

necessario chiamare in causa in modo rigido ed assolutistico “le culture d’origine” per comprendere ciò che a prima vista ci sembra incomprensibile.

La Transculturà è contemporaneamente utopia, metodo, e processo: non è appello alla buona volontà, non è fusione e omologazione, ma richiede nuove ibridazioni e sintesi socio-culturali. È importante nell’incontro “con l’altro”, trovare l’adatta forma di comunicazione, che non per forza di cose è data dalle parole, sospendere il giudizio, analizzare il vissuto della persona che ci sta di fronte, restituendo capacità di azione e autodeterminazione all’individuo con cui ci relazioniamo, capacità che molto spesso, nei migranti sono danneggiate e usurate. Nella società odierna, ancora non siamo preparati a nuove e creative ibridazioni culturali, ed ancor lunga è la strada verso “soluzioni” alle richieste che ci vengono fatte da popolazioni straniere nel campo della salute mentale, ma mettere insieme le esperienze vissute, può aprire piste di lavoro su cui riflettere e confrontarsi. A volte, partire da ciò che non è chiaro, dagli errori, può essere l’unica modalità di cura efficace.

Bibliografia

Bion WR: *Apprendere dall’esperienza*. Armando Editore 2009;

Cianconi P: *Le Chiavi dell’Orizzonte Circolare*. Territorio, mutazione e psicopatologia. Aprile 2015;

D’Angiò A, Visconti M: *Persone fragili “La vita psichica dei migranti forzati tra cura ed esclusione”*, Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020, Guida Editori;

Fadnes LT, Diaz E: *Primary healthcare usage and use of medications among immigrant children according to age of arrival to Norway: a popular – based study*. *BMJ Open*, 2017 Feb; 7(2): eO14641;

Lolk M, Byberg S, Carlsoon J, Norredam M: *Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study*. *BMC Psychiatry*, 2016 Dec.13; 16(1): 447;

Lo Verso G: *Disidentità e dintorni. Reti smagliate e destino della soggettualità oggi*. Franco Angeli. Milano: 2007;

Perito M, Forgione M, Calia R, Scotti D, Ricci A: *Migranti e Sintomi Psicosomatici: Una Valutazione in un Centro di Emergenza*. “Eda Italia Onlus” 19-21 ottobre 2017, Carcere Borbonico di Avellino, Congresso Nazionale Eda Italia Onlus;

Perito M, Calia R.M., Carpentieri G, De Guglielmo S, Del Buono G, Fasano V, Fiorentino N, Napolitano R, Forgione M, Scotti D, Solomita B, Franza F: Migrants and Psychosomatic Symptoms, an evaluation in an Emergency Centre, E- Poster presented at the 25th European Congress of Psychiatry 4 April 2017, Florence (Italy);

Straiton M, Reneflot A, Diaz R: Immigrants use of primary health care services for mental health problems. BMC Health Serv. Res. 2014 Aug 13; 14:31.

Corrispondenza

Mariangela Perito

Psicologa/Psicoterapeuta

Associazione Neamente

e-mail: mariangelaperito@gmail.com

COME L'EVIDENZA DEI TEMPERAMENTI PUÒ AIUTARE IL CLINICO A FARE UNA CORRETTA DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO BIPOLARE: 10 "CASE-REPORTS".

Giuseppe Tavormina

Presidente del "Centro Studi Psichiatrici" (Cen.Stu.Psi. – www.censtupsi.org)

Riassunto

I temperamenti sono fattori chiave nella valutazione di un paziente con lo spettro bipolare. I temperamenti, pur se manifestazioni sotto-soglia, sono esse stesse manifestazioni dello spettro bipolare: tendono in ogni caso a progredire nel tempo in aspetti clinicamente più evidenti, per cui è importante farne una diagnosi precoce. I disturbi dello spettro bipolare sono molto spesso diagnosticati in ritardo (circa 25 anni di ritardo, in media, dall'inizio della malattia), anche in seguito al fatto che i temperamenti non sono stati identificati per tempo.

Keywords - spettro bipolare; temperamenti; diagnosi precoce; stati misti; "mixity"; scala di valutazione sugli stati misti; "GT-MSRS"

INTRODUZIONE

I disturbi dello spettro bipolare, BSD, (comprese le forme sotto-soglia) sono patologie molto comuni: più comune di quanto non si creda di solito. Queste condizioni sono spesso sottovalutate epidemiologicamente, sotto-diagnosticate, e

inefficacemente trattate o non trattate del tutto (Agius, 2007; Tavormina, 2007). Una diagnosi inadeguata di queste malattie, con il conseguente inadeguato trattamento, può condurre a vari problemi di salute pubblica spesso con gravi conseguenze, tra cui abusi di sostanze, problemi lavorativi, stragi familiari e suicidi (Akiskal-Rihmer, 2009; Tavormina, 2010).

Valutare le caratteristiche dei temperamenti dei pazienti sin all'inizio della loro manifestazione clinica è essenziale per fare una corretta diagnosi e di conseguenza una corretta terapia. Rihmer e Akiskal (Rihmer Z, Akiskal H, 2009) hanno commentato: "I temperamenti, aspetti sotto-soglia, hanno un ruolo importante nell'evoluzione degli episodi clinici di disturbo dell'umore in quanto ne indicano la direzione della polarità e le caratteristiche evolutive degli episodi acuti ... Influenzano anche significativamente il decorso e lo sviluppo di queste patologie, determinando anche l'entità del rischio suicidario e di altre forme di comportamenti autodistruttivi come l'abuso di sostanze e i disturbi dell'alimentazione".

Ogni paziente con BSD presenta negli stati iniziali della loro malattia uno dei temperamenti, essi sono: il temperamento depressivo, il temperamento ipertimico e il temperamento ciclotimico-irritabile; inoltre, all'interno di quest'ultimo troviamo il cosiddetto "temperamento debolmente instabile" (un temperamento ciclotimico attenuato), (Tavormina, 2012).

Il paziente con il "temperamento depressivo" presenta le seguenti caratteristiche: è cupo, apatico, incapace di divertirsi, tendente a preoccuparsi eccessivamente, pessimista, introverso, passivo, tendente abitualmente all'ipersonnia o che presenta insonnia intermittente, costantemente preoccupato per inadeguatezza, fallimenti o eventi negativi, tendente ad essere scettico e ipercritico.

Il paziente con il "temperamento ipertimico" presenta invece le seguenti caratteristiche: è allegro, tendente all'eccesso di ottimismo e all'esuberanza, con iperattività dei pensieri, tendente alla logorrea, estroverso, iperconfidenziale, con sonno abitualmente breve, con un alto livello di energia, tendente ad essere pieno di progetti, spesso disinibito o promiscuo.

Infine, il paziente con il "temperamento ciclotimico-irritabile" ha le seguenti caratteristiche: presenta una disregolazione bifasica dell'umore caratterizzata da rapidi spostamenti endoreattivi da una fase dell'umore all'altra, ognuna di queste

fasi della durata di pochi giorni per volta, con rara eutimia; con iperattività dei pensieri, insonnia o cattiva qualità del sonno, e somatizzazioni varie.

Il temperamento “debolmente instabile” è un “temperamento ciclotimico attenuato” caratterizzato da: disagio timico vago e fluttuante, instabilità dell’umore sottolivellata, frequenti tratti di comorbidità ansiosa.

Tutti i temperamenti possono evolvere nel tempo in un quadro di disturbo bipolare conclamato.

Mentre i primi tre temperamenti (depressivo, ipertimico e ciclotimico-irritabile) erano stati descritti da Akiskal e da altri studiosi (Akiskal 1989), il “temperamento debolmente instabile” è stato descritto per la prima volta dal nostro gruppo, sulla base delle nostre osservazioni cliniche. Quando questo temperamento evolve sopra la soglia clinica, presenta una prognosi migliore dei quadri derivati dal temperamento ciclotimico (Tavormina 2009).

OBIETTIVI E METODI

Dieci nuovi pazienti ambulatoriali, con la diagnosi di disturbo dell’umore, visitati presso il mio studio consecutivamente nei primi due mesi dell’anno 2018, sono stati inclusi in questo studio osservazionale con l’obiettivo di mettere in evidenza come la corretta valutazione del temperamento dei pazienti con disturbi dell’umore consente allo psichiatra di fare una diagnosi precoce dello stesso disturbo bipolare e allo stesso tempo, di conseguenza, di prescrivere a questi pazienti un adeguato trattamento sin dall’inizio (stabilizzatori dell’umore, con eventuale antidepressivo).

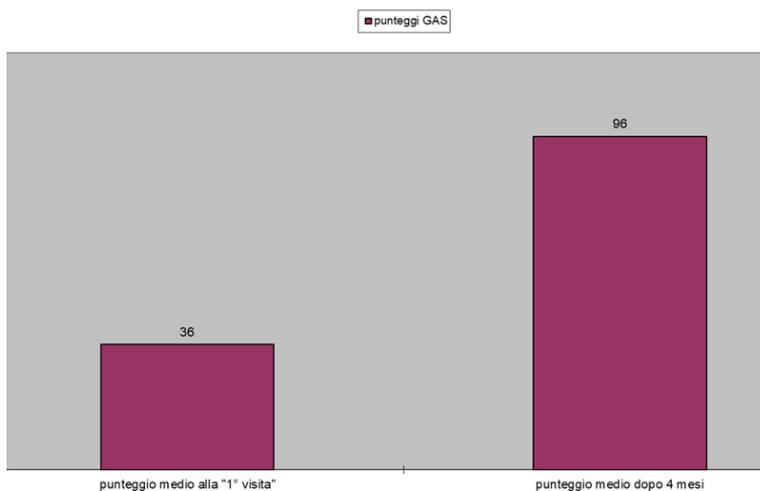
Come mostra la Tabella 1, i pazienti nel presente Studio comprendono maschi (4 pazienti) e femmine (6 pazienti), con un intervallo di età compresa tra 40 e 52 anni (eccezione: solo un paziente era di età compresa tra 76 anni e due di età inferiore a 40 anni). La storia della loro malattia raccolta durante la “prima visita”, aspetto fondamentale per identificare il corretto sviluppo dei sintomi dei disturbi dell’umore (Tavormina, 2007; Tavormina, 2013), mostra come precocemente (a volte molto precocemente) il disturbo dell’umore sia iniziato nella loro vita, molto prima del giorno della “prima visita” nel mio studio.

L'EVIDENZA DEI TEMPERAMENTI NEL DISTURBO BIPOLARE

Tabella 1:

Pazienti	Sesso	Età	Età di inizio dei sintomi	Anni passati senza diagnosi	Diagnosi	Temperamento	GT-MSRS, inizio
1	F	31	28	3	Depressione Agitata	Ciclotimico	6 (L)
2	F	44	14	30	Bipolare II	Ipertimico	11 (M)
3	F	50	20	30	Depressione Agitata	Ipertimico	11 (M)
4	M	32	28	4	Depressione disforica	Ciclotimico	8 (M)
5	M	40	30	10	Depressione Agitata	Ipertimico	9 (M)
6	F	47	20	27	Ciclotimia	Ciclotimico	10 (M)
7	F	47	15	32	Ciclotimia	Ipertimico	10 (M)
8	F	76	40	36	Depressione Agitata	Ciclotimico	8 (M)
9	M	52	25	27	Depressione Agitata - DAG	Deb.-instabile	8 (M)
10	M	45	15	30	Ciclotimia	Ciclotimico	8 (M)

FIGURA 1



La scala di valutazione “G.T. Mixed States Rating Scale” è stata somministrata ai pazienti il giorno della “prima visita”, per facilitare la diagnosi di “stato misto” (e

concentrarsi sui sintomi di “mixity”; Tavormina et al, 2017); il livello di malessere dei pazienti è stato valutato somministrando la scala di valutazione “GAS” il giorno della loro “prima visita” ed anche dopo quattro mesi, per valutare così il livello di miglioramento acquisito del tono dell’umore ([Figura 1](#)); le modalità diagnostiche sono state effettuate utilizzando lo “schema sullo spettro bipolare di Tavormina” (Tavormina G, 2007; Tavormina G, 2013).

RISULTATI

I risultati ottenuti da questo studio osservazionale sono stati estremamente interessanti: l’identificazione dei temperamenti dei pazienti ha consentito una diagnosi precoce di bipolarità e la prescrizione di un corretto trattamento farmacologico (un regolatore di umore); l’utilizzo della scala di valutazione “GT-MSRS”, somministrata ai pazienti il giorno della “prima visita”, ha accelerato il tutto. La [Tabella 1](#) mostra anche per quanti anni i pazienti non avevano ricevuto una diagnosi corretta (dati emersi dalla loro storia della malattia) prima della visita presso il mio studio (tutti i pazienti stavano in precedenza assumendo terapie inadeguate, proprio perché da tempo presentavano una patologia dell’umore). La prescrizione di un adeguato trattamento con regolatori dell’umore ha permesso ai pazienti nel presente Studio osservazionale di raggiungere rapidamente, dopo 4 mesi, un buon livello di qualità dell’umore (la [Figura 1](#) mostra la media del miglioramento generale ottenuto, evidenziato dalla scala di valutazione GAS).

VALUTAZIONI CLINICHE

È essenziale per il clinico valutare il paziente psichiatrico con estrema attenzione e con una valutazione attenta della storia della loro malattia nonché della familiarità, cercando di cogliere il tipo di temperamento presente all’origine in modo da potere fare precocemente una corretta diagnosi del disturbo dell’umore che presenta; il miglior motto di ogni clinico dovrebbe essere: “un trattamento corretto fa seguito ad una corretta diagnosi”.

Molto spesso i pazienti con disturbi bipolari hanno ricevuto una diagnosi corretta dopo diversi anni dall’insorgenza della patologia: l’attuale Studio, ma anche altri precedenti (esempio: McCombs JS et al, 2007; McCraw S et al, 2014), hanno confermato che i pazienti con disturbo bipolare ricevono una corretta diagnosi con

25 anni di ritardo di media dall'inizio della loro patologia. Lo psichiatra clinico incontra spesso grandi difficoltà nel fare una corretta diagnosi del disturbo dell'umore che sta valutando (soprattutto quando sono presenti degli stati misti): questo perché i pazienti nella loro esposizione si concentrano prevalentemente sul proprio disagio depressivo (e meno sull'aspetto inquieto-disforico), inducendo così i medici all'errore diagnostico e terapeutico con il prescrivere frequentemente farmaci antidepressivi da soli, o addirittura spesso insieme a benzodiazepine (accoppiata questa dannosa per l'evoluitività della patologia del quadro misto – Tavormina, 2016), non rendendosi conto del grande problema che ne consegue, e cioè dell'incremento della disforia causato dai trattamenti inadeguati.

La presenza della cosiddetta "mixity" durante le fasi depressive (parola che comprende i sintomi più insidiosi dei disturbi dell'umore, quelli "misti", con presenza contemporanea di depressione sovrapposta a irrequietezza, irritabilità e confusione insieme), che si incrementa durante le fasi disforiche del disturbo bipolare, può causare un aumento del rischio suicidario (Akiskal H, 2007), per cui diventa essenziale coglierla precocemente con l'uso della scala di valutazione sugli stati misti "GT-MSRS".

CONCLUSIONI

I disturbi bipolari sono spesso patologie sottovalutate o, peggio, non diagnosticate o mal curate (Agius M, 2007; Tavormina G, 2007). Il metterli in evidenza sin dalle loro manifestazioni sottosoglia, quelle temperamentali, sottolinea ancora una volta che questo è un metodo cruciale per la diagnosi precoce dei disturbi dell'umore dello spettro bipolare: è molto importante concentrarsi sui temperamenti durante l'intervista clinica, per effettuare correttamente una diagnosi precoce di spettro bipolare dell'umore.

Bibliografia

Akiskal HS: The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (suppl 1): 4-14.

Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV. *Psychiatr Clin North Am.* 1999; 22:517-534.

- Akiskal HS: Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked? - *Acta Psychiatr Scand* 116: 395-402, 2007
- Agius M, Tavormina G, Murphy CL, Win A, Zaman R: Need to improve diagnosis and treatment for bipolar disorder. *Br J Psych* 2007; 190: 189-191.
- Tavormina G, Agius M: The high prevalence of the bipolar spectrum in private practice. *J Bipolar Dis: Rev & Comm* 2007; 6; 3: 19).
- Tavormina G, Agius M: A study of the incidence of bipolar spectrum disorders in a private psychiatric practice. *Psychiatria Danubina* 2007; 19: 4: 370-74.
- Rihmer Z, Akiskal HS, et al.: Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23: 12-18.
- McCombs JS, Ahn J, et al.: The impact of unrecognized bipolar disorders among patients treated for depression with antidepressants in the fee-for-services California Medicaid (Medi-Cal) program: a 6-year retrospective analysis. *J Affect Disord* 2007 Jan; 97 (1-3):171-9
- McCraw S, Parker G, et al.: The duration of undiagnosed bipolar disorder: effect on outcomes and treatment response. *J Affect Disord* 2014 Oct;168: 422-9.
- Tavormina G: The bipolar spectrum diagnosis: the role of the temperaments. *Psychiatria Danubina* 2009; 21: 2: 160-161.
- Tavormina G: The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders. *Psychiatria Danubina* 2010; 22, suppl 1: 15-17.
- Agius M, Zaman R, et al.: Mixed affective states: a study within a community mental health team with treatment recommendations. *European Psychiatry* 2011; 26: suppl 1: P01-145.
- Tavormina G: Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders? - *Psychiatria Danubina* 2011; 23: suppl 1: 13-14.
- Tavormina G, Agius M: An approach to the diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, identifying temperaments - *Psychiatria Danubina* 2012; 24: suppl 1: 25-27.
- Tavormina G: An early diagnosis of bipolar spectrum disorders needs of valuing the somatisation symptoms of patients - *J Int Clin Psychopharmacol*, 2012; 28: e59-e60.
- Tavormina G: A long term clinical diagnostic-therapeutic evaluation of 30 case reports of bipolar spectrum mixed states - *Psychiatria Danubina*, 2013; 25: suppl 2: 190-3.
- Tavormina G: An introduction to the bipolar spectrum - *The management of bipolar spectrum disorders*, summer 2013, CEPiP; 3-6.
- Tavormina G: Treating the bipolar spectrum mixed states: a new rating scale to diagnose them - *Psychiatria Danubina* 2014; 26: suppl 1: 6-9.

Tavormina G: Clinical utilisation of the “G.T. MSRS”, the rating scale for mixed states: 35 cases report - *Psychiatria Danubina* 2015; 27: suppl 1: 155-59.

Tavormina G: An approach to treat bipolar disorders mixed states – *Psychiatria Danubina* 2016; 28: suppl 1: 9-12.

Tavormina G, et al.: Clinical utilisation and usefulness of the rating scale of mixed states, (GT- MSRS): a multicenter study - *Psychiatria Danubina* 2017; 29: supp 3: 365-67.

Tavormina G: “Il trattamento degli stati misti: nuove proposte per nuove linee-guida”. (*Telos*, 2017; suppl. ottobre 2017: 7-13).

Corrispondenza:

Dr Giuseppe Tavormina

Presidente del “Centro Studi Psichiatrici” (Cen.Stu.Psi. – www.censtupsi.org)

Piazza Portici,11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS)

e-mail: dr.tavormina.g@libero.it

PREGIUDIZI IN PSICHIATRIA

Maurilio GM Tavormina¹– Romina Tavormina²

¹ *Psichiatra psicoterapeuta, Napoli - Italia*

² *Psicologa, spec. in psicoterapia analitico transazionale, danzomovimentoterapeuta, Napoli - Italia*

Riassunto

I pregiudizi sono idee, opinioni e valutazioni preconcepite senza una precisa conoscenza diretta e personale sull'argomento in esame. Essi sono molto diffusi e tipici dell'essere umano. Siamo portati a ragionare per categoria di pensiero e a semplificare i concetti, basandoci a volte anche sui pregiudizi, che comportano poi azioni discriminanti e distacco sociale, con paura e diffidenza per presunte azioni negative. La malattia mentale è spesso fonte di pregiudizi, forse per la storia del vecchio manicomio, le pregresse difficoltà alla cura, per il rifiuto delle stesse da parte degli ammalati, per il loro comportamento deviante e la pericolosità sociale. I pazienti hanno difficoltà ad ammettere le proprie sofferenze psichiche, anche quando ne hanno consapevolezza, per sentimenti di vergogna, quasi fosse una loro colpa essere ammalati e per non subire eventuali pregiudizi nei loro confronti ad opera di terzi. Lo scopo della presente ricerca è stato quello di verificare quanto possiamo essere ancora presenti pregiudizi in psichiatria, sia tra gli operatori psichiatrici, sia nella popolazione in generale. A tal fine si è fatto una ricerca su PubMed e Google Scholar, esaminando pubblicazioni scientifiche, riviste specialistiche, giornali e testi specifici. Dalla valutazione dei dati è emerso che i pregiudizi sul "diverso" sono ancora molto presenti, sia tra gli operatori psichiatrici, sia nella popolazione in generale, nonostante i meritevoli sforzi di lotta allo stigma sulla malattia mentale. I pregiudizi sono presenti anche tra i professionisti curanti affetti da disturbi psichici oltre che nei colleghi, manifestando reticenza e disagio nel dichiarare la propria malattia. Ci si augura una inversione di tendenza con l'educazione sanitaria, il contatto con il paziente, l'aiuto di testimonianze di persone importanti e molto conosciute per superare i pregiudizi in ambito psichiatrico, anche se come afferma Einstein in un suo celebre aforisma: "È più facile spezzare l'atomo che un pregiudizio".

INTRODUZIONE

I pregiudizi da sempre presenti nella vita dell'uomo e diffusi in modo ubiquitario nel mondo hanno accompagnato ed influenzato il pensiero umano, soprattutto nell'era moderna ove si vive con una evidente frenesia contro il tempo e gli impegni personali e sociali. Il pensare in modo semplificato e per categorie concettuali facilita una visione rapida del contesto e dei rapporti umani e permette scelte rapide e a volta frettolose nel potere decisionale e relazionale del vivere comune. Il fine positivo, a salvaguardia di una eventuale azione negativa ad opera di terzi e che dovrebbe essere supportato solo dall'esperienza personale, viene inficiato da idee e pensieri preconetti su specifici contenuti, persone e relazioni sociali. Il pregiudizio è una caratteristica prettamente umana che si è evoluta in un lontano passato. Probabilmente, per favorire la sopravvivenza del proprio clan preservandone le risorse, si è sviluppato un modo per distinguere velocemente gli appartenenti al gruppo di estranei, al fine di favorire i primi a discapito di altri. Dagli uomini della preistoria ad oggi, il meccanismo persevera ed è difficilmente distinguibile e conscio, in quanto si rafforza con una valutazione filtrata da idee preconette.

È necessario un solo sguardo per etichettare chi ci sta davanti e spesso l'idea che ci facciamo del nostro interlocutore difficilmente riesce ad essere scardinata. Dunque la prima impressione, che nei comuni modi di dire "è quella che conta", non è oggettiva perché condizionata non solo da aspettative, esperienze, ricordi ma anche da aspetto fisico, abbigliamento, espressioni, ceto sociale, cultura, religione, etnia di appartenenza e comportamento presunto della persona sottoposta al nostro giudizio.

I pregiudizi sono, letteralmente, concetti, valutazioni e decisioni effettuate senza precedente conoscenza diretta e personale sull'argomento in esame. Un giudizio frettoloso su cui si dice "che tutti la pensano così" a conferma della verità di quanto affermato.

Si può ricordare con Allport (Allport GW, 1973) come questo termine nel tempo abbia subito una progressiva modificazione del suo iniziale valore semantico. Con il termine *praepudicium* si andava ad indicare un giudizio precedente, basato su decisioni precedenti al giudizio stesso; solo in seguito tale vocabolo venne ad acquisire il suo attuale significato negativo. A tal proposito Jodelet (Jodelet D, 1978) rileva come spesso i pregiudizi siano formulati proprio da chi non ha conoscenze dirette su cui basare il proprio giudizio e come sia tipica la difficoltà ad abbandonarli

anche alla luce di nuove conoscenze. In un'ottica psicosociale il termine "pregiudizio" si riferisce non tanto ad un singolo individuo, quanto ad interi gruppi di persone e si possono vedere i pregiudizi come opinioni dogmatiche, sfavorevoli verso altri gruppi e, per estensione, verso singoli membri di tali gruppi (Billig M, 1996).

In molte persone i disturbi mentali sono visti con sospetto ed hanno una considerazione diversa rispetto alle altre malattie. Il retaggio storico del vecchio manicomio, della pericolosità sociale dell'ammalato mentale e della difficoltà terapeutica alla cura del paziente psichiatrico sono ancora presenti. La cattiva informazione e la disinformazione contribuiscono ad evidenziare ed alimentare pregiudizi e stigma sociale per le malattie mentali. Lo "stigma" è un segno che distingue negativamente una persona: è come una difficoltà aggiuntiva per lui/lei che colpisce profondamente la vita sociale dei pazienti e delle loro famiglie (Casacchia 2005). Esso si è manifestato sia nei paesi occidentali, ad esempio in Germania (Angermey 1997) o nel Regno Unito (Crisp 2000), e nei paesi dell'Est, per esempio a Hong Kong (Chou 1996) e Singapore (Lai 2001).

BACKGROUND TEORICO

Certamente uno dei pregiudizi più diffusi sulla malattia mentale è quello della pericolosità sociale, intesa come probabilità che un individuo malato di mente possa mettere in atto comportamenti auto ed etero aggressivi, pregiudizio che però era assunto come criterio fondamentale per l'internamento in manicomio, secondo la Legge del 1904. Se il pregiudizio appartiene alla sfera cognitiva del singolo individuo, affondando tuttavia le sue radici nel mondo delle paure e delle fantasie che fin dall'infanzia occupano la nostra mente, è di rilievo comune come esso si estenda e partecipi strettamente alle vicende della vita dei gruppi ristretti o dell'intera collettività, traendo anzi dalle ideologie un fecondo alimento (Vender S, 2005).

Come reagiscono le persone oggetto di pregiudizi e comportamenti discriminanti? L'effetto Pigmalione può esplicitare la risposta al quesito. Esso è noto anche come effetto Rosenthal (ricercatore americano che ideò negli anni sessanta una famosa ricerca di psicologia sociale in California). Derivato dagli studi classici sulla "profezia che si autorealizza", l'esperimento attuato in ambito scolastico ha un assunto di base che può essere così sintetizzato: se gli insegnanti credono che un

bambino sia meno dotato lo tratteranno, anche inconsciamente, in modo diverso dagli altri; il bambino interiorizzerà il giudizio e si comporterà di conseguenza; si instaura così un circolo vizioso per cui il bambino tenderà a divenire nel tempo proprio come l'insegnante lo aveva immaginato (Rosenthal R, 1992).

Il pregiudizio su di una persona o un gruppo di persone, influenza loro o ne influenza il contesto sociale, al punto che i soggetti possono finire per rispecchiare realmente tali giudizi, unicamente per come verranno trattati a causa delle premesse vincolanti. Un esempio sociale negativo di tale effetto, comportante emarginazione, può essere la calunnia: se si esagerano o si attribuiscono arbitrariamente delle caratteristiche negative di un individuo (per esempio, di incapacità e presunta pericolosità sociale del malato mentale), il gruppo potrebbe essere più diffidente e meno disposto ad allacciare rapporti con lui. Egli a sua volta, vedendosi trattato con più freddezza o scherno, può essere portato a chiudersi in sé stesso o a reagire aggressivamente, andando a confermare la premessa iniziale che fosse asociale o indesiderato agli altri, venendo così “legittimamente” escluso dal circolo sociale

I malati mentali sono stati tra le principali vittime delle paure irrazionali dei “normali”, perché la follia è qualcosa di misterioso, sconosciuto, imprevedibile. che ha generato paure irrazionali che, trasferite sul “diverso”, ne hanno fatto facilmente un capro espiatorio con quanto ne consegue: improduttività sul piano sociale, inefficienza, convinzione della loro pericolosità, organicità della malattia mentale, incurabilità.

Il superamento del manicomio ha determinato l'inserimento dei malati nel territorio, aprendo nuove prospettive per guardare al disagio psichico. Questa integrazione spaziale ha contemporaneamente messo in luce la diversa rilevanza delle forme di pregiudizio e di timore che la malattia mentale può suscitare e che possono ostacolare l'effettiva integrazione ed accettazione sociale dei malati. Pratiche di esclusione nei confronti della devianza fondate sui pregiudizi o su ideologie sono state presenti in ogni epoca e in ogni contesto culturale, assumendo spesso il processo di stigmatizzazione una funzione educativo-addestrativa collettiva (Vender S, 2005).

Può un operatore psichiatrico che ha sofferto di patologie psichiatriche curare bene i suoi pazienti ed in particolare quelli che hanno avuto la sua stessa malattia? Una domanda la cui risposta è presente in un pregiudizio molto diffuso tra gli operatori del settore nei confronti del collega malato (Tavormina MGM et al. 2018),

Lo psichiatra psicoanalista C. Jung, nel mito greco del centauro Chirone (Smith, 1997) il “Guaritore ferito”, ritiene che chi ha sperimentato la sofferenza della malattia è più sensibile nel comprendere e curare chi soffre. La malattia mentale è un carico emotivo e professionale per l’operatore psichiatrico che ha provato le sue sofferenze. Quanto sono presenti le patologie psichiatriche negli stessi? Esse compromettono la relazione con il paziente? L’operatore ha difficoltà a farsene carico o allontana i pazienti affidandoli ad un altro collega? Conserva la fiducia e la stima dei suoi colleghi nella sua operatività professionale? Ammette di aver sofferto di patologie psichiatriche o se ne vergogna? La malattia mentale dell’operatore compromette il suo relazionarsi con i colleghi? Queste sono le domande di maggiore rilevanza che hanno guidato gli autori di questa ricerca sul pregiudizio in psichiatria.

OBIETTIVI E METODI

Lo scopo della ricerca è quello di valutare quanto sono presenti e diffusi i pregiudizi sulle malattie mentali, sia nel pubblico che negli operatori psichiatrici, nei confronti della persona affetta da patologia psichiatrica, e le difficoltà di relazione o discriminazioni comportamentali conseguenti al pregiudizio. Quanto sono diffusi i pregiudizi sulla malattia mentale anche in ambito psichiatrico fra gli stessi operatori professionali e quanto essi possano influenzare negativamente la cura del paziente ed infine valutare in che considerazione professionale e relazionale è tenuto l’operatore affetto da patologia psichiatrica dai suoi colleghi. La malattia mentale e lo stigma, con i pregiudizi ad essa correlati, sono una concreta difficoltà per i pazienti, essi soffrono per un duplice motivo, il primo causato direttamente dalla loro patologia e il secondo connesso allo stigma sociale ed ai preconcetti presenti nella popolazione.

È stata fatta una ricerca sistematica sul Web in merito alle pubblicazioni scientifiche sullo stigma e pregiudizi sulla malattia mentale, utilizzando PubMed, Google Scholar, valutando articoli scientifici su *Psychiatry Danubina*, riviste specialistiche, giornali e testi specifici. È presente una vasta letteratura in merito che conferma quanto sia un argomento studiato, approfondito ed ancora attuale nonostante sia comparso da molti anni ed in auge nella psicologia sociale. Sono stati selezionate solo le pubblicazioni specifiche e confrontati i risultati delle relative ricerche.

RICERCA DATI

Tra le pubblicazioni scientifiche selezionate nella ricerca dati sul pregiudizio in psichiatria sono stati rilevati e confrontati i seguenti lavori:

- 1) *“Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression”* (Atteggiamenti degli operatori psichiatrici nei confronti delle persone affette da schizofrenia e depressione maggiore) - di Nordt C., Rossler W., Lauber C. (2006) - Schizophr Bull. 2006 Oct; 32(4); 709-714. PubMed. doi: [10.1093/schbul/sbj065](https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065).

Diversi studi rivelano una scarsa conoscenza delle malattie mentali nella popolazione generale e stigmatizzano gli atteggiamenti nei confronti delle persone con malattie mentali. Tuttavia, non è noto se i professionisti della salute mentale abbiano meno atteggiamenti stigmatizzanti rispetto alla popolazione generale. È stato condotto un sondaggio sugli atteggiamenti dei professionisti della salute mentale (n = 1073) e dei membri del pubblico (n = 1737) nei confronti della malattia mentale e della loro specifica reazione nei confronti di una persona con e senza sintomi psichiatrici (“non-caso” come riferimento di categoria). Gli psichiatri avevano stereotipi più negativi rispetto alla popolazione generale. I professionisti della salute mentale hanno accettato le restrizioni verso le persone con malattie mentali tre volte meno spesso rispetto al pubblico. La maggior parte degli operatori psichiatrici era in grado di riconoscere casi di schizofrenia e depressione, ma 1 su 4 psichiatri e psicologi considerava il non-caso come malato di mente. La distanza sociale verso la depressione maggiore e quella non-caso era inferiore rispetto alla schizofrenia. Tuttavia, a questo proposito, non c’era alcuna differenza tra professionisti e pubblico. Lo studio conclude che la migliore conoscenza dei professionisti della salute mentale e il loro sostegno ai diritti individuali degli ammalati non comportano meno stereotipi né accrescono la volontà di interagire strettamente con le persone malate di mente.

- 2) *“Beliefs and Prejudices versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma against Mental Illness. A College Staff E-survey”* (Credenze e pregiudizi rispetto alla conoscenza e alla consapevolezza: come affrontare lo stigma contro le malattie mentali. Sondaggio dello staff del college). -Buizza C, Ghilardi A, Ferrari C -Community Mental Health Journal, 2017 Jul; 53(5):589-597. Doi: [10.1007-017-0116-9](https://doi.org/10.1007-017-0116-9). Epub 2017 Feb 10

Lo scopo di questo studio era di raccogliere informazioni sull'atteggiamento nei confronti delle malattie mentali da parte del personale dell'Università di Brescia e di individuare i predittori di problemi relativi ai disturbi mentali e valutare il loro rapporto con lo stigma pubblico. Lo studio ha coinvolto 1079 persone e ogni partecipante ha ricevuto una lettera che spiega lo scopo della ricerca elettronica. Quattrocentottantasei persone hanno completato i questionari. I risultati hanno mostrato che coloro che avevano un livello di istruzione superiore, un'esperienza di vita personale con disturbi mentali e un ruolo professionale più elevato avevano maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di accettazione nei confronti dei malati di mente. L'analisi fattoriale del CAMI ha mostrato tre fattori principali: distanza sociale e isolamento, integrazione sociale, responsabilità sociale e tolleranza. Attraverso il modello dell'equazione strutturale si è scoperto che lo stigma del costrutto latente era principalmente definito dal primo fattore. Da questo studio è emerso che l'educazione e il contatto personale erano fattori protettivi contro lo stigma pubblico.

- 3) *"Relationship Between Stereotypes, Prejudice, and Social Distancing in a Sample of Health Care Providers"* (Rapporto tra stereotipi, pregiudizi e allontanamento sociale in un campione di fornitori di assistenza sanitaria). CheKuri L, Mittal D, Ounpraseuth S. -2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29873947> doi:10.4088/PCC.17m02264

Obiettivo: Esplorare gli effetti di mediazione del pregiudizio sulla relazione tra stereotipi negativi e distanza sociale (discriminazione) in un campione di operatori sanitari fornitori di assistenza sanitaria per veterani. Metodi: I dati per questo studio sono stati raccolti tra l'agosto 2011 e l'aprile 2012 come parte di uno studio più ampio che esamina gli atteggiamenti dei provider e le aspettative cliniche nei confronti di 2 ipotetici pazienti con vignetta: 1 con schizofrenia e 1 senza schizofrenia. Le risposte al sondaggio fornite dagli operatori sanitari sono state raccolte utilizzando 3 misure ben note: la scala semantica differenziale a 9 voci, il questionario di attribuzione a 9 voci e la scala sociale di distanza. Un modello di percorso è stato testato usando la versione 6 di Mplus per indagare se il pregiudizio media la relazione tra stereotipizzazione del fornitore e distanza sociale. Risultati: Un totale di 351 operatori sanitari ha risposto al sondaggio. I risultati indicano che c'era una significativa correlazione positiva tra stereotipi e pregiudizi del fornitore ($\beta = 0,298$, $P < .0001$), e il pregiudizio prevedeva in modo significativo la distanza

sociale ($\beta = 0,190$, $P = 0,002$). Anche l'effetto indiretto degli stereotipi sulla distanza sociale, testato usando errori standard bootstrap, era statisticamente significativo ($\beta = 0,167$, $P = 0,007$). Conclusioni: I risultati di questo studio confermano il ruolo importante delle reazioni affettive (pregiudizio) nel generare comportamenti discriminatori (distanza sociale) tra gli operatori sanitari. I risultati aiuteranno inoltre i futuri ricercatori a identificare potenziali obiettivi per gli interventi volti a ridurre lo stigma tra gli operatori sanitari.

- 4) *“Mental Illness and prejudices in psychiatric professionals”* (Malattie mentali e pregiudizi negli operatori psichiatrici) di Tavormina MGM, Tavormina R, Franza F, Vacca A. e Di Napoli W. (2018) *Psichiatria Danubina* 2018, supplemento 7 vol 30 pp. 479 – 485.

I pregiudizi sulla malattia mentale e lo stigma sociale ad esso correlato sono ancora presenti nella popolazione. Le persone soffrono sia per la malattia, sia per i comportamenti di emarginazione attuati dai “cosiddetti sani” nei loro confronti e nei loro parenti. Anche gli operatori psichiatrici si possono ammalare e soffrono per la stessa motivazione. Gli autori di questo studio multicentrico, hanno focalizzato l'attenzione sulla eventuale presenza o meno di gruppi di patologie psichiatriche tra gli “addetti ai lavori”. Le patologie più frequenti riscontrate sono stati i disturbi dell'umore e d'ansia, in una percentuale simile a quella della popolazione in generale. Volendo continuare la ricerca sullo stigma iniziata in un precedente studio, gli autori si sono posti il quesito se ci possono essere pregiudizi e/o stigma tra gli operatori psichiatrici nei confronti dei colleghi malati, di come essi si relazionano in ambito lavorativo e di come reagiscono quest'ultimi al comportamento dei colleghi. È stato utilizzato il questionario sullo stigma per gli operatori psichiatrici e sono state testati 130 colleghi di nazionalità italiana, nelle province di Avellino, Brindisi e Trento. I dati sono stati confrontati con quelli della ricerca sullo stigma “Thinking of Psychiatric Disorders as “Normal” Illness” (Tavormina et al, 2016) ed è emerso che tra i curanti non sono presenti, in modo statisticamente significativo, comportamenti di emarginazione, di esclusione o di stigma nei confronti dei colleghi malati, anche se sono presenti pregiudizi sia nell'operatore sano sia in quello affetto da patologia psichiatrica ed in modo particolare è emerso un certo disagio nel lavorarci insieme. Soprattutto è emerso che, a differenza del precedente studio sullo stigma (Tavormina et al. 2016), l'80% degli intervistati, che hanno avuto esperienze lavorative con colleghi malati, hanno risposto che quest'ultimi

possono curare chi è ammalato anche della loro stessa malattia, manifestando così stima e fiducia nel loro operato, in analogia con la tesi junghiana del “Guaritore ferito” nel mito del centauro Chirone.

DISCUSSIONE

Nella valutazione dei dati delle pubblicazioni scientifiche, di cui sopra sono indicati gli abstract e alle quali si rimanda per una maggiore precisazione degli stessi, è emerso che nel primo studio (Nordt C. et al. 2006) la migliore conoscenza della malattia mentale da parte degli operatori psichiatrici rispetto alle altre persone e il loro sostegno ai diritti individuali degli ammalati, non comportano meno stereotipi, né accrescono la volontà di interagire strettamente con le persone malate di mente, dimostrando dei pregiudizi nei loro confronti.

Nel secondo studio (Buizza C. 2017) sono state coinvolte 1076 persone e solo 486 hanno completato il questionario CAMI. Le persone con un livello di istruzione superiore, un'esperienza di vita personale con disturbi mentali e un ruolo professionale più elevato avevano maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di accettazione nei confronti dei malati di mente e meno discriminanti. Pertanto “l'educazione e il contatto personale erano fattori protettivi contro lo stigma pubblico” ed i pregiudizi sulla malattia mentale.

Nel terzo studio (Chekuri L. et al. 2018) che valutava la mediazione del pregiudizio su stereotipi e distacco sociale di 351 di operatori sanitari su veterani, ha evidenziato che il ruolo delle relazioni affettive e dei pregiudizi sono determinanti e molto importanti nel generare distacco sociale e comportamenti discriminatori.

Nel quarto studio (Tavormina MGM et al. 2018) sono stati intervistati 130 operatori psichiatrici e confrontati con i 207 della ricerca sullo stigma (Tavormina et al 2016) ed è emerso che tra gli operatori professionali non sono presenti, in modo statisticamente significativo, comportamenti di emarginazione e/o di stigma nei confronti dei colleghi malati, anche se sono presenti pregiudizi sia nell'operatore sano sia in quello affetto da patologia psichiatrica ed è apparso un manifesto disagio nel lavorarci insieme. L'80% degli intervistati, che hanno avuto esperienze lavorative con colleghi malati, hanno risposto che quest'ultimi possono curare chi è ammalato, anche della loro stessa malattia, manifestando meno pregiudizi nel loro

operato, rispetto alla ricerca del 2016. Reticenze e pregiudizi si sono manifestati anche tra i curanti malati nel dichiarare la loro malattia. Solo una maggioranza significativa dei loro pazienti, nella stessa ricerca del 2016, ammetteva che si sentivano più capiti ed emotivamente vicini all'operatore sofferente, manifestando meno pregiudizi nei loro confronti.

Atteggiamenti degli operatori sanitari

In teoria, ci si potrebbe aspettare che i professionisti della salute mentale abbiano almeno atteggiamenti neutrali nei confronti dei pazienti con malattia mentale. Tuttavia, mostrano credenze e atteggiamenti negativi più o meno uguali rispetto alle persone all'interno della popolazione generale.

I curanti potrebbero avere opinioni più positive sui malati di mente ed esprimere una maggiore disponibilità ad avere contatti con loro. Uno studio svizzero ha scoperto che gli psichiatri sono più a favore della psichiatria di comunità per le persone con gravi malattie mentali rispetto alla popolazione generale. Ma quando viene valutata la volontà di contatto sociale e dei pregiudizi vi è poca differenza tra gli psichiatri e la popolazione generale (Lauber C. 2006). Il fenomeno "non nel mio cortile", opinione molto diffusa, accomuna sia i professionisti del settore sia la popolazione in generale. Nordt et al. hanno intervistato professionisti della salute mentale e membri del pubblico riguardo ai loro atteggiamenti nei confronti delle persone con o senza sintomi psichiatrici, come la depressione o la schizofrenia. Tutte le persone intervistate hanno mostrato meno desiderio di contatto sociale con pazienti con schizofrenia rispetto a persone con depressione o senza sintomi (Nordt et al. 2006). Uno studio brasiliano ha indicato che gli psichiatri hanno un pregiudizio più forte contro la schizofrenia rispetto alla popolazione generale. I ricercatori hanno notato che più una persona si identifica nel quadro clinico della malattia psichiatrica presentato a lui/lei, più loro stigmatizzano le persone con queste malattie. In questo studio, gli psichiatri hanno un punteggio più alto quando si valuta il grado del loro stigma, indipendentemente dalle diagnosi.

La spiegazione più probabile per questo comportamento è che i professionisti della salute mentale si confrontano spesso con pazienti che sono riluttanti a sottoporsi al trattamento. È difficile costruire una forte relazione terapeutica con questi pazienti, soprattutto per quelli ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio. Migliore è il rapporto tra paziente e operatore sanitario e più il trattamento è

volontario e facilitato, ad esempio in ambito ambulatoriale ove i professionisti hanno un comportamento meno discriminante verso i loro pazienti (Loch AA et al, 2013).

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati emerge che i pregiudizi sul "diverso" e sulla malattia mentale sono ancora molto presenti, nonostante l'opera meritoria di tanti professionisti nella lotta contro lo stigma sociale. Il pregiudizio è diffuso nell'essere umano ed influenza anche inconsciamente le opinioni e gli atteggiamenti nel "deviante". La maggiore conoscenza della malattia mentale per esperienza diretta o per professione non tutela le persone da idee preconcepite, comportamenti evitanti o francamente discriminatori. I pregiudizi sono presenti anche tra gli operatori psichiatrici ed influenzano il loro comportamento, sia avendo reticenze nell'ammettere di aver sofferto o di soffrire di patologie mentali, quasi come se fosse una malattia di cui vergognarsi, sia nel giudicare i colleghi malati. Si ritiene che solo l'educazione sanitaria, il contatto con il paziente, l'aiuto di testimonianze di persone importanti e molto conosciute, come cantanti, come Lady Gaga con la sua opera di pubblicità e testimonianza diretta contro lo stigma per la malattia mentale (Youtube), come attori, artisti, sportivi, scienziati e uomini di fede come il Papa Francesco Bergoglio con la sua dichiarazione di aver usufruito di benevoli cure psicoanalitiche (Il Sole 24 Ore, 2017), si possano invertire le tendenze ai pregiudizi e superarli. Una volta lo psichiatra era visto come "il castiga matti" del manicomio e tutti avevano reticenze o paura di ammettere di aver avuto necessità di cure. La scoperta di terapie efficaci e specifiche, farmacologiche, psicologiche e sociali, hanno ridotto ed invertito il precedente pregiudizio, anche se come afferma Einstein in un suo celebre aforisma: "È più facile spezzare un atomo che un pregiudizio".

***Conflitti d'interesse:* non presenti.**

Bibliografia

- Allport GW: La natura del pregiudizio. Firenze: La Nuova Italia; 1973.
- Angermeyer MC, Matschinger H: Social distance towards the mental ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol* 1997; 27: 131-41.
- Baranzini F: Discriminazione e accoglienza della persona con disturbo psichico nella popolazione. *Noos*, 2005, n° 3-4: 245-268.
- Barr Alison: Wounded Healer Counsellor Psychotherapist Research. COSCA Research Dialogue, from The Green Rooms, 2006.
- Billig M: Razzismo, pregiudizi e discriminazione. In Moscovici S, ed. *Psicologia sociale*. Roma: Borla; 1996.
- Bruno M. Mazzara: Stereotipi e pregiudizi. Società editrice il Mulino, Bologna 1997.
- Buizza C, Ghilardi A, Ferrari C: Beliefs and Prejudices Versus Knowledge and Awareness: How to Cope Stigma Against Mental Illness. A College Staff E-survey. *Community Mental Health Journal*, 2017 Jul; 53(5):589-597. Doi: 10.1007-017-0116-9. Epub 2017 Feb 10
- Callegari C, Milani S, Pace V, et al.: Pregiudizio e Tolleranza: una ricerca a Varese su due aree cittadine. Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Cattedra di Psichiatria, Università degli Studi dell'Insubria; 2001. www.researchgate.net/publication/256090187
- Casacchia M: Lo stigma di chi soffre di un disturbo mentale e dei familiari?'. *Noos*, 2005, n° 3-4; 197-218.
- CheKuri L, Mittal D, Ounpraseuth S: Relationship Between Stereotypes, Prejudice, and Social Distancing in a Sample of Health Care Providers. 2018. doi: 10.4088/PCC.17m02264. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29873947>
- Chou KL, Mak KY, Chung PK et al.: Attitudes towards mental patients in Hog Kong. *Int J Soc Psychiatry*, 1996; 42: 213-9.
- Corrigan PW, Penn D: Lesson from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 1999; 54: 765-76.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S., et al: Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br. J Psychiatry*, 2000; 177: 4-7.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al.: Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004; 291 (21): 2581–90.

- Hankir A et al.: The Wounded Healer: an effective anti-stigma intervention targeted at the medical profession. *Psichiatria Danubina*, 26(1): 89-95.
- Jodelet D: *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF; 1988.
- Lai YM, Hong CP, Chee CY: Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2001; 42: 111-4.
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2006; 429: 51–59 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang YP, Gattaz WF, Rössler W: The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res*, 2013 205: 185–191 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Nordt C, Rössler W, Lauber C: Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull*, 2006 32: 709–714 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Robert C., Smith: *The Wounded Jung: Effects of Jung's Relationships on His Life and Work*. Psychosocial Issues, Paperback – October 29, 1997; 177.
- Rosenthal R., Jacobson L.: *Pygmalion in the classroom*, Expanded edition, New York, Irvington, 1992
- Sato M: Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 2006; 5(1): 53-55
- Tavormina MGM, et al.: A questionnaire to assess social stigma". *Psychiatr Danub*. 2015; 27(1): S328-31.
- Tavormina MGM et al.: Thinking of Psychiatric Disorders as “Normal” Illness”. *Psychiatr Danub*. 2016; 28(1): 125-131
- Tavormina MGM et al.: Malattia mentale e pregiudizi: studio multicentrico sullo stigma sociale”. Acts of 2th National Congress EDA Italia onlus. *Telos Magazine*, 2017; suppl Oct. pp 61
- Tavormina MGM et al.: Mental illness and prejudices in psychiatric professionals. Data from the social stigma questionnaire for psychiatric professionals. *Psych. Danubina*, 2018; 30(7): 479
- Vender S: “Stigma interiorizzato e vergogna”, *Noos*, 2005; 3-4: 233-243.
- Vender S., Poloni N., Gamberini S: La stigmatizzazione nella storia e nella cultura. *Noos*, 2005; 3-4: 149-166

Sitografia

RivistaTelos. http://www.rivistatelos.it/wp-content/uploads/2018/07/rivista_pat_nero.pdf

Youtube. https://www.youtube.com/results?search_query=video+chat+lady+gaga+principe+william

Il Sole 24 Ore. <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2017-09-04/la-lezione-papa-contro-pregiudizio-ho-avuto-bisogno-psicanalista-nessuna-vergogna-fatevi-aiutare-122314.php?uuid=AE4XmENC>

Aforismi. <https://aforismi.meglio.it/aforisma.htm?id=1c68>

Indirizzo per corrispondenza:

Dr Maurilio Giuseppe Maria Tavormina, psichiatra

Viale Leone 4/F, 80055 Portici (NA), Italia.

e-mail: mtavormina@virgilio.it

MENS SANA IN CORPORE SANO

Romina Tavormina

Psicologa, spec. in psicoterapia analitico transazionale, danzamovimentoterapeuta,

resp. sede locale Apid sud, Napoli

Background

Nella nostra società caratterizzata da incertezza, imprevedibilità, ritmi di vita veloci e stressanti in cui spesso c'è poco spazio e tempo da dedicare all'ascolto dei propri bisogni psicocorporei ed emozioni si assiste ad un aumento dei disturbi psicosomatici.

Sommario

Il Benessere della Persona è dato da un equilibrio tra fattori bio-psico-sociali, pertanto una relazione equilibrata ed una comunicazione sana tra il proprio corpo e la propria mente diventa necessaria e funzionale affinché l'individuo sia in uno stato di salute psicofisica. A causa di diversi fattori spesso quest'equilibrio viene perso ed ecco che arrivano i primi segnali di disagio e la comparsa di disturbi psicocorporei. Diventa necessario comprendere ed intervenire su quest'ultimi affinché la persona possa ritrovare un nuovo equilibrio e dunque benessere. Dopo aver esaminato in che modo mente e corpo si influenzano reciprocamente e le diverse tipologie di disturbi psicosomatici più frequenti si descrive in che modo la DanzaMovimentoTerapia possa essere uno strumento/ metodologia efficace nella risoluzione degli stessi, riconducendo la persona in un nuovo stato di benessere.

INTRODUZIONE

Il concetto di Salute ha avuto un'evoluzione nel corso del tempo, collegata al differente modo di intendere la relazione mente-corpo rispetto al benessere della

persona. Seguire in che modo i due concetti si sono evoluti fino ad oggi permette una maggiore comprensione di come l'individuo possa trovare il proprio stato di salute e cosa invece interviene nel momento in cui lo perde.

È importante dunque chiedersi che relazione c'è tra corpo e mente e se ed in che modo possono influenzarsi reciprocamente nel determinare lo stato di salute dell'essere umano.

Per molto tempo corpo e mente venivano considerate come due entità separate non in comunicazione tra loro. Sebbene già nell'antichità Platone parlava di una separazione tra mente(anima) e corpo è con Cartesio e la sua teoria del dualismo che viene messa chiaramente in luce una distinzione e separazione tra i due aspetti. Cartesio denominava la materia e dunque il corpo, riferendosi alla sua proprietà più elementare, *res extensa*, e la mente *res cogitans*.

Queste erano le due sostanze ontologicamente separate tra cui non poteva esistere alcuna influenza di tipo causale. Alla fine della sua vita Cartesio modificò alcuni aspetti della sua teoria nello scritto "*Le passioni dell'anima*". Qui sostenne che la mente (o l'anima) ed il corpo non sono separati come un capitano e la sua nave, ma che sono intimamente legati e addirittura mischiati. Esisterebbe un punto privilegiato dove mente e corpo interagiscono: la ghiandola pineale. Attraverso il nostro corpo, lungo i nostri nervi correrebbero certi "spiriti animali" che funzionano da messaggeri per i nostri sensi, mediando l'interazione mente-corpo. In effetti con questa mossa Cartesio cambiò posizione, diventando a tutti gli effetti interazionista. Nel corso del tempo ci sono state diverse teorie che hanno analizzato la possibile interazione mente-corpo ma il merito di questa connessione fino a parlare della persona come un'entità psicofisica globale, data dall'unità ed interrelazione mente-corpo, spetta alle neuroscienze. Quest'ultime hanno scoperto ed evidenziato la stretta connessione neuronale tra aspetti cognitivi, emotivi e corporei.

Cambiando la concezione dell'essere umano non più costituito da due entità separate (mente/corpo) ma al contrario in stretta connessione tra loro si è modificato anche il concetto di salute. Se prima la salute era intesa come assenza di malattia, facendo riferimento ad una teoria strettamente organicistica, in seguito alla concezione dell'unità psicocorporea nel 1946 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha definito la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Ciò rende conto come il

concetto di salute sia diventato molto più complesso e multifattoriale. In una riunione dell'OMS del 1998 è stata proposta la modifica della definizione originaria del concetto di salute nei seguenti termini: «La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia.»

La discussione, avvenuta nelle commissioni del WHA52, svoltosi dal 17 al 25 maggio 1999, non è arrivata all'Assemblea Generale. Conseguentemente è stato mantenuto il testo originario nonostante il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti del WHO stesso. Questo è avvenuto per diverse ragioni, tra cui aspetti linguistici, culturali e religiosi non universalmente condivisi. In tale contesto, la salute sarebbe stata considerata più un mezzo che un fine e avrebbe rappresentato una risorsa di vita quotidiana che consentisse alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

“MENS SANA IN CORPORE SANO” E “CORPUS SANUM IN MENS SANA”

Partendo dunque dall'ultima definizione di salute che riguarda tutti gli aspetti della persona sia fisici che psichici possiamo dunque parlare dell'importanza di una “Mens sana in corpore sano”.

“*Mens sana in corpore sano*” (“una mente sana in un corpo sano”) è una locuzione latina tratta da Giovenale (Satire, X, 356). Nell'intenzione del poeta, l'uomo dovrebbe aspirare a due beni soltanto: la sanità dell'anima e la salute del corpo; queste dovrebbero essere le uniche richieste da rivolgere alla divinità che, sottolinea il poeta, sa di cosa l'uomo ha bisogno più dell'uomo stesso. Giovenale non afferma che in un corpo sano c'è una mente sana, ma che bisogna pregare gli Dei affinché concedano l'uno e l'altra. Nella locuzione originaria dunque non emerge una concausalità tra i due fattori. Nell'uso moderno si attribuisce invece alla frase un senso diverso, intendendo che, per aver sane le facoltà dell'anima, bisogna aver sane anche quelle del corpo in virtù dell'unità psicofisica. Di conseguenza una sana cura del corpo in termini di alimentazione, sonno ed attività fisica è alla base per una sanità mentale.

Sono stati fatti diversi studi e ricerche che hanno evidenziato la stretta relazione tra salute fisica e mentale. È stato dimostrato che vi è una stretta correlazione tra le

capacità motorie e le capacità attentive e mnemoniche di una persona: nello specifico, le relative ricerche di Darla M. Castelli, Charles H. Hillman, Sarah M. Buck e Heather E. Erwin (della University of Illinois at Urbana-Champaign) pubblicate nel *Journal of Sport & Exercise Psychology* hanno dimostrato che una buona forma fisica è stata associata positivamente ad indici neuro-elettrici di attenzione e di lavoro della memoria. Howard Taras, nella sua relazione pubblicata nel 2005 dal titolo “Physical Activity and Student Performance at School” ha dimostrato che gli studenti che sono fisicamente attivi presentano maggiore attenzione durante le lezioni rispetto a studenti sedentari. Lisa Flook e Rena L. Repetti della University of California di Los Angeles, in collaborazione con Jodie B. Ullman della California State University di San Bernardino hanno constatato che dal punto di vista psicologico, individui fisicamente attivi riferiscono alti livelli di autostima e più bassi livelli di ansia, che sono stati entrambi associati a migliorare il rendimento accademico.

Tutte queste ricerche evidenziano dunque come una maggiore cura della salute corporea migliora le prestazioni cognitive e aspetti psicologici della persona ed in particolare modo l'umore. Una volta constatato che il corpo influenza la nostra mente è importante chiedersi il contrario ossia in che modo la nostra mente influenza il nostro corpo e dunque come dalla nostra salute mentale dipenda anche quella fisica. Questo vuol dire che non vale solo la formula “Mens Sana in Corpore Sano” ma anche quella inversa ossia “Corpus Sanum in Mens Sana”. Ciò è possibile perché la relazione mente corpo non è univoca ma è biunivoca e bidirezionale, il che vuol dire che l'influenza è reciproca e contemporanea. Da questo è possibile dedurre come la salute mentale è alla base di quella fisica e di come quando questa viene a mancare possa far sentire i suoi effetti anche sul corpo con la presenza di sintomi fisici che non hanno origine organica, ma psicologica. Questa stretta relazione è stata studiata dalla psicosomatica che spiega come la mente influenza il corpo.

PSICOSOMATICA E DISTURBO PSICOCORPOREO

La psicosomatica è un ramo della psicologia clinica volta a ricercare la connessione tra un disturbo somatico e la sua origine di natura psicologica. La relazione mente-corpo infatti è stata indagata proprio a partire dallo studio delle malattie psicosomatiche. La clinica psicosomatica riguarda le malattie fisiche nella cui

determinazione o evoluzione intervengono fattori psichici o conflittuali (Kreisler e al. 1974). Il termine psicosomatico è stato usato per la prima volta nel 1818 dal poeta, poi diventato professore di psichiatria a Lipsia, Heinroth che però non considerava le malattie psichiche e fisiche in senso psicodinamico, bensì come risultato della colpa dell'uomo. Il maggior contributo alla nascita della psicosomatica si deve alla psicoanalisi, da quando Freud introduce la nozione di inconscio nella scienza medica, riconoscendo nell'organismo il luogo dove riposano i processi psichici, e distingue nel sintomo un aspetto psicologico del quale può occuparsi ed uno organico che non può affrontare. Freud ricorda come tutto lo psichico si sviluppi in costante riferimento all'esperienza somatica.

Il termine medicina psicosomatica con connotazione psicodinamica è stato coniato nel 1922 da Felix Deutsch, un allievo di Freud, che, dopo molti studi e sforzi per ampliare il concetto di conversione isterica, scrive che è possibile trovare questi processi anche in malattie caratterizzate non solo da disturbi funzionali, ma anche materiali e organici. Lo stesso Freud dà un valore primario alla persona in senso globale, ma, per il riconoscimento scientifico della nuova prassi terapeutica psicoanalitica, si è concentrato solo sull'isteria. Nel secondo dopoguerra la medicina psicosomatica si sviluppa con l'aspirazione a definire un nuovo ramo della medicina, inerente a un gruppo di malattie con una chiara correlazione tra fattore psichico e disturbo somatico. Si delinea così, soprattutto negli Stati Uniti, una nosografia che raccoglie un gruppo di patologie specificamente psicosomatiche tra cui l'asma bronchiale, l'ulcera peptica, l'artrite reumatica, l'ipertensione arteriosa. Dunbar è da ritenersi un pioniere nella ricerca in questo campo e nei suoi lavori si propone di istituire un collegamento tra profili di personalità e malattie psicosomatiche servendosi di questionari, test proiettivi e scale psicometriche. Alexander nel 1946 parlava di "specificità di conflitto": come il riso è la risposta alla gioia e il pianto al dolore, così l'ipertensione lo è alla collera e alla paura, l'ipersecrezione gastrica all'emergenza, l'asma all'impulso inconscio e represso di gridare per chiedere l'aiuto della madre, e così via. Secondo Alexander le malattie psicosomatiche derivano da innervazioni anomale, legate ad un'alterata distribuzione del sistema neurovegetativo, il quale induce alla "lotta" o alla "fuga" in situazioni conflittuali o durante il riposo. Così, in situazioni di atteggiamenti cronici di rivalità, ostilità, aggressività, il sistema noradrenergico subisce la pressione e la conseguente eccitazione scaturita da emozioni represses, aggressività e competitività. Se le tendenze di attacco e fuga sono bloccate, lo sconvolgimento

neurovegetativo rischia di cronicizzare in una patologia psicosomatica. In pratica, Alexander sostiene che stati emozionali conflittuali siano implicati nell'eziopatogenesi di varie malattie psicosomatiche attraverso la mediazione del sistema neurovegetativo. Insieme ad altri studiosi, Alexander limita il campo della psicosomatica ad un certo numero di malattie per le quali siano evidenti tipologie di caratteri e di emozioni.

Da un punto di vista fisiologico, è ormai provato che i sistemi nervoso, endocrino e immunitario comunicano tra loro; questo vuol dire che le emozioni e il corpo non sono entità separate, ma strettamente interconnesse. I messaggeri chimici più frequenti nelle aree neurali che regolano le emozioni sono gli stessi che operano estensivamente nel cervello e nel sistema immunitario.

David Felten ha fornito alcune prove sull'esistenza di un legame diretto che permette alle emozioni di avere un impatto sul sistema immunitario: osservando che le emozioni si ripercuotono sul sistema nervoso autonomo, ha scoperto che le cellule immunitarie possono essere il bersaglio dei messaggi nervosi. D'altro canto, sembrerebbe che una condizione mentale serena possa influire positivamente sull'andamento delle forme patologiche, in associazione ad una minore probabilità di ammalarsi. Secondo Seligman, l'ottimismo può influenzare la salute, mantenendo le difese immunitarie più attive; inoltre Carver, Visintainer e Friedman ritengono che essere ottimisti dia dei vantaggi alle persone affette da tumore, ipotizzando un ruolo influente delle variabili psicologiche nel processo invasivo della nascita di un tumore. Del resto si sa, come sostiene Oliviero, che avere uno spirito reattivo e combattivo di fronte ad una malattia aiuta di più perché, rispetto all'essere passivi e depressi, si mettono in atto comportamenti preventivi e curativi più adeguati e tempestivi. Se insieme alla condizione fisica, afferma Goleman, si cura anche lo stato emotivo di una persona, l'efficacia del trattamento medico risulta maggiore in termini sia di prevenzione sia di trattamento.

Oltrepassando il dualismo psicofisico, la medicina psicosomatica guarda dunque all'uomo come a un tutto unitario, dove la malattia è un sintomo a livello organico e un disagio a livello psicologico e in quanto tale va curata. In quest'ottica ogni malattia non è la causa di determinati sintomi, ma è essa stessa sintomo di un rapporto compromesso col mondo; non si può ridurre all'effetto di una causa, ma diventa il significato di un rapporto, il significato che la malattia assume in colui che la vive.

La medicina psicosomatica esiste come disciplina autonoma da circa 50 anni ed ha per oggetto lo studio dei fattori emozionali e psichici come possibile causa o concausa di malattie somatiche. Le malattie storicamente sempre interpretate come psicosomatiche sono l'ipertensione arteriosa, l'asma bronchiale, la colite ulcerosa, l'ulcera gastro-duodenale e l'eczema. Ultimamente questo elenco si è andato via via infoltendo fino a comprendere: i disturbi dell'alimentazione che si evidenziano intorno ai due eccessi rappresentati dall'anoressia e dalla bulimia con conseguente obesità; le malattie e i sintomi psicosomatici a carico del sistema gastrointestinale (dove tra le malattie organizzate c'è, oltre alla colite ulcerosa e all'ulcera gastro-duodenale, la rettocolite emorragica, mentre tra i disturbi psicosomatici sono presenti la gastrite cronica, l'iperacidità gastrica, il pilorospatmo, il colon irritabile o spastico, la stipsi, la nausea, la diarrea e il vomito), del sistema respiratorio (asma bronchiale, la sindrome iperventilatoria, la dispnea, il singhiozzo), del sistema cardiovascolare (aritmie, crisi tachicardiche, coronaropatie, angina pectoris, insufficienza coronarica, infarto, l'ipertensione arteriosa essenziale, la cefalea emicranica, la nevrosi cardiaca, le algie precordiali), le malattie e i sintomi psicosomatici relativi al sistema cutaneo (la psoriasi, l'eritema pudico (rossore da emozione), l'acne, la dermatite atopica, il prurito, la neurodermatosi, l'iperidrosi, l'orticaria, la calvizie, la secchezza della cute e delle mucose, la sudorazione profusa), al sistema muscoloscheletrico (la cefalea tensiva, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide cervicale e lombosacrale, la cefalea nucale), al sistema genitourinario (dolori mestruali, disturbi minzionali, enuresi, impotenza), al sistema endocrino (ipopituitarismo, iper o ipotiroidismo, ipoglicemia, diabete mellito). Seguendo l'ottica psicosomatica ogni disturbo fisico è collegato ad un'emozione repressa che si esprime attraverso il corpo danneggiandolo, nello specifico la rabbia colpisce il fegato, la paura i reni, la tristezza le vie respiratorie, l'ansia il colon e l'intestino, le preoccupazioni lo stomaco, milza e pancreas.

RITROVARE L'EQUILIBRIO PSICO-CORPOREO CON LA DANZAMOVIMENTOTERAPIA

Partendo dunque dalla correlazione tra emozioni e corpo e nello specifico nella relazione tra conflitti emotivi irrisolti e disturbi psicosomatici, la guarigione avviene grazie alla risoluzione del conflitto sottostante il sintomo e l'espressione adeguata

delle emozioni bloccate. Ritrovare il proprio benessere psicocorporeo dunque non consiste solo nella risoluzione sintomatica ma anche nel ritrovare un nuovo equilibrio psicofisico. Diversi sono gli strumenti utilizzati con questo scopo dalla psicoterapia al supporto farmacologico fino all'utilizzo dell'arteterapia. Nello specifico la DanzaMovimentoTerapia si è rivelata una metodologia molto utile per intervenire con le malattie psicosomatiche. La DanzaMovimentoTerapia (DMT) è un'arteterapia nella quale il corpo e il movimento sono lo strumento primario per raggiungere gli scopi terapeutici. È una tecnica di riabilitazione che utilizza l'espressività corporea per regolare le emozioni e il sé psicofisico dell'individuo, considerando quest'ultimo come un'unità mente-corpo inscindibile. Lavora sui comportamenti muscolari collegati ad un'emozione per esternalarla. Diventa una forma di espressione di sentimenti (colpa, dipendenza, abbandono) così opprimenti e violenti da non poter essere esternati verbalmente, ma esprimibili attraverso il movimento. Il movimento nasce dal profondo "sentire" di ogni partecipante. È una disciplina specifica orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale; la maturità affettiva e psicosociale; il benessere e la qualità della vita della persona attraverso le risorse del processo creativo, della danza e del movimento. (Art 2 Statuto APID). Utilizza esercizi fisici che apportano benefici al corpo come: ampliare la respirazione, potenziare la muscolatura, migliorare l'equilibrio e l'estensione del proprio corpo in tal senso contribuisce a creare le condizioni per una "mens sana in corpore sano".

La DMT oltre agli effetti benefici del danzare vi aggiunge un aspetto in più lo strumento "terapeutico". Il Dmt-terapeuta crea uno spazio protetto in cui la persona possa esprimersi liberamente attraverso il corpo e ritrovare la propria autenticità, spontaneità. La musica (il suono) funge da mediatore della relazione tra il paziente e il terapeuta ed ha la funzione di stimolare il movimento e creare un ambiente favorevole dove sia possibile dare forma corporea ad una emozione nascosta. Aumenta inoltre le competenze relazionali, attraverso la condivisione di un'esperienza di gruppo, la creatività ed accresce la sensibilità verso se stessi e gli altri, contribuisce dunque anche al benessere mentale, psicologico e relazionale della persona.

È efficace per tutti e può essere rivolta a singoli individui, a coppie oppure a gruppi: la scelta del contesto in genere viene effettuata in relazione alle necessità relative alla problematica specifica che si sta trattando. È applicabile in vari settori dalla promozione del benessere alla cura di diverse patologie, tra cui i disturbi

psicosomatici. Risulta essere efficace nella cura di quest'ultimi in quanto attraverso il movimento e la creatività permette attraverso il corpo l'espressione danzata dell'emozione che si nasconde dietro il disturbo somatico. Nel caso di disturbi allo stomaco ad esempio si può fare un lavoro col corpo in cui si chiede alla persona di danzare come fosse il suo stomaco in diverse situazioni stimolo proposte dal conduttore. L'organo colpito dal disturbo ha così la possibilità di esprimersi attraverso la danza e rilasciare tutte le tensioni che causano il malessere ed in particolare in questo caso l'espressione dell'ansia e della rabbia che spesso somaticamente si annidano dietro al disturbo fisico. Dando espressione all'emozione sottostante l'organo si libera dalle tensioni rilassandosi e non essendo fonte di malessere per la persona. Il momento danzato è seguito poi da una fase di verbalizzazione e consapevolezza psicocorporea di ciò che è accaduto durante la danza per dare alla persona una maggiore comprensione di sé e delle proprie dinamiche psicocorporee.

CONCLUSIONI

Da tutte le ricerche fatte fino ad oggi in ambito medico e psicologico emerge dunque l'innegabile interrelazione tra mente e corpo e l'importanza di un equilibrio tra processi mentali e fisici per il benessere psicofisico della persona. Cura del proprio corpo ed in parallelo della propria mente sono due processi indispensabili per il mantenimento della propria salute psicofisica. Discipline che agiscono contemporaneamente su mente e corpo favorendo l'armonia e la comunicazione consapevole tra di essi quali la Danza Movimento Terapia sono dunque molto utili sia per la prevenzione della malattia, che per la cura della stessa.

Bibliografia

- Alexander, F: Medicina Psicosomatica Firenze, Marzocco, 1951 12 "Disturbo di Somatizzazione" www.dimensionepsiche.it
- Adorisio A: La danza e il movimento. L'immaginazione attiva. F De Luca Comandini e R Mercurio, Vivarium, Milano, 2002
- Balint M, Medico: Paziente e Malattia. Ed. Giovanni Fioriti, 1960

- Basurto C: Esperienze di danzaterapia nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Pubblicato nel libro: Se la cura è una danza: la metodologia espressivo relazionale nella danzaterapia, di V. Bellia, Ed. Franco Angeli, 2007
- Biondi M: La Medicina Psicosomatica: Panoramica e Quadri Clinici www.gianfrancobertagni.it/materiali/psiche/biondi.pdf
- Cerruto E: A Ritmo di Cuore, la danza terapeutica. Xenia Edizioni, 1994
- Cerruto E: Danzaterapia: una danza nella pelle, La Salute Olistica, marzo, 2002
- De Vera d'Aragona P: Curarsi Danzando: il Movimento come Psicoterapia, Riza Scienze, 1986; n.13.
- De Vera d'Aragona P: Vinci la Depressione. Riza Psicosomatica, 1992; n.143
- Galimberti U: Il corpo, Ed. Feltrinelli, 1987
- García ME, Plevin M: Gli aspetti non verbali della relazione: il contributo della Danza Movimento Terapia. Seminari del sabato. Ordine degli Psicologi del Lazio, Roma, 4 giugno 2004
- García, ME, Plevin M, Macagno P: Movimento Creativo e Danza, metodo Garcia/Plevin, Gremese Editore, Roma, 2006
- Hiller W, Fitcher MM, Rief W: J. Psychos. Res., 2003, 54, 369-380
- Masako N: Does a Multi-Dimensional Concept of Health Include Spirituality? International Journal of Applied Sociology, 2012; 2(6): 71-77
- Kreisler L, Fain M, et al.: Il bambino e il suo corpo, trad. it., Roma, Astrolabio, 1976.
- Lowen A: Bioenergetica. Edizioni Universale Economica Feltrinelli/Saggi, 1975
- Lowen A: Il linguaggio del corpo. Edizioni Feltrinelli, 1958
- Maino E: La Psicosomatica. www.benessere.com
- Merati L, Mantellini B: La medicina complementare nella pratica clinica. 2005
- Platone: Fedone, 80b, Edizioni Piccola Biblioteca Einaudi Classici
- Sacco N: L'arte del movimento. Educazione e terapia attraverso la danza Musicoterapia e danzaterapia, a cura di Maria Favorini. Franco Angeli ed. Milano. 2004
- Saccorotti C: Il processo creativo nel percorso verso l'autonomia, Atti del convegno "Il corpo e la gioia". Milano, 14-15-16 maggio 2000
- Saccorotti C: La complessità e l'autonomia del processo terapeutico, Danzamentoterapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana". Edizioni scientifiche Magi, Roma, 2004
- Sapir M: Siamo tutti psicosomatici. Edizioni Borla, 1988

Taras H: Physical Activity and Student Performance at School. Wiley Online library, 2005
World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, World Health Organization.

Corrispondenza

Romina Tavormina, psicologa,

Viale Leone 2/E, 80055, Portici, Napoli

e-mail: romina.tavormina@libero.it

NUOVI BISOGNI IN RIABILITAZIONE PSICHIATRICA: PERCORSI DIAGNOSTICI SPECIFICI PER I PAZIENTI AUTORI DI REATO.

Antonella Vacca

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista,

*Consulente Strutture Riabilitative Psichiatriche “Città Solidale” Cooperativa Sociale - Latiano(Br)
e CRAP “Don Tonino Bello” Associazione M.I.T.A.G. Onlus - Brindisi*

Riassunto

Il provvedimento governativo che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ha sancito l'applicazione delle misure di sicurezza per i malati di mente autori di reato in strutture a gestione sanitaria, come le REMS, Strutture Dedicare e le CRAP (Comunità Riabilitative Assistenziali Psichiatriche). Obiettivo principale di questo intervento è descrivere come, le strutture riabilitative residenziali, possono riuscire ad esplicitare il legame inscindibile fra istanze di difesa sociale e le opportunità terapeutico-riabilitative che oggi è possibile garantire al malato di mente socialmente pericoloso. Per il paziente “giudiziario” inserito in strutture sanitarie, la salute da tutelare è anche quella collettiva e dunque, gli interventi prescelti devono essere orientati anche a prevenire la recidiva criminale. Una diagnosi specifica è quanto mai essenziale per la stesura del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, che deve tener conto degli aspetti psicopatologici e in particolare della valutazione di quanto l'azione violenta sia ascrivibile direttamente al sintomo, perché spesso ciò può essere vero solo in parte. Dall'esame della letteratura e dall'esperienza diretta sul campo, sono stati individuati tre strumenti validati per misurare rispettivamente tre aspetti essenziali: 1) BIS (Barrat Impulsiveness Scale – 11) per la valutazione dell'impulsività; 2) HCR-V3 per la valutazione della pericolosità sociale e il rischio di recidiva; 3) CANFOR per la valutazione dei bisogni di cura dal punto di vista dell'équipe riabilitativa e del paziente. Il percorso diagnostico proposto dunque, nasce dalla consapevolezza di un'estensione del paradigma

che va da un obbligo di risultato (prevenire il rischio di recidiva e riabilitazione) ad un obbligo di mezzi (misurazione del rischio e individuazione delle risorse).

INTRODUZIONE

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono stati chiusi mediante la legge 81/2014 attuata grazie al sistema di salute mentale di comunità e parte del welfare pubblico inclusivo e universalistico. Tuttavia si è trattato di una riforma incompleta che ha lasciato invariato il codice penale relativamente a imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza.

Tale passaggio ha sancito l'applicazione delle misure di sicurezza per i malati di mente autori di reato in strutture a gestione sanitaria, come le REMS, Strutture Dedicare e le CRAP (Comunità Riabilitative Assistenziali Psichiatriche).

In questi anni tra psichiatria e magistratura si sono sviluppate buone pratiche, come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014.

La misura di sicurezza si può applicare nelle tre fasi del percorso penale: le indagini, il giudizio, l'esecuzione. Esse risultano essenzialmente collegate tra di loro, perché medesima è la finalità che perseguono: la prevenzione della recidiva attraverso la riabilitazione dell'autore del reato. La chiusura degli OPG tramite percorsi di comunità dunque, richiede una revisione del concetto di responsabilità tenendo conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura, del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale delle pratiche. Ai fini degli esiti positivi è indispensabile la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza la responsabilizzazione non vi è né riabilitazione in psichiatria e nemmeno sicurezza sociale.

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO AUTORE DI REATO

Il paziente psichiatrico autore di reato anche quando è inserito all'interno del contesto comunitario, risulta essere un "paziente difficile" che differisce

profondamente dagli altri in quanto diverso è l'**inviante** (l'Autorità Giudiziaria) diverso è il **contesto** in cui avrà luogo la cura (riabilitativo e di controllo) e la **finalità** dell'eventuale progetto terapeutico-riabilitativo (riabilitazione e riduzione del rischio di recidiva). Sotto il profilo delle prassi, l'applicazione della legge 81/2014, prevedendo la cura e al contempo azioni per fare fronte alla pericolosità sociale quindi per la sicurezza prevenzione dei reati, ha reso evidente come si debba passare da una visione lineare ad una *binaria*. "Il patto di cura" infatti ha un'altra base giuridica, un'altra chiave di lettura e deve fondarsi sul consenso. Si tratta quindi di due patti, di due percorsi autonomi e specifici con possibili punti di contatto e convergenza, specie negli obiettivi. Nessuno dei due percorsi può sostituire e nemmeno parzialmente vicariare l'altro e presuppone un'alta specificità della cura. L'alta personalizzazione degli interventi di cura deve partire dal punto di vista dell'utente il quale è portatore di una sua lettura del disturbo, del reato ed ha idee sulla cura, sulla pena e sulla vita. L'incontro inizia con l'avvicinamento, l'accoglienza non giudicante, l'ascolto e la comprensione che consente le narrazioni congiunte, co-esistenza, interazione che si realizzano nell'ambito di un destino comune. È interesse di tutti comunque che, la persona, si curi e non commetta altri reati, si attenga alle prescrizioni. Quindi la persona nella comunità si trova al centro di un percorso che vede due polarità: quella giudiziaria e quella psichiatrica; il paziente autore di reato pone infatti il problema complesso della coniugazione tra esigenze individuali della tutela della salute mentale e la garanzia di sicurezza. Per il paziente "giudiziario" inserito in strutture sanitarie, la salute da tutelare è anche quella collettiva e dunque, gli interventi prescelti devono essere orientati anche a prevenire la recidiva criminale.

POSSIBILI PERCORSI DIAGNOSTICI

È di fondamentale importanza partire da un chiaro quadro diagnostico del paziente dell'autore di reato, così da poter inquadrare al meglio l'azione illecita commessa rispetto alle sue caratteristiche di personalità e valutare quale intervento sia idoneo a curare il disturbo e prevenire il pericolo di recidiva, agire cioè sulla pericolosità sociale.

Per migliorare l'assetto diagnostico specifico precedente ad un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato è necessario avere degli strumenti che valutino le risorse e i bisogni terapeutici, oltre alla sociale pericolosità in termini di

una valutazione quanto mai specifica della capacità di controllo del paziente autore di reato, in termini di valutazione dell'impulsività, del rischio di recidiva violenta e individuazione delle risorse personali del paziente.

Dall'esame della letteratura e dall'esperienza diretta sul campo, si propongono tre strumenti validati per misurare rispettivamente i tre aspetti citati: **1) BIS (Barrat Impulsiveness Scale – 11)** per la valutazione dell'impulsività; **2) HCR-V3** per la valutazione della pericolosità sociale e il rischio di recidiva; **3) CANFOR** (Thomas et al., 2003) per la valutazione dei bisogni di cura dal punto di vista dell'équipe riabilitativa e del paziente.

DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI DIAGNOSTICI

- 1) Il **BIS-11** è uno strumento di 30 item, autosomministrato, studiato per valutare la dimensione impulsività come variabile comportamentale o di personalità. La struttura dello strumento consente di individuare 6 fattori di primo ordine: a. *attenzione* (5 item): 5, 9, 11, 20, 28; b. *comportamento motorio* (7 item): 2, 3, 4, 17, 19, 22, 25; c. *autocontrollo* (6 item): 1, 7, 8, 12, 13, 14; d. *complessità cognitiva* (5 item): 10, 15, 18, 27, 29; e. *perseveranza* (4 item): 16, 21, 23, 30; f. *instabilità cognitiva* (3 item): 6, 24, 26. Ci sono poi 3 fattori di secondo ordine: g. *impulsività cognitiva*: calcolata come somma di attenzione e instabilità cognitiva; h. *impulsività motoria*: comportamento motorio e perseveranza; i. *impulsività non pianificativa*: autocontrollo e complessità cognitiva. Il punteggio totale, espressione dell'impulsività generale, è calcolato come somma dei fattori di primo o secondo ordine. Ogni item è valutato sulla base di una scala Likert a 4 punti.
- 2) L'**HCR-20 V3** (Douglas, Hart, S. D., Kevin S. 2014) è un questionario, attualmente in corso di validazione in Italia, in cui gli indicatori per la valutazione sono i *Fattori storici (H)* che rappresentano fattori di rischio statici, i *Fattori clinici (C)* sono i fattori di rischio dinamici e i *Fattori di Rischio (R)* che rappresentano le strategie di gestione del rischio. Alla fine è possibile avere, in base al punteggio, una stima del rischio di recidiva (basso, medio e alto). Nell'ultima versione ci sono elementi potenziati rispetto alle versioni precedenti e si punta più sulla qualità rispetto all'aspetto quantitativo.
- 3) La **CANFOR** (Thomas et al., 2003) è un'intervista semi-strutturata specificamente messa a punto per valutare i bisogni di cura nei pazienti

afferenti al circuito psichiatrico-forense. È stata sviluppata in Gran Bretagna a partire dalla CAN (Phelan et al., 1995) e come strumento capostipite consente per ciascuna area valutata la rilevazione separata dei bisogni secondo il punto di vista dello staff curante e del paziente. In questa cornice interpretativa i bisogni possono, all'interno dell'analisi individuale del paziente, fungere da fattori di rischio o da fattori protettivi orientando nella loro combinazione la priorità degli interventi e l'eventuale strutturazione del percorso di cura. In base all'approccio adottato dalla CAN, il bisogno di cura non rappresenta un concetto rigidamente obiettivabile, ma deve essere piuttosto considerato come qualcosa di dinamico, mutevole e contestodipendente, la cui valutazione deve tenere conto sia del punto di vista degli esperti (operatori sanitari) che di quello dei pazienti, secondo un approccio che è stato definito di carattere "negoziale" (Lasalvia & Ruggeri, 2001). In tempi recenti è dunque aumentata la consapevolezza che le opinioni dei pazienti sono estremamente utili per cogliere proprio quegli aspetti dell'interazione fra utenti e servizi che normalmente sfuggono all'osservazione degli operatori e che hanno un ruolo d'enorme importanza nel determinare lo stile d'interazione con il servizio e l'efficacia dei progetti terapeutici.

CONCLUSIONI

Il percorso diagnostico proposto nasce dalla consapevolezza di un'estensione del paradigma che va da un obbligo di risultato (prevenire il rischio di recidiva e riabilitazione) ad un obbligo di mezzi (misurazione del rischio e individuazione delle risorse). Solo la misurazione specifica dei tre aspetti legati al controllo e individuazione dei bisogni può gettare le basi per degli interventi specifici, con un effettivo beneficio, oltre sul piano della salute individuale, anche sul comportamento del paziente con una riduzione effettiva del rischio di gesti violenti e quindi un reale contenimento della sociale pericolosità.

L'individuazione di un percorso diagnostico specifico sul tema rappresenta un primo passo verso una consapevolezza scientifica sul tema, che va dalla riorganizzazione di strutture sanitarie inizialmente non pensate per persone socialmente pericolose, all'attivazione di progetti riabilitativi individuali che partendo dall'individuazione di bisogni, permette anche di agire terapeuticamente

sui fattori di rischio con nuovi obblighi, impegni e responsabilità che includono oltre alla salute della persona, anche la difesa della collettività.

Bibliografia:

- Barratt ES: Impulsiveness and Aggression. In Monahan, J. and H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment.*, 61-79. University of Chicago Press, Chicago, IL, 1994
- Douglas Hart SD, Kevin S. et al.: Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2014; Vol. 13.
- Catanesi R, Carabellese F, Grattagliano I: Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale in psichiatria. *Giornale Italiano Psicopatologia*, 2009; 15: 64-74.
- Carabellese F, Scapati F: Il malato di mente giudiziario fra esigenze di cura e opportunità trattamentali”, in: Ferranini L, Peloso P: *La salute mentale in carcere*. 2006; Centro Scientifico Ed., Torino, pp. 97-106.
- Lasalvia A, Stefani B, Ruggeri M: I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 2000; 9(3): 190-213.
- Lega I et al.: Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile. ISSN: 1123-3117 (cartaceo) 2384-8936 (online) Roma, luglio 2014, 2° Suppl.
- Pellegrini P: *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*, Franco Angeli, 2015.
- Pellegrini P: *Liberarsi dalla necessità degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*” AlphaBeta Verlag, Merano 2017.
- Pellegrini P: Intervento al Congresso SIEP “Amarcord 180” Prospettive per la Salute Mentale a quarant’anni dalla riforma. – Sessione: Salute mentale e nuove vulnerabilità. Rimini 11-13 ottobre 2018 www.stopog.it
- Phelan M et al.: The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996, 31(3-4):109-113.
- Thomas S, Harty MA et al.: CANFOR: Camberwell assessment of need-forensic version”. 2003.
- Relazione al Parlamento sul processo di superamento degli OPG di cui all’art. 1, comma 2 bis, della Legge 81/2014 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari” a cura del Ministero della Salute, trasmessa al Parlamento il 22 gennaio 2016

Corrispondenza

Antonella Vacca

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista,

Consulente Strutture Riabilitative Psichiatriche “Città Solidale” Cooperativa Sociale -
Latiano (Br) e CRAP “Don Tonino Bello” Associazione MITAG Onlus - Brindisi

e-mail: antonellavacca@yahoo.com

ABBONAMENTI E ACQUISTI

NUMERI PRECEDENTI

2017

- Numero 1/2017 - “Dignità umana e percorsi di cura”
- Numero 2/2017 - “Relazionalità e comportamenti aggressivi. Dal bullismo al femminicidio: quando stare insieme non è un piacere”
- SUPPLEMENTO 1 - “Depressione: parliamone insieme”. Relazioni II Congresso Nazionale EDA, Avellino, 19-21 ottobre 2017

2018

- Numero 1/2018 - “Obsessioni, compulsioni e dintorni. Vivere prigionieri di se stessi”
- Numero 2/2018 - “Liberi servi. Vivere tra dipendenze vecchie e nuove”

INFORMAZIONI

La rivista Telos è stata fondata da Gino Aldi e Francesco Franza nel 2017 con lo scopo di raccogliere articoli centrati sulle novità, sui concetti e sulle considerazioni in campo psichiatrico, fenomenologico, psicologico-psicoterapeutico, nelle scienze umane e nelle neuroscienze.

Ha cadenza semestrale, è monotematica. Sono previsti supplementi annuali.

I contenuti della rivista sono protetti da copyright e possono essere riprodotti soltanto dopo richiesta scritta e autorizzazione della redazione di Telos.

La rivista Telos non è responsabile della pubblicazione di contenuti che possono arrecare danno a terze persone. Sebbene tutto il materiale pubblicato sia conforme alle norme etiche, l'inclusione in questa pubblicazione non costituisce garanzia o approvazione della qualità o del valore del prodotto o delle rivendicazioni da esso fornite dal suo produttore.

ABBONAMENTO

Privati: € 30,00

Enti e istituzioni: € 60,00

Il pagamento deve essere inviato a Zetema Edizioni al seguente indirizzo:

Via Piave n. 7, 81100 Caserta

La sottoscrizione sarà rinnovata automaticamente ogni anno, se non si richiede la revoca con la comunicazione entro il 1 dicembre di ogni anno.

Per sostenere la rivista è possibile effettuare una donazione al IBAN:

IT74Y0538714900000002273651

specificando la causale "Donazione rivista Telos".

Le richieste di pubblicità sponsorizzazione, la corrispondenza e le richieste di copie arretrate devono essere indirizzate a:

Dott. Gino Aldi Zetema Edizioni

Via Piave n.7, 81100 Caserta

e-mail: Gino.aldi@rivistatelos.it

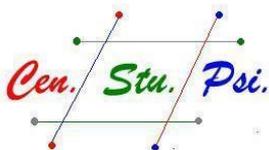
Dott. Francesco Franza

C/o Associazione Neamente

e-mail: Francesco.franza@rivistatelos.it



Zetema è un'associazione senza scopo di lucro che promuove la formazione, la ricerca, lo studio e la diffusione di una cultura della salute psicologica dell'uomo. Zetema intende promuovere il dialogo tra le scienze che si occupano di salute psichica con particolare riguardo alla psichiatria, psicoterapia, psicologia e neuroscienze, in un'ottica di integrazione culturale. Zetema integra la cultura prettamente scientifica con l'approccio umanistico specialmente legato alla fenomenologia, alla filosofia della mente, alla antropologia e sociologia della salute. Per sviluppare il proprio progetto Zetema ha dato vita a "Zetema Edizioni", casa editrice che pubblica lavori di riflessione e approfondimento sui temi della prevenzione e della cura della salute psichica.



"Cen.Stu.Psi", organizzazione no-profit, è una associazione senza fini politici o religiosi. Il solo intento di Cen.Stu.Psi è rivolto alla ricerca scientifica nei campi della psichiatria, psicofarmacologia e psichiatria sociale. Il comitato esecutivo è composto da: Giuseppe Tavormina (Presidente), Nicolas Zdanowicz (Vice-presidente), Mark Agius, Maurilio Tavormina, Martha Sajatovic, Francesco Franza, Dominique Tavormina.

"Cen.Stu.Psi":

incoraggia e stimola la ricerca scientifica, clinica e diagnostica raggruppando con attenzione gli studi recenti in tutte le discipline riguardanti la psichiatria, quindi sviluppando pubblicazioni periodiche per la distribuzione in seminari, conferenze e convention nazionali ed internazionali.

partecipa, collabora e scambia conoscenze scientifiche con altre organizzazioni simili, sia pubbliche e che private su una larga scala, rivolte al tema psichiatrico.

condivide e diffonde informazioni sugli sviluppi della ricerca alla comunità scientifica, alle autorità e al grande pubblico attraverso i mass media.

Tutti gli psichiatri, neurologi, psicologi e psicoterapeuti sono invitati a richiedere l'appartenenza come "Seguaci" di Cen.Stu.Psi. laddove condividano i precetti dell'associazione.

<http://www.censtupsi.org/>



L'Associazione **Neamente** è una associazione senza scopo di lucro, che ha l'obiettivo di sostenere la diffusione delle conoscenze, del sapere, della ricerca scientifica e degli scambi culturali nell'ambito delle neuroscienze, della psicologia, della psichiatria e delle scienze sociali. Promuove, pertanto, la formazione e la riqualificazione professionale mediante l'organizzazione di corsi, convegni, meeting; l'organizzazione di forum, di manifestazioni, di pubblicazioni editoriali specifiche (ad esempio, la Rivista Telos). L'Associazione Neamente, inoltre, sostiene la ricerca dei campi suddetti, la formazione di gruppi di studio e la presentazione dei risultati di tali ricerche su riviste scientifiche specialistiche e a congressi e convegni nazionali e internazionali. Un elemento importante di diffusione della Associazione Neamente è rappresentato dal sito **Neamente.com**, che costituisce un aspetto fondamentale di contatto e comunicazione con i propri soci e con le persone interessate a collaborare e a partecipare alle iniziative dell'associazione.



Nell'anno 2007 è stata fondata un'Associazione no-profit chiamata "EDA Italian Onlus – Associazione Italiana sulla Depressione", con sede a Provaglio d'Iseo (BS). Essa è gemellata con l'altra omologa Associazione no-profit internazionale che ha sede a Bruxelles, la European Depression Association (EDA). Iniziali promotori di entrambe sono stati il Dr. Vincenzo Costigliola (il primo Presidente dell'EDA Italia Onlus) e il Dr. Giuseppe Tavormina (l'attuale Segretario Generale).

L' "EDA Italia ONLUS" organizza e coordina in tutta Italia i "Gruppi di Auto-Aiuto" e l'annuale "Giornata Europea sulla Depressione". Secondo l'art. n° 4 dello Statuto, l'EDA Italia ONLUS si propone come suo principale obiettivo quello di contribuire al "...miglioramento della qualità della vita delle persone che soffrono di depressione stimolando il pieno reinserimento nella società, nel lavoro e nell'impegno culturale, eliminando lo stigma e la discriminazione associati alla malattia depressiva; ciò soprattutto tramite la creazione e il coordinamento a livello nazionale dei cosiddetti "Gruppi di Auto-Aiuto" (momenti di incontro periodico fra le persone che soffrono e/o che hanno sofferto di malattie depressive...)." Inoltre organizza "...l'evento annuale della "Giornata sulla Depressione" per una maggiore conoscenza e consapevolezza sociale della malattia depressiva e dei disturbi dell'umore in genere..."



Realizzato da AR Engineering®